

Изобретение относится к медицине, а именно к терапии, и может быть использовано в гастроэнтерологии.

Известен способ прогнозирования язвенной болезни двенадцатиперстной кишки путем снятия отпечатков ладоней и пальцев при помощи типографской краски, наносимой валиком на руки обследуемого, подсчета достоверных отличий ладонного и пальцевого рисунка; гребневого счета, пальцевого рисунка, угла Atd, положения осевого трирадиуса, АВ-счета, рисунка на межпальцевых подушечках [Глебова Т.А. Прогностические критерии развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Гастроэнтерология. - М., 1992. - Вып. 24. - С. 76-81].

Однако этот способ позволяет прогнозировать язвенное поражение только одного из отделов гастродуоденальной зоны (двенадцатиперстной кишки) без учета язвенного поражения желудка. Количественные характеристики пальцевого и ладонного рисунка в известном способе являются критериями, которые можно использовать для формирования групп повышенного риска по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, но не для прогнозирования общего язвенного поражения гастродуоденальной зоны.

В основу изобретения поставлена задача создать способ прогнозирования язвенной болезни гастродуоденальной локализации путем оценки показателей дерматоглифики, которые являются одним из генетических маркеров язвенной болезни, что позволит выявить предрасположенность к развитию этой патологии и осуществлять своевременную ее профилактику.

Сущность предлагаемого изобретения заключается в том, что у обследуемых во время профосмотров берут отпечатки пальцевого и ладонного рисунка, производят подсчет дерматоглифических признаков с помощью лупы и определяют их набор. При гребневом счете на I п. - $21,2 \pm 0,7$, III п. - $13,0 \pm 0,6$, V п. - $14,9 \pm 0,7$ справа; IV п. - $17,8 \pm 0,7$, V п. - $14,9 \pm 0,6$ слева; общем гребневом счете справа - $79,1 \pm 2,8$, слева - $75,9 \pm 2,9$ и суммарном - $154,8 \pm 0,5$; количестве радиальных петель справа - $0,1 \pm 0,03$, дуг на пальцах рук - $0,3 \pm 0,09$; больших петель на м.п. справа - $0,7 \pm 0,06$, на руках - $1,3 \pm 0,1$; следов узора на м.п. справа - $2,0 \pm 0,1$, слева - $2,0 \pm 0,1$ и на руках - $4,0 \pm 0,1$; количестве дуг справа - $0,2 \pm 0,01$, слева - $0,3 \pm 0,08$ и на руках - $0,5 \pm 0,1$; величине угла Atd справа - $35,5 \pm 0,5^\circ$, Atd' справа - $59,7 \pm 1,7^\circ$, Atd" справа - $51,7 \pm 2,0^\circ$, Atd слева - $35,4 \pm 0,4^\circ$, Atd" слева - $49,5 \pm 2,0^\circ$, Atd" суммарного - $100,7 \pm 3,1^\circ$, индексе Ушара справа $69,0 \pm 1,5\%$ и слева - $67,1 \pm 1,7\%$ прогнозируют язвенную болезнь гастродуоденальной зоны.

Существенным отличительным признаком предлагаемого способа является набор дерматоглифических показателей и их количественные значения, характерные для язвенной болезни с локализацией в гастродуоденальной зоне.

Сравнительный анализ с прототипом показывает, что предлагаемый способ позволяет определить предрасположенность к язвенной болезни гастродуоденальной зоны, а не только к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Имеется возможность выделить лиц, у которых заболевание может проявляться поражением желудка и двенадцатиперстной кишки. Это дает возможность разработать мероприятия по первичной профилактике болезни (при приеме на работу, рациональное трудоустройство рабочих), мероприятия по вторичной профилактике среди больных, разработать лечебную тактику.

Способ существенно дополняет традиционные и широко используемые методы клинического, лабораторно-биохимического, иммунологического, функционального, эндоскопического и цитологического исследования, повышая диагностическую значимость комплексного обследования.

Способ осуществляется путем нанесения валиком типографской краски на кисти рук обследуемого, взятия отпечатков пальцев и ладоней на специальный бланк по методу Т.Д. Гладковой (1966) и количественного подсчета показателей с помощью лупы. На отпечатках подсчитывают: гребневый счет на пальцах рук справа и слева, АВ-счет справа и слева, вычисляют частоту встречаемости рисунка на пальцах и межпальцевых подушечках, величину угла Atd, Atd', Atd", положение осевого трирадиуса, окончание главных ладонных линий, индекс Ушара, Данкмейкера, Камминса, Пола, дельтовидный индекс. Рассчитывают количественные значения каждого показателя и при соответствующих их значениях прогнозируют язвенную болезнь гастродуоденальной зоны.

Пример 1. Обследуемый Х., 1952 г. рождения, подземный машинист электровоза, пылевой стаж - 13 лет, согласно выписке из амбулаторной карты около месяца отмечает расстройство пищеварения.

При первичном обследовании: жалобы на утомляемость, слабость, отрыжку, периодические боли в верхней части живота, не связанные с приемом пищи, снижение аппетита. Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, хорошего питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Дыхание не затруднено, ЧД - 16 в мин. Аускультативно - дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД - 130/80 мм. рт. ст., ЧСС - 76 в мин. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации - мягкий, чувствительный в эпигастрии по средней линии живота. Печень - не увеличена. Селезенка пальпации недоступна. Физиологические отправления в норме. Анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Hb - 160 г/л, ЦП - 1,1, лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2,0%, нейтрофилы: палочкоядерные - 7,0%, сегментоядерные - 56,5%, лимфоциты - 32,5%, моноциты - 2,0%, СОЭ - 4 мм/ч. Протеинограмма: общий белок - 70,0 г/л, альбумины - 56,8%, глобулины: α_1 - 4,5%; α_2 - 9,0%, β - 13,5%, γ - 16,8%, С-реактивный белок - 0. Иммунограмма: IgA - 1,2 мг/л, IgM - 1,45 мг/л, IgG - 9,0 мг/л, РБТЛ - 51,0%, Т-лимфоциты - 55,0%, В-лимфоциты - 6,0%, ЦИК - 0,007 усл. ед., титр комплемента 0,02 усл. ед. На ЭКГ - в пределах возрастных физиологических норм. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (ОГК) - легочный рисунок не изменен, корни структурные, сердце без особенностей, куполы диафрагмы на уровне VI ребра.

Эндоскопическое обследование желудка: пищевод свободно проходим, неизменен. Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки блестящая, с очагами гиперемии, отечная, покрыта налетом слизи и фибрина, определяются единичные внутрислизистые кровоизлияния.

Проведено снятие отпечатков пальцевого и ладонного рисунка согласно предлагаемого способа и подсчет дерматоглифических показателей:

Гребневой счет
 справа – I п – 21, II п – 21, III п – 14, IV п – 22, V п – 19
 слева – I п – 19, II п – 11, III п – 13, IV п – 16, V п – 15
 Пальцевый рисунок
 справа – I п – U, II п – W, III п – U, IV п – W, V п – U
 слева – I п – U, II п – U, III п – U, IV п – W, V п – U
 Рисунок на м.п.
 справа – I м.п. – 1, II м.п. – V, III м.п. – 1, IV м.п. – V
 слева – I м.п. – 1, II м.п. – V, III м.п. – 1, IV м.п. – V
 АВ – счет – справа – 36, слева – 38, суммарный – 74
 Положение осевого трирадиуса – справа – t, t'', слева – t, t''
 Угол Atd – справа – Atd – 37°, Atd'' 73°; слева – Atd – 39°, Atd'' 72°
 Индекс Ушара – справа – 46; слева – 35

Дельтовидный индекс – 13
 Рисунок на тенаре – справа – A^u; слева – X
 Рисунок на гипотенаре – справа – A^u; слева – A^u

заключение: в соответствии с дерматоглифическими показателями у обследуемого не прогнозируется язвенного поражения гастродуоденальной зоны.

Больному был установлен клинический диагноз: острый гастродуоденит с умеренно выраженным болевым и диспепсическим синдромом.

После проведенного лечения выписан с выздоровлением.

Контрольное обследование через 18 месяцев. В течение этого периода на стационарном и амбулаторном лечении не находился. На больничном листе не был.

Жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, хорошего питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание свободное, ЧД – 16 в мин., при аускультации – везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 в мин., АД – 125/80 мм. рт. ст. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, при пальпации – мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – не увеличены. Физиологические отправления в норме. Анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 122 г/л, ЦП – 0,8, лейкоциты – $3,5 \times 10^9/л$, нейт-рофилы: сегментоядерные – 54,5 %, палочко-ядерные – 5,0%, эозинофилы – 1,0%, лимфоциты – 36,0%, моноциты – 4,5%, СОЭ – 10 мм/ч. Протеинограмма: общий белок – 80,0 г/л, альбумины – 57,0%, глобулины: α_1 – 4,9%; α_2 – 10,4%; β – 11,5%, γ – 15,9%, С-реактивный белок – 0. Иммунограмма: IgA – 1,6 мг/л, IgM – 1,45 мг/л, IgG – 12,6 мг/л, РБТЛ – 41,0%, Т-лимфоциты – 42,0%, В-лимфоциты – 8,0%, ЦИК – 0,01 ус. ед., титр комплемента 0,03 ус. ед. На ЭКГ – в пределах возрастных физиологических норм. Рентгенологическое исследование ОГК – легочный рисунок не изменен, корни структурные, сердце без особенностей.

Эндоскопическое обследование желудка: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки блестящая, розовая, гладкая. При инсуффляции воздуха складки слизистой оболочки расправляются. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки бархатистая, сочная, светло-розовая.

Заключение: У обследуемого с учетом комплекса дерматоглифических показателей, прогнозирующих отсутствие предрасположенности к язвенному повреждению гастродуоденальной зоны, не произошло ухудшения состояния здоровья: после проведенного лечения полностью нормализовалась клинικο-морфологическая картина, болезнь не развилась. Заключение обосновано и результатами клинического наблюдения в динамике.

Пример 2. Обследуемый П., 1956 г. рождения, крепильщик, пылевой стаж – 20 лет. Согласно выписке из амбулаторной карты впервые расстройство пищеварения отметил 4 месяца назад.

При первичном обследовании: жалобы на боли в верхней части живота, чаще в ночное время, отрыжку, периодическую изжогу. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Дыхание не затруднено, ЧД – 16 в мин. При аускультации – дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 в мин., АД – 120/80 мм. рт.ст. Периферических отеков нет. Язык влажный, по краям обложен белым налетом. Живот обычной формы, мягкий, болезненный в эпигастрии по средней линии живота. Печень и селезенка – не увеличены. Физиологические отправления в норме. Анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 158 г/л, ЦП – 0,8, лейкоциты – $6,75 \times 10^9/л$, нейтрофилы: сегментоядерные –

48,5%, палочкоядерные - 3,0%, эозинофилы - 3,5%, лимфоциты - 42,0%, моноциты - 3,0%, СОЭ - 5 мм/ч. Протеинограмма: общий белок - 72,0 г/л, альбумины - 53,1%, глобулины: α_1 -4,9%; α_2 -9,8%; β -13,2%, γ -19,0%, С-реактивный белок - 0. Иммунограмма: IgA - 2,0 мг/л, IgM - 1,5 мг/л, IgG - 10,0 мг/л, РБТЛ - 51,0%, Т-лимфоциты - 48,0%, В-лимфоциты - 9,0%, ЦИК - 0,03 ус.ед., титр комплемента 0,02 ус. ед. На ЭКГ - в пределах возрастных физиологических норм. Рентгенологическое исследование ОГК - легочный рисунок не изменен, корни структурные, куполы диафрагмы на уровне V-VI ребер, сердце без особенностей.

Эндоскопическое обследование желудка: пищевод свободно проходим, неизменен. Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки блестящая, с очагами гиперемии, отечная, покрыта налетом слизи и фибрина, определяются единичные энотрислизистые кровоизлияния.

Проведено снятие отпечатков пальцевого и ладонного рисунка согласно предлагаемого способа и подсчет дерматоглифических показателей:

Гребневой счет

справа - I п - 22, II п - 16, III п - 21, IV п - 20, V п - 18

слева - I п - 17, II п - 16, III п - 17, IV п - 22, V п - 17

Пальцевый рисунок

справа - I п - 2A, II п - W, III п - W, IV п - W, V п - W

слева - I п - W, II п - 2A, III п - U, IV п - W, V п - U

Рисунок на м.п.

справа I м.п. - V, II м.п. - V, III м.п. - 1, IV м.п. - V

слева - I м.п. - V, II м.п. - V, III м.п. - L, IV м.п. - V

AB - счет - справа - 32, слева - 32, суммарный - 64

Положение осевого трирадиуса - справа - t, t''; слева - t, t''

Угол Atd - справа - Atd - 30°, Atd'' 56°; слева - Atd - 33°, Atd'' - 62°

Индекс Ушара - справа - 65%; слева - 68%

Дельтовидный индекс - 16

Рисунок на тенаре - справа X; слева - X

Рисунок на гипотенаре - справа - X; слева - X

Закключение: В соответствии с дерматоглифическими показателями у больного прогнозируется язвенное поражение гастродуоденальной зоны.

Больному был установлен клинический диагноз: хронический гастродуоденит с умеренно выраженным болевым и диспепсическим синдромом, фаза нерезкого обострения.

После проведенного лечения выписан со значительным улучшением.

Контрольное обследование через 18 месяцев. В течение этого периода на стационарном лечении был 2 раза по поводу обострения хронического гастродуоденита, 37 дней нетрудоспособности. Жалуется на слабость, утомляемость, плохой аппетит, отрыжку, боли в верхней части живота, усиливающиеся после приема пищи (через 2 часа), и в ночное время, изжогу.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Дыхание свободное, ЧД - 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 72 в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Периферических отеков нет. Язык влажный, обложен белым налетом, отпечатки зубов по краям. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, болезненный в пилорoduоденальной зоне и в эпигастрии на средней линии живота. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления - тенденция к запорам. Анализ крови: эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Hb - 126 г/л, ЦП - 0,75, лейкоциты - $4,61 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: сегментоядерные - 51,0%, палочкоядерные - 1,0%, эозинофилы - 5,0%, лимфоциты - 30,0%, моноциты - 13,0%, СОЭ - 3 мм/ч. Протеинограмма: общий белок - 79,0 г/л, альбумины - 55,7%, глобулины: α_1 -4,5%; α_2 -8,9%, β - 13,0%, γ - 18,3%, С-реактивный белок - 1. Иммунограмма: IgA - 1,8 мг/л, IgM - 1,6 мг/л, IgG - 9,85 мг/л, РБТЛ - 49,9%, Т-лимфоциты - 50,0%, В-лимфоциты - 8,0%, ЦИК - 0,03 ус. ед., титр комплемента 0,03 ус. ед. На ЭКГ - в пределах возрастных физиологических норм. Рентгенологическое исследование ОГК-легочный рисунок не изменен, корни структурные, сердце без особенностей.

Эндоскопическое обследование желудка: пищевод свободно проходим. На задней стенке желудка обнаружена круглая, кратерообразная язва диаметром до 2,5 см, ее края обрывистые, выступают над поверхностью слизистой оболочки; дно гладкое, покрыто налетом беловато-желтого цвета, вокруг язвы резко выраженная гиперемия. По переднему контуру луковицы двенадцатиперстной кишки - язвенный дефект до 0,5 см в диаметре округлой формы, с неглубоким дном, покрытым желтоватым налетом, края ее отечные.

Слизистая оболочка - гиперемированная, легко ранимая. Луковица умеренно деформирована.

Заключение: У обследуемого с учетом комплекса дерматоглифических показателей, прогнозирующих язвенную болезнь гастродуоденальной зоны, через 14 месяцев произошло ухудшение состояния здоровья, развилась клинико-морфологическая картина язвенной болезни. Заключение обосновано и результатами клинического наблюдения в динамике.

Предполагаемый способ основан на результатах исследований 64 здоровых и 58 больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны. Всем обследованным проводили в динамике через 14-18 месяцев клинические, лабораторно-биохимические, иммунологические, функциональные, эндоскопические, исследования.

Проведенная апробация предполагаемого способа прогнозирования язвенной болезни гастродуоденальной локализации дала положительные результаты в 79,0% случаев, что подтверждено результатами проспективного клинического наблюдения за группой обследованных.

Таким образом, применение предложенного способа позволяет разрабатывать индивидуальный прогноз развития язвенной болезни у здоровых лиц. Кроме того, способ позволяет разрабатывать конкретные мероприятия по медицинской профилактике болезни и определить трудовой прогноз работающих.