жениями кисти одной руки. Затем в работу включается другая рука или обе руки одновременно. Движения рук имитируют движения органов артикуляционного аппарата.

Способ постановки и коррекции звука подбирается индивидуально. Наиболее часто используется фонетическая локализация (механический). Языку и губам ребенка пассивно придается необходимая позиция. Постепенно движения выполняются с некоторой помощью, затем без нее. Запоминание образа звука по акустическим и артикуляторным признакам предусматривает доступный разбор артикуляции звуков с обязательным визуальным подкреплением.

Сочетание движений речевого аппарата и кистей рук оказывает благотворное влияние на активизацию интеллектуальной деятельности детей и развивает речедвигательную координацию, мелкую и артикуляционную моторику, внимание, память и другие психические процессы.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Рогачева Е.А.
Ростовский государственный медицинский Университет, Ростов-на-Дону

Сахарный диабет (СД) 1 типа является распространенным и тяжелым наследственным заболеванием человека. Как правило, при наличии генетической предрасположенности он развивается в раннем возрасте и вызывает тяжелые осложнения. Лечение уже развившегося СД 1 типа требует огромных материальных ресурсов. При своевременной профилактике заболевания у пациентов с повышенным генетическим риском можно значительно отсрочить появление симптомов СД и снизить опасность развития осложнений. В связи с этим, в настоящее время актуальной является разработка стратегии ранней диагностики, прогнозирования и превентивной терапии заболевания с использованием генетических маркеров, включая дерматоглифические. Целью работы явилось изучить особенности дерматоглифики у больных с СД 1 типа.

Методом сплошной текущей выборки выделено 2 группы – пациенты с СД 1 типа (n=24) 18-30 лет, при этом исследовано 48 дерматоглифа, а также контрольная группа, сопоставимая по полу и возрасту (n=37), исследовано 74 дерматоглифа. Больные с СД наблюдались в эндокринологическом отделении РостГМУ. К патологическим изменениям структур рельефа кожи относили сильную исчерченность ладони короткими глубокими бороздами, гипоплазии, дисплазии, продольные (поперечные, косые) разрывы папиллярных гребней – белые линии (БЛ). Для объективизации исчерченности ладони нами была предложена методика подсчета индекса интенсивности исчерченности ладони (ИИИЛ). При этом валиком на пальмарную поверхность кисти больных наносили черную типографскую краску. Отпечаток кисти на листе белой бумаги выполнялся с дозированной нагрузкой в 1 кг. Определение исчерченности ладони короткими бороздами осуществляли в области тенора кисти в двух перпендикулярных проекциях методом морфометрии в окне, шириной 1 см. Длина горизонтальной зоны подсчета определялась от складки первого пальца до пястно-фаланговой складки первого пальца. При этом учитывались только перпендикулярно или под углом расположенные борозды, попавшие в поле зрения. Полученное число борозд (А1) делили на расстояние в сантиметрах между точками подсчета (В1). Длина вертикальной зоны подсчета определялась в области тенора от проксимальной до запястной складки. При этом учитывались только перпендикулярно или под углом расположенные борозды, попавшие в поле зрения. Полученное число борозд (А2) делили на расстояние в сантиметрах между точками подсчета (В2). Индекс интенсивности исчерченности ладони определяли по формуле: ИИИЛ = (А1/В1) + (А2/В2). Также определяли абсолютное число продольных, поперечных и косых разрывов папиллярных гребней на 10 пальцах кистей рук.

В результате проведенных исследований у больных СД 1 типа выявлена высокая встречаемость числа дуг, тогда как количество петель было уменьшено. Показатель

ИИИЛ в группе с СД 1 типа составил 8,21±0,09 и был достоверно выше аналогичного показателя в контрольной группе на 96,9% (4,17±0,08). Частота встречаемости БЛ на 10 пальцах кистей рук в группе с СД 1 типа составила 12,28±1,5. Прирост данного показателя относительно контрольной группы составил 288,9% (4,25±1,2). Дисплазии гребнеобразования у больных с СД 1 типа встречались у 5 пациентов (20,8%).

Таким образом, многоплановость причинно-следственных связей в системе ассоциаций «хромосомные, генные аномалии развития - нарушения дерматоглифики» обусловливают тот факт, что дерматоглифические изменения можно оценивать как стигмат болезни, увеличивающий риск развития СД 1типа. Если при исследовании дерматоглифа ИИИЛ более 8-10, а частота встречаемости продольных, поперечных или косых разрывов папиллярных гребней более 11-13 в сочетании с увеличением встречаемости числа дуг и уменьшением количества петель, то пациент попадает в группу риска по СД и ему нужно тщательно проверить состояние углеводного обмена.