характеризуется нарушениями секреции инсулина в бета-клетках островков поджелудочной железы и снижением чувствительности тканей к этому гормону. В последние годы получило развитие новое направление в лечении СД2, основывающееся на использовании инкретинового эффекта, суть которого сводится к стимуляции глюкозозависимой секреции инсулина и снижении секреции глюкагона гастроинтестинальными гормонами. Новой группой в лечении СД2 являются ингибиторы дипептидилпептидазы типа 4 (ИДПП4), действие которых основано на их способности повышать концентрацию инкретинов за счёт подавления активности фермента дипептидилпептидазы типа 4 [1, 2].

Цель исследования. Показать эффективность применения препаратов группы ингибиторов дипептидилпептидазы типа 4 в лечении сахарного диабета 2 типа.

Методы исследования. Анализ основных экспериментальных и клинических литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. ИДПП4 приводят к необратимому энзиматическому разрушению ДПП4. Современное понимание адекватного гликемического контроля, основанное на анализе результатов экспериментальных и клинических исследований, сфокусировано на том, что ИДПП4 не повышают массу тела, что благоприятно отличает их от глитазонов и производных сульфанилмочевины. ИДПП4 не приводят к гипогликемии, что является серьезным аргументом в их пользу, также они обладают защитным эффектом в отношении бета-клеток. ИДПП4 предлагаются в качестве одного из классов препаратов первого выбора в монотерапии начальных стадий СД2 при уровне гликированного гемоглобина (HbA1c) 6,5–7,5 %. На фоне монотерапии ИДПП4 снижают уровень HbA1c на 0,5–1 %. Следует отметить, что 75 % российских эндокринологов назначают препараты класса ИДПП4 [1].

В Российской Федерации в настоящее время для клиники зарегистрировано три препарата указанной группы – ситаглиптин (янувия), вилдаглиптин (галвус) и саксаглиптин (онглиза). Различия имеющихся на сегодняшний день ИДПП4 определяются особенностями метаболизма (саксаглиптин и вилдаглиптин метаболизируются в печени в отличие от ситаглиптина), экскреции, рекомендуемых доз, кратности приема. Вместе с тем по эффективности препараты сходны в отношении степени снижения HbA1c, профиля безопасности и переносимости. Вилдаглиптин и ситаглиптин назначаются перорально в дозе 100 мг, а саксаглиптин в дозе 5 мг один раз в день. При комбинированном назначении они используются в сочетании с метформином и/или глитазонами. При применении ИДПП4 не наблюдается выраженных побочных эффектов. Чаще, чем в контроле, описываются инфекции верхних дыхательных путей. Эти эффекты отмечались не более чем у 5 % больных [3, 4]. При применении ситаглиптида выявлен риск развития панкреатитов, однако частота панкреатитов была достоверно меньше, чем на фоне других пероральных сахароснижающих препаратов [5].

Выводы. Ингибиторы дипептидилпептидазы типа 4 – эффективные сахароснижающие средства для перорального применения.

Список литературы

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Сахарный диабет. – Вып. 5-й. – 2011. – № 3. – Прил. 72 с.

2. Клиническая фармакология пероральных сахароснижающих лекарственных средств в обучении студентов фармацевтических вузов / А.В. Сергиенко [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 17–20.

3. Inhibition of dipeptidyl peptidase IV improves metabolic control over a week study period in type 2 diabetes / B. Ahren [et al.] // Diabetes Care. – 2002. – Vol. 25. – P. 869–875.

4. Barnett, A. DPP-4 inhibitors and their potential role in the management of type 2 diabetes // Int J ClinPract. – 2006. – Vol. 60. – P. 1454–1470.

5. Tolerability of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: a review / K.R. Richard [et al.] // ClinTher. – 2011. – Vol. 33(11). – P. 1609–29.

«Качество жизни больных с различными нозологическими формами», Маврикий, 18-25 февраля 2013 г.

Медицинские науки

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ

Епифанцев А.В., Милокост С.А., Михайленко И.А.

ГБУ РО «Областная детская больница», Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru

Лечебная ритмика при алалии является одной из форм своеобразной активной терапии.

Основной принцип системы музыкально-ритмического воспитания заключается в тесной связи движения с музыкой. Музыка как одно из наиболее доступных искусств с её огромным эмоциональным влиянием, с её богатыми средствами выразительности дает возможность разнообразить приемы движения и характер упражнений.

Особенность логоритмических занятий заключается в том, что в упражнениях уделяется большое внимание слову. Музыка в данном случае используется для создания особого метода, направленного на исправление форм речевых расстройств. Введение слова дает возможность создавать также и целый ряд упражнений, ру-

ководимых не музыкальным ритмом, а ритмом в стихотворной форме, позволяющим сохранять при этом принцип ритмичности в движениях и имеет свои особенности.

Первая особенность заключается в том, что в двигательные задания включается речевой материал, т.е включение слова в упражнения с музыкой.

Вторая – на занятиях музыка не просто сопровождает движение, а является его руководящим началом. Идейное содержание музыки, оттенки, темп её и другие средства музыкальной речи могут быть использованы для упорядочения характера и темпа движения. Третьим преимуществом является стремление растормозить перенапряженный мышечный тонус у детей. Напряжение это часто соответствует заторможенности речи. Заторможенность моторики распространяется часто на всю мускулатуру в целом, охватывая не только речевой аппарат, но также плечевой пояс, верхние и нижние конечности.

Необходимо отметить еще одну специфику логопедической ритмики. Целый ряд упражнений в ней построен таким образом, чтобы словесные, музыкальные или зрительные сигналы вызывали немедленные, заранее обусловленные действия. Этим способом заостряется внимание, вырабатывается быстрая двигательная реакция или развивается способность к выбору реакции, к торможению, к умению переключаться с одного задания на другое.

Цель логоритмического занятия, следующего сразу после логопедического, закрепление навыков полученных у логопеда, развития речевых актов и развитие двигательной сферы детей путем включения подвижных игр, обще развивающих упражнений и двигательных упражнений с речью. В наших условиях работа проводится в группе – это воспитывает чувство партнёра, укрепляет меж индивидуальные связи, повышает положительный эмоциональный настрой занятия.

Известно, что эффективность воспитательного воздействия зависит от включения в коррекционный процесс родителей ребёнка. Поэтому желательно присутствие и участие родителей на этих занятиях. Противопоказанием для привлечения на логоритмические занятия являются выраженные локомоторные нарушения при тяжелых формах ДЦП. Логоритмика с детьми, страдающими алалией, проводится в четыре этапа:

На первом этапе создаются условия для восстановления контакта с детьми, поскольку, в поведении детей на первых занятиях выделяется нечто общее: отсутствие направленного интереса, отказ от общения, ослабление ориентировочной деятельности, страх новой обстановки. В связи с этим вначале устанавливается внеречевой контакт с ребёнком, т.е. привлекаются мимические, ритмические, действенные формы взаимодействия, ласковая, ободряющая улыбка, поощрительный кивок головой.

В первую очередь формируются корригирующие основные движения детей (ходьба, бег, прыжки, равновесие). Обще развивающие упражнения делятся:

а) для рук и мышц плечевого пояса;

б) для ног;

в) для мышц туловища.

Они могут проводиться без предметов и с предметами (флажками, мячами, маракасами). Чтобы дети хорошо чувствовали темп и ритм музыки, мы сопровождаем слушание её с отстукиванием ритма.

На втором этапе логоритмических занятий включаются задания, тренирующие основные движения: бег, ходьбу, прыжки, хлопки, отстукивания для воспитания выразительности, ритма и темпа движений. Например: дети ходят под музыку или удары барабана, бубна, меняя темп движений, ударяют мячом об пол и ловят его. С переходом музыки на быстрый темп, бегут по кругу, а с возобновлением медленного темпа опять ударяют о пол.

На третьем этапе занятия способствуют воспитанию памяти детей. Для развития зрительной, слуховой памяти проводятся упражнения типа «Делай как я», «Что изменилось?» (Например, в построении детей), «Запомни и повтори», (движение, ряд движений или движение на координацию). Особое внимание уделяется развитию речевого дыхания, подвижности артикуляционного аппарата и работе над дикцией. Вначале следует петь изолированно только гласные звуки, далее – цепочки от 2 до 4 гласных и слоги, в которые входят согласные, не вызывающие затруднений у детей. Стимулирование одно и двухсловных ответов.

На четвёртом этапе продолжается совершенствование многообразной речевой деятельности детей. В упражнениях воедино соединяются музыка, движение, слово. Таким образом, логоритмические занятия, разнообразные по содержанию, по их сочетанию с другими занятиями, способствуют реализации основной задачи: развитию всех сторон речевой деятельности детей, совершенствованию всех функций речи, памяти, внимания, мышления и других сторон психической деятельности.