

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.І. ПИРОГОВА**

**ОЛЬХОВА ІРИНА ВАЛЕРІЇВНА**

УДК 616.36-002:575.1

**ОСОБЛИВОСТІ ПАЛЬЦЕВОЇ ТА ДОЛОННОЇ ДЕРМАТОГЛІФІКИ У  
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В І С**

**14.03.01 – нормальна анатомія**

**АВТОРЕФЕРАТ  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Вінниця – 2012**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України.

**НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:** доктор медичних наук, професор  
**Гумінський Юрій Йосипович**,  
Вінницький національний медичний  
університет ім. М.І. Пирогова,  
завідувач кафедри анатомії людини.

**ОФІЦІЙНІ ОПОНЕНТИ:**

- доктор медичних наук, професор **Сергета Ігор Володимирович**,  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, завідувач  
кафедри загальної гігієни та екології;

- доктор медичних наук, професор **Матешук-Вацеба Леся Ростисла-  
вівна**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
професор кафедри анатомії людини.

Захист відбудеться “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2012 р. о \_\_\_\_ годині на засіданні  
спеціалізованої вченої ради Д 05.600.02 при Вінницькому національному медич-  
ному університеті ім. М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національно-  
го медичного університету ім. М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова,  
56).

Автореферат розісланий “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2012 р.

**Учений секретар**  
**спеціалізованої вченої ради**

**О.В. Власенко**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Не дивлячись на інтенсивне вивчення хронічних вірусних гепатитів (ХВГ), до теперішнього моменту практично відсутнє уявлення про роль генетичної складової в етіології даних захворювань. У доступних нам джерелах, роботи, присвячені вивченню генетичної схильності до ХВГ відсутні, що цілком зрозуміло, зважаючи на етіологію вірусних захворювань, при яких вирішальним чинником є зовнішнє середовище. Однак, беззаперечним є і той факт, що гострі вірусні гепатити не завжди набувають хронічної форми, а у випадку довготривалого пошкодження печінки при інфікуванні вірусом гепатиту В (HBV) або С (HCV), у частини осіб розвивається фіброз, у інших – цироз, у деяких процес завершується гепатоцелюлярною карциномою (Блюм Х.Е., 2005; Lian Z. et al., 2007). Чи обумовлене таке різноманіття перебігу вірусних гепатитів різним рівнем адаптаційних можливостей організму, який, в значній мірі, визначається генетикою (Делоне Н.Л., Солониченко В.Г., 1999), чи способом життя людини, або природою вірусів, чи іншими факторами – відповідь на це питання лежить в площині детального вивчення ролі всіх можливих складових, а не лише зовнішньосередовищних, і їх значення на етапах як сприйнятливості до вірусу, так і характеру перебігу захворювання та у визначенні глибини пошкодження печінки як наслідку захворювання на ХВГ. Тому думка про пошуки генетичної складової при ХВГ не є безпідставною.

Доступним генетичним методом вивчення тих чи інших ознак людини, в тому числі схильності до тих чи інших захворювань, є метод дерматогліфіки. Ознаки дерматогліфіки вважаються універсальною неспецифічною маркерною системою, оскільки «працюють» при захворюваннях різної етіології, в першу чергу – хромосомних, де дерматогліфіка виступає діагностичним методом, а також – мультифакторіальних (Клімас Л.А. та ін., 2008; Мороз В.М., Гунас І.В., Сергета І.В., 2008), де дерматогліфіка виступає, як правило, прогностичним методом. Природа ознак дерматогліфіки, як доведено в численних публікаціях, передбачає вияв їх асоційованості з рядом мультифакторіальних і хромосомних захворювань, а на нашу думку, і з хворобами, що розвиваються під впливом зовнішнього середовища, в крайньому разі – в частині їх диференціюючої здатності відносно особливостей перебігу вірусного захворювання при його маніфестації. На сьогоднішній день питання щодо можливості використання ознак дерматогліфіки в якості маркерів виникнення та особливостей перебігу ХВГ залишається практично не вивченим як в Україні, так і в усьому світі.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження проведене в рамках загально-університетської наукової тематики “Визначення маркерів мультифакторіальних захворювань (передракові за-

хворювання печінки)” (№ державної реєстрації: 0108U008671). У її виконанні автору належать результати щодо особливостей ознак дерматогліфіки хворих на ХВГ В і С чоловіків і жінок першого зрілого віку, мешканців Поділля, що послужило підґрунтям дисертаційної роботи. Тема дисертації затверджена вченою радою стоматологічного та фармацевтичного факультетів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України (протокол № 4 від 12 березня 2009 року) та проблемною комісією МОЗ і АМН України “Морфологія людини” (протокол № 91 від 17 лютого 2009 року).

**Мета дослідження** – встановити особливості показників пальцевої та долонної дерматогліфіки у чоловіків і жінок Поділля, хворих на хронічні вірусні гепатити В і С для прогнозу ризику виникнення та несприятливого перебігу даних захворювань.

Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити наступні основні завдання:

1. Встановити особливості якісних і кількісних ознак пальцевої дерматогліфіки в загальних групах чоловіків і жінок Поділля першого зрілого віку, хворих на хронічні вірусні гепатити В і С та з урахуванням наявності й відсутності супутньої патології.

2. Виявити особливості якісних і кількісних ознак долонної дерматогліфіки в загальних групах чоловіків і жінок, хворих на хронічні вірусні гепатити В і С та з урахуванням наявності й відсутності супутньої патології.

3. Встановити особливості ознак пальцевої та долонної дерматогліфіки у чоловіків, хворих на хронічні вірусні гепатити В і С із фіброзом печінки та з урахуванням наявності або відсутності супутньої патології.

4. Виявити особливості якісних і кількісних ознак пальцевої й долонної дерматогліфіки у жінок, хворих на хронічні вірусні гепатити В і С із фіброзом печінки.

*Об’єкт дослідження* – конституціональні фактори ризику виникнення та особливостей перебігу хронічних вірусних гепатитів.

*Предмет дослідження* – особливості ознак пальцевої та долонної дерматогліфіки чоловіків і жінок Поділля, хворих на хронічні вірусні гепатити В і С, у випадках наявності або відсутності супутньої патології та фіброзу печінки.

*Методи дослідження:* дерматогліфічний – для встановлення особливостей якісних і кількісних показників пальцевої та долонної дерматогліфіки; математичні – для статистичної обробки отриманих результатів.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше у хворих на ХВГ В і С чоловіків і жінок першого зрілого віку, мешканців Поділля, виявлені особливості якісних і кількісних ознак пальцевої і долонної дерматогліфіки, які опосередко-

вано свідчать про наявність своєрідного генетичного фону, який сприяє підвищеному ризику виникнення захворювання та зумовлює його певний перебіг.

Вперше сформовано уявлення про диференціюючу здатність ознак дерматогліфіки в якості маркера підвищеного ризику виникнення ХВГ В і С у випадках наявності або відсутності супутньої патології.

Встановлена типологічна специфічність комплексу «пальцева дерматогліфіка – ХВГ» та виявлена асоціативність «долонна дерматогліфіка – ХВГ» дає змогу диференціювати хворих чоловіків і жінок за ризиком прогресії фіброзу печінки.

**Практичне значення одержаних результатів.** Застосований підхід дозволив вийти за рамки традиційного використання ознак дерматогліфіки як морфогенетичного маркера ряду хромосомних та мультифакторіальних захворювань і окреслив можливість їх застосування при вірусних захворюваннях. Отримані результати підтверджують об'єктивність використання показників пальцевої та долонної дерматогліфіки в якості маркера прогнозу виникнення та несприятливого перебігу ХВГ. Запропоновані методики визначення можливості виникнення ХВГ В і С у чоловіків і жінок Поділля в залежності від особливостей пальцевої та долонної дерматогліфіки (Деклараційні патенти на корисну модель № 56485 і № 56486 від 10.01.2011, Бюл. № 1)

Результати досліджень використовуються в лекційних курсах та в ході проведення практичних занять на кафедрах: анатомії людини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; анатомії людини Івано-Франківського національного медичного університету; анатомії людини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; Харківського національного медичного університету; Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського та анатомії людини імені М.Г. Туркевича Буковинського державного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Автор приймала участь у проведенні дерматогліфічних досліджень при наборі матеріалу в рамках загальноуніверситетської наукової тематики «Визначення маркерів мультифакторіальних захворювань (передракові захворювання печінки)». Автором самостійно виконаний пошук літературних джерел і написаний аналітичний огляд літератури; проведена статистична обробка даних, отриманих з банку науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; описані результати власних досліджень. Разом з науковим керівником проведено аналіз результатів дослідження та сформульовані висновки. У співавторстві з науковим керівником та колегами автором написано 7 статей у фахових виданнях (у яких автору належать основні ідеї та розробки щодо особливостей ознак дерматогліфіки у хворих на ХВГ).

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення роботи викладені та обговорені на науково-практичній конференції «Актуальні проблеми функціональної морфології та інтегративної антропології» і «Прикладні аспекти морфології» (Вінниця, 2010); Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальные проблемы биомедицинской, исторической и социокультурной антропологии» (Минск, 2011 г.); I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Морфологія людини та тварин» (Миколаїв, 2011).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць (5 у співавторстві). 7 статей опубліковано в наукових фахових журналах. Отримано 2 деклараційних патенти на корисну модель.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена українською мовою на 217 сторінках і складається із переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, загальної методики та основних методів дослідження, двох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, двох додатків та списку використаних літературних джерел, з яких 192 викладені кирилицею та 92 – латиницею. Робота ілюстрована 25 рисунками і 28 таблицями. Список використаних джерел, ілюстрації та додатки займають 73 сторінки.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали і методи дослідження.** У відповідності з метою та задачами дослідження первинні показники дерматогліфіки у практично здорових міських чоловіків (21-35 років) (75 осіб) та жінок (22-35 років) (130 осіб) першого зрілого віку, мешканців Поділля у третьому поколінні, взяті з банку даних матеріалів науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

На базі гепатологічного центру та інфекційного відділення Вінницької міської клінічної лікарні №1 було обстежено 54 хворих на ХВГВ і 76 на ХВГС чоловіків та 40 хворих на ХВГ В і 48 на ХВГ С жінок також першого зрілого віку, мешканців Поділля у третьому поколінні. Верифікація діагнозу ХВГ В і С проведена згідно рекомендацій МКХ-10.

Серед хворих на ХВГ супутні захворювання (оперативні втручання, переважно, з приводу захворювань шлунково-кишкового тракту та легень, гепатит А та інші мультифакторіальні захворювання) встановлені у 40,74 % чоловіків і 35,42 % жінок, хворих на ХВГ В та 40,79 % чоловіків і 43,75 % жінок, хворих на ХВГ С. *Наявність фіброзу печінки* встановлена: у 24,07 % (13) чоловіків і 15,0 % (6) жінок, хворих на ХВГВ ( $p>0,05$ ) та 36,84 % (28) чоловіків і 33,33 % (16) жінок, хворих на ХВГС ( $p>0,05$ ).

Кількісний аналіз хворих на ХВГ В і С чоловіків і жінок вказує на відсутність залежності між вираженістю фіброзу печінки і терміном захворювання до 5 років, що, в свою чергу, націлює нас на пошук інших факторів, у тому числі – генетичних.

Комісією з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (протокол №1 від 23 вересня 2003 р.) встановлено, що проведені дослідження відповідають етичним та морально-правовим вимогам згідно наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р. та не суперечать основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977).

Відбитки долонь та окремих пальців кожної кисті отримували за загальноприйнятою методикою «типографської фарби» (Гладкова Т.Д., 1966). Обробку дерматогліфів проводили за методикою Н. Cummins і Ch. Midlo (1961) у викладі Т.Д. Гладкової (1966).

Статистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті “STATISTICA 5.5” (належить ЦНІТ ВНМУ імені М.І. Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

**Результати дослідження та їх аналіз.** Безперечно, вирішальним чинником в етіології будь-яких вірусних захворювань є зовнішнє середовище, однак факт варіабельності перебігу захворювання при ХВГ (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 2002) нашої думки на думку про існування генетичного підґрунтя відповіді макроорганізму на проникнення вірусу.

Тому нами проаналізовані особливості ознак пальцевої дерматогліфіки у хворих на ХВГ В або С чоловіків і жінок загальних груп та з урахуванням наявності/відсутності супутньої патології і на їх основі визначені прогностичні можливості пальцевої дерматогліфіки при даних захворюваннях.

За частотою окремих типів візерунків *хворі на ХВГ В чоловіки*, на відміну від здорових, характеризуються відсутністю латеральних кишенькових петель на правій кисті (R) (II палець) та їх підвищеною частотою на лівій кисті (L) (V палець) (у здорових чоловіків картина протилежна), а також підвищеною частотою випадкових візерунків (IV палець R кисті); кількість пальців за виявленими відмінностями: 3 пальці з 10-ти (2R і 1L). Для *хворих на ХВГ С чоловіків*, порівняно зі здоровими характерна висока частота центральних кишень (I палець R кисті) та відсутність випадкових візерунків (III палець R і II палець L кисті); кількість пальців за виявленими відмінностями: 3 пальці з 10-ти (2R і 1L). У *жінок*, хворих на ХВГ В і С порівняно зі здоровими особами відмінностей за частотою окремих типів пальцевих візерунків не встановлено.

Отже, наявність малочислених відмінностей за окремими типами візерунків у чоловіків (3 пальці з 10-ти) при їх цілковитій відсутності у жінок не дали однозначної відповіді щодо наявності генетичної складової у сприйнятливості до вірусу і спонукала до формування більш однорідних груп.

У зв'язку з тим, що людині, як виду, притаманна висока варіабельність її морфофункціональних ознак, а метод дерматогліфіки застосовується, на відміну від дактилоскопії, не для вияву індивідуальних особливостей, а, навпаки, для вияву групової типології характеристик візерунків (Бадиков К.Н., 2002), нами було поставлене завдання досягти максимально можливої однорідності порівнюваних груп. Тому, окрім віку, статі, місця проживання, терміну захворювання на ХВГ, враховували наявність та відсутність супутньої патології.

Аналіз результатів зіставлення частоти окремих пальцевих візерунків між хворими на ХВГ з і без супутньої патології чоловіками або жінками першого зрілого віку свідчить, що у хворих на ХВГ В чоловіків без супутньої патології частота ульнарних петель більш низька (III палець R і IV палець L кистей) порівняно із хворими чоловіками, що мали супутню патологію, а частота центральних кишень більш висока (IV палець L кисті); кількість пальців за виявленими відмінностями: 2 пальці з 10-ти (1R і 1L). А у хворих на ХВГ С чоловіків без супутньої патології порівняно із такими, що мали супутню патологію, частота ульнарних петель є більш низькою (I палець R кисті), у них відсутні латеральні кишенькові петлі (III палець L кисті), наявні центральні кишені (V палець L кисті); кількість пальців за виявленими відмінностями: 3 пальці з 10-ти (1R і 2L).

Характерним для якісних ознак пальцевої дерматогліфіки жінок, хворих на ХВГ В без супутньої патології, є відсутність дуг (I палець R кисті) та випадкових візерунків (IV палець L кисті); кількість пальців за виявленими відмінностями: 2 пальці з 10-ти (1R і 1L). Характерним для якісних ознак пальцевої дерматогліфіки жінок, хворих на ХВГ С без супутньої патології, є більш низька частота ульнарних петель (II палець R і L кистей) порівняно із такими, що мали супутню патологію; кількість пальців за виявленими відмінностями: 2 пальці з 10-ти (1R і 1L).

Отже, незначна кількість відмінностей, цілковита відсутність співпадінь за типами візерунків і номерами пальців, або їх інший характер у хворих на ХВГ без супутньої патології, ніж у загальних групах хворих на ХВГ свідчить про те, що виявлені відмінності не зумовлені, на наш погляд, спільністю обстежених людей за фактом наявності ХВГ.

Резюмуючи вищесказане вважаємо, що показники якісних ознак пальцевої дерматогліфіки не дають змоги однозначно судити про наявність чи відсутність генетичної схильності до сприйнятливості вірусу HBV або HCV. Однак, сказане не стосується особливостей перебігу ХВГ, що зумовлює потребу в аналізі якіс-



них ознак пальцевої дерматогліфіки у групах хворих на ХВГ з наявністю чи відсутністю фіброзу.

Природний перебіг фіброзу печінки залежить як від генетичних факторів, так і від факторів оточуючого середовища, про що свідчать дані про різницю у швидкості його розвитку у різних людей, про наявність фіброзу печінки без його прогресу і навіть – регрес з часом. Відомо ряд факторів, що впливають на швидкість розвитку фіброзу, серед них стать (чоловіча), вік (старше за 50 років), стадія хвороби (носить нелінійний характер, тобто, прискорюється на більш пізніх стадіях захворювання), спосіб життя (зловживанням спиртними напоями). Зіставлення генетичних досліджень із клінічним матеріалом продемонструвало роль генного поліморфізму в прогресії фіброзу печінки у пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки (Bataller R. et al., 2003). Однозначної думки щодо значення вірусного навантаження і генотипу вірусу немає: ряд авторів вважають, що вони не проявляють вираженого впливу на розвиток фіброзу (Poynard Thierry et al., 2003), інші ж вказують на вплив генотипу вірусу і рівня віремії на посилення фіброзу печінки (Wright M. et al., 2003).

Встановлено, що у хворих на ХВГ В чоловіків з наявністю фіброзу печінки на IV пальці правої кисті з високою частотою зустрічаються дуги і не зустрічаються завитки, що свідчить про відхилення у розподілі по пальцях цього візерунку. Встановлено, що на II, III і IV пальцях лівої кисті з високою частотою зустрічаються дуги; на I і III пальцях лівої кисті з високою частотою зустрічаються подвійні петлі. Тобто, тип візерунку на 5 пальцях з 10-ти (на одному пальці R і на чотирьох L кистей) асоційований з наявністю/відсутністю фіброзу печінки у чоловіків, хворих на ХВГ В.

За окремими типами пальцевих візерунків у хворих на ХВГ В жінок з наявністю фіброзу печінки на I і II пальцях правої кисті з високою частотою зустрічаються дуги (спостерігається відхилення у розподілі цього візерунку), на III і V – радіальні петлі при їх відсутності у групі без фіброзу (спостерігається відхилення у розподілі радіальних петель). На лівій кисті відмінності зафіксовані на I пальці, де з високою частотою зустрічаються радіальні петлі при їх відсутності у групі без фіброзу; на IV пальці, де з високою частотою зустрічаються радіальні петлі і дуги при їх відсутності у групі без фіброзу; на V пальці, де з високою частотою зустрічаються радіальні і подвійні петлі при їх відсутності у групі без фіброзу. Отже, тип візерунку на 7 пальцях з 10-ти (на чотирьох пальцях R і на трьох L кистей) асоційований з наявністю фіброзу у жінок, хворих на ХВГ В.

За окремими типами пальцевих візерунків у хворих на ХВГ С чоловіків з фіброзом печінки відсутні подвійні петлі (I палець R кисті), які зустрічаються в групі чоловіків без фіброзу печінки, а також з меншою частотою зустрічаються

центральні кишені (III палець R кисті). Тип візерунку на **2** пальцях з 10-ти (R кисть) асоційований з наявністю фіброзу печінки у чоловіків, хворих на ХВГ С.

У хворих на ХВГ С жінок з фіброзом печінки ульнарна петля зустрічається з більшою частотою (II палець R кисті, I – L кисті) порівняно з хворими на ХВГС без фіброзу печінки, з високою частотою виявляються дуги (IV палець R кисті), зустрічаються радіальні петлі та дуги (V палець R кисті), в той час як у хворих на ХВГ С без фіброзу печінки вони на цьому пальці не зустрічаються, не зустрічаються подвійні петлі (I палець L кисті), більш низька частота ульнарних петель і висока – дуг (IV палець L кисті). Спостерігається відхилення у розподілі дуг і радіальних петель. Тип візерунку на **5-ти** пальцях з 10-ти (на трьох пальцях R і на двох – L кистей) асоційований з наявністю фіброзу печінки у жінок, хворих на ХВГ С.

Таким чином, асоціації з наявністю / відсутністю фіброзу печінки (за кількістю пальців, на яких виявлені достовірні відмінності у частоті окремих типів візерунків) більш виразно проявляються при ХВГ В, ніж при ХВГ С, і яскравіше у жінок, ніж у чоловіків незалежно від типу гепатиту.

Вилучивши осіб, котрі мали супутню патологію із груп чоловіків і жінок, хворих на ХВГ В і С з/без фіброзу печінки, ми проаналізували їх дані.

Зазначимо, що *кількість жінок, хворих на ХВГ В і С з наявністю фіброзу печінки, які не мали супутньої патології була недостатньою* для проведення порівняльного аналізу та побудови гіпотетичної моделі пальцевої типології хворих жінок на ХВГ з наявністю фіброзу та без супутньої патології.

За окремими типами пальцевих візерунків встановлено, що для групи *чоловіків, хворих на ХВГ В з наявністю фіброзу печінки, які не мали супутньої патології* на противагу тим, у яких фіброз відсутній, характерна висока частота дуг (IV палець R кисті, III і IV палець L кисті) при їх відсутності в порівнюваній групі, а також порушення їх розподілу по пальцях (IV палець), відсутність ульнарних петель (V палець R кисті) та підвищена частота завитків (V палець R кисті, II палець L кисті). Кількість пальців з виявленими відмінностями склала **5** з 10-ти (два пальці на R кисті і три – на L).

За окремими типами пальцевих візерунків для групи *чоловіків, хворих на ХВГ С з наявністю фіброзу печінки, які не мали супутньої патології* характерна наявність випадкових візерунків (II палець правої кисті та I палець лівої кисті) при їх відсутності у чоловіків без фіброзу печінки і супутньої патології. Кількість пальців з виявленими відмінностями склала **2** з 10-ти (один палець на R кисті і один – на L).

Таким чином, дослідження пальцевої дерматогліфіки у хворих на ХВГ чоловіків з наявністю/відсутністю фіброзу печінки при відсутності супутньої патології (за кількістю пальців, на яких виявлені достовірні відмінності у частоті

окремих типів візерунків) підтверджують вище наведений висновок про наявність їх асоціацій з фіброзом печінки, які більш виразно проявляються при ХВГ В, ніж при ХВГ С.

Проаналізувавши дані на предмет співпадінь за типами візерунків і за їх локалізацією у групах хворих на ХВГ чоловіків з фіброзом печінки і хворих на ХВГ чоловіків з фіброзом печінки і без супутньої патології приходимо до висновку, що фіброз печінки при ХВГ В має своє відображення у високій частоті дуг на IV пальці правої і лівої кистей та на III і II пальці лівої кисті і проявляється незалежно від того є чи немає супутньої патології. При ХВГ С таких співпадінь не виявлено.

Науковому аналізу підлягали *кількісні ознаки пальцевої дерматогліфіки* здорових і хворих на ХВГ В і С чоловіків і жінок.

Гребінцеві рахунки хворих на ХВГ В чоловіків і жінок загальної групи порівняно із такими у здорових осіб практично не відрізняються. Привертає увагу гребінцевий рахунок V пальця лівої кисті жінок, хворих на ХВГ В, для якого виявлені значущі відмінності ( $p < 0,05$ ) значень порівняно із здоровими особами ( $FRC_{VL} \text{ хворих} < FRC_{VL} \text{ здорових}$ ). Однак, після видалення із групи хворих жінок осіб, що мали супутню патологію, отримана відмінність не підтвердилась.

Наявність супутньої патології чи фіброзу печінки у хворих на ХВГ В супроводжується більш низькими значеннями гребінцевих рахунків, які лише в одиничних випадках досягають достовірних відмінностей чи тенденцій до відмінностей. Так, у жінок суттєві відмінності ( $p < 0,05$ ) показників гребінцевих рахунків хворих на ХВГ В із супутньою патологією порівняно із такими без супутньої патології отримані для I пальця правої кисті ( $FRC_{IR} \text{ хвор. із суп. пат.} < FRC_{IR} \text{ хвор. без суп. пат.}$ ) та дельтового індекса ( $Dtr_{10} \text{ хвор. із суп. пат.} < Dtr_{10} \text{ хвор. без суп. пат.}$ ). У чоловіків, хворих на ХВГ В, що не мали супутньої патології достовірні відмінності виявляються лише між групами хворих із та без фіброзу печінки по гребінцевому рахунку I пальця лівої кисті ( $FRC_{IL} \text{ з фібр. без суп. пат.} < FRC_{IL} \text{ без фібр. без суп. пат.}$ ).

Таким чином, переконливих результатів за кількісними ознаками пальцевої дерматогліфіки, які б могли використовуватись у якості маркера підвищеного ризику виникнення захворювання чи особливостей перебігу ХВГ В нами не виявлено.

Кількісні ознаки пальцевої дерматогліфіки хворих чоловіків і жінок на ХВГ С не відрізняються від таких у здорових мешканців зрілого віку Подільського регіону. Однак, при порівнянні груп хворих на ХВГ С чоловіків з наявністю/відсутністю супутньої патології виявляються певні достовірні відмінності, пов'язані із зниженням числового значення ряду локальних і тотальних гребінцевих рахунків при наявності супутньої патології: на лівій кисті – це III і IV па-

льці та, як наслідок – сумарний гребінцевий рахунок; на правій – це гребінцевий рахунок IV пальця, сумарний гребінцевий рахунок та дельтовий індекс. Тотальний гребінцевий рахунок при цьому є меншим на 30 гребінців порівняно із таким у групі хворих без супутньої патології.

У хворих на ХВГ С жінок з наявністю/відсутністю супутньої патології виявляються значущі відмінності, пов'язані із зниженням числового значення гребінцевого рахунку на II пальці лівої кисті (на 5 гребінців) та тотального гребінцевого рахунку (на 20 гребінців).

Зважаючи на відсутність відмінностей кількісних ознак пальцевої дерматогліфіки загальної групи хворих від групи здорових осіб, отримані дані не дають однозначної відповіді щодо наявності/відсутності підвищеного ризику виникнення ХВГ С.

Наявність *фіброзу печінки у чоловіків, хворих на ХВГ С* співвідноситься із більш низькими гребінцевими рахунками порівняно із такими у хворих без фіброзу. Після видалення з груп осіб із супутньою патологією гребінцевий рахунок набуває ще більш низьких значень у групах чоловіків, хворих на ХВГ С з фіброзом печінки. Значуща різниця фіксується на III (гребінцевий рахунок менший на 6 гребінців) та IV (менший на 3 гребінця) пальцях L кисті і, як наслідок, зменшуються значення сумарного гребінцевого рахунку L кисті (на 22 гребінця) і тотального гребінцевого рахунку (на 40 гребінців).

У хворих на *ХВГ С жінок з фіброзом печінки* виявляються більш низькі значення гребінцевого рахунку (в середньому на 4 гребінця) на I пальці обох кистей.

Науковому аналізу підлягали також *якісні та кількісні ознаки долонної дерматогліфіки* здорових чоловіків і жінок і хворих на ХВГ В і С.

Так, у групі *хворих на ХВГ В* порівняно із групою здорових осіб серед усіх можливих вісьових трирадіусів і їх одночасного поєднання, достовірні відмінності стосуються тільки частоти карпального трирадіуса у *хворих жінок* на обох кистях, для яких характерна низька локалізація вісьового долонного трирадіуса (фіксується більш часта локалізація вісьового трирадіуса в карпальній області обох долонь: R – 77,5 %,  $p < 0,01$ ; L – 72,5 %,  $p < 0,05$  за рахунок незначного зменшення частоти проміжного і відсутності центрального трирадіусів). Формула частоти вісьових трирадіусів у хворих відповідає популяційній:  $t > t' > t''$ .

У групі *хворих на ХВГ С* порівняно із групою здорових достовірні відмінності реєструються тільки у хворих *чоловіків* за двома вісьовими трирадіусами: на лівій долоні вища частота карпального трирадіуса (78,9 %,  $p < 0,01$ ) і нижча – проміжного (22,9 %,  $p < 0,05$ ). Формула частоти вісьових трирадіусів у хворих відповідає популяційній:  $t > t' > t''$ .

Встановлено, що для жінок, хворих на ХВГ В без супутньої патології порівняно зі здоровими жінками, характерна більш висока частота локалізації вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні (73,9 %,  $p < 0,05$ ). У хворих на ХВГ С чоловіків виявлялись відмінності на лівій долоні, на якій у таких хворих частіше зустрічається карпальний трирадіус (75,6 %,  $p < 0,05$ ).

Отже, завдяки формуванню більш однорідної групи шляхом видалення хворих із супутньою патологією, отримані достовірні повторювані дані щодо високої частоти карпального трирадіуса на правій долоні у жінок, хворих на ХВГ В і на лівій долоні у чоловіків, хворих на ХВГ С. Оскільки супутня патологія не вносить достовірних коректив у частоту карпального трирадіуса, то отриманий результат, на перший погляд, можна вважати асоційованим із неспецифічною сприйнятливістю до вірусів гепатиту та хронізації хвороби. Однак, ряд наукових робіт (Загарія А.М., Бердышев Г.Д., 1987; Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С, 1991) наштовхнули нас на думку, що отриманий результат є відображенням більш загального явища – особливого конституціонального статусу організму, для якого притаманний швидкий темп накопичення дефектів в онтогенезі і, як результат, понижена життєздатність організму.

За частотою різних форм вісьового трирадіуса долоні у чоловіків і жінок, хворих на ХВГ В і С з наявністю або відсутністю фіброзу достовірних відмінностей отримано не було.

Отже, для хворих на ХВГ В або С, як і для здорового населення Поділля, характерна низька локалізація карпального трирадіуса (t). Його частота знаходиться в межах міжпопуляційної норми 50-80 %, при чому для здорових осіб притаманна її нижня межа, а для хворих – верхня. Прогностичної цінності щодо можливості розвитку фіброзу цей показник не має.

Візерунчастість долонь здорових мешканців Поділля зрілого віку відповідає формулі  $III \approx IV > Nu > Th/I > II$ . Частота долонних візерунків у жінок і чоловіків, хворих на ХВГ В не відрізняється від такої у здорового населення. Частота долонних візерунків у чоловіків, хворих на ХВГ С не відрізняється від такої у здорового населення. У жінок, хворих на ХВГ С з частотою 6,25 % виявляються візерунки на II міжпальцевій подушечці лівої долоні при їх відсутності у здорових і хворих на ХВГ В.

У чоловіків, хворих на ХВГ В з відсутністю супутньої патології у 2 рази частіше (50,0 %) виявляються візерунки на Nu правої долоні порівняно із хворими, у яких супутня патологія була. Жінки, хворі на ХВГ В з відсутністю супутньої патології за даними показниками не відрізняються від здорових. У чоловіків, хворих на ХВГ С з відсутністю супутньої патології більш, ніж у 2 рази частіше (11,1 %) виявляються візерунки на Th правої долоні порівняно із хворими, у

яких супутня патологія була. Достовірно частіше виявляються візерунки на IV міжпальцевій подушечці лівої долоні незалежно від статі.

Таким чином, серед усіх показників візерунчастості долоні, що досягали достовірної різниці в порівнюваних групах, привертають увагу завдяки своїй повторюваності два показника – це наявність візерунків на II (6,25-7,41 %, ) та IV (62,5-81,5 %) міжпальцевих подушечках лівої долоні *жінок, хворих на ХВГ С*.

У групах *хворих на ХВГ В чоловіків наявність фіброзу* супроводжується підвищеною частотою візерунків на Th/I лівої долоні. Ці та всі інші показники, отримані на вибірках без супутньої патології не підтверджують наявності розбіжностей у хворих на ХВГ В чоловіків без та з фіброзом печінки. Тому отримані відмінності ми схильні розглядати як відображення супутньої патології. Наявність фіброзу у *хворих на ХВГ С жінок* супроводжується зниженою частотою візерунків на IV міжпальцевій подушечці лівої долоні. Достовірних відмінностей за іншими показниками не встановлено.

Аналізу підлягали *кількісні ознаки долонної дерматогліфіки* здорових чоловіків і жінок і хворих на ХВГ В і С.

Встановлені суттєві відмінності загальної групи *чоловіків, хворих на ХВГ В* від здорових осіб за відстанню між міжпальцевими трирадіусами a і d, яка у хворих є меншою на 3,5 і 2,5 мм на правій ( $p < 0,001$ ) і лівій ( $p < 0,05$ ) долонях, відповідно. Зазначимо, що довжина лінії a-d зумовлена двома чинниками: особливостями дерматогліфіки долоні (локалізацією міжпальцевих трирадіусів a і d) і морфологією кисті (широкою/вузькою). Не менш інформативним виявився гребінцевий рахунок на відрізку, що з'єднує міжпальцеві трирадіуси b і c: його значення у хворих чоловіків на лівій долоні більші в середньому на 3 гребінця ( $p < 0,05$ ). Привертає увагу кут  $\angle atb$  лівої долоні, який у хворих чоловіків є меншим, ніж у здорових осіб ( $15,91 \pm 2,39$  і  $16,90 \pm 3,02$ ;  $p = 0,067$ ).

Названі вище кількісні показники долонної дерматогліфіки за значущістю або тенденцією до значущості відмінностей між групами здорових чоловіків і хворих на ХВГ В фігурують і після формування більш однорідної групи хворих, в яку ввійшли тільки ті особи, які *не мали супутньої патології*. Так, різниця у довжині відрізка a-d між хворими на ХВГ В чоловіками без супутньої патології і здоровими чоловіками становить 4,7 мм на правій долоні і 3,7 мм на лівій ( $p < 0,001$ ), а порівняно із групою хворих із наявністю супутніх патологій довжина відрізка є меншою на 3,0 мм, відповідно на правій ( $53,56 \pm 4,91$  і  $56,50 \pm 4,66$ ;  $p = 0,061$ ) і лівій долонях ( $p < 0,05$ ). Гребінцевий рахунок на відрізку b-c обох долонь хворих є більшим в середньому на 3 гребінця ( $26,65 \pm 5,82$  і  $29,73 \pm 7,26$ ;  $p_R = 0,059$ ;  $26,14 \pm 5,66$  і  $28,80 \pm 7,98$ ;  $p_L = 0,098$ ), а кут  $\angle atb$  лівої долоні є меншим на  $1,2^\circ$  ( $p < 0,05$ ), ніж у здорових осіб. Додатково виявляється тенденція до менших

значень величини  $\angle ctd$  обох долонь ( $14,90 \pm 3,46$  і  $15,87 \pm 2,95$ ;  $p_R=0,092$ ;  $14,50 \pm 4,40$  і  $15,46 \pm 2,91$ ;  $p_L=0,075$ ).

Аналіз зазначених показників, на основі їх повторюваності у розглянутих групах, схиляє нас до думки, що у *чоловіків, хворих на ХВГ В* інформативними є такі показники як довжина відрізка a-d на обох долонях, яка не повинна перевищувати 54 мм та кут  $\angle atb$  лівої долоні, який не повинен досягати  $16^\circ$ . Виявлена особливість свідчить про більш близьке розміщення долонних трирадіусів a і d, a і b та низьку локалізацію вісьового трирадіуса у *чоловіків, хворих ХВГ В* порівняно із здоровими.

У групі жінок, хворих на ХВГ В, ряд показників достовірно відрізняються від таких у групі здорових жінок. До них відноситься величина кутів  $\angle atd_R$ ,  $\angle atb_R$ ,  $\angle btc_L$ ,  $\angle btd_L$ ,  $\angle dat_R$  та гребінцевий рахунок b-d<sub>L</sub>. Однак після видалення осіб, які не мали супутньої патології і порівняння їх із здоровими та хворими із супутньою патологією достовірного підтвердження відмінностей за даними показниками ми не отримали, за виключенням  $\angle atd_R$ , де зберігається тенденція до відмінностей ( $40,91 \pm 6,23$  і  $43,71 \pm 6,79$ ;  $p=0,070$ ). Тому отримані відмінності ми схильні кваліфікувати як наслідок супутньої патології, окрім  $\angle atd_R$ , величина якого у хворих жінок без супутньої патології менша. Останнє зумовлене більш близьким розміщенням трирадіусів a і d та низькою локалізацією t. Привертає увагу збереження відмінностей гребінцевого рахунку b-d<sub>L</sub>, який підраховується у випадках відсутності c-трирадіуса.

Група *чоловіків, хворих на ХВГ В*, який перебігав із розвитком *фіброзу печінки*, суттєво відрізнялась від такої без ознак фіброзу за рядом кількісних показників долонної дерматогліфіки, а саме за величиною кутів  $\angle ctd$  (менший на  $3,4^\circ$ ;  $p<0,01$ ) і  $\angle btc$  (більший на  $2,3^\circ$ ;  $p<0,05$ ) лівої долоні та гребінцевим рахунком b-c обох долонь. Це означає, що на лівій долоні у хворих чоловіків на ХВГ В, у яких печінка зазнає фіброзних змін, міжпальцеві трирадіуси c і d більш зближені, а b і c – більш віддалені один від одного на відміну від групи порівняння. Це опосередковано підтверджується отриманими відмінностями: меншим (на 4,5 гребінця) гребінцевим рахунком на відрізку c-d лівої долоні ( $p=0,087$ ) і достовірно більшим (на 6 гребінців) – на відрізку b-c обох долонь ( $p_R<0,01$  і  $p_L<0,05$ ).

Вище зазначені кількісні показники долонної дерматогліфіки, за якими відмічаються суттєві відмінності, стійко повторюються і при порівнянні груп хворих чоловіків на ХВГ В з і без фіброзу печінки після вилучення з них осіб із супутньою патологією. Додатково виявляються відмінності за величиною кута  $\angle btc$  і на правій долоні ( $p_R<0,05$ ) та за значенням індекса Каммінса, яке є більш низьким на правій долоні ( $p_R<0,05$ ).

Таким чином, *фіброз печінки у чоловіків, хворих на ХВГ В* супроводжується вузьким кутом  $\angle ctd$  на лівій долоні, широким кутом  $\angle btc$  на обох долонях, біль-

шим b-c гребінцевим рахунком обох долонь, меншим значенням індекса Каммінса на правій долоні.

У групі жінок, хворих на ХВГ В із наявністю фіброзних змін печінки виявлені достовірні відмінності кількісних ознак долонної дерматогліфіки від групи жінок з відсутністю фіброзу печінки, до яких відносяться менша величина  $\angle atd_R$  ( $p=0,099$ ),  $\angle btc$  на обох долонях ( $p<0,001$  і  $p<0,05$ ) та більша –  $\angle dat$  лівої долоні ( $p=0,080$ ). Провести аналіз отриманих показників на предмет, які з них відображають наявність фіброзу, а які – супутню патологію не було змоги через недостатню кількість хворих жінок на ХВГ В з наявністю фіброзу та одночасно з відсутністю супутньої патології. Але факт залишається фактом: у жінок, хворих на ХВГ В з розвитком фіброзу печінки відмічається відмінне розташування долонних трирадіусів порівняно із хворими, у яких фіброзу не було.

Нами встановлені достовірні відмінності загальної групи чоловіків, хворих на ХВГ С від здорових осіб, що полягали у більш високих гребінцевих рахунках на відрізках a-b ( $p<0,01$ ) і c-d лівої ( $p<0,05$ ) долоні та b-c обох долонь ( $p_R<0,05$ ;  $p_L<0,01$ ), що знайшли своє підтвердження і після вилучення з групи осіб із супутньою патологією. Більш високий c-d-гребінцевий рахунок лівої долоні ( $p<0,05$ ) реєструється також при порівнянні груп без та з супутньою патологією ( $p<0,05$ ). Зазначимо, що значення гребінцевого рахунку залежить від відстані між міжпальцевими трирадіусами і густини або насиченості папілярними лініями умовного відрізка, який з'єднує ці трирадіуси. На основі того, що у таких хворих величина кутів не відрізнялась від таких у здорових осіб ми можемо стверджувати, що відстані між міжпальцевими трирадіусами знаходились в межах популяційної норми. Тоді встановлений факт слід розглядати як підвищену насиченість папілярними лініями долоні чоловіків, хворих на ХВГ С.

Група жінок, хворих на ХВГ С від здорових осіб за даними показниками не відрізнялася.

Встановлено, що коли гребінцевий рахунок b-c лівої долоні чоловіків, хворих на ХВГ С, не перевищує 30 ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ), а a-b – 42 гребінці ( $p<0,05$ ), хвороба супроводжується *фіброзом* печінки.

Таким чином, за кількісними ознаками долонної дерматогліфіки встановлена достовірна фенотипова відмінність хворих на ХВГ В і С з різним його перебігом від здорових осіб відповідного віку та місця проживання. У хворих на ХВГ В обох статей відхилення долонної дерматогліфіки пов'язані із розмірами долонних кутів ( $\angle atd$ ,  $\angle atb$ ,  $\angle btc$ ,  $\angle dat$  – у жінок;  $\angle atb$ ,  $\angle btc$ ,  $\angle ctd$  – у чоловіків), а у хворих на ХВГ С чоловіків – із значеннями долонних гребінцевих рахунків (a-b, b-c). Отриманий результат у першому випадку означає, що долонні трирадіуси розміщуються на меншій, порівняно із здоровими особами, відстані один від одного, у зв'язку з чим кути виявляються вужчими. Поряд із цим, значення гребін-



цевих рахунків на відрізках між трирадіусами не відрізняється від таких у здорових осіб. Це означає, що кількість гребінців на одиницю відрізка збільшується. Більше значення  $\angle dat$  у жінок пов'язане із низькою локалізацією вісьового трирадіуса. Можна припустити, що у осіб зі зниженою резистентністю до НВV та ускладненим перебігом захворювання закладка місць долонних трирадіусів під час ембріогенезу відбувається з певними особливостями.

У чоловіків хворих на ХВГ С розміри кутів не відрізняються від таких у здорових, тобто закладка місць долонних трирадіусів не відхиляється від норми. При цьому абсолютне та відносне значення гребінцевих рахунків є більшим. Тобто, відхилення кількісних ознак долонної дерматогліфіки у чоловіків, хворих на ХВГ С, асоціюється із насиченістю долоні папілярними лініями, що і має своє відображення у більш високих показниках долонних гребінцевих рахунків.

Схоже, що природа виявлених відхилень кількісних показників долонної дерматогліфіки у хворих на ХВГ В і С різна. Ймовірно змінена локалізація долонних трирадіусів при незміненому гребінцевому рахунку свідчить про зміну позиційної інформації у хворих на ХВГ В. Згідно концепції позиційної інформації (Петров С.С., Ишонин О.Г., 2008), інформація про місце розташування клітини визначає її подальше диференціювання. Зміни позиційної інформації пов'язують із порушенням позаклітинного матриксу (Tomita Y. et al., 1994), що впливає на градієнт морфогена (Wolpert L., 2002), в залежності від концентрації якого клітини набувають різних властивостей, за рахунок чого і здійснюється формування просторової структури біосистеми (Абатуров А.Е., Высочина И.Л., 2006).

На противагу, не змінена локалізація долонних трирадіусів при зміненому гребінцевому рахунку у хворих на ХВГ С швидше всього є наслідком особливостей морфогенезу шкіри в цілому як комплексної тканини, включаючи формування потових залоз (Негашева М.А., 2008), іннервації (Dillon R. et al., 2003) та кровопостачання (Saunders J.W., et al., 1987).

Підводячи підсумок роботи, необхідно відзначити, що отримані в ході дослідження результати надають можливість визначити групи підвищеного ризику розвитку та несприятливого перебігу ХВГ В і С у чоловіків і жінок Подільського регіону України, що є основою для своєчасного проведення профілактичних обстежень та терапевтичних заходів у даних групах осіб.

## **ВИСНОВКИ**

У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичного завдання, яке полягає у встановленні у хворих на ХВГ В і С чоловіків і жінок Поділля зрілого віку особливостей дерматогліфічних показ-

ників для прогнозу підвищеного ризику виникнення та особливостей перебігу ХВГ.

1. *Якісні та кількісні показники пальцевої дерматогліфіки* чоловіків і жінок, хворих на ХВГ є мало показовими для судження про наявність підвищеного ризику виникнення захворювання, про що свідчить незначна кількість відмінностей від показників пальцевої дерматогліфіки здорового населення, або їх інший характер у хворих на ХВГ без супутньої патології, ніж у загальних групах хворих на ХВГ.

2. Серед показників *долонної дерматогліфіки*, прогностичними ознаками підвищеного ризику виникнення ХВГ В у жінок є відносно вузький кут  $\angle atd$  правої долоні; а у чоловіків – відносно вузький кут  $\angle atb$  ( $<16^\circ$ ) та коротка відстань між трирадіусами а і d ( $<54$  мм) обох долонь. У жінок, хворих на ХВГ С ознаки долонної дерматогліфіки є мало показовими для судження про наявність підвищеного ризику виникнення захворювання; а у чоловіків – такими ознаками є низька локалізація вісьового трирадіуса на лівій долоні та збільшені гребінцеві рахунки a-b, b-c і c-d лівої долоні.

3. Серед *якісних показників пальцевої дерматогліфіки*, наявність дуг на IV пальці обох кистей та III пальці лівої кисті з порушенням їх розподілу по пальцях асоціюються з *фіброзом печінки у чоловіків, хворих на ХВГ В*. Серед показників *долонної дерматогліфіки*, розвиток *фіброзу у хворих на ХВГ В чоловіків*, асоціюється з вузьким кутом  $\angle ctd$  і широким кутом  $\angle btc$  на лівій долоні, більшим b-c гребінцевим рахунком обох долонь, меншим значенням індекса Каммінса на правій долоні.

4. *Фенотипологія пальцевої дерматогліфіки у загальній групі жінок, хворих на ХВГ В з фіброзом печінки*, визначається високою частотою дуг (I і II пальці правої кисті, IV палець лівої кисті), радіальних петель (III і V пальці правої і лівої кистей, I і IV пальці лівої кисті) з порушенням їх розподілу по пальцях та подвійних петель (V палець лівої кисті). Серед показників *долонної дерматогліфіки*, розвиток *фіброзу у хворих на ХВГ В жінок*, асоціюється з вузьким кутом  $\angle btc$  на обох долонях.

5. Чітких асоціацій *фіброзу печінки за якісними і кількісними ознаками пальцевої дерматогліфіки у чоловіків, хворих на ХВГ С*, не виявлено. Серед показників *долонної дерматогліфіки*, перебіг захворювання, що супроводжується *розвитком фіброзу печінки у чоловіків, хворих на ХВГ С*, асоціюється з низьким b-c та a-b гребінцевими рахунками лівої кисті.

6. *Фіброз печінки в загальній групі жінок, хворих на ХВГ С*, співвідноситься з високою частотою ульнарних петель на II пальці правої кисті та I пальці лівої кисті, дуг на IV пальці правої кисті, наявністю радіальних петель та дуг на V пальці правої кисті, а також *відсутністю* подвійних петель на I пальці лівої кисті,

більш низькою частотою ульнарних петель на IV пальці лівої кисті і високою частотою дуг, а також із низьким гребінцевим рахунком на I пальці обох кистей. Перебіг захворювання, що супроводжується *розвитком фіброзу у жінок, хворих на ХВГ С* не асоціюється з *ознаками долонної дерматогліфіки*.

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Особливості пальцевої дерматогліфіки хворих на хронічні вірусні гепатити В або С чоловіків і жінок Поділля першого зрілого віку з урахуванням наявності/відсутності супутньої патології / І.В. Ольхова, Ю.Й. Гумінський, Л.А. Клімас, С.В. Прокопенко // *Biomedical and biosocial anthropology*. - 2009. - № 13. - С. 143-151. (*Здобувач приймала участь в дерматогліфічних дослідженнях, аналізі наукової літератури та описанні частини отриманих результатів щодо порівняння даних хворих, у яких в анамнезі була супутня патологія з хворими без супутньої патології*).

2. Отримання та обробка дерматогліфічних відбитків: складнощі та інтерпретація / Л.А. Клімас, М.П. Костенко, Н.А. Камінська, О.В. Пролигіна, О.М. Вовчук, І.В. Ольхова, О.В. Башинська, О.В. Пролигіна, О.М. Шаповал // *Вісник Вінницького національного медичного університету*. - 2009. - Т. 13, № 2. - С. 433-438. (*Здобувачем проаналізовано наукову літературу щодо методів отримання відбитків*).

3. Ольхова І.В. Особливості ознак пальцевої дерматогліфіки у хворих на хронічні вірусні гепатити В або С у чоловіків і жінок Поділля першого зрілого віку у випадках наявності / відсутності фіброзу печінки / І.В. Ольхова // *Вісник морфології*. - 2010. - Т. 16, № 2. - С. 441-446.

4. Ольхова І.В. Кількісні ознаки пальцевої дерматогліфіки хворих чоловіків і жінок на хронічний гепатит В або С / І.В. Ольхова // *Вісник морфології*. - 2010. - Т. 16, № 3. - С. 648-654.

5. Асоційованість хронічних вірусних гепатитів В та С з кількісними ознаками долонної дерматогліфіки / Гумінський Ю.Й., Клімас Л.А., Ольхова І.В., Черкасов В.Г., Кривко Ю.Я., Гунас І.В. // *Теоретична та експериментальна медицина*. - 2011. - №4(31). - С. 14-23. (*Здобувачем проаналізовані дані літератури, оброблені та описані отримані результати*).

6. Кількісне обґрунтування необхідності конституціонального підходу для коректної оцінки особливостей перебігу хронічних вірусних гепатитів В і С / Л.В. Мороз, Г.В. Даценко, А.Г. Дугельний, І.В. Ольхова, С.В. Прокопенко // *Вісник проблем біології і медицини*. - 2011. – Вип. 3, Т. 2 (88). - С. 136-138. (*Здобувачем проаналізовано наукову літературу щодо застосування конституціонального підходу у вирішенні медичних проблем*).

7. Ольхова І.В. Оцінка варіацій перебігу хронічних вірусних гепатитів В і С на основі даних долонної дерматогліфіки / І.В. Ольхова // Biomedical and biosocial anthropology. - 2011. - № 17. - С. !!-!!.

8. Деклараційний патент на корисну модель № 56485 Україна. Спосіб моделювання можливості виникнення хронічних вірусних гепатитів «В» або «С» у чоловіків в залежності від особливостей пальцевої та долонної дерматогліфіки / Ольхова І.В., Гумінський Ю.Й., Гунас І.В., Дмитрієв М.О; заявник та патентовласник ВНМУ ім. М.І. Пирогова; заявл. 29.09.2010 ; опубл. 10.01.2011, Бюл. № 1.

9. Деклараційний патент на корисну модель № 56486 Україна. Спосіб моделювання можливості виникнення хронічних вірусних гепатитів «В» або «С» у жінок в залежності від особливостей пальцевої та долонної дерматогліфіки / Ольхова І.В., Гумінський Ю.Й., Гунас І.В., Дмитрієв М.О; заявник та патентовласник ВНМУ ім. М.І. Пирогова; заявл. 29.09.2010 ; опубл. 10.01.2011, Бюл. № 1.

10. Деякі антропогенетичні особливості хронічних вірусних гепатитів В і С у дорослого населення Поділля / Ю.Й. Гумінський, Л.В. Мороз, Г.В. Даценко, А.Г. Дугельний, І.В. Ольхова // «Актуальні проблеми функціональної морфології та інтегративної антропології», «Прикладні аспекти морфології». – Матеріали науково-практичних конференцій з міжнародною участю; Вінниця, 20-21 травня 2010 р. / За ред. член.-кор. АМН України, проф. В.М. Мороза, проф. І.В. Гунаса. - Вінниця: друкарня ВНМУ, 2009. - С. 91-92. (Здобувачем проаналізовано наукову літературу щодо можливостей антропогенетичного підходу у вирішенні медичних проблем).

11. Ольхова І.В. Локализация осевых трирадиусов у больных хроническим вирусным гепатитом В и С: материалы Международной научно-практической конференции [«Актуальные проблемы биомедицинской, исторической и социокультурной антропологии»], (Минск, 22–24 июня 2011 г.) / И.В. Ольхова. - Минск: Национальная Академия Наук Беларуси, Отделение гуманитарных наук и искусств Института истории, Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2011. - С. 46.

## АНОТАЦІЯ

**Ольхова І.В. Особливості пальцевої і долонної дерматогліфіки у хворих на хронічні вірусні гепатити В і С. – На правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 – нормальна анатомія. – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2012.

Встановлено, що в якості маркерів схильності до розвитку ХВГ можуть використовуватися ознаки тільки долонної і не можуть використовуватися ознаки пальцевої дерматогліфіки. У хворих на ХВГ В вони проявляються у вигляді відхилень від норми величини долонних кутів, а у хворих на ХВГ С – у вигляді відхилень гребінцевих долонних рахунків.

Перебіг ХВГ з розвитком фіброзу печінки у хворих на ХВГ В супроводжується відхиленням ознак як пальцевої, так і долонної дерматогліфіки, а у хворих на ХВГ С чоловіків – асоціюється лише з показниками долонної, а у жінок – лише з показниками пальцевої дерматогліфіки.

**Ключові слова:** дерматогліфіка, пальцева, долонна, здорові, хворі на хронічний вірусний гепатит В і С, фіброз печінки, чоловіки, жінки, зрілий вік.

### АННОТАЦІЯ

**Ольхова И.В. Особенности пальцевой и ладонной дерматоглифики у больных хроническими вирусными гепатитами В и С.** – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.03.01 – нормальная анатомия. – Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2012.

Установлено, что в качестве маркеров склонности к развитию ХВГ могут использоваться признаки только ладонной и не могут использоваться признаки пальцевой дерматоглифики. У больных ХВГ В они проявляются в виде отклонений от нормы величины ладонных углов, а у больных ХВГ С – в виде отклонений ладонных гребневых счетов. У женщин, больных ХВГ В – это относительно узкий угол  $\angle atd$  правой ладони ( $\leq 40^\circ$ ), что обусловлено более близким расположением трирадиусов «а» и «d» и низкой локализацией карпального трирадиуса, а также высокий гребневой счет b-d левой ладони ( $\geq 50$  гребней) в случаях отсутствия трирадиуса «с»; а у мужчин, больных ХВГ В – это относительно узкий угол  $\angle atb$  ( $< 16^\circ$ ) и короткое расстояние между трирадиусами «а» и «d» ( $< 54$  мм) обеих ладоней как следствие более близкого расположения ладонных трирадиусов «а» и «d» и «а» и «b», а также низкой локализации осевого трирадиуса. У мужчин, больных, ХВГ С прогностическими признаками повышенного риска формирования заболевания является низкая локализация осевого трирадиуса и повышенный гребневой счет a-b, b-c и c-d левой ладони, что свидетельствует о повышенной насыщенности ладони папиллярными линиями. У женщин, больных, ХВГ С признаков-маркеров склонности к хроническому течению не обнаружено.

Течение ХВГ с развитием фиброза печени у больных ХВГ В сопровождается отклонением признаков как пальцевой, так и ладонной дерматоглифики, а у больных ХВГ С мужчин – ассоциируется лишь с показателями ладонной, а у женщин – лишь с показателями пальцевой дерматоглифики. У мужчин, больных

ХВГ В – это наличие дуг на IV пальце обеих кистей и III пальце левой кисти с нарушением их распределения по пальцам; узкий угол  $\angle ctd$  и широкий угол  $\angle btc$  левой ладони, большой b-c гребневой счет обеих ладоней, меньшее значением индекса Камминса правой ладони. У женщин, больных ХВГ В фиброз печени ассоциируется с высокой частотой дуг (I и II пальцы правой кисти, IV палец левой кисти), радиальных петель (III и V пальцы правой и левой кистей, I и IV пальцы левой кисти) с нарушением их распределения по пальцам и двойных петель (V палец левой кисти), с узким углом  $\angle btc$  обеих ладоней. Течение заболевания, которое сопровождается развитием фиброза печени у мужчин, больных ХВГ С, ассоциируется с низким b-c- и a-b гребневым счетом левой кисти. Фиброз печени у женщин, больных ХВГ С, соотносится с высокой частотой ульнарных петель на II пальце правой кисти и на I пальце левой кисти, дуг на IV пальце правой кисти, наличием радиальных петель и дуг на V пальце правой кисти, а также отсутствием двойных петель на I пальце левой кисти, более низкой частотой ульнарных на IV пальце левой кисти и высокой частотой дуг, а также с низким гребневым счетом I пальца обеих кистей.

**Ключевые слова:** дерматоглифика, пальцевая, ладонная, здоровые, больные хроническим вирусным гепатитом В и С, фиброз печени, мужчины, женщины, зрелый возраст.

#### ANNOTATION

**Ольхова І.В. Особливості пальцевої і долонної дерматогліфіки у хворих на хронічні вірусні гепатити В і С.** – Submitted as manuscript.

Dissertation for competition of the scientific degree of Candidate of Medical Science on speciality 14.03.01 - normal anatomy. – National Pirogov Memorial Medical University Vinnytsya, Vinnytsya, 2012.

It is set that as markers of propensity to development of ChVH використовуватися signs can only by a palm's and the signs of finger's dermatoglyphics can not be used. For the patients of ChVH В they show up as deviations from the norm of size of palm's corners, and for the patients of ChVH С - as rejections of palm's of comb accounts. Flow of ChVH with development of fibrosis of liver for the patients of ChVH В accompanied by the rejection of signs of both digit and palm's dermatoglyphics, and for the patients of ChVH С men - associated only with indexes by a palm's, and for women - only with the indexes of digit dermatoglyphics.

**Key words:** a dermatoglyphics digit is a palm's, healthy, patients by chronic viral hepatitis В and С, fibrosis of liver, man, woman, mature age.

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

A	– дуга
ВВ	– випадковий візерунок
ЛКП	– латеральна кишенькова петля
ПП	– подвійна петля
ХВГ	– хронічний вірусний гепатит
ЦК	– центральна кишеня
HBV	– вірус гепатиту В
HCV	– вірус гепатиту С
L	– ліва кисть
L <sup>r</sup>	– радіальна петля
L <sup>u</sup>	– ульнарна петля
R	– права кисть
W	– завиток

---

Підписано до друку 23.02.2012 р. Замовл. № 148.  
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.  
Тираж 100 примірників.

---

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.





