

5. Куприянов, В. В. Микроциркуляторное русло / В. В. Куприянов, Я. Л. Караганов, В. И. Козлов. – М. : Медицина, 1975. – 340 с.
6. Новочадов, В. В. Эндотоксикоз : моделирование и органопатология / В. В. Новочадов, В. Б. Писарев. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2005. – 240 с.
7. Павлова, М. М. Функционирование эритроцитарной системы при анемических состояниях у рабочих, занятых переработкой Астраханского газоконденсата / М. М. Павлова, Т.А. Эсаулова // Астраханский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 140.
8. Принципы и методы оценки токсичности химических веществ. – Женева : ВОЗ, 1981. – Ч. 1. – 312 с.
9. Ребров, А. П. Вазорегулирующая активность эндотелия и легочная гипертензия / А. П. Ребров, Н. А. Кароли // Клиническая медицина. – 2005. – № 6. – С. 72–76.
10. Тризно, Н. Н. Морфологические особенности биожидкостей организма крыс при хроническом воздействии серосодержащего газа / Н. Н. Тризно, И. А. Беднов, А. А. Резаев // Вестник новых медицинских технологий. – 2003. – № 1/2. – С. 23–24.
11. Чернух, А. М. Микроциркуляция / А. М. Чернух, П. Н. Александров, О. Б. Алексеев. – М. : Медицина, 1975. – 455 с.
12. Saadeh, C. The erythrocyte sedimentation rate : old and new clinical applications / C. Saadeh // South Med. J. – 1998. – № 3. – P. 220–225.

**Лазько** Алексей Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000 г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: radmila56@mail.ru.

**Овсянникова** Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической физиологии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000 г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: ovolga.a@yandex.ru.

**Карпеева** Дарья Владимировна, ассистент кафедры патологической физиологии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

УДК 618.3-06:618.4

© О.Б. Мамиев, Е.Н. Гужвина, В.О. Мамиев, 2012

**О.Б. Мамиев, Е.Н. Гужвина, В.О. Мамиев**

### **ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕННОЙ АДАПТАЦИЕЙ К РОДОВОМУ СТРЕССУ**

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Медицинская дерматоглифика позволяет выявить генетические маркеры нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода задолго до родов, на ранних сроках гестации. Данный метод исследования указывает на наличие корреляции дерматоглифических признаков с генетически детерминированными морфофункциональными дефектами, лежащими в основе нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов ЦНС, системы «мать – плацента – плод», не требует применения сложных технологий и может широко использоваться в практике для оптимизации акушерской тактики и снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений.

*Ключевые слова:* медицинская дерматоглифика, адаптация, маркеры, беременность.

**O.B. Mamiev, E.N. Gujvina, V.O. Mamiev**

### **DERMATOGLYPHIC MARKERS OF PREGNANT WOMEN WITH DISTURBED ADAPTATION TO DELIVERY STRESS**

Medical dermatoglyphic aspect gives the possibility to find out genetic markers of disturbed adaptation to delivery stress in mother and fetus far before the delivery, at the early stages of gestation. Such method of investigation

shows the presence of correlation in dermatoglyphic features with genetically determined morphofunctional defects being on the base of disturbances in compensatory – adaptive mechanisms of CNS, SMPF, does not demand the usage of complicated technologies and may be widely used in the obstetric practice for optimization of its tactics and decrease of frequency of obstetric and perinatal complications.

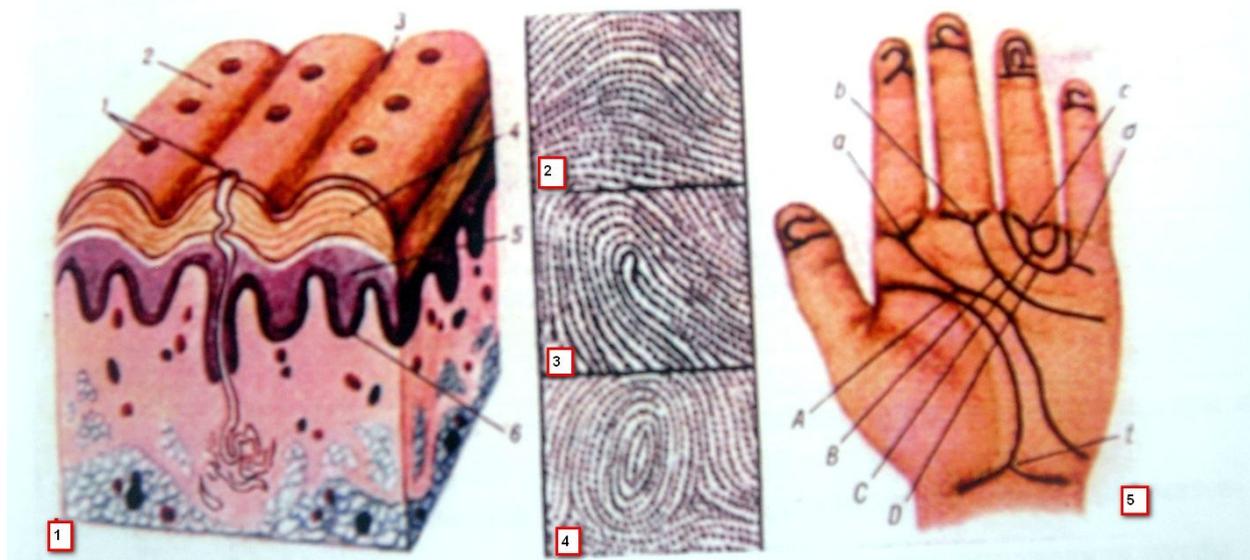
**Key words:** *medical dermatoglyphic aspect, adaptation, markers, pregnancy.*

**Введение.** В настоящее время поиск и изучение маркеров неполноценности адаптации системы «мать – плацента – плод» (СМПП) к родовому стрессу является актуальной проблемой [4, 9]. Особую ценность представляют те из них, которые имеют высокую корреляцию с генетически детерминированными морфофункциональными дефектами, лежащими в основе нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов ЦНС, СМПП, не требуют для их выявления применения сложных технологий и могут широко использоваться в акушерской практике. Одним из таких методов является медицинская дерматоглифика, которую в настоящее время с успехом применяют в совокупности с другими методами для оценки риска некоторых патологических состояний, в том числе в акушерстве и гинекологии [1, 2, 7, 8, 10, 11, 12].

**Цель:** выявить дерматоглифические маркеры дезадаптации матери и плода к родовому стрессу на ранних сроках беременности.

**Материал и методы исследования.** Путем свободной выборки были обследованы 164 беременные женщины в конце I – начале II триместра беременности (10–14 недель беременности). Для получения исходных показателей дерматоглифики осуществляли изготовление отпечатков пальцев и ладоней по Т.Г. Гладковой [3]. Изучение и анализ этих данных проводили в соответствии с рекомендациями отечественных авторов [4, 5]. В настоящее время медицинскую дерматоглифику применяют для оценки риска ряда патологических состояний в различных областях медицины, в том числе в акушерстве и гинекологии [3, 7]. Некоторые исследователи для оценки базисного уровня адаптации организма большое значение придают феномену флюктуирующей асимметрии дерматоглифических показателей [1, 3, 6]. На рисунках 1–5 представлены нормальные дерматоглифические структуры.

На концевых фалангах пальцев и ладонях у обследуемых женщин определяли гребешковые структуры, которые многими авторами рассматриваются как дерматоглифические маркеры дизонтогенеза, обусловленного хромосомными, генетическими нарушениями и негативными внешними следовыми факторами. Перечень дерматоглифических показателей, изученных в данных исследованиях, приведены в таблице 1, разработанной ранее [3].



**Рис. 1. Схема строения кожи ладони:**

1 – пора потовой железы; 2 – гребешок кожи; 3 – бороздка кожи;  
4 – роговой слой; 5 – мальпигиевый слой; 6 – базальный слой.

**Рис. 2–4. Основные папиллярные узоры (2 – дуга, 3 – петля, 4 – завиток).**

**Рис. 5. Особенности дерматоглифики пальцев и ладоней в норме:**

a, b, c, d – пальцевые трирадиусы II–V пальцев, t – осевой трирадиус,  
A, B, C, D – главные ладонные линии

Дерматоглифические показатели риска осложненных родов и их оценка\*

№	Дерматоглифические показатели	$\chi^2$	ОР	P
1	Мономорфизм на концевых фалангах пальцев (дуги, петли, завитки)	4,75	4,77	< 0,05
2	Смещение (чаще дистальное) осевого трирадиуса	6,27	6	< 0,05
3	Наличие 2 и более осевых трирадиусов	0,59	1,9	> 0,05
4	Наличие гребешковой петли или завитка на гипотенаре	9,77	14,05	< 0,05
5	Сближение трирадиусов «b» и «с» с наличием гребешковой петли между ними	11,47	12	< 0,001
6	Сближение трирадиусов «с» и «d» с наличием гребешковой петли между ними	0,55	0,76	> 0,05
7	Наличие более 4-пальцевых трирадиусов на ладони	1,26	3,5	> 0,05
8	Угол atd > 40°	0,85	1,62	> 0,05
9	Наличие феномена слияния двух пальмарных гребешковых полос на гипотенаре	1,24	2,66	> 0,05
10	$K_n \geq 20$	7,3	15	< 0,01

Примечание: \* – при  $ОР \leq 20$  степень риска осложнений в родах для матери и плода низкая, при  $ОР = 21-30$  – средняя, при  $ОР = 31-36$  и  $>$  – высокая

Силу связи осложненного течения родов для матери и плода с дерматоглифическими маркерами и их прогностические значения определяли путем вычисления относительного риска (ОР) по общепринятой формуле [3]:

$$ОР = \frac{a \times d}{b \times c},$$

где: а и с – число женщин с осложненным течением родов, имеющих и не имеющих неблагоприятный дерматоглифический признак, соответственно; b и d – число женщин с нормальным исходом родов, имеющих и не имеющих аналогичный маркер.

При этом, чем больше или меньше единицы определяется числовое значение ОР, тем теснее положительная или отрицательная связь между частотой осложненных родов и фактором риска.

Для установления информативных маркеров наследственных и врожденных дефектов адаптации матери и плода к родовому стрессу, исследовали ряд показателей ладонной и пальцевой дерматоглифики у женщин на ранних сроках беременности. Затем провели анализ течения родов и состояния новорожденных. Обследуемые женщины были разделены на 4 группы: 1) женщины с нормальным исходом родов (n = 36), 2) женщины с осложненным исходом родов только для плода (n = 28), 3) женщины с осложненным исходом родов только для матери (n = 24), 4) женщины с осложненным исходом родов одновременно для матери и плода (n = 76). Сравнение исследуемых групп по возрастному критерию выявляет близкие исходные данные в обеих группах, что соответствует принципу соблюдения адекватности условий анализа.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Microsoft Word, Microsoft Excel 2003 для Windows XP, Statistika 6.0. Различия считали статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как видно из данных таблицы 2, у женщин с осложненным течением родов только для плода статистически достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе контроля, отмечается пальцевой мономорфизм рисунка (петли и завитки), дистальное смещение осевого трирадиуса на ладони (на обеих руках), наличие гребешковой петли или завитка на правом (d) ( $p < 0,05$ ) и левом (s) ( $p < 0,01$ ) гипотенаре, сближение ладонных трирадиусов «в» и «с» ( $p < 0,05$ ), а также «с» и «d» ( $p < 0,05$ ), угол atd, превышающий 40°, чаще определялся на правой ладони ( $p < 0,05$ ).

У женщин с осложненным течением родов только для матери статистически достоверно чаще, чем в группе контроля, отмечались наличие 2 и более осевых трирадиусов на правой ладони ( $p < 0,05$ ), гребешковой петли или завитка на гипотенаре ( $p < 0,001$ ), угол atd, превышающий 40°, определялся на обеих ладонях ( $p < 0,05$ ).

Проведенный анализ установил, что статистически достоверное различие между 3 группой и контрольной группой отмечалось по несколько меньшему числу дерматоглифических показателей по сравнению со 2 группой.

**Частота выявления пальцевых и ладонных гребешковых структур  
у женщин с нормальным и осложненным исходом родов**

Гребешковые дерматоглифические структуры			Беременные с нормальным исходом родов (группа контроля) n = 36	Беременные с осложненным исходом родов только для плода n = 28	Беременные с осложненным исходом родов только для матери n = 24	Беременные с осложненным исходом родов одновременно для матери и плода n = 76	p
1. Пальцевой мономорфизм рисунка	петли	d s	7 (19,4 %) 5 (13,8 %)	5 (17,9 %) 7 (25,0 %)	5 (20,8 %) 6 (25,0 %)	16 (21,1 %) 20 (26,3 %)	2-3>0,05; 2-4>0,05 2-3<0,05; 2-4<0,05 2-5>0,05; 2-5<0,05
	завитки	d s	4 (11,1 %) –	1 (3,6 %) –	3 (12,5 %) 5 (20,8 %)	– –	2-3<0,05; 2-4>0,05
2. Смещение ладонного осевого трирадиуса	Проксимальное	d s	– –	2 (7,1 %) 3 (10,7 %)	4 (16,7 %) 3 (12,5 %)	2 (2,6 %) –	–
	Дистальное	d s	8 (22,2 %) 5 (13,8 %)	15 (53,6 %) 11 (39,3 %)	10 (41,7 %) 9 (37,5 %)	40 (52,6 %) 32 (42,1 %)	2-3<0,05; 2-4>0,05 2-3<0,01; 2-4>0,05 2-5<0,01; 2-5<0,001
3. Наличие 2 или более осевых ладонных трирадиусов	d	d	2 (5,6 %)	3 (10,7 %)	3 (12,5 %)	10 (13,8 %)	2-3>0,05; 2-4<0,05;
	s	s	3 (8,3 %)	1 (3,6 %)	1 (4,2 %)	14 (18,4 %)	2-3>0,05; 2-4>0,05 2-5<0,05; 2-5>0,05
4. Гребешковая петля или завиток на гипотенаре	d	d	1 (2,8 %)	8 (28,6 %)	9 (37,5 %)	18 (23,7 %)	2-3<0,001; 2-4<0,001
	s	s	1 (2,8 %)	8 (28,6 %)	7 (29,2 %)	20 (26,3 %)	2-3<0,001; 2-4<0,001 2-5<0,001; 2-5<0,001
5. Сближение ладонных трирадиусов «в» и «с»	d	d	10 (27,8 %)	16 (57,1 %)	13 (54,2 %)	38 (50 %)	2-3<0,05; 2-4>0,05
	s	s	8 (22,2 %)	14 (50,0 %)	10 (41,7 %)	36 (47,1 %)	2-3<0,05; 2-4>0,05 2-5>0,05; 2-5<0,05
6. Сближение ладонных трирадиусов «с» и «д»	d	d	5 (13,8 %)	1 (3,6 %)	2 (8,3 %)	6 (7,9 %)	2-3<0,05; 2-4>0,05
	s	s	6 (16,6 %)	2 (7,1 %)	1 (4,2 %)	8 (10,5 %)	2-3<0,05; 2-4>0,05 2-5>0,05; 2-5>0,05
7. Более 4-пальцевых трирадиусов на ладони	d	d	–	2 (7,1 %)	1 (4,2 %)	6 (7,9 %)	2-3>0,05
	s	s	1 (2,8 %)	1 (3,6 %)	–	4 (5,3 %)	2-5>0,05
8. < atd > 40°	d	d	10 (27,8 %)	12 (42,9 %)	16 (66,6 %)	34 (44,7 %)	2-3<0,05; 2-4<0,05
	s	s	12 (33,3 %)	11 (39,3 %)	17 (70,8 %)	32 (42,1 %)	2-3>0,05; 2-4<0,05 2-5>0,05; 2-5>0,05
9. cd /bc	d	d	1,18 ± 0,1	1,62 ± 0,08	1,65 ± 0,1	1,56 ± 0,07	2-3<0,05; 2-4<0,05
	s	s	1,2 ± 0,09	1,45 ± 0,1	1,55 ± 0,11	1,6 ± 0,2	2-3<0,05; 2-4<0,05 2-5>0,05; 2-5<0,05
10. Дерматоглифический коэффициент (ДК)	d	d	13,29 ± 0,44	25,72 ± 0,35	22,0 ± 0,58	21,2 ± 1,4	2-3<0,001; 2-4<0,001
	s	s	13,83 ± 0,31	24,56 ± 0,41	17,14 ± 0,27	21,2 ± 1,2	2-3<0,001; 2-4<0,01 2-5<0,001; 2-5<0,001

Дерматоглифический коэффициент (ДК) у женщин 2 и 3 групп значительно превышал аналогичный показатель у женщин группы контроля ( $p < 0,001$ ). Средняя величина соотношения расстояний между пальцевыми трирадиусами (cd/bc) также имела статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) при сравнении с контролем.

У женщин с осложненным течением родов одновременно для матери и плода статистически достоверно чаще, чем у беременных 1 группы отмечались пальцевой мономорфизм рисунка в виде петель на левой руке ( $p < 0,05$ ), дистальное смещение ладонного осевого трирадиуса на обеих руках ( $p < 0,01$  на правой ладони) и ( $p < 0,001$  на левой ладони), а также наличие гребешковой петли или завитка на правом ( $p < 0,001$ ) и левом ( $p < 0,001$ ) гипотенаре, сближение ладонных трирадиусов «в» и «с» на левой руке ( $p < 0,05$ ).

Средние показатели ДК у беременных с неблагоприятным исходом родов одновременно для матери и плода на обеих ладонях значительно превышали аналогичные показатели в группе женщин с нормальным исходом родов ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, проведенные исследования наглядно демонстрируют достоверное преобладание патологических комбинаций пальцевых и ладонных гребешковых структур у женщин с осложненным течением родов.

Роды у всех обследуемых, за исключением женщин контрольной группы, протекали с осложнениями, описание которых приведено далее. Первородящих в 1 группе было 15 (41,7 %) человек, повторнородящих – 21 (58,3 %) женщина; во 2 группе – 16 (57,1 %) человек и 12 (42,9 %) женщин, соответственно. Беременность была доношенной у 26 (92,9 %) рожениц из 2 группы, недоношенной – у 2 (7,1 %) женщин. Роды переносным плодом имели место у 1 (3,6 %) женщины, роды двойней – у 1 (3,6 %) роженицы.

Роды у 27 (96,4 %) женщин из 2 группы протекали в головном предлежании, а у 1 (3,6 %) роженицы – в тазовом предлежании плода. У 23 из 28 женщин из 2 группы отмечались самопроизвольные роды, а 5 (17,9 %) женщин были родоразрешены путем операции кесарева сечения, в основном по показаниям со стороны плода.

Общая продолжительность родов у первородящих из 2 группы составила в среднем 8 ч 26 мин  $\pm$  42,4 мин и была достоверно меньше аналогичного показателя в контрольной группе (10 ч 32 мин  $\pm$  37,6 мин) ( $p < 0,01$ ). У повторнородящих средняя продолжительность родового акта составила 5 ч 52 мин  $\pm$  28,2 мин и статистически достоверно не отличалась от такового показателя в контроле (6 ч 07 мин  $\pm$  26,5 мин) ( $p > 0,05$ ). У женщин из 2 группы осложнений в родах не отмечалось.

Средняя оценка по шкале Апгар у детей из 2 группы составила  $6,8 \pm 0,2$  балла и  $7,7 \pm 0,15$  балла на 1 и 5 минутах после рождения, соответственно. Из 29 новорожденных 2 группы в асфиксии родились 4 (13,8 %) ребенка, из них в тяжелой – 2 (6,9 %) детей. Основными патологическими состояниями детей в раннем неонатальном периоде были гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС, которое проявлялось в виде синдрома возбудимости и синдрома угнетения. Указанные нарушения со стороны ЦНС отмечались у 24 (82,8 %) новорожденных.

Синдром дыхательных расстройств (СДР) наблюдался у 3 (10,3 %) новорожденных. У 5 (17,2 %) детей отмечались умеренные проявления СЗРП по гипотрофическому типу.

Анализ родов у 24 женщин из 3 группы, из которых 16 (66,7 %) были первородящие, а 8 (33,3 %) – повторнородящие, показал, что беременность была доношенной у 23 (95,8 %) человек, в одном наблюдении (4,2 %) имели место запоздалые роды. В число новорожденных (24 ребенка) вошли 13 (54,2 %) мальчиков и 11 (45,8 %) девочек. Средние величины массы и роста детей составили:  $3580 \pm 49,6$  г и  $51,2 \pm 0,3$  см, соответственно. При этом показатель массы у них статистически достоверно превышал аналогичные показатели во всех группах ( $p < 0,05$ ), кроме 2 группы ( $p > 0,05$ ). Средняя оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила  $7,8 \pm 0,05$  балла, на 5 минуте –  $8,4 \pm 0,04$  балла. Состояние всех детей как при рождении, так и в раннем неонатальном периоде было расценено как удовлетворительное.

Роды в головном предлежании плода имели место у всех родильниц данной подгруппы. У 20 обследуемых беременность завершилась самопроизвольными родами, а 4 (16,7 %) женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показанием к операции явилось отсутствие эффекта от родовозбуждения, поздний возраст первородящих, узкий таз.

Общая продолжительность родов у первородящих из 3 группы составила в среднем 9 ч 22 мин  $\pm$  21,7 мин и была достоверно ниже аналогичного показателя в группе контроля ( $p < 0,05$ ). У повторнородящих этот показатель не отличался от аналогичного в контроле и находился в пределах 6 ч 31 мин  $\pm$  19,8 мин ( $p > 0,05$ ).

В родах у женщин из 3 группы преждевременное излитие вод отмечалось в 7 (29,2 %) случаях, раннее – в 3 (12,5 %) наблюдениях. Первичная слабость родовой деятельности была установлена у 5 (20,8 %) рожениц, вторичная – у 1 (4,2 %) женщины. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности успешно скорректированы применением утеротонических средств. Быстрые роды имели место у 3 (12,5 %) рожениц. Ручное обследование полости матки в связи с дефектом последа произведено у 4 (16,7 %) родильниц.

Разрывы шейки матки отмечались у 6 (25 %) родильниц, травмы мягких тканей родового канала – у 5 (20,8 %) женщин, их сочетание – у 3 (12,5 %) пациенток. Во втором периоде родов 4 (16,7 %) роженицам по показаниям произведена эпизиотомия. Частота послеродовых осложнений у женщин из 2 подгруппы составила 8,3 %.

В 4 группу вошли 54 (71,1 %) первородящие женщины, что в 2,5 раза превышало число повторнородящих – 22 (28,9 %) пациентки. Напротив, в контрольной группе повторнородящих было в 1,4 раза больше, чем первородящих.

Беременность была доношенной у 68 (89,5 %) рожениц, недоношенной – у 8 (10,5 %) женщин. Роды в головном предлежании имели место у 72 (94,7 %) пациенток, при тазовом – у 3 (3,9 %) женщин, в 1 наблюдении было выявлено поперечное положение плода. У одной роженицы имела место однайцевая двойня (1,3 %).

У 42 (55,3 %) обследуемых, относящихся к 4 группе, имели место роды через естественные родовые пути, 33 (43,4 %) женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения, 1 (1,3 %) пациентка – с помощью наложения полостных акушерских щипцов. Оперативное родоразрешение проведено в связи с наличием некорректируемых осложнений беременности, родов, наличием экстрагенитальной патологии и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Общая продолжительность родов у первородящих из 4 группы составила в среднем 9 ч 36,2 мин  $\pm$  27,3 мин ( $p > 0,05$  по отношению к контролю), у повторнородящих – 7 ч 56,8 мин  $\pm$  31,3 мин ( $p < 0,05$ ).

Из осложнений в родах часто встречалось преждевременное излитие околоплодных вод – 20 (26,3 %) случаев, раннее – 7 (9,2 %) наблюдений. Первичная слабость родовой деятельности имела место у 11 (14,5 %) пациенток, вторичная – у 5 (6,6 %) женщин. Быстрые роды наблюдались у 4 (5,2 %) пациенток. Роды осложнились преждевременной частичной отслойкой нормально расположенной плаценты у 2 (2,6 %) человек, клинически узким тазом – у 2 (2,6 %) пациенток, кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах – у 7 (9,2 %) рожениц.

Ручное обследование матки по поводу дефекта последа и гипотонического кровотечения проводилось в 9 (11,8 %) случаях.

Разрывы шейки матки отмечались у 9 (11,8 %) рожениц, травмы мягких тканей родового канала – у 14 (18,4 %) женщин, их сочетание – у 5 (6,5 %) пациенток. Пограничная кровопотеря в родах имела место в 8 (10,5 %) наблюдениях, патологическая – в 5 (6,5 %) случаях. Во 2 периоде родов 7 (9,2 %) роженицам по показаниям производилась эпизиотомия.

В 4 группе от 76 женщин родилось 77 детей, в том числе одна однайцевая двойня, соотношение мальчиков и девочек составило: 43 (55,8 %) и 34 (44,2 %), соответственно. Средние показатели массы и роста новорожденных составили 3291,3  $\pm$  71,1 г и 51,2  $\pm$  0,3 см ( $p > 0,05$  по отношению к контролю), соответственно.

Средние показатели оценки новорожденных по шкале Апгар в 3 группе составили 6,8  $\pm$  0,09 и 7,5  $\pm$  0,06 баллов на 1 и 5 минутах, соответственно ( $p < 0,01$  по сравнению с контролем). В состоянии асфиксии родилось 15 (19,5 %) детей, из них в асфиксии тяжелой степени – 3 (3,9 %) ребенка.

В течение раннего неонатального периода у 71 (92,2 %) ребенка выявлено гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС в виде синдрома возбудимости и синдрома угнетения. Частота указанной патологии в 4 группе была статистически выше аналогичного показателя во 2 группе ( $p < 0,01$ ).

У 13 (16,9 %) детей были проявления СДР, у 19 (24,7 %) детей имели место признаки СЗРП по гипотрофическому типу. Состояние 44 (57,1 %) маленьких пациентов расценивалось как средней тяжести, а 12 (15,6 %) детей – как тяжелое.

Результаты проведенных исследований позволили выявить, что у женщин 4 группы роды протекают с осложнениями одновременно для матери и плода. Эти осложнения имеют более яркую клиническую картину, по сравнению с аналогичными у женщин 2 и 3 групп они наблюдаются чаще, коррекция их возможна, но сложна и в ряде ситуаций малоэффективна, что требует оперативного вмешательства в родах.

**Заключение.** Итоги изучения дерматоглифических структур у женщин с различными исходами родов показали, что дистальное смещение ладонного осевого трирадиуса на обеих руках, наличие гребешковой петли или завитка на правом и левом гипотенаре, сближение трирадиусов «в» и «с» на левой ладони являются весьма информативными маркерами низкой адаптации к родовому стрессу одновременно для матери и плода. По мере снижения адаптационных возможностей организма беременной к родовому стрессу нарастает частота патологических дерматоглифических маркеров. Показатель ДК, превышающий 20, является надежным маркером дезадаптации.

Таким образом, проведенные исследования наглядно демонстрируют достоверное преобладание патологических комбинаций пальцевых и ладонных гребешковых структур у женщин с осложненным течением родов одновременно для матери и плода, что приводит к развитию акушерских и фетальных осложнений, представляющих существенную угрозу здоровью матери и плода.

## Список литературы

1. Веренич, С. В. Флюктуирующая асимметрия как маркер адаптивности фенотипа (на модели неврологических проявлений поясничного остеохондроза) / С. В. Веренич // Онтогенез. – 1996. – № 2. – С. 137–140.
2. Гладкова, Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т. Д. Гладкова. – М. : Наука, 1966. – 151 с.
3. Мамиев, О. Б. Дерматоглифические показатели у женщин с осложненным течением родов / О. Б. Мамиев // Медико-социальные аспекты состояния здоровья и медицинской помощи работников водного транспорта : сб. науч. трудов. – Астрахань : Изд-во АГМА, 2001. – С. 114–117.
4. Мглинец, В. А. Оценка гомеостаза развития у человека по дерматоглифическим показателям / В. А. Мглинец, В. И. Иванов // Онтогенез. – 1991. – № 6. – С. 600–605.
5. Трепаков, Е. А. Дерматоглифические исследования в акушерско-гинекологической практике / Е. А. Трепаков // Акушерство и гинекология – 1976. – № 12. – С. 65–67.
6. Arrieta, M. I. Fluctuating dermatoglyphic asymmetry: genetic and prenatal influences / M. I. Arrieta, B. Criado, B. Martinez et al. // Ann. Hum. Biol. – 1993. – Vol. 20, № 6. – P. 557–563.
7. Godfrey, K. M. Relation of fingerprints and shape of the palm to fetal growth and adult blood pressure / K. M. Godfrey, D. J. Barker, J. Peace et al. // B.M.J. – 1993. – Vol. 14, № 307. – P. 405–409.
8. Kahn, H. S. Fingerprint ridge count difference between adjacent fingertips (dR45) predict upper body tissue distribution evidence for larby gestational programming / H. S. Kahn, R. Ravindranath, R. Valdez et al. // Am. J. Epidemiol. – 2001. – Vol. 153, № 4. – P. 338–344.
9. Lobato, M. J. Neurodevelopmental risk factors in schizophrenia / M. J. Lobato, P. Belmonte de Abreu, D. Knijnik // Braz. J. Med. Biol. Res. – 2001. – Vol. 34, № 2. – P. 155–163.
10. Rosa, F. Further evidence that congenital dermatoglyphic abnormalities are associated with psychosis : a twin study / F. Rosa, L. Fanans, J. Van Os et al. // Schizophr. Bull. – 2002. – Vol. 28, № 4. – P. 697–701.
11. Slabbekoorn, D. Dermatoglyphic characteristic of transsexuals: is there evidence for an organizing effect of sex hormones / D. Slabbekoorn, S. H. Van Goozen, G. Sanders et al. // Psychoneuroendocrinology. – 2000. – Vol. 25, № 4. – P. 365–375.
12. Van Os, J. Association between cerebral structural abnormalities and dermatoglyphic ridge counts in shizophrenia / J. Van Os, P.W. Woodruff, L. Fanans et al. // Compr. Psychiatry. – 2000. – Sept. – Vol. 41, № 5. – P. 380–384.

**Мамиев** Олег Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 33-14-20, e-mail: agma@astranet.ru.

**Гужвина** Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 33-14-20, e-mail: egughvina@mail.ru.

**Мамиев** Владимир Олегович, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 33-14-20, e-mail: agma@astranet.ru.

УДК 616.24-036.12:616.45-001.1/3

© Н.Е. Новикова, И.А. Кудряшева, А.Х. Ахминеева, 2012

**Н.Е. Новикова<sup>1</sup>, И.А. Кудряшева<sup>2</sup>, А.Х. Ахминеева<sup>2</sup>**

### **ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

<sup>1</sup>НУЗ «Медико-санитарная часть» г. Астрахань

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России