

инфекций (*St aureus*, *C. albicans*, *C. parapsilosis*) и превосходит общепризнанный антисептик бриллиантовый зеленый. Раствор Люголя показал незначительную эффективность в концентрации 1 и 0,1 % в отношении всех штаммов тест-культур. Однако эозин более эффективен в отношении вида *C. parapsilosis*, чем *C. albicans* даже в концентрации 0,01 %. Водный фуксин проявил себя как антисептик только в отношении бактерий рода *Staphylococcus*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельникова, Г. Н. Проблемы кожных антисептиков: состояние и перспективы / Г. Н. Мельникова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Состояние и перспективы совершенствования научного и практического обеспечения дезинфекционной деятельности в Российской Федерации». Звенигород, 22–23 сентября 2010 г. — С. 56–60
2. Дегтярева, Е. И. Микробиологическая эффективность кускового мыла / Е. И. Дегтярева, Ю. В. Атанасова // Веснік МДПУ імя І. П. Шамякіна. — 2014. — № 3 (44). — С. 3–8.

УДК 616.22 – 008.5 – 053.4(476.2)

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

Дегтярева Е. И.¹, Левковская М. Н.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Мозырский государственный педагогический университет имени И. П. Шамякина»

г. Мозырь, Республика Беларусь

Введение

Речевая функция является одной из важнейших психических функций человека. В процессе речевого развития формируются высшие формы познавательной деятельности, способности к понятийному мышлению. Значение слова уже само по себе является обобщением и в связи с этим представляет собой не только единицу речи, но и единицу мышления. Они не тождественны и возникают в какой-то степени независимо друг от друга. Но в процессе психического развития ребенка возникает сложное, качественно новое единство — речевое мышление, речемыслительная деятельность [1].

Овладение способностью к речевому общению создает предпосылки для человеческих социальных контактов, благодаря которым формируются и уточняются представления ребенка об окружающей действительности, совершенствуются формы ее отражения. Речь способствует осознанию, планированию и регуляции поведения ребенка. Речевое общение создает необходимые условия для развития различных форм деятельности и участия в коллективном труде. Нарушение речи в той или иной степени (в зависимости от характера речевых расстройств) отрицательно влияет на психическое развитие ребенка, отражается на его деятельности, поведении. Тяжелые нарушения речи могут влиять на умственное развитие, особенно на формирование высших уровней познавательной деятельности, что обусловлено тесной взаимосвязью речи и мышления и ограниченностью социальных, в частности речевых, контактов, в процессе которых осуществляется познание ребенком окружающей действительности. Оно может способствовать развитию отрицательных качеств характера (застенчивости, нерешительности, замкнутости, чувства неполноценности). В связи с этим важна профилактика речевых нарушений, которая невозможна без знания причин вызывающих различные недостатки речи. Знание вредоносных факторов воздействующих на организм или взаимодействие этих факторов дает возможность определить не только само речевое расстройство, но и его специфику, что позволяет произвести раннюю диагностику речевого нарушения, своевременную его коррекцию и избежать негативных последствий выражающихся в задержке умственного и психического развития ребенка. Все это дает возможность для воспитания всесторонне развитой и социально адаптированной личности [2].

Цель

Оценка речевой функции детей дошкольного возраста, а также изучение этиологии различных речевых нарушений (дислалия, дизартрия, заикание, задержка речевого развития) дошкольников, проживающих в г. Гомеле.

Профилактика речевых нарушений у детей тесно связана с предупреждением нервно-психических отклонений в состоянии здоровья. Однако предупреждение речевых нарушений невозможно без четкого понимания этиологии различных расстройств речи.

Материал и методы исследования

Объектом исследования является речь детей дошкольного возраста. Исследования проводились на базе филиала детской поликлиники № 1 г. Гомеля. Общее количество обследуемых детей дошкольного возраста с нарушением речи составило 125 человек (78 мальчиков и 47 девочек). Из них 79 человек с дизартрией различной степени тяжести, 24 человека с дислалией, 10 дошкольников с заиканием и 12 детей с задержкой речевого развития. Диагностика периферических нарушений речи у детей дошкольного возраста нами была проведена по методике Т. А. Ткаченко. Диагностика речевых нарушений включает сбор кратких анамнестических данных, исследование особенностей психического развития, психического состояния, поведения, обследование анатомического строения артикуляторного аппарата, изучение речевой моторики, звукопроизношения и слуховой дифференциации дефектно произносимых звуков [3].

Результаты исследований и их обсуждение

В ходе проведенного анкетирования родителей, дети которых страдают дизартрией, были установлены и проанализированы негативные факторы, вызывающие это речевое нарушение. При дизартрии преобладающей группой факторов, вызывающих данное речевое нарушение является осложненное протекание родов и составляет 38,5 % от всей совокупности негативных причин, причем число детей, при рождении которых наблюдалась акушерская патология, преобладает над числом детей родившихся с асфиксией. Неблагоприятная наследственность также является основополагающей при дизартрии и составляет 37,8 %, однако в этой группе причин основным негативным фактором являются вредные привычки родителей, а именно курение. Патология внутриутробного развития, где наиболее часто встречаемым негативным фактором оказались токсикозы первой и второй половины беременности составляют 15,4 % от всех негативных причин. Как выяснилось в результате анкетирования родителей дошкольников с речевыми патологиями, нарушение раннего развития ребенка играет наименьшую роль в возникновении дизартрии у детей дошкольного возраста, чаще всего негативные факторы этой группы выступают как сопутствующие или отягощающие.

Таким образом, в развитии дизартрии доминирующее значение принимают такие этиологические причины, как вредные привычки родителей, акушерская патология и асфиксия, так как данные факторы могут нарушать иннервацию речевого аппарата. Также нужно отметить, что такие причины как воспалительные заболевания внутреннего и среднего уха и психические травмы ребенка не влияют на возникновение данной речевой патологии.

Из опрошенных нами родителей, 24 человека указали в графе «речевое нарушение» дислалию различной степени тяжести. При данном речевом нарушении не было отмечено такой группы негативных факторов, как «осложненное протекание родов». Преобладающей группой причин возникновения дислалии является нарушение раннего развития ребенка и составляет 71,2 % от всей совокупности негативных причин, причем доминантным фактором в этой группе является наличие дефектов речи в окружении ребенка. 24,4 % от всей совокупности негативных причин составляет неблагоприятная наследственность, причем превалирующим фактором в этой группе является курение родителей. Патология внутриутробного развития при дислалии составляет лишь 4,4 % и не является определяющей группой причин.

Таким образом, в развитии данного речевого нарушения главную роль играет такая причина речевых нарушений, как дефекты речи в окружении ребенка, повреждение речевого аппарата, вредные привычки родителей остальные негативные факторы практически не влияют на возникновение дислалии. Такой результат может быть связан с тем, что при дислалии

происходит нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Задержка речевого развития, как и другие речевые нарушения негативно сказывается на психическом и физиологическом развитии ребенка. Как и другие патологии речи детей, она обусловлена комплексом эндогенных и экзогенных факторов. Доминантными являются такие группы причин, как неблагоприятная наследственность, преобладающей причиной в этой группе факторов являются вредные привычки родителей, и нарушение раннего развития ребенка, где доминирующей причиной являются психические травмы. Необходимо отметить, что такая негативная причина, вызывающая речевые нарушения у детей дошкольного возраста, как искусственное прерывание предшествующих беременностей матери также влияет на возникновение у дошкольников задержки речевого развития. Негативную роль в возникновении задержки речевого развития ребенка играют вредные привычки, травмы головы, психические травмы, токсикозы первой и второй половины беременности матери, что может объясняться тем, что во время токсикоза происходит отравление плода токсическими веществами матери, что в дальнейшем может негативно повлиять на речевое развитие ребенка.

Самой малочисленной речевой патологией из рассмотренных в нашей работе оказалась заикание. Установить причину заикания сложно. Важной группой негативных факторов при данной патологии является нарушение раннего развития ребенка и составляет 40 % от всей совокупности негативных причин. Следует также отметить, что психические травмы, такие, как испуг, переживания в связи с разлукой с матерью, длительная психотравмирующая ситуация в семье, а так же вредные привычки родителей, а именно курение, составляют по 17,1 % от всей совокупности негативных факторов.

Таким образом, не смотря на доминирование различных негативных факторов при различных речевых нарушениях, патологии речевого развития вызваны в большинстве случаев не отдельно взятым фактором, а совокупностью негативных причин влияющих на ребенка в большей или меньшей степени. При заикании главенствующую роль играют как вредные привычки родителей, так и психические травмы, полученные детьми в раннем возрасте, кроме того, значимую роль среди причин, приводящих к возникновению заикания, играют травмы головы. Названные причины являются ведущими и приводят к нарушению темпо-ритмической организации речи, обусловленной судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Такие причины как резус-конфликт, воспалительные заболевания внутреннего и среднего уха, а также повреждение речевого аппарата не влияют на возникновение данного речевого нарушения.

В ходе изучения речевой функции детей дошкольного возраста г. Гомеля были получены данные о частоте встречаемости различных речевых нарушений среди мальчиков и девочек. В результате проведенного исследования были определены соотношения частот встречаемости рассмотренных нами речевых нарушений у мальчиков и у девочек.

Таким образом, соотношение частоты встречаемости дизартрии у мальчиков и у девочек составило 0,13:0,072, что говорит о том, что дизартрия у мальчиков встречается почти в два раза чаще, чем у девочек. Такое речевое нарушение как дислалия у мальчиков встречается в 1,5 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Число детей разного пола с задержкой речевого развития практически одинаково, что видно из соотношения, полученного в результате исследования: 0,016:0,014. Мальчиков страдающих заиканием больше, чем девочек у которых встречается данное речевое нарушение, соотношение частоты встречаемости заикания у мальчиков и у девочек составило 0,024:0,002. Таким образом, можно сделать вывод о том, что различные речевые нарушения у мальчиков встречаются чаще, чем у девочек. Соотношение частоты встречаемости речевых нарушений у мальчиков и девочек составило 0,21:0,11. Что говорит о том, что у мальчиков дошкольного возраста речевые нарушения встречаются в два раза чаще, чем у девочек. Почти все рассмотренные нами речевые нарушения, кроме задержки речевого развития, чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Такая картина обусловлена тем, что у мальчиков быстрее, чем у девочек, развивается правое полушарие. У девочек же, наоборот, левое (речевое) полушарие развивается быстрее, в связи с чем, у них отмечаются более ранние сроки речевого развития. Причиной, определяющей преобла-

дание речевых нарушений у лиц мужского пола, также могут быть интеллектуальные и речевые расстройства, связанные со специфическими изменениями в структуре X-хромосомы.

Выводы

Таким образом, проведенные нами исследования позволили не только выяснить этиологию различных речевых, но и проанализировать зависимость частоты встречаемости речевого нарушения от негативного фактора, вызывающего данное нарушение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на данный момент среди речевых расстройств детей дошкольного возраста доминирующим является дизартрия. При остальных речевых патологиях рассмотренных в нашей работе, основной группой негативных факторов вызывающих данные речевые недостатки является нарушение раннего развития ребенка, а именно дефекты речи в окружении ребенка и психические травмы. Также следует отметить существенный процент и бесспорное негативное влияние на речевое развитие детей дошкольного возраста такой группы негативных факторов, как вредные привычки родителей, а именно курение.

По результатам работы видно, что различные речевые нарушения у мальчиков наблюдаются чаще, чем у девочек, что связано с физиологическими особенностями строения и развития головного мозга, а также более выраженной неустойчивостью нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валетов, В. В. Физиология: практические рекомендации / В. В. Валетов, Е. И. Дегтярева // УО МГПУ им. И. П. Шамякина. — Мозырь, 2011. — 123 с.
2. Дегтярева, Е. И. Оценка физического развития учащейся молодежи Гомельского региона / Е. И. Дегтярева, Ю. П. Дойняк // Веснік МДПУ імя І. П. Шамякіна. — 2012. — № 4 (37). — С. 17–25.
3. Заваденко, Н. Н. Нарушения развития речи у детей и их коррекция / Н. Н. Заваденко // Лечащий врач. — 2006. — № 5. — С. 30–35.

УДК 616.155.392-036.11:616.83-006.31-053.2-07:615.277.3

ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ У ПАЦИЕНТА С ЭНЦЕФАЛОТРИГЕМИНАЛЬНЫМ АНГИОМАТОЗОМ ШТУРГЕ — ВЕБЕРА

Демиденко А. Н.¹, Ромашевская И. П.¹, Ходулева С. А.², Ромашевская В. И.¹

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые лейкозы в структуре злокачественных новообразований у детей занимают первое место и составляют около 25 % всех онкологических заболеваний в детском возрасте. Более 80 % всех лейкозов у детей имеют лимфоидное происхождение, из них 80 % составляют опухоли из предшественников В-лимфоцитов. Заболеваемость в развитых странах составляет приблизительно 30 детей на 1млн. детского населения. Пик заболеваемости приходится на возраст 2,5–5 лет, причем мальчики болеют чаще (соотношение 1,6:1). К факторам развития острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) можно отнести немолодой возраст матери к моменту беременности, возможные неблагоприятные факторы среды или генетическая предрасположенность, синдромы нестабильности хромосом. Не исключается и предположение, что развитие ОЛЛ происходит в результате спонтанной мутации нормальных гемопоэтических клеток-предшественников, после чего факторы среды приводят к злокачественной пролиферации [1, 2, 3].

Энцефалотригеминальный ангиоматоз (невоидная аменция, болезнь Штурге — Вебера, синдром Штурге — Вебера — Краббе) — спорадически возникающее заболевание, характеризующееся наличием ангиом мягкой мозговой оболочки и кожи лица, как правило в области глазной и верхнечелюстной ветвей тройничного нерва. Поражение мягкой мозговой обо-