

стнице или мягким тканям. Концы трубок выводим вдали от раны и фиксируем к коже. Операционную рану над трубкой наглухо ушиваем. В послеоперационном периоде фракционно вводим антибиотик в обе иглы Алексюка и проводим капельно-проточно-аспирационный лаваж кости через дренажную трубку при помощи виброкомпрессора. Иглы из кости удаляем на 5—6-е сутки, а дренажную трубку — при чистой аспирационной жидкости и отсутствии осадка на дне сборного флакона. При такой тактике лечения хронического остеомиелита рецидива воспаления кости не наблюдалось.

Таким образом, благодаря дифференцированному подходу при вы-

боре оперативного вмешательства, учету возраста ребенка, формы гематогенного остеомиелита, при бережном отношении к кости во время операции, трансформация острого гематогенного остеомиелита в хроническую стадию составила 4,2%. За 6 лет (с 1987 по 1992 г.) летальности от острого гематогенного остеомиелита не было.

Мы надеемся, что данная работа будет полезной для начинающих детских хирургов в выборе правильного тактического решения, объема оперативного вмешательства, а также способа послеоперационного ведения больных с гематогенным остеомиелитом.

Поступила 28.06.93.

УДК 616.13/.16+616.839—07:617.576—02:616.9

ОСОБЕННОСТИ КОЖНОГО РЕЛЬЕФА КИСТЕЙ У ЛИЦ С КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

М. Ф. Исмагилов, Д. Д. Гайнетдинова, Г. М. Билалова

*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
(зав.—проф. М. Ф. Исмагилов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института имени С. В. Курашова*

В целях уточнения наследственной предрасположенности к конкретным заболеваниям ведутся поиски взаимосвязи между генетически обусловленными конституциональными признаками человека (генетическими маркерами) и отдельными заболеваниями. К таким генетическим маркерам относят кожный рельеф ладоней и пальцев человека, изучение которого легло в основу дерматоглифики [5].

Закладка кожного покрова и нервной системы происходит из эктодермы между 6—12-й неделями беременности и уже к пятому-шестому месяцу внутриутробного развития заканчивается полностью [16]. Гребневая кожа, оставаясь неизменной в течение всей жизни, является очень удобной для исследования. Если не нарушены глубокие слои эпидермиса, то его рисунок регенерирует даже после серьезных повреждений.

Формирование кожных узоров происходит под влиянием сложного взаимодействия полигенных наследственных факторов и факторов внешней среды [4—6]. Известно, что общий гребневой счет на 10 пальцах рук складывается почти исключи-

тельно под влиянием наследственных факторов, а форма узоров, количество и ширина гребней в узорах, расположение трирадиусов и центров узоров — в результате непрямого воздействия генотипа (через многочисленные фенотипические структуры) [12].

О существенной роли генетических факторов в развитии и течении ряда клинических форм вегетативных расстройств свидетельствует большое число исследований, выполненных за последние десятилетия [1, 13, 14]. Однако в доступной литературе мы не обнаружили работ, посвященных изучению кожных узоров как генетических маркеров при вегетативных нарушениях, в частности при неврогенных обмороках (НО), расцениваемых как одна из форм синкопальных состояний, в основе которых лежит дисфункция надсегментарных аппаратов вегетативной нервной системы [2, 7, 8].

С учетом возможности передачи типа вегетативного реагирования (ТВР) от родителей детям [2, 8] в рамках данной работы обобщены результаты изучения особенностей кож-

ных узоров пальцев у 104 лиц в возрасте от 10 до 22 лет с клиническими проявлениями вегетативной дисфункции (ВД) с парасимпатической направленностью ТВР: с пароксизмальным течением в форме НО (1-я группа — 20 мужчин, 47 женщин) и перманентным течением (2-я группа — 8 мужчин, 29 женщин). Контрольную (3-ю) группу составили 38 здоровых лиц того же возраста (28 мужчин, 10 женщин).

С помощью клинко-генеалогического и электрофизиологических ЭЭГ с функциональными нагрузками, ЭКГ; в ряде наблюдений длительная запись ЭКГ по Холтеру, велоэргометрия и др.) методов определяли наличие и степень выраженности синдрома ВД и форму НО. ТВР оценивали по исходному вегетативному тону и вегетативной реактивности [2]. Кожные узоры изучали по отпечаткам дистальных фаланг пальцев кистей, полученным с помощью типографской краски на мелованной бумаге. Отпечатки расшифровывали согласно рекомендациям [15] в интерпретации Т. Д. Гладковой [5]. Учитывали следующие дактилоскопические признаки: тип пальцевых узоров на 10 пальцах обеих рук, дельтовый индекс DI_{10} , гребневый счет (ГС) на каждом пальце правой и левой рук (при вычислении ГС в завитковых узорах подсчитывали количество гребешков от центра до радиальной дельты), суммарный ГС (СГС) на пяти пальцах каждой руки, общий ГС (ОГС) на 10 пальцах, а также некоторые формы дисплазии кожных узоров пальцев. Цифровой материал подвергали обработке по общепринятым правилам вариационной статистики [10].

Как у здоровых, так и у больных наиболее частым типом узора при дактилоскопии на всех пальцах правой и левой рук была ульнарная петля — L^u (рис. 1а, табл. 1). Радиальные петли (L^R) во всех группах (рис. 1б) составляли одинаковую частоту, преимущественно встречаясь у лиц мужского пола ($P < 0,001$). Бездельтовый узор (А) на всех пальцах в 1-й группе (рис. 1 в) наблюдался в 2—3 раза чаще, чем в контрольной ($P < 0,001$). Количество дельтовых узоров (L^u , L^R , W) во 2-й группе (рис. 1г) имело тенденцию ($P > 0,05$)

к увеличению по сравнению с такими в 1 и 3-й группах.

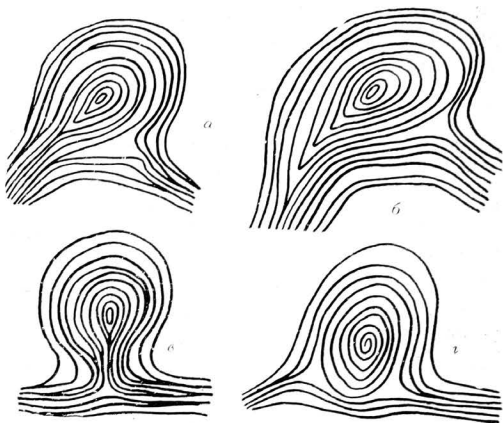


Рис. 1: а — ульнарная петля (L^u), б — радиальная петля (L^R), в — дуга (А), г — завиток (W).

Таблица 1

Распределение (в %) основных типов узоров на дистальных фалангах пальцев кисти лиц казанской популяции

Типы узоров на пальцах		Группы обследованных		
		1-я	2-я	3-я
I палец	L^u	36	59	51
	L^R	—	—	—
	W	56	39	32
	A	10	3	4,5
II палец	L^u	31	38	24
	L^R	14	19	23
	W	37	30	41
	A	21	16	13
IV палец	L^u	61	67	65
	L^R	2	3	2
	W	32	20	26
	A	18	12	8
III палец	L^u	47	52	56
	L^R	—	1	2
	W	47	37	41
	A	10	4	2
V палец	L^u	81	66	80
	L^R	3	1	1
	W	9	17	19
	A	7	7	—
На всех пальцах	L^u	51	56	55
	L^R	4	5	6
	W	34	29	32
	A	13	8	6

Особый интерес представляет локализация дельтовых узоров на I пальце кисти, так как формирование кожных рисунков на нем связано с

определенным эмбриональным полем [3]. Особое место узорам на I пальце кисти отводится в связи с ведущей ролью в функции кисти. Очень измененным у больных 1-й группы оказалось распределение основных типов узоров на большом пальце: ульнарная петля встречалась достоверно реже ($P < 0,001$), а завитки и дуги — чаще ($P < 0,001$), чем в контроле.

Общий гребневой счет, находящийся в прямой зависимости от кожных узоров на пальцах рук, у больных мужчин 1-й группы был достоверно ниже, чем в контроле (табл. 2). — соответственно 98 и 144 ($P < 0,001$). У больных женщин различия данного показателя с контролем были недостоверными ($P > 0,05$).

Таблица 2

Количественная характеристика узоров у обследованных	пальцевых лиц	
	Общий гребневой счет	Дельтовый индекс
	женщины	мужчины
1-я	112	98*
2-я	122	132
3-я	120	144*

* достоверно различные величины по вертикали ($P < 0,001$).

Количество дисплазий кожного узора, проявляющихся искажениями или разрывами папиллярного узора пальцев кисти, в 1 и 2-й группах оказалось примерно одинаковым и достоверно ($P < 0,05$) превышало таковое у здоровых лишь в 1-й группе (табл. 3).

Таблица 3

Представленность признаков дисплазии на дистальных фалангах пальцев кисти в обследованных группах в зависимости от пола

Группы обследованных	Частота дисплазии (в %)		
	у мужчин	у женщин	у лиц обоего пола
1-я	8,3*	8,5*	8,4*
2-я	7,5	6,0	6,7
3-я	6,8*	7,0*	6,9*

* достоверно различные величины по вертикали ($P < 0,05$).

Этот факт не позволяет исключить воздействие неблагоприятных факторов в эмбриональном периоде развития, спровоцировавших появление дисплазий, в группе лиц с синдромом

ми ВД и обморочными пароксизмами. В связи с этим возникает не столь уж риторический вопрос: не связано ли появление этих заболеваний с воздействием неблагоприятных факторов на развивающийся плод в первые два-три месяца внутриутробного развития, а если связано, то в какой степени. Однако сравнительный анализ рисунка кожных узоров в группе лиц с наличием и отсутствием сведений о неблагополучном акушерском анамнезе не выявил достоверных различий в количестве этих дисплазий, что в определенной степени может свидетельствовать даже о преобладающем значении наследственно-конституциональных факторов как в генезе данных заболеваний, так и в формировании пальцевых гребешков. Наши суждения согласуются с мнением ряда исследователей [11, 17], согласно которому дисплазии кожных узоров являются аутосомно наследуемым признаком по доминантному типу. В то же время следует отметить факт преобладания количества дисплазий у обследованных нами лиц мужского пола по сравнению с женским.

В группах лиц с перманентными вегетативными расстройствами и НО по сравнению со здоровыми достоверно ($P < 0,001$) преобладало число так называемых белых линий концевых фаланг (БЛКФ) пальцев кистей (табл. 4), рассматриваемых в литературе как дизэмбриогенетические признаки [9].

Таблица 4

Частота белых линий концевых фаланг кистей в обследованных группах

Группы обследованных	Частота белых линий (в %)				
	I палец	II	III	IV	V
1-я	79	73,5	79	76,5	70
2-я	52,5	50	52,5	48,5	51,5
3-я	23,5	19,5	21	18,5	17

Согласно данным таблицы, у лиц 1-й группы БЛКФ встречаются в 3 — 4 раза, а во 2-й — в 2 — 3 раза чаще, чем в контрольной группе. Обе группы больных по наличию БЛКФ значительно различались и друг от друга: имело место явное преобладание изучаемого признака у лиц с обморочными пароксизмами ($P < 0,001$). Во всех трех группах наиболее подверженными БЛКФ оказались I и

III пальцы рук, что, возможно, связано с их высокой функциональной активностью у человека.

Итак, у обследованных больных с клиническими проявлениями ВД перманентного и пароксизмального (в форме НО) течения с ваготоническим типом вегетативного реагирования по сравнению со здоровыми лицами увеличено количество дисплазий в виде разрывов или искажений папиллярного узора и БЛКФ кисти с наличием существенных конституциональных особенностей дактилоскопической картины кистей. Последние характеризовались преимущественно у лиц с НО преобладанием бездельцового узора и уменьшением количества общего гребневого счета (только у лиц мужского пола), а также ульнарных петель (независимо от половой принадлежности). Наличие корреляции некоторых дактилоскопических признаков с половой принадлежностью обследованных в отличие от лиц контрольной группы может свидетельствовать о повышении модифицирующего полового фактора при вегетативной патологии. Это позволяет предположить преобладающую роль наследственно-конституциональных факторов в развитии изученных нами форм вегетативных расстройств у лиц женского пола, причем у лиц мужского пола они весьма негативно проявляются еще в ходе эмбриогенеза.

Следовательно, можно предположить, что механизм фенотипического проявления генотипа в формировании ряда особенностей кожных узоров кистей у лиц с НО и перманентными проявлениями вегетативной дисфункции коррелирует с парасимпатической направленностью вегетативного гомеостаза, определяемой, вероятно, наследственными факторами. Отсюда

указанные выше характеристики кожных узоров могут служить генетическими маркерами парасимпатического типа вегетативного реагирования индивидуума, на почве которого формируются конкретные синдромы вегетативной дисфункции и ряд заболеваний, относящиеся к нейросоматической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкин П. С., Алленых Н. И. Пароксизмальные вегетативные нарушения.—М., 1979.
2. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегето-сосудистая дистония.—М., 1981.
3. Войтенко В. П., Полюхов А. М.//Генетика человека.—1984.—№ 2.—С. 349—356.
4. Гайдук Ф. М.//Журн. невропатол. и психиатр.—1985.—№ 10.—С. 1561—1563.
5. Гладкова Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека.—М., 1966.
6. Гусева И. С.//Здравоохран. Белорус.—1980.—№ 9.—С. 32—34.
7. Заболевания вегетативной нервной системы//А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Д. Голубев и др./Под ред. А. М. Вейн.—М., 1991.
8. Исмагилов М. Ф. Церебральные вегетативные нарушения пубертатного периода: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.—М., 1986.
9. Пугачева Г. П. Труды научно-практических конференций врачей психоневрологических учреждений.—М., 1971.—С. 113—117.
10. Рокитский П. Ф. Биологическая статистика.—Минск, 1973.
11. Спасов С. А. Дерматоглифиски проучвания при няякои интересесуални заболявания: Автореф.—София, 1973.
12. Шарец Ю. Д.//Вестн. АМН СССР.—1973.—№ 7.—С. 61—69.
13. Шаршов Ю. Б., Лазебник Т. А. Проблемы нейрогенетики и нервно-мышечных заболеваний.—Л., 1983.
14. Bluma L., Westerski W.//Wiad. Zek.—1977.—Vol. 30(15)—P. 1235—1236.
15. Cummins H., Midlo Ch. Finger Prints, Palms and Soles.—New-York.—Dover, 1961.
16. Patten B. J. Human Embryology.—New-York, 1953.
17. Tay J. S. H.//Ann. hum. Genet.—1979.—Vol. 42.—P. 327—332.

Поступила 14.07.93.

УДК 616.89—008.437—085.82

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КОНТРАКТУРЫ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ

Г. А. Иваничев, К. Левит, Д. Саймонс

Кафедра традиционной медицины (зав.—проф. Г. А. Иваничев)
Казанского института усовершенствования врачей

Неврит лицевого нерва (прозоплегия), проявляющийся преимущественно парезом или параличом мимических мышц, среди других поражений встречается наиболее часто [5].

По данным сводной статистики, эта патология наблюдается в различных странах приблизительно в 2—3% случаев всех заболеваний периферической нервной системы, составляя