

природе, прослушивают музыкальные отрывки, делают словесное описание возникающих при этом образов и их графическое изображение, определяют пространственное расположение предметов и изображают их на плоскости, работают с цветной бумагой (аппликации), рисуют цветными мелками на асфальте. Работы выполняются в двухмерном плоскостном изображении карандашами, фломастерами, акварельными и гуашевыми красками. Объемные или полуобъемные работы выполняются из пластилина, цветной бумаги, картона, природных и других материалов. Планирование занятий составляется с учетом конкретных условий: физиологических, психологических и ортопедических особенностей состава группы и первоочередности выполнения поставленных задач. Важно учитывать разнообразие видов работ, чередуя по возможности рисование и лепку, работу на плоскости и объеме, восприятия графики и прослушивание музыки.

Анализируя материалы исследований Кузнецовой Г.В., посвященных изучению условий, способствующих развитию творческих способностей в процессе изобразительной деятельности детей с нарушениями ОДА, необходимо отметить, что такие дети испытывают определенные трудности в процессе развития творческих способностей. Поэтому создание специальных условий в процессе изобразительной деятельности для повышения уровня творческих способностей у детей дошкольного возраста с нарушениями ОДА является важной коррекционно-педагогической задачей. Коррекция недостатков развития творческих способностей, позволит ребенку быстрее достичь оптимально возможный для него уровень общего развития, что в современных условиях является важной и актуальной задачей специального образования.

Литература

1. Кузнецова Г.В., Савчинская Л.И., Иванушкина А.И. и др. // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2012. – № 3. – С. 20–30.

УДК 376.3

О.Ю. Шалимова

К проблеме диспраксии у детей

В последнее время наблюдается увеличение численности детей с различными формами отдаленных последствий перинатальной патологии ЦНС. По различным данным, дети с последствиями перина-

тальных поражений нервной системы составляют 20 – 25 % детской популяции, на их долю приходится 60 % всех случаев детской неврологической патологии [5]. Увеличение численности детей с «функциональными» неврологическими расстройствами объясняется несовершенством адаптационно-приспособительных и функциональных возможностей ЦНС [4]. Даже при минимальных перинатально обусловленных проявлениях церебральной дисфункции у новорожденных в последующие возрастные периоды развития отмечается формирование разнообразных неврологических и психосоматических синдромов, связанных с выявлением диффузной неврологической симптоматики, умеренно выраженных сенсомоторных нарушений, расстройствами речи и развития школьных навыков – дисграфии, дислексии, дискалькулии [1]. Более 50 % этих детей имеют нарушение развития двигательных функций в виде диспраксии – неуклюжести, двигательной неловкости, неудовлетворительной мелкой моторики и признаков статико – моторной недостаточности [2].

Диспраксия – специфическое расстройство развития двигательных функций, синоним – «синдром неуклюжести» (МКБ – 10, F 82.), вследствие задержки созревания пирамидных, мозжечковых систем, регулирующих координацию и плавность движений.

Термин «диспраксия» известен с середины XX века, его понимание и номинация среди специалистов различно. Диспраксия может носить названия: синдром неуклюжего ребенка, расстройство координации, минимальная дисфункция мозга (МДМ), трудности двигательных реакций и др. [1]. В соответствии с рекомендациями МКБ – 10 определены диагностические критерии диспраксии: а) показатель по стандартизированному тесту на моторную координацию как минимум на два стандартных отклонения ниже уровня, для возраста ребенка; б) данное двигательное нарушение существенно препятствует обучению или деятельности в повседневной жизни; в) нет четкого диагностируемого неврологического расстройства.

По мнению многих авторов, первые признаки диспраксии выявляются в возрасте 5-7 лет и (или) в начале обучения в первом классе школы [1], [2]. Считается, что диспраксия выявляется у каждого двенадцатого ребенка, при этом у мальчиков чаще, чем у девочек [1].

Причины диспраксии неизвестны, но результаты нейрофизиологических исследований выявили, что она чаще может быть вызвана недостаточным развитием или незрелостью нейронов головного мозга, а не его повреждением. Часто этиологию диспраксии связывают с определенным взаимодействием факторов окружающей среды и генетиче-

ских особенностей. При диспраксии нарушения высших психических функций в результате отставания созревания структур, ответственных за реализацию процессов управления построением движений являются проявлениями системного межполушарного и многоуровневого дизнейроонтогенеза, начиная с уровня неспецифических систем головного мозга [1]. Часто проявления диспраксии связаны с патологией теменных долей головного мозга [3].

Диспраксия у детей имеет разнообразные клинические и социально-бытовые проявления:

- медленно учится одеваться и самостоятельно есть;
- неаккуратный во время работы прием пищи, плохо пользуется ножом или вилкой;
- не может или плохо прыгает, катается на велосипеде, часто падает на ровном месте и спотыкается при ходьбе;
- плохо удается играть в мяч, бросать и ловить его;
- ребенок не ловок в выполнении любых целенаправленных действий;
- имеет трудность в письме, плохо рисует;
- могут быть проблемы с поиском друзей;
- пониженный интерес к выполнению разных обязанностей;
- могут быть различные психоэмоциональные и поведенческие комплексы;
- нестабильная и вялая осанка.

Таким образом, диспраксия относится к проблеме с адекватной последовательностью движений, то есть к нарушениям в системе построения движения, а именно последовательности и выбора.

Первыми, кто замечает наличие двигательных проблем у ребенка, являются его родители, чем раньше ребенок будет обследован и получит своевременную помощь, тем выше шансы на успех коррекции двигательных нарушений. Трудности с двигательными расстройствами у детей уменьшаются по мере его взросления [1]. Логопед первым должен обратить внимание на нарушения в формировании моторных навыков у ребенка, так как часто вербальная диспраксия связана с общей диспраксией.

Все выявляемые при диспраксии нарушения делятся на четыре основные категории: 1)трудности с речью, ребенок не может управлять мышцами, формирующими речь, воспроизводить правильно звуки, произносить слова, контролируя при этом дыхание; 2)трудности с рисованием и письмом, сложность обучения простым движениям, неправильное держание ручки, малую скорость письма; 3)трудности при

движениях, ребенок плохо удерживает равновесие и с трудом воспроизводит заданную последовательность движений; 4) трудности в подвижных играх, ребенок плохо прыгает, не может поймать мяч, бросить его и т.д.

Все вышеперечисленное, позволило выявить характерные особенности у детей с диспраксией перинатального происхождения, это сочетание двигательных нарушений и расстройств когнитивных функций [1], что обязательно должно учитываться при составлении программы реабилитации детей данной группы.

Литература

1. Шайтор В.М., Емельянов В.Д. Диспраксия у детей с последствиями перинатального повреждения нервной системы (стабилометрическая диагностика и коррекция). – СПб., 2012.
2. Корнеев А.Н. Дизлексия и дизграфия у детей. – СПб.: Гиппократ, 1995.
3. Богданов О.В. Физиологические основы процессов восстановления функций мозга и реабилитации организма (теоретические предпосылки у функциональному биоуправлению с обратными связями). – СПб., 2000.
4. Шайтор В.М. Диагностика клинических проявлений последствий перинатального поражения нервной системы у детей дошкольного возраста // Материалы XII Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (19 – 22 февраля 2008 г., Москва). – М., 2008.
5. Яцык Г.В. Этапная реабилитация новорожденных детей с перинатальной патологией – профилактика отсроченных нарушений здоровья подростков / Г.В. Яцык, А.А. Степанов, Е.П. Бомбардирова // Российский педиатрический журнал. – 2007.