
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.53-002:577.113:616-053

ОСОБЕННОСТИ ЛАДОННОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.В. ГАРА¹, Л.Д. КАЛЮЖНАЯ², Л.А. КЛИМАС¹, И.В. ГУНАС¹

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
г. Винница, Украина (1)
Национальная медицинская академия последипломного образования имени
П.Л. Шупика, г. Киев, Украина (2)

FEATURES PALMAR DERMATOGLYPHICS PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

A.V. GARA¹, L.D. KALYUZHNYAYA², L.A. KLIMAS¹, I.V. GUNAS¹

Vinnitsa national medical University N.I. Pirogov, Vinnitsa, Ukraine (1)
National medical Academy, Kiev, Ukraine (2)

Установлены выраженные отличия качественных и количественных признаков ладонной дерматоглифики мальчиков и девочек, больных атопическим дерматитом эритемато-сквамозной и лихеноидной форм, а также находящихся в стадии ремиссии по сравнению со здоровыми жителями Подольского региона Украины соответствующего возраста и пола, которые маркируют склонность к развитию данного заболевания и проявляются отклонениями в частотах ладонных узоров и разных форм осевых трирадиусов, а также в длине отрезков a-d и c-t и значений отдельных углов.

Ключевые слова: атопический дерматит, мальчики, девочки, ладонная дерматоглифика, качественные и количественные признаки.

The expressed differences of qualitative and quantitative signs are established signs manual dermatoglyphics of boys and girls sick of atopic dermatitis with erythemosquamous and lichenoid forms and of atopic dermatitis in the stage of remission are established in comparison with healthy inhabitants of Podolsk region of Ukraine of corresponding age and a sex who mark propensity to development of the given disease and are shown by deviations in frequencies of palmar patterns and frequency of different axial triradii forms, and also in length of segments of a-d and c-t and values of separate corners.

Keywords: an atopic dermatitis, boys, manual dermatoglyphics, qualitative and quantitative signs.

Введение

Вопросы патогенеза атопического дерматита (АД) остаются важной медицинской проблемой, что косвенно подтверждается разнонаправленностью научных поисков. Многие исследования направлены на выяснение причин, способствующих развитию и манифестации АД, среди которых особое значение отводится генетическим, аллергическим, иммунным, нейрогуморальным и психологическим факторам [2, 6, 9]. В связи с тем, что на форму течения и степень тяжести формирующегося АД влияют внешние и внутренние условия, которые могут как усиливать тяжесть болезни, так и снижать интенсивность клинических проявлений заболевания [8], ряд работ посвящены выявлению спектра внешних провоцирующих условий в реализации этиологического фактора. Уделяется внимание вопросам причин обострения АД, которые связывают с психоэмоциональ-

ными стрессами, погрешностями в диете, контактом с бытовыми аллергенами [7]. Также уделяется внимание освещению вопросов, связанных с восприимчивостью к факторам влияния, обусловленных возрастными [11], половыми и конституциональными особенностями человека [12]. Вышеизложенное указывает на то, что атопический дерматит следует рассматривать как болезнь, затрагивающую интегративные системы организма.

В связи с тем, что изучаемая вариабельность проявлений АД и изучаемые во взаимосвязи с ними признаки строения папиллярной кожи связаны между собой полигенностью проявления признаков и общностью тканевых структур, создаются предпосылки для применения дерматоглифического метода исследования.

Поскольку для АД не существует специфических лабораторных маркеров и его диагноз основывается на анамнезе и клинической картине [11],

то валидность диагностического комплекса с целью дифференцирования АД от приобретенных экзем и других дерматозов, сопровождающихся зудом, может быть повышена благодаря включению в него, кроме клинической морфологии высыпаний и некоторых лабораторных показателей еще и данных дерматоглифики.

Цель исследования

Выявление ладонно-дерматоглифического комплекса, характерного для мальчиков и девочек Подольского региона Украины, больных атопическим дерматитом с учетом его формы.

Материалы и методы

Отбор и первичное обследование детей, больных АД, находящихся под диспансерным наблюдением детских медицинских учреждений г. Винницы и Винницкой области (64 мальчика в возрасте 12-17 лет и 79 девочек в возрасте 11 до 16 лет), осуществляли в медицинских кабинетах средних школ I-III степени.

Анализировали данные амбулаторных карт больных относительно анамнеза заболевания, в том числе аллергологического и анамнеза жизни. Осуществляли исследование кожных покровов больных и видимых слизистых оболочек, а также набранные пробы секрета ротовой полости для количественного изучения в них уровня общего IgE. Клинико-диагности-

ческие критерии постановки диагноза отвечали общепринятым методам [15]. С целью объективной оценки тяжести течения АД и интенсивности поражения кожи использовали балльную систему оценки SCORAD. Клинические формы определяли по классификации Т.А. Гариной [3]. Эритемато-сквамозная форма АД определена у 10 мальчиков и у 24 девочек, а лихеноидная – у 11 мальчиков и у 18 девочек, у остальных детей регистрировали стадию ремиссии заболевания.

Дерматоглифическое исследование проводили по общепринятой методике: отпечатки ладоней получали в соответствии с методикой типографской краски [4], обработку дерматоглифов проводили по методике Н. Cummins i Ch. Midlo [14]. Определяли значения углов $\angle atd$, $\angle atb$, $\angle btc$, $\angle ctd$ и $\angle dat$; расстояние между трирадиусами с-t и a-d; гребневой счет отрезка, соединяющего межпальцевые трирадиусы a-b, b-c и c-d; наличие и частоту осевых трирадиусов: карпального t (до 41°), промежуточного t' (от 41° до 60°) и центрального t'' (больше 60°); наличие и частоту узора на тенаре, гипотенаре и межпальцевых подушечках; окончание главных ладонных линий A и D, по которым вычисляли значение индекса Камминса.

В качестве контроля использованы данные дерматоглифики 151 практически здоровых детей соответствующего возраста и места жительства.

Статистическая обработка результатов исследования проведена в пакете «STATISTICA 5.5» (принадлежит ЦНИТ ВНМУ имени Н.И. Пирогова, лицензионный № АХХР 910 А374605 FA) с использованием параметрических и непараметрических методов оценки полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Известно, что частота ладонных узоров и осевых трирадиусов соотносится с расовой и половой принадлежностью, зависит от фактора латеризации и отличается от среднепопуляционных значений при хромосомных патологиях и в ряде случаев – при заболеваниях мультифакториальной природы. В норме наиболее часто ладонный узор встречается в IV, а наиболее редко – во II межпальцевом промежутке. Явление латеризации проявляется более частым наличием узоров в областях Ну, Th/I и IV межпальцевом промежутке на левой ладони и во II и III межпальцевом промежутке на правой ладони. По наличию ладонного узора наблюдается мономорфность ладоней, которая в наибольшей мере присуща II межпальцевому промежутку и тенару, гипотенару и III межпальцевому промежутку – в меньшей мере и редко – IV межпальцевому промежутку [16]. Узор на тенаре выявляется чаще в мужских выборках, а на гипотенаре – в женских. Узоры в I и II межпальце-

вых промежутках преобладают в мужских выборках, а в III и IV межпальцевых промежутках – в женских [5]. Карпальный трирадиус чаще выявляется на левой ладони независимо от пола, а разнообразие форм более высокой локализации (промежуточный и центральный) присуща правой ладони.

Отклонение частот и локализации тех или иных ладонных узоров и осевых трирадиусов от общепопуляционных служит маркером ряда хромосомных патологий и мультифакториальных заболеваний: синдромы Дауна ($\angle atd=81^\circ$), Патау ($\angle atd=108^\circ$), расщелина губы и неба, пороки сердца соотносятся с дистальным размещением осевого трирадиуса, в то время как проксимальное размещение осевого трирадиуса не связывается с врожденной хромосомной патологией. В то же время, носители низко размещенного карпального трирадиуса (при этом $\angle atd < 41^\circ$) характеризуются сниженной жизнедеятельностью [13].

Известно, что круглогодичный ринит у девочек ассоциирован с наличием промежуточного трирадиуса, с более узким углом $\angle atb$, а у больных мальчиков – с наличием промежуточного трирадиуса и с более широким углом $\angle atb$ на правой/левой ладонях по сравнению со среднепопуляционными значениями, а также у одних и у других – с более широким углом $\angle dat$ на правой ладони, сопровождающиеся низкими значениями индекса Кам-

минса [1]. Совокупность морфогенетических вариантов дерматоглифических признаков школьников, больных бронхиальной астмой представлена индексом Камминса с низкими значениями, ладонными углами $\angle dat$ и $\angle atd$ и гребневым счетом a-b и b-c с более высокими по сравнению со среднепопуляционными значениями [10].

В результате наших исследований по *качественным* показателям ладонной дерматоглифики установлено, что группе *мальчиков*, больных АД в *стадии ремиссии* свойственны в сравнении со здоровыми мальчиками: более высокая частота промежуточного (64,06 % против 40,40 %; $p < 0,01$ и 60,94 % против 38,41 %; $p < 0,01$) и центрального трирадиусов (29,69 % против 3,974 %; $p < 0,001$ и 32,81 % против 3,311 %; $p < 0,001$), наличие комбинаций осевых трирадиусов обеих ладоней (29,69 % при $p < 0,001$ и 28,13 % против 1,613 %; $p < 0,001$) (при отсутствии их на правой и минимальной на левой ладонях у здоровых мальчиков) и более высокая частота, с которой встречаются узоры на гипотенаре (64,06 % против 29,80 %; $p < 0,001$ и 48,44 % против 29,14 %; $p < 0,001$), тенаре (29,69 % против 6,623 %; $p < 0,001$ и 39,06 % против 13,25 %; $p < 0,001$), во II (26,56 % против 3,226 %; $p < 0,001$ и 12,50 % против 1,613 %; $p < 0,01$) и IV (60,94 % против 34,68 %; $p < 0,001$ и 70,31 против 57,26 %; $p = 0,083$) межпальцевых промежу-

тках обеих ладоней и III (62,50 % против 41,13 %; $p < 0,01$) левой ладони.

В сравниваемых группах обнаружены также отличия *количественных* показателей ладонной дерматоглифики, которые проявлялись большими значениями углов $\angle atd$ ($43,91 \pm 7,27^\circ$ против $41,31 \pm 5,64^\circ$; $p < 0,01$ и $43,44 \pm 7,12^\circ$ против $41,48 \pm 5,40^\circ$; $p < 0,05$), $\angle ctd$ ($16,95 \pm 3,82^\circ$ против $15,50 \pm 3,31^\circ$; $p < 0,01$ и $16,23 \pm 3,61^\circ$ против $15,17 \pm 3,04^\circ$; $p < 0,05$), $\angle atb$ правой и левой ладоней ($16,86 \pm 3,68^\circ$ против $15,97 \pm 2,72^\circ$; $p < 0,05$ и $17,50 \pm 3,05^\circ$ против $16,53 \pm 2,81^\circ$; $p < 0,05$), длины отрезка a-d обеих ладонь ($54,41 \pm 5,98$ мм против $46,57 \pm 17,83$ мм; $p < 0,001$), гребневого счета a-b ($40,09 \pm 6,20$ против $37,05 \pm 5,72$ гребней; $p < 0,001$ и $41,30 \pm 5,85$ против $38,69 \pm 5,37$ гребней; $p < 0,01$), b-c ($27,50 \pm 6,21$ против $24,92 \pm 5,67$ гребней; $p < 0,01$ и $27,11 \pm 5,81$ против $23,84 \pm 6,18$ гребней; $p < 0,001$), c-d ($39,12 \pm 4,91$ против $34,10 \pm 7,33$ гребней; $p < 0,001$ и $37,04 \pm 6,18$ против $33,87 \pm 7,97$ гребней; $p < 0,01$) обеих ладонь, меньшими значениями индекса Камминса левой ладони ($7,641 \pm 1,811$ против $8,427 \pm 1,772$; $p < 0,01$).

Проведенный анализ *качественных* показателей ладонной дерматоглифики позволил обнаружить, что для группы мальчиков, больных *эритемато-сквамозной формой* АД свойственны в сравнении со здоровыми мальчиками: более высокая частота промежуточного трирадиуса пра-

вой ладони (81,82 % против 40,40 %; $p < 0,01$) и центрального трирадиусов правой и левой ладоней (18,18 % против 3,974 %; $p < 0,05$ и 27,27 % против 3,311 %; $p < 0,001$), наличие комбинаций осевых трирадиусов на обеих ладонях (при отсутствии их на правой и минимальной на левой ладонях у здоровых мальчиков) (18,18 % при $p < 0,01$ и 18,18 % против 1,613 %; $p < 0,01$), меньшая частота карпального трирадиуса правой ладони (36,36 % против 69,54 %; $p < 0,05$) и большая частота, с которой встречаются узоры на тенаре обеих ладоней (36,36 % против 6,623 %; $p < 0,01$ и 36,36 % против 13,25 %; $p < 0,05$) и во II межпальцевом промежутке правой ладони (18,18 % против 3,226 %; $p < 0,05$).

По количественным показателям ладонной дерматоглифики группа мальчиков, больных эритемато-сквамозной формой АД отличается в сравнении со здоровыми мальчиками: большими значениями угла $\angle atd$ правой ладони ($43,55 \pm 2,77^\circ$ против $41,31 \pm 5,64^\circ$; $p < 0,05$) и гребневого счета a-b правой ладони ($40,45 \pm 4,68$ гребней против $37,05 \pm 5,72$; $p < 0,05$).

Проведенный анализ качественных показателей ладонной дерматоглифики позволил обнаружить, что для группы мальчиков, больных лихеноидной формой АД свойственны в сравнении со здоровыми мальчиками: более высокая частота центрального трирадиуса правой и левой ладоней

(40,00 % против 3,974 %; $p < 0,001$ и 40,00 % против 3,311 %; $p < 0,001$), наличие комбинаций осевых трирадиусов обеих ладоней (при отсутствии их на правой и минимальной на левой ладонях у здоровых мальчиков) (30,00 % при $p < 0,001$ и 30,00 % против 1,613 %; $p < 0,001$) и более высокая частота, с которой встречаются узоры на тенаре левой ладони (50,00 % против 13,25 %; $p < 0,01$) и во II межпальцевом промежутке правой ладони (20,00 % против 3,226 %; $p < 0,05$).

По количественным показателям ладонной дерматоглифики группа мальчиков, больных лихеноидной формой АД отличается в сравнении со здоровыми мальчиками: меньшими значениями отрезка c-t ($69,25 \pm 10,38$ против $78,03 \pm 10,75$ мм; $p < 0,05$) и индекса Камминса левой ладони ($6,900 \pm 1,524$ против $8,427 \pm 1,772$ мм; $p < 0,01$).

Таким образом, общими отличиями качественных и количественных признаков ладонной дерматоглифики во всех исследуемых группах больных мальчиков является более высокая встречаемость центрального трирадиуса на обеих ладонях и наличие комбинаций осевых трирадиусов на обеих ладонях, а также наличие узора в области тенара левой ладони и во II межпальцевом промежутке правой ладони, что можно расценивать как проявление склонности к атопии кожи вообще, независимо от последующего течения заболевания. В случае же наличия на

правой ладони промежуточного трирадиуса, $\angle atd$, узора в области тенара и гребневого счета a-b правой ладони с высокими значениями – проявляется специфика мальчиков, больных АД эритемато-сквамозной формы заболевания. Специфика ладонной дерматоглифики мальчиков при лихеноидной форме АД заключается в меньшей длине отрезка c-t и низких значениях индекса Камминса левой ладони.

Проведенный анализ *качественных* показателей ладонной дерматоглифики позволил обнаружить, что для группы *девочек, больных АД в стадии ремиссии* свойственны в сравнении со здоровыми девочками: более высокая частота промежуточного (68,35 % против 38,71 %; $p < 0,001$ и 70,89 % против 39,35 %; $p < 0,001$) и центрального трирадиусов (21,52 % против 2,581 %; $p < 0,001$ и 21,52 % против 3,226 %; $p < 0,001$), наличие комбинаций осевых трирадиусов на обеих ладонях (при отсутствии их на правой и минимальной на левой ладонях у здоровых девочек) (27,85 % при $p < 0,001$ и 26,58 % против 0,645 %; $p < 0,001$), меньшая частота карпального трирадиуса обеих ладоней (51,90 % против 71,61 %; $p < 0,01$), а также большая частота, с которой встречаются узоры на гипотенаре (60,76 % против 28,14 %; $p < 0,001$ и 51,90 % против 28,74 %; $p < 0,01$), тенаре (20,25 % против 7,784 %; $p < 0,05$ и 29,11 % против 10,78 %; $p < 0,01$) и в IV меж-

пальцевом промежутке (73,42 % против 46,02 %; $p < 0,001$ и 78,48 % против 53,98 %; $p < 0,001$) обеих ладоней, а также в I (15,19 % против 3,540 %; $p < 0,01$) и II (10,13 % против 2,655 %; $p < 0,05$) межпальцевых промежутках правой ладони.

В сравниваемых группах обнаружены также отличия *количественных* показателей ладонной дерматоглифики, которые проявлялись: большими значениями углов $\angle atd$ (44,56±5,86 против 41,46±5,92; $p < 0,001$ и 45,38±6,18 против 42,36±5,92; $p < 0,01$), $\angle ctd$ (16,96±3,20 против 15,52±5,92; $p < 0,01$ и 17,43±3,43 против 15,60±3,74; $p < 0,001$), $\angle atb$ (17,04±2,82 против 16,01±2,68; $p < 0,01$ и 18,11±3,08 против 16,90±3,21; $p < 0,01$) правой и левой ладоней, $\angle btc$ (10,82±2,21 против 10,09±2,65; $p < 0,05$) правой ладони, длины отрезка a-d (50,84±4,26 против 38,59±18,79; $p < 0,001$ и 51,00±4,05 против 38,19±19,54; $p < 0,001$) правой и левой ладонь, меньшими значениями длины отрезка c-t обеих ладоней (69,27±9,57 мм), большими значениями гребневого счета a-b (40,95±5,89 против 36,83±6,05; $p < 0,001$ и 41,41±5,41 против 37,77±6,32; $p < 0,001$), b-c (27,60±5,62 против 24,61±5,81; $p < 0,001$ и 26,90±5,52 против 24,71±6,14; $p < 0,05$) обеих ладоней, c-d (37,96±6,05 против 35,18±6,55; $p < 0,01$) правой ладони.

Анализ *качественных* показателей ладонной дерматоглифики пока-

зал, что для группы *девочек* больных *эритемато-сквамозной* формой АД свойственны в сравнении со здоровыми девочками: большая частота промежуточного левой ладони (66,67 % против 39,35 %; $p < 0,05$) и центрального трирадиусов обеих ладоней (16,67 % против 2,581; $p < 0,01$ и 12,50 % против 3,226 %; $p < 0,05$), наличие комбинаций осевых трирадиусов обеих ладоней (при отсутствии их на правой и минимальной на левой ладонях у здоровых девочек) (25,00 % при $p < 0,001$ и 20,83 % против 0,645 %; $p < 0,001$) и более высокая частота, с которой встречаются узоры на тенаре левой ладони (29,17 % против 10,78; $p < 0,05$), гипотенаре правой ладони (58,33 % против 28,14 %; $p < 0,01$) и в III межпальцевом промежутке правой ладони (70,83 % против 45,13 %; $p < 0,05$) и IV межпальцевых промежутках обеих ладоней (75,00 % против 46,02 %; $p < 0,05$ и 87,50 % против 53,98 %; $p < 0,01$).

В сравниваемых группах обнаружены также отличия *количественных* показателей ладонной дерматоглифики, которые проявлялись: большими значениями углов $\angle atd$ ($44,33 \pm 5,81^\circ$ против $42,36 \pm 6,95^\circ$; $p < 0,05$) и $\angle ctd$ левой ладони ($17,67 \pm 3,29$ против $15,60 \pm 3,74$; $p < 0,01$) $\angle dat$ правой ладони ($58,25 \pm 4,86^\circ$ против $55,40 \pm 6,05^\circ$; $p < 0,05$).

Проведенный анализ *качественных* показателей ладонной дерматоглифики позволил обнаружить, что для группы девочек, больных *лихеноидной*

формой АД свойственны в сравнении со здоровыми девочками: более высокая частота промежуточного трирадиуса обеих ладоней (72,22 % против 38,71 %; $p < 0,01$ и 77,78 % против 39,35 %; $p < 0,01$) и центрального трирадиусов обеих ладоней (33,33 % против 2,581 %; $p < 0,001$ та 33,33 % против 3,226 %; $p < 0,001$), наличие комбинаций осевых трирадиусов обеих ладоней (при отсутствии их на правой и минимальной на левой ладонях у здоровых девочек) (33,33 % при $p < 0,001$ и 33,33 % против 0,645 %; $p < 0,001$) и более высокая частота, с которой встречаются узоры на гипотенаре обеих ладоней (66,67 % против 28,14 %; 61,11 % против 28,74; $p < 0,01$).

По *количественным* показателям ладонной дерматоглифики группа *девочек*, больных *лихеноидной* формой АД отличается в сравнении со здоровыми девочками: большими значениями углов $\angle atd$ обеих ладоней ($45,17 \pm 7,02$ % против $41,46 \pm 5,92$ %; $p < 0,05$ и $45,56 \pm 6,49$ % против $42,36 \pm 6,95$ %; $p < 0,05$), $\angle ctd$ правой ладони ($17,56 \pm 3,29$ % против $15,52 \pm 3,30$ %; $p < 0,05$), $\angle atb$ обеих ладоней ($17,50 \pm 3,78$ % против $16,01 \pm 2,68$ %; $p < 0,05$), большими значениями отрезка a-d обеих ладоней ($50,78 \pm 4,44$ мм против $38,59 \pm 18,76$ мм; $p < 0,05$ и $51,12 \pm 4,03$ мм против $38,19 \pm 19,54$ мм), меньшими значениями отрезка c-t правой ладони ($68,38 \pm 8,87$ мм против $72,67 \pm 9,14$ мм; $p < 0,05$), большими зна-

чениями гребневого счета a-b обеих ладоней ($41,50 \pm 7,64$ гребней против $36,83 \pm 6,05$; $p < 0,01$ и $42,67 \pm 6,50$ гребней против $37,77 \pm 6,32$; $p < 0,01$), гребневого счета c-d правой ладони ($38,56 \pm 4,76$ гребней против $35,18 \pm 6,55$; $p < 0,05$).

Таким образом, общими отличиями качественных и количественных признаков ладонной дерматоглифики во всех исследуемых группах девочек, больных АД, является наличие промежуточного трирадиуса на левой ладони, наличие центрального трирадиуса на правой/левой ладонях, наличие комбинаций осевых трирадиусов на правой/левой ладонях, узоров на гипотенаре правой ладони, а также высоких значений $\angle atd$ левой ладони и гребневого счета a-b правой ладони.

В случае же наличия на левой ладони $\angle ctd$, а на правой – $\angle dat$ с высокими значениями проявляется специфика девочек, больных эритемато-сквамозной формой АД. Специфика ладонной дерматоглифики девочек, больных АД лихеноидной формы проявляется большими значениями $\angle ctd$ на правой ладони и большими значениями отрезка a-d на обеих ладонях, меньшими – c-t на правой ладони, большими значениями гребневого счета a-b левой ладони.

Выводы

В результате проведенного исследования выявлены ассоциации клинического полиморфизма atopического дерматита с особенностями

ладонной папиллярной кожи больных мальчиков и девочек.

1. К диагностически-прогностическим признакам ладонной дерматоглифики *мальчиков*, больных atopическим дерматитом в стадии ремиссии следует отнести комбинации таких признаков: наличие промежуточного, центрального или одновременное наличие нескольких осевых трирадиусов на обеих ладонях; наличие узоров на гипотенаре, тенаре, во II и IV межпальцевых промежутках на правой/левой ладонях и в III – левой ладони; наличие на правой/левой ладонях углов с высокими значениями $\angle atd$, $\angle ctd$, $\angle atb$ и отрезка a-d правой/левой ладоней; высокого гребневого счета a-b, b-c и c-d правой/левой ладоней; невысокие значения индекса Камминса левой ладони.

2. Эритемато-сквамозная форма atopического дерматита у *мальчиков* соотносится с наличием промежуточного трирадиуса правой ладони и центрального – правой/левой ладоней, с одновременным наличием нескольких осевых трирадиусов на правой/левой ладонях; с наличием узоров на тенаре правой/левой ладоней, во II межпальцевом промежутке на правой ладони; наличием на правой ладони угла $\angle atd$ с высокими значениями; высоким гребневым счетом a-b правой ладони. Среди перечисленных признаков специфика ладонной дерматоглифики мальчиков, больных АД

эритемато-сквамозной формы заключается в наличии на правой ладони промежуточного трирадиуса, узора в области тенара, $\angle atd$ и гребеневого счета a-b с высокими значениями.

3. Лихеноидная форма атопического дерматита у *мальчиков* соотносится с наличием центрального осевого трирадиуса правой/левой ладоней, с одновременным наличием нескольких осевых трирадиусов на правой/левой ладонях, сопровождающихся меньшей встречаемостью карпального трирадиуса; с наличием узоров на тенаре левой ладони и во II межпальцевом промежутке на правой ладони; с меньшими значениями отрезка c-t и индекса Камминса левой ладони. Специфика ладонной дерматоглифики мальчиков, больных АД лихеноидной формы состоит в меньшей длине отрезка c-t и низких значениях индекса Камминса левой ладони.

4. К диагностически-прогностическим признакам ладонной дерматоглифики *девочек*, больных атопическим дерматитом в стадии ремиссии следует отнести комбинации таких признаков: наличие промежуточного, центрального или одновременное наличие нескольких осевых трирадиусов на правой/левой ладонях, сопровождающихся меньшей встречаемостью карпального трирадиуса; наличие узоров на гипотенаре, тенаре и в IV межпальцевом промежутке на правой/левой ладонях, а также в I и во II

межпальцевых промежутках на правой ладони; наличие на правой/левой ладонях углов с высокими значениями: $\angle atd$, $\angle ctd$, $\angle atb$ и $\angle btc$ – на правой ладони; с большими значениями отрезка a-d и меньшими – c-t на правой/левой ладонях; высокого гребеневого счета a-b, b-c на правой/левой ладонях и c-d на правой ладони.

5. Эритемато-сквамозная форма атопического дерматита у *девочек* соотносится с наличием промежуточного трирадиуса левой ладони и центрального – правой/левой ладоней или с одновременным наличием нескольких осевых трирадиусов на правой/левой ладонях; с наличием узоров на тенаре левой ладони, гипотенаре и в III межпальцевом промежутке на правой ладони, в IV – на правой/левой ладонях; наличием на левой ладони углов с высокими значениями $\angle atd$ и $\angle ctd$, $\angle dat$ на правой ладони. Среди перечисленных признаков специфика ладонной дерматоглифики *девочек*, больных АД эритемато-сквамозной формы заключается в наличии на правой ладони $\angle dat$, а на левой – $\angle ctd$ с высокими значениями.

6. Лихеноидная форма атопического дерматита у *девочек* соотносится с наличием промежуточного и центрального трирадиусов правой/левой ладоней или с одновременным наличием нескольких осевых трирадиусов на правой/левой ладонях; с наличием узоров на гипотенаре правой/левой ладоней; наличием на правой/левой ладонях

углов с высокими значениями: $\angle atd$ и $\angle atb$, $\angle ctd$ – на правой ладони; с большими значениями отрезка a-d на правой/левой ладонях и меньшими – c-t на правой ладони; с высоким гребневым счетом a-b на правой/левой ладонях и c-d правой ладони. Специфика ладонной дерматоглифики девочек, больных АД лихеноидной формы состоит в наличии на правой ладони угла $\angle ctd$ с высокими значениями, а также – в меньшей длине отрезка c-t на правой ладони и большей a-d – на правой/левой ладонях.

Представленные результаты следует рассматривать в качестве прогностически-диагностических критериев реализации и течения атопического дерматита, в связи с чем стандарты диагностики атопического дерматита могут быть дополнены высокоинформативным, неинвазивным, экономичным и простым в применении методом дерматоглифики.

Литература

1. Антонец Т.І. Антропогенетичні критерії виникнення алергічних ринітів у підлітків Подільського регіону України: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.01 / Т.І. Антонець. – Вінниця, 2004. – 20 с.
2. Галлямова Ю.А. Атопический дерматит и дисбактериоз / Ю.А. Галлямова // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 14-17.
3. Гарина Т.А. Клинические формы атопического дерматита у больных разных возрастных групп: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / Т.А. Гарина. – М., 1980. – 18 с.
4. Гладкова Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т.Д. Гладкова. – М.: Наука, 1966. – 151 с.
5. Дерматоглифический рисунок при синдроме Туретта / В.Г. Солониченко [и др.] // Физиология человека. – 1997. – Т. 23, № 1. – С. 113-117.
6. Иммуномодулирующий эффект и эффективность глутоксима в лечении больных с атопическим дерматитом / Н.Ю. Сотникова [и др.] // Доктор. Ру. – 2006. – №3. – С. 2-6.
7. Калюжная Л.Д. Атопический дерматит. Современные вопросы диагностики и лечения / Л.Д. Калюжная // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2006. – № 1 (02). – С. 19-22.
8. Лусс Л.В. Коррекция иммунных нарушений при атопическом дерматите у детей / Л.В. Лусс // Педиатрия. – 2011. – № 1. – С. 16-20.
9. Павлова О.В. Основы психодерматологии / О.В. Павлова. – М.: Изд-во ЛКИ, 2007. – 240 с.
10. Процюк Т.Л. Прогностичні та констатуючі критерії виникнення бронхіальної астми у дітей / Т.Л. Процюк // Здоровье ребенка. – 2009. – Т. 5 (20). – С. 60-65.
11. Салахутдинова Е.А. Факторы, влияющие на течение атопического дерматита / Е.А. Салахутдинова, К.Н. Монахов, Н.Г. Петрова // Журнал

дерматовенерологии и косметологии.
– 2003. – № 1. – С. 7-9.

12. Свечникова Н.Н. Ассоциированность вариантов течения атопического дерматита с соматотипами, дисплазиями соединительной ткани, морфо-функциональными особенностями слизистых оболочек желудка и дистальных отделов толстой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.11 / Н.Н. Свечникова. – М., 2004. – 20 с.

13. Berdyshev G.D. On the maximal chronological age of man / G.D. Berdyshev, Sh.A. Asadov // Ztschr.

Altemsforsch. – 1985. – Vol. 40. – P. 289-294.

14. Cummins H. Finger Prints, Palms and Soles. An Introduction to Dermatoglyphics / H. Cummins and Ch. Midlo. – Philadelphia, 1961. – 300 p.

15. Hanifin J.M. Diagnostic features of atopic dermatitis / J.M. Hanifin, G. Rajka // Acta Dermatol. Venereol. – 1980. – Vol. 92. – P. 44.

16. Mirroring on palmar interdigital configurational areas / Y. Tomita, [et al.] // Nippon Hoigaku Zasshi. – 1994. – Vol. 48, № 5. – P. 309-316.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гара А.В. – аспирант кафедры кожно-венерических болезней Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г. Винница.

Калужная Л.Д. – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев.

Климас Л.А. – канд. биол. наук, ст. науч. сотрудник научно-исследовательского центра Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г. Винница.

Гунас И.В. – д-р мед. наук, проф., зав. научно-исследовательского центра Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г. Винница.

21018, Украина, г. Винница, ул. Пирогова, 56, НИЦ Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова.

E-mail: gunas@vsmu.vinnica.ua.