

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ-
ФИЛИАЛ ФГБОУ ДПО РМАНПО МИНЗДРАВА РОССИИ
ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №7 ИМЕНИ М.Н. САДЫКОВА» Г.КАЗАНИ
СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

МАТЕРИАЛЫ

**Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные вопросы логопедической и
психологической помощи больным и инвалидам»**

14 ноября 2023 г.

Казань, 2023 г.

УДК 615.851.135(082)

ББК 54.1/57.4-5

М 34

Под общей редакцией:

Бодрова Резеда Ахметовна – заведующий кафедрой реабилитологии и спортивной медицины КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, доцент, д.м.н., главный внештатный специалист МЗ РТ по медицинской реабилитации МЗ РТ.

Остудина Вероника Анатольевна - главный внештатный специалист по логопедии Министерства здравоохранения Республики Татарстан, логопед ГАУЗ «РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ».

Компьютерный набор материалов конференции: **Хисамеева Айгуль Вакифовна**

В представленных материалах рассматриваются вопросы логопедической медицинской реабилитации взрослых и детей с различными заболеваниями.

С материалами конференции можно ознакомиться в библиотеке КГМА по адресу: 420012, г. Казань, ул. Муштары д.11.

Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы логопедической и психологической помощи больным и инвалидам» – Казань: КГМА, 2023. – 70 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Абдрахманова Л.И., Нефедьева Д.Л. Шафигуллина Г.Г., Хадеева А.С., Хисматуллина Г.Р. Роботизированная механотерапия на комплексе Walkbot и эмоциональный статус у детей с церебральным параличом.....	4
Абдрашитова А.Т. Клинико-физиологические аспекты диагностики нарушений фонематического слуха у пациентов	6
Ахметзянова О.Б. Методы работы логопеда со взрослыми в остром периоде ОНМК преимущественно при бульбарных и псевдобульбарных нарушениях.....	15
Белюсова М.В., Футин Э.В. Диагностика нарушений слуховой функции у детей раннего возраста.....	18
Белюсова М.В., Футин Э.В. Нарушения слуховой функции у детей: факторы риска в антенатальном и перинатальном периоде.....	22
Бодрова Р.А., Каримова Г.М., Васильева Л.Ф., Фадеев Г.Ю., Усманов И.Р. Реабилитационный диагноз у пациентов, перенесших инсульт.	26
Бодрова Р.А., Нефедьева Д.Л. Современный подход к оценке речевых нарушений у недоношенных детей.....	31
Гайфутдинова Л.В., Остудина В.А. Дисфагия в острый период инсульта. Разбор клинического случая.....	34
Дмитриева Г.Ф., Лотфуллина Ж.О. Приемы кинезиологии в практике логопеда.....	38
Закирова Л.М., Комарова Л.Ю. Имманентные свойства интеллектуальной интеграции логопедических консорциумов в Smart границах.....	47
Зиновьева О.В. Система коррекционной работы с заикающимися детьми дошкольного возраста.....	52
Ковальчук Т.Т. Нарушения речи у детей с нервно-психическими расстройствами.....	56
Курмашева Р.Р. РАС. План помощи логопеда.....	59
Мусина Д.Р. Саморегуляция психических состояний специалистов в профессиональной деятельности в системе здравоохранения.....	61
Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А., Абдрахманова Л.И. Динамика речевого и когнитивного развития недоношенных детей с перинатальным поражением головного мозга: эффективность абилитации.....	64
Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А., Некрасова А.М. Эффективность ранней абилитации недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.....	67

Роботизированная механотерапия на комплексе Walkbot и эмоциональный статус у детей с церебральным параличом

Абдрахманова Л.И.¹, Нефедьева Д.Л.² Шафигуллина Г.Г.¹, Хадеева А.С.¹,
Хисматуллина Г.Р.¹

¹ГАУЗ «Детская городская поликлиника №7», ЦВЛДИ

²Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России

Введение. Основным клиническим проявлением патологии пирамидных путей при детском церебральном параличе (ДЦП) является спастичность, в том числе речевых мышц, что часто проявляется различными формами дизартрий и нарушениями коммуникации. Кроме того, спастичность, мышечная слабость, нарушения постурального контроля являются причиной снижения возможностей активности и участия, что вносит определенный вклад в формирование паттернов общения и определяет эмоциональное реагирование. Механотерапия на аппаратном комплексе Walkbot улучшает вертикализацию пациента, качество и скорость ходьбы, и, в целом, активизирует проведение по соматосенсорным путям [1, 2]. Улучшение афферентации, а также возможное увеличение мобильности может улучшить эмоциональный статус и коммуникацию у пациентов.

Цель исследования: оценить эмоциональный статус у детей с церебральным параличом после курса терапии на аппаратном комплексе Walkbot.

Методы. В исследование вошли 33 пациентов, наблюдавшихся на базе ГАУЗ «Детская поликлиника №7», ЦВЛДИ. В первую группу вошли 17 пациентов, получивших реабилитационную помощь курса терапии на аппаратном комплексе Walkbot и 16 пациентов, получивших стандартную терапию. Проводилась оценка по следующим шкалам: классификации больших моторных функций (GMFCS), шкале измерения двигательных функций (GMFM-66), шкале коммуникативных функций (CFCS) и по шкале эмоционального реагирования.

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы Sprinф.

Результаты. Возраст детей первой группы $11,5 \pm 3,4$ лет, второй группы $9,7 \pm 3,5$ лет. Уровень двигательного развития по GMFCS составил у детей первой группы $2,5 \pm 0,8$, у детей второй группы $2,8 \pm 0,9$, оценка двигательного дефицита по GMFM-66 у детей первой группы составила $108 \pm 37,1$ баллов и у детей второй группы $97,5 \pm 74,1$ баллов, а уровень коммуникации по шкале

CFCS был $1,8 \pm 0,7$ и $2 \pm 1,2$ у детей первой и второй групп соответственно ($p > 0,05$). Т.е. между группами не наблюдалось статистически значимых различий.

После курса реабилитации у детей первой группы наблюдалось улучшение двигательных функций по шкале GMFM-66 на 8% (116,8 баллов) и у детей второй группы на 5% (102,6 балла). Оценка эмоционального реагирования представлена на рис. 1.

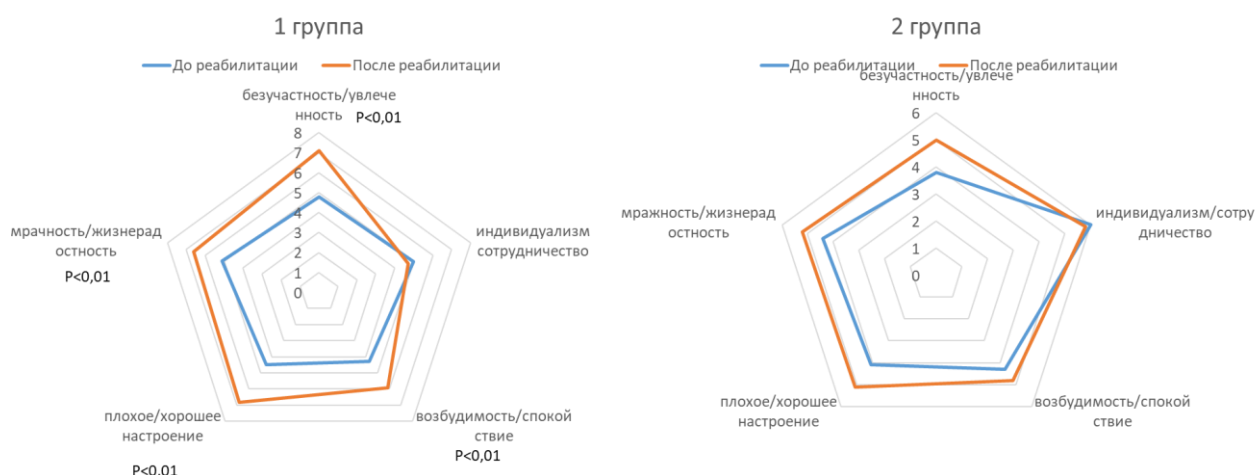


Рис 1. Данные шкалы эмоционального реагирования у пациентов с ДЦП

Как видно из рис. 1, у детей первой группы отмечалось статистически значимое улучшение в категориях «жизнерадостность», «увлеченность», «настроение», «спокойствие». Кроме того выявлена положительная корреляционная связь между данными категориями и количеством процедур на аппаратном комплексе Walkbot ($r=0,87$, $p < 0,05$) что свидетельствует о положительной роли проводимой терапии в формировании эмоционального статуса ребенка.

Выводы. Применение аппаратного комплекса Walkbot у детей с церебральным параличом оказывает положительное влияние на двигательный и эмоциональный статус ребенка.

Список литературы:

1. Use-dependent plasticity in spinal stepping and standing / V.R. Edgerton, R.D. de Leon, N. Tillakaratne, M.R. Recktenwald, J.A. Hodgson, R.R. Roy // Adv. Neurol. 1997. Vol. 72. P. 233-247.,
2. Movement analysis with a new robotic device – The MotionMaker™: A case report / F. Reynard, F. Gerber, C. Favre, A. Al-Khodairy // Gait & Posture. 2009. Vol. 30. – P. S149-S150.

Клинико-физиологические аспекты диагностики нарушений фонематического слуха у пациентов

Абдрашитова А.Т.

ГАУЗ «Городская детская больница №1» г. Казань

Аннотация. В статье рассмотрены актуальные вопросы клинико-физиологических аспектов диагностики нарушений фонематического слуха у пациентов при обследовании импрессивной и экспрессивной речи, чтения и письма.

Введение

Фонематический слух – это способность человека различать в потоке речи отдельные звуки, обеспечивающие понимание слов и их значений.

Нарушения фонематического слуха могут возникнуть в результате широкого спектра причин: заболевания сердечно-сосудистой системы, травматические повреждения головы и центральной нервной системы.

В формировании поражения чаще всего задействованы следующие ветви, входящие в бассейн средней мозговой артерии: нижняя ветвь средней мозговой артерии, задняя височная артерия, артерия угловой извилины.

Клинико-физиологические проявления нарушений фонематического слуха имеют ряд специфических признаков, которые помогают провести быструю и эффективную дифференциальную диагностику. К таким признакам относятся:

- нарушение понимания и восприятия речи. При этом, при тяжелой степени выраженности нарушения фонематического слуха, пациент полностью не понимает обращенную к нему речь, он не может выполнить даже простые словесные инструкции. При более легких формах нарушения фонематического слуха нарушается понимание отдельных похожих звуков.

- нарушение собственного произношения (экспрессивной речи). Данное нарушение является вторичным, так как утрачивается смысловой контроль над словами.

- жаргонофазия - сплошной поток неологизмов, пословиц, поговорок и парафраз,

- полное непонимание своего дефекта, то есть пациент не замечает ошибок в своей речи,

- сильное возбуждение вплоть до развития параноидального состояния,

- правосторонняя гемианопсия или верхнеквадрантная гемианопсия. Выпадение полей зрения – при прочтении книг пострадавший полностью не заметит левую страницу при прочтении текста.

- сглаживание носогубной складки – лицо становится похожим на маску,

- нарушение письменной речи (замена одних букв на другие (особенно при письме под диктовку)).

Основная часть

При проведении диагностики нарушений фонематического слуха у пациентов, ключевая роль принадлежит вопросам исследования коммуникативной функции.

Вопросы исследования коммуникативной функции человека на протяжении продолжительного времени изучались ведущими учеными в области психологии (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Г.М. Андреева, А.А. и др.), психолингвистики (И.Н. Горелов, Н.И. Жинкин, И.А. Зимняя, А.А. и др.), нейропсихологии и логопедии (А.Р. Лурия, М.Е. Хватцев, Т.В. Ахутина, Э.С. Бейн, Т.Г. Визель, Л.С. Цветкова, В.М. др.).

Коммуникативная деятельность представляет собой сложную, многоканальную систему взаимодействий людей. Так, Г.М. Андреева основными процессами коммуникативной деятельности считает коммуникативный, обеспечивающий обмен информацией; интерактивный, регулирующий взаимодействия участников общения; и перцептивный, организующий взаимовосприятие, взаимооценку и рефлекссию в общении [1, с. 88-89].

А.А. Леонтьев выделяет два типа коммуникативной деятельности: личностно-ориентированный и социально-ориентированный. Эти типы коммуникативной деятельности обладают коммуникационными, функциональными, социально-психологическими и речевыми структурами [9, с. 61].

Наряду с внешней характеристикой коммуникативной деятельности существует ее внутренняя, психологическая характеристика. Как считает И.А. Зимняя, она проявляется в социальной и индивидуально-психологической репрезентативности этого процесса [7, с. 223].

Социальная репрезентативность коммуникативной деятельности означает, что она может происходить только по конкретному поводу, в конкретной реальной ситуации. Индивидуально-личностная репрезентативность проявляется в отражении индивидуально-личностных особенностей общающихся.

Как отмечает Ларина О.Д., «восстановление коммуникативных навыков является одним из наиболее значимых показателей эффективности реабилитационного процесса, так как общение обеспечивает возможность продуктивного включения пациента в систему социальных взаимоотношений, которая была значительно нарушена вследствие возникшего заболевания» [8, с. 55].

По мере овладения человеком средствами коммуникативной деятельности, формируется его коммуникативная компетентность. Именно коммуникативная компетентность как способность понимания чужих и порождения собственных программ речевого поведения, адекватно целям, сферам, ситуациям общения, является предиктором процесса психического развития человека.

Коммуникативная деятельность реализуется в общении - весьма сложном и многогранном процессе, который Л.С. Выготский рассматривал как «первый вид человеческой деятельности» [6, с. 55].

Основными структурными компонентами коммуникативной деятельности являются:

- предмет общения - это другой человек, партнер по общению как субъект;
- потребность в общении - это стремление человека к познанию и оценке других людей, а через них и с их помощью - к самопознанию, к самооценке;
- коммуникативные мотивы - это то, ради чего предпринимается общение;
- действие общения - это единицы коммуникативной деятельности, инициативные и ответные;
- задача общения - это та цель, на достижение которой в конкретной коммуникативной ситуации направлены разнообразные действия, совершаемые в процессе общения;
- средства общения - это те операции, с помощью которых осуществляются действия общения;
- продукт общения - это образования материального и духовного характера, создающиеся в итоге общения.

Ключевым понятием коммуникативной деятельности является «коммуникативная функция».

Коммуникативная функция – это различные формы и средства общения, обмена и передачи информации, благодаря которым становится возможным

обогащение опыта, накопление знаний, овладение деятельностью, согласование действий и взаимопонимание людей [1, с. 29].

Осуществляется коммуникативная функция посредством языковых знаковых систем.

Различают вербальную и невербальную коммуникации.

Если при вербальном общении в качестве знаковой системы используется человеческая речь, то средства невербальной коммуникации (мимика, жесты, пантомимика) выполняют функции дополнения или замещения речи, а также репрезентации эмоциональных состояний партнёров по общению.

Речь человека, как важнейшее условие и средство коммуникации, представляет собой сложнейшую совокупность нервных процессов, осуществляемых при совместной деятельности различных участков головного мозга. Сами по себе речевые процессы, понимаемые в узком смысле этого слова, являются сложнейшей системой сенсомоторных координаций, имеющих свою, специфическую организацию. Восприятие речи основывается на анализе и синтезе элементов звукового потока, который осуществляется совместной работой слухового и кинестетического анализаторов. Процесс произношения слов является сложнейшей системой координированных артикуляторных движений, сформированных в прежнем опыте и имеющих в качестве своей афферентной основы работу того же кинестетического и слухового анализаторов [2, с. 59].

Таким образом, речь – это один из важнейших видов коммуникативной деятельности человека, т.е. использование языка для общения с другими людьми.

Существуют следующие виды речевой деятельности: импрессивная речь (слушанье), экспрессивная речь (говорение), чтение, письмо.

При различных нарушениях речевой функции происходит дезорганизация коммуникативной компетентности и, как следствие социальная дезадаптация индивида.

У пациента с нарушением фонематического слуха, в зависимости от степени выраженности нарушения, в той или иной степени проявляются нарушения всех видов коммуникативной деятельности:

- импрессивная речь (слушанье)

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности объем понимания речи крайне ограничен: доступна для понимания, как правило, ситуативная речь, близкая пациенту по тематике. Чужая речь воспринимается как нечленораздельный поток звуков. Пациентом с трудом улавливается на слух корневая лексико-семантическая часть слова, в результате чего возникает потеря его предметной отнесенности (отчуждение смысла слова). Устные инструкции пациентом не выполняются или выполняются с грубыми искажениями. При восприятии речи собеседника, пациенты склонны опираться преимущественно на средства невербальной коммуникации (мимику, жест, интонацию собеседника).

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности в целом сохранно понимание ситуативной и бытовой речи, но понимание более сложных (внеситуативных) видов речи затруднено. Имеют место парагнозии на названия отдельных предметов и частей тела. Характерно, что предметная отнесенность страдает чаще, чем переносный смысл слова. На способность понимания речи собеседника, оказывает существенное влияние темп речи собеседника и ее просодические особенности. Устные инструкции выполняются пациентами с частыми и существенными ошибками.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности понимание речи практически не страдает, однако имеются трудности в восприятии развернутой фразовой речи (преимущественно текстов), требующих совершения ряда последовательных логических (сукцессивных) операций. Дефекты фонематического слуха проявляются достаточно редко, в основном в условиях истощения слухового внимания. Устные инструкции полностью доступны [3, с. 12].

- экспрессивная речь (говорение).
- спонтанная речь

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности спонтанная речь изобилует литеральными и вербальными парафазиями. Речь характеризуется ускоренным темпом, диспросодией, многочисленными аграмматизмами, интонационной насыщенностью и достаточным словарным запасом с преобладанием глаголов, междометий и других служебных частей речи. Пациенты активно используют невербальные средства общения, адекватные ситуации. Самоконтроль у таких пациентов практически отсутствует.

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности в спонтанной речи при ее несколько ускоренном темпе присутствуют попытки самоконтроля и самокоррекции, что приводит к появлению в речи интравербальных и интервербальных пауз. В речи также присутствуют литеральные и вербальные парафазии, встречаются аграмматизмы согласования. Лексический состав высказывания разнообразен (наиболее частотны глаголы, междометия, местоимения, а также различные модально-оценочные слова). Пациенты активно используют слова как с конкретными, так и с абстрактными значениями. В речи нередко встречаются речевые штампы, в которые вплетаются собственные парафазии. Пациенты испытывают значительные затруднения при попытке изменения высказывания в соответствии с ситуацией речевого общения. Речь интонационно выразительна, произносительные трудности отсутствуют.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности собственная речь является достаточно развернутой и разнообразной по лексическому составу. Литеральные и вербальные парафазии встречаются достаточно редко и контролируются пациентами, однако служебные части речи используются такими пациентами чаще знаменательных. В словах сложной слоговой структуры имеются элементы диспросодии. Интонации разнообразны и выразительны. Произносительные трудности отсутствуют. Характерны метафорические выражения, которые придают высказыванию псевдопоэтическую окраску [10, с. 12-13].

- повторная речь

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности повторная речь крайне ограничена. Пациент оказывается способным повторить лишь хорошо знакомые слова, при этом допуская при их произнесении большое количество звуковых искажений.

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности при повторении звуков отмечаются замены на основе акустической близости; при повторении слогов обнаруживается тенденция к их трансформации в осмыслении слова. Пациенты часто опираются на абрис слова. Однако при грубом искажении лексического состава, при повторении фраз характерно сохранение длины предложения и его синтаксического и просодического рисунка.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности степень нарушения повторной речи приблизительно соответствует уровню восстановления спонтанной. Из искажений, которые

допускаются пациентами при повторении, наиболее значимы литеральные и вербальные парафазии, часто встречающиеся в сложных речевых конструкциях [5, с. 199-200].

- диалогическая речь

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности возможности диалогической речи крайне ограничены из-за трудностей понимания вопроса. В тех же случаях, когда ситуативный вопрос пациенту понятен, он, как правило, дает на него ответ, насыщенный разнообразными литеральными и вербальными искажениями. Конкретные сведения в ответе практически отсутствуют.

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности возможности диалогической речи более обширны, но ответы не всегда достаточно информативны. Пациенты часто не понимают весьма лаконичных по форме вопросов, в связи с чем возникает необходимость пояснять суть вопроса иными словами.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности при сохранности возможностей диалогической речи, отмечаются трудности понимания сложных по смысловой структуре вопросов.

- номинации (называние)

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности называние сопровождается многочисленными литеральными и вербальными парафазиями на основе акустической и смысловой близости слов. Называние распространенных действий происходит несколько легче, нежели называние предметов.

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности называние высокочастотных слов (предметов и действий) практически не страдает, однако в менее частотных номинациях такие пациенты достаточно часто допускают литеральные и вербальные искажения.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности называние практически не страдает, однако при продуцировании отдельных номинаций встречаются трудности звуковой организации слов-названий [5, с. 209].

- составление фразы по сюжетной картинке.

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности попытки составить фразу приводят к продуцированию отдельных слов или словосочетаний, которые зачастую не связаны между собой по смыслу.

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности изложение сюжета картинки затруднений, как правило, не вызывает, но при составлении фраз часто встречаются побочные ассоциации, не имеющие прямого отношения к сюжету. С заданием сформулировать мысль лаконично (двумя-тремя словами) пациенты не справляются.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности составление фраз по сюжетной картинке затруднений не вызывает, но для фраз характерно некоторое искусственное усложнение синтаксической и лексической структуры.

- пересказ текстов

Пациентам с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности пересказ текстов недоступен.

Пациенты с нарушением фонематического слуха средней и легкой степени выраженности в состоянии пересказать текст, но при пересказе часто допускают искажения, характерные для экспрессивной речи. При этом общая смысловая направленность сюжета пациентом передается.

- чтение

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности чтение как вид речевой деятельности находится в состоянии распада. Пациенты не могут прочитывать вслух и узнавать отдельные буквы. Таким образом, ассоциативная связь «фонема—графема» оказывается грубо нарушенной. Чтение как вид речевой деятельности у таких пациентов представлено элементами глобального чтения [4, с. 68].

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности чтение вслух возможно, однако оно сопровождается искажениями, характерными для других видов экспрессивной речи. При этом отдельные буквы пациент узнает и может прочитать вслух.

Пациентами с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности чтение фраз и текстов реализуется достаточно свободно, но иногда отмечаются литеральные и вербальные искажения в сложных по звуковой и смысловой структуре элементах текста.

- Письмо

У пациентов с нарушением фонематического слуха тяжелой степени выраженности письмо как функция отсутствует. Пациенты в состоянии написать свои фамилию, имя, а также наиболее высокопроченные слова. Списывание букв, слогов и фраз сопровождается многочисленными ошибками, обусловленными звуковой лабильностью. Самоконтроль и попытки самокоррекции отсутствуют. Звуко-буквенный анализ состава слова оказывается грубо нарушен.

У пациентов с нарушением фонематического слуха средней степени выраженности отмечаются грубые нарушения письменной речи. Пациентам доступно списывание слов и простых фраз, однако при письме под диктовку пациенты допускают многочисленные литеральные и вербальные искажения. При выполнении заданий, связанных со звукобуквенным анализом состава слова, пациентами допускаются грубые ошибки в определении количества и качества звуков.

У пациентов с нарушением фонематического слуха легкой степени выраженности письменная речь не имеет грубых искажений. Письмо как вид речевой деятельности доступно не только под диктовку, но и самостоятельно. Однако витиеватое изложение мыслей в письме имеет еще более выраженный характер, нежели в устной речи [6, с. 14].

Выводы

Своевременная и точная диагностика нарушений фонематического слуха у пациентов, имеет важное значение для корректного выбора методов и приемов работы по восстановлению функции коммуникации.

Список литературы

1. Андреева, Г. М. Общение и оптимизация совместной деятельности / Г. М. Андреева. - М.: Изд-во МГУ, 1987. – 302 с. – Текст : непосредственный.
2. О содержании понятия «Распад речи» / Т. Г. Визель. - Текст : электронный // Вестник Алтайского государственного педагогического университета. - 2016. - № 2 (27). – С. 57-65. - URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26726375> (дата обращения: 19.06.2020). – Режим доступа: Научная электронная библиотека eLI-BRARY.RU.
3. Визель, Т. Г. Как вернуть речь. Инсульт и нарушения речи. Афазия и ее формы. Дизартрия и ее формы. Восстановление речевой функции. Уход за больными / Т. Г. Визель. – Москва: СЕКАЧЕВ, 2005. - 224 с. – Текст : непосредственный.

4. Восстановление речи после инсульта / Д.А. Гришина. – Текст: электронный // Эффективная фармакотерапия. - 2019. - № 34 (15). – С. 20-25. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=41187688> (дата обращения: 14.06.2020). – Режим доступа: Научная электронная библиотека eLI-BRARY.RU.

5. Восстановление речи у больных с сенсомоторной афазией в остром и раннем периоде инсульта с применением сенсорной стимуляции / Е. С. Бердникович, О. С. Орлова, Н. В. Шахпаронова. - Текст : электронный // Голос и речь. - 2013. - № 2 (10). – С. 29-42. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21521549> (дата обращения: 11.01.2020). – Режим доступа: Научная электронная библиотека eLI-BRARY.RU.

6. Выготский Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – Москва: Издательство «Лабиринт», 1999. – 352 с. – Текст : непосредственный.

7. Зимняя, И. А. Педагогическая психология / И. А. Зимняя. - Ростов-на Дону : Феникс, 2002. - 480 с. – Текст : непосредственный.

8. Информационные технологии в системе логопедической реабилитации больных с афазией / О.Д. Ларина. – Текст : электронный // Голос и речь. - 2014. - № 2 (12). – С. 51-64. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23873310> (дата обращения: 16.03.2020). – Режим доступа: Научная электронная библиотека eLI-BRARY.RU.

9. Педагогическое общение / А. А. Леонтьев ; под ред. М. К. Кабардова. – Москва: Нальчик, 2003. - 367 с. – Текст : непосредственный.

10. Шкловский, В. М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В. М. Шкловский, Т. Г. Визель. – Москва : Изд. В. Ю. Секачев, 2011. - 98 с.: ил., табл.; 20 см. - ISBN 978-5-88923-016-8. – Текст: непосредственный.

Методы работы логопеда со взрослыми в остром периоде ОНМК преимущественно при бульбарных и псевдобульбарных нарушениях

Ахметзянова О.Б.

ГАУЗ «Государственная клиническая больница №12» г. Казань

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения в остром периоде у взрослых людей нередко сопровождается тяжелыми нарушениями, ведущими в последующем к инвалидизации. К наиболее тяжелым последствиям относятся: бульбарные\псевдобульбарные нарушения, парезы, депрессия и т.д. К бульбарному и псевдобульбарному синдромам относятся

дизартрия, дисфония, дисфагия. Нарушение глотания и речи у пациентов вызывают наибольший дискомфорт. Пациенты не могут общаться с родными и близкими, вынуждены питаться специальными смесями или протертой пищей. Кроме того, нарушение глотания и речи вызывают психологический дискомфорт, как у самого пациента, так и у окружающих. Это мешает социализации пациента после инсульта и существенно снижает качество жизни. В остром периоде основная роль по ведению пациентов с нарушениями глотания отводится логопеду.

Цель исследования: оценить эффективность метода работы логопеда со взрослыми в остром периоде ОНМК преимущественно при бульбарных и псевдобульбарных нарушениях.

Занятия с пациентом логопед проводит по намеченным программам с учетом принципа индивидуального подхода в палате или специально оборудованном логопедическом кабинете, соответствующем современным стандартам оснащения. Выбор методических средств направлен на активизацию компенсаторных механизмов психической деятельности больного, предупреждение вторичных наслоений в его познавательной сфере, поведении и личностных ориентирах.

Методы логопедической работы:

- Дыхательная речевая гимнастика
- Голосовая гимнастика
- Логопедический массаж
- Функциональные тренировки включающие в себя различные виды речевой и неречевой деятельности.
- Нейромышечная стимуляция мышц языка/глотки посредством аппарата «Вока-стим»
- Основной формой проведения реабилитационных мероприятий являются медико-логопедические процедуры (занятия). Продолжительность процедуры - от 10 до 40 минут в зависимости от состояния больного.

Логопедическая помощь оказывается при стабильном клиническом состоянии, нормотермии, ясном сознании и уровне бодрствования достаточном для выполнения простых инструкций, отсутствии анозогнозии (полного отсутствия критики), отсутствии выраженных психических и мнестико-интеллектуальных расстройств, девиантном (неадекватном) поведении больного.

Совместно применяются и аппаратные методы лечения в остром периоде инсульта, что значительно улучшает функциональное состояние центральной нервной системы и повышает мотивацию к логопедическим занятиям, укрепляя сотрудничество логопеда и больного. Повышает качество оказания логопедической помощи.

Так же ведение профилактической работы с родственниками пациентов и разъяснения их роли в реабилитации и реадaptации больных (беседы, лекции, информационные стенды), является неотъемлемой частью профессиональной деятельности логопеда.

Исходя из выше изложенного, основой логопедической работы в остром периоде является:

- налаживание контакта с больным;
- диагностика нарушений речи, голоса и глотания;
- консультирование и психологическая поддержка больного и его окружения;
- проведение восстановительных занятий;
- обучение коммуникативным стратегиям и формирование благоприятной среды для речевого общения

Вывод. В остром периоде логопедическую работу при дисфагии следует начинать как можно раньше для минимизации риска развития медицинских осложнений.

Логопедическая работа по восстановлению нарушения глотания является профилактикой таких серьезных осложнений, как асфиксия и аспирационная пневмония, что уменьшает количество летальных исходов.

Восстановление речи и других ВПФ препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, астено-депрессивных и невротических состояний, что в свою очередь снижает уровень инвалидизации населения.

Для результативности логопедических занятий важным условием является участие родных и близких больного.

Помощь, которую оказывает логопед на самых ранних этапах заболевания больному с нарушениями речи, голоса и глотания, является ключом к успешному ведению пациента на дальнейших этапах реабилитации, достижению им максимального уровня функционирования, социального участия и тем самым улучшения качества его жизни.

Литература:

1. «Дисфагия у детей и взрослых» Архипова Е.Ф., Кадыков А.С., М.2020
2. «Дизартрия, Апраксия, Дисфагия», Юнусов И.Е., Познырева Е.Б. М., 2018
3. «Дисфагия. Диагностика и восстановление глотания», Вончакова Н.П. СПб:2021г.
4. «Практическое руководство для ведения больных», Ворлоу Ч.П., Деннис Н.С. СПб: Политехника 1998г.

**ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

¹Белоусова М.В., ²Футин Э.В.

¹Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия.

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Важность своевременного выявления нарушения слуха в раннем возрасте обуславливается определяющим влиянием данной сенсорной системы на развитие интеллектуального и речевого потенциала ребенка.

По оценкам ВОЗ, в структуре детской тугоухости наследственные нарушения слуха составляют 40%; в 60% случаев стойкое нарушение слуха у детей можно предупредить [1]. Распространенность врожденной и доречевой тугоухости у детей первого года жизни в РФ в 2016 г. составила 2,5 на 1000 новорожденных, что соответствует мировым показателям [2]. В 82% случаев нарушения слуховой функции возникает на первом-втором году жизни [3].

Возможность заподозрить нарушение слухового восприятия у ребенка первого года жизни появляется при заметном снижении или отсутствии реакции ребенка на аудиальные сигналы окружающего мира и на обращенную к нему речь взрослого. Родители замечают, что бытовые звуки (особенно – интенсивные или необычные) не вызывают интереса и привлечения внимания соматически здорового ребенка в период активного бодрствования. Ребенок словно игнорирует их, хотя реакция на визуальные сенсорные сигналы, попадающие в его поле зрения, вполне адекватна.

На первом году жизни – в период доречевого развития – ребенок активно изучает интонационные характеристики обращенной к нему речи, фонетический состав речи, осваивает простые артикуляционные движения через воспроизведение звуков, слышимых от родителей и имитацию их артикуляционных и мимических движений.

Если у ребенка первого года жизни отмечается нарушение слуха, то его способность осуществлять слуховой контроль за произносимыми словами родителей, пытаться имитировать звуки похожие по звуко-высотным характеристикам на обращенную речь, будет существенно ограничена.

Также важно отслеживать сохранение и «прирастание» речевой активности ребенка, обращать внимание на эпизоды «стагнации» или «отката» в развитии, когда ребенок теряет приобретенные речевые навыки и коммуникативную активность, замыкается в себе, переходит на мычание, сопровождаемое жестами.

Для диагностики слуховых и речевых нарушений важен сбор анамнеза по формированию речи (сроки появления и активность гуления, лепета, первых слов и простых фраз) а также перинатальный анамнез (течение беременности, родов и постнатального периода) и наследственный анамнез (наличие у родственников проблем со слухом) [4].

В клинических рекомендациях «Сенсоневральная тугоухость у детей» (2021) указана необходимость проведения следующих инструментальных диагностических исследований на разных этапах развития ребенка, с учетом выявленных факторов риска в отношении слуховой функции [4]:

- аудиологический скрининг, основанный на регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ);
целевая аудитория: все новорожденные;
срок проведения: перед выпиской из роддома или в срок до 1 месяца жизни;
аудиологический скрининг, основанный на регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП);
целевая аудитория: все новорожденные с подозрением на снижение слуха, имеющие факторы риска по развитию тугоухости, в том числе - находившиеся в отделении реанимации и интенсивной терапии более 48 часов;
срок проведения: перед выпиской из стационара или в поликлинике после выписки
- полное аудиологическое обследование;

целевая аудитория: дети с факторами риска по тугоухости вне зависимости от результатов предшествующего аудиологического скрининга

- проведение регистрации КСВП, ASSR-теста. *Регистрация КСВП признана основным методом, объективизирующим наличие нарушений слуховой функции в раннем возрасте.*

целевая аудитория:

- дети, выявленные на первом этапе аудиологического скрининга новорожденных;
 - дети в возрасте до 3 лет с факторами риска по тугоухости;
 - дети в возрасте до 3 лет с расстройством формирования когнитивных и речевых функций,
 - дети, чьи поведенческие реакции на звуки трудно интерпретировать
- исследование вызванной отоакустической эмиссии с целью оценки функции улитки;

целевая аудитория: дети, не прошедшие первый этап аудиологического скрининга новорожденных

- проведение импедансометрии (тимпанометрии и акустической рефлексометрии) с целью анализа состояния структур среднего и внутреннего уха

целевая аудитория: дети, проходящие обследование у врача-сурдолога-оториноларинголога.

Рекомендованы также методики поведенческой аудиометрии и аудиометрии с визуальным подкреплением (опираются на регистрацию внешней реакции ребенка на подаваемый звуковой сигнал), а также - игровой аудиометрии, речевой аудиометрии в игровой форме. Стоит отметить, что некоторые методики требуют определенного уровня когнитивного развития ребенка, понимания инструкции, мотивированности к общению и выполнению заданий.

Диагностика слуховой функции в раннем возрасте затрудняется подчас беспокойным поведением ребенка, трудностью установить с ним контакт, чуткостью его естественного сна, по сравнению со сном новорожденных, что затрудняет проведение исследования во сне. Особенно затруднительно провести оценку слуховой функции у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), которые нередко демонстрируют парадоксальные реакции на слуховые стимулы (от чрезмерных до игнорирующих). В клинических рекомендациях «Расстройства аутистического спектра» (2020) осмотр ЛОР-

врача и/или сурдолога рекомендован всем детям с подозрением на наличие РАС для исключения нарушений слуха (уровень убедительности рекомендаций – В) [5].

Возраст раннего детства является определяющим в становлении и развитии высших психических функций ребенка – его речи, познавательной активности и коммуникации с миром. Оптимальный период развития слухового восприятия соотносится с первым полугодием жизни ребенка.

Нарушение слуховой функции – не диагностированное и не скорректированное в раннем возрасте – может оказаться необратимым в отношении мобилизации остаточного слухового потенциала. По данным Крюкова А. И. и др. (2011), применение слуховых аппаратов после 9- месячного возраста снижает оптимистичность прогноза в отношении эффективности аудиологической и педагогической коррекции.

Поэтому все медицинские специалисты, работающие с детьми раннего возраста (особенно с детьми, имеющими расстройства когнитивного развития и речи), должны помнить про аудиологическую настороженность в отношении наличия у детей возможных проблем со слухом и настойчиво информировать родителей о важности ранней диагностики слуховых нарушений.

Список использованной литературы:

1. Childhood hearing loss: strategies for prevention and care. World Health Organization, 2016. Accessed November 1, 2017. [электронный ресурс] – URL: <http://www.who.int/pbd/deafness/world-hearing-day/2016/en/> (дата обращения 05.11.2023)
2. Чибисова С. С., Маркова Т. Г., Алексеева Н. Н., Ясинская А. А., Цыганкова Е. Р., Близнец Е.А., Поляков А. В., Таварткиладзе Г. А. Эпидемиология нарушений слуха среди детей 1-го года жизни. Вестник оториноларингологии. № 4. – 2018. - с.37-43. [электронный ресурс] – URL:<https://doi.org/10.17116/otorino201883437>.<https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2018/4/downloads/ru/1004246682018041037> (дата обращения 05.11.2023)
3. Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Кулагина М. И. Возрастные особенности исследования слуха у детей. РМЖ. 2011;6:386. [электронный ресурс] – URL:https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vozrastnye_osobennosti_issledovaniya_sluha_u_detey/ (дата обращения 05.11.2023)

4. Клинические рекомендации «Сенсоневральная тугоухость у детей» Министерства Здравоохранения РФ, 2021, ID:22. [электронный ресурс] – URL: <http://glav-otolar.ru/assets/images/docs/clinical-recomendations/2022/> (дата обращения 05.11.2023).
5. Клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра» Министерства Здравоохранения РФ, 2020, ID:594. [электронный ресурс] – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/594_1 (дата обращения 05.11.2023)

НАРУШЕНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА В АНТЕНАТАЛЬНОМ И ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

¹Белоусова М.В., ²Футин Э.В.

¹Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия.

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в 2021 году стойкие нарушения слуховой функции (вплоть до ее утраты) отмечаются у 5% населения Земли - у 432 млн взрослых и 34 млн детей. По прогнозам, к 2050 г. инвалидизирующая потеря слуха будет выявляться у 700 млн человек (то есть, у каждого десятого жителя планеты) [1].

Наиболее сложная ситуация с нарушением слуховой функции наблюдается у детей, поскольку сохраненный слух обуславливает гармоничное и полноценное речевое развитие, которое, в свою очередь, влияет на формирование когнитивных функций. Когнитивные функции — это комплекс процессов, участвующих в познании окружающего мира и собственной личности; это набор «инструментов», помогающих взаимодействовать с реальностью; это «способность понимать, познавать, изучать, осознавать, воспринимать и перерабатывать (запоминать, передавать, использовать) внешнюю информацию» [2]. Фактически, сохранная слуховая функция ребенка обеспечивает возможность формирования речи и мышления, памяти и интеллекта, познавательной деятельности и обучения.

Поэтому чрезвычайно важно диагностировать состояние слуховой функции у детей раннего возраста.

По современным данным врожденная и ранняя детская тугоухость встречается с частотой 1–3 на 1000 новорожденных; в РФ инвалидность, обусловленная слуховыми нарушениями, составляет 1 на 1000 среди детей в возрасте от 0 до 17 лет [3].

Особенно значимыми для развития и формирования слуховой функции являются критические периоды в развитии.

Период беременности:

- Роль генетических факторов: например, мутации в гене GJB2, кодирующем белок коннексин 26, являются причиной более 60% случаев врожденной двусторонней несиндромальной сенсоневральной тугоухости у детей. Есть гипотеза, что степень нарушения слуховой функции зависит от типа мутации:
 - «инактивирующие» мутации, нарушающие синтез коннексина 26 (что приводит к отсутствию этого белка) обуславливают более тяжелую степень нарушения слуха;
 - «неинактивирующие» мутации, не нарушающие синтез коннексина 26, но приводящие к замене аминокислот в его структуре, делают белок функционально неполноценным, что приводит к менее значительному нарушению слуха [4].
- Роль внутриутробных инфекций: опасно внутриутробное инфицирование цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) (при врожденной ЦМВИ у 25% новорожденных отмечается формирование сенсоневральной тугоухости, характеризующейся прогрессирующим течением), заболевание краснухой.

Перинатальный период

- Гипоксия и асфиксия в родах
- Гипербилирубинемия в неонатальном периоде
- Морфофункциональная незрелость, низкий вес при рождении
- Перинатальная патология ЦНС, в том числе – нарушение мозгового кровотока

Интранатальное повреждение шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий, может играть немаловажную роль в происхождении ряда случаев нейросенсорной тугоухости.

При слиянии двух позвоночных артерий (aa. vertebrales dexter et sinister) на основании ствола мозга формируется базилярная артерия (a. basilaris), которая располагается в базилярной борозде моста головного мозга. От нее отходит передняя нижняя мозжечковая артерия (arteria cerebellaris anterior inferior), от которой, в свою очередь, отходит внутренняя слуховая артерия (arteria auditiva interna). Эта артерия входит во внутренний слуховой проход вместе с VII (лицевым) и VIII (преддверно-улитковым) нервом. Вступив в лабиринт, эта артерия называется лабиринтной [5].

Лабиринтная артерия (a. labyrinthi) осуществляет кровоснабжение внутреннего уха: ее улитковая ветвь кровоснабжает спиральный ганглий (g. spirale cochleae), Кортиев орган и другие структуры улитки. Arteria labyrinthi имеет малый (субмиллиметрический) диаметр и является конечной артерией, то есть не имеет значимых анастомозов с другими артериями [6].

Нарушение кровоснабжения структур внутреннего уха, в том числе - Кортиева органа, вызванное интранатальным повреждением шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий, а также конечных ветвей a. labyrinthi, не имеющей коллатералей, может стать причиной нарушения слуха у детей раннего возраста. Исследование, проведенное в 1991 году на кафедре детской неврологии КГМА Арбузниковым А. К., показало, что после проведения терапии, направленной на улучшение вертебро-базилярного кровотока и, соответственно, трофики внутреннего уха у детей с данной патологией отмечалась отчетливая положительная динамика, подтвержденная дополнительными методами исследования [7].

В детском и подростковом возрасте угрозой для слуховой функции являются хронические воспалительные заболевания среднего уха, скопление жидкости в ухе, а также – нейроинфекции, которые могут быть осложнены воспалительным поражением органа слуха.

Судьбу слабослышащего ребенка (и в контексте соматического, неврологического, психического здоровья, и в отношении образовательного маршрута) определяют следующие факторы:

- причина нарушения слуховой функции
- срок воздействия патогенных факторов (закладка органов слуха происходит на 5–7 неделе с момента зачатия; с 20 недели беременности плод способен дифференцировать звуки (их частоту и интенсивность), что свидетельствует о сформированности слухового анализатора) [8]
- возраст ребенка, в котором обнаружено нарушение слуха
- степень нарушения слуховой функции

- адекватная оценка потенциальных возможностей сохранившейся слуховой функции
- раннее начало терапевтических и коррекционных мероприятий, направленных на сохранение и улучшение сохранившихся функциональных возможностей слухового анализатора.

Ранняя диагностика позволяет начать своевременную, патогенетически обоснованную терапию и в короткие сроки приступить к реабилитации слуховой функции и интеграции ребенка в речевую среду.

Список использованной литературы:

1. Глухота и потеря слуха пресс-релиз от 2 марта 2021 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> (дата обращения: 05.11.2023).
2. Шмонин А.А. 5 шагов: как разобраться в когнитивных нарушениях и помочь пациенту. Санкт-Петербург, 2018. [электронный ресурс] – URL: https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_nevrologii_i_neirohirurgii/Prezentacii_Shmonin/2018/statie.pdf (дата обращения 05.11.2023)
3. Чибисова С. С., Маркова Т. Г., Алексеева Н. Н., Ясинская А. А., Цыганкова Е. Р., Близнец Е.А., Поляков А. В., Таварткиладзе Г. А. Эпидемиология нарушений слуха среди детей 1-го года жизни. Вестник оториноларингологии. № 4. – 2018. - с.37-43. [электронный ресурс] – URL: <https://doi.org/10.17116/otorino201883437>. <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnikotorinolaringologii/2018/4/downloads/ru/1004246682018041037> (дата обращения 05.11.2023)
4. Лалаянц М. Р., Маркова Т. Г., Бахшиян В.В., Близнец Е. А., Поляков А. В., Таварткиладзе Г. А. Аудиологическая картина и распространенность GJB2-обусловленной сенсоневральной тугоухости среди младенцев с нарушением слуха. Вестник оториноларингологии. 2014;2:37-43. [электронный ресурс] – URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2014/2/030042-4668201429> (дата обращения 05.11.2023)
5. Кровоснабжение лабиринта. Сосуды лабиринта. [электронный ресурс] – URL: <https://meduniver.com/Medical/Anatom/607.html?ysclid=lomr0716kh441943249> MedUniver (дата обращения 05.11.2023)

6. Кровоснабжение и иннервация органа слуха и равновесия [электронный ресурс] – URL: https://studwood.net/1579676/meditsina/krovosnabzhenie_innervatsiya_organ_a_sluha_ravnovesiya (дата обращения 05.11.2023)
7. Арбузников А. К. Нейросенсорная тугоухость у детей с позиции перинатальной патологии нервной системы. Материалы научной конференции «Проблемы детской неврологии» под ред. Ратнера А.Ю., Казань, полиграф. Объединение им. К. Якуба, 1991г., с.107 – 109.
8. Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Кулагина М. И. Возрастные особенности исследования слуха у детей. РМЖ. 2011;6:386. [электронный ресурс] – URL: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vozrastnye_osobennosti_issledovaniya_sluha_u_detey/ (дата обращения 05.11.2023)

Реабилитационный диагноз у пациентов, перенесших инсульт.

Бодрова Р.А., Каримова Г.М., Васильева Л.Ф.,
Фадеев Г.Ю., Усманов И.Р.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра реабилитологии и спортивной медицины, г.Казань, Россия.

Организация медицинской реабилитации в Российской Федерации регламентирована Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" [1]. Согласно данному приказу, медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). Учитывается риск развития осложнений, который не должен превышать перспективу восстановления функций. Должны быть учтены и противопоказания к проведению отдельных методов медицинской реабилитации.

Для оценки здоровья организма человека в целом и связанных с ним проблем, ограничивающих жизнедеятельность пациента необходимо использовать универсальную систему. Такой системой является международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Универсальность МКФ заключается в том,

что она применима к людям не только с ограниченными возможностями, но при любом изменении здоровья человека [2, 3].

Под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в XXI веке были утверждены международные классификации (Family of International Classifications – FIC), созданные для объединения информационных ресурсов ВОЗ, необходимых для эпидемиологического контроля и мероприятий в области общественного здоровья. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), вошедшая в FIC, была одобрена для международного использования на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года [2, 3, 4, 5, 6].

МКФ применяется в сферах, связанных с изучением вопросов медицинской реабилитации пациентов и инвалидов, является статистическим инструментом для сбора и накопления информации (например, популяционные исследования и эпидемиологический мониторинг); используется как инструмент исследований для оценки результатов вмешательств, качества жизни или факторов окружающей среды; в том числе это клинический инструмент для оценки потребностей, сравнения вариантов терапии, оценки профессиональной пригодности и результатов вмешательств и реабилитации; и является инструментом социальной политики для планирования мер социальной защиты, компенсационных систем, их политики и реализации; инструментом обучения для разработки учебных планов, пропаганды и проведения общественных акций [2, 3, 4, 5, 6].

В отличие от Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Международной классификации нарушений (версия 1980 г.), рассматривающих последствия болезней по этиологическому признаку, МКФ является классификацией составляющих здоровья и оценивает функционирование и ограничение жизнедеятельности индивида на основе биопсихосоциального подхода. Целью МКФ является интеграция полученной информации, как о состоянии здоровья, так и о динамике болезни с биологической, социальной и личностной позиции. Данные критерии определяют, из чего здоровье состоит, в то время как последствия болезней, описываемых в МКБ, концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания [2, 3, 4]. МКБ и МКФ это две базовые классификации в проведении системного анализа состояния здоровья пациента [2].

Используя МКФ, можно на уровне организма, личности и общества довольно точно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности, что в последующем позволит строго на научной основе обосновать необходимость и объем реабилитационных мероприятий по линии здравоохранения и социальной защиты [2, 3].

МКФ непрерывно развивается и сегодня включает более 1,6 тыс. различных категорий. Значительный объем классификации существенно затрудняет ее практическое применение. В таком виде МКФ более востребована как инструмент для научных исследований, а не практической деятельности врача-клинициста [3,4]. На практике чаще применяют сокращенные варианты классификации с набором определенных информативных признаков (оптимального симптомокомплекса) при конкретных нозологических формах заболеваний, это так называемые базовые наборы (БН) [7].

В настоящее время разработаны и находятся в открытом доступе 34 БН МКФ по наиболее распространенным нозологическим формам заболеваний [8]. Например, спондилоартрит, болевой синдром, остеопороз, артрит, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, инсульт, депрессия, рак и другие. БН МКФ являются основой комплексной оценки и описания всех аспектов функционирования пациента [2, 3, 4, 9].

Для врачей клиницистов одним из главных критериев использования МКФ является возможность сформулировать реабилитационный диагноз, который в свою очередь позволяет определить цель, задачи, программу реабилитации, а в дальнейшем оценить эффективность реабилитационных мероприятий [4, 9].

В постановке реабилитационного диагноза используется кодировка по доменам МКФ [2, 3, 4, 9]. Соответственно, реабилитационный диагноз представляет собой описание возникших у пациента вследствие инсульта нарушений структур и функций органов и систем, повлекших за собой ограничения активности и возможности участия и возможности использования факторов окружающей среды, которые могут облегчать или затруднять выполнение описанных функций пациентом.

Вопросы медицинской реабилитации пациентов, перенесших инсульт, актуальны в связи с высокой распространенностью данной патологии среди населения. Актуальность проблемы инсульта определила необходимость разработать стратегию развития системы медицинской помощи при инсульте, с формированием единой противоинсультной программы, основанной на системном подходе. Основными направлениями являются: первичная профилактика; адекватное лечение в остром периоде; индивидуальные программы вторичной профилактики и организация систем ранней и этапной нейрореабилитации [10, 11].

Основными последствиями данного высокоинвалидизирующего заболевания являются: различные двигательные расстройства (парезы, параличи) до 80 %; изменения мышечного тонуса (дискинезии, спастичность, контрактуры) до 65 %; хронические боли (наиболее часто синдром болевого плеча) – 48-80% больных; расстройства функции ходьбы; бульбарные и псевдобульбарные, зрительные и глазодвигательные, тазовые нарушения; 18-27% имеют речевые нарушения; 40-70% – когнитивные

нарушения; 30-68% имеют постинсультную депрессию; 6-7% постинсультную эпилепсию [10,11]. Наилучший исход перенесенного инсульта, с восстановлением нарушенных функций, достигается только при наличии в сосудистом отделении реабилитационной службы с системой ранней медицинской реабилитации [1,12]. Необходимо дальнейшее всестороннее изучение механизмов компенсаторных процессов в центральной нервной системе после инсульта для создания новых методов, позволяющих улучшить эффективность реабилитационных мероприятий и снизить распространенность и выраженность постинсультной инвалидизации [5,12].

Инвалидизация инсультных больных относится как к проблемам медицинским, так же и к социально значимым, поскольку во многих случаях после перенесенного инсульта человек нуждается в уходе. Таким образом, инвалидизируется и сам пациент, и его семья [5]. Экономическая потеря от инсульта составляет около 30 млрд. долларов в год. Поэтому, экономически развитые страны решают проблемы, связанные с экономическими потерями, инвалидизацией и смертностью от инсульта, с помощью различных государственных программ, среди которых реабилитации уделяется пристальное внимание. В России с 2008 г. реализуется беспрецедентный Национальный проект по снижению смертности от сосудистых заболеваний [5]. По всей стране создана и эффективно работает сеть специализированных сосудистых отделений, где успешно внедрена система ранней реабилитации, восстановления утраченных функций на всех этапах медицинской реабилитации.

Для адекватной оценки различных категорий МКФ и выявления актуальных проблем обследуемого пациента, перенесшего инсульт, необходимо применение ряда обследований: методы нейровизуализации, лабораторные исследования, специальные тесты и шкалы. В медицинской нейрореабилитации для оценки состояния здоровья пациента применяется ряд общепринятых шкал, таких как: шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), шкала Рэнкин, тест функциональной независимости (FIM), шкала тяжести инсульта Национального института здоровья США (NIHSS), шкала Комитета медицинских исследований, шкала Комы Глазго, индекс мобильности Ривермид, индекс Хаузера, шкала баланса Берга, модифицированная шкала Эшворта, тест Френчай, визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли и многие другие. Шкалы, тесты и опросники являются способом объективизации субъективных показателей с целью стандартизации оценки общего и реабилитационного статуса пациента, динамики восстановления тех или иных функций у конкретного больного, либо для оценки результативности лечебных мероприятий или реабилитационной программы [5, 13, 14].

На кафедре реабилитологии и спортивной медицины казанской государственной медицинской академии, проводится научно-практическая работа по восстановлению нарушенных двигательных функций при патологии центральной нервной системы на основе системного подхода к медицинской реабилитации и использования концепции Н.А. Бернштейна «О построении движений». Часть данной работы посвящена определению изменений оценочных шкал и клинической картины в зависимости от нарушений уровня сенсомоторной интеграции, которые в дальнейшем определяют двигательные задачи для пациента [15].

Значения методов обследования пациентов позволяют получить объективные данные по степени нарушения, установить определитель нарушений в соответствующей категории доменов МКФ. В дальнейшем определитель нарушений выявляет наиболее актуальную проблему пациента на текущий момент, которую нужно будет решать, используя различные реабилитационные технологии. В реабилитационном диагнозе формулируются только актуальные проблемы пациента, и определяющие его функционирование на момент оценки. В индивидуальной программе медицинской реабилитации, для каждого домена МКФ (выявленной проблемы пациента) назначается ответственный специалист из мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), указывается реабилитационная технология, направленная на разрешение выявленной проблемы. Представленные шкалы позволят специалистам МДРК при оформлении реабилитационного диагноза определить степень нарушений. Поэтому необходимо, чтобы каждый член МДРК имел навыки правильного использования МКФ и оценочных шкал.

В постановке реабилитационного диагноза пациентам, перенесшим инсульт, полноценную оценку состояния составляющих здоровья выполняет МДРК, применяя клинические тесты и шкалы, анализируя методы инструментальной и лабораторной диагностики и переводя все данные в категории МКФ. Планы регулярно обсуждаются и корректируются МДРК. В состав МДРК, для проведения медицинской реабилитации пациентам, перенесшим инсульт, входят: врач физической и реабилитационной медицины (врач невролог, врач ЛФК, врач физиотерапевт, врач рефлексотерапевт), специалист по физической реабилитации (физический терапевт), медицинский логопед, медицинский психолог, специалист по эрготерапии, медицинская сестра палатная, медицинская сестра по реабилитации [16].

Таким образом, практическое применение утвержденных профессиональным сообществом протоколов диагностики и инструментов ВОЗ по использованию МКФ позволяет оценить все компоненты здоровья пациента, перенесшего инсульт, сформулировать реабилитационный диагноз и обосновать применение методов медицинской реабилитации в индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента.

Формирование реабилитационного диагноза на основе принципов МКФ является ключевым моментом в определении краткосрочных и долгосрочной целей для пациента членами МДРК, оценке реабилитационного потенциала и прогноза, составлении и изменении индивидуального плана медицинской реабилитации, управлении процессом медицинской реабилитации и формировании дальнейших рекомендаций при выписке.

Наш опыт реабилитации пациентов, перенесших инсульт показал, что применение международной классификации функционирования при формулировании реабилитационного диагноза, позволяет конкретизировать процесс медицинской реабилитации и обеспечить более высокую эффективность медицинской реабилитации в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых".

2. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А., Тихонов И.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Учебно-методическое пособие. Казань, Редакционно-издательский отдел КГМА. 2014: 266 с.

3. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Вербицкая Е.В., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мишина И.Е., Нестерин К.В., Никифоров В.В., Сарана А. М., Прокопенко С.В., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б.

Современный подход к оценке речевых нарушений у недоношенных детей

Бодрова Р.А., Нефедьева Д.Л.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Введение. Недоношенность является значимой социальной проблемой в связи с часто отмечающимися нарушениями развития двигательных, сенсорных, речевых функциональных систем в онтогенезе, высокой заболеваемостью и инвалидизацией у данного контингента пациентов. С одной стороны, считается, что задержка формирования речи – одна из наиболее частых проблем у недоношенных пациентов [3, 4]. Задержка становится клинически значимой, когда скорость развития менее 75% от

ожидаемой на данном возрастном этапе, например, когда навык, ожидаемый в 18 месяцев, отсутствует у 24-месячного ребенка ($18/24 = 3/4$ или 75% от ожидаемой нормы) [1]. С другой стороны, некоторые авторы отмечают, что частота речевых нарушений не связана с недоношенностью и отмечается одинаково часто у доношенных и недоношенных детей раннего возраста [2].

Цель исследования: выявить предикторы нарушений речи и других корковых функций у недоношенных детей раннего возраста.

Методы. В исследование вошли 114 пациентов, из них 81 недоношенный ребенок и 33 доношенных, наблюдавшихся на базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ. Для сравнительного анализа дети были разделены на группы: первую группу составили 50 недоношенных детей, рожденные с экстремально низкой или очень низкой массой тела (ЭНМТ или ОНМТ), вторую группу – 31 недоношенный пациент с весом более 1500 г., и третью группу – 33 доношенных ребенка с перинатальной патологией головного мозга. Все дети после рождения получали лечение в отделениях реанимации и/или патологии новорожденных, специализированных отделениях стационара. После перевода с первого или со второго этапа реабилитации (средний возраст перевода $1,8 \pm 1,2$ мес.) дети наблюдались в амбулаторном отделении реабилитации. У всех детей изучался анамнез, проводилось полное неврологическое обследование, включающее клиническую оценку неврологического статуса, данные нейросонографии (НСГ), оценку состояния глазного дна и, при необходимости, данные электроэнцефалографии и компьютерной томографии головного мозга. У всех детей оценивался психоневрологический профиль развития, в том числе оценивались функции речи (экспрессивной и импрессивной) и когнитивного развития по шкале Н.А. Скворцова.

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы Sprinf. За критический уровень значимости принималось $p < 0,05$. Для выявления связи между параметрами был проведен корреляционный анализ. Рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). При этом положительные значения коэффициента корреляции отражали наличие прямой зависимости, а отрицательные — свидетельствовали о наличии обратной зависимости между исследуемыми параметрами.

Результаты. Выявлено, что нарушения речи отмечались у 17 (34%) глубоконедоношенных пациентов, у 6 (19,4%) детей второй группы и у 1 (3%) доношенного ребенка ($p < 0,001$ по сравнению с первой группой, $p < 0,05$, по сравнению со второй группой). При этом в первой группе у 3 (17,6%) детей выявлена задержка речевого развития, у 3 (17,6%) – моторная алалия, у 2 (11,7%) пациентов отмечалось нарушение слуха и вторичные речевые расстройства, и у 9 (52,9%) детей нарушения речи отмечались в структуре тяжелого неврологического диагноза. У 3 (50%) детей второй группы выявлена задержка речевого развития, у 1 (16,7%) ребенка – расстройство

аутистического спектра и у 2 (33,3%) детей – нарушения речи в структуре неврологического диагноза. У 1 (100%) ребенка третьей группы наблюдалась задержка речевого развития.

Данные корреляционного анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные корреляционного анализа в группе недоношенных детей с перинатальным поражением головного мозга

Параметр	Коэффициент корреляции	Достоверность	Коэффициент корреляции	Достоверность	Коэффициент корреляции	Достоверность
	Экспрессивная речь		Импрессивная речь		Интеллект	
Недоношенность	- 0,44	p<0,001	- 0,37	p<0,001	- 0,38	p<0,001
Вес при рождении	- 0,39	p<0,001	- 0,32	p<0,01	- 0,39	p<0,001
Оценка по Апгар на 1 минуте	- 0,24	p<0,05	-	-	- 0,25	p<0,05
Длительность пребывания на ИВЛ	0,39	p<0,001	0,47	p<0,001	0,51	p<0,001
Наличие структурных изменений ЦНС	0,37	p<0,001	0,39	p<0,001	0,49	p<0,001
Инвалидность	0,44	p<0,001	0,45	p<0,001	0,53	p<0,001

Как видно из таблицы 1, развитие нарушений речи и интеллекта ассоциированы со степенью недоношенности, тяжестью состояния ребенка при рождении и наличием структурных нарушений речи. Кроме того, нарушения речи и интеллекта имеют статистически значимую корреляционную связь с уровнем инвалидизации к третьему году жизни ребенка.

Выводы. Речевые нарушения чаще отмечаются в группе недоношенных детей, особенно родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, преимущественно в структуре тяжелого неврологического заболевания. Степень недоношенности, выраженность гипоксически-ишемического и геморрагического поражения головного мозга и тяжесть состояния при рождении являются предикторами речевых расстройств, выявляемых у ребенка в первые три года жизни.

Список литературы:

1. Жевнеронок И.В., Смычѣк В.Б., Шалькевич Л.В., Лемеш О.Ю. Факторы риска нарушения речевого развития у детей в возрасте до трех лет. Оториноларингология. Восточная Европа. – 2020. – Т. 10. – № 4. – С. 377-383.
2. Киселев С.Ю., Львова О.А., Глига Т., Бакушкина Н.И., Сулейманова Е.В., Гришина К.И., Баранов Д.А., Ксенофонтова О.Л., Мартиросян С.В. Оценка развития нейрокогнитивных функций у недоношенных детей первого года жизни с помощью шкалы Бейли. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – № 4-2. – С. 62-67.
3. Benassi E. et al. Early communicative behaviors and their relationship to motor skills in extremely preterm infants / E. Benassi [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2016. – Vol. 48. – P. 132-144.
4. He L. Brain functional network connectivity development in very preterm infants the first six months / L. He, N.A. Parikh // Early Human Development. – 2016. – Vol. 98. – P. 29-35.

Дисфагия в острый период инсульта. Разбор клинического случая.

Гайфутдинова Л.В., Остудина В.А.

ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» МЗ РТ г. Казань

Нейрогенная дисфагия встречается у 25-65% больных с инсультом, при этом летальность среди пациентов с постинсультной дисфагией и зондовым питанием варьирует от 20 до 24% (1), что свидетельствует об актуальности оказания специализированной логопедической помощи больным с нарушением глотания.

Цель - показать дисфагию как широко распространенную проблему в неврологической и логопедической практике. На примере клинического случая показать значимость восстановительных методов логопедического воздействия для восстановления функции глотания, дать качественную оценку применяемого клинического питания при дисфагии.

Если логопед диагностировал нарушения глотания (тест 3-х глотков) и пациент поперхивается при приеме воды, не сглатывает слюну, то необходимо отказаться от приема пищи и жидкости внутрь до тех пор, пока не будет подтверждена безопасность глотания. Из-за сохранения угрозы аспирации болюсов пищи, жидкости или слюны в дыхательные пути, логопед не только проводит тщательную оценку функции глотания, но и уделяет

внимание вопросам подбора определенного типа питания с модифицированной консистенцией пищи и жидкости, обучает пациента и его родственников, средний медицинский и немедицинский персонал навыкам и приемам преодоления данного расстройства.

При нейрогенной дисфагии нарушения могут возникать на разных уровнях и этапах акта глотания: на уровне ротовой полости, глотки или пищевода. Но все-таки преимущественно при острых нарушениях мозгового кровообращения больше страдает орофарингеальная (ротоглоточная) фаза глотания. Больной может испытывать затруднения в формировании пищевого комка и дальнейшего его проглатывания. В одном случае еда надолго остается в ротовой полости, зачастую без наличия попыток больного совершить глоток (оральная фаза). В другом случае при возможном трансфере изо рта в глотку и пищевод пища не может быть проглочена в результате, например, крикофарингеального синдрома или каких-либо иных дисфункций и нарушений (фарингеальная фаза). Ухудшение глотания пищи и жидкости приводит к истощению, дегидратации, изменению трофологического статуса, что, в свою очередь, усугубляет функциональный прогноз.

Для реабилитации пациента с дисфагией важно учитывать две основные характеристики глотания: 1) эффективность – способность пациента нормально питаться для удовлетворения потребности в пищевых веществах и энергии и

2) безопасность – способность пациента принимать пищу и жидкость без развития респираторных осложнений.

Вследствие длительного недоедания, обеднения организма белками, электролитами и обезвоживания возникает резкое истощение. Исходя из этого, питание, назначаемое больному должно быть адаптировано по химическому составу, энергетической ценности, технологии приготовления, учитывая клинко-патогенетические особенности болезни.

В практическом здравоохранении в результате внедрения нутритивной поддержки интенсивное развитие получили новые технологии в виде готовых питательных смесей. В своей работе логопеды используют готовые питательные смеси компании «ФрезениусКаби» (FreseniusKabi) с модифицированной консистенцией и различной степенью вязкости (консистенция сиропа, меда, йогурта, пудинга), которые подходят для полного или дополнительного питания, поскольку содержат высокое

количество белка и энергии в небольшом объеме. Также эти смеси успешно применяются логопедами в качестве диагностического материала при оценке степени тяжести дисфагии и в качестве эффективного субстрата для тренировочного «разглатывания» пациентов с нарушением глотания. Консистенция питательных смесей не требует подготовки, а просто варьируется в зависимости от индивидуальных потребностей и возможностей больного, соответственно тяжести дисфагии. Параллельно необходимо проводить работу по стимуляции мышц, участвующих в акте глотания.

Клинический пример

Больной Ф., 61г, был доставлен бригадой скорой помощи 24.09.2023г в ГАУЗ «МКДЦ» неврологическое отделение для больных с ОНМК с жалобами на смазанную невнятную речь, нарушение глотания, осиплость голоса. Оценив неврологический статус, неврологи выставили диагноз: «Ишемический (кардиоэмболический) инсульт – инфаркт в вертебробазилярном бассейне с развитием бульбарных нарушений. Поздний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии от 12.20.21». Скрининг глотания показал невозможность глотания воды даже в размере 1 чайной ложки – пациент поперхивался, краснел, начинал тяжело дышать. Пациенту установили назогастральный зонд. Осмотр логопеда выявил у пациента дисфагию грубой степени выраженности, дизартрию легкой степени (на момент осмотра качество звукопроизношения улучшилось).

При медико-логопедическом обследовании выяснилось следующее: На момент осмотра пациент в сознании. Контакт поддерживает. Ориентирован во всех видах деятельности верно. Критика к состоянию сохранена. Речевая активность снижена. Обращенную речь понимает в полном объеме. Собственная речь в виде простой фразы, смазанная, недостаточно разборчивая в потоке речи (при стечении согласных). Артикуляция негрубо нарушена: звукопроизношение смазанное, гласные усреднены. Речевой выдох укорочен, интонация сглажена. Голос оглушенный, сиплый, маломодулированный, сила голоса снижена. Нарушена функция глотания, поперхивается при приеме воды на первом глотке, краснеет, тяжело дышит. Находится на зондовом питании (ничего через рот). Артикуляционный аппарат: язык массивный, по средней линии, объем движений вне полости рта неполный, нарушены тонкие дифференцированные движения языка. Небный и глоточный рефлекс снижены, больше справа. Мягкое небо слегка

провисает справа. Шкала оценки дизартрии – 13 б. Шкала MASA -138 б. Заключение логопеда: дизартрия легкой степени выраженности. Дисфагия грубой степени выраженности. Рекомендации: выполнение упражнений, укрепляющих артикуляционную и глоточную мускулатуру, применение компенсаторных стратегий, включая диетический и постуральный методы, а также проведение реабилитационных техник с применением стимуляционного и тренировочного методов с целью предупреждения аспирации в дыхательные пути. Разъяснительная беседа с родственниками пациента по соблюдению правил кормления, позиционирования и гигиенического ухода за полостью рта.

Реабилитационные логопедические мероприятия включали следующие методы:

- Функционально-тренировочный – стимуляция мышц, участвующих в акте глотания позволяла увеличить силу и амплитуду движений при выполнении пассивной и активной артикуляционной гимнастики. В результате тренировок постепенно закреплялся паттерн глотка.

- Компенсаторно-приспособительный: 1. Облегчение приема пищи в процессе глотания путем поворота головы в здоровую сторону или вниз к подбородку (постуральный метод). 2. Модификация консистенции пищи, вязкости жидкости, объема и темпа кормления с применением вспомогательных средств во время кормления (диетический метод).

Путем применения медицинского загустителя жидкости была изменена вязкость жидкости до консистенции крема. Без симптомов пенетрации пациент смог проглотить болюс в консистенции крем в объеме сначала 20 мл, потом 50 мл, принимая по 1 чайной ложке, иногда требовался дополнительный глоток. Разглатывание так же проводилось с применением питательной смеси высокой вязкости Фрезубин крем с консистенцией пудинга с постепенным переходом на более жидкую консистенцию натурального йогурта.

В течение недели отмечалось постепенное улучшение состояния пациента. Было отмечено увеличение амплитуды движений языка, повысилась сила голоса, значительно улучшилась разборчивость речи. Проглатывание болюса консистенции крема и йогурта требовало меньше усилий и дополнительный глоток не производился. При повторной оценке функции глотания жидкости (воды) пенетрация отмечалась лишь на объеме 100 мл. Через 9 дней после начала логопедических реабилитационных мероприятий назогастральный зонд был удален. Рекомендован переход на пероральное питание с

применением модифицированного питания с загущением жидкости до консистенции сиропа. Пациент начал употреблять пищу мягкой гомогенной консистенции небольшими по объему болюсами. При этом реабилитационные логопедические мероприятия продолжались в прежнем объеме. Через 20 дней после начала реабилитационных мероприятий пациент смог вернуться к привычному образу питания. Была рекомендована щадящая диета с управляемым объемом и темпом принятия пищевого болюса. Жидкость употреблялась с помощью специализированного поильника-дозатора. Пациент был выписан с минимальными проявлениями дизартрии (нечеткость речи проявлялась лишь при утомлении) и с восстановленным глотанием.

Выводы: крайне важным является привлечение специалиста-логопеда к исследованию речи и глотания на самых ранних этапах реабилитации. Применение готовых питательных смесей разного уровня вязкости и с высоким содержанием белка позволило успешно провести реабилитационные мероприятия по «разглатыванию» пациента и вернуть его к привычному пищевому поведению.

Список литературы:

1. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы [Электронный ресурс] // Союз Реабилитологов России / сост.: Н.Н.Амосова, И.Н. Балашова, А.А. Белкин. Москва, [2013]. URL: <https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendaczii.html>
2. Российские клинические рекомендации по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения [Электронный ресурс] // Союз Реабилитологов России / сост.: А.М. Алашеев, А.А. Белкин, И.А. Вознюк. Москва. URL: <https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendaczii.html>

Приемы кинезиологии в практике логопеда

Дмитриева Г.Ф., Лотфуллина Ж.О.

ГАУЗ «Альметьевская городская детская больница с перинатальным центром»,
г.Альметьевск

МБДОУ № 24 для детей с тяжелыми нарушениями речи, г.Альметьевск.

Актуальность. Важнейшей проблемой дошкольного детства на современном этапе является увеличение количества детей с речевой

патологией. Больше стало детей, страдающих алалией, дизартрией, ринолалией. Работая с детьми с речевой патологией на практике убедились, что при этом нарушается не только формирование всех компонентов речевой системы, но и развитие практически всех психических функций.

У детей отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограничены возможности его распределения, снижена вербальная память при относительно сохранный смысловой памяти. Дети забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий. У них ограничены возможности познавательной деятельности. Дети отстают в развитии словесно – логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением. У них недостаточно развита ручная моторика, часто нарушена координация движений.

Все выше сказанное замедляет процесс формирования правильной речи у детей. Поэтому, на наш взгляд, кинезиология актуальна для детей с патологией речи. Работы В.М. Бехтерева, А.Р. Лурия, Б.Н. Анохина, И.М. Сеченова доказали влияние манипуляции рук на функции высшей нервной деятельности, развитие речи. Кинезиология актуальна еще и потому, что в настоящее время растет число детей с ММД (30% от общего числа, которые проявляются нарушениями речи, мышления, изменениями качеств психики).

Мозг человека представляет собой «содружество» функционально-асимметричных полушарий – левого и правого. Левое полушарие отвечает за логически-аналитическое мышление; анализирует факты; обрабатывает информацию последовательно, по этапам; обеспечивает процессы индуктивного мышления (вначале осуществляется процесс анализа, а затем синтеза); обрабатывает вербальную информацию, отвечает за языковые способности, контролирует речь, а также способности к чтению и письму; отвечает за математические способности, работу с числами, формулами, таблицами; отвечает за планирование; контролирует движение правой половины тела. Правое полушарие отвечает за образное мышление и пространственную ориентацию; отвечает за интуицию и интуитивную оценку; может одновременно обрабатывать много разнообразной информации; способно рассматривать проблему в целом, не применяя анализа; обрабатывает невербальную информацию, специализируется на обработке информации, которая выражается не в словах, а в образах; ориентируется в настоящем; контролирует движение левой половины тела. Основные закономерности развития мозга (Э. Кречмер) При развитии высших ступеней мозга низшие не отходят в сторону и не исчезают, а

«работают в общем союзе, как подчиненные инстанции под управлением высших». Высшие психические функции развиваются снизу вверх, в результате чего устанавливается сложная зависимость между низшим уровнем организации мозга и высшим.

Кинезиология «кинезис» (kinesis) – движение «логос» (logos) – наука.

Определенную роль в возникновении играет нарушение асимметрии коры больших полушарий головного мозга и межполушарного взаимодействия. Следовательно, развивающая работа должна быть направлена от движения к мышлению, а не наоборот.

Кинезиология – это наука о развитии умственных способностей и физического здоровья через определенные двигательные упражнения. Кинезиотерапия – это лечение движением (пациент многократно повторяет одни и те же движения и доводит их до совершенства), тем самым воздействует на систему мышц, связок, суставов. Все системы организма связаны с мышцами в виде мышечных рефлексов.

В Россию метод целостного подхода балансирования движений и взаимодействий человеческих энергетических систем привезла из США Керол Хонц, которая преподавала его в Москве с 1991 по 1997 год.

Современные кинезиологические методики направлены на активизацию различных отделов коры больших полушарий, что позволяет развивать способности человека или корректировать проблемы в различных областях психики.

Цели использования кинезиологических упражнений – развивать высшие психические функции; функционально активизировать подкорковые образования мозга; обеспечивать и регулировать общий энергетический фон, на котором развиваются все психические функции; стабилизировать межполушарное взаимодействие; обеспечивать приемы и тонкий анализ модально специфической информации; обеспечивать регуляцию, программирование и контроль за протеканием психической деятельности, управление работой нижележащих уровней.

Хотелось бы обратить внимание еще на несколько важных моментов в проведении кинезиологических упражнений:

- во время занятий проводить такие упражнения можно только в том случае, если идет стандартное обучение, творческую деятельность прерывать кинезиологическими упражнениями нецелесообразно;

- если же детям предстоит интенсивная умственная нагрузка, то комплекс упражнений лучше проводить перед занятием;

- кинезиологические упражнения дают как немедленный, так и кумулятивный, т.е. накапливающий эффект;

- под влиянием кинезиологических тренировок в организме происходят положительные структурные изменения. При более интенсивной нагрузке и значительные изменения.

В логопедической практике с детьми с патологиями речи в системе опробированы кинезиологические упражнения А.Л. Сиротюк, обходимые для становления многих психических процессов. Упражнения проводятся по специально разработанному комплексу.

1. Растяжки – они нормализуют тонус мышц. Гипертонус – неконтролируемое чрезмерное мышечное напряжение, гипотонус – неконтролируемая мышечная вялость мышц. Гипертонус – проявляется, как правило, в двигательном беспокойстве, нарушении сна. У детей с гипертонусом ослаблено произвольное внимание, нарушены двигательные и психические реакции. Гипотонус сочетается с замедленной переключаемостью нервных процессов, эмоциональной вялостью, низкой мотивацией и слабостью волевых усилий. Именно поэтому в самом начале занятий ребенку необходимо дать почувствовать его собственный тонус и показать варианты работы с ним на самых наглядных и простых примерах, одновременно обучая возможным приемам релаксации.

1) «Снеговик». Представьте, что каждый из вас только что слепленный снеговик. Тело твердое, как замерзший снег. Пришла весна, пригрело солнце, и снеговик начал таять. Сначала “тает” и повисает голова, затем опускаются плечи, расслабляются руки и т. д. В конце упражнения ребенок мягко падает на пол и изображает лужицу воды. Необходимо расслабиться. Пригрело солнышко, вода в лужице стала испаряться и превратилась в легкое облачко. Дует ветер и гонит облачко по небу.

2) «Дерево». Исходное положение – сидя на корточках. Спрятать голову в колени, обхватить их руками. Представьте, что вы - семечко, которое постепенно прорастает и превращается в дерево. Медленно поднимитесь на ноги, затем распрямите туловище, вытяните руки вверх. Затем напрягите тело и вытянитесь. Подул ветер – вы раскачиваетесь, как дерево.

3) «Тряпичная кукла и солдат». Исходное положение – стоя. Полностью выпрямитесь и вытянитесь в струнку как солдат. Застыньте в этой позе, как будто вы одеревенели, и не двигайтесь. Теперь наклонитесь вперед и расставьте руки, чтобы они болтались как тряпки. Станьте такими

же мягкими и подвижными, как тряпичная кукла. Слегка согните колени и почувствуйте, как ваши кости становятся мягкими, а суставы очень подвижными. Теперь снова покажите солдата, вытянутого в струнку и абсолютно прямого и негнущегося, как будто вырезанного из дерева. Дети попеременно бывают то солдатом, то куклой, до тех пор, пока вы не почувствуете, что они уже вполне расслабились.

4) «Сорви яблоки». Исходное положение – стоя. Представьте себе, что перед каждым из вас растет яблоня с чудесными большими яблоками. Яблоки висят прямо над головой, но без труда достать их не удастся. Посмотрите на яблоню, видите, вверху справа висит большое яблоко. Потянитесь правой рукой как можно выше, поднимитесь на цыпочки и сделайте резкий вдох. Теперь срывайте яблоко. Нагнитесь и положите яблоко в небольшую корзину, стоящую на земле. Теперь медленно выдохните. Выпрямитесь и посмотрите налево вверх. Там висят два чудесных яблока. Сначала дотянитесь туда правой рукой, поднимитесь на цыпочки, вдохните и сорвите одно яблоко. Затем подними как можно выше левую руку и сорвите другое яблоко, которое там висит. Теперь наклонитесь вперед, положите оба яблока в стоящую перед тобой корзину и выдохните. Теперь вы знаете, что вас нужно делать. Используйте обе руки попеременно, чтобы собирать висящие слева и справа от вас прекрасные большие яблоки и складывайте их в корзину.

2. Дыхательные упражнения.

Дыхание – самая важная физическая потребность тела. Дыхание в процессе речи, или так называемое речевое дыхание, по сравнению с физиологическим дыханием в спокойном состоянии имеет существенные отличия, обусловленными требованиями, предъявляемые к дыхательному акту во время речи. Дыхательные упражнения улучшают ритмику организма (активность мозга, ритм сердца, пульсация сосудов), развивают самоконтроль и произвольность. Умение произвольно контролировать дыхание развивает самоконтроль над поведением. Особенно эффективны дыхательные упражнения для коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

1) «Свеча». Исходное положение – сидя за столом. Представьте, что перед вами стоит большая свеча. Сделайте глубокий вдох и постарайтесь одним выдохом задуть свечу. А теперь представьте перед собой 5 маленьких свечек. Сделайте глубокий вдох и задуйте эти свечи маленькими порциями выдоха.

2) «Дышим носом». Подыши одной ноздрей, И придет к тебе покой. Исходное положение – основная стойка. Правую ноздрю закрыть указательным пальцем правой руки, левой делать тихий, продолжительный вдох; как только вдох окончен, открыть правую ноздрю делать тихий продолжительный выдох с максимальным освобождением от воздуха легких и подтягиванием диафрагмы максимально вверх.

3) «Нырлящик». Исходное положение – стоя. Сделать глубокий вдох, задержать дыхание, при этом закрыть нос пальцами. Присесть, как бы нырнуть в воду. Досчитать до 5 и вынырнуть – открыть нос и сделать выдох.

4) «Надуй шарик». Исходное положение – лежа на спине. Детям расслабить мышцы живота, начать вдох, надувая в животе воображаемый шарик, например, красного цвета (цвета необходимо менять). Пауза - задержка дыхания. Выдох - втянуть живот как можно сильнее. Пауза - вдох, при этом губы вытягиваются трубочкой и с шумом «пьют» воздух.

5) «Дыхание». Тихо-тихо мы подышим, Сердце мы свое услышим. Исходное положение – основная стойка. Медленный вдох через нос, когда грудная клетка начнет расширяться — прекратить вдох и сделать паузу длительностью 4с; плавный выдох через нос.

6) «Губы трубочкой». Чтобы правильно дышать. Нужно воздух нам глотать. Исходное положение – основная стойка. Полный вдох через нос, втягивая живот; губы сложить «трубочкой», резко втянуть воздух, заполнив им все легкие до отказа; сделать глотательное движение, как бы глотая воздух; пауза в течение 2-3 с, затем поднять голову вверх и выдохнуть воздух через нос плавно и медленно.

3. Глазодвигательные упражнения.

Они позволяют расширить поле зрения, улучшить восприятие. Одновременные и разнонаправленные движения глаз и языка развивают межполушарное взаимодействие и повышают энергетизацию всего организма. Известно, что движение глаз активизируют процесс обучения.

1) «Взгляд влево вверх». Правой рукой зафиксировать голову за подбородок. Взять в левую руку карандаш или ручку и вытянуть ее в сторону вверх под углом в 45 градусов так, чтобы, закрыв левый глаз, правым нельзя было видеть предмет в левой руке. После этого начинают делать упражнение в течение 7 секунд. Смотрят на карандаш в левой руке, затем меняют взгляд на “прямо перед собой”. (7 сек.). Упражнение выполняют 3 раза. Затем карандаш берут в правую руку и упражнение повторяется.

2) «Горизонтальная восьмерка». Вытянуть перед собой правую руку на уровне глаз, пальцы сжать в кулак, оставив средний и указательный пальцы

вытянутыми. Нарисовать в воздухе горизонтальную восьмерку как можно большего размера. Рисовать начинать с центра и следить глазами за кончиками пальцев, не поворачивая головы. Затем подключить язык, т.е. одновременно с глазами следить за движением пальцев хорошо выдвинутым изо рта языком.

3) «Слон». Стоя. Встаньте в расслабленную позу. Колени слегка согнуты. Наклоните голову к плечу. От этого плеча вытяните руку вперёд, как хобот. Рука рисует «Ленивую восьмёрку», начиная от центра зрительного поля вверх и против часовой стрелки; при этом глаза следят за движением кончиков пальцев. Упражнение выполнять медленно от трёх до пяти раз левой рукой, прижатой к левому уху, и столько же раз правой рукой, прижатой к правому уху.

4) «Глаз – путешественник». Развесить в разных углах и по стенам группы различные рисунки игрушек, животных и т.д. Исходное положение – стоя. Не поворачивая головы, найти глазами тот или иной предмет названный воспитателем.

5) «Глазки». Чтобы зоркость не терять, Нужно глазками вращать. Вращать глазами по кругу по 2-3 секунды (6 раз).

4. Телесные упражнения.

При их выполнении развивается межполушарное взаимодействие, снимаются синкнезии (непроизвольные, непреднамеренные движения) и мышечные зажимы. Интересно отметить, что человек может мыслить, сидя неподвижно. Однако для закрепления мысли необходимо движение. Именно поэтому многим людям легче мыслить при повторяющихся физических действиях, например, ходьбе, покачивании ног, постукиванием карандашом по столу и т.д. В результате движений во время мыслительной деятельности прорабатываются нейронные сети, позволяющие закрепить новые знания. При регулярном выполнении реципрокных (перекрестных) движений образуется и миелинизируется большое количество нервных путей, связывающих полушария головного мозга, что способствует развитию психических функций.

1) «Перекрестное марширование». Любим мы маршировать, Руки, ноги поднимать. Нужно шагать, высоко поднимая колени попеременно касаясь правой и левой рукой по противоположной ноге. Сделать 6 пар движений. Затем, шагать касаясь рукой одноименного колена. Сделать 6 пар движений. Закончить касаниями по противоположной ноге.

2) «Мельница». Рука и противоположная нога вращаются круговыми движениями сначала вперед, затем назад, одновременно с вращением глаз вправо, влево, вверх, вниз. Время выполнения 1-2 минуты. Дыхание произвольное.

3) «Паровозик». Правую руку положить под левую ключицу, одновременно делая 10 кругов согнутой в локтевом суставе левой рукой и плечом вперед, затем столько же назад. Поменять положение рук и повторить упражнение.

4) «Робот». Встать лицом к стене, ноги на ширине плеч, ладони лежат на стене на уровне глаз. Передвигаться вдоль стены вправо, а затем влево приставными шагами, руки и ноги должны двигаться параллельно, а затем передвигаться, используя противоположные руки и ноги.

5) «Колено – локоть». Стоя. Поднять и согнуть левую ногу в колене, локтем правой руки дотронуться до колена левой ноги, затем тоже с правой ногой и левой рукой. Повторить упражнение 8–10 раз.

6) «Яйцо». Спрячемся от всех забот, только мама нас найдет. Сесть на пол, подтянуть колени к животу, обхватить их руками, голову спрятать в колени. Раскачиваться из стороны в сторону, стараясь расслабиться.

7) «Дерево». Мы растем, растем, растем, И до неба достаем. Сидя на корточках, стряпать голову в колени, колени обхватить руками. Это — семечко, которое постепенно прорастает и превращается в дерево. Медленно подняться на ноги, затем распрямить туловище, вытянуть руки вверх. Подул ветер — раскачивать тело, имитируя дерево. Повторить 10 раз.

8) «Крюки». Можно выполнять стоя, сидя, лежа. Скрестите лодыжки ног, как удобно. Затем вытяните руки вперед, скрестив ладони друг к другу, сцепив пальцы в замок, вывернуть руки внутрь на уровне груди так, чтобы локти были направлены вниз.

5. Тренировка тонких движений пальцев рук стимулирует общее развитие речи (морфологическое и функциональное формирование речевых областей совершается под влиянием кинестетических импульсов от рук), а также является мощным средством повышения работоспособности головного мозга.

1) Упражнение «Ухо –нос». Левая рука - взяться за кончик носа, правая рука - взяться за правое ухо. По команде отпустить ухо-нос, хлопнуть в ладоши и поменять положение рук "с точностью наоборот".

2) Упражнение «Змейка». Скрестить руки ладонями друг к другу, сцепить пальцы в замок, вывернуть руки к себе. 1 вариант: ребенок с закрытыми

глазами называет палец и руку, к которым прикоснулся педагог. 2 вариант: точно и четко двигать пальцем, который называет педагог. Следить, чтобы остальные пальцы в движении не участвовали.

3) «Колечко». Поочередно и как можно быстрее перебирайте пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний и т.д. Проба выполняется в прямом и в обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке. В начале упражнение выполняется каждой рукой отдельно, затем сразу двумя руками.

4) «Кулак-ребро-ладонь». Три положения руки на плоскости стола, последовательно сменяют друг друга. Ладонь на плоскости, сжатая в кулак ладонь, ладонь ребром на плоскости стола, распрямленная ладонь на плоскости стола. Выполняется сначала правой рукой, потом -левой, затем - двумя руками вместе по 8-10 раз. Можно давать себе команды (кулак -ребро-ладонь).

6. Массаж

Особенно эффективным является массаж пальцев рук и ушных раковин. Специалисты насчитывают около 148 точек, расположенных на ушной раковине, которые соответствуют разным частям тела. Точки на верхушке уха соответствуют ногам, а на мочке уха – голове.

7. Упражнения для релаксации способствуют расслаблению, снятию напряжения.

1) «Дирижер». Встаньте, потянитесь и приготовьтесь слушать музыку, которую я сейчас включу. Сейчас мы будем не просто слушать музыку – каждый из вас представит себя дирижером, который руководит большим оркестром (включается музыка). Сейчас музыка кончится. Откройте глаза и устройте себе самому и своему оркестру бурные аплодисменты за столь превосходный концерт. 2) «Путешествие на облаке». Сядьте удобнее и закройте глаза. Два – три раза глубоко вдохните и выдохните...3) «Ковер-самолет». Исходное положение - лежа на спине, глаза закрыть, при этом играет спокойная музыка. Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно и аккуратно садимся.

Для результативности коррекционно-развивающей работы также необходимо учитывать определенные условия:

- занятия проводятся утром;
- занятия проводятся ежедневно, без пропусков;
- от детей требуется точное выполнение движений и приемов;
- упражнения проводятся стоя или сидя за столом;

- упражнения проводятся по специально разработанным комплексам;
- длительность занятий по одному комплексу составляет две недели;
- все упражнения целесообразно проводить с использованием музыкального сопровождения.

В результате систематического использования кинезиотерапии на логопедических занятиях, применение комплекса упражнений на развитие пальцевой моторики и игровых упражнений, направленных на развитие связной речи, у 95% детей были исправлены пробелы в развитии грамматического строя речи, расширен словарный запас, коррекция звукопроизношения у 85 % детей, а также в развитии центральной нервной системы и всех психических процессов.

Литература.

1. Васильцова С. В. Образовательная кинезиология («гимнастика мозга»).
2. Сиротюк А.Л. Коррекция развития интеллекта дошкольников.
3. Сиротюк А.Л. Обучение детей с учетом психофизиологии.

Имманентные свойства интеллектуальной интеграции логопедических консорциумов в Smart границах

Закирова Л.М.¹, Комарова Л.Ю.²

¹ФГАОУ ВО Набережночелнинский институт (филиал) Казанского (Приволжского) Федерального Университета, г. Набережные Челны

²ФГАОУ ВО Набережночелнинский институт (филиал) Казанского (Приволжского) Федерального Университета, «Медицинский центр «Я здоров»» г. Набережные Челны

Аннотация: В статье обсуждается проблема асинхронизмов устойчивости партнерства внутри открытых ассоциаций логопедов здравоохранения и образования, созданных отечественными и международными педагогическими консорциумами в целях реализации стратегий Sustainable Developmentс целью обеспечения качества логопедической работы. Авторы приводят качественные результаты наблюдений имманентности интеллектуальной интеграции в реализации инновационных образовательных проектов в логопедической практике. Идентификация качественных показателей в Smart стабильный период обнаруживал явный дефицит “новой продуктовой линейки” исследований управления интеграционными системами в логопедические практики.

Проблема исследования релевантна общим стратегиям институциональных и университетских исследований «момента перемен» – управление образовательными системами.

Ключевые слова: интеллектуальная интеграция, имманентность, логопедический консорциум.

Актуальность исследования исходит из асинхронности и угроз устойчивости партнерства внутри открытых научных сообществ, созданных международными логопедическими консорциумами в целях реализации стратегий Sustainable Developmenti стратегий Европейского реестра обеспечения качества EQAR.

Основная идея исследования связана с идентификацией количественных и качественных показателей в Smart период. Общая картина сравнительных характеристик обнаруживают явный дефицит «новой продуктовой линейки» в логопедической практике в контексте влияний «момента времени», как в системе здравоохранения, так и образования.

Объектом исследования была логопедическая деятельность различных организаций в условиях отечественной, так и международного логопедической практики линейного типа: «Ребенок/взрослый с речевой патологией — Реабилитация - Сопровождение».

Предметом исследования были содержание «изменчивости» реализации логопедической деятельности и особенностей ее влияния на развитие региональной и международной системы логопедической практики. Основной гипотезой исследования был определен тезис о том, что интеллектуальная интеграция в разных сферах логопедии, способных осуществлять устойчивое партнерство в международных и отечественных логопедических сообществах обладает имманентным свойством сущности их функционирования. Тем самым обеспечивая их конкурентоспособность на внутреннем рынке логопедических услуг, значительно влияя и на развитие профессиональных компетенций ее субъектов. Влияние времени оказалось способно трансформировать внутренние и внешние интеграции и трансформировать саму сущность реализации принципов логопедической деятельности, как в системе здравоохранения, так и образования (на уровне последней менее выражено), при этом меняя «вектор развития» профессиональных компетенций логопедов.

Непрерывное увеличение числа детей и взрослых с речевыми патологиями делают профессию логопеда очень востребованной. В развитых странах условия работы специалистов, такие как: график, оплата и нагрузка,

значительно отличаются. Сравнение основных особенностей преподавания в России, США и Израиле. Система логопедической помощи в США не имеет такой широкой дифференциальной направленности, как в РФ. В Америке нет специализированных детских садов для дошкольников с речевой патологией. При школах и клиниках функционируют специальные классы для детей с отклонениями в развитии. В подобных заведениях работают «спич ассистенты» - помощники, окончившие колледж и «спич патолодист» - бакалавр-специалист с профильным, базовым высшим образованием. Длительность их рабочего дня составляет 8 часов.

Для детей раннего возраста существует программа «от рождения до трёх», когда сотрудник клиники 1 раз в неделю занимается с малышом в стенах дома в присутствии родителей. Частные логопеды в США – «мастер дигри», работают при клинике или открывают личные кабинеты. Для организации такой практики нужно сдать профильный экзамен и каждый год повышать свою квалификацию. Получить помощь от логопеда клиники сложно и дорого, ждать своей очереди приходится достаточно долго. Бесплатные занятия при госпитале осуществляются только раз в неделю. Более развитой, по сравнению с США, является система специализированной помощи дошкольникам в Израиле. Такой профессии как «дефектолог», в Израиле нет. Есть речевой терапевт, эрготерапевт, учитель специального образования. Если в России логопед «и швец, и жнец, и на дуде игрец», то в Израиле «клинаит тикшорет» занимается исключительно речью, а для каждой из сторон развития личности есть свой специалист. «Клинаит тикшорет» - около медицинская профессия, с длительностью обучения 3,5 года.

В России особенностью системы дошкольного образования является интегрированный подход как в образовании, так и здравоохранении. В стране, как и за рубежом функционирует достаточное количество учреждений разной направленности (в том числе для детей с речевой патологией, нарушениями слуха и зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта). Логопедические занятия проводятся с каждым логопатом в зависимости от сложности дефекта.

В исследовании приняло участие 4 респондента из различных международных и отечественных логопедических кабинетов. Из них: 2 международных (из Калифорнии – Endorsement) и 2 логопедических центра в России, в исследовании принимали участие по одному кабинету из системы здравоохранения и образования. Под консорциумом, в нашем исследовании,

понимается неформальное «соучаствующее» сообщество организаций различного формата, позволяющее каждой из них усложнять задачи преодоления речевого дефекта, выборки по нозологии заболевания не предусматривалось.

Основной принцип соучастия организаций в исследовании – это ресурсная интеллектуальная интеграция на добровольной основе. Исследователями строго соблюдалась этика. Все респонденты участвовали на добровольной основе. Все респонденты были четко информированы о том, что их взаимодействие в совместных проектах качественно и количественно анализировалось по специальным показателям.

В исследовании имманентности применен метод неокончательного дескриптивного анализа данных. Анализ проводился по базам открытого доступа платформы ETINED (см. таблицу 1).

Таблица 1

Показатели дескриптивного анализа логопедических кабинетов

№	Критерии оценки	
I	Нормативно-правовое обеспечение деятельности логопеда	
	Наличие федеральной нормативно-правовой базы по организации и содержанию деятельности	
	Наличие региональной нормативно-правовой базы по организации и содержанию деятельности	
	Наличие локальных актов по организации и содержанию деятельности	
II	Материально-техническое обеспечение деятельности логопеда	
	Организационное обеспечение работы кабинета логопеда	
	Оснащенность кабинета	
III	Методическое оснащение деятельности логопеда	
	Материалы для организации деятельности лиц с тяжелыми нарушениями речи по освоению программ, адаптированных и обеспечивающих коррекцию нарушений развития, а также программ логопедической помощи	
	Материалы для разработки программно-методического обеспечения программ для лиц с тяжелыми нарушениями речи и программ логопедической помощи	
	Материалы для осуществления диагностической и консультативной помощи участникам	
	✓ организация и проведение логопедической диагностики с целью своевременного выявления и последующей коррекции речевых нарушений;	
	✓ консультирование участников образовательных отношений по	

	вопросам организации и содержания логопедической работы	
	✓ организация пропедевтической логопедической работы по предупреждению возникновения возможных нарушений в речи, включая разработку конкретных рекомендаций обучающимся, их родителям, родственникам (законным представителям), педагогическим работникам;	
IV	Профессиональные достижения за последние 5 лет	
V	Оценка творческого подхода и профессиональной позиции в оформлении и использовании кабинета	
	Актуальность и практическая значимость: Направленность на развитие и саморазвитие участников логопедического консорциума в условиях вызовов современности	
	Целостность и системность: Содержательность, логичность, завершенность	
	Творческое наполнение: Оригинальность, новизна, авторские находки	
	Качество оформления: Эстетика оформления	
	✓ оформление рабочего места логопеда;	
	✓ культура оформления стендовых и иных публичных материалов;	
	✓ соблюдение определенного (единого) стиля в оформлении кабинета:	
VI	Соответствие презентации кабинета	

Исследование предполагало сравнение показателей «изменчивости» в «моменте времени» благоприятных условий Smart. Отметим и тот важный факт, что участники исследования, реализуя принципы эффективной логопедической работы независимо от территории, определились с едиными функциями, как в системе здравоохранения, так и образования:

1. организационную (планирование и создание условий для реализации);
2. координационную и регулирующую (обеспечение согласованности действий всех участников работы в реализации общих планов);
3. мотивационную (стимулирование и активизация участников, побуждающие к действию для повышения эффективности деятельности);
4. коммуникационную (создание условий для свободного общения между всеми участниками);
5. контролирующую (систематическое наблюдение, анализ и учет собственного времени и видов выполняемой работы).

Подводя итог, повторим, что с каждым годом, независимо от страны и особенностей работы в разных сферах, специальность «логопед» становится всё больше востребованной.

Список литературы:

1. Азина Е.Г., Комарова Л.Ю., Закирова Л.М. Организация волонтерской поддержки лицам с ограниченными возможностями здоровья// Комплексная безопасность и реабилитация детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования, - М. - 2016, С. 205-208.
2. L.Rakhmatullina, Y. Zhytkova, A. Zybina, J. Anisimova, L. Zakirova, L. Komarova Application analysis of appraisal in the course of cooperative work with people with special educational needs// Modern Journal of Language Teaching Methods. - 2018. - Vol.8, Is.7. - P.180-186
3. Sibgatullina Irina F., Khamitova L., Zakirova L., L. Komarova Study of Academic Motivation of Gifted Students in the Context of the Phenomenon Proceedings// of the 2019 International Conference on Pedagogy, Communication and Sociology (ICPCS 2019), China, Ningbo, Academic Exchange Center of Ningbo Institute of Technology, May 25-26, 2019. Paris, Atlantis Press, 2019, 148.-152.p.

**Система коррекционной работы с заикающимися детьми
дошкольного возраста**

Зиновьева О.В.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность: проблема заикания является достаточно сложной и актуальной в современной логопедии. Увеличение количества детей с заиканием, сложная структура речевого дефекта, специфика контингента детей требует совершенствования и развития системы коррекционной работы с детьми данной категории.

Цель: убедить взрослых в оказании ранней коррекционной помощи детям при заикании.

Заикание у детей достаточно распространенное нарушение речи. Как показывают статистические данные, заикание является одним из распространённых, сложных и длительно протекающих речевых нарушений у детей. Оно характеризуется сложным симптомокомплексом. Возникая в период наиболее активного формирования речи, заикание ограничивает коммуникативные возможности ребёнка, искажает формирование личности, затрудняет социальную адаптацию.

Согласно исследованиям В.М. Шкловского распространенность этого дефекта речи велика во всех странах, в нашей стране она колеблется от 1,5 до 2%. Среди детей, страдающих заиканием, соотношение девочек и мальчиков составляет примерно 1 к 3-4 (Белякова Л.М., Дьякова Е.А., 1998)[1]. Наиболее часто заикание возникает у детей в возрасте от 2 до 5 лет, т.е. в период интенсивного развития фразовой речи. Это объясняется тем, что в этот период у детей происходит активное формирование координированной системы речевых движений и мышления. Речь в этот период является наиболее уязвимой и ранимой областью высшей нервной деятельности ребенка. К тому же у маленьких детей еще отсутствуют прочные тормозные реакции. В связи с этим дети обычно легко возбуждаются, а их возбуждение сопровождается бурным эмоциональным и двигательным проявлением[2]. Следовательно, в этом возрасте увеличивается риск возникновения нарушений речевой функции в виде судорожности.

В коррекционной работе следует руководствоваться принципом раннего оказания коррекционной помощи, т.е. начать логопедическую работу в период, когда заикание из инициального не превратилось в закрепившееся (не позднее 6 месяцев). Основным специалистом, организующим коррекционную работу, является логопед. Его задача - раннее выявление заикающихся детей и оказание им коррекции на фоне медикаментозного и физиолечения, которое назначает врач невропатолог.

В нашей стране помощь заикающимся детям оказывается в логопедических кабинетах в системах здравоохранения и образования. В первом случае эту работу проводят логопедические кабинеты при детских поликлиниках, специализированные стационары при психоневрологических диспансерах. В системе образования помощь заикающимся детям оказывается в специальных детских садах или спецгруппах при массовых детских садах, на логопедических пунктах при массовых школах и в специальных речевых школах. В процессе специального обучения осуществляется постепенное овладение детьми самостоятельной, свободной от заикания речью. Учитывая структуру дефекта и наличие наслоений в виде нарушения формирования личности ребенка, следует опираться на принцип комплексного подхода. Под современным комплексным методом преодоления заикания понимают лечебнопедагогическое воздействие на разные стороны психофизического состояния заикающегося разными средствами и разными специалистами[1].

В настоящее время существуют различные комплексные системы реабилитации детей с заиканием (методики Н.А.Власовой и Е.Ф.Рау; Н.А.Чевелевой, С.А.Мироновой; Селиверстова В.И.; Л.М. Крапивиной и др.) Анализ существующих в специальной педагогической литературе методик преодоления заикания позволяет определить основные направления логопедической работы с детьми:

- Создание охранительного речевого режима предполагает организацию учебной и повседневной жизни заикающихся так, чтобы свести речь детей к минимуму. Этот режим вводится на начальных этапах коррекционной работы и помогает создать условия для затухания неправильной речевой привычки, подготовить нервную систему ребенка к формированию нового речевого навыка[1]. В этот период предлагаются игры с минимальной потребностью говорить (рисование, аппликация и т. п.). Речевое общение ребенка в этот период должно быть элементарным по форме (использование сопряженных и отраженных форм речи), содержать однословные ответы [4]. Длительность режима ограничения речи различна, как правило, он охватывает неделю-полторы недели с начала коррекционной работы. Постепенно активность ребенка увеличивается, однако соблюдается щадящий речевой режим.

- Регуляция эмоционального и мышечного состояния (снятие мышечного и эмоционального напряжения). Обучение навыкам релаксации начинается с упражнений, которые позволяют ребенку почувствовать разницу между напряжением и расслаблением. Проще ощутить напряжение мышц в руках и ногах, поэтому детям предлагается перед расслаблением сильно и кратковременно сжать кисти рук в кулак, напрячь мышцы ног и т. д. Такие упражнения даются в следующей последовательности: для мышц рук, ног, всего туловища, затем для верхнего плечевого пояса и шеи, артикуляционного аппарата.

- Развитие моторных функций. Развитие координации слова и ритмизованного движения. В рамках направления развития моторных функций проводится работа по развитию общей, артикуляционной моторики; В этом помогает логопедическая ритмика.

- Формирование речевого дыхания. Учитывая, что в симптоматике заикания значительное место занимает нарушение речевого дыхания, возникает необходимость работы в этом направлении. В связи с этим проводятся общие дыхательные упражнения, постановка диафрагмального дыхания, дифференциация ротового и носового дыхания, формирование

длительного выдоха через рот, формирование длительного фонационного, а затем речевого выдоха.

- Работа над плавностью речи в различных ее формах начинается с формирования у детей понятия о гласных как основе нашей речи. Плавность речи отрабатывается на следующих речевых формах: на произнесении отдельных гласных звуков; на сочетаниях гласных звуков (двух, трех и т.д.); на слоговых сочетаниях согласных звуков с гласными; на произнесении фраз из одного слова; на произнесении коротких фраз; на произнесении длинных фраз с логической паузой; на пересказах текстов, составлении вопросов и, наконец, составлении рассказов. Воспитание навыков плавной речи требует длительных и постоянных тренировок.

- Воспитание личности заикающегося ребенка заключается в воспитании адекватного отношения к себе, окружающим и взаимоотношений с ними. Реализация этого направления осуществляется с помощью психотерапевтических методов, элементы которых включаются в структуру логопедического занятия [4].

При построении работы по коррекции заикания следует опираться на принципы раннего начала коррекции, комплексного подхода, дифференцированного и индивидуального подхода. Таким образом, проблема заикания является достаточно сложной и актуальной в современной логопедии. Увеличение количества детей с заиканием, сложная структура речевого дефекта, специфика контингента детей требует совершенствования и развития системы коррекционной работы с детьми данной категории.

Результаты: Воспитание личности заикающегося ребенка заключается в адекватном отношении к себе, окружающим и взаимоотношений с ними.

Список литературы:

- 1.Белякова Л.И. , Дьякова Е.А. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” — М.: В. Секачев, 1998. - 304 с.
- 2.Визель Т.Г. Коррекция заикания у детей / Т.Г. Визель. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2009. – 222 с.
- 3.Меньшикова С.В. Коррекция заикания у детей/С.В. Сикорский.-Казань.: Лиана.-112 с.
- 4.Поварова И.А Коррекция заикания в играх и тренингах/И.А. Поварова. – М.: АСТ: Астрель, 2010. – 222 с.

Нарушения речи у детей с нервно-психическими расстройствами

Ковальчук Т.Т.

ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад.
В.М.Бехтерева МЗ РТ» г. Казань

Актуальность. Диапазон речевых нарушений у детей с нервно-психическими расстройствами довольно широк. Встречаются все формы расстройства речи, как и у детей с нормальным интеллектом (дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, заикание, дисграфия, дислексия и др.), но и имеются специфические проявления для каждого психического заболевания отдельно.

Цель исследования. Осветить специфические особенности речевых нарушений у детей с умственной отсталостью, аутизмом и шизофренией.

Результаты. Нарушения речи у умственно отсталых детей носят системный характер. У них оказываются не сформированными в той или иной степени все операции речевой деятельности: имеет место слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении, грубо нарушено программирование речевой деятельности, создание внутренних программ речевых действий, реализация речевой программы и контроля за речью, сличение полученного результата с предварительным замыслом, его соответствие мотиву и цели речевой деятельности [2]. Выделяется 3 степени системного недоразвития речи: лёгкая, умеренная и тяжёлая. 1. Системное недоразвитие речи лёгкой степени: полиморфное нарушение звукопроизношения, недоразвитие фонематического восприятия и фонематического анализа и синтеза; аграмматизмы, проявляющиеся в сложных формах словоизменения; нарушение словообразования; недостаточная сформированность связной речи, в пересказах наблюдаются пропуски, искажения смысловых звеньев, нарушение передачи последовательности событий. 2. Системное недоразвитие речи умеренной степени: полиморфное нарушение звукопроизношения, грубое недоразвитие фонематического восприятия и фонематического анализа и синтеза, ограниченный словарный запас; выраженные аграмматизмы; несформированность словообразовательных процессов; отсутствие или грубое недоразвитие связной речи (1-2 предложения вместо пересказа). 3. Системное недоразвитие речи тяжёлой степени: полиморфное нарушение звукопроизношения, отсутствие как сложных, так и простых форм фонематического анализа, ограничение словарного запаса до 10-15 слов; фразовая речь представлена однословными или двухсловными

предложениями, состоящими из аморфных слов-корней; формы словообразования и словоизменения отсутствуют; связная речь не сформирована; грубое нарушение понимания речи [1]. Нарушения речи у умственно отсталых детей характеризуются стойкостью, они с большим трудом устраняются, сохраняясь вплоть до старших классов вспомогательной школы.

Речевые расстройства, являющиеся одним из основных феноменов аутизма, достаточно выражены и специфичны уже в первые два года жизни. Характерным для конца первого-начала второго полугодия жизни были слабость или даже отсутствие реакции на речь взрослого, звуки гуления лишены интонирования, зачастую отсутствие фазы лепета. Таким образом, уже начальные, доречевые проявления речи указывали на неблагополучие её коммуникативной функции [5]. Ребёнок часто и ко второму году жизни не отзывается на обращение, не фиксирует взгляда на говорящем, не следует предупреждению. Речевые расстройства варьируют по степени тяжести и по своим проявлениям. У части детей первые слова появляются раньше, чем у детей с нормальным развитием, эти слова оторваны от его потребностей, не являются обращением и произносятся как бы сами по себе, например мамой может быть названо что угодно. Первые фразы появляются вскоре после первых слов, но речь не носит конкретный характер. В возрасте примерно 2 лет отмечается регресс речи. Этому обычно предшествует какое-либо соматическое заболевание, психотравма или другие отрицательные воздействия. Речь даже может почти совсем утрачиваться, остаются вокализации без обращений, бормотание, прорываются отдельные слова эхολалии. Несмотря на регресс экспрессивной речи, импрессивная может сохраняться и развиваться. Кажется, что ребёнок не понимает обращённую к нему речь, однако в дальнейшем оказывается, что в поведении, деятельности ребёнка полученная информация в той или иной мере учитывается. У другой части детей отмечается отсутствие возраста «почемучки», несмотря на наличие фразовой речи. В связи с тем, что их речь крайне стереотипна, диалог с ними практически не возможен: они не отвечают на вопросы и сами их никогда не задают. На заданные вопросы отвечают эхολалическим повтором вопроса. Не используют в отношении к себе личных местоимений, говорят о себе во 2м или 3м лице. Наблюдается скандированность или, напротив, напевное произношение слогов слова, незавершённость фраз, бессмысленное и невнятное повторение слов, отказ от утвердительных или отрицательных слов. Они способны запоминать отдельные четверостишия, отрывки прозы, но не могут передать смысла и содержания прочитанного [4].

Часть детей страдает мутизмом или распадом речи. К 5-6 годам у детей нередко формируется олигофреноподобный дефект с аутистическими формами поведения. Характерной для всех вариантов речевого развития при аутизме является в той или иной форме выраженная стереотипность речи; часто склонность к словотворчеству, «неологизмам». Почти у всех детей становление речи проходит через период эхоталий, частыми являются разнообразные нарушения звукопроизношения, темпа и плавности речи.

В основе речевых особенностей больных шизофренией лежит дефицит контроля и речевого прогнозирования, следствием чего является невыразительность и монотонность речи, недостаточная эмоциональная окраска высказываний. Традиционно в психиатрии речевые нарушения рассматриваются в логике продуктивных (галлюцинаторно-бредовая симптоматика) и дефицитарных (разорванность речи) расстройств и связываются с нарушениями мышления. Выделяются такие нарушения, как: бессвязность, разорванность речи, эгоцентрическая речь, вычурная, вербигерации, эхоталии, шизофазии, словесная окрошка, полтерн. Нарушения сложной координированной речевой деятельности возникают вследствие диссоциации между составляющими её компонентами – семантическим, грамматическим, физическим и др., всё это определяет нарушение основных функций речи – смыслообразующей и коммуникативной. Разорванность речи можно подразделить по степени выраженности: «элементы разорванности» (аналогия «соскальзываний» в мышлении, чередование нормальной и разорванной речи) и «сплошная разорванность» (речь с полностью нарушенными коммуникативной и семантической функциями). Ещё одним характерным для детской шизофренической речи феноменом является большое количество неологизмов [3].

Список литературы:

1. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: Сб. метод. рекомендаций/Рос.гос.пед. ун-т им.А.И.Герцена; (Сост.:В.П.Балобанова и др.).-СПб.:Детство-пресс, 2002.-238с.; ISBN 5-89814-087-5
2. Логопедия: Учеб.пособие для студентов пед.ин-тов по спец. «дефектология»/Л.С.Волкова, Р.И.Лалаева, Е.М.Мастюкова и др.;

под ред. Л.С. Волковой.-М:Просвещение, 1989.-528с.:ил. ISBN 5-09-000754-3

3. Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В. Исследование речевых нарушений при шизофрении. История и современное состояние проблемы//Психологическая наука и образование. 2015. Т.20 №2. С.78-92. doi: 10.17759/pse.2015200209
4. Дети с нарушениями общения. Ранний дет.аутизм/К.С.Лебединская, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская и др.-М.: Просвещение, 1989.-95с. ISBN 5-09-001264-4
5. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребёнок. Пути помощи. Изд.4-е, стер.-М.Теревинф, 2007.- (особый ребёнок).- 288с. ISBN 978-5-901599-16-7

РАС. План помощи логопеда

Курмашева Р.Р.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» г.Казань

Ранний детский аутизм впервые описал Leo Kanner в 1943 году. Он подчеркнул, что для аутистов характерно избегание контактов с людьми, желание оставаться в одиночестве и не использовать для общения речь.

Сегодня детей с типичным аутизмом Каннера не слишком много, преобладают атипичные формы аутизма. Врачи называют такие случаи синдромами аутизма. Аутизм встречается у пятидесяти человек из ста тысяч, причем у мальчиков в три-четыре раза чаще, чем у девочек. По статистике медиков США, аутистов еще больше – один случай на 156 детей. При этом речь идет о детях с официально поставленным диагнозом, а сколько еще аутистов с легкими, не диагностированными формами заболевания!

К сожалению, на сегодняшний день ситуация с постановкой диагнозов РАС в России остается очень сложной. Популяционные исследования, посвященные частоте встречаемости, пока не проводились, и в некоторых регионах РФ количество поставленных диагнозов по-прежнему минимально. В настоящий момент университет «Сириус» планирует исследование превалентности РАС у детей в возрасте от 6 до 9 лет.

До сих пор не существует подтвержденных методов лабораторной диагностики РАС (данный диагноз невозможно поставить по анализу крови или с помощью методов нейровизуализации, таких как КТ или МРТ).

Аутизм – поведенческий диагноз, который ставится по результатам наблюдения, интервью с ухаживающими или с самим человеком, а также с использованием специальных шкал. Диагноз ставится прошедшими специальное обучение профессионалами: психиатром, психологом или неврологом. Поэтому знания о том, как диагностировать РАС, и подготовка специалистов имеют решающее значение. Логопеды достаточно часто сталкиваются с детьми от 2 до 5 лет с аутоподобным поведением и очень важно уметь дифференцировать РАС от других нарушений речи, которые в раннем возрасте очень схожи по проявлениям.

Метафора «развитие, как строительство» полезна для понимания коррекционного плана (какой кубик «достроить»). Неважно какой диагноз, важно понимать, что не «работает».

Красные флажки – это особенности, которые можно заметить во время приема и которые требуют диагностики у специалиста. Наличие красного флажка не означает наличие расстройства, но говорят о высокой его вероятности. Необязательно разбираться, является ли этот красный флажок проявлением расстройства или какой-то ситуативной реакцией – его наличие говорит о том, что стоит обсудить развитие и поведение со специалистом. Хочется обратить внимание на интуицию специалиста и осведомленность в целом. Логопеды видят и общаются с очень большим количеством детей каждый рабочий день и знают, как обычно себя ведут дети. И если Вы видите какие-то экстремальные, необычные формы поведения, если Вы видите, что поведение ребенка в целом отличается от привычного Вам, следует посоветовать родителям пройти обследование ребенка с другими специалистами (детский психиатр, сурдолог и др.).

Будьте четки в своих рекомендациях! Создавайте ясный план действий!

Например, «Я рекомендую вот этот центр, тут нужно записаться к любому врачу, они как раз помогают в диагностике таких проблем» или «Я рекомендую подключить к коррекции таких специалистов как: нейропсихолог, АВА- терапевт, специалиста по сенсорной интеграции». Объяснить для чего.

Как же развить речь?

Учитывая, что большинство наших пациентов растут в среде билингвизма, нужно разъяснить родителям важность использования одного языка в семье.

Работать нужно комплексно, используя игровой характер для выполнения тех или иных упражнений.

- # Эмоции все инструкции, задания- все с улыбкой!
- # Для работы над дыханием можно использовать мыльные пузыри, особенный восторг вызывают подкрашенные пузыри. Либо надувание воздушных шаров. Чтобы вызвать интерес к животным можно распечатать их на цветной бумаге и сдувать трубочкой, имитируя звукоподражание.
- # Многие дети с РАС очень любят рисовать или лепить. Логопед может это использовать для овладения навыкам речи, чтения, письма. Предлагаем ребенку нарисовать или слепить выбранную букву. Были случаи детей, кто через самостоятельное чтение овладевал устной речью.
- # Для удерживания произвольного внимания можно использовать игры с песком или крупой. Доставать что то из крупы или же выложить контур букв. Работа с ручкой или карандашом. Обводим линии или рисуем по клеткам.
- # Важно на занятиях и дома с родителями обозначать ребенку границы дозволенного, обучение его понимать смысл слова «нет». У ребенка не должно складываться мнение, будто он всемогущ, может делать что угодно и получить что хочет.
- # Есть дети у которых отсутствует способность к произношению звуков. С ними можно использовать карточки PECS.

В заключение хочется добавить, что некоторые родители не готовы к тому, что речь у ребенка может появиться только через несколько лет занятий.

Поэтому задача логопеда объяснять, поддерживать и вселять надежду в родителей, что совместные усилия семьи и специалистов, участвующих в реабилитации, обязательно достигнут цели!

Саморегуляция психических состояний специалистов в профессиональной деятельности в системе здравоохранения

Мусина Д.Р.

речевой центр «Korrection_speech», г. Казань

Актуальность исследования: Исследование особенностей саморегуляции поведения и деятельности становится актуальным в условиях коррекционного процесса. Специфика деятельности специалистов

работающих в системе здравоохранения требует от него высокого уровня осознанной саморегуляции вследствие того, что характер педагогической деятельности принципиально иной. В том числе и педагоги, стремятся отрицать возникающие у себя определенные психологические затруднения. Очень часто первые симптомы синдрома выгорания педагоги расценивают как признак собственной «силы», а не обращаются в указанном случае за помощью к профессиональным психологам. Данная статья посвящена вопросам определения основных причин и симптомов эмоционального выгорания, а также роли саморегуляции в развитии данного процесса у специалистов в системе здравоохранения.

Ключевые слова: саморегуляция, психические состояния, специалисты, здравоохранение, профессиональная деятельность.

Высокая эмоциональная интенсивность в коррекционном процессе, наличие информационных перегрузок, постоянных изменений, дополнений в образовательных стандартах и формах отчётности, необходимость адаптироваться к пациентам с разными видами нарушения – все это приводит к необходимости четкого планирования, организации контроля своей деятельности, в сочетании с высокой гибкостью. Несформированность саморегуляции приводит к возникновению у специалистов проблем и трудностей в профессиональной деятельности (Н. Н. Аймухамбетов, 2017 г.). Ключевым ресурсом для осуществления комплексного противодействия эмоциональному выгоранию возможно считать способность личности к смысловому творчеству. Потеря смысла жизни может привести к целому ряду профессиональных и личностных деформаций. К их числу возможно также отнести и синдром профессионального выгорания. Обращая внимание на то, что педагогический труд входит в группу риска эмоционального выгорания, для каждого педагога важно обращать внимание на самого себя, на свое внутреннее состояние, используя приемы саморегуляции. Саморегуляция является процессом управления развитием собственного психоэмоционального состояния преподавателя. Осуществляемое воздействие преподавателя на самого себя при помощи использования различных слов, возможных мысленных образов, а также процессов управления мышечным тонусом, дыханием и частотой сердечных сокращений (Ф.Ф. Назарова, 2019 г.).

Наличие риска профессионального выгорания имеется у тех преподавателей, которые имеют лабильную нервную систему, депрессионности, а также ощущение того, что отношений окружающих людей к ним несправедливо.

Это может касаться как руководство, так педагогов — коллег, родственников. Чувство постоянной усталости, незащищенность, подавленность, а также боязнь совершения оплошностей и ошибок в своей профессиональной деятельности способствуют тому, что преподаватель начинает ощущать неуверенность в своем профессионализме и эмоционально выгорает (Ф.Ф. Назарова, 2019 г.).

Исследования Н.М. Борытко [3], И.А. Колесниковой [4], А.К. Марковой [5], позволили сделать вывод о том, что специфика профессионально личностной саморегуляции специалиста предполагает освоение альтернативных вариантов профессионального поведения, что, в свою очередь, невозможно без самоосознания — обращения сознания на самого себя. Как показывают работы Т.Ю. Артюховой [2], проявление жизненной и профессиональной активности и соответственно саморегуляции жизнедеятельности невозможно без оценки и идеального выбора конкретных действий в данной ситуации и создания модели поведения, проектирования своей жизнедеятельности, что привело нас к выделению таких проявлений профессионально-личностной саморегуляции специалиста, как самооценка и самопроектирование педагогической деятельности. Профессия педагог предполагает способность ответственно управлять своей профессиональной деятельностью, самостоятельно вносить в нее коррективы с учетом поставленной цели, что проявляется, прежде всего, в самоконтроле как еще одно проявление профессионально-личностной саморегуляции. Основываясь на вышеуказанных исследованиях, мы рассматриваем профессионально-личностную саморегуляцию, как способность к рефлексивному управлению образовательной средой через произвольную активность, проявляющуюся в самоосознании, самопроектировании, самооценке и самоконтроле в профессиональной деятельности.

Выводы. Саморегуляция находится в большой зависимости от представления специалиста о себе, о своих реальных способностях и возможностях. Если специалист имеют неадекватную самооценку (завышенную или заниженную), то это сказывается на их умении анализировать достижения и неудачи, на осознании своих возможностей. А также крайне важным является способность специалиста совладать с ситуациями организованного стресса, конфликта, грамотно выстраивать свое поведение и деятельность. Другими словами, специалисту важно обладать развитой чувство системой саморегуляции поведения и деятельности.

Литература

1. Аймухамбетов, Н. Н. Способ коррекции нарушений саморегуляции психоэмоционального состояния у специалистов / В. Г. Булыгина, М. Е. Ковалева. // Вестник Тамбовского университета. – 2017. - № 2 (18). - 45-48 с. – Текст: непосредственный.
2. Артюхова, Т. Ю. Психологическое здоровье участников образовательного процесса / Т. Ю. Артюхова. - Текст: непосредственный // Психологическое обеспечение внедрения инноваций в образовании. - 2007. - № 7. – С. 125.
3. Борытко, Н. М. Теория и практика становления профессиональной позиции педагога-воспитателя в системе непрерывного образования: специальность 13.00.08 «Теория и методика профессионального образования» автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Борытко Николай Михайлович; Волгоградский государственный социально-педагогический университет. – Волгоград. – 2001. – 25 с. – Текст: непосредственный.
4. Колесникова, И. А. Коммуникативная деятельность педагога / И. А. Колесникова, В. А. Слостенина. - Текст: непосредственный // Педагогика и психология. – 2007. – № 1. - С. 36-48.
5. Маркова, А. К. Сущность и понятие педагогического общения, его структуры специфика, технологии и реализация / А. К. Маркова, А. Я. Николаева, Э. Г. Костяшкина // Квалификация стилей педагогической деятельности. – 2012. – №4(2). - 45-55 с. - Текст: непосредственный.
6. Назарова, Ф. Ф. Саморегуляция деятельности как фактор профессионального выгорания педагогов / Ф. Ф. Назарова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. -2019. - №03. -С. 61-67 – Текст: непосредственный.
7. Мусина, Д. Р. Особенности саморегуляции психических состояний специалистов, работающих с детьми с ограниченными возможностями здоровья / А.И. Ахметзянова. – Текст: электронный // Казанский (Приволжский) федеральный университет. – 2023. - URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54264478&pff=1> (дата обращения: 17.09.2023).

Динамика речевого и когнитивного развития недоношенных детей с перинатальным поражением головного мозга: эффективность абилитации

Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А, Абдрахманова Л.И.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Введение. У недоношенных детей, особенно рожденных с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), чаще, чем у доношенных, наблюдается задержка развития коммуникативных, двигательных и когнитивных функций [1, 2]. Соответственно, разработка и применение методов ранней реабилитации у данной категории пациентов высоко актуальна. При этом основным способом оценки эффективности реабилитации недоношенных детей являются показатели их нервно-психического развития, поскольку именно динамика развития, приобретение новых компетенций и навыков, определяют качество жизни ребенка и его семьи.

Цель исследования: оценить эффективность алгоритма реабилитационной помощи для формирования речи у недоношенных детей раннего возраста.

Методы. В исследование вошли 97 недоношенных пациентов, наблюдавшихся на базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ. В первую группу вошли 48 пациентов, получивших реабилитационную помощь согласно реабилитационному алгоритму и 49 пациентов, не получивших реабилитационную помощь по каким-либо причинам. У всех детей оценивался психоневрологический профиль развития в 6 месяцев, 15, года и 3 года, в том числе оценивались функции речи (экспрессивной и импрессивной) и когнитивного развития по шкале Н.А. Скворцова. Алгоритм реабилитации выстраивался на основе оценки реабилитационного потенциала при переводе на третий этап реабилитации, применения комплекса ранней абилитации, и, в дальнейшем, сенсомоторных упражнений, разработанных на основе концепции Н.А. Бернштейна «О построении движений» в совокупности со стандартными реабилитационными мероприятиями и методами ранней помощи.

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы Sprinf. За критический уровень значимости принималось $p < 0,05$. Для выявления связи

между параметрами был проведен корреляционный анализ. Рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты. Дети первой группы были рождены на сроке $30,6 \pm 2,8$ недель с весом $1521,5 \pm 517,7$ г., дети второй группы – на сроке $29,4 \pm 2,9$ недель с массой $1475,3 \pm 619,3$ г. ($p > 0,05$). После начала реализации алгоритма реабилитации к 6 месяцам жизни не наблюдалось значимых различий между группами, тогда как к 1,5 и 3 годам наблюдались статистически значимые различия (рис 1-4).

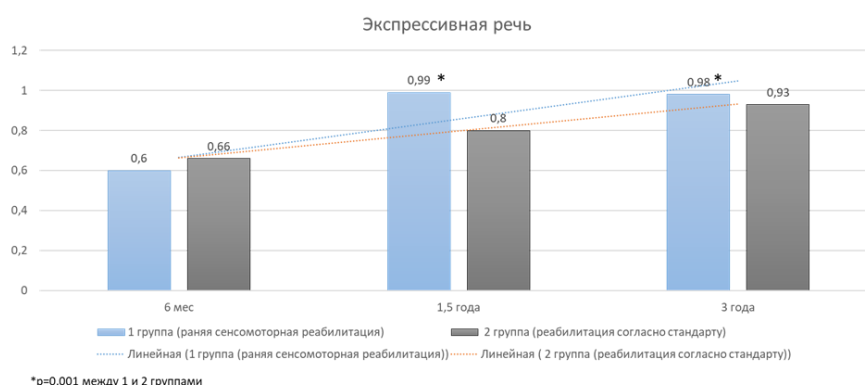


Рис. 1. Динамика развития экспрессивной речи

Как видно из рисунка 1, статистически значимые различия между 1 и 2 группами отмечались с 1,5 летнего возраста. При этом динамика импрессивной речи не имела статистически значимых различий.

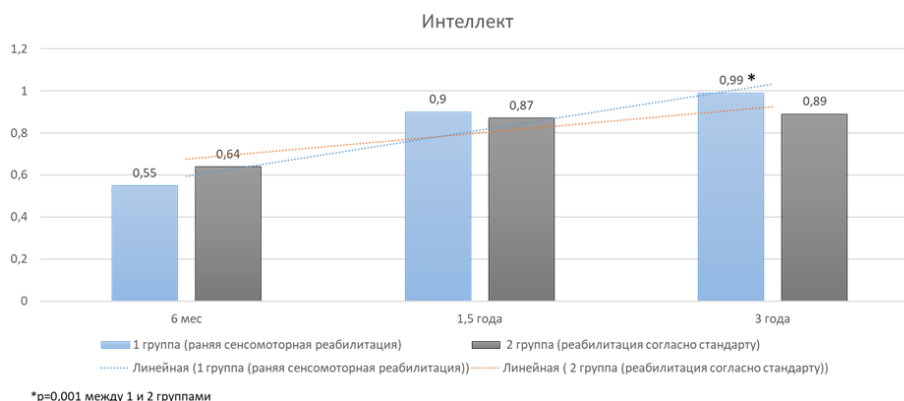


Рис. 2. Динамика когнитивного развития

Как видно из рисунка 2, у пациентов 2 группы были более высокие значения индексов развития к 6 месяцам, но с 1,5 лет отмечалась выраженная положительная динамика когнитивных функций, достигающих степени статистической значимости к 3-м годам.

Таким образом, раннее начало реабилитационных мероприятий, применение комплекса ранней абилитации, сенсомоторных упражнений и методов ранней

помощи улучшали развитие интеллекта и экспрессивной речи.

Выводы. Применение разработанного алгоритма реабилитационных мероприятий ассоциированы с лучшими речевыми и когнитивными исходами к трем годам жизни.

Список литературы:

5. Benassi E. et al. Early communicative behaviors and their relationship to motor skills in extremely preterm infants / E. Benassi [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2016. – Vol. 48. – P. 132-144.
6. He L. Brain functional network connectivity development in very preterm infants the first six months / L. He, N.A. Parikh // Early Human Development. – 2016. – Vol. 98. – P. 29-35.

**Эффективность ранней абилитации недоношенных детей
с экстремально низкой массой тела.**

Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А., Некрасова А.М.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Введение. У ребенка, рожденного недоношенным, часто диагностируются задержки развития, при которых достижение навыков возрастного этапа отсрочено. Ряд авторов отмечает, что у недоношенных, рожденных с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), чаще, чем у доношенных, наблюдается задержка развития коммуникативных, двигательных и когнитивных функций [1, 2]. Таким образом, разработка и применение методов ранней реабилитации у данной категории пациентов высоко актуальна.

Цель исследования: оценить эффективность алгоритма реабилитационной помощи для формирования речи у недоношенных детей раннего возраста.

Методы. В исследование вошли 79 недоношенных пациентов, наблюдавшихся на базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ. В первую группу вошли 48 пациентов, получивших реабилитационную помощь согласно реабилитационному алгоритму и 31 пациент, не получивших реабилитационную помощь по каким-либо причинам. У всех детей оценивался психоневрологический профиль развития, в том числе оценивались функции речи (экспрессивной и импрессивной) и когнитивного развития по шкале Н.А. Скворцова. Алгоритм реабилитации выстраивался на

основе оценки реабилитационного потенциала при переводе на третий этап реабилитации, применения комплекса ранней абилитации, и, в дальнейшем, сенсомоторных упражнений, разработанных на основе концепции Н.А. Бернштейна «О построении движений» в совокупности со стандартными реабилитационными мероприятиями и методами ранней помощи.

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы Sprinf. За критический уровень значимости принималось $p < 0,05$. Для выявления связи между параметрами был проведен корреляционный анализ. Рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты. Дети первой группы были рождены на сроке $30,6 \pm 2,8$ недель с весом $1521,5 \pm 517,7$ г., дети второй группы – на сроке $29,4 \pm 2,9$ недель с массой $1475,3 \pm 619,3$ г. ($p > 0,05$). Речевые исходы оценивались к 3-х летнему возрасту. В первой группе нарушения речи наблюдались значительно реже, чем во второй (таблица 1).

Таблица 1

Нарушения речи и интеллекта у недоношенных детей с перинатальной патологией головного мозга

Исход к трем годам жизни	Первая группа (n=48)	Вторая группа (n=31)
Интеллектуальные функции	5 (10,4%)***	10 (32,3%)
Экспрессивная речь	10 (20,8%)*	16 (51,6%)
Импрессивная речь	6 (12,5%)**	12 (38,7%)

* $p < 0,01$, ** $-p < 0,02$, *** $p < 0,05$

Как видно из таблицы 1, частота нарушений речи и интеллекта к 3-х летнему возрасту была выше у пациентов, не получивших комплексную реабилитацию. При этом в первой группе у 6 (12,5%) детей, во второй группе у 4 (12,9%) детей отмечалась задержка речевого развития, у 1 (2,1%) пациента первой группы и у 1 (3,2%) ребенка второй группы был выставлен диагноз «Моторная алалия», у 1 (3,2%) ребенка второй группы наблюдались нарушения аутистического спектра и у 4 (8,3%) детей первой группы и у 10 (32,3%) пациентов второй группы нарушения речи и интеллекта отмечались в структуре инвалидизирующего неврологического диагноза ($p < 0,02$).

Корреляционный анализ выявил статистически значимые корреляционные связи (таблица 2).

Таблица 2

Данные корреляционного анализа в группе недоношенных детей с перинатальным поражением головного мозга

Параметр	Коэффициент корреляции	Достоверность	Коэффициент корреляции	Достоверность	Коэффициент корреляции	Достоверность
	Экспрессивная речь		Импрессивная речь		Интеллект	
Комплекс ранней абилитации (сенсомоторные упражнения)	- 0,34	p<0,01	- 0,37	p<0,001	- 0,36	p<0,01
Начало комплексной реабилитации до 6 месяцев жизни	- 0,35	p<0,01	- 0,37	p<0,001	- 0,31	p<0,01
Применение методов ранней помощи	0,30	p<0,01	-	-	-	-

Как следует из таблицы 2, раннее начало реабилитационных мероприятий, применение комплекса ранней абилитации (сенсомоторных упражнений) и методов ранней помощи, а также начало реабилитации до 6 месяцев жизни улучшали развитие интеллекта, экспрессивной и импрессивной речи.

Выводы. Применение разработанного алгоритма реабилитационных мероприятий ассоциированы с лучшими речевыми и когнитивными исходами к трем годам жизни.

Список литературы:

7. Benassi E. et al. Early communicative behaviors and their relationship to motor skills in extremely preterm infants / E. Benassi [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2016. – Vol. 48. – P. 132-144.
8. He L. Brain functional network connectivity development in very preterm infants the first six months / L. He, N.A. Parikh // Early Human Development. – 2016. – Vol. 98. – P. 29-35.