

Медицинские науки

УДК 636.4.032:612

**КОРРЕКЦИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ
У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ И РЕЧИ**

Лазарева Л.В.

*МДОУ ЦРР д/с № 312 «Жемчужинка» для детей
с патологией зрения Главного управления
образования мэрии, г. Новосибирска*

Дефекты зрения чаще всего усиливают влияющие ведущие факторы, лежащих в основе патологии речи. Такую взаимообусловленность следует расценивать как синдром взаимного отягощения. Нельзя не учитывать тех общих заболеваний, которые лежат в основе как зрительной, так и речевой патологии или усиливают ту и другую. Это избирательное влияние токсикозов, внутриутробных патологических процессов, родовых травм, асфиксии, тяжелых соматических и инфекционных заболеваний.

Во всех случаях дети с патологией зрения нуждаются в осторожном, дифференцированном подходе. Коррекция дефектов звукопроизношения должна достигать успехов без ухудшения зрительных функций. Нужно учитывать дозированность зрительной и физической нагрузки. Так, например, некоторые из упражнений требующие статических напряжений и нервно-мышечного напряжения, слабовидящим, детям с косоглазием, подвывихом хрусталика - противопоказаны.

Учитывая, что у детей с патологией зрения, страдающих дизартрией, формирование речедвигательного образа затруднено, а зачастую и невозможно, основным принципом работы по исправлению звукопроизношения и нормализации мимики является применение дифференцированного массажа (релаксирующего и тонизирующего, с учетом состояния мышечного тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата), в сочетании с мимической и артикуляционной гимнастикой. Использование дифференцированного массажа помогает в короткие сроки преодолеть имеющиеся нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры.

УДК 636.4.032:612

**РАЗВИТИЕ ТОНКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ
С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ И РЕЧИ**

Лазарева Л.В.

*МДОУ ЦРР д/с № 312 «Жемчужинка» для детей
с патологией зрения Главного управления
образования мэрии, г. Новосибирска*

Параллельно с применением массажа рук начинается обучение детей элементам самомассажа кистей и пальцев рук. Одновременно с самомасса-

жем проводится гимнастика в течении 3-5 минут в начале занятия либо в его середине в форме физкультминутки.

Все упражнения проводятся по образцу и (или) словесной инструкции. Начинается гимнастика с разминки пальцев рук - сжимания в кулак и разжимания пальцев. Движения производятся одновременно двумя руками под счет. Для этого упражнения можно использовать различные предметы.

Затем следуют упражнения на расслабление пальцев и кистей рук,

упражнения на различение различных действий рук. Далее даются задания на удержание позы кисти руки. Усложнение задания достигается за счет увеличения числа переключений и ускорения ритма.

Важное место в работе по развитию тонкой моторики у детей с патологией зрения, занимает ритмическая организация движения. Достигается это в упражнениях, суть которых состоит в том, что ребенок должен воспроизвести движениями определенный ритмический рисунок. Эти задания выполняются при совместном действии взрослого и ребенка, по показу, по слуховому восприятию.

Затем следуют упражнения направленные на выработку навыков произвольных движений.

В процессе тренировки отдельных компонентов ручной моторики (тонус, сила, точность движений, кинетический и динамический праксис) у детей совершенствуется мелкая моторика, произвольное внимание, развиваются навыки контроля и планирования действий.

УДК 636.4.032:612

**СПЕЦИФИКА ПРОВЕДЕНИЯ
АРТИКУЛЯЦИОННОЙ ГИМНАСТИКИ
У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ И РЕЧИ**

Лазарева Л.В.

*МДОУ ЦРР д/с № 312 «Жемчужинка» для детей
с патологией зрения Главного управления
образования мэрии, г. Новосибирска*

Специфика познавательной и эмоционально-волевой сферы дошкольников с патологией зрения, характер проявления нарушений фонетической стороны речи вызывает необходимость расширения подготовительного этапа работы.

Артикуляционные упражнения проводятся одновременно с движениями сначала одной кисти руки (правой, левой), затем обеих, имитирующих движения челюсти, языка, губ.

На первом занятии проводятся 2 - 3 артикуляционных упражнения которые сочетаются с дви-

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 греб-

ней – 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 $8,21 \pm 0,09$ и был достоверно выше аналогичного показателя в контрольной группе на $96,9\%$ ($4,17 \pm 0,08$). Частота встречаемости БЛ на 10 пальцах кистей рук в группе с СД 1 типа составила $12,28 \pm 1,5$. Прирост данного показателя относительно контрольной группы составил $288,9\%$ ($4,25 \pm 1,2$). 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» обуславливают тот факт, что дерматоглифические изменения можно оценивать как стигмат болезни, увеличивающий риск развития СД 1 типа. 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 про-верить состояние углеводного обмена.