



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№2/2017



**Ранняя диагностика
нарушения слуха
у детей**

**Отомикозы
в детском возрасте**

**Особенности
развития детей
с заболеваниями
ЛОР-органов**

**Кохлеарная
имплантация:
вчера, сегодня, завтра**

**Эмоциональная
регуляция и саморегу-
ляция ребенка**



ГОСТЬ НОМЕРА:

**Яков
Михайлович
САПОЖНИКОВ**

ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЕТЕЙ

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПЛАКАТЫ

Яркие, красочные, формата А2



Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru





МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 2/2017

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120, 39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА*Дружиловская О.В.* Сенсорные возможности ребенка 5**ГОСТЬ НОМЕРА***Сапожников Я.М.* Современные возможности
ранней диагностики нарушения слуха у детей 6

Гигиена

ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКА*Воропаева И.Е.* Растем вместе с зубами 12**ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА***Кузьмина Л.А., Кузьмина Н.А.* Кохлеарная имплантация:
вчера, сегодня, завтра 16*Черкасова Е.Л.* Особенности развития дошкольников
с заболеваниями ЛОР-органов..... 23

Педиатрия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ*Гришечко Ю.В.* Снижение слуха у детей 30**ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК***Фомина А.Н.* Эмоциональная регуляция и саморегуляция
как фактор психологического здоровья ребенка 35**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ***Сапожников Я.М.* Серные пробки 44

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гришечко Ю.В. Отомикоз у детей 52

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Шевцова Е.Е., Шамаева Ю.В. Формирование оптико-пространственного гнозиса у детей 5—6 лет с системным нарушением речи 55

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Смирнова О.И., Славгородская О.Н. Основные методы профилактики нарушений слуха у детей 67

Педагогика

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Харламова Т.А. Психофизическое развитие и уровень формирования движений детей 84

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Артемова Е.Э., Камышева С.Н. Психическое и физическое здоровье детей при аутизме 97

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

Дружиловская О.В., Говорушкина Е.А. Формирование пространственно-временных представлений у дошкольников... 104

Ярцева Ю.М. Дифференцированный подход в системе логопедической работы с дошкольниками с ОВЗ 111

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

Игнатова И.А. Интеграция разных видов искусства и художественной деятельности в развитии детей с ОВЗ и детей-инвалидов 116

Актуально!

СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ

Игнатова И.А. Как предупредить ошибки в чтении и письме при обучении ребенка в школе 122

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ? 51, 121

КНИЖНАЯ ПОЛКА 66, 96, 110, 124

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ 126

КАК ПОДПИСАТЬСЯ 127

АНОНС 128

Редакционный совет

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (Москва).

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Дружиловская Ольга Викторовна, канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Малямова Любовь Николаевна — д-р мед. наук, главный специалист-педиатр Министерства здравоохранения Свердловской обл. (г. Екатеринбург).

Сафонкина Светлана Германовна — канд. мед. наук, доцент, заместитель главного врача Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» (Москва).

Склянова Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения, почетный работник общего образования РФ, директор «Городского центра образования и здоровья «Магистр»» (г. Новосибирск).

Скоблина Наталья Александровна — д-р мед. наук, заведующий Отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Степанова Марина Исааковна — д-р мед. наук, старший научный сотрудник, зав. лабораторией гигиены обучения и воспитания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Чубаровский Владимир Владимирович — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Ямщикова Наталия Львовна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Редакционная коллегия

Боякова Екатерина Вячеславовна — канд. пед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Институт художественного образования и культурологии Российской академии образования», главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Дружиловская Ольга Викторовна, канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Парамонова Маргарита Юрьевна — канд. пед. наук, декан факультета дошкольной педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре», член-корреспондент МАНПО.

Танцюра Снежана Юрьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры психологии и педагогики ГАУ ИПК ДСЗН «Институт переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы», главный редактор журнала «Логопед».

Цветкова Татьяна Владиславовна — канд. пед. наук, член-корреспондент Международной академии наук педагогического образования, генеральный директор и главный редактор издательства «ТЦ Сфера».

Индекс

ГБОУ СОШ № 1394, Москва.....	104	гический государственный университет», Москва	23
ГБОУ «Школа № 933», Москва ...	84	Кафедра психологической антропологии Института детства	
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации», Москва	55	ФГБОУ ВО «Московский государственный педагогический университет», Москва	35
Дошкольное подразделение ГБОУ «Школа № 2110 МОК «Марьино», Москва	16	ООО «Реабилитационный центр «Резонанс», Москва...30, 52	
Дошкольное подразделение ГБОУ «Школа № 2121 «Образовательный комплекс им. Маршала Советского Союза С.К. Куркоткина», Москва.....	16	Стоматологический центр «Дента Гранд Сервис», Москва... 12	
Кафедра анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва	104	ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва	97, 111
Кафедра коррекционной педагогики и специальной психологии ФГАОУ ДПО АПК и ППРО, Москва	116, 122	ФГБНУ «Госпиталь для инкурабельных больных — научный лечебно-реабилитационный центр», Москва	55
Кафедра логопедии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва	23	ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва	6, 44
		Центр реабилитации незлышащих «Отофон», Москва	67
Артемова Ева Эдуардовна	97	Сапожников Яков Михайлович	6, 44
Воропаева Ирина Евгеньевна....	12	Славгородская Оксана Николаевна	67
Говорушкина Елена Александровна	104	Смирнова Ольга Ивановна	67
Гришечко Юлия Вячеславовна	30, 52	Фомина Алла Николаевна	35
Дружиловская Ольга Викторовна	104	Харламова Татьяна Анатольевна	84
Игнатова Ирина Александровна	116, 122	Черкасова Елена Леонидовна	23
Камышева Светлана Николаевна	97	Шамаева Юлия Валерьяновна	55
Кузьмина Людмила Анатольевна	16	Шевцова Елена Евгеньевна	55
Кузьмина Наталья Анатольевна	16	Ярцева Юлия Михайловна	111

Сенсорные возможности ребенка

Наш журнал научно-практический, поэтому все публикации имеют не только практико-ориентированное направление, но и научное обоснование. В этом номере рассматривается взаимодействие ребенка с окружающим миром с позиции интегративного подхода. Одни дети воспринимают весь спектр сигналов соответственно возрасту, другие — очень избирательно. Эта особенность прежде всего отражается в недостаточности формирования чувственного опыта и задержке развития. Мы постарались раскрыть особенности сенсорных впечатлений в процессе формирования пространственно-временных отношений.

В этом номере журнала представлены коррекционно-развивающие технологии нейropsychологического и психолого-педагогического плана. Восприятие сигналов из внешнего мира и внутренней среды организма формируется на основе совместной деятельности зрительной, слуховой, тактильной, проприоцептивной, вестибулярной, вкусовой и обонятельной сенсорных систем. Анализ психофизического развития ребенка методом моторных проб может использоваться в диагностических целях медицинскими и педагогическими работниками ДОО.

Восприятие информации, одновременно поступающей по нескольким чувственным каналам, и ее объединение в одно целое называется сенсорной интеграцией. Нарушения функций внешних сенсорных систем, особенно зрительной и слуховой, чрезвычайно затрудняют познание внешнего мира.

Дети с дисфункцией сенсорной интеграции имеют моноканальный характер восприятия: они вычлениают из широкого спектра сенсорных сигналов отдельные аффективно значимые для них раздражители, поэтому окружающий мир представляется им хаотичным и раздробленным.

В этом номере мы уделили особое внимание сенсорному развитию глухих и слабослышащих детей. Нарушение речи и средств общения, отставание в предметной и игровой деятельности этой категории воспитанников приводят к своеобразию и задержке сенсорного развития. Дети с потерей слуха при особой системе обучения и воспитания, основанной на знании психофизиологии сенсорных процессов, нормально развиваются и обучаются, проявляют хорошие умственные способности. Наша задача — донести знание о сенсорных возможностях детского организма до родителей и других членов семьи.

Желаем вам успехов в вашей деятельности. Будем рады поделиться вашим опытом внедрения современных оздоровительных и коррекционно-развивающих технологий.

Главный редактор журнала О.В. Дружиловская

Современные возможности ранней диагностики нарушения слуха у детей

Сапожников Яков Михайлович,
*д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА России», четырежды лауреат
премии им. Н.И. Пирогова РГМУ «За лучшую
научно-исследовательскую работу», лауреат
премии Правительства Москвы в области
здравоохранения и медицины*

Яков Михайлович, расскажите немного о себе. Как начинался Ваш путь в роли врача?

В 1971 г. я окончил Витебский государственный медицинский институт, затем — интернатуру по оториноларингологии. После учебы по направлению три года работал врачом-оториноларингологом в Центральной районной больнице г. Поставы Витебской области, где много оперировал. Работу продолжил в Москве в больнице им. С.П. Боткина. В 1977—1979 гг. обучался в клинической ординатуре по оториноларингологии в клинике лечебного факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (ныне — ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), в 1980 г. начал работать в этом институте: сначала младшим на-

учным сотрудником, затем стал профессором.

В 1984 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Особенности некоторых форм тугоухости и глухоты по данным электрокохлеографии и промоториального теста». Работа была посвящена объективной аудиометрии и отбору кандидатов (глухих) на кохлеарную имплантацию.

С 1985 по 2013 г. работал на кафедре детских ЛОР-болезней ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (на базе Морозовской ДГКБ). Там продолжил научную работу, которую успешно сочетал с лечебной и преподавательской.

В 1996 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Со-

временные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости у детей в возрастном аспекте» и стал профессором.

В настоящее время я врач-оториноларинголог высшей категории, владею всеми методами аудиологической диагностики и слухопротезированием. Автор более 200 научных и учебно-методических работ, 6 патентов на изобретения, 4 рационализаторских предложений. Соавтор 4 монографий, в том числе «Национального руководства по детской оториноларингологии» (2006) и «Национального руководства по детской оториноларингологии» (2008). Награжден Золотой медалью на Всемирном Салоне изобретений, новых технологий и промышленных инноваций за разработку аппарата и нового метода лечения тугоухости.

Какую оценку сегодня можно дать состоянию слуховой функции детей?

В мире 4—6% тугоухих детей (глухота у 0,1%), в России — около 13 млн человек (глухих — 150 тыс.), детей и подростков с нарушениями слуха в РФ — около 1,3 млн.

Считается, что на 1000 нормально слышащих новорожденных приходится один ребенок с глухотой. 2—4% новорожденных имеют глухоту или выраженные

нарушения слуха. По данным исследователей, у 82% детей нарушения слуха возникают на первом-втором году жизни, т.е. в доречевой период или период становления речи.

1—2 ребенка на 10 000 новорожденных рождаются с пороками развития наружного и среднего уха, 5—10% детей — недоношенными. Ежегодно в РФ нуждаются в слухопротезировании 150 тыс. детей.

Причины увеличения числа тугоухих и глухих детей — широкое применение ототоксичных антибиотиков, рост числа вирусных заболеваний, повышение общего радиационного фона и увеличение в связи с этим синдромальных пороков развития уха, алкогольная и иная интоксикация в период беременности.

Аудиологическое обследование детей различных возрастных групп имеет свои особенности. Это касается объема применяемых методов, особенностей их проведения, оценки и интерпретации получаемых результатов.

Яков Михайлович, на какие группы факторов необходимо обратить внимание специалистам ДОО?

Можно выделить следующие группы факторов риска по тугоухости и глухоте при определении показаний для исследований

слуха у новорожденных и детей раннего возраста:

— неблагоприятное течение беременности (врожденная тугоухость и глухота) — токсикоз беременности, угроза выкидыша и преждевременных родов, резус-конфликт матери и плода, гестозы, опухоли матки, заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, ОРВИ, цитомегаловирусная инфекция и др.), прием матерью ототоксичных антибиотиков, алкогольная и иная интоксикация, воздействие радиации;

— патологические роды: преждевременные, стремительные, затяжные, наложение щипцов, кесарево сечение, частичная отслойка плаценты, ягодичное и тазовое предлежание и другая патология, приводящая к асфиксии и внутричерепной травме плода;

— патологию раннего неонатального периода: гипербилирубинемия (билирубин выше 200 мкмоль/л), связанная с гемолитической болезнью новорожденных, недоношенность, вес до 1500 г, врожденные пороки развития (в том числе ЛОР-органов) и др.;

— факторы риска раннего детства: сепсис, лихорадочные заболевания после родов, вирусные инфекции (краснуха, ветряная оспа, корь, паротит, коклюш,

скарлатина, грипп), менингоэнцефалит, осложнения после прививок, болезни ЛОР-органов, черепно-мозговые травмы, применение ототоксических антибиотиков, наркоз и др.;

— наследственную патологию. У 35—50% глухих заболевание имеет наследственный, а у 30% из них — синдромальный характер.

Надлежащий уровень диагностики детской тугоухости не может быть достигнут без тесного сотрудничества неонатологов, участковых педиатров, сурдологов. Необходимо, чтобы врач-неонатолог родильного дома, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных учитывал наличие у каждого ребенка факторов риска по тугоухости и глухоте.

При наличии хотя бы одного из перечисленных факторов врач-неонатолог делает пометку в индивидуальной карте новорожденного: «Угрожаемый по тугоухости», указывая фактор. При выписке из стационара с родителями проводится беседа, ориентирующая их на возможно более раннее обследование.

После выписки такие дети берутся на диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства врачом-педиатром, который знакомит родителей с анкетой-вопросником, отража-

ющей нормальные реакции на звуки у детей различного возраста. Необходимо учитывать, что у новорожденных и детей раннего возраста нарушение слуха носит главным образом нейросенсорный характер (наследственная и врожденная глухота и тугоухость). Анкета дает возможность родителям определить, нужно ли обращаться к врачу.

Назовите, пожалуйста, основные методы исследований слуха в настоящее время.

Современные объективные методы исследования слуха: акустическая импедансометрия; регистрация вызванной отоакустической эмиссии; компьютерная аудиометрия по слуховым вызванным потенциалам (СВП): стволового (коротколатентным), стационарным, корковым (длиннолатентным), электрокохлеография. Благодаря разработке объективных методов в настоящее время возможно успешное исследование слуха в любом возрасте, даже у новорожденных.

Основным методом, конечно, остается тональная аудиометрия, но ее проводят только с 4 лет, до 7 лет — в игровой форме.

Исследование слуха у детей проводится с рождения. Аудиологический скрининг у доношенных новорожденных осуществляется на 4-е сутки. Каковы особенности аудиоло-

гического скрининга недоношенных детей?

В соответствии с приказом Минздравмедпрома России от 23.03.1996 № 108 «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» в нашей стране используется трехэтапная модель универсального скрининга слуха у недоношенных детей:

1) первичный скрининг с использованием регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии на 2—4 день жизни;

2) повторное обследование на 4—6 неделе, если ребенок не прошел тест;

3) при отсутствии повторной регистрации проводится исследование слуха методом регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов в 3—6 мес. жизни.

Недоношенные и особенно глубоко недоношенные дети имеют многочисленные факторы риска по развитию тугоухости и глухоты. Поэтому необходима динамическая аудиологическая оценка слуховой функции недоношенного ребенка.

На основании исследования, проведенного сотрудниками кафедры детских ЛОР-болезней ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, мы рекомендуем аудиологический скрининг

этой категории новорожденных начинать на втором этапе выхаживания. Как оказалось, у недоношенных новорожденных не закончено функциональное созревание слухового анализатора, и отсутствие регистрации отоакустической эмиссии у большинства из них в период до предполагаемого срока родов не свидетельствует о патологии слуха. Более эффективно начинать аудиологическое обследование детей не ранее предполагаемого срока родов.

Необходимо также осуществлять динамическое аудиологическое наблюдение для оценки слуховой функции недоношенного ребенка до года фактической жизни. Особенно это касается новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела. Должен сказать, что это материал для отдельной статьи.

Насколько важен своевременный и правильный диагноз?

Это хороший вопрос. Дело в том, что судьба ребенка с нарушенным слухом определяется такими факторами, как возраст, в котором произошло нарушение слуховой функции, срок обнаружения дефекта, степень понижения слуха и правильность оценки потенциальных возможностей остаточной слуховой функции, а при прочих равных условиях — своевременностью

начала мероприятий, направленных на мобилизацию остаточных функциональных возможностей пострадавшего слухового анализатора.

При двусторонней тугоухости и глухоте большой степени наблюдается сенсорная депривация. Депривация — лишение сенсорной информации в определенный период созревания интегративных связей головного мозга. Она может привести к невосполнимым потерям в способности к восприятию сенсорной информации.

Своевременная и правильная постановка диагноза позволяет как можно раньше приступить к реабилитации слуха и интеграции ребенка в речевую среду. При задержке в формировании речи вторично происходит задержка в развитии интеллекта.

Критический возраст по развитию речи — первые два-три года жизни ребенка.

Острый средний отит — наиболее часто диагностируемое заболевание у детей первых 3 лет жизни. Осложнения приводят к снижению слуха и проблеме формирования речи. Какой, по Вашему мнению, должна быть тактика лечения этого заболевания?

Острый средний отит — одно из распространенных заболева-

ний детского возраста. Оно составляет 25—70% всех ушных болезней детей и не имеет тенденции к снижению. Дети до 3 лет, как правило, не жалуются на снижение слуха, особенно после одностороннего острого среднего отита. И родители, к сожалению, длительное время не обращают внимания на неадекватную реакцию ребенка на речь и звуки, связывая ситуацию с его ранним возрастом, невнимательностью или рассеянностью.

Одна из причин рецидивирующих острых средних отитов — гипертрофия слизистой полости носа, носоглотки, наличие аденоидов. Часто аденоиды прилежат к хоанам и даже пролабированы в задние отделы полости носа, блокируют устья слуховых труб. Это основание для аденотомии.

Мы разработали алгоритм обследования детей раннего возраста, перенесших острый средний отит, с использованием современного аудиологического и эндоскопического оборудования. Это дает возможность подобрать оптимальную в каждом конкретном случае схему лечения, исключив в дальнейшем стойкую тугоухость и сократить до минимума необходимость операции шунтирования барабанной полости, обеспечив гармоничное речевое развитие ребенка.

Своевременность диагностики и исследования слуха у детей позволяет предупредить снижение слуха, развитие тугоухости и глухоты, а также недоразвитие речи и интеллекта. Это вкратце, а вообще — это материал для большого разговора или отдельной статьи.

Каковы современные методы реабилитации детей с проблемами слуха?

Основной метод — слухопротезирование, поскольку у 80% тугоухих нарушения слуха имеют нейросенсорный (сенсоневральный) характер. В случаях двусторонней глухоты применяется кохлеарная имплантация.

При нарушениях звукопроводения (кондуктивная тугоухость), которые чаще всего связаны с проблемами в полости носа и носоглотки, нужно проводить своевременную санацию, зачастую — аденотомию. Больших успехов в этих случаях достигла слухоулучшающая хирургия. Важный элемент реабилитации — работа логопедов и сурдопедагогов.

Во всех случаях для успешной реабилитации детей с проблемами слуха важен точный аудиологический диагноз. Мой девиз: «Qui bene diagnostitur — bene curatu» («Кто хорошо диагностирует — хорошо лечит»).

Беседовала О.В. Дружиловская

Растем вместе с зубами

Воропаева И.Е.,

*врач-гигиенист стоматологического центра
«Дента Гранд Сервис», Москва*

Сначала временные (молочные), потом постоянные (коренные)... Все сразу понимают, что речь идет о зубах, так как ни один другой орган не дается человеку дважды. Когда появляются зубы? Почему и в каком порядке происходит смена прикуса? Какие факторы влияют на названные процессы? Ответы на эти вопросы дают представление о закономерности формирования зубочелюстной системы как о важном моменте физического развития ребенка.

Молочные зубы появляются в 6—8 мес., зарождаются же они уже на 7—8-й неделе внутриутробного развития.

На момент рождения в челюстях ребенка находятся 20 зачатков молочных и 16 зачатков постоянных зубов, имеющих разные стадии созревания. Обычно зубы прорезаются симметрично, последовательно и попарно. Первыми спешат появиться на свет два нижних центральных резца, затем, в течение месяца — два верхних центральных резца. Ближе к 1 году по закону парности и симметрии появляются боковые резцы: сначала нижние, затем верхние.

В последующие полгода зубные ряды малыша пополняют так называемые первые моляры: два внизу и два сверху. Клыки появляются еще примерно через два месяца, они встают между боковым резцом и первым моляром, справа и слева, сверху и внизу. В 2—3 года прорезаются вторые моляры (четыре зуба). Они ставят точку в формировании молочного прикуса.

Таковы среднестатистические параметры прорезания молочных зубов. Однако не стоит забывать, что каждый организм индивидуален, и существует множество факторов, влияющих на процессы жизнедеятельности. Большую роль играют наследственность, состояние здоровья будущей мамы, а также не столь глобальные факторы, такие как качество питьевой воды, способ кормления (грудное или искусственное), климат.



В последнее время наблюдаются значительные колебания в сроках появления как молочных, так и постоянных зубов, что связано с ухудшением экологической обстановки, снижением качества продуктов питания. Это в свою очередь влияет на темп физического развития. Смещение сроков появления зубов в сторону умеренного замедления или ускорения не является патологией и на качество зубов не отражается. Отметим один немаловажный момент: отсутствие зубов у годовалого ребенка служит поводом для волнения, так как может свидетельствовать о наличии какого-либо заболевания.

Итак, молочный (временный) прикус включает в себя 8 резцов, 4 клыка и 8 моляров (рис. 1).

Зубы временного прикуса претерпевают изменения. Первый период формирования молочного прикуса (от 6—8 мес. до 2,5—3 лет) — с момента появления на нижней челюсти малыша долгожданного белоснежного бугорка центрального резца и до поднятия коронки последнего моляра.

Переход ребенка на самостоятельное питание с использованием твердой и грубой пищи, требующей достаточной механической обработки, сопровождается появлением «инструментов» в виде сформировавшегося молочного прикуса, где все зубы плотно прижаты друг к другу и каждая группа зубов выполняет свою функцию: резцы откусывают, клыки отрывают, моляры перетирают.

Название зуба	Время прорезывания	Время выпадения	Так выглядит	
МОЛОЧНЫЕ ЗУБЫ				
Верхние зубы				
Центральный резец	0-12 мес.	6-7 лет		
Боковой резец	9-13 мес.	7-8 лет		
Клык	16-22 мес.	10-12 лет		
Первый моляр	13-19 мес.	9-11 лет		
Второй моляр	25-33 мес.	10-12 лет		
Нижние зубы				
Первый моляр	23-31 мес.	10-12 лет		
Второй моляр	14-18 мес.	9-11 лет		
клык	17-23 мес.	9-12 лет		
Боковой резец	10-16 мес.	7-8 лет		
Центральный резец	6-10 мес.	6-7 лет		

Рис. 1. Молочные зубы

Следующий период — *сформированный молочный прикус* (3—4 года). зубочелюстная система недолго остается в стабильном состоянии, так как ребенок растет и развивается, совершенствуется его скелет, происходят преобразования в лицевом отделе черепа, кости челюстей утолщаются, активно растут альвеолярный отросток, ветви нижней челюсти. А молочные зубы перестают расти. Их фисурсы стираются, высота коронки уменьшается, а между зубами появляются промежутки, так называемые функциональные диастемы. Все вышеперечисленное характеризует завершающий период молочного прикуса — *период редукции, или стирания, изнашивания* (от 4,5 до 5—6 лет).

Следует отметить, что в конце третьего периода у ребенка прорезаются первые постоянные зубы, именуемые «шестерками». Увидеть их можно позади вторых молочных моляров — по одному с каждой стороны на верхней и нижней челюсти. Они появляются незаметно, и многие родители, считая их молочными, не уделяют им должного внимания.

С появлением первых постоянных моляров начинается новый отрезок формирования зубочелюстной системы, именуемый сменным прикусом. Временные зубы выполнили свою функцию и готовы уступить место постоян-

ным. Одной из главных функций уходящего прикуса служит сохранение пространства для появления новых зубов, именно поэтому очень важно не вмешиваться раньше времени в процесс, а дожидаться физиологической смены.

Как было уже отмечено выше, сменный прикус — более высокая ступень развития жевательного аппарата со своими характеристиками и временными отрезками.

В своем развитии постоянные зубы в целом повторяют путь развития молочных зубов. Стоит учесть значимость состояния здоровья ребенка с момента рождения и до 4—5 лет, так как формирование зачатков постоянных зубов в среднем продолжается именно до этого возраста.

Сменный прикус характеризуется наличием подвижных молочных зубов и постоянных, находящихся на разных стадиях развития. Все это снижает жевательную функцию, приводит к неравномерной нагрузке на жевательные мышцы, что, в свою очередь, может способствовать формированию неправильного постоянного прикуса. Консультация ортодонта и повышенное внимание родителей к состоянию ротовой полости ребенка помогут избежать сложностей в этот важный и ответственный период.

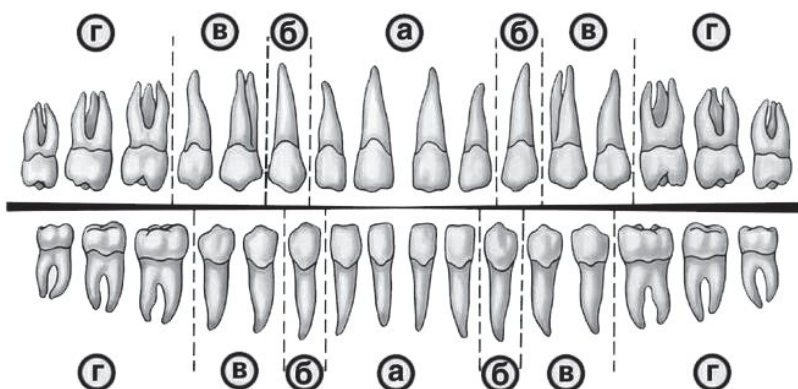


Рис. 2. Постоянный прикус: а — резцы; б — клыки;
в — премоляры; г — моляры

Формирование постоянного прикуса у каждого человека имеет особенности: по срокам и по результатам. Но есть и общее. В состоянии сменного прикуса ребенок находится с 6 до 12—14 лет. Этот временной отрезок делится на два периода.

I период — ранний сменный прикус (6—8 лет). Процесс выпадения молочного и появление постоянного зуба происходит синхронно. В первый период меняются центральные (6—7 лет) и боковые резцы (7—8 лет), на верхней и нижней челюсти и прорезаются первые постоянные моляры (6—6,5 лет).

II период — поздний сменный прикус (9—12 лет). Сначала появляются первые премоляры (9—10 лет), затем — клыки (10—11 лет), вслед за ними —

вторые премоляры (11—12 лет) и вторые моляры (12—13 лет).

Таким образом, к 12—13 годам молочные зубы окончательно заменяются на постоянные. Корни постоянных зубов еще продолжают формироваться. Завершается этот процесс к 15 годам.

Ребенок вырос, усовершенствовалась его зубочелюстная система, молочный прикус сменился постоянным, состоящим из 28 зубов (рис. 2), отличающихся от молочных большим размером, более темным цветом эмали, строением коронковой и корневой частей. И точку в постоянном прикусе должны поставить третьи моляры — «зубы мудрости», которые появляются ближе к 18 годам. Однако они считаются рудиментами, поэтому могут вообще не прорезаться.

Кохлеарная имплантация: вчера, сегодня, завтра

Кузьмина Л.А.,

*учитель-дефектолог (сурдопедагог) дошкольного
подразделения ГБОУ «Школа № 2110 МОК “Марьино”»;*

Кузьмина Н.А.,

*учитель-логопед дошкольного подразделения ГБОУ
«Школа № 2121 “Образовательный комплекс
им. Маршала Советского Союза С.К. Куркоткина”», Москва*

Развитие технологий за последние десятилетия значительно изменило картину современного мира. Не стала исключением и дефектология.

Теория об исключительно педагогических методах коррекции нарушений развития, в свое время давшая толчок к развитию коррекционной педагогики, в наши дни подвергается серьезной проверке на соответствие требованиям времени. И на переднем крае этого своеобразного противостояния сторонников кардинального и быстрого решения проблем и сторонников постепенной коррекции последствий нарушений в данный момент оказалась сурдопедагогика.

Еще в начале XX в. стали проводиться серьезные исследования принципов функционирования слуховой сенсорной системы сначала животных, а

затем и человека. В этот период были установлены природа преобразования звуковых волн в электрические сигналы, которые затем по слуховому нерву передаются в головной мозг, а также способ измерения электрического потенциала улитки и слухового нерва — электрокохлеография.

В 50—60-е гг. XX в. независимыми группами исследователей в США и Западной Европе была окончательно установлена возможность непосредственной стимуляции слухового нерва при помощи источника электрического тока нужной частоты. Однако уровень развития компьютерных технологий на тот момент не позволял в полной мере воспользоваться данным открытием из-за стационарного облучения, которое использовалось для стимуляции слухового

нерва у глухих. Все изменилось к концу 70-х гг., когда уменьшение размеров микросхем позволило создать первые переносные приборы, способные в перспективе вернуть возможность воспринимать звуки внешнего мира людям с сенсоневральной глухотой.

Первые импланты были не совершенны, имели только один канал для передачи данных и позволяли пациенту только получать информацию о наличии или отсутствии звука. В основу дальнейшего усовершенствования метода имплантации легла теория венгерского биофизика Георга Бекеша о строгой специализации различных участков улитки, каждый из которых восприимчив к строго определенной частоте звучания. Таким образом, для адекватного восприятия и различения звуков было необходимо предоставить слуховому нерву адекватную замену высокодифференцированным волоскам улитки. Так появилась идея о многоканальной имплантации. Первые многоканальные импланты, созданные в Австрии в 70-е гг. XX в., были восьмиканальными. А 1982 г. выпустили первую коммерческую многоканальную систему имплантов «Nucleus» фирмы «Cochlear», имевшую 10 активных электродов (в современных имплантах используется до 24).

Что же представляет собой современная система кохлеарной имплантации? Это комплекс из аппаратной части и специального программного обеспечения. Снаружи аппаратная часть представлена микрофоном, речевым процессором со встроенным преобразователем аналогового сигнала и передатчиком радиосигналов. Внутри, непосредственно под кожей, находится принимающий приемник-стимулятор, соединенный с вживленной в улитку платиновой электродной решеткой, которая поставляет электрические импульсы заданной частоты непосредственно слуховому нерву пациента. Специальное программное обеспечение предоставляет возможность индивидуальной настройки аппарата с учетом особенностей человека и наличия либо отсутствия у него предыдущего речевого опыта. По сути, система кохлеарной имплантации полностью замещает часть слуховой сенсорной системы, отвечающей за прием и преобразование акустических сигналов в доступную для головного мозга человека форму — электрические импульсы.

Сам процесс кохлеарной имплантации можно условно разделить на четыре этапа: подготовительный, хирургический, подключение внешнего процессора и реабилитация пациента.

Остановимся на каждом из них подробнее.

Подготовительный этап включает в себя выявление показаний и исключение противопоказаний к проведению операции, а также непосредственную подготовку пациента к ее последствиям. Базовым показанием к проведению операции служит двусторонняя сенсоневральная глухота, не поддающаяся коррекции альтернативными способами (с помощью слуховых аппаратов). Дополнительные условия: проведение операции либо отказ от оперативного вмешательства зависит от возраста пациента и сопутствующих нарушений.

Для детей с врожденной глухотой ведущим критерием является возраст (от 7 мес. до 2 лет). Именно эта группа самая массовая — до 80% пациентов. В некоторых случаях оперируют и более старших детей, однако в этом случае родителям важно знать, что полной реабилитации ребенка скорее всего ожидать не стоит. После 8—9 лет при полном отсутствии опыта слухового восприятия операция становится бессмысленной, так как в этом возрасте заканчивается сензитивный период развития слухового восприятия, и соответствующие структуры головного мозга ребенка утрачивают потенциал обучения. Дополнительным

критерием в данном случае считается наличие речевого окружения у ребенка и согласие родителей на проведение процедуры. Не секрет, что с массовым внедрением федеральной программы по кохлеарной имплантации глухих детей Всероссийское общество глухих создало целое движение за право глухих родителей воспитывать своих детей в рамках внутренней субкультуры, а не включать их насильно в мир слышащих. Для взрослых и позднооглохших детей ведущим критерием выступает сохранность речи. Абсолютными противопоказаниями для операции по кохлеарной имплантации считаются медицинские проблемы, препятствующие проведению хирургических операций как таковых, глухота, не связанная с нарушением функции улитки, например, ретрокохлеарная патология, а также грубые неврологические или психические нарушения. Относительными противопоказаниями считаются соматические нарушения, социальные проблемы в семье, а также облитерация улитки, которая часто встречается у пациентов, перенесших менингококковую инфекцию.

Предварительная подготовка к операции включает в себя углубленное аудиологическое обследование для изучения функцио-

нирования всех компонентов слуховой системы (в него, помимо прочего, входит аудиометрия по слуховым вызванным потенциалам, электрокохлеография и МРТ височных отделов головного мозга), полное медицинское и психологическое обследование, а также получение полностью информированного согласия на операцию пациента или его родителей.

В случае проведения операции ребенку, не имеющему опыта слухового восприятия, проводится первичное его обучение с использованием звукоусиливающей аппаратуры и слуховых аппаратов:

- восприятию речи на зрительной и слухозрительной основе;
- выработке определенных реакций на некоторые неречевые звуки;
- подготовке артикуляционного аппарата и голосовых складок к последующей речевой активности.

Хирургический этап длится от 1,5 до 2 ч. В ходе оперативного вмешательства в кости черепа пациента за ухом выдалбливается небольшое ложе для внутренней части импланта (приемника-стимулятора), который затем вживляется непосредственно под кожу пациента, а соединенные с ним электроды вводятся в улитку. Традиционно проводятся операции по моноуральной им-

плантации. Однако в последние годы, в том числе в нашей стране, развивается и бинауральное протезирование. Чаще всего такие операции проводятся не одновременно, чтобы исключить риск осложнений. Однако для детей, не имевших опыта слухового восприятия, критически важен небольшой промежуток между двумя операциями для правильного формирования слухового восприятия.

Этап подключения и настройки речевого процессора наступает примерно через месяц после проведения операции. Внешнюю часть аппарата подключают к внутренней и производят точную настройку порогов чувствительности для каждого электрода отдельно (от минимально слышимого звука до максимально переносимого), а также баланс чувствительности всех электродов. Длительность процесса зависит от количества электродов и занимает до 1 ч. Процесс повторяют несколько раз, с промежутком в несколько дней, так как по мере привыкания пациента к новым ощущениям часто происходит расширение диапазона и громкости воспринимаемых звуков. После этого имплантированного обучают навыкам ежедневного ухода за имплантом, замены батареек и ежедневного использования специального сушильного аппарата.

Последний этап — педагогическая реабилитация — самый длительный и трудоемкий по времени. При грамотной настройке процессора уровень слуха пациента соответствует I степени тугоухости (25—40 дБ). Однако количество воспринимающих электродов даже в самом продвинутом импланте на порядок меньше, чем волосков улитки. Поэтому звуки, воспринимаемые пациентом, не соответствуют тем, которые слышит человек с нормальным слухом. Следовательно, все без исключения пациенты после кохлеарной имплантации нуждаются в формировании навыков слухового восприятия неречевых звуков, различения значимых звуков и фонового шума, выработки условных реакций на потенциально опасные сигналы (гудок машины, звук падения, гром и т.д.).

Позднооглохшие пациенты также нуждаются в длительной реабилитации по специальной программе под руководством сурдопедагога или логопеда для того, чтобы научиться сопоставлять новое звучание с сохранившимися в слуховой памяти образцами. А ребенок, не имевший ранее слухового опыта, проходит в своем развитии все этапы становления речи: от гуления и лепета до навыков полноценного общения. Работа с такими

детьми, как правило, строится на базе программы обучения слабослышащих детей с коррекцией сроков освоения различных ее этапов в сторону уменьшения.

Первые операции по кохлеарной имплантации в нашей стране были проведены еще в 1991 г. в Российском научно-практическом центре аудиологии и слухопротезирования. Однако высокая стоимость операций и отсутствие системы медико-педагогического сопровождения таких пациентов препятствовали массовому внедрению данной процедуры. До 2005 г., когда Минздрав России принял решение о широком внедрении и финансировании операций по кохлеарной имплантации за счет средств федерального бюджета, ежегодно в Москве и в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи проводилось не больше 10—15 таких операций.

Сейчас в России их проводится более тысячи в год. Помимо вышеперечисленных учреждений в программе участвуют Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России и его филиалы в Томске, Астрахани, Уфе и Хабаровске, НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и др.

Для проведения таких операций у нас сертифицированы и устанавливаются импланты практически всех значимых фирм: Advanced Bionics, Cochlear, Med'El и Oticon Medical (Neurelec). По утверждению специалистов, принципиальной разницы в качестве звучания между ними нет, поэтому чаще всего выбор конкретного аппарата осуществляется по соображениям удобства сервисного обслуживания и сопровождения пациентов в каждом конкретном регионе. Лидер по количеству операций в год — Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи устанавливает преимущественно импланты корпорации Med'El, так как они за счет изменяемой длины электрода подходят для детей с врожденными патологиями развития, которым ранее кохлеарная имплантация была противопоказана.

Каковы проблемы кохлеарной имплантации в нашей стране? В первую очередь это несовершенство техники, ее высокая стоимость и пробелы в законодательной базе. Срок службы кохлеарного импланта, после которого он подлежит плановой замене, составляет 10—15 лет. Однако далеко не во всех регионах, даже несмотря на приказ Минздрава России от 09.04.2015 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “сурдоло-

гия — оториноларингология”», решающий эту проблему, такая замена осуществляется за счет бюджета при стоимости аппарата более 1 млн рублей.

Таким образом, в какой-то момент пациент и его семья рискуют столкнуться с трагедией повторного лишения слуха с последующим распадом речи. Кроме того, большие расстояния между пациентом и центром, в котором ему делали операцию по кохлеарной имплантации, затрудняют педагогическое сопровождение лиц после кохлеарной имплантации, а также оказание своевременной адекватной медицинской помощи в случае специфических осложнений. К примеру, мало кто из терапевтов на местах знает, что наличие кохлеарного импланта у ребенка в разы повышает риск развития у него менингококковой инфекции как осложнения после отита. Также встречаются случаи специфического нарушения работы вестибулярного аппарата, параличей и парезов со стороны импланта, а также головных болей, а в крайне редких случаях — оссификация или кальцификация улитки вместе с вживленным в нее имплантом, а также отторжение электронной решетки с тяжелым химическим поражением улитки. У пожилых позднооглохших пациентов также в редких слу-

чаях наблюдаются психические расстройства. Впрочем, все эти осложнения крайне редки.

В целом, более чем за 10 лет активного внедрения кохлеарная имплантация показала себя как перспективная технология в рамках комплексной реабилитации детей с тяжелыми нарушениями слуха. При своевременном проведении операции по имплантации и корректном психолого-медико-педагогическом сопровождении дети после кохлеарной имплантации успешно реабилитируются уже к окончанию дошкольного периода развития и способны к полноценному обучению в массовой школе. Однако пока такие операции все-таки накладывают некоторое ограничение на жизнь и развитие детей, что пугает многих родителей. Наличие внешнего аппарата, требующего ухода и регулярной замены, а также ограничивающего ребенка в участии в ряде потенциально травмоопасных игр, заставляет многих родителей задуматься о целесообразности такого вмешательства. Эту проблему может решить разработка Массачусетского Технологического университета совместно с Медицинской школой Гарварда новейшего микроскопического чипа, способного заряжаться по беспроводной схеме, например, от смартфона, и не требующего подключения дополнительного

микрофона — вместо этого он использует естественный микрофон среднего уха у людей с сенсоневральной тугоухостью, как правило, сохранный. Кохлеарная имплантация позволяет обойтись без использования внешних слуховых аппаратов. У технологии, опробованной на нескольких добровольцах, пока есть только один существенный недостаток — она требует проведения более сложной и длительной (до 3—4 ч) операции. Однако многие родители и потенциальные возрастные пациенты считают это невысокой платой за удобство и отсутствие эстетических проблем.

Литература

- Королева И.В.* Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами. СПб., 2005.
- Королевская Т.К., Пфафенродт А.Н.* Развитие слухового восприятия слабослышащих детей: В 2 ч. М., 2004.
- Hardesty L.* Cochlear implants — with no exterior hardware // MIT News Office. 2014. February 9.
- Sit J.-J. (Advanced Bionics), Sarpeshkar R. (MIT)* A cochlear-implant processor for encoding music and lowering stimulation power, RLE at MIT, 2008.
- <http://news.mit.edu/2014/cochlear-implants-with-no-exterior-hardware-0209>
- <http://www.rle.mit.edu/acbs/>

Особенности развития дошкольников с заболеваниями ЛОР-органов

Черкасова Е.Л.,

*канд. пед. наук, доцент кафедры логопедии
ФГБОУ ВО «Московский педагогический
государственный университет», Москва*

В процессе восприятия речи и усвоения произносительных навыков ведущая роль принадлежит слуховому анализатору. Однако заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа) — распространенная детская проблема, наиболее часто возникающая в раннем и дошкольном возрасте. Правильно и вовремя не пролеченное воспаление, главным образом уха, может привести к различным осложнениям, в том числе к снижению или потере слуха.

Нарушения слуха отрицательно влияют на формирование речи, развитие умственных способностей и эмоциональное становление детей. Отечественными и зарубежными исследованиями доказано, что чем раньше возникло нарушение слуха, тем сильнее оно влияет на развитие речи и личности ребенка.

При оценке влияния нарушений слуха на устную речь, позна-

вательные процессы и поведение ребенка также учитывают вид и степень слуховой недостаточности, наличие своевременной коррекционной помощи. Так, если от рождения глухой или оглохший в раннем детстве ребенок не получает специального воспитания, у него на всю жизнь остаются лишь нечленораздельные звуки, крики и восклицания. При возникновении глухоты или тяжелой тугоухости в возрасте, когда ребенок уже умеет читать и писать, угрозы развитию речи нет, но наблюдаются грубые нарушения произношения (Ф.А. Рау), особенности речевого поведения.

В отличие от глухих, речь слабослышащих (тугоухих) детей развивается в условиях частично сохранившейся функции слухового анализатора. Это приводит к тому, что слабослышащий ребенок накапливает слова в искаженном виде, чего не наблюдается у глухих

детей. Уровень развития речи слабослышащих дошкольников имеет широкий диапазон: от несоотнесенного лепета, когда ребенок воспроизводит отдельные слоги, не соотнося их с конкретными объектами, до короткой фразы и даже до владения развернутой фразовой речью — с аграмматизмом и без него. Однако и в том случае, когда ребенок с нарушенным слухом имеет достаточный для коммуникации уровень речевого развития, его речи присущи характерные особенности. Отмечаются специфические нарушения произношения (смазанность артикуляции, искажение интонации и т.д.).

Объемы пассивного и активного словаря у слабослышащих детей примерно равнозначны, а при нормальном слухе пассивный запас слов значительно превышает активный. Ребенок с нарушением слуха хорошо понимает лишь те слова, которые использует в собственной речи. Сужение речевого опыта, ограниченность словарного запаса, а также неполное узнавание начальных и конечных частей слова (безударных) отрицательно влияют на овладение грамматическим строем языка, речевое общение.

Нужно отметить, что не только выраженные, но и не-

значительные, минимальные расстройства слуха оказывают существенное негативное воздействие на развитие ребенка.

Минимальные нарушения слуха — пограничные с нормой и I степенью тугоухости — расстройства, возникающие при понижении слуховой чувствительности на 15—25 дБ. Впервые о таких расстройствах слуховой функции стали упоминать в 50—60-е гг. XX в. (Р.М. Боскис, С.С. Ляпидевский, А. Митринович-Моджаевска и др.). В специальной литературе по логопедии, сурдопедагогике и медицине говорилось о негативном влиянии незначительного снижения слуха на формирование речи ребенка в сензитивные периоды его развития. Так, в работах В.И. Бельтюкова и Л.В. Неймана отмечается, что при понижении слуха на 15—20 дБ возникают сложности при восприятии некоторых согласных звуков на близком расстоянии (около уха), а на расстоянии 2 м не различается более одной трети согласных, произнесенных голосом разговорной громкости. В связи с этим нарушается произношение звуков, не развивается в полной мере словарный запас и грамматический строй языка (Р.М. Боскис, Л.И. Тигранова, М.Е. Хватцев).

Современные исследования доказали, что минимальные расстройства слуха достаточно распространены и характерны почти для трети детей (28%), имеющих речевые недостатки. Особенно часто (более 70% случаев) они выявляются у детей с ринолалией и дизартрией (Е.Л. Черкасова, Г.В. Чиркина).

К сожалению, минимальное снижение слуха своевременно сложно диагностировать, так как ребенок слышит речь окружающих в достаточной мере для развития собственной коммуникации. При этом внимание специалистов и родителей обращается на задержку темпов речевого развития, невнятность и нечеткость дикции, бедный словарный запас, аграмматизм. Дети с такими нарушениями, как правило, наблюдаются и получают лечение у невролога (психоневролога). Однако аудиологическое исследование слуха у большинства из них не проводится, поскольку отсутствуют явные симптомы снижения слуха, и ребенок, не имеющий острой симптоматики воспалительного процесса (при аденоидах, хроническом рините, аллергическом рините т.д.), в течение длительного времени остается без адекватной медицинской помощи.

В связи с этим важно проводить тщательное комплексное

обследование ребенка с нарушениями речи. Неоценима роль педагогов, родителей, владеющих знаниями о расстройствах слуха и речи, так как они, наблюдая детей в повседневной деятельности, могут своевременно обнаружить нарушения и рекомендовать обследование детей у сурдолога (оториноларинголога) и логопеда, которые, в свою очередь, определяют эффективные методы и приемы лечения и коррекционной работы.

Следует уточнить, что существуют несколько серьезных факторов, способствующих развитию инфекций уха у детей.

Возраст. Чаще всего инфекциями уха страдают дети раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Форма и размер евстахиевой трубы у маленьких детей таковы, что жидкость быстро блокирует ее. Чаще всего воспаление уха наблюдается у детей от 3 мес. до 3 лет. Кроме того, чем раньше ребенок перенес инфекцию уха в первый раз, тем больше вероятность того, что инфекция будет повторяться.

Пол. Исследователи не уверены в причинах, но мальчики чаще подвергаются инфекциям, чем девочки.

Наследственность. В развитии отитов есть определенная наследственная предрасполо-

женность. Дети, чьи родители, братья и сестры страдали от повторяющихся отитов, вероятнее всего тоже будут от них страдать.

Простуды / аллергии. ОРЗ, ОРВИ — наиболее частая причина развития отита. Дети, посещающие детские сады и ясли, чаще болеют ОРЗ и ОРВИ, так как они имеют больше шансов заразиться микробной или вирусной инфекцией, передающейся от других воспитанников. Аллергии, сопровождающиеся заложенностью носа, тоже могут стать причиной отита.

Курение. Дети в семьях курильщиков, вдыхающие сигаретный дым, в большей степени подвержены опасности развития различных заболеваний, в том числе и воспаления среднего уха.

Искусственное вскармливание. Младенцы, находящиеся на искусственном вскармливании, особенно, если их кормят лежа, чаще страдают от инфекций уха, чем те, кого кормят грудью.

К основным причинам минимального снижения слуха у большинства детей (92%) с нарушениями речи можно отнести разрастание аденоидных вегетаций (II—III степени), перенесенные ранее отиты, tuboотиты, obturация слухового прохода (инородными те-

лами, серными пробками), аллергический ринит, евстахеит. Вследствие указанных причин возникают отклонения в функционировании структур наружного и среднего уха, нарушается механизм звукопроводения. Выявляются кондуктивные расстройства слуха, при которых ребенок хуже слышит низкие звучания (гудение, стук и др.), низкий голос, а также низкочастотные и среднечастотные звуки речи ([y], [o], [п], [м], [н], [л], [р], [д], [г], [в], [ы], [т], [ц], [к], [х]). Это негативно отражается на восприятии отдельных слов, предложений и сообщений. Снижается разборчивость речи. Смысл обращенной речи определяется по догадке, его правильность зависит от того, насколько близка и знакома речевая ситуация ребенку. В словах слабо различаются безударные слоги и окончания, поэтому в собственной речи они часто опускаются. Неполноценно воспринимаемые низко- и среднечастотные звуки заменяются другими или смешиваются между собой. Нарушаются также динамика и темп речи. Дети говорят монотонно, часто в ускоренном темпе. У многих отмечается носовой оттенок голоса. Шепотная и звучная речь слышатся примерно с одинакового расстояния.

У незначительного числа дошкольников (8%) причины минимального снижения слуха точно не выяснены. Однако в анамнезе этих детей значатся вирусные инфекции (грипп, ветряная оспа, пневмония, коклюш), лечение ототоксическими препаратами (хинин, бисептол, фурасемид, аспирин; антибиотики аминогликозидного ряда: канамицин, гентамицин, тобрамицин, амикацин и др.), которые могли оказать негативное воздействие на функцию внутреннего уха (кортиева органа) и / или слухового нерва, вследствие чего, нарушился механизм звуковосприятия.

При расстройстве механизма звуковосприятия патология слуха определяется как сенсоневральная (нейросенсорная). При незначительном нарушении звуковосприятия снижается способность слышать высокие звучания (жужжание, скрип, шорохи и др.) и высокочастотные звуки речи ([и], [э], [с], [з], [ш], [ж], [ч], [щ], [ф]). Высокие регистры голоса воспринимаются хуже, чем низкие, особенно в шумном помещении, где требования к дифференцировке возрастают. Понимание слов и фразовой речи затруднено и в значительной мере происходит наугад и в контексте конкретной ситуации. При сенсоневральной патологии слу-

ха речь разговорной громкости различается значительно лучше, чем шепот.

Смешанные нарушения слуха следствием комбинации дефектов звукопроводения и звуковосприятия. При этом расстройстве характерно затрудненное восприятие как низких, так и высоких звуков.

Лечение кондуктивных и смешанных нарушений слуха проводится ЛОР-врачом с использованием медикаментозных средств, физиотерапевтических процедур, а иногда — хирургических методов.

Неполноценные условия речеобразования приводят к недоразвитию речи детей различной степени выраженности. Чем раньше возникло минимальное снижение слуха, тем отчетливее проявляется речевое нарушение.

У этих детей общее звучание речи характеризуется монотонностью и невыразительностью, отсутствием восходящих и нисходящих мелодических интервалов в ситуациях вопроса или побуждения, бедностью голосовых оттенков.

Голос этих детей различается по силе и звонкости. У большинства дошкольников с минимальным снижением слуха отмечается тихий, глухой, в некоторых случаях хриплый голос. Обще-

ние с помощью громкого голоса осуществляет третья часть детей. Звонкий голос средней громкости отмечен лишь у некоторых детей этой группы, имеющих одностороннее нарушение слуховой функции. У многих дошкольников замечен назальный оттенок голоса.

Темп речи большинства детей с незначительным нарушением слуха характеризуется нормальной скоростью, хотя у них в два раза чаще, чем у детей с нормальным слухом, встречается ускоренный темп речи.

В устной речи отмечаются специфические ошибки. В частности, наблюдаются множественные неустойчивые замены и смешения звуков, не встречающиеся у детей с нормальным слухом. Например, смешения носовых и ротовых согласных [м]—[б], [н]—[д] («машина — басина», «ночь — дось»), свистящих звуков на щелевой [х] («зима — хима», «лисонька — лихинька» т.д.), свистящих, шипящих, сонорных звуков на [м], [н], [п], [дж] («жук — нук», «шуба — джуба», «лак — пак», «кабан — каман» и т.д.), заднеязычного [к] на переднеязычный [т] («носик — носит», «кот — тот»), раздельное произнесение звуков, составляющих аффрикаты [ч], [ц] («тсыпленок», «тьсаяпля»).

Также неадекватно смягчаются согласные звуки, и отсутствует мягкость в необходимых случаях («ботинки — патиньки», «обувь — обив», «обезьяна — апесана»); оглушаются звонкие звуки и озвончаются глухие независимо от позиции в слове («блюдец — пьюсе», «гнездо — хнесто», «занавески — занавесги», «пингвин — бинхвин», «хозяйка — госяйка»).

При повторении и самостоятельном воспроизведении слов и фраз прослеживается нарушение их слогоритмического рисунка и звукового наполнения, что заключается в упрощении слоговой структуры («коза — га», «ручеек — уток», «Сапожник чистит сапоги — «Са по ти»), пропуске звуков и слогов в начале и конце слов («сапоги — фапо», «всех — сех», «лоток — лото», «чашка с чаем — таска с тае»), вставке лишних звуков («боец — порес», «мяч — мнясь»), добавлении звуков к слову («лото — лоток», «овца — овсан, овтап», «яйцо — эсой»).

Часто дети неверно выделяют ударный слог в простых и знакомых словах (рука, нога, голова, волосы, шкафы, косы).

В связи с тем, что у детей с минимальным снижением слуха в большей мере затруднено восприятие безударных частей слов, так как они произносятся

тише, отмечается непонимание и соответственно неправильное употребление окончаний, приставок, суффиксов. Неумение ориентироваться на окончания слов обуславливает нарушение понимания и выражения логико-синтаксических конструкций.

В целом речь дошкольников с минимальным снижением остроты слуха характеризуется несформированностью всех языковых систем. У них отмечаются недоразвитие слухового внимания, слуховой памяти, слухового контроля, словесного мышления. Эти дети часто не реагируют на тихие звуки, не сразу находят источник звучания, плохо понимают шепотную или негромкую речь, особенно вне ситуации. У них можно отметить мимику напряженного вслушивания, частое переспрашивание, зрительный контроль артикуляции говорящего. У этих детей в различной степени нарушается контакт с окружающими, обедняется социальный опыт, что влияет на формирование психики в целом: дети становятся эмоционально неустойчивы, раздражительны, либо наоборот, замкнуты, пассивны в общении.

Минимальное расстройство слуха, не компенсированное в дошкольном возрасте, негатив-

но влияет на речевую функцию в школьном возрасте и проявляется в специфических ошибках в письме и чтении (при дисграфии и дислексии), обуславливает затруднения при обучении по разным предметам.

Преодоление этих нарушений основано на своевременной диагностике слухоречевых расстройств и применении комплексной медико-психолого-педагогической системы коррекционного воздействия.

Литература

- Бельтюков В.И.* Об усвоении детьми звуков речи. М., 1964.
- Боскис Р.М.* Глухие и слабослышащие дети. М., 2004.
- Ляпидевский С.С.* Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969.
- Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под ред. проф. Г.В. Чиркиной. 4-е изд., доп. М., 2010.
- Нейман Л.В., Богомилский М.Р.* Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 2003.
- Хватцев М.Е.* Логопедия / Под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. М., 2010.
- Черкасова Е.Л.* Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция). М., 2003.

Снижение слуха у детей

Гришечко Ю.В.,

оториноларинголог-сурдолог

ООО «Реабилитационный центр “Резонанс”», Москва

В данной статье мы хотели бы познакомить наших читателей с проблемой снижения слуха у детей. Как быть, если родители заметили, что малыш плохо слышит? Что делать с установленным диагнозом? Как вести себя с подобным ребенком? Обо всем этом мы и постараемся рассказать.

По статистическим данным, на 1000 нормальных родов приходится один ребенок с той или иной степенью тугоухости.

В соответствии с данными ВОЗ, в России число детей до 18 лет, страдающих снижением слуха различной этиологии, составляет более 900 тыс.

В специальной литературе, периодических медицинских изданиях, интернет-источниках нет четких данных о частоте встречаемости тугоухости у детей разных возрастных категорий, тем более — у детей 0—3 лет. Это связано с тем, что статистические данные основываются зачастую на ретроспективном, не совсем точном анализе анамнестических данных, а также с необходимостью учета географических и эпидемических факторов, со сложностями исследования слуха у детей, отсутствием жестких стандартов в определении различных форм тугоухости и с разнообразием форм и вариантов течения нарушений слуха.

Проблеме снижения слуха у детей долгое время уделялось очень мало внимания. Однако в США и некоторых странах Европы уже давно на правительственном уровне декларируется обязательный скрининг нарушения слуха новорожденных и детей первого года жизни.

В нашей стране эта практика тоже существует, но она еще сравнительно молода.

При этом статистические данные показывают, что в настоящее время неуклонно растет число людей со снижением слуха с рождения или раннего детства.



Связана эта неутешительная тенденция с целым рядом факторов, приводящих к постоянно-му росту частоты врожденных поражений слухового аппарата. С каждым годом усугубляющаяся экологическая ситуация и нарастающий темп жизни приводят к негативным стрессовым воздействиям, которым подвергаются женщины во время беременности. Увеличивается число беременностей, протекающих с серьезными токсикозами и существенными отклонениями и рисками и требующих обширной медикаментозной поддержки. Растет заболеваемость различными тяжелыми респираторными вирусными и другими инфекциями, а беременные попадают в категорию наиболее подверженных любому негативному воздействию. В связи с общим неблагоприятным фоном и снижением иммунитета в популяции в целом увеличивается количество случаев, когда становится необходимым назначать матери препараты, влияющие на развитие органа слуха ребенка. Возрастает число недоношенных малышей, детей, подвергающихся в первые часы после рождения реанимационным мероприятиям. Увеличивается число генетических отклонений и наследственных заболеваний.

На рост патологий слуха безусловно влияет и увеличение чис-

ла рождения детей слишком молодыми матерями, а также увеличение числа первых и повторных родов в возрасте после 40 лет. В связи с этим возрастает число осложненных родов, сопровождающихся родовыми травмами, нарушением мозгового кровообращения и асфиксией плода.

Возросло и количество женщин, страдающих различными хроническими заболеваниями, сахарным диабетом, что также повышает риск развития сосудистых нарушений у ребенка и возникновения гемолитической желтухи новорожденных, которые при определенной предрасположенности могут привести к снижению слуха у ребенка. Также нельзя не принимать во внимание и приобретенную тугоухость, возникающую вследствие поражения звукопроводящих структур — органов среднего и внутреннего уха. Она может возникать как осложнение после перенесенных заболеваний (грипп, эпидемический паротит, корь, краснуха, герпесы, менингококковый менингит, скарлатина).

К снижению слуха различной степени выраженности могут привести и прием препаратов, оказывающих ототоксическое действие (аминогликозидные антибиотики гентамицин, неомицин, канамицин и др.), неко-

торые обезболивающие, мочегонные препараты (фуросемид), ацетилсалициловая кислота, а также воздействие токсичных веществ и различные травмы.

В нашей стране единая система по раннему выявлению нарушений слуха у детей, начиная с периода новорожденности, была разработана ФГБУН «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования» ФМБА России. На основании разработок Центра издавались указания Минздрава России «О внедрении единой системы раннего выявления нарушений слуха у детей, начиная с периода новорожденности, и их реабилитации» и приказ Минздрава России «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни».

В настоящее время эта система широко работает в регионах РФ.

К сожалению, требования по обязательному скрининговому обследованию слуха новорожденных и детей до года соблюдаются далеко не повсеместно. Также практикуются отказы родителей от данного рода обследования. В ряде случаев по тем или иным причинам провести скрининг в условиях родильного дома не представляется возможным, а рекомендации по проведению скрининга в условиях районной поликлиники либо

трудновыполнимы, либо оставлены без внимания.

В связи с этим мы довольно часто сталкиваемся с проблемой позднего выявления снижения слуха у детей. А слабые двусторонние потери слуха, односторонняя сенсоневральная тугоухость и кондуктивные поражения, возникающие вследствие несвоевременного и неграмотного лечения ряда заболеваний ЛОР-органов, травм и других поражений слухового анализатора, и вовсе остаются до определенного момента незамеченными. Нельзя исключать и снижения слуха различной этиологии в 1—3 года при условии проведенного сразу после рождения обследования и нормальном уровне слуха в возрасте до 1 года.

Чтобы максимально снизить процент незамеченного снижения слуха у детей, необходимо не только наличие широко доступной системы скрининга, применяемой в различных условиях и учитывающей состояние ребенка, но и информированность по данной проблеме специалистов и родителей. Только в этом случае можно обеспечить большой процент обнаружения выраженных нарушений слуха и выявить детей с незначительной и односторонней потерей слуха.

На возможное снижение слуха у ребенка обычно первыми обращают внимание его родители или

другие члены семьи, а также педагоги дошкольной ступени образования. Однако зачастую недостаточно просто заметить, важно знать, что следует предпринять в данной ситуации. Огромную помощь и поддержку в этом случае оказывают любая доступная информация и литература, акцентирующая внимание родителей не только на самой проблеме, но и на путях ее решения.

Обладая знаниями о проблеме снижения слуха, родители смогут вовремя обратиться к сурдологу для аудиологического обследования, определения типа и степени снижения слуха у ребенка и получения дальнейших рекомендаций.

Существует ряд специальных методов исследования: акустическая импедансометрия (тимпано- и рефлексометрия), регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии и слуховых вызванных потенциалов. Все эти методы позволяют специалисту четко установить тип тугоухости, определить ее причину и возможность рисков в отношении последующих детей в данной семье и грамотно подобрать методику лечения или реабилитации.

Следующий этап работы с ребенком, у которого выявлено нарушение слуха, — соответствующее возрасту педагогическое

обследование при участии сурдопедагога. Данные аудиологического и педагогического обследования сопоставляются между собой. Если они соответствуют друг другу, значит, состояние слуха оценено верно. Для детей дошкольного, а иногда и младшего школьного возраста участие сурдопедагога просто необходимо. Он уточняет, дополняет и зачастую заполняет связанные со сложностями аудиологического обследования маленькие дети. Существуют различные методики педагогического обследования слуха у малышей. Часть из них разработана в Институте коррекционной педагогики РАО.

Всем нам хорошо известно, что первые годы жизни имеют принципиальное значение для эмоционального развития ребенка, развития речи, познавательных и социальных навыков. Поэтому чрезвычайно важны раннее выявление снижения слуха у детей, выработка определенной тактики лечения или реабилитации. Несвоевременное выявление нарушений слуха у детей первого года жизни грозит отставанием в психологическом и речевом развитии, развитием глухонемой и как следствие — инвалидизацией.

Как этого избежать?

Если в возрасте до 1 года выявлена двусторонняя сенсонев-

ральная тугоухость той или иной степени, даже если это выраженная потеря слуха, пограничная с глухотой, необходимо грамотно и доступно рассказать родителям обо всех возможностях для данного ребенка. При необходимости в работе с родителями маленьких пациентов участвуют опытные психологи. Малышу необходимо произвести своевременную реабилитацию с помощью слухопротезирования — подбора соответствующих степени потери слуха и возрасту ребенка слуховых аппаратов. Наряду с этим уже много лет в России используется метод хирургической реабилитации — кохлеарная имплантация, которая проводится при четких медицинских показаниях и обоснованной неэффективности использования слуховых аппаратов и дает дополнительную возможность пациентам с глухотой и пограничной с глухотой потерей слуха.

После проведения названных мероприятий ребенку следует заниматься с сурдопедагогом. Необходимо это делать и в домашних условиях с использованием специальных методик, которые становятся все более доступными для изучения и самостоятельного применения под контролем специалистов.

При выполнении всех перечисленных реабилитационных мер будут отмечены высокие по-

казатели психомоторного и речевого развития. Ребенок практически не будет отставать от сверстников и ему не потребуются обучение в специализированных ДОО и школах.

До недавнего времени считалось, что одностороннее поражение слуха не влияет отрицательно на ребенка. Однако сейчас доказано, что такие поражения вызывают задержку психологического и речевого развития, проблемы с обучением и коммуникацией уже на этапе начальной ступени социализации — на этапе дошкольного образования, а в дальнейшем приводит к проблемам успеваемости и поведения в школе. Поэтому такие ситуации также нельзя оставлять без внимания и следует как можно раньше прибегать к помощи специалистов.

Чем раньше диагностировано снижение слуха, тем эффективнее будут лечение или реабилитация, коррекционная работа, а, следовательно, и обеспечение полноценного развития ребенка. Неслышащий ребенок при правильно разработанной тактике реабилитации и грамотной педагогической поддержке идет по пути развития, максимально приближенному к пути развития слышащих детей. Это позволяет ему полностью адаптироваться в детском коллективе в условиях обычных детских садов и школ.

Эмоциональная регуляция и саморегуляция как фактор психологического здоровья ребенка

Фоминова А.Н.,

*канд. психол. наук, профессор кафедры
психологической антропологии Института детства
ФГБОУ ВО «Московский государственный
педагогический университет», Москва*

В настоящее время большую значимость приобретает проблема эмоционального дискомфорта в связи с информационными перегрузками и напряженным ритмом жизни. Уже с начала посещения детского сада дети сталкиваются с новыми требованиями социальной жизни и не всегда могут выйти из состояния эмоционального неблагополучия — страха, тревоги, обиды, гнева, стыда, страдания. Именно эти переживания, по данным исследований, сопровождают ребенка, сталкивающегося со школьными трудностями, приводя к развитию психосоматических заболеваний.

Показатели психологического здоровья детей имеют тенденцию к ухудшению. По мнению президента РАМН академика М.И. Давыдова, у нас нет здоровых выпускников школ.

Любое состояние психики имеет биологическую (природную), социальную (общественную) составляющие, а также зависит от воли человека. Как существу биологическому, человеку присущи инстинкты, рефлексорные реакции, врожденные потребности. Но они «окультуриваются», общество воздействует на личность через моральные и правовые нормы. Получая сигналы о потребностях от организма и принимая во внимание требования общества, человек в каждой ситуации делает выбор между «хочу» и «должен», а также моделирует свое поведение. Этот сложный процесс развития связан с воспитанием и самовоспитанием.

Именно в дошкольный период ребенок, преодолевая рассогласования между желаемым и необходимым, включается в деятельность переживания, связан-

ную с появлением личностного, эмоционально окрашенного отношения к различным ситуациям. Поэтому у него возникает огромная гамма чувств по поводу отношения к себе, отношений с близкими людьми, разным видам деятельности.

По мнению школьных психологов, важнейшим фактором готовности ребенка к школе служит эмоциональная устойчивость к возможным неудачам в деятельности. Важно, чтобы неудача в игре или в учебе не влияла на его самооценку. Однако в силу особенностей развития когнитивной сферы, а также внешних требований успеха, часто исходящих от родителей, ребенок приходит в школу с сильной зависимостью собственной самооценки и эмоционального благополучия от результата деятельности, а главное, от мнения значимых взрослых.

Для детей младшего школьного возраста типичными трудными жизненными ситуациями служат неспособность справиться с учебной нагрузкой, невозможность соответствовать ожиданиям семьи, враждебное отношение родителей или педагогов, смена школьного коллектива. Эти хронически действующие психотравмирующие ситуации, а также способы совладания с ними существенно влияют на

весь ход развития психики ребенка.

Проблема эмоционального дискомфорта учащихся остается актуальной еще и потому, что отрицательные эмоции обладают большей интенсивностью, чем положительные, они направлены по преимуществу вовнутрь и не имеют внешнего выражения (Л.М. Веккер). Все это способствует нарушению здоровья, появлению и распространению психосоматических заболеваний.

Чтобы преодолеть эмоциональный дискомфорт, поведение ребенка должно быть активным и направленным на преодоление этого состояния или обуславливаться ожиданием помощи извне. К. Хорни с позиции клинического подхода рассматривала общую картину главных направлений, в которых ребенок может действовать под влиянием тревожных факторов. В процессе ответного действия на тревогу, по мнению автора, оформляются три главные стратегии: ребенок может двигаться к людям, против них и от них.

На основании обобщения данных психологических исследований можно выделить четыре относительно простых способа, которые используют дети, чтобы справиться с негативными эмоциями: общение как эмпирически найденный прием групповой

саморегуляции; волевую регуляцию (самоприказы); регуляцию функции внимания (отключение, переключение); двигательную (мышечную) разрядку.

Исходя из этих данных, рассмотрим проблему борьбы с эмоциональным дискомфортом с позиций преодоления отрицательных эмоций самим ребенком (при этом успешность совладания с отрицательными эмоциями зависит от работы чувств, интеллекта, воображения самого ребенка) и создания взрослым условий, в которых он наиболее успешно, конструктивно преодолевает эмоциональный дискомфорт.

Роль психологических защит в преодолении эмоционального дискомфорта

Существуют разные мнения по поводу роли психологических защит в жизни человека. По мнению некоторых исследователей, защитные механизмы ограничивают оптимальное развитие личности.

А.Л. Гройсман и Л.И. Анциферова отмечали, что психологическая защита дает временную регуляцию эмоционального состояния, а также является важным средством социально-психологической адаптации.

Правильно понять механизмы возникновения психологической защиты младшего школьника можно, проанализировав его объяснение причин школьных успехов и неудач. Защитные механизмы ребенка не допускают в сознание такие объяснения неудачи, как собственные низкие способности или малое усердие. Скорее всего, ее причинами будут считаться плохое настроение учителя или его плохое отношение к ученику.

Надо отметить, что у ребенка такой защитный механизм — вполне естественное явление. Он ограждает от внутреннего конфликта, с которым дети не смогли бы справиться. Защитный механизм действует как психогигиенический фактор, препятствующий возникновению серьезных психических расстройств. Однако слишком долгая задержка на таком обманном истолковании причин неудач может вызвать пассивность и завести в тупик.

Помочь ребенку выйти на более объективный путь объяснения успехов и неудач, связанный с затратами собственных усилий, — задача близких взрослых. К сожалению, зачастую и у родителей действует подобный защитный механизм, и они приписывают вину за неудачи своего ребенка воспитателю, учителю. Создается порочный круг взаи-

модействия. Это может привести к неадекватным эмоциональным переживаниям (аффект неадекватности) и способам поведения.

По данным наших исследований, первоклассники, переживающие эмоциональный дискомфорт, часто проявляют такие тактики поведения, которые можно отнести к психологической защите (недоверие к новым людям, вещам, ситуациям; враждебность по отношению к взрослым; уход в себя). Это приводит к тому, что ребенок самоустраняется от более близких контактов с людьми, любой успех стоит ему огромных усилий. Неприятие детьми взрослых может привести к депрессии или привычной враждебности, проявляющейся в асоциальном поведении.

Таким образом, цели психологической самозащиты если и достигаются, то часто ценой объективной дезинтеграции поведения ребенка.

Важно отметить, что исследователи по-разному оценивают защитное поведение в зависимости от возраста ребенка. Так, А. Фрейд отмечает, что когда «Я» молодо и пластично, его уход от одной области деятельности иногда компенсируется превосходством в другой. Однако когда оно стало ригидным или приобрело интолерантность к неудовольствию, став, таким образом,

фиксированным на способе избегания, такой уход карается нарушенным развитием.

В последнее время обращает на себя внимание особый феномен — неуязвимые дети. Г.Т. Хоментаускас отмечает, что в критические моменты жизни у них появляется ощущение отчужденности от тягостного окружения, они уходят в себя и занимаются чтением, рисованием и т.д. Такое самоотстранение способствует появлению и укреплению чувства независимости. Как правило, у детей наблюдается высокий уровень самоконтроля: они хорошо владеют своими мыслями, чувствами, поступками, отличаются активным, творческим отношением к себе и окружающей действительности.

По мнению многих авторов, проявление у детей механизмов психологической защиты вполне естественно. Они ограждают от внутреннего конфликта, с которым ребенку нелегко справиться. Феномен неуязвимых детей интересен с точки зрения целенаправленной работы психологов.

Психологи выделяют три направления, связанные с оптимальным использованием ребенком защитного поведения:

1) осознание смысла собственных защитных действий (почему я так делаю? помогает ли мне это?);

2) снятие эмоционального напряжения в процессе гуманистически ориентированных процедур;

3) научение ребенка новым для него конструктивным и общественно одобряемым способам защитного поведения.

Преодоление эмоционального дискомфорта с помощью спонтанных поведенческих, интеллектуальных и эмоциональных стратегий

Детям свойственны спонтанные способы регуляции негативных эмоциональных состояний.

По данным исследований, особо эффективными оказались 12 стратегий (в порядке уменьшения меры эффективности): 1 — «сплю»; 2 — «рисую, пишу, читаю»; 3 — «прошу прощения или говорю правду»; 4 — «обнимаю, прижимаю, глажу»; 5 — «гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде»; 6 — «стараясь расслабиться, оставаться спокойным»; 7 — «гуляю»; 8 — «смотрю телевизор, слушаю музыку»; 9 — «играю в игру»; 10 — «остаюсь в одиночестве»; 11 — «мечтаю, представляю»; 12 — «молюсь».

Таким образом, мы видим, что дети, как и взрослые, исполь-

зуют разные типы стратегий: поведенческие («рисую», «играю», «говорю с кем-нибудь»), интеллектуальные («думаю об этом», «мечтаю, «стараясь забыть»»), эмоциональные («плачу», «грущу», «стараясь оставаться спокойным»). И, конечно, важной стратегией регуляции негативных эмоций для детей служит пассивная разрядка (сон, слезы).

По данным нашего опроса, для детей 6—7 лет наиболее характерны поведенческие стратегии, которые позволяют им разрядиться или отвлечься, поскольку быстро и легко переключают на другой вид деятельности (пошел кататься на велосипеде, смотреть мультфильм) или включают другую ситуацию (остаюсь сам с собой, чтобы успокоиться).

Отечественные и зарубежные психологи обращают внимание на то, что ребенок должен быть снабжен определенными психологическими средствами для разрешения возрастных кризисов. В работе с дошкольниками по преодолению возрастнопсихологических критических ситуаций практические психологи основное внимание обращают на развитие социальных умений, создающих высокий уровень «Я могу».

Для этого у ребенка в процессе обучения в школе долж-

ны формироваться важнейшие жизненные навыки: коммуникативные, когнитивные, навыки саморегуляции, учебной деятельности, практические. Чем больше практических навыков у ребенка, тем больше возможностей он имеет для переключения в непротивоположную ситуацию.

Отметим, что довольно часто преодоление тревожащей ситуации понимается детьми именно как внешне направленное действие, а не действие психологической, внутренней работы: изменение точки зрения, собственного отношения.

Близкий взрослый может помочь ребенку сформировать интеллектуальные способы совладания с тревожащими ситуациями, что расширит его возможности эмоциональной регуляции.

Помощь взрослого в преодолении ребенком эмоционального дискомфорта с помощью интеллектуальных стратегий

В отличие от взрослых, дети не способны полноценно интеллектуально переработать и рационализировать ситуацию, поскольку у них еще не созрели соответствующие мозговые механизмы, обеспечивающие ре-

ализацию операций отвлечения и обобщения, которые лежат в основе развития абстрактно-логического мышления. Поэтому дети реже, чем взрослые, и с меньшим успехом используют интеллектуальные стратегии.

Основным методическим приемом психической саморегуляции эмоционального состояния, по мнению некоторых авторов (А.Л. Гройсман, Ю.М. Орлов), служит обучение саморегуляции мышлению.

При этом виде мышления снижение страдания протекает сознательно, в отличие от защитных механизмов, которые выступают как непроизвольное мышление. Автор выделяет *черты патогенного мышления*, воспроизводящего ситуацию стресса много раз и ведущего к состоянию хронического стресса:

— для него характерна полная свобода воображения от контроля, отрыв от реальности. Непроизвольность воображения переносится на отрицательные образы, которые способствуют возникновению непроизвольных эмоциональных и инструментальных реакций. Например, обдумывая обиду, человек невольно начинает предвосхищать наказание обидчиков;

— поскольку каждый акт такого воображения сочетается с отрицательными переживаниями,

образы приобретают большую энергию чувств, способствуют накоплению отрицательного опыта и фиксируются в последующем в чертах характера;

— патогенное мышление исключает рефлексию, т.е. способность рассмотреть себя и свое состояние со стороны. В нем присутствует полная «включенность» в ситуацию, обрастающую комплексами отрицательных образов;

— для патогенного мышления характерна тенденция сохранять в себе отрицательные образования: обиду, зависть и т.д.; нет стремления избавиться от них.

В то же время саногенное мышление способствует оздоровлению психики, снятию внутренней напряженности, устранению застарелых обид. Оно освобождает образы от отрицательного эмоционального заряда и тем самым снижает нервно-психические новообразования.

Черты саногенного мышления:

— умение отделять себя от собственных переживаний и наблюдать их как бы со стороны, что способствует ослаблению переживаний;

— расширение кругозора, внутренней культуры, чему способствует работа с определенными художественными текстами, жизненными историями, мета-

форами, которые дают новую информацию, вызывают новые чувства, подталкивают к новому опыту;

— эмоциональное предвосхищение приятного события, что способствует мобилизации душевных и физических сил ребенка. Опираясь на его воображение, создавая эмоционально окрашенное и обладающее побудительной силой поле воспринимаемой действительности, взрослый может помочь ему совладать с тревожащей ситуацией, справиться с чувством страха, гнева;

— привлечение юмора к разрешению некоторых трудных ситуаций жизни. Практика показывает, что чем выше у участников педагогического процесса способность использовать юмор в трудных ситуациях, тем лучше эмоциональное самочувствие людей, выше их самооценка и оптимистичнее восприятие будущего. Серьезное и юмористическое отношение к жизни образуют единую связь в проявлении жизнестойкости человека. Потребность в радости существует у каждого человека, но наиболее ярко эта потребность присуща детям и подросткам. Известны случаи, когда А.С. Макаренко увольнял воспитателей с такой формулировкой: «Постоянно разводит в колонии грусть».

Бедность или разноплановость образа мира человека влияет на его способность найти оптимальные пути выхода из сложной жизненной ситуации.

Отмечая значимость подготовки ребенка «к грядущим трудностям» через расширение пространства духовного, отечественный философ И.А. Ильин писал: «Основная задача состоит в том, чтобы ребенок получил доступ ко всем сферам духовного опыта... Постепенно все должно стать доступно душе ребенка — и природа во всей ее красоте, в ее величии и таинственной внутренней целесообразности; и та чудесная глубина, и та благородная радость, которую дает нам истинное искусство; и неподдельное сочувствие всему страдающему, и действенная любовь к ближнему, и блаженная сила совестного акта, и мужество национального героя, и творческая жизнь национального гения...».

Обучение саногенному мышлению основано на расширении поля сознания, т.е. включения в область осознанного все большего количества жизненных функций человека, его привычек и психических состояний.

Во многом разнообразные значимые запечатления связаны с периодом раннего и дошкольного детства, насыщенного по-

зитивными эмоциональными образами, которые дают базу для развития позитивного осмысления действительности.

Развитие воображения ребенка как способ совладания с отрицательными эмоциями

Важный момент в работе по преодолению отрицательных эмоций — развитие воображения ребенка, его фантазии, особые формы которых Л.С. Выготский называл «вторым выражением» человеческих эмоций.

В результате работы А.В. Запорожца по развитию у дошкольников эмоционального воображения, которое позволило бы им не только представить, но и пережить отдаленные последствия своих поступков, было показано, что формирование процессов эмоционального предвосхищения способствует мобилизации душевных и физических сил ребенка.

Важно отметить, что воображение помогает придумать и разыграть актуальную в данное время ситуацию или сыграть роль какого-то персонажа, черты которого важны для ребенка в данный период жизни. В работе Ф. Зимбардо выявлена

любопытная закономерность влияния роли на личность: уже невозможно отвергнуть тот опыт, который человек получил, играя роль, в том числе и опыт эмоционального переживания.

По мнению последователей М. Эриксона Д. Миллс и Р. Кроули, работая с метафорой, ребенок может отождествлять себя с его персонажами и событиями. В этом ощущении тождественности заключается преобразующая сила метафоры.

Как только произошла идентификация ребенка с событиями и героями сказки, вместо чувства обособленности («Никому не было так плохо, как мне!») приходит чувство разделенного переживания («Оказывается, и у них такая же проблема, как у меня!»). Однако все это происходит не совсем осознанно.

В этом и заключается некая утонченность терапевтической метафоры. Сказки, истории, метафоры дают новую информацию, вызывают новые чувства, подталкивают к новому опыту.

Исследования показали, что в сфере игры легче, чем в какой-либо другой деятельности, наладить новые позитивные отношения с окружающими и на этой основе не только изжить негативные аффекты, но и сфор-

мировать у ребенка новые положительные эмоции.

Насыщая воображение ребенка яркими образами, включая его в активное восприятие разнообразных позитивных и интересных картин жизни, мы способствуем выработке у него оптимальных способов взаимодействия с действительностью.

Таким образом, важно отметить, что каждый новый период в жизни ребенка, связанный с изменением социальной ситуации (приход в детский сад, переход в другую группу, начало школьного обучения и т.д.), сопровождается переживаниями, отрицательными эмоциями. И это нормально.

Однако эмоции должны выполнить свою функцию, побудить ребенка к развитию оптимального поведения, отношения в реальной ситуации.

Следует учитывать, что именно приход в школу служит периодом, когда ребенок впервые начинает наиболее активно проявлять свои способности по овладению с трудными ситуациями в учебе и общении. Помощь взрослого необходима в создании таких условий общения, игры и обучения дошкольника, которые развивали бы его способность к эффективной саморегуляции эмоций через различные стратегии поведения.

Серные пробки

Сапожников Я.М.,

д-р мед. наук, профессор ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва

Ушная сера (лат. *cerumen*) — продукт секреции серных желез и волосяных фолликулов, расположенных в эпителии внешней трети хрящевого отдела наружного слухового прохода. У взрослого человека около 2000 серных желез в каждом наружном слуховом проходе, которые выделяют 12—20 мг ушной серы в месяц. Основные компоненты ушной серы — ланостерол, сквален и холестерин. Кроме этого, в ней имеются слущенные клетки эпидермиса, гиалуроновая кислота, белки (иммуноглобулины), минеральные соли, частицы пыли.

Состав серы немного отличается у мужчин и женщин, например, мужская сера дает менее кислую реакцию, чем женская (в среднем pH от 4 до 6). Она также зависит от национальности человека. У представителей азиатских народностей сера содержит больше белков и по консистенции более сухая, а у представителей европеоидной и негроидной рас она богата жирами и более мягкая по структуре [9].

Основная функция ушной серы — защита кожи наружного слухового прохода. Жиры, входящие в ее состав, предотвращают как намокание кожи уха при попадании в него воды, так и пересыхание ее. Кислая реакция (pH — 4—5) серы выполняет антисептическую функцию: препятствует росту бактерий и размножению грибков. Эти свойства серы связаны также с наличием в ее составе лизоцима, насыщенных жирных кислот, пептидов (лактоферрин и др.) [12].

Сера образуется у каждого здорового человека. В норме она сама удаляется из наружного слухового прохода вместе с аккумулированными в ней загрязнениями. Основным механизмом самоочистки наружного слухового прохода служит его кожный покров, который постоянно растет (с той же скоростью, что и ногти) и сдвигается наружу. Этому способствует естественная миграция слущенного эпителия в сторону преддверия наружного слухового прохода, а также процесс жевания пищи и

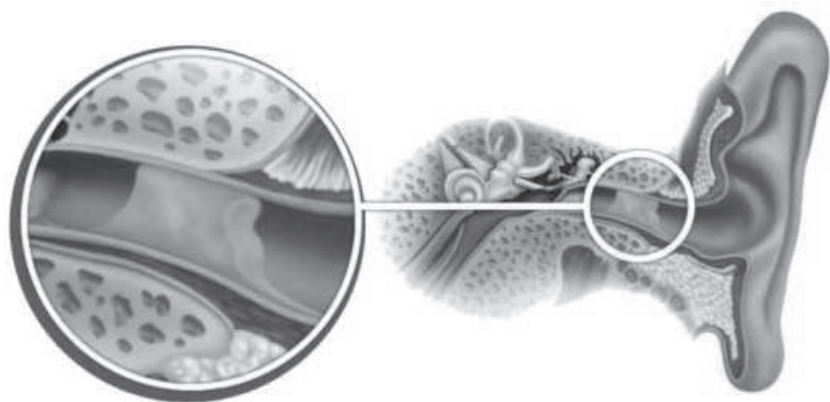


Рис. Серная пробка

разговор, при которых происходят движения в височно-нижнечелюстном суставе.

Однако у значительного числа людей имеется склонность к гиперсекреции серы, встречается изогнутая или просто узкая форма наружного слухового прохода, что затрудняет естественное удаление серных масс. Гиперсекреция серы часто возникает при раздражении кожи слухового прохода при неумеренном туалете ушей, а также при систематическом использовании внутриушных телефонов и аппаратов.

При определенных обстоятельствах сера скапливается в наружном слуховом проходе и образует так называемую серную пробку (см. рисунок). Частота возникновения серных пробок зависит от состава обследуемого контингента. Они встречаются

у 16—17,5% призывников и школьников [8]. По данным профессора В.С. Козлова, в России от них страдают 4% человек, из которых более 4 млн — трудоспособные взрослые, 861 тыс. — дети, 750 тыс. — пожилые люди. Серные пробки, пожалуй, наиболее частая причина визита к оториноларингологу, особенно пожилых людей. Было подсчитано, что в США каждую неделю производится порядка 150 000 удалений ушной серы [11].

Причины возникновения серных пробок

- Извилистость строения наружного слухового прохода.
- Неправильный туалет наружного слухового прохода (использование ватных палочек), способствующий проталкива-

нию имеющейся серы в костный отдел наружного слухового прохода.

- Работа, связанная с разного рода пылью (цементной, мучной и т.п.).

- Работа, связанная с изменением характеристик внешней среды (повышенная температура и влажность, повышенное или пониженное атмосферное давление).

- Ношение слухового аппарата, частое использование внутриушных телефонов, плееров, ушной гарнитуры мобильных телефонов, фонендоскопов.

- Обильный рост волос в наружном слуховом проходе.

- Врожденные или приобретенные сужения наружного слухового прохода.

- Инородные тела в наружном слуховом проходе.

- Занятия водными видами спорта (плавание, дайвинг и т.п.).

Симптомы при серных пробках

При возникновении серной пробки отмечаются чувство заложенности уха, шум (звон) в ушах, снижение слуха, возникающее за счет нарушения воздушного звукопроводения, ощущение инородного тела в ухе. При касании серной пробки барабанной перепонки возникает оталгия, шум в

ухе, а иногда головные боли, головокружение, рвота и даже постоянный кашель [13].

Возрастные особенности

У грудных детей могут образоваться так называемые молочные пробки вследствие затекания жидкости в слуховой проход во время рвоты.

Эпидермальные пробки нередко образуются у детей с нарушением трофики, тяжелой формой атопического дерматита. Они представляют собой скопление серных чешуек, слегка размягченное в центре и ограниченное снаружи мембраной перламутрового цвета. Удалению посредством промывания эти пробки поддаются плохо, так как от воды разбухают.

Серные пробки гораздо чаще возникают у пожилых людей. Это результат комбинации гиперсекреции и обусловленного возрастом снижения эффективности естественного процесса их удаления из уха (увеличение числа волосков, замедление процесса выведения).

Диагностика

Диагноз «серная пробка» ставится на основании отоскопии, при которой видны серные массы, частично или полностью закрывающие просвет слухового

го прохода. Следует проводить дифференциальную диагностику с инородными телами (особенно у детей), эпидермальными и холестеатомными массами, а также с отомикозом [1; 10; 6].

Методы удаления серных пробок

Растворение (разрыхление) серных пробок применялось на протяжении многих тысячелетий. Еще в I в. н.э. подобную методику в книге «О медицине» описал римский философ и врач Корнелий Цельс. Долгое время для этой цели использовали оливковое масло, перекись водорода и бикарбонат натрия. С развитием химии стали появляться новые средства — сульфактанты, мягко и бережно растворяющие серные пробки, разрушающие их за счет процесса гидратации и клеточного лизиса.

Наиболее безопасный метод удаления серных пробок — церуменолизис [10].

Церуменолизис

Церуменолизис — метод туалета наружного слухового прохода, основанный на введении в наружный слуховой проход средств, размягчающих или растворяющих серную пробку. Ремо-Вакс — многокомпонентный препарат, очищающий на-

ружный слуховой проход от излишков серы, слущенного эпителия. Эффективные пенетранты, входящие в его состав, способствуют проникновению в толщу серной пробки и размягчают ее. Влагодерживающие компоненты помогают увлажнить серную пробку, что способствует ее более легкому вымыванию.

Ремо-Вакс оказывает антибактериальное действие и препятствует развитию инфекций после удаления защитного слоя серы, смягчает кожу наружного слухового прохода, способствует отделению отмерших клеток, суживает поры, подавляет рост бактерий.

Несомненное преимущество этого препарата — возможность использования его в любом возрасте (даже у новорожденных). Это позволяет использовать его при необходимости при проведении аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни [3]. Ремо-Вакс мягко размягчает серные массы, не травмируя нежную кожу младенца, содержит смягчающие и подавляющие рост микробов вещества.

Применение Ремо-Вакса облегчает процедуру удаления серных пробок (аспирация с помощью электронасоса и кюретаж). Он размягчает и вымывает их.

Ремо-Вакс разрешен к применению пациентам с диабетом, которым не рекомендовано промывание слухового прохода с помощью шприца Жане.

В амбулаторной практике врача используется механическое удаление и промывание (ирригация). Оптимально сочетание предварительного назначения Ремо-Вакса для размягчения серных пробок и механических методов (кюретаж, промывание).

Практика показывает, что регулярная профилактика образования серных пробок, предполагающая использование Ремо-Вакса 1—2 раза в месяц, позволяет избежать механического промывания.

Механическое удаление и промывание значительно облегчается после предварительного разрыхления серных пробок.

Самым распространенным среди оториноларингологов способом удаления серных пробок служит их вымывание (ирригация). При мягкой консистенции серных пробок и правильном проведении данной процедуры она эффективна. При плотной консистенции и полной абтурации слухового прохода требуется предварительное назначение церуменолитических средств.

Вымывание серных пробок с помощью шприца Жане нельзя

считать безопасной процедурой. Несоблюдение методики проведения процедуры может привести к травме кожи наружного слухового прохода, барабанной перепонки, цепи слуховых косточек, развитию вестибулярных явлений, а также к наружному и среднему отиту (1 случай на 1000 промываний).

В современных ЛОР-комбайнах имеются специальные насадки для удаления серных пробок. В настоящее время в России появились электронные ирригаторы Propulse, которые успешно используются в большинстве клиник Великобритании.

Так называемые ватные палочки, широко представленные в аптеках, служат только для косметических целей. Их нельзя использовать для удаления из ушей серы. Они слишком тонки и содержат очень мало ваты. Удаление ушной серы следует проводить только вокруг входа в наружный слуховой проход, не проникая вглубь. Если ватная палочка вводится глубже, нарушается естественный механизм самоочищения слухового прохода. Результатом такой «гигиенической процедуры» может стать раздражение и травмирование кожи наружного слухового прохода, смещение серной пробки к барабанной перепонке, откуда достать ее в домашних условиях

практически невозможно, поскольку серная пробка уплотняется, и попытка удаления ее подручными средствами (булавки и т.п.) может привести к травме с тяжелыми последствиями.

У детей применение ватных палочек нередко приводит к перфорации барабанной перепонки, что связано с их подвижностью, непредсказуемой реакцией на манипуляцию и отсутствием визуального контроля процедуры, проводимой родителями ребенка. Около 70% случаев перфораций барабанных перепонки в детском возрасте вызвано неправильным применением ватных палочек [1; 2].

Использование фитоворонок и ушных свечей не только не дает эффекта, но и весьма опасно, так как часто вызывает ожог наружного слухового прохода и барабанной перепонки. В основе этого метода лежит размещение полый горящей свечи в наружном слуховом проходе. Горячий расплавленный воск свечи капает в наружный слуховой проход.

Серные пробки и слухопротезирование

За чистотой наружного слухового прохода нужно особенно следить пользователям слуховых аппаратов. Даже небольшое количество серы может привести

к ухудшению или прекращению работы даже самого современного и идеально настроенного слухового аппарата.

Если тугоухие пациенты используют для туалета наружного слухового прохода ватные палочки, различные шпильки и т.п., это только усугубляет проблему, поскольку ушная сера перемещается в глубину слухового прохода. В этих случаях без помощи оториноларинголога не обойтись.

Пользователи заушных слуховых аппаратов должны следить за состоянием звукопроводящего и вентиляционного отверстий ушного вкладыша. Частота проведения туалета ушного вкладыша зависит от интенсивности использования слухового аппарата. Обычно это следует делать два раза в неделю. Для этого ушной вкладыш отсоединяют от слухового аппарата. Нужно промыть его проточной водой комнатной температуры, а затем поместить в мыльный раствор, после чего снова промыть проточной водой и просушить.

Для удаления серы из вентиляционного отверстия ушного вкладыша используют специальную пластиковую иглу, которая входит в комплект слухового аппарата.

Внутриушные и внутриканальные модели слуховых аппаратов нужно чистить чаще, чем заушные. Для чистки выходно-

го, микрофонного и вентиляционных отверстий используют специальные приспособления (щеточку и специальный двухсторонний зонд). У этих моделей слуховых аппаратов имеется так называемый серный фильтр, который расположен в выходном отверстии. Он предохраняет звуковое отверстие от ушной серы и грязи. Следует регулярно удалять ушную серу и грязь вокруг серного фильтра с помощью щеточки или сухой мягкой ткани. Периодически пользователям слуховых аппаратов, чаще всего самостоятельно, нужно заменять серный фильтр, при необходимости можно обратиться к специалисту по слуховым аппаратам.

Серные пробки и речевое развитие детей

Совместные исследования показали, что длительное нахождение серных пробок приводит к развитию дефектов речи у дошкольников, а у детей раннего возраста даже к задержке речевого развития [3; 5; 7].

Отсутствие отоскопии и при необходимости туалета наружного слухового прохода при проведении аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни часто приводит к гипердиагностике нарушений слуха [4].

Литература

1. Заболевания наружного уха / Под ред. С.А. Карпищенко. СПб., 2012.
2. *Маркова М.В.* Травматические повреждения наружного слухового прохода и барабанной перепонки у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
3. *Сапожников Я.М.* Аудиологический скрининг новорожденных и грудных детей и его особенности у недоношенных новорожденных с различным сроком гестации // Детская оториноларингология. 2012. № 2.
4. *Сапожников Я.М., Гаращенко Т.И.* Вопросы организации и особенности проведения аудиологического скрининга у различных категорий новорожденных и детей первого года жизни: Мат-лы VI Конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания». Минск, 2014.
5. *Сапожников Я.М., Чиркина Г.В., Черкасова Е.Л.* Проблема диагностики минимальных нарушений слуха у детей с нарушениями речи / Науч.-практ. конф. «Современные методы дифференциальной и топической диагностики нарушений слуха». М., 1999.
6. *Свиштушкин В.М., Мустафеев Д.М.* Современные принципы лечения и профилактики заболеваний наружного уха // Вестник оториноларингологии. 2013. № 4.
7. *Черкасова Е.Л., Сапожников Я.М.* Минимальные нарушения слуха и их влияние на речь детей

- дошкольного возраста: Мат-лы XVIII Съезда оториноларингологов России. СПб., 2011.
8. *Al-Kandari J.M., Alshuaib W.B.* Hearing evaluation of school children in Kuwait // *Electromyogr. Clin. Neurophysiol.* 2010. Vol. 50.
 9. *Alvord L.S., Farmer B.L.* Anatomy and orientation of the human external ear // *J. Am. Acad. Audiol.* 1997. Vol. 8, 6.
 10. *Carr M.M., Smith R.L.* Ceruminolytic efficacy in adults versus children // *J. Laryngol.* 2001. Vol. 30, 3.
 11. *Grossan M.* Cerumen removal-current challenges // *Ear Nose Throat J.* 1998. Vol. 77.
 12. *Megarry S., Pett A., Scarlett A.* The activity against yeasts of human cerumen // *J. Laryngol. Otol.*, 1988. Vol. 102, 8.
 13. *Roeser R.J., Ballachanda B.B.* Physiology, pathophysiology, and anthropology/epidemiology of human ear canal secretions // *J. am. Acad. Audiol.* 1997. Vol. 8.

МЕТОД ГОРОХОВЫХ ПРОБ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУХА

Данный метод был предложен Санкт-Петербургским институтом раннего вмешательства. Он не требует аппаратного оснащения и доступен ЛОР-врачам, педиатрам, невропатологам, медсестрам кабинета здорового ребенка.

Для обследования необходимы четыре пластмассовые баночки. Первая баночка на одну треть заполняется нелущим горохом, звук которого при ее тряске имеет интенсивность 70—80 дБ, вторая — гречкой-ядрицей, сотрясение которой создает звук интенсивностью 50—60 дБ, третья — манкой, звук которой при ее тряске имеет интенсивность 30—40 дБ, четвертая баночка остается пустой.

Обследование следует начинать с более тихих звуков: сначала трясут баночкой, заполненной манкой, затем — гречкой и только потом — горохом (если ребенок четко реагирует на звучание баночки с манкой и может локализовать звук, т.е. определить его направление). При нормальном слухе последнее становится возможным с 4—5 мес.

На обследование слуха в сурдологопедический кабинет следует направлять ребенка:

- до 4 мес., если он не реагирует на звучание баночек с гречкой и горохом (или отмечается нечеткая реакция: то есть, то нет);
- старше 4 мес., если он не реагирует на звучание хотя бы одной баночки, например, с манкой, или не может локализовать источник звука, так как последнее свидетельствует о возможности одностороннего снижения слуха.

Отомикоз у детей

Гришечко Ю.В.,

оториноларинголог-сурдолог

ООО «Реабилитационный центр “Резонанс”», Москва

Отомикоз — грибковое заболевание, обусловленное развитием на стенках наружного слухового прохода плесневых грибов *Aspergillus*, *Penicillium*, а также дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Отомикоз чаще всего встречается у взрослых, в детском возрасте это заболевание встречается гораздо реже. У детей до года в силу особенностей строения их кожи практически не бывает грибковых поражений. Однако случаи отомикуза у детей все же встречаются.

Развитию заболевания способствуют предшествующие дерматиты наружного слухового прохода и экзематозные его поражения. Часто рецидивирующие катаральные и гнойные средние отиты тоже могут привести к присоединению грибковой флоры из-за ослабления местного иммунитета. Отомикоз у детей может встречаться и в том случае, если есть благоприятная среда для развития грибка — хроническая травматизация кожи слухового прохода, происходящая либо при наличии «вред-

ной привычки» чесать уши, либо при травмировании наружного слухового прохода инородными телами, не обнаруженными вовремя или удаленными самостоятельно без последующей обработки.

У часто и подолгу болеющих детей, в схемах лечения которых часто применяются антибиотики, подавляющие, как мы знаем, микрофлору и приводящие к дисбактериозу, также может развиваться грибковое поражение кожи слухового прохода. Длительное применение гормональных препаратов, самолечение или неоправданное назначение антибактериальных препаратов местного действия тоже чревато подобного рода осложнениями.

Факторами, предрасполагающими к развитию отомикуза, служат общая или местная аллергия, нарушения обмена веществ, индивидуальные особенности функционирования серных желез.

Также нужно принимать во внимание возможность развития данного заболевания у детей со

сниженным слухом и носящих слуховые аппараты. В постоянно закрытом вкладышем слуховом проходе из-за повышенной влажности и отсутствия вентиляции может развиться грибок.

Как правило, отомикоз у детей выявляется не сразу. Обычно такой диагноз «всплывает» случайно при очередном осмотре ЛОР-врачом, или когда заболевание уже довольно сильно выражено. Это связано с тем, что даже для взрослых пациентов грибковые поражения слухового прохода длительное время малозаметны, и человек не обращает внимания на незначительные симптомы этого заболевания. Ребенок же не умеет сформулировать жалобы и осознать, что его беспокоит. Явные симптомы возникают уже на той стадии развития грибковой инфекции, когда мицелий прорастает в глубь кожи.

Основные симптомы, которые может испытывать ребенок, — постоянный сильный зуд кожи и повышенная чувствительность слухового прохода. Если ребенок совсем маленький, он не может пожаловаться, и родители не знают, что есть какая-то проблема. Однако поведение ребенка может показать дискомфорт. При отомикозе малыш постоянно трет или дергает уши, наклоняет голову к плечу (при одностороннем поражении), реагирует пла-

чем и сопротивлением на обычные гигиенические процедуры. Дети постарше жалуются на то, что чешется ухо или в нем «что-то мешает».

Выделения из слухового прохода могут быть очень скудными или вовсе не наблюдаться. Болевые ощущения также слабые или отсутствуют до тех пор, пока заболевание выражено не слишком сильно. При нарастании объема поражения или присоединении бактериальной флоры могут присутствовать боль в ухе или головная боль на стороне поражения.

Если у ребенка появились жалобы подобного рода, или родители заметили в ухе отделяемое, напоминающее промокшую бумагу, корочки и чешуйки, следует срочно обратиться за консультацией к оториноларингологу.

Врач при осмотре, как правило, уже сможет дать заключение и провести первичную обработку слухового прохода. Однако для назначения специальных противогрибковых препаратов доктор обязательно должен провести микроскопическое исследование и собрать материал для посева отделяемого. Только после получения данных микограммы (результатов посева флоры) назначается соответствующее лечение.

Объем и длительность терапии зависят от степени выраженности

процесса. Могут быть назначены только местные противогрибковые препараты последнего поколения. При наличии выраженного процесса или присоединении общих или местных аллергических явлений врач назначит противогрибковые препараты для приема внутрь, а также проведет десенсибилизирующее (противоаллергическое) лечение. Если течению заболевания сопутствует обильное отделяемое в слуховом проходе, следует походить к доктору для промывания специальными растворами, чтобы повысить эффективность местного лечения и облегчить неприятные для ребенка симптомы.

Для профилактики отомикоза прежде всего необходимо тщательно соблюдать гигиену. Однако злоупотреблять очищающими процедурами не стоит, так как вырабатываемая в слуховом проходе сера обладает защитными свойствами.

Очищать слуховой проход ребенка до 3 лет следует очень осторожно из-за особенностей его строения. Применять для этого косметические ватные палочки или самодельные средства категорически запрещено. Для очистки детского слухового прохода используются специальные палочки с расширением-ограничителем, препятствующим глубокому проникновению и травме

барабанной перепонки. Ватными жгутиками, скрученными самостоятельно, пользоваться тоже не стоит, — ребенок может дернуться, и вата останется внутри слухового прохода.

Чистить слуховой проход достаточно 1—2 раза в неделю, поскольку при мытье головы вода размывает серные отложения, и они удаляются естественным, не доставляющим неприятных ощущений ребенку путем. После этого остается просто просушить уши полотенцем или специальными палочками.

Если ребенок не любит чистить уши, а серы вырабатывается довольно много, и при обычном мытье головы удалить ее не удастся, можно это делать с помощью специальных капель, которые посоветует ЛОР-врач.

Помимо поддержания гигиены для профилактики отомикоза необходимы рациональное лечение общих заболеваний, способствующих развитию данной патологии, предупреждение заноса грибковой инфекции в слуховой проход, воспалительных процессов в области наружного уха, своевременное обращение к специалисту за квалифицированной помощью, повышение защитных сил организма ребенка.

При соблюдении всех этих мер риск возникновения отомикоза будет минимальным.

Формирование оптико-пространственного гнозиса у детей 5—6 лет с системным нарушением речи

Шевцова Е.Е.,

*доцент кафедры логопедии, зав. лабораторией
восстановления речи, фонации и глотания
ФГБНУ «Госпиталь для инкурабельных больных —
научный лечебно-реабилитационный центр», Москва;*

Шамаева Ю.В.,

*логопед ГБУЗ «Центр патологии речи
и нейрореабилитации», Москва*

Пространственные представления имеют универсальное значение для всех сторон деятельности человека. Гармоничное развитие ребенка невозможно без формирования у него способности к ориентировке в пространстве.

Исследователи, изучавшие пространственные представления и ориентировку в пространстве (Б.Г. Ананьев, М.В. Вовчик-Блакитная, А.А. Люблинская, Т.А. Мусейбова, Ф.Н. Шемякин и др.), установили, что их несформированность к концу дошкольного возраста служит одной из причин, вызывающих затруднения при овладении школьными навыками. В свете этих данных актуально развитие у детей адекватных способов восприятия

пространства, полноценных пространственных представлений и навыков ориентировки. Это важно для подготовки ребенка к школе.

Одно из основных направлений решения названных задач — формирование у детей ориентировки на микроплоскости, поскольку суть и содержание многих школьных навыков и видов деятельности, с которыми ребенок соприкоснется с самого начала обучения в школе (письмо, чтение, ручной труд, ориентировка в пространстве страницы учебника, тетради, парты и т.п.), требует владения этим навыком.

Особое значение имеет овладение пространственными представлениями и навыками

ориентировки в пространстве для детей с системным недоразвитием речи. Дети этой категории испытывают существенные трудности в овладении действиями восприятия, приобретении опыта практического преобразования пространства, при его отражении в слове и продуктивных видах деятельности.

Неполноценность пространственных представлений у детей с системными нарушениями речи отмечают многие исследователи (О.П. Гаврилушкина, Т.Н. Головина, З.М. Дунаева, Р. Ибаньес Релус Тереса, Л.Н. Кассал, Л.И. Пепик, В.Г. Петрова и др.), считая основными причинами этого бедность практического опыта ориентировки и слабость пространственного анализа и синтеза.

Относительное увеличение числа таких детей обуславливает постановку вопроса о приемах, методах работы с данной категорией детей, разработке содержания и программы коррекционно-педагогической работы с ними. Следовательно, существует необходимость разработки методов и средств коррекции недостаточности развития пространственной ориентировки у детей с системным нарушением речи, что и определяет проблему нашего исследования: на основании изучения своеобразия пространственных представлений и ори-

ентировки в пространстве детей 5—6 лет разработать содержание, методы и организационные формы коррекционно-педагогической работы, направленной на преодоление недоразвития этих процессов у детей данной категории.

Оптико-пространственная агнозия возникает при преимущественном повреждении верхнетеменных и теменно-затылочных отделов коры левого или правого полушарий мозга, благодаря которым осуществляется комплексное взаимодействие нескольких анализаторных систем (зрительной, слуховой, тактильной, вестибулярной). Особенно грубо оптико-пространственная агнозия проявляется при симметричных двусторонних очагах поражения.

Особенности функционирования зрительных зон мозга позволяют опознавать такие пространственные признаки зрительных изображений, как величина, удаленность, направленность, взаиморасположенность объектов.

Эти характеристики предметов познаются в онтогенезе за счет ассоциативных связей между различными модальностями — тактильной, слуховой, зрительной. В соответствии с этим А.Р. Лурия рассматривал, например, оптико-пространственные нарушения как дефект синтеза информации различных модальностей.

Он указывал также, что они, как правило, проявляются во многих видах психической деятельности: двигательной, конструктивной, в вербально-логических операциях речи, в письме, счете. Такие расстройства различны по форме в зависимости от локализации очага поражения, прежде всего от стороны мозга, в которой они расположены. В период овладения соответствующими видами деятельности причиной таких расстройств могут быть не только поражения, но и различные дисфункции созревания мозговых структур.

Левополушарные (доминантные) очаги или дисфункции приводят к нарушениям пространственно-ориентировочной деятельности. Они характеризуются недостаточностью дискретно-логического анализа опτικο-пространственных объектов.

В этих случаях нарушены:

- схематические представления о пространственных соотношениях объектов действительности (неспособность осуществить поворот фигуры в пространстве, ориентироваться в географической карте, часах, пространственных играх и т.д.);

- различные виды конструктивной деятельности, рисования;

- схема тела (аутопагнозия);

- называние и понимание слов, обозначающих простран-

ственные взаимоотношения: предлоги с пространственным значением (*на, в, под, над* и т.д.), наречия (*далеко, сбоку, внизу* и т.д.), на основе чего часто возникает аграмматизм, характерный для больных с семантической афазией;

- идентификация и называние пальцев рук (пальцевая агнозия);

- письмо и чтение (в основе — дефект аналитико-синтетических, симультанно осуществляемых действий по звукобуквенному анализу состава слова).

Правополушарные (субдоминантные) очаги поражения при опτικο-пространственной агнозии и дисфункции наблюдаются значительно чаще, чем левополушарные. Они обуславливают недостаточность целостного восприятия опτικο-пространственной ситуации:

- симультанную агнозию, при которой имеется неспособность оценить смысл сюжетной картинки в связи с фрагментарностью восприятия пространственной ситуации, хотя узнавание отдельных объектов, как правило, остается сохранным;

- нарушение опознания знакомой пространственной ситуации, неспособность воспроизведения ее по памяти;

- нарушение схемы тела (аутопагнозия), когда ориентация в расположении частей тела затруд-

няется потому, что они воспринимаются искаженными по величине, диспропорциональными.

Это особенно ярко проявляется на контрлатеральной (противоположной) очагу поражения левой половине тела.

Вследствие нарушения схемы тела и ослабления зрительного контроля возникают трудности построения движения в пространстве, т.е. *апрактоагнозия*, состоящая в распаде упроченных бытовых навыков, например, одевания (апраксия одевания), способности рисовать, совершать профессиональные действия и т.п.

Наиболее ярким и характерным симптомом оптико-пространственных расстройств, возникающих при поражении правого полушария мозга, служит односторонняя пространственная агнозия. Для нее характерен феномен игнорирования левой половины пространства, а также зрительных, слуховых, тактильных стимулов, исходящих из левой половины пространства.

Формирование оптико-пространственного гнозиса и сенсомоторных координаций

Значимость современного формирования пространствен-

ных функций для детского развития, их тесная взаимосвязь со становлением познавательной деятельности и развитием специфических школьных навыков и умений неоднократно были предметом научно-теоретических и прикладных исследований (Б.Г. Ананьев, В.В. Бушуров, О.И. Галкина, М.А. Гузеева, Л.А. Кладницкая, А.Я. Колодная, А.Р. Лурия, А.А. Люблинская, Е.Ф. Рыбалко и др.). Установлено, что, несмотря на прогресс в развитии пространственного восприятия и пространственных представлений, который наблюдается у детей на протяжении всего дошкольного возраста, недостаточность пространственных функций обуславливает 47% трудностей, испытываемых ими при усвоении учебного материала по математике, 24 — при усвоении материала по русскому языку и формировании навыков письма, 16% — при обучении чтению.

Наиболее типичные ошибки пространственного различения у детей с системным нарушением речи:

— в чтении — суженный круг различимого пространства строчек, что затрудняет переход к беглому чтению, пространственное различение сходных по форме букв и др.;

— в письме — неумение соотносить букву и линии в тетради, т.е. ориентироваться в пространстве листа в тетради, смещение верха и низа сходных букв, зеркальные ошибки вследствие перерыва буквы в обратную сторону;

— в математике — ошибочное написание цифр, неумение симметрично располагать запись примеров в тетради;

— в рисовании — неумение располагать рисунок в пространстве листа, трудности в овладении пропорцией в рисунке и др.

В числе основных причин этих трудностей, во-первых, незавершенность процесса формирования типов совместной работы обоих полушарий головного мозга и, во-вторых, обилие вновь вводимых учителем словесных обозначений пространственных признаков, которые не подкрепляются практическими действиями учеников и специальной тренировкой анализаторов на различение пространственных признаков и отношений между объектами.

Сенсомоторные координации

Выработка у детей точной и четкой координации в системах «глаз — рука», «ухо — рука», «глаз — ухо — рука» занимает

значимое место в профилактике школьных трудностей, поскольку установление межанализаторных связей и успешный синтез зрительной, слуховой и кинестетической информации обеспечивают правильное соотношение звуковой устной речи с буквами при письме и чтении. В то же время обнаруживаемая у части детей на этапе школьного старта слабость слухо-зрительно-двигательных связей снижает возможность усвоения звукобуквенных соответствий при письме и чтении, что требует использования в работе с ними системы игровых развивающих и коррекционно-развивающих заданий.

Методы формирования оптико-пространственного гнозиса

Коррекционная работа с детьми с системным нарушением речи осуществляется в условиях естественного педагогического процесса. Она строится с учетом ведущих дидактических и специфических принципов для данной группы дошкольников. К ним относятся принципы: корригирующего обучения; учета первичных и вторичных дефектов, уровней сформированности речи и структуры речевого нарушения, новизны,

объема, нарастающей сложности вербального материала; опоры на сохраненные анализаторы, создание полисенсорной основы и компоненты речевой деятельности; формирования всесторонних представлений об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности.

В процессе коррекционной работы осуществляется комплексное многостороннее воздействие, организуемое силами дефектолога, логопеда и воспитателя в системе разнообразных занятий с детьми.

В коррекционной работе огромное значение придается дидактическому воздействию на специально организованных занятиях, которые проводятся дифференцированно, с учетом состояния интеллекта детей, их речи, способов восприятия и индивидуальных особенностей. Преобладают индивидуальные занятия.

Воспитатели и учителя совместно с логопедами определяют задачи, направленные на коррекцию оптико-пространственных нарушений. Развитие пространственных представлений, а также предметно-практической деятельности реализуются также на музыкальных и ритмических занятиях.

Огромное значение в работе с детьми с системными нарушениями

речи в целях формирования представлений о многообразии предметного мира придается природной наглядности. Обязательным элементом занятий должна быть игра. Вводят элементы, направленные на коррекцию предметно-практической, игровой и познавательной деятельности. Неотъемлемым должно быть совершенствование моторных навыков, координации, ориентировки в пространстве и конструктивного праксиса. Эта работа связана с развитием речевых навыков и формированием соответствующих понятий. В ее основу должно быть положено формирование углубленных представлений и реальных знаний детей об окружающем мире. На этой предметной базе строится развитие их речи. Основное внимание обращают на расширение их словарного запаса, правильность соотносительности слова с образом предмета, формирование обобщающих понятий, грамматического строя и связной речи.

В основе работы лежит формирование речевых стереотипов, накопление которых строится посредством вычленения обобщающих или контрастных признаков. Расширение словарного запаса, практическое овладение грамматическим строем обеспечивают переход к состав-

лению предложений по картинкам, опорным словам, а также по представлениям, которые могут быть сформированы у детей об окружающем мире по описанию своего опыта. В системе логопедических занятий отрабатываются наиболее слабые звенья речевой деятельности детей. Важный момент в организации коррекционной работы — проведение обследования, совпадающего по времени с началом учебного года.

В коррекционной работе логопед большое внимание обращает на несформированность у детей оптико-пространственных навыков, отрицательно влияющую на становление письменной речи. Коррекционный процесс предусматривает развитие оптико-пространственного гнозиса и праксиса, а также зрительных мнестиса, анализа и синтеза, пространственных представлений.

Определены основные направления логопедической работы с учетом данных теоретических положений.

Первое направление: развитие зрительного и слухового восприятия и памяти, зрительного анализа и синтеза и коррекция их недостатков.

Второе направление: развитие пространственной ориентации, оптико-пространственного

анализа и синтеза и коррекция их недостатков.

Для успешной эффективности и поддержания устойчивого интереса все задания детям предлагаются в виде интересных игр.

Программа развития пространственной ориентации, оптико-пространственного анализа и синтеза, коррекции их недостатков

- Развитие умений ориентироваться в схеме собственного тела, указывать местоположение предметов в пространстве относительно себя.

- Развитие умения определять сторонность объектов, находящихся напротив: линейную последовательность предметного ряда, находящегося напротив.

Игра «Правой — левой»

Ведущий предлагает детям правильно показать правую руку, левую руку, правую ногу, правое ухо, левое колено, левую пятку и т.д.

Игра «Что справа, что слева?»

Ведущий предлагает выполнить следующую игровую задачу: назвать по очереди как можно больше предметов, находящихся сначала справа, затем слева от участников игры.

Игра «Ориентировка по памяти»

Перед началом игры ведущий предлагает участникам внимательно осмотреть помещение, в котором они находятся. Затем он по очереди завязывает детям глаза и произвольно называет несколько предметов окружающей обстановки. Задача игрока — по памяти назвать, где находится тот или иной предмет относительно него (впереди, сзади, сверху, снизу, слева, справа).

Игра «Покажи у товарища»

Нужно показать у стоящего напротив участника левую бровь, правое ухо, левое плечо и т.д.

Игра «Кто первый? Кто последний?»

Взрослый предлагает 3—4 детям построиться в шеренгу. Другие участники располагаются напротив. Детям предлагают сделать ряд самостоятельных перестроений, чтобы остальные игроки при очередном перестроении назвали первого, последнего ребенка в шеренге.

Игра «Раскрась правую руку»

Детям предлагают рисунок с изображением ладоней. Нужно раскрасить правую руку.

Игра «Заштрихуй левую ступню (след)»

Детям раздают контурные рисунки с изображением ступней и ладоней. Нужно заштриховать ступню (след).

Игра «Поиграй с клоунами»

Детям раздают контурные рисунки с изображением клоуна. Нужно раскрасить правую ногу, левую руку клоуна.

Игра «Закрась кармашки»

Детям раздают контурные рисунки с изображением рубашки и шорт с карманами. Нужно раскрасить левый карман на шортах и правый кармашек на рубашке.

Игра «Раскрась собачку»

Детям раздают контурные рисунки с изображением собаки. Нужно раскрасить желтым карандашом ее левое ухо, серым — правый глаз, голубым — левую переднюю лапу, черным — правую заднюю лапу.

Игра «Раскрась рыбок»

Детям раздают контурные рисунки с изображением рыб.

Нужно раскрасить рыбок, плывущих направо, зеленым карандашом, а плывущим налево — синим.

Игра «Кто куда идет?»

Детям показывают картинку с изображением идущих в раз-

ные стороны людей и животных. Нужно сказать, кто в какую сторону движется.

- Определение временных представлений, пространственных отношений предметов между собой; преобразование в расположении предметов относительно друг друга; создание рисунка (конструктивной поделки) по словесной инструкции или наглядно представленному образцу.

Игра «Перестановки»

Ведущий предлагает выполнить ряд перестановок:

- расположить на столе карандаш около тетради;
- между тетрадью и карандашом положить ручку;
- положить карандаш на тетрадь и т.д.

Игра «Рисование по словесному описанию»

Детям предлагают нарисовать:

- клумбу, на левой стороне которой растут голубые цветы, а на правой — желтые;
- книжную полку, на которой справа стоят книги в красном переплете, слева — в синем, а в центре — в зеленом и т.д.

Игра «Кто куда спрятался?»

Детям раздают картинки с изображением животных и птиц, которых видно не полностью

(кто-то сидит за кустом, кто-то прячется в листве дерева и т.д.). Нужно назвать животных и птиц и сказать, кто куда спрятался.

Игра «Где клубок?»

Детям показывают картинки с изображением стула и клубка. Нужно сказать, где находится клубок (около стула, на стуле, перед стулом и т.д.), и записать предлог.

Игра «Кто за кем стоит? После кого? Между кем?»

Детям показывают картинку с изображением стоящих в ряд детей. Нужно назвать имена детей и сказать, за кем стоит Витя. Найти и раскрасить его желтым карандашом. Затем надо сказать, после кого стоит Лена, найди и раскрасить ее зеленым карандашом. И т.д.

Игра «Что где?»

Детям показывают картинку с изображением различных предметов. Нужно сказать, где находится тот или иной предмет, что в левом верхнем углу, что внизу, что под корабликом, что между яблоком и машинкой?

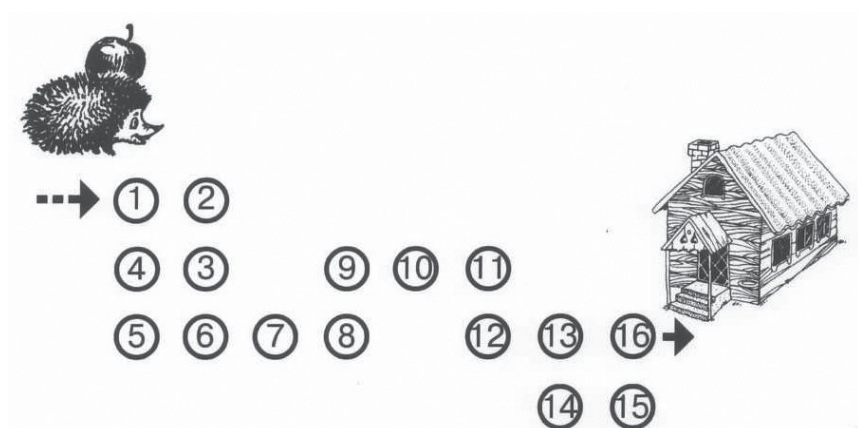
Игра «Найди сокровища»

Инструкция. «Нужно найти сокровища, пройдя путь. Найди начало пути. Нарисуй линию: одна клеточка вниз, одна клеточка вправо, две клеточки вниз, одна клеточка вправо, две клеточки вверх, одна клеточка

вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, две клеточки вниз, одна клеточка влево, одна клеточка вниз, одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вверх».

Игра «Составь план, по которому ежик шел домой» (см. рисунок).

Нужно составить план, по которому ежик шел домой: перечислить все его шаги (первый шаг направо, потом... и т.д.)



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Игра «Покажи рыбок, плывущих влево»

Детям показывают рисунок с изображением рыбок, плывущих в разном направлении. Нужно найти и показать тех, которые плывут влево.

Игра «Раскрась машины»

Детям показывают рисунок с изображением машин, которые едут в разном направлении. Нужно раскрасить красным карандашом те, что едут влево, и зеленым те, что едут вправо.

9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____

Рис. Игра «Составь план, по которому ежик шел домой»

Игра «Покажи гусей в одинаковых позах»

Детям показывают картинку с изображением гусей в разных позах. Нужно найти птиц, позы которых одинаковы.

Игра «Кто лишний?»

Детям показывают картинку с изображением игрушек. Нужно найти в каждом ряду игрушку, расположенную не так, как другие, сказать, в какую сторону они смотрят.

Игра «Вспомни месяцы года»

Детям раздают картинки с изображением времен года. Нужно раскрасить зимние месяцы синим карандашом, весенние — желтым, летние — зеленым, осенние — оранжевым.

Игра «Пронумеруй месяцы»

Детям раздают листы, на которых написаны месяцы года. Нужно пронумеровать их по порядку.

- Формирование координации в системе «глаз — рука» и коррекция ее недостатков.

Игра «Копировщики узоров»

Детям предлагают внимательно проанализировать образцы узоров красивых ковров и как можно точнее срисовать их.

Игра «Нарисуй снежинки»

Взрослый показывает детям выполненные мелом на доске

образцы снежинок и предлагает устроить соревнование: кто сможет сделать самую точную копию какой-либо снежинки.

Игра «Сделай, как я!»

Для игры потребуется комплект счетных палочек. Ведущий выкладывает за ширмой из заранее оговоренного количества палочек произвольную композицию, затем на 1—2 с показывает ее остальным участникам игры и снова закрывает. Дети по памяти должны выложить из своих палочек точно такую же фигуру.

- Формирование координации в системе «ухо — рука» и коррекция ее недостатков.

Игра «Ухо — нос»

По команде «Ухо!» дети должны взяться за ухо, по команде «Нос!» — за нос. Взрослый не только подает эти команды, но и выполняет движения вместе с детьми, допуская порой намеренные ошибки и провоцируя их на неправильные действия.

Игра «Иллюстрирование книги»

Введение в игровую ситуацию. Художники получили от детского издательства заказ. Нужно нарисовать картину к сказке «Колобок», на которой дед с бабкой были бы изображены в левом нижнем углу, колобок — посе-

редине, а остальные персонажи в правом верхнем углу.

- Формирование координации в системе «глаз — ухо — рука» и коррекция ее недостатков.

Игра «Повторяй за мной»

Под любую рифмовку ведущий выполняет простые движения, например, хлопает в ладоши, по коленям, топает ногой, кивает головой и др. Дети повторяют их вслед за взрослым, стараясь как можно скорее отреагировать на смену движений.

Игра «Сколько деток»

Игровой материал: картинки с изображением животных и карточки — «тексты» телеграмм. О больших детям сообщают сильные, громкие удары, в тексте телеграммы им соответствуют крупные точки; о маленьких — тихие удары, в телеграмме им соответствуют маленькие точки.

Специально организованная система психолого-педагогической работы со старшими дошкольниками, направленная на формирование оптико-пространственного гнозиса, способствует развитию когнитивных функций, предупреждению нарушений учебных навыков, становлению социально-бытовых и двигательных функций.

Оптико-пространственный гнозис — один из главных психических процессов, создающих первичную базу для формирования речи детей, развитие которой совершенствуется в дальнейшем данный психический процесс (В.И. Лубовский, А.Р. Лурия, Э.Г. Симерницкая и др.). Кроме того, развитие пространственного гнозиса лежит в основе формирования познавательной деятельности дошкольников и является одной из главных предпосылок при подготовке их к школьному обучению.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



БЕСЕДЫ О ПРОСТРАНСТВЕ И ВРЕМЕНИ

Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

Даны задания, обучающие ребенка ориентироваться в пространстве и времени, а также в игровой форме знакомящие с такими понятиями, как «выше», «ниже», «верх», «низ», «справа и слева», «по часовой стрелке» и «против часовой стрелки» и т.д. Рекомендуем использовать с наглядным пособием «Часики» с двигающимися стрелками.

Приобретайте на www.sfera-book.ru



Основные методы профилактики нарушений слуха у детей

Смирнова О.И.,
сурдолог;

Славгородская О.Н.,
*сурдопедагог Центра реабилитации неслышащих «Отофон»,
Москва*

Ежегодно во всех странах мира рождаются тысячи детей с патологией органа слуха. Снижение и потеря слуха в раннем детстве приводят к изменению или отсутствию речи, нарушению нормального развития ребенка в физическом и интеллектуальном отношении.

Строение органа слуха

Ухо — анатомически очень сложный орган, состоящий из трех отделов: наружного уха (ушная раковина и наружный слуховой проход), среднего уха (барабанная полость, отделяющаяся от наружного уха барабанной перепонкой, воздухоносные полости сосцевидного отростка и слуховая труба) и внутреннего уха-лабиринта (улитка, преддверие и три полукружных канала).

С точки зрения физиологии ухо делится на два отдела: звукопроводящий (ушная раковина, наружный слуховой проход, барабанная перепонка, слуховые

косточки и лабиринтная жидкость) и звуковоспринимающий (рецептор — кортиева орган, слуховой нерв, слуховые проводящие пути и слуховые центры в коре головного мозга).

Нарушение слуховой функции может быть связано с патологическими изменениями звукопроводящего (кондуктивная тугоухость) или звуковоспринимающего (нейросенсорная тугоухость — кохлеарный неврит) отдела. Поражение слухового анализатора у детей может быть одно- или двусторонним и возникнуть внезапно или развиваться постепенно.

Различают два вида недостаточности слуховой функции — тугоухость и глухоту. Глухотой называют такое понижение слуха, которое препятствует речевому общению в любых условиях, несмотря на применение слуховых аппаратов. Однако при наличии островков слуха глухой ребенок может воспринимать

неречевые громкие звуки (гудок, звонок, свисток) или отдельные звуки речи.

Тугоухость — понижение слуха разной степени выраженности, при котором восприятие речи затруднено, но возможно при создании определенных условий (приближение говорящего или динамика к уху, применение звукоусиливающей аппаратуры).

При сочетании патологии слуха и речи (глухонемого) дети не способны воспринимать и воспроизводить речь. Выявление причины, вызвавшей развитие тугоухости у ребенка, особенно младшего возраста, — главная задача врача. Лишь своевременно установив причину патологического процесса, можно четко определить пути его профилактики и лечения.

Причины патологии слуха

Причины, вызывающие патологию слуха или способствующие ее развитию, обычно подразделяют на три группы.

Первая группа включает причины наследственного характера, которые приводят к развитию наследственной тугоухости. Она не прогрессирует и обусловлена необратимыми изменениями органа слуха. Наследственная тугоухость нейросенсорна и сопровождается

двусторонним нарушением звуковосприятия.

Наследственная тугоухость может передаваться по доминантному и рецессивному типу или через ген, связанный с X-хромосомой. Дети с наследственной доминантной глухотой рождаются реже, снижение слуха иногда проявляется поздно — к 15—30 годам. Рецессивная тугоухость относится к ранним видам наследственного нарушения слуха.

Наследственное поражение слухового аппарата может быть изолированным или сочетаться с пороками развития других органов и систем. Наследственные синдромы характеризуются сочетанием тугоухости (глухоты) с поражением внутренних органов и систем, чаще всего, почек, глаз, нервной, костно-мышечной, покровной систем, с метаболическими и другими аномалиями. По данным Т.Г. Марковой, наследственно-детерминированная патология слухового анализатора встречается с частотой 1 на 1000 новорожденных. По данным автора, синдромальные формы составляют около 30% среди наследственных форм нарушений слуха. Согласно Б.В. Конигсмарку и М.Р. Богомилскому, частота врожденных пороков развития наружного и внутреннего уха составляет 1—2

на 10 000 населения. Наиболее известными считаются синдромы Конигсмарка (микротия, атрезия невра слухового прохода и кондуктивная тугоухость), Гольденхара (окулоаурикуловертебральная дисплазия), Тричера Коллинза или Франческетти—Цвалена—Клейна (поражение структур, генетически происходящих из первой жаберной дуги).

Вторая группа — врожденная тугоухость (рано или поздно проявляющаяся), развитию которой способствуют внешние и внутренние факторы патологического воздействия на орган слуха плода.

Среди причин, вызывающих врожденную тугоухость, первое место занимают *инфекционные заболевания матери во время беременности*. Многочисленные исследования выявили повреждающее действие на орган слуха плода вирусов краснухи, кори, ветряной оспы, эпидемического паротита, опоясывающего лишая, цитомегаловируса, ОРЗ, гепатита, а также скарлатины, полиомиелита, токсоплазмоза, хламидиоза, микоплазменной инфекции, сифилиса, туберкулеза. По данным Н.П. Шабалова, 20—30% женщин детородного возраста инфицированы токсоплазмами, 50—70% — цитомегаловирусами, вирусом

простого герпеса I и II типов и т.д. Важно отметить, что для плода опасны в плане развития пороков, как правило, лишь те инфекции матери, которые она не переносила до беременности. Если у матери до нее были специфические антитела, внутриутробное инфицирование плода токсоплазмами, листериями, вирусами краснухи и цитомегаловирусами не вызывает его повреждения.

Из инфекций, наиболее часто приводящих к порокам развития, следует выделить краснуху. Во время эпидемии краснухи в США в 1964—1965 гг. родились 20 000 детей с врожденным синдромом краснухи, из них 50% детей — с глухотой и 30% — с другими серьезными пороками развития. Орган слуха может быть поврежден, если мать заболевает краснухой на 7—8-й неделе беременности, при этом развивается тяжелая, чаще двусторонняя (причем потеря слуха может быть асимметричной) нейросенсорная тугоухость, которая сопровождается пороками развития глаз, сердца (синдром или триада Грегга). Из внутриутробных инфекций чаще всех приводят к глухоте краснуха (30%), цитомегалия, герпес-инфекция, сифилис. Если воздействие вируса краснухи было в 1 мес. внутриутробной жизни

плода, то глухота возможна в 50%, в 2—3 мес. — в 14—25, а в более поздние сроки — в 3—8%.

Цитомегаловирусная инфекция, грипп могут привести к недоразвитию наружного, среднего, внутреннего уха; при ангине, тифе, паратифе, инфекционной желтухе — к нарушению развития лабиринта плода. Вирусные инфекции (особенно грипп) нарушают микроциркуляцию структур мозга, что служит дополнительным фактором гипоксии и, в свою очередь, также может способствовать поражению слухового аппарата. Особенно опасно воздействие повреждающего агента в период формирования слухового органа — в первые 3—4 мес. внутриутробной жизни плода. Это может привести к возникновению уродства наружного, среднего уха, аплазии внутреннего уха. Если же воздействие повреждающего агента произошло в более поздние сроки внутриутробной жизни, может появиться гипоплазия элементов уха плода.

Кроме инфекционных заболеваний, выявлены и другие факторы, влияющие на развитие органа слуха и его функцию у плода и приводящие к врожденной патологии слуха у ребенка: различные *общесоматические и хронические заболевания матери*

(нефрит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, авитаминозы, заболевания крови, печени и др.).

Среди *интоксикаций во время беременности*, пагубно влияющих на функцию слухового анализатора плода, следует отметить ототоксическое действие ряда антибиотиков (стрептомицина, неомидина, мономицина, канамицина, гентамицина и др.). Токсическое действие на орган слуха плода оказывают и другие факторы — алкоголь, наркотики, никотин, химические препараты, применяемые в производстве и сельском хозяйстве, различные лекарственные средства, ионизирующая иррадиация.

Важный фактор, способствующий развитию врожденной тугоухости у детей, — *гемолитическая болезнь новорожденных* (ГБН). Это несовместимость крови плода и матери по резус-фактору или групповой принадлежности. ГБН — гемолитическая желтуха, обусловленная иммунологическим конфликтом между матерью и плодом из-за несовместимости по эритроцитарным антигенам (чаще всего, по резус- или АВО-антигенам). Считают, что от времени протекновения (до родов, во время их), количества и качества материнских антител, реактивности и зрелости ребенка зависит тяжесть ГБН (отечная, желтушная

и анемическая формы). Наиболее тяжелым осложнением желтушной формы ГБН служит ядерная желтуха, обусловленная токсическим действием непрямого билирубина на ядра основания мозга. При гемолитической болезни новорожденных вследствие резкого накопления билирубина в крови ребенка возможно повреждение проводящих путей центрального звена слухового анализатора. В ряде случаев своевременное обменное переливание крови позволяет предотвратить поражение слуха.

К причинам врожденной тугоухости относятся также *осложненные роды (асфиксия плода, травмы)*. Под асфиксией (правильнее, гипоксией) принято понимать симптомокомплекс, обусловленный кислородной недостаточностью плода и новорожденного. Внутриутробная гипоксия (гипоксия плода) рассматривается как первичная патология. Она может быть антенатальной, т.е. иметь место до начала родовой деятельности, и интранатальной, когда кислородная недостаточность плода возникает в период родового акта. По длительности различают хроническую внутриутробную гипоксию, которая длится от нескольких дней до нескольких недель, и острую, продолжающуюся от нескольких минут до

нескольких часов и обычно развивающуюся в родах. Сосудистые нарушения, сопровождающие гипоксию, являются одним из механизмов в патогенезе сенсоневральной тугоухости.

Тугоухость может вызвать и *родовая травма*. Она включает нарушения целостности и, следовательно, расстройство функции тканей и органов ребенка, возникшие во время родов. Родовая травма нервной системы делится на спинальную и черепно-мозговую. Последняя объединяет повреждения мозга плода в результате механических влияний (на фоне внутриутробной гипоксии или без нее), вызывающих сдавление и размозжение мозга, разрыв тканей и, как правило, кровоизлияния. В настоящее время ведущей причиной внутричерепных кровоизлияний, характерных для родовой травмы головного мозга, стали считать внутриутробную гипоксию и асфиксию новорожденных. Родовая травма спинного мозга встречается чаще в 2—3 раза, чем внутричерепная, и возникает нередко как следствие акушерских травмирующих манипуляций. Натальная травма шейного отдела позвоночника, усугубляющая гипоксию структур головного мозга, приводит к вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН), а любые нарушения кровообра-

щения в вертебро-базилярном бассейне (ВББ) будут изменять кровоток в лабиринтной артерии и ее ветвях. Это, в свою очередь, может привести к серьезному ишемическому повреждению слухового аппарата.

Причиной тугоухости может стать и *недоношенность*. Недоношенным считается ребенок, родившийся при сроке беременности 37 недель и менее, с массой тела 2500 г и менее и длиной тела 45 см и менее (Н.П. Шабалов, 1988). Причины невынашивания многообразны. Наиболее частыми причинами недоношенности выступают осложнения, связанные с беременностью, а также экстрагенитальные заболевания матери. К функциональным признакам недоношенности относятся низкий мышечный тонус, продолжительная физиологическая эритема, желтуха недоношенных, слабость, быстрое угасание физиологических рефлексов, вялая реакция на осмотр и др.

У новорожденных, родившихся преждевременно, во-первых, часто наблюдается несовершенство многих органов и систем; во-вторых, развиваются гипоксия и гиперкапния, которые приводят к длительным изменениям сосудов головного мозга и последующим изменениям функции анализаторов. Недоношенные и маловесные при рождении дети

составляют группу риска по возникновению нарушений слуха различного генеза. Морфологическая и функциональная незрелость нервной системы может привести к изменениям слуховых реакций.

В *третью группу* входят факторы, влияющие на орган слуха нормально родившегося ребенка и вызывающие так называемую приобретенную тугоухость. Перечислим их.

- Инородные тела наружного слухового прохода (вата, бумага, мелкие детали игрушек и др.) и серные пробки, которые, полностью закрывая слуховой проход, могут привести к значительной потере слуха, особенно у детей младшего возраста.

- Заболевания полости носа и носоглотки (аденоидные вегетации, острый и хронический насморк, гипертрофия носовых раковин, аллергический или вазомоторный ринит), при которых происходит полное или частичное закрытие устья слуховых труб.

- Воспалительные и невоспалительные заболевания наружного слухового прохода, барабанной полости и слуховой трубы (наружный, катаральный и гнойный отит, тубоотит). Эти заболевания носят острый характер, и при своевременном лечении воспалительные явления

купируются, а слуховая функция восстанавливается. Если воспалительный процесс переходит в хроническую форму, нарушение слуха становится постоянным (хронический гнойный, экссудативный и адгезивный средний отит).

- Травмы наружного (проникновение в слуховой проход веток, спичек, проволоки), среднего и внутреннего уха (травмы черепа вследствие падения ребенка, дорожно-транспортные происшествия, удар головой о твердые предметы).

- Инфекционные заболевания (грипп, эпидемический паротит, энцефалит, менингит, корь, скарлатина, дифтерия, токсоплазмоз). Из заболеваний детского возраста, при которых возможно поражение слухового аппарата, следует отметить грипп, скарлатину, корь, туберкулез, эпидемический паротит, дифтерию, ветряную оспу, токсоплазмоз, а также клещевой энцефалит, сифилис, малярию. При поражении слухового нерва обычно страдают обе ветви — и кохлеарная, и вестибулярная. Однако кохлеарная ветвь, как более ранимая, поражается чаще и глубже, чем вестибулярная. Механизм возникновения инфекционных невритов заключается в непосредственном воздействии болезнетворных агентов (бакте-

рий или вирусов) и их токсинов на рецепторы, волокна VIII нерва и его ядра в стволе мозга, а также в нарушении кровоснабжения во внутреннем ухе. После инфекционных заболеваний в основном выявляется двусторонняя симметричная тугоухость, в редких случаях — более выраженная с одной стороны или односторонняя. При паротите, как правило, наблюдается односторонняя тугоухость, но при двустороннем паротите возможно двустороннее нарушение слуха.

Одним из факторов, вызывающих приобретенную тугоухость (именно нейросенсорную), исследователи называют *поствакцинальные осложнения*, которые непосредственно воздействуют на внутреннее ухо, проводящие пути и корковый центр. При неврологических осложнениях, возникших после введения АКДС-вакцины, в мозге наблюдаются резко выраженные расстройства кровообращения (полнокровие, стаз, отек, множественные кровоизлияния), что расценивается как реакции аллергического характера (В.П. Брагинская, А.Ф. Соколова). По своей реактогенности и частоте поствакцинальных реакций аллергического генеза коклюшная вакцина занимает одно из первых мест. Это обусловлено особенностями коклюшного

микроба, его способностью оказывать разностороннее действие на ткани и системы организма, включая иммуноаллергическую реактивность (А.Х. Канчурин, Г.И. Цой). Большинство отечественных и зарубежных исследователей считают неврологические осложнения при введении АКДС-вакцины закономерными. Под действием вакцин может возникнуть резкое ухудшение слуха — органическое поражение ЦНС и гипертензионно-гидроцефальный синдром. Согласно И.В. Иванец, нарушение мозгового кровообращения может привести к изменению ликвородинамики с повышением внутричерепного давления и ухудшить слух. Внезапное нарушение функции звуковоспринимающего аппарата (острая нейросенсорная тугоухость или глухота) в большинстве случаев связано с сосудистыми нарушениями в лабиринте (спазм, тромбоз, кровоизлияния) или вирусным поражением его структур.

- Поражение слуха на фоне заболеваний почек.

- Поражение слуха при интоксикации антибиотиками ототоксического действия (стрептомицином, мономицином, канамицином, неомицином, гентамицином и др.).

- Черепно-мозговая травма (ЧМТ). В этиопатогенезе слу-

ховых нарушений при травме черепа и сотрясении головного мозга большую роль играют дисфункции и дисциркуляции звуковоспринимающего аппарата на различных его уровнях: рецепторном звене, кохлеарных ядрах ствола мозга, боковой петле, корковом центре слухового анализатора, приводящих в ряде случаев к стойким дистрофическим и атрофическим изменениям анализатора. При тяжелой ЧМТ страдает шейный отдел позвоночника. Отек вещества мозга при его сотрясении и дисциркуляция вертебро-базиллярного бассейна усугубляют гипоксию мозговых структур, которая, в свою очередь, является predisposing фактором для развития тугоухости. Дисфункция и дисциркуляция, выступая начальными и постоянными звеньями патогенеза изменений в слуховом анализаторе при ЧМТ, во многом определяют течение и исход возникающих патофизиологических и патоморфологических процессов, а следовательно, качественный и количественный характер функциональных нарушений слухового анализатора.

При тяжелых ЧМТ патологические изменения в системе анализаторов патогенетически вполне объяснимы как результат внешних воздействий при повреждениях головы, сопровожда-

ющихся переломами, ушибами. Однако 75—80% приходится на долю легких ЧМТ, при которой нарушения слухового анализатора проявляются в скрытой форме и обнаруживаются лишь в отдаленном периоде, когда купируются клинические симптомы сотрясения или ушиба головного мозга. Недооценивается роль контузионных поражений в раннем детском возрасте. Лабиринт у детей занимает относительно большую территорию и располагается ближе к поверхности черепной коробки, чем в старшем возрасте; полости внутреннего уха относительно шире, чем у взрослых. Все это создает предпосылки для сотрясения лабиринта с последующей гибелью нейроэпителия, его рецепторов, и тем чаще, чем меньше лет ребенку.

Установление причин поражения слуха и раннее его исследование имеют чрезвычайно важное значение с точки зрения ранней профилактики и лечения тугоухости, а главное профилактики патологических изменений речевого центра.

Выявление патологии слуха в детском возрасте затруднено, поскольку ребенок, как правило, не жалуется на тугоухость, а окружающие замечают ее, когда время для эффективного лечения упущено. Если у ребенка снижен слух, нормальные условия взаи-

модействия с окружающей средой нарушаются под влиянием ограниченного восприятия речи, изменяется весь ход его речевого и психического развития. Тугоухие дети заменяют звонкие звуки глухими, пропускают слоги, недоговаривают окончания слов. Речь становится монотонной, «смазанной». Не говорящие дети дополняют недостаток речи артикуляцией. Изменяется и их поведение. Они становятся рассеянными, замкнутыми, не сразу отвечают на вопросы, теряют слуховое сосредоточение. Поэтому раннее распознавание нарушений слуха у детей — один из важнейших путей предупреждения глухонемоты.

Методы определения состояния слуха

На этапе скрининга ведущая роль в диагностике тугоухости у детей отводится неонатологу, педиатру и детскому отоларингологу. Особое внимание в первый год жизни должно уделяться выявлению врожденной и наследственной тугоухости у детей групп риска. У хорошо слышащих новорожденных в ответ на звуки в норме регистрируются различные безусловные реакции (мигание, расширение зрачков, рефлекс Моро, торможение сосательного рефлекса и

пр.). С 3—4 мес. у ребенка можно определить способность к локализации источника звука. Для выявления патологии наружного уха и барабанной перепонки проводится отоскопия.

Если в роддоме слух ребенка не был проверен, это можно сделать самостоятельно в домашних условиях. Нужно быть очень внимательным и наблюдать за ребенком:

- в 1—1,5 мес. реакцией на внезапный громкий звук будет вздрагивание;
- к 2 мес. (плюс-минус пара недель) малыш начнет реагировать на голос мамы и заметно оживляться;
- в 3—4 мес. заинтересованные звуком младенцы обычно уже ищут глазами источник звука, поворачивают к нему голову и даже пытаются перевернуться сами;
- после полугода дети воспроизводят не только односложный лепет, но и лепетные слова, состоящие из 3—4 и даже 5 слогов;
- после года дети говорят 6—12 слов, спокойно реагируют на обращенную к нему тихую речь с расстояния в 1 м.

Заподозрить проблемы можно, если ребенок постоянно переспрашивает, просит говорить и сделать мультики громче и сам разговаривает громко.

В этом случае в срочном порядке необходима консультация ЛОР-врача. Для исследования слуховой функции у детей раннего возраста и дошкольников с предполагаемой тугоухостью используется игровая аудиометрия, у школьников — речевая и тональная пороговая аудиометрия, камертональное исследование слуха. К методам объективной аудиологической диагностики относятся акустическая импедансометрия (тимпанометрия), регистрация слуховых вызванных потенциалов, отоакустическая эмиссия. С целью выяснения места поражения слухового анализатора используется электрокохлеография. Углубленное обследование слуховой функции позволяет судить о степени и характере тугоухости у детей. Определение состояния слуха у детей — сложная задача. Возможность применения того или иного метода исследования определяется возрастом ребенка и степенью его развития.

Наиболее просто и доступно исследование слуха у новорожденных с помощью звучащих игрушек. Ответная реакция ребенка на звук выражается в движении глаз в сторону звучащего предмета, конечностей, сжатии кулаков, закрывании руками лица, выражении удовольствия или неудовольствия, также по-

явлении «слухового внимания», исчезновении сосательного рефлекса при внезапном воздействии звука, раскрытии и поднимании глаз. У детей 2—3 лет слух исследуют с помощью игровой аудиометрии, а у детей дошкольного и школьного возраста — с помощью шепотной разговорной речи, камертонов и обычных методов тональной пороговой аудиометрии.

Профилактика нарушений слуха

В профилактике тугоухости и глухоты у детей большую роль играют мероприятия, направленные на охрану здоровья женщины во время беременности: предоставление отпуска в последний период беременности, сеть женских консультаций.

Большое значение в предупреждении наследственно обусловленных форм тугоухости имеют медико-генетические консультации, где члены семей, в которых есть лица с патологией слуха, могут получить сведения относительно возможного потомства и степени риска рождения ребенка с тугоухостью.

Наиболее частой причиной приобретенной глухоты и тугоухости служит перенесенное инфекционное заболевание. Большие успехи в борьбе с инфекци-

онными болезнями достигнуты благодаря применению вакцин, противовирусных препаратов. Эти мероприятия предупреждают осложнения со стороны органа слуха. Все беременные должны проходить обследование с целью выявления болезней почек и печени, сахарного диабета и других заболеваний. Необходимо ограничить назначение ототоксических антибиотиков беременным и детям, особенно младшего возраста.

Как предупредить снижение слуха у ребенка

Прежде всего нужно своевременно посещать отоларинголога и спокойно относиться к проверке слуха, потому что только регулярная оценка слуха поможет врачу и вам вовремя заметить негативную динамику и вместе с тем своевременно начать лечение. Что касается правил сохранения слуха, то они довольно просты, но в то же время эффективны.

Своевременно и по схеме, от начала до конца, нужно пролечивать отиты, которым часто не уделяется должного внимания, а лечение прекращается по мере утихания боли. Помните, что плохо пролеченные и запущенные отиты — первый шаг по дороге к тугоухости, причем, как и другие невылеченные инфекци-

онные заболевания носоглотки. Старайтесь делать так, чтобы ребенок меньше болел ОРВИ и ОРЗ. Отоларингологи отмечают, что у часто болеющих детей и детей с аденоидами часто наблюдается снижение слуха. Оптимальный вариант профилактики — закаливание, систематический прием поливитаминных комплексов для деток, активный образ жизни.

Нужно по схеме делать прививки, особенно против кори, краснухи, эпидемического паротита (свинки) и гемофильной палочки.

Первые три инфекции чреватые осложнениями, провоцирующими полную глухоту. Последняя — непосредственный возбудитель отитов и менингитов бактериального характера. Примечательно, что эти заболевания особо опасны своими осложнениями для детей, не достигших пятилетнего возраста, а привитым малышам они не страшны. Однако не стоит забывать, что у детей с различными неврологическими нарушениями ряд вакцин может вызвать снижение слуха и вакцинацию этой категории детей необходимо проводить по индивидуальному графику с учетом возможных последствий.

Лекарства нужно принимать только под контролем врача и строго по назначенной схеме,

потому что бесконтрольное использование некоторых ототоксичных препаратов может вызвать глухоту.

Учите ребенка избегать слишком громких звуков: музыки в наушниках или у колонок музыкального центра, чрезмерно громко включенного телевизора.

Если оказалось так, что ребенок не слышит совсем или его слух снижен, не спешите делать из этого трагедию. Своевременное обращение к отоларингологу и сурдологу гарантирует верную постановку диагноза и правильное лечение. Современная медицина нацелена на успех и полную социальную реабилитацию ребенка, чтобы он стал полноценным членом общества и мог вести привычный образ жизни.

Если же проблема запущена, выправить отставание в интеллектуальном и речевом развитии будет гораздо сложнее, а потому родители должны понимать всю ответственность.

С первых же дней жизни ребенка профилактика приобретенных форм тугоухости должна сочетаться с предупреждением заболеваний слухового аппарата, особенно инфекционно-вирусной этиологии. Ведущее место в профилактике приобретенной тугоухости занимает диспансерный метод.

Велика роль фельдшеров и акушеров в предупреждении тугоухости и глухоты у детей. При обнаружении первых признаков нарушений слуха следует проконсультировать ребенка у оториноларинголога. Регулярные профилактические ЛОР-осмотры позволяют своевременно предупредить и выявить развитие тугоухости. Необходим динамический контроль за состоянием слуха ребенка, если имеется подозрение на тугоухость.

Немаловажное значение в предупреждении приобретенной глухоты и тугоухости имеют меры личной профилактики. Их следует применять с момента рождения ребенка. Помимо соблюдения общих гигиенических правил ухода за ребенком особое внимание необходимо обращать на то, чтобы он нормально дышал через нос. У детей раннего возраста часто бывает насморк, который может привести к воспалению среднего уха. Его нельзя оставлять без внимания — следует сразу же обращаться к специалисту-оториноларингологу, который назначит соответствующее лечение.

Правильное дыхание через нос имеет большое значение для сохранения нормального слуха. Любое заболевание носа и носоглотки может привести

к нарушению проходимости евстахиевых труб, что служит частой причиной понижения слуха. Попаданию инфекции из носа и носоглотки в евстахиеву трубу нередко способствует неправильное сморкание. При насморке нельзя сильно сморкаться. Сморкание сразу обеими ноздрями при всех условиях категорически запрещается: при таком сморкании инфицированная носовая слизь проталкивается в евстахиеву трубу, в результате чего создаются условия для развития катара евстахиевой трубы и среднего уха. При попеременном очищении сначала одной, затем другой половины носа путем зажатия по очереди ноздрей опасность попадания слизи в евстахиеву трубу уменьшается.

Особую опасность для слуха представляют аденоидные разращения в носоглотке. Они являются частой причиной хронических насморка и катара среднего уха, который нередко ведет к прогрессирующему падению слуха. Понижение слуха, начинаясь с легкой, вначале незаметной для окружающих степени, доходит до резкой тугоухости, а иногда и почти полной глухоты, так как воспалительные процессы в среднем ухе могут привести к изменениям во внутреннем ухе.

Метод лечения аденоидных разрастаний, препятствующих носовому дыханию, — их удаление. Эта несложная операция возвращает ребенку правильное носовое дыхание и способствует восстановлению у него нормального слуха. Нарушение носового дыхания может возникнуть не только в результате аденоидных разрастаний, но и вследствие любых препятствий в носу (носовые полипы, увеличение носовых раковин, искривление носовой перегородки и пр.). Они также должны быть устранены (обычно посредством операции) врачом-специалистом.

При развившемся остром воспалении среднего уха большое профилактическое значение в смысле предупреждения последующих осложнений, и в частности развития стойкой тугоухости, имеет своевременный прокол, или парацентез, барабанной перепонки. Многие родители ошибочно полагают, что эта операция приводит к потере слуха. Необходимо разъяснять, что парацентез не может повредить слух, но, напротив, устраняет возможность развития последующей тугоухости и предупреждает тяжелые, опасные для жизни осложнения.

Хотя при глухоте и тугоухости в слуховом органе имеются, как правило, стойкие изменения,

все же значительное число глухих и в особенности тугоухих людей нуждаются в специальном лечении. Прежде всего, тех, нарушение слуха которых связано в основном с поражением среднего уха. Во многих случаях заболевания среднего уха обусловлены хроническими процессами в носу и носоглотке. Эти процессы обычно поддаются лечению, и нередко вместе с их излечением достигается также улучшение слуха.

При хронических катарах среднего уха применяется целый ряд лечебных мер, к числу которых относятся различные физиотерапевтические процедуры (диатермия, токи ультравысокой частоты, ультрафиолетовое лазерное облучение и пр.), а также продувание ушей, пневматический массаж барабанной перепонки и пр. Особенно тщательного лечения и ухода требует хроническое гнойное воспаление среднего уха (хронический гнойный средний отит). Лечение назначает врач.

Если больной взрослый, то он сам, а если это ребенок, то его родственники или воспитатели (в интернатных детских учреждениях — медицинская сестра) должны организовать правильный уход за ушами. Во избежание скопления в ушах гноя его следует удалять несколько раз в

день (в зависимости от количества). Удаление гноя производится при помощи ваты, накрученной в виде кисточки на проволоочный зонд с нарезкой. Конец ватной кисточки должен быть пушистым, так как гной плохо впитывается плотно свернутой ватой. Ушная раковина оттягивается кзади и кверху (у маленьких детей — кзади и книзу), зонд с ватной кисточкой вводится в слуховой проход на глубину примерно 2—2,5 см, считая от козелка. При осторожном продвижении зонда вглубь до ощущения легкого сопротивления в глубине эта манипуляция совершенно безопасна и безболезненна. Пропитанную гнойем вату извлекают из уха, заменяют чистой и повторяют эту процедуру до тех пор, пока извлекаемая из уха вата не окажется сухой. Использованную вату нужно снимать, предварительно обернув ее чистой ватой или кусочком марли. Иногда прекращение гноетечения достигается одним лишь тщательно проводимым туалетом уха.

Если врач назначил лечение в виде ушных капель, сначала нужно очистить ухо по вышеописанному способу. Вливать капли в ухо, не очищенное от гноя, бесполезно, так как гной не пропускает лекарство внутрь и мешает его действию. Все капли впускаются в ухо в те-

плом виде, потому что холодная жидкость может вызвать головокружение, а иногда тошноту и рвоту вследствие раздражения полукружных каналов. Подогревать капли лучше всего путем погружения бутылочки с лекарством на несколько минут в горячую воду. Больной укладывается на бок больным ухом кверху. Назначенное количество капель впускается в ухо из пипетки или накапывается из пузырька в слегка подогретую чайную ложечку, а затем из ложечки вливается в ухо. После вливания капле рекомендуется слегка нажать 2—3 раза на козелок, чтобы капли прошли внутрь. Лекарство надо оставить в ухе на 10—15 мин, после чего ухо вновь протереть насухо.

В ряде случаев при хроническом воспалении среднего уха назначают систематические промывания ушей дезинфицирующими растворами. Такие промывания производятся с помощью обыкновенного резинового баллона (спринцовки); во избежание раздражения полукружных каналов раствор должен быть теплым (35—36 °C), а струя жидкости не должна быть сильной. После промывания необходимо тщательно осушить уши. Постоянное ношение ваты в ушах может быть рекомендовано лишь при наличии обильных

гнойных выделений. При скудном выделении гноя и наличии сухого прободения барабанной перепонки вкладывать в уши вату следует лишь перед выходом на улицу в холодную, сырую погоду или при наличии в воздухе пыли, в остальное же время уши должны быть открыты для доступа воздуха. Затыкание ватой здоровых ушей, практикуемое иногда с целью профилактики простуды, никакой пользы не приносит. Наоборот, не вызванное необходимостью их согревание ведет к тому, что они становятся чувствительными к охлаждению.

При лечении хронического гнойного среднего отита необходимо обращать внимание и на общее состояние организма. Местное лечение ушей и носа должно сочетаться с правильным режимом, достаточным пребыванием на свежем воздухе, закаливанием организма, занятиями физкультурой и т.п. Все эти мероприятия нередко приводят к полному прекращению гноетечения даже при хроническом процессе, имеющем давность в несколько лет. Следует, однако, еще раз напомнить, что попадание загрязненной воды в ухо, а также неправильное сморкание при насморке могут вновь вызвать обострение заглохшего воспалительного процесса в среднем ухе.

Лечение при глухоте и тугоухости, возникшей в результате поражения нервных элементов внутреннего уха или слухового нерва, может иногда оказаться эффективным, если оно начато в раннем периоде болезни, когда еще не успели появиться необратимые изменения в нервной ткани. К сожалению, в большинстве случаев такие изменения наступают очень быстро, и позже применяемые средства (медикаментозное лечение, физиотерапия, тканевая терапия и пр.) оказываются малоуспешными. С скромные успехи в лечении нервной глухоты и тугоухости подчеркивают особое значение профилактических мероприятий.

В предупреждении и правильном, своевременном лечении ушных заболеваний у детей большую роль играют учитель и воспитатель. Они должны владеть необходимым запасом знаний о проявлениях важнейших заболеваний уха и возможностях, которыми располагает медицина для их лечения. Эти знания нужны и педагогу и воспитателю, чтобы вовремя направить ребенка к врачу-специалисту, содействовать распространению среди родителей и вообще среди населения правильных взглядов на лечение глухоты и тугоухости; помогать врачу-специалисту в проведе-

нии лечебных и профилактических мероприятий.

Профилактика нарушения слуха, как правило, целиком ложится на плечи родителей. Прежде всего необходимо не допускать игр маленького ребенка с ушами. Засовывая в слуховой проход мелкие предметы, он может существенно повредить канал и барабанную перепонку. Следите, чтобы ребенок никогда не ковырялся в ухе спичками, шпильками и прочими острыми предметами. Ни в коем случае нельзя дергать его за ухо в наказание. Легкий надрыв, ушиб или перелом ушного хряща приводит к уродству и, нередко, к глухоте.

Не следует слишком часто очищать слуховой проход от ушной серы. Она защищает ухо от влияния неблагоприятных факторов внешней среды. Попадание воды в слуховой проход во время купания или приема ванны также может спровоцировать нарушение слуха. Неправильно выполненный прыжок в воду способен привести к повреждению барабанной перегородки. Кроме того, холодная вода в слуховом проходе вызывает воспалительные процессы. Избежать попадания воды в слуховой проход очень просто, достаточно заткнуть уши при купании ватой, пропитанной маслом для

тела или вазелином. Необходимо приучать ребенка не нагружать свои уши излишне громким звуком. В силах родителей привить детям навыки гигиены и сделать профилактику ушных заболеваний привычным делом, таким же обязательным, как и чистка зубов два раза в сутки.

Ребенок должен с детства понимать значение здорового слуха и беречь свои уши от возможных травм и заболеваний. Нарушение слуха существенно снижает возможности творческого потенциала любого человека.

Литература

- Головниц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2001.
- Иванец И.В. Внезапная нейросенсорная тугоухость: причины возникновения и особенности течения // Вестник оториноларингологии. 2001. № 5.
- Руленкова Л.И., Смирнова О.И. Аудиология и слухопротезирование: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М., 2003.
- Черкасова Е.Л. Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция): Учеб. пособие для студ. пед. ун-тов по специальности «Дефектология». М., 2003.

Психофизическое развитие и уровень формирования движений детей

Харламова Т.А.,
*магистр дефектологических наук,
ГБОУ «Школа № 933», Москва*

Отечественные психологи А.В. Запорожец, А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн в своих работах, основанных на обширном экспериментальном материале, утверждали, что двигательные функции человека выступают составными компонентами целостной осмысленной деятельности и зависят от структуры этой деятельности. И.В. Макарова, ссылаясь на многочисленные исследования, отмечает, что решающим фактором онтогенетической эволюции двигательной активности служит гетерохронность функционального развития, связанная с последовательностью анатомо-морфологического созревания.

Изучение развития двигательных функций в онтогенезе в работах Л.С. Выготского доказывает, что «эта функция не остается у ребенка одной и той же, а прodelьывает в процессе развития сложную трансформацию, не только изменяя свою внутреннюю структуру, но и вступая в новые функциональные отношения». Формируемое на ранних этапах онтогенеза отношение «восприятие — движение» играет решающую роль в психическом развитии ребенка (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия). Включение речи в поведение перестраивает сложившуюся ранее единую сенсомоторную структуру, поднимая ее на более высокий уровень. Это дает ребенку относительную свободу от привлекающей ситуации, превращая его импульсивные действия в планируемое поведение.

В младенческом возрасте быстро формируются двигательные навыки, особенно сложные, сенсорно скоордини-



рованные движения рук и ног, которые играют большую роль в становлении познавательных и интеллектуальных способностей. Благодаря движениям рук и ног ребенок получает значительную часть информации о мире. Сложные ручные движения входят в первичные формы мышления и становятся его неотъемлемой частью, обеспечивая совершенствование интеллектуальной деятельности человека.

До семимесячного возраста все предметы ребенок захватывает почти одинаково. После 7 мес. можно наблюдать, как движения рук начинают принаравливаться к особенностям захватываемого предмета, приобретают предметный характер. Такое приспособление наблюдается в момент непосредственного контакта с предметом. После 10 мес. приспособление руки и кисти к предмету осуществляется заранее, до его касания, только на основе зрительно воспринимаемого образа. Это свидетельствует о том, что образ предмета начал активно управлять движениями рук и регулировать их, у ребенка возникли сенсомоторная координация и психомоторное развитие.

Психомоторное развитие включает особенности развития общей моторики, тонкой моторики рук, зрительно-моторной координации, восприятия, пси-

хических функций, речи. Различают виды моторики: общую, мелкую, речевую.

Мелкая моторика — развитие мелких мышц пальцев, способность выполнять ими тонкие координированные манипуляции.

Согласованные действия рук и глаз начинают появляться довольно рано, задолго до того момента, когда возникает четкая сенсомоторная координация. Дети схватывают в первую очередь те предметы, которые попадают им на глаза. Это отмечается уже на 2—3 мес. жизни. На следующем этапе — от 4 до 8 мес. — система скоординированных зрительно-моторных движений усложняется. В ней выделяется фаза предварительного слежения за объектом до того как он будет схвачен. Кроме того, ребенок начинает зрительно и двигательно предвосхищать траекторию перемещения предметов в пространстве, прогнозировать их движение. Сначала он схватывает случайно оказавшиеся под рукой предметы. Затем движения руки становятся более целенаправленными и управляемыми образом зрительно воспринимаемого предмета, находящегося на некотором расстоянии от ребенка. Младенец ловит его, манипулирует им, обращая внимание на свойства этого предмета.

В 2—4 года вырабатывается структура акта ходьбы. К концу четвертого года жизни каждый элемент шага, за немногими исключениями, освоен в отдельности. Однако комплектование их в систему дается с трудом. В каждом шаге оказывается опущенным то тот, то иной структурный элемент. Ритмизация соседних шагов неодинакова, и поэтому один и тот же элемент динамики соответствует разным фазам шага. Если первый поступательный импульс у взрослых по амплитуде максимален и состоит из одного компонента, то у детей он весьма вариабелен, дается наугад и состоит из нескольких компонентов. Это свидетельствует о различиях механизмов регуляции: у взрослых в основе осуществления двигательного акта лежит заранее сформированная пространственно-временная программа, у детей движение корректируется в основном в ходе его выполнения на основе обратной афферентации.

В 5 лет процесс выработки всех элементов динамики шага считается законченным. В период от 4 до 5,5 лет наблюдается значительное совершенствование акта ходьбы: дети 5,5 лет, в отличие от четырехлетних, не только могут выполнять каждый элемент шага в отдельности, но и могут осуществлять правильную

последовательность элементов. Однако несмотря на это, ходьба детей 5—7 лет отличается от ходьбы взрослых. В связи с отсутствием акцентировки отдельных элементов конфигурация кривых ускорений имеет другой вид.

Новый этап формирования акта ходьбы отмечается в 8—10 лет. Он характеризуется оформлением структуры всех динамических кривых, сглаживанием одних деталей при большей акцентировке других. В 8—9 лет отдельные детали кривых продольных ускорений не просто чередуются, они вместе создают оформленное целое, примитивную схему которого можно наблюдать еще в первый год самостоятельной ходьбы. Оформление иннервационной структуры шага в этот возрастной период приводит к стабилизации таких показателей, как темп и длина шага. У детей младшего возраста и даже в 5—7 лет зависимость между темпом и длиной шага отсутствует, и только в 8—10 лет наблюдаются показатели, близкие к показателям взрослых: темп ходьбы постоянен, длина шага равномерна, при ускорении темпа удлиняется шаг.

В работах Б.А. Архипова, И.В. Макаровой, А.В. Семенович и других авторов показано, что к причинам типичных труд-

ностей, возникающих в период начального обучения детей в школе, относятся такие особенности моторного развития, как слабая дифференцированность кинестетической регуляции моторики, ригидно фиксируемая связь визуальных и моторных функций, а также недостаточная включенность речевых функций в организацию психомоторных актов.

Многие авторы (М.Ю. Кистякова, М.М. Кольцова и др.) отмечают, что кинестетические раздражения, вызываемые движениями ребенка, обычно связаны с положительными эмоциональными реакциями. Ограничения же подвижности вызывают противоположные чувства. У детей, когда они начинают ползать, вставать, каждое движение сопровождается яркими эмоциональными реакциями. А дети, лишенные возможности свободно двигаться, становятся эмоционально вялыми. Значит, у ребенка есть потребность в движении.

Движения пальцев рук имеют особое значение, так как оказывают огромное влияние на развитие высшей нервной деятельности. Указывающие, очерчивающие, изображающие, оборонительные и другие жесты сформировали первичный язык, с помощью которого общались первобытные люди.

Тонкая моторика — составная часть моторных способностей индивида и оптимального двигательного стереотипа социализированных движений (М.М. Кольцова). Ее развитие базируется на основе формирования оптимальных статик тела, стереотипа локомоций и движений конечностей, музыкально-ритмических движений.

Под термином «тонкая моторика» М.М. Кольцова понимает высокодифференцированные точные движения преимущественно небольшой амплитуды и силы. В социализированных движениях это движения пальцев руки и элементов артикуляционного аппарата. По мнению ученого, тонкая моторика соответствует высшему уровню оптимального двигательного стереотипа моторного развития человека.

С одной стороны, она граничит со статическими положениями мелких сегментов, а с другой — имеет зону перехода к крупной или глубокой моторике. Тонкую моторику необходимо развивать одновременно с формированием основных видов моторных способностей на основе грубой моторики с целью создания оптимального двигательного стереотипа.

Одной из особенностей раннего развития ребенка выступает

восприятие размера и пространственного объема предметов. Уже в первые годы жизни ребенок может и должен не только различать размер и объем предмета (маленький, большой, короткий и др.), но и определять его структуру (мягкость, жесткость, плотность и др.). Ритмичные движения ладонями, пальцами по предмету, перемещения рукой по нему способствуют развитию тактильной чувствительности. С помощью этих движений совершенствуются способности ребенка определять вес предмета и его структуру.

Развитие моторной системы тесно связано с развитием сенсорной системы. Они дополняют друг друга: чтобы взять предмет одной рукой, ребенок должен быть уже «моторно готовым» к этому.

Если ребенок не может схватить предмет, он не сможет и ощутить его. При бимапуальном (двумя руками) ощущении предмета происходит его пространственное изучение. При таком действии ребенок должен иметь тонкую и совершенную координацию движения рук. Развитие моторики обеспечивает развитие других систем.

Чтобы эффективно определять форму, объем и размер предмета, ребенок должен иметь хорошо развитые скоординиро-

ванные движения мышц обеих рук, глаз и шеи.

Развитие происходит благодаря созданию совершенной карты чувствительности в коре головного мозга, в которой каждая функция (моторная, сенсорная и т.д.) получает свои специфические представительства. В итоге в процессе образования многочисленных связей в моторной коре и интеграции систем происходит картирование перцептивной зоны коры. Поэтому на занятиях по изобразительному творчеству важно применять технику и методику, соответствующие уровню психо-социо-эмоционального развития и моторной координации ребенка. Полноценное развитие тонкой моторики способствует снятию утомления за счет уменьшения перенапряжения моторных систем, что укрепляет психический статус, улучшает регуляцию поведенческих реакций.

Совершенствование моторной функции благотворно сказывается на интеллектуальных функциях.

Обогащение двигательной активности приводит к увеличению количества межсинаптических связей, что играет большую роль в улучшении функций исследования.

Из визуальной области коры импульсы поступают в нижне-

темпоральные области, где расположен центр узнавания предметов. Из нижнетемпорального центра импульсы поступают в речевой центр (таким образом, ребенок не только узнает предмет, но и говорит, что это за предмет). Развитие двигательной функции активизирует развитие центров памяти и речи. Чем лучше ребенок двигается (точно, координированно), тем лучше он будет говорить. Уже с первых дней жизни у малыша существует связь между визуальным контролем и поисковыми движениями руки. Иными словами, к моменту рождения у ребенка запрограммирована глазо-кистевая координация, но еще не сформировалась координация системы «глаз — шея — туловище — рука».

Двигательная система включает пассивную и активную части. Например, движения кончика карандаша, пока он не отрывается от поверхности бумаги, отличается двумя движениями свободы. При этом, очевидно, разнообразие доступных траекторий движения совпадает с разнообразием всего того, что когда-либо могло быть или было написано и нарисовано карандашом на листе бумаги.

В психическом развитии человека очень многое определяется тем, насколько он управляет

своими руками, причем зависимость эта очень сложная.

Развитие ЦНС позволяет ребенку соотнести то, что он видит и слышит, с направлением и траекторией движения, которые он осуществляет, а совершенствование движений рук, в свою очередь, ускоряет развитие речевого центра головного мозга и, следовательно, способствует умению говорить.

Первая двигательная функция руки — схватывание. Как и другие двигательные акты, схватывание сначала проявляется как врожденный рефлекс (хватательный рефлекс Робинзона), который к концу первого месяца слабеет и постепенно угасает.

В 4 мес. ребенок начинает тянуться к яркому предмету и схватывает его. Теперь то же самое движение выступает результатом обучения, т.е. носит условно-рефлекторный характер и совершается с наложением на предмет всех пальцев ладони (так называемое «обезьянье хватание»). В 8—9 мес. наблюдается дальнейшее усложнение хватательного рефлекса: большой предмет ребенок захватывает всей ладонью и пальцами, а мелкий — только пальцами, т.е. комбинируется движение различных мышц в зависимости от размера объекта, который нужно схватить. В 11—12 мес. появляются

первые попытки пользоваться предметами по их назначению: пить из чашки, зачерпывать кашу ложкой, расчесывать волосы и т.д. Действия ребенка с предметами оказывают большое влияние на развитие функций мозга.

Ж. Пиаже связывает формирование предметных действий с созреванием «сенсомоторных схем поведения». Однако ряд исследований психологов показывает огромную роль научения: предметные действия развиваются в процессе общения ребенка со взрослым, воспитываются, что требует определенных условий. При овладении движениями рук большую роль играет подражание. Выделяют три вида подражательных реакций:

- повторение собственных движений;
- знакомых движений взрослого;
- новых движений.

Повторение собственных движений выражается в том, что ребенок начинает вертеть перед лицом правой, левой рукой, затем снова правой и т.д. Примеров такого самоподражания очень много. Знакомые, заученные ранее движения, например игру в «ладушки», ребенок имитирует очень охотно, когда взрослый начинает проделывать их. В конце первого — начале второго года жизни малыш начинает внима-

тельно следить за действиями взрослого, которые новы для него, а затем пытается проделать то же самое.

Исследования двигательной сферы показывают, что движения руки по направлению к предмету можно разделить на три основных типа: петлеобразные, планирующие, скользящие.

При петлеобразных движениях кисть руки приближается к объекту и опускается на него, описывая в воздухе петлю. В планирующем движении рука начинает опускаться ранее приближения к объекту, а при скользящем — кисть движется по поверхности стола, пока не достигнет объекта. В начале движения неточны, часты промахи. По мере роста ребенка движения становятся все более координированными и четкими. По данным Х. Хальверсон, схватывание предметов (кубика, чашки, мячика и т.д.) совершенствуется до 15 мес., когда они оказываются близки к движениям взрослого.

Что же касается соотношения врожденных и условно-рефлекторных движений рук у ребенка, очень долго — до 15 мес. — отмечаются лишь безусловные двигательные реакции.

Следует обратить внимание на то, что первые условные двигательные рефлексы носят малодифференцированный ха-

ракти — это движения (еще не точные) всей рукой в направлении объекта, который вызвал реакцию. Безусловно-рефлекторные движения в это время совершенствуются. Все больше выражено участие пальцев в схватывании предмета, когда он попадает в руку ребенка; начинается противопоставление большого пальца другим. Только в 9 мес. появляются первые более тонкие условные двигательные рефлексы, в которых обнаруживаются выработанные движения пальцев: протягивая руку к мелкому предмету, ребенок нацеливается на него двумя пальцами (указательным и большим), при виде же большого предмета раскрывает все пальцы. В этом же возрасте появляются указательные движения пальцами.

По данным Е.М. Мастюковой, наблюдаются следующие возрастные особенности тонких движений пальцев рук. В 1—2 года малыш может держать два предмета в одной руке, чертить карандашом, переворачивать страницы книги. В 2—3 года ребенок охотно играет с песком и глиной, лепит из пластилина, открывает крышки, может уже использовать ножницы и нанизывать бусы. А 4—5 лет он уже может определять предмет в мешочке на ощупь и шнуровать ботинки.

Таким образом, развитие более тонких и точных движений пальцев рук, выработка условно-рефлекторных движений с различным участием пальцев и ладоней в зависимости от размера и характера объекта отражают не только совершенствование двигательных функций руки как таковых, но и усложнение аналитико-синтетической деятельности мозга ребенка.

Многие исследователи указывают на взаимосвязь тонкой моторики и речи. В.М. Бехтерев писал о том, что движения руки всегда были тесно связаны с речью и способствовали ее развитию. М.М. Кольцова обращает внимание на тот факт, что в двигательной проекции различных частей тела в предцентральной извилине больше чем треть площади занимает проекция кисти руки. Кроме того, проекция движений кисти и речевые зоны расположены в непосредственной близости. Очевидно, что тренировка тонких движений пальцев рук должна оказать влияние на развитие активной речи.

Таким образом, развитие мелкой моторики начинается уже с первых дней жизни ребенка. В младшем дошкольном возрасте происходит быстрыми темпами не только психическое, сенсорное, речевое развитие, но и формируются двигательные

функции (мелкая и крупная моторика), которые в дальнейшем влияют и на другие психические процессы (речь, мышление и т.д.). Однако могут возникать трудности вследствие ранних нарушений нервной системы. В результате отмечаются следующие особенности:

- слабая дифференцированность кинестетической регуляции моторики;
- ригидная фиксируемая связь визуальных и моторных функций;
- недостаточная включенность речевых функций в организацию психомоторных актов.

Следует также отметить взаимосвязь моторной и развитие сенсорной систем. Они взаимодополняющие, в связи с чем ребенок, познавая окружающий мир, должен иметь тонкую и совершенную координацию движений рук, общую моторику.

Механизм взаимодействия движения и речи исследовал Н.А. Бернштейн. По его мнению, движения различны по степени произвольности и управления. Согласно теории Н.А. Бернштейна об уровне организации движений, речь выступает высшим уровнем. Это кортикальный уровень символических координаций и психологической организации движений, при котором речь взаимосвязана со всеми

нижележащими уровнями. Следовательно, в основе уровневой организации движений прослеживается взаимосвязь моторики и речи.

Особенности психомоторики детей с речевой патологией свидетельствуют о взаимосвязи развития речевой и двигательной сфер и единстве данных систем в процессе становления в онтогенезе. Двигательная система влияет на организм, особенно сильно воздействие проприоцептивной афферентации на функциональную деятельность мозга, т.е. двигательная активность важна для своевременного речевого и психофизического развития ребенка.

В развитии речи важна взаимосвязь состояния речи и моторной сферы ребенка: чем лучше развита моторика, тем менее уязвима речь. У детей с нарушениями речи отмечается недоразвитие системы движения. Речевая патология связана с различными нарушениями координации, переключаемости, темпа, ритма движений, недостаточностью двигательных умений, моторной неловкостью, двигательной истощаемостью или повышением мышечного тонуса.

М.М. Кольцова доказала наличие корреляции между степенью развития тонкой моторики кисти и уровнем развития речи

ребенка. Таким образом, тонкая моторика определяет закономерность развития речи.

Е.М. Мاستюкова подчеркивала, что речь онтогенетически, анатомически и функционально связана с двигательной системой, что позволяет развивать качества движений органов артикуляции посредством развития общей и мелкой моторики верхних и нижних конечностей.

В работе с детьми логопеды чаще всего уделяют внимание развитию мелкой и общей моторики.

Мы исследовали учащихся вторых классов 7—8 лет. Им были предложены задания, выявляющие уровень развития общей моторики (методика Н.И. Озерецкого) и психомоторных функций (методика Г.А. Волковой). В исследовании представлена система заданий для определения уровня подвижности пальцев ног, разработанная нами. Упражнения для исследования подвижности пальцев ног включали двигательные упражнения, в результате выполнения которых мы сделали вывод об уровне сформированности двигательного навыка, согласованной работе правой и левой конечностей, наличии синкинезий. Исследования проводились в положении стоя и сидя (ступни оголены). Для интерпретации

полученных результатов использовалась специально разработанная шкала. Оценка результатов тестирования проводилась по трехбалльной шкале (1 — самая низкая, 3 — самая высокая). Для измерения подвижности (подъема пальцев ног) применялась линейка, наличие синкинезий определялось визуально. Левая и правая нога обследовались отдельно, как и большие пальцы (результаты фиксировались в протоколе).

В результате проведенных исследований была составлена метрическая шкала и определены критерии оценки.

В эксперименте приняли участие дети 7—8 лет. Первую группу составляли дошкольники с ОНР III уровня (с органическим поражением и неврологической картиной нарушений). Вторая группа была представлена детьми, у которых отмечаются нарушения речи и движений, что связано с особенностями созревания у них иннервационного механизма двигательных функций, а также особенностями конституции без органических патологий. По результатам эксперимента были сформулированы следующие выводы.

- У детей не сформирована общая моторика, отмечена плохая координация, сопровождающаяся неточностью движений,

а также трудностью восприятия инструкции.

- Отмечается ограниченная подвижность как всех пальцев ног, так и больших пальцев, неkoordinированность действий. Движения по своему характеру неловкие (ребенку трудно управлять действиями своих пальцев): по заданию поднимаются все пальцы, отмечены синкинезии или, напротив, пальцы не отрываются от пола, ребенок хочет себе помочь рукой.

- В процессе исследования было отмечено, что численные значения при выполнении упражнений «Подъем пальцев обеих ног сидя» и «Подъем пальцев обеих ног стоя» совпадают. Данное упражнение позволяет дифференцировать детей с органическими и неорганическими нарушениями нервной системы, по степени сложности, а также использовать данные задания дифференцированно для детей с различным уровнем развития моторики.

- Несовершенство тонкой моторики выражено в быстрой моторной истощаемости, выполнении движений некачественно.

- Ограничена двигательная память, затруднены переключаемость движений и самоконтроль.

- Наибольшую трудность вызывают движения по многоступенчатой словесной инструкции.

- Отмечены особенности поведения детей при выполнении заданий: нежелание приступать к выполнению, требование многократного повторения инструкций, отвлекаемость, что свидетельствует о психофизиологической незрелости.

- Изучение моторных функций методом сравнительного анализа дало нам возможность сформулировать вывод: возрастные изменения двигательных функций относительно онтогенетических закономерностей пропорциональны созреванию функциональной системы мозговой организации деятельности речи.

- При органическом поражении нервной системы наблюдается неврологическая картина нарушений, что отражается в недостаточности двигательных функций по типу органического поражения.

Если поражение носит неорганический характер, как правило, это связано с генетически закономерным индивидуально для ребенка созреванием нервной системы.

Можно сделать вывод о существовании различных подходов к одной и другой группам детей. У детей без органических поражений формирование общей системы движений и моторики носит закономерно генетический

развивающийся характер. У детей с органическим поражением формирование общих движений и двигательных функций речи зависимы. Необходима компенсация двигательных нарушений, что способствует реабилитации функций общих и речевых движений.

По результатам эксперимента сформулированы методические рекомендации — в начальном образовании приоритетно личностно ориентированное взаимодействие: принятие ребенка и поддержка его индивидуальности, интересов и потребностей, развитие творческих способностей создание условий для эмоционального благополучия, а также применение в работе с детьми заданий различного уровня трудности.

Рекомендации для родителей

- Начинать работу по развитию моторики нужно в раннем возрасте. В младенческом возрасте следует выполнять массаж пальцев рук, стоп.

- В раннем и младшем дошкольном возрасте нужно выполнять простые упражнения, сопровождая их стихотворным текстом, развивать элементарные навыки самообслуживания.

- В старшем дошкольном возрасте работа по развитию мелкой моторики и координации движе-

ний — важная часть подготовки к школе. Для этого использовать: лепку, арт-терапию, песочную терапию.

- В начальных классах школы для предупреждения утомления нужно применять физические упражнения в комплексе и по отдельности, работать с природным материалом.

- Нужно использовать музыку для развития моторики рук и общей моторики. Игра или имитация игры на музыкальных инструментах помогает развить координацию и тактильные ощущения.

- Развитию мускулатуры пальцев способствуют работа с природным материалом, тканью, бумагой — вырезание фигур, изготовление игрушек и подарков, танграм, оригами, обучение вязанию, игра с куклами в кукольном театре, а также пальчиковый театр.

- Важно развивать и подвижность пальцев ног. Проводятся упражнения с использованием песка и воды (написание цифр, букв, геометрических фигур на песке, воде), дети рисуют большими пальцами ног по контуру.

- Очень полезен самомассаж, он создает хорошее настроение, оказывает оздоровительное действие.

- Для повышения наглядности и активности занятий мы

рекомендуем использовать ИК-технологии, в частности, интерактивную доску, компьютерные программы. Работа с двумя стилусами (ручками для сенсорной интерактивной доски) поможет ребенку выполнять задание одновременно двумя руками и способствует развитию моторики. В работе с детьми важно учитывать канал получения информации.

- Центры речи и центр мелкой моторики анатомически расположены рядом друг с другом, следовательно, развивая одну функцию, вы стимулируете развитие другой.

В результате занятий по разработанной и апробированной нами методике оценки двигательных функций конечностей эффективность выполнения дви-

гательных упражнений детьми с нарушениями речи повысилась, что подтвердило необходимость систематических занятий в коррекционной работе с детьми с речевой патологией.

В условиях специально организованной работы расширяются моторные возможности и повышается двигательный потенциал.

Анализ состояния двигательных функций до и после экспериментальной работы подтвердил эффективность нашей методики. Предложенная система мероприятий по развитию моторики может быть использована в диагностических и коррекционных целях для формирования общих и речевых движений, активизации моторики и речевой деятельности.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



ПОКАЖИ И РАССКАЖИ

Игровые упражнения на основе фонетической ритмики

Автор — Костылева Н.Ю.

Эта книга поможет воспитателям и логопедам в работе по формированию и коррекции устной речи у дошкольников. В практическое пособие вошли игровые упражнения, разработанные по принципу фонетической ритмики. Такие упражнения способствуют формированию фонематического слуха и правильного произношения у детей, позволяют улучшить координацию движений, нормализовать речевое дыхание, развить интонационную выразительность речи. В книге вы найдете подробные описания движений на различные звуки речи, примеры проговаривания слогов, слов и стихотворных текстов в сопровождении движений.



Психическое и физическое здоровье детей при аутизме

Артемова Е.Э.,

канд. пед. наук, доцент кафедры специального (дефектологического) образования;

Камышева С.Н.,

магистрант программы «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с расстройством аутистического спектра» ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва

На современном этапе развития системы образования возникает целый ряд трудностей, связанных с введением инклюзивного образования. В детские сады приходят дошкольники с различными нарушениями речевого и психического развития, в том числе и с расстройствами аутистического спектра (РАС). Не всегда специалисты ДОО оказываются к этому готовы, как в профессиональном, так и в эмоциональном плане.

В этой статье мы попытались раскрыть особенности психического и физического развития детей с РАС, а также рассмотреть вопросы дифференциальной диагностики аутизма и сходных с ним состояний.

Аутизм — психическое расстройство, возникающее из-за нарушений развития головного мозга и характеризующееся на-

личием выраженного дефицита общения и нарушением социального взаимодействия, повторяющимися действиями и малым количеством интересов [3, с. 87].

Признаки аутизма возникают рано, с 3 лет жизни ребенка. Часто его могут путать со сходными состояниями. В данном случае следует знать все особенности проявления аутизма и других заболеваний.

У детей аутизм имеет определенные проявления. Ребенок не может соединить детали, т.е. создать полный образ. Даже человека он воспринимает отдельными фрагментами, часто не отличает неодушевленные предметы от одушевленных. Ребенок испытывает дискомфорт от любых внешних влияний — света, звука, прикосновений. Исходя из этого, он старается уйти от внешнего

мира, его воздействий, чтобы не испытывать тревогу, неудобство.

Стоит отметить, что ранний детский аутизм проявляется в 1—2 года жизни ребенка. Чтобы распознать РАС, следует знать определенные признаки проявления аутизма. Во-первых, это нарушение социального взаимодействия, во-вторых, — трудности коммуникации и появление стереотипного поведения.

Рассмотрим признаки аутизма более подробно.

Каждый из перечисленных признаков вызывает особенности в психическом здоровье ребенка. Нарушение социального взаимодействия приводит к тому, что ребенок не смотрит в глаза обращающегося к нему человека. Но это более легкая форма проявления аутизма. При более тяжелой наблюдается отсутствие взгляда на находящегося рядом человека, от реакции на него. Ребенок не улыбается, не смеется в ответ на обращение к нему, но при этом может рассмеяться без видимой причины. Его лицо напоминает маску, но время от времени на нем могут проявляться гримасы.

Дети в норме даже на первом году жизни могут в игре со взрослым показывать эмоции и интерес к игрушкам. Ребенок с РАС не понимает и не принимает эмоции других людей, он как будто не видит взрослого, кото-

рый находится рядом, не взаимодействует с ним.

Также при аутизме отсутствует взаимодействие со сверстниками: ребенок не участвует в играх с другими детьми, не контактирует с ними, он все время находится в одиночестве или же не замечает других. Играть он один, его действия с предметами просты и примитивны. Например, ребенок с РАС может долгое время крутить в руке колесо от машины, поворачивать и нажимать кнопку.

Дети с аутизмом не демонстрируют привязанности к родителям, не испытывают тревоги, когда они уходят, радости, когда мать возвращается. Нарушение коммуникации проявляется в задержке речи или в ее полном отсутствии, это зависит от формы болезни. Ребенок может использовать одни и те же фразы, слова, а может и не овладеть речью вообще.

При появлении какой-либо нужды ребенок с РАС использует одно лишь слово — «есть», «пить», «спать» и др. Речь его, как правило, бессвязна, непонятна для других, бессмысленна. О себе дети часто говорят в третьем лице [4, с. 90]. Отвечая на вопрос, они повторяют либо всю фразу, либо ее часть. Дети с РАС могут говорить слишком тихо или громко, неправильно интонируют. Часто малыш не реагирует, если его называют по имени.

Дети данной категории проявляют заикленность на одном действии, например, могут перебирать кубики, собирать пирамидку. Отвлечь от занятия ребенка невозможно. Наблюдается многочисленное повторение бессмысленных движений (проявление стереотипии). Дети с РАС склонны к самостимуляции: повторять движения, которые они используют, в непривычной обстановке. Например, ребенок щелкает пальцами, качает головой, хлопает в ладоши. Любые перемены — перестановка в комнате, изменение маршрута на прогулке, другое меню — могут спровоцировать агрессию или выраженный уход в себя. Если ситуация непривычна для ребенка, у него могут развиваться приступы агрессии, а также самоагрессии.

Уровень интеллекта при аутизме может очень сильно варьироваться: большинство детей с аутизмом имеют легкую или умеренную степень умственной отсталости. Это связано с дефектами мозга и трудностями в обучении. Если болезнь сочетается с микроцефалией, эпилепсией и хромосомными аномалиями, уровень интеллекта соответствует глубокой умственной отсталости. При легких формах РАС и динамичном развитии речи интеллект может быть нормальным или даже выше среднего. Глав-

ная особенность аутизма — избирательный интеллект, т.е. дети могут быть сильны в математике, музыке, рисовании, но при этом намного отставать от сверстников по остальным параметрам. Явление, когда ребенок с РАС чрезвычайно одарен в какой-либо области, называют *савантизмом*.

Саванты могут сыграть мелодию, услышав ее всего один раз. Или нарисовать картину, увиденную единожды, с точностью до полутонов. Или держать в голове столбики цифр, производя сложнейшие вычислительные операции без дополнительных средств.

При этом наблюдаются дефицит психической активности и тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы, а также низкий возрастной уровень игровой деятельности, недоразвитие предметных игровых действий [6, с. 218].

У детей с аутизмом отмечается отсутствие резких нарушений в физическом здоровье, за исключением индивидуальных особенностей. Могут наблюдаться нарушение моторики и двигательной активности, неловкость произвольных движений, слабость рук. В клинической картине РАС присутствуют двигательные расстройства.

Несмотря на то что аутизм неизлечим, поправить ситуацию

можно. Самое лучшее «лечение» в этом случае — регулярные каждодневные занятия и создание наиболее благоприятной среды для ребенка с РАС.

Дифференциальная диагностика РАС

Дифференциальная диагностика РАС имеет большое значение для определения заболевания. Ранний детский аутизм имеет множество общих аспектов с другими заболеваниями. Стоит отметить, что его следует отличать от умственной отсталости, невропатии, глухоты, ДЦП и нарушений психического развития при поражениях головного мозга.

Рассмотрим дифференциальную диагностику более подробно.

РАС и невропатия. У детей с невропатией отмечается пониженный физический, психический и моторный тонус. Наблюдается болезненное отношение к оценке их действий и поведения. Ребенок с невропатией боязлив, пуглив, что характерно и для аутизма.

Дети с невропатией охотно подражают другим в игре, могут заинтересоваться игровыми действиями других детей, с удовольствием принимают ласку. Их речь вялота, отсутствуют аграмматизмы, эхолалия. Дети с невропатией охотно меняют обстановку на более удобную, положительную, комфортную [9, с. 77].

Также отмечается желание вступать в контакт со взрослыми, если они не представляют опасности для ребенка. Дети могут выражать страх, но он всегда объясним и актуален для ситуации.

Отмечается наличие двигательных стереотипов, похожих на тики, но они качественно отличаются от действий детей с аутизмом. При невропатии наблюдается частая смена настроения, от капризов до радости или вялости и отсутствия действий. Данные симптомы объясняются нарушением сна, пищеварения.

РАС и умственная отсталость. Аутизм в детстве можно принять за интеллектуальную недостаточность, поскольку у ребенка отсутствует реакция на мать, окружающих его близких людей. Со временем отмечается отсутствие речи, игры, навыков самообслуживания.

При этом у детей с умственной отсталостью наблюдается наличие зрительного контакта, потребности в еде, комфорте. Имеются двигательная расторможенность или адинамия.

Дети с умственной отсталостью идут на контакт со взрослыми и детьми, а страх испытывают только по адекватным причинам (темнота, боль и др.).

У умственно отсталых детей отмечаются органические дис-

плазии туловища и головы, а у детей с РАС наблюдаются тонкие черты лица и общий астенический облик.

РАС и психические нарушения на почве органических поражений головного мозга. У детей с психическими нарушениями отмечаются психомоторная возбудимость, рассеянное внимание, частая смена настроения, агрессия, направленная на окружающих людей. Отметим, что данные признаки могут быть и при РАС, но в случае поражения ЦНС отсутствует отгороженность от внешнего мира. Напротив, детям с психическими нарушениями присущи назойливость, навязчивость. Возбудимость нередко сменяется гиподинамией. Такие дети любят общаться с окружающими, рассказывать истории, если их не слушают, они обижаются.

У детей с психическими нарушениями наблюдаются слабая память, психическая истощаемость. В их речи нет неологизмов, манерности интонации, явления эхолалии.

РАС и речевые патологии. Если ребенок с РАС не произносит слова, не выполняет словесные инструкции, как будто не понимает речь, возникает вопрос отграничения РАС от речевых патологий — алалии или дизартрии.

Если ребенок имеет речевые нарушения, он старается другим образом привлечь к себе внимание — с помощью жестов, мимики, криков, возгласов, движений. Дети с РАС не используют всего этого. У них, в отличие от дошкольников с речевыми нарушениями, присутствуют явления эхолалии и своеобразная интонация [8, с. 132].

РАС и нарушения слуха. В раннем детстве ребенок с РАС может казаться глухим, поскольку не реагирует ни на речь, ни на прикосновения, ни на звук. В данном случае необходимо провести аудиометрию. В более позднем возрасте у детей с РАС, наоборот, отмечаются такие особенности, как негативная реакция на резкий звук, шепот и т.д.

Дети с нарушением слуха всегда ищут взглядом губы собеседника, чтобы лучше понять, что им говорят, воспитанникам с РАС это не свойственно.

РАС и ДЦП. У детей с аутизмом могут быть двигательные расстройства, а у детей с ДЦП — проявления аутизма.

У большинства детей с ДЦП диагностируется дизартрия, поскольку есть нарушение иннервации мышц артикуляционного аппарата, а дети с РАС могут имитировать невнятность речи в связи с отсутствием у них коммуникативных навыков. Однако

в некоторых ситуациях ребенок с аутизмом может говорить четко и громко.

Для детей с ДЦП характерны нарушения звукопроизношения, а также расстройства глотания и дыхания. Дети с РАС склонны к неологизмам, различиям в речи.

Дети двух названных категорий имеют нарушения в пространственной ориентировке, но при этом воспитанники с аутизмом выражают страх перед окружающим миром, а у воспитанников с ДЦП проявляются нарушения только пространственного гнозиса, им трудно поворачивать голову, двигаться.

И в том, и в другом случае дети испытывают комплекс неполноценности: при ДЦП из-за физических нарушений, при РАС из-за психических особенностей. В результате могут наблюдаться нервозоподобные и невротические состояния.

Таким образом, проявление аутичных признаков при ДЦП — вторичный признак, связанный с тем, что дети стесняются своего вида, состояния и поэтому уходят от внешнего мира, от общения.

Дифференциация двух данных заболеваний является более трудной, если ДЦП имеет легкую форму.

РАС и задержка психического развития. В том и в другом случае центральным звеном

патогенеза служит нарушение эмоционально-волевой сферы. Однако следует дифференцировать только легкие формы РАС, тяжелые отличаются от задержки психического развития.

При задержке психического развития наблюдаются яркие и живые эмоции, дети могут вступать в контакт со взрослыми, сверстниками, и это отличает их от детей РАС.

Увлеченность игрой, изобретательность и находчивость в игровых действиях отличают ребенка с задержкой психического развития от ребенка с РАС, для которого характерна однообразная, стереотипная, примитивная, лишенная сюжета игра.

РАС и синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Дети с СДВГ чаще всего не демонстрируют особенностей поведения, характерных для РАС, тогда как многие дети с аутизмом имеют перечисленные ниже черты, присущие СДВГ:

— невнимательность (фундаментальные требования для постановки диагноза СДВГ — неспособность к сосредоточению, которая проявляется в самых разных ситуациях);

— гиперактивность (она часто присуща детям и с РАС и с СДВГ, хотя не выступает критерием для постановки таких диагнозов);

— импульсивность (включает в себя внезапные, импульсивные действия, часто без полного осознания текущей ситуации. Это также присуще и детям с РАС);

— невозможность планирования и организации.

В отличие от детей с СДВГ, у детей с РАС нарушено восприятие реальности, они живут в своем мире. Для них характерны неспособность к социальному общению, нарушенная коммуникация, склонность к упорядочиванию (предметов, игрушек, вещей), повторяющееся поведение и потребность в однообразии. Маловероятно, чтобы ребенок с СДВГ методично выкладывал в ряд игрушки. Также дети с СДВГ не столь болезненно относятся к изменению обстановки, привычных вещей.

Рассмотренные в этой статье вопросы, на наш взгляд, важны для специалистов разного профиля (воспитателей, учителей, медицинских работников, психологов, педагогов дополнительного образования), работающих с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Понимание причин, вызывающих не всегда адекватное и иногда совсем непонятное поведение детей, позволит помочь правильно выстроить систему общения и взаимодействия с ними.

Литература

1. Аутизм / Под ред. Э.Г. Улумбекова. М., 2012.
2. Блейлер Е.Е. Аутистическое мышление // Хрестоматия по общей психологии. М., 2011.
3. Богдашина О.Я. Аутизм: определение и диагностика. Донецк, 2011.
4. Кавасарская И.Б. Психологическая помощь семье с аутичным ребенком // Коррекционная педагогика, специальная психология. Курск, 2013.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 2012.
6. Козловская Г.В. и др. Опыт лечения раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и фармакотерапия. 2010. № 2.
7. Кревелен В.В. К проблеме аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия. СПб., 2007.
8. Кузьмина М. Аутизм // Школьный психолог. 2010. № 47—48.
9. Лебединская К.С., Никольская О.С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. М., 1988.
10. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм // Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема. М., 1992.
11. Ранний детский аутизм / Под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. М., 2007.

Формирование пространственно-временных представлений у дошкольников

Дружиловская О.В.,

канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»;

Говорушкина Е.А.,

учитель-логопед ГБОУ СОШ № 1394, Москва

В настоящее время в группах дошкольников с ОНР возросло число детей, имеющих значительные трудности в овладении пространственно-временными представлениями, что приводит к отклонениям в функциогенезе с последующими трудностями в обучении.

Ориентация человека во времени и пространстве — необходимое условие его социальной жизни, успешного познания и активного преобразования действительности, форма отражения окружающего мира. Свободное оперирование пространственными образами выступает основным умением, которое объединяет разные виды учебной деятельности. Психолого-педагогические исследования А.А. Люблинской и О.В. Титовой показали, что пер-

вой предпосылкой для образования самых элементарных знаний о пространстве служит накопление массы конкретных представлений о предметах и явлениях окружающего ребенка мира. Такие характеристики предметов, как величина, удаленность, направленность, взаиморасположенность объектов, познаются в онтогенезе за счет ассоциативных связей между различными модальностями (тактильной, слуховой, зрительной).

Вторая предпосылка — специализация пространственных отношений между воспринимаемыми предметами как особыми сигналами, на которые вырабатываются сложные условные рефлексы. Согласно исследованиям А.П. Вороновой, условные рефлексы на пространственные сигналы формируются гораздо

медленнее по сравнению с другими условными рефlekсами.

М.М. Семаго и Н.Я. Семаго рассматривают четыре уровня пространственных представлений, которые осваивает ребенок дошкольного возраста:

- представления о собственном теле, его частях и их взаимном расположении;
- о расположении объектов в пространстве по отношению к собственному телу ребенка;
- о взаимоотношении между внешними объектами;
- пространственные представления со словесным обозначением пространства в лингвистической картине ребенка или квазипространственные представления (грамматические конструкции, смысл которых определяется окончаниями слов, способами их расстановки, предложениями и т.д.).

При нормальном развитии дети овладевают ориентировкой «на себе» в младшем дошкольном возрасте. Она включает знание отдельных частей своего тела и лица, в том числе симметричных (правая или левая рука, нога и т.д.).

Пространственный фактор азвивается на основе активных движений в реальном, сложном, многомерном и динамичном пространственном мире с опорой на схему собственного тела и обяза-

тельное взаимодействие органов чувств различной модальности.

Оптико-пространственные нарушения А.Р. Лурия рассматривал как дефект синтеза информации различных модальностей. Ученый отмечал, что они проявляются во многих видах психической деятельности: двигательной, конструктивной, в вербально-логических операциях речи, письме, счете.

Современные исследования в области нейропсихологии (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, Ж.М. Глозман, А.В. Семенович) указывают, что формирование пространственных представлений лежит в основе высших психических процессов у ребенка.

Зрительно-пространственная функция осуществляется при комплексном взаимодействии зрительной, слуховой, вестибуляторной и кинетических систем и локализуется в верхнетеменных и теменно-затылочных отделах коры левого или правого полушарий мозга. При этом каждое полушарие мозга в осуществление оптико-пространственного гнозиса специализировано.

Поэтому левополушарные дисфункции приводят к нарушениям пространственно-ориентировочной деятельности, прежде всего схематических представлений о пространственных соотно-

шениях объектов действительности, различных видах конструктивной деятельности, названия и понимания слов, обозначающих пространственные взаимоотношения, предлогов с пространственным значением — *на, в, под, над* и т.д., наречий типа *далеко, сбоку, внизу* и т.д.

Поражение правого (субдоминантного) полушария отражается в трудности понимания вербально представленных наглядно-пространственных отношений типа «над — под», «справа — слева».

Кроме того, при правополушарных дисфункциях имеют место пропуски и замены ударных гласных в словах. Также данная патология приводит к ошибкам в счетных операциях.

Если рассматривать данную проблему с точки зрения нейropsychологического подхода, негативные последствия для онтогенеза заключаются в нарушениях, искажениях становления подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, функциональной специализации правого и левого полушарий головного мозга.

В 3 года у детей с ОНР начинается резкое отставание в формировании элементарных пространственных представлений. Как показывает опыт работы с данной категорией дошколь-

ников, незрелость системы зрительного восприятия приводит к затруднениям в ориентировке «на себе», «на других», построению целостного образа предмета, соответственно задерживается формирование более сложных уровней пространственной ориентировки не только в дошкольном, но и в последующие периоды обучения. Трудности в использовании предлогов, обозначающих пространственные и пространственно-временные отношения (*около, из-за, из-под*) появляются при формировании лексикограмматического строя речи.

Результаты исследований В.А. Ковшикова и Ю.А. Элькина свидетельствуют о резком расхождении между способностью выражать пространственные отношения в экспрессивной речи и способностью устанавливать их в предметно-практической деятельности. Вызывает затруднение выкладывание по показу узора, фигуры, и как следствие — нарушение письма в школьном возрасте в виде оптической дисграфии.

Сложность и актуальность данной ситуации можно рассматривать с позиции системного подхода к коррекции психического развития ребенка и использования в практической работе системы специальных заданий,

формирующих пространственные представления, необходимые для формирования школьных навыков и умений.

В случае отсутствия коррекционного воздействия происходит не только неполноценное развитие высших когнитивных процессов, базис для которых закладывается в раннем детстве, но и отставание в познавательной сфере, что неизбежно повлечет за собой изменения в сфере интересов, потребностей и эмоционально-личностной структуры растущего ребенка.

В начале коррекционного процесса отдается предпочтение двигательным методам, создающим определенный потенциал для будущей работы. Следующий этап — активизирующие методы, восстанавливающие и создающие взаимодействие между различными уровнями и аспектами психической деятельности. Актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагают опору на такие психические функции, как эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т.д. Следовательно, создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями.

Приведем примеры игр, которые развивают зрительный

гнозис, формируют пространственные представления. Приоритетные задачи логопедов и педагогов — своевременное выявление, профилактика и коррекция оптической дисграфии.

Игры на формирование умения ориентироваться в схеме собственного тела

• «Над — под»

Взрослый и ребенок встают рядом лицом к зеркалу и выполняют одни и те же действия, называя их: «над головой», «под носом», «за ухом», «на груди» и т.д.

• «Выше — ниже»

Взрослый и ребенок стоят перед зеркалом. Они вместе подходят, показывают и называют то, что «выше всего» (голова, макушка), что «ниже всего» (ноги, стопы), «выше, чем...», «ниже, чем...», «выше, чем... , но ниже, чем...». Затем игра повторяется без зеркала, потом с закрытыми глазами.

• «Право — лево»

Дети выполняют инструкции: «Потри правой рукой левый локоть», «Дотронься левой рукой до правого уха», «Постучи правым локтем по правому боку».

• «Путаница»

Взрослый намеренно показывает не те места на теле, которые

называет, затем называет не те места, которые показывает. Ребенок должен исправить ошибки.

Игры на ознакомление со схемой тела человека, стоящего напротив

- **«Правильное зеркало»**

Взрослый и ребенок стоят или сидят друг напротив друга. Один делает движение, а другой его копирует.

- **«Неправильное зеркало»**

Инструкция: «То, что я буду делать правой рукой, ты делаешь своей правой рукой, а то, что я буду делать левой рукой, ты будешь делать своей левой рукой».

Игры на освоение внешнего пространства

- **«Кто где стоит, что где лежит?»**

Дети встают в круг, взрослый спрашивает, где находятся остальные участники относительно какого-то одного ребенка, где он находится относительно стоящих в кругу детей.

Затем в свободной игре ребенку задаются вопросы: «Что лежит справа от тебя (слева, сзади, спереди)?»

- **«Робот»**

Ребенок изображает робота, точно и правильно выпол-

няющего следующие команды: «Один шаг вперед, два направо, прыжок вверх, три шага налево и т.д.». Затем дети играют в непослушного робота, который делает все наоборот: идет не вперед, а назад; вместо того чтобы подпрыгнуть вверх, приседает; поворачивает не направо, а налево.

После того как ребенок начинает быстро и правильно выполнять все команды, задание усложняется: «Шаг налево правой ногой; два шага вперед, начиная с левой ноги и т.д.».

Игра на определение положения предметов относительно друг друга и себя относительно других объектов

- **«Капризный фотограф»**

Взрослый становится фотографом, который хочет сделать снимок зверей. Его помощнику — ребенку нужно разместить корову справа от зайца, мышку слева от мышки и т.д. Фотограф все время недоволен и просит помощника каждый раз по-новому пересаживать зверей. Затем фотографом становится ребенок: он говорит, как посадить зверей, и контролирует правильность выполнения задания. Взрослый намеренно делает ошибки.

Игры на формирование умения ориентироваться на плоскости листа

• «Пространственный рисунок»

Взрослый и ребенок уточняют, где верх, низ, правый верхний угол, правый нижний угол, левые верхний и нижний углы листа. Затем ребенок под диктовку взрослого рисует картинку: в середине листа — волны, справа на волнах — кораблик, в левом верхнем углу — солнышко, в правом верхнем углу — птичек, внизу слева — рыбку, а справа внизу — водоросли, из правого нижнего угла рисуем пузырьки, поднимающиеся к поверхности воды.

• «Направления»

Взрослый просит ребенка нарисовать в центре листа круг. Затем от него вверх нужно нарисовать волнистую линию, вниз — прямую линию, влево — пунктирную, вправо — двойную, красную прямую линию вверх, зеленую — вправо вниз.

• Графический диктант

Дети выполняют графический диктант. В результате графической деятельности должны получиться конкретные изображения (машинка, собачка и т.д.).

• Конструирование и копирование узора из лучинок

Используются карандаши, палочки и т.д. Взрослый предлагает ребенку сначала скопировать готовый узор из лучинок, а затем самому составить какой-нибудь узор.

• «Разложим по порядку»

Ребенок раскладывает любой предметный ряд в направлении слева направо, проговаривая при этом, например: «Первым идет ананас, вторым — яблоко, третьей — клубника». Затем стрелкой обозначает направление, в котором раскладывался ряд. Далее определяется то, что было положено до какого-то предмета, и что после него.

Игры на развитие соматогнозиса и кинестетических процессов

• «Телесные буквы»

Вариант 1

Дети вместе со взрослым изображают буквы всем телом.

Вариант 2

Дети вместе со взрослым изображают буквы пальцами.

• «Рисуем на спине»

Взрослый рисует на спине ребенка геометрическую фигуру,

буквы, цифру. Задача — назвать, что нарисовано на спине, и повторить рисунок в воздухе.

- **«Волшебный мешочек с предметами»**

Детям предлагается мешочек с различными предметами. Задача — на ощупь определить, что за предмет лежит в мешочке.

- **«Найди такую же букву»**

Детям предлагается с закрытыми глазами ощупать букву, вырезанную из плотной (наждачной) бумаги, и найти ее в ряду нарисованных букв.

- **«Чтение на ощупь»**

Перед детьми лежат вырезанные из картона и наждачной бумаги буквы, образующие слово (слог). Участники по очереди с закрытыми глазами ощупывают буквы по порядку (слева напра-

во) и таким образом прочитывают свое слово.

Игры и упражнения на развитие зрительного гнозиса

- **«Спрятанная буква»**

Детям предлагается рисунок с буквами, цифрами, написанными разным шрифтом, стилем и по-разному повернутыми. Задача — выбрать правильно написанные буквы и цифры и ответить, что нарисовано.

- **«На что похожа буква?»**

Дети придумывают, на что может быть похожа та или иная буква или цифра, и дорисовывают их, изображая предмет.

- **«Учитель»**

Дети исправляют «ошибки»: неправильно написанные слова, буквы, дописывают недостающие элементы букв.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



РАЗВИТИЕ ВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Методическое пособие

Автор — Рыжикова Д.С.

В книге представлена авторская методика формирования системы временных представлений у детей младшего школьного возраста с нарушениями в развитии на основе использования наглядно-дидактического пособия — набора взаимосвязанных схем и символов. Методика включает в себя диагностический материал, демонстрационные модели взаимосвязанных схем временных эталонов.



Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru
Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Дифференцированный подход в системе логопедической работы с дошкольниками с ОВЗ

Ярцева Ю.М.,

*магистрант факультета клинической и специальной
психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет», Москва*

Несмотря на многочисленные исследования, тяжелые нарушения речи (ТНР) остаются недостаточно изученными. В последнее время происходит постоянное увеличение числа детей с тяжелыми расстройствами речи среди дошкольников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Дети с отсутствием вербальных средств общения представляют собой полиморфную группу, которая характеризуется различным уровнем психического, интеллектуального, речевого и моторного развития. Помимо речи, у них нарушены произвольное внимание, поведение, различные типы мышления, что, в свою очередь, обуславливает трудности социализации. Для таких детей характерны отсутствие мотивации к речевой деятельности, недостаточность представлений о предметах и явлениях окружающего мира, несформированность коммуникативной,

регулирующей и планирующей функций речи.

На практике мы имеем дело с неговорящими детьми с ОВЗ, имеющими такие диагнозы, как анартрия, рано приобретенная афазия, дизартрия, моторная алалия, задержка психического развития (ЗПР), задержка психоречевого развития (ЗППР), расстройства аутистического спектра, интеллектуальная недостаточность и др.

В научной литературе представлены различные методики диагностики и коррекции речевого недоразвития у детей младшего дошкольного возраста (В.И. Балаева, О.С. Глухоедова, Б.М. Гриншпун, О.Е. Громова, Г.И. Жаренкова, Н.С. Жукова, Р.Е. Левина, Е.Ф. Соботович, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Е.А. Чаладзе, Г.В. Чиркина и др.). Однако до настоящего момента недостаточно определена система специальных коррекционных

занятий, которая бы учитывала степень сформированности звукоподражательной деятельности и уровень понимания обращенной речи в группе детей с ОВЗ, речевое недоразвитие которых было обусловлено различным генезом. Недостаточное количество практических исследований в этом направлении ставит проблему нашего исследования в ряд наиболее актуальных.

С целью изучения уровня понимания обращенной речи и степени сформированности звукоподражательной деятельности было проведено экспериментальное исследование на базе ЦРР «Росток» Москвы. В эксперименте приняли участие «безречевые» дошкольники с ОВЗ, нарушения речи которых были обусловлены различной этиологией.

Программа констатирующего эксперимента включала задания, направленные на определение уровня понимания обращенной речи (понимание предметной и глагольной лексики, вопросов, предложно-падежных конструкций, грамматических форм существительных, глаголов) и на выявление степени сформированности звукоподражательной деятельности (голосам животных и птиц, музыкальным инструментам, транспортным средствам). В ходе проведения исследования мы опирались на

следующие традиционные методики:

- Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой и Т.Б. Филичевой (диагностика понимания обращенной речи) [4];
- Г.И. Жаренковой [2] и Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой [4] (диагностика понимания грамматических форм слов);
- Н.С. Жуковой (диагностика сформированности навыков звукоподражания) [3].

Полученные результаты оценки уровня понимания обращенной речи позволили нам проанализировать качество, специфику, характер основных трудностей выполнения заданий и дать характеристику ошибкам.

Дошкольники с ОВЗ условно разделились на две группы по уровню понимания обращенной речи.

В *первую группу* вошли дети, которые продемонстрировали практически полное непонимание инструкций. По большей части они не реагировали на обращенную речь в различных ситуациях, не откликались на свое имя (при наличии сохранного слуха). Мы зафиксировали слабый интерес, повышенную утомляемость и отвлекаемость, отказ от выполнения заданий или отсутствие ответа. Некоторые из детей данной группы продемонстрирова-

ли понимание отдельных просьб и команд, имеющих ситуативный характер. Уровень понимания обращенной речи соответствует «ситуативному» уровню, выделенному Н.С. Жуковой.

Во *вторую группу* были отнесены дошкольники, которые проявили большую заинтересованность в процессе обследования, лучшее понимание инструкций. Тем не менее, фиксировались неправильные ответы, свидетельствующие о непонимании смысла вопроса или инструкции, в связи с этим ответы приобретали угадывающий характер (перебор вариантов). Дети прибегали к помощи экспериментатора, ждали положительной оценки своей деятельности и одобрения. Дошкольники продемонстрировали довольно высокий уровень понимания предметной лексики, но слабое знание глаголов и предложно-падежных конструкций. Уровень понимания обращенной речи этой группы детей соответствует «номинативному» (по Н.С. Жуковой).

В результате обследования навыков сформированности звукоподражательной деятельности дошкольники с ОВЗ также делились на две группы.

В *первую группу* (низкая степень сформированности звукоподражательной деятельности) вошли дети, которые показали

достаточно слабое владение звукоподражаниями: отсутствие вокализации, неоднократные замены звукокомплексов неречевыми звуками, использование единичных вокализаций. Мы обратили внимание, что вокализации некоторых дошкольников не имеют целенаправленного характера, используются отдельно от контекста учебной ситуации. У небольшого числа детей отмечены только гласные звуки и их сочетания.

Во *вторую группу* (средняя степень сформированности звукоподражательной деятельности) вошли дошкольники, которые при обследовании совершили меньшее количество ошибок. Мы наблюдали большее количество звукоподражаний и неполных слов, в редких случаях отмечали использование отдельных гласных и их сочетаний. Отдельные дошкольники старались воспроизвести абрис слова, были в большей степени настроены на работу и взаимодействие с экспериментатором.

Исходя из полученных данных, мы выявили зависимость между степенью сформированности звукоподражательной деятельности и уровнем понимания обращенной речи. Дошкольники были разделены на две группы: *первая группа* — дети с ситуативным уровнем понимания обра-

щенной речи и низкой степенью сформированности звукоподражательной деятельности, *вторая группа* — дети с номинативным уровнем понимания обращенной речи и средней степенью сформированности звукоподражательной деятельности. Для реализации дифференцированного подхода при разработке методики обучающего эксперимента мы опирались на традиционные методики (О.Е. Громова, Н.С. Жукова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева и др.) с применением различных психолого-педагогических технологий и приемов, а также учитывали психолого-педагогические особенности дошкольников в каждой из представленных групп.

Для детей с ОВЗ первой группы разработали программу коррекционно-логопедической работы, которая опиралась на формирование моторной имитации, развитие понимания обращенной речи, звукоподражательной деятельности и обогащение сенсорной базы. Для развития понимания речи использовались короткие двух-трехсловные фразы-инструкции, наглядно подкрепленные действием или жестом. Также проводилась работа по развитию произвольных и произвольных подражаний в различных игровых ситуациях, носящих яркий эмо-

ционально-значимый для ребенка характер. При формировании начального детского лексикона использовались различные приемы — «подхватывание» вокализаций ребенка, допевание коротких песен, договаривание знакомых потешек с наглядным подкреплением. Помимо этого, на занятиях с дошкольниками первой группы мы использовали упражнения, направленные на развитие сенсорно-перцептивной сферы и высших психических функций, таких как зрительная и слуховая память, внимание, мышление.

Для детей с ОВЗ второй группы создали программу логопедического воздействия, направленную на развитие понимания речи, активизацию звукоподражаний и аморфных слов, формирование сенсорной сферы восприятия и высших психических функций. Для развития понимания обращенной речи, предметной и глагольной лексики мы использовали приемы логоритмики, подкрепляя речь картинным материалом или пиктограммами. При активизации собственных звукоподражаний использовали различные подвижные и музыкальные игры, упражнения с элементами сенсорно-интегративного подхода. Также уделялось внимание развитию высших психических функций.

После применения дифференцированного подхода в коррекционно-развивающей работе у дошкольников с ОВЗ первой группы возросла мотивация к занятиям и совместному взаимодействию, уменьшились негативные реакции на процесс обучения, в целом повысился познавательный интерес. Мы отметили возникновение реакций на различные слуховые стимулы (источник и направление звука), а также общее улучшение в понимании обращенной речи (инструкции, обиходный словарь). В собственной речи дети с ОВЗ стали реже заменять звукоподражания неречевыми звуками и чаще использовать звукокомплексы и звукоподражания, соотношенные с предметом или действием.

Во второй группе дошкольников с ОВЗ также отмечалась положительная динамика в понимании предметного и глагольного словарей, прослеживалась тенденция к «наращиванию» звукокомплексов, возросло количество употребляемых абрисов слов. У детей группы в целом увеличилась речевая активность, улучшились произвольное внимание, память и другие психические процессы.

Подводя итоги проведенного исследования, необходимо отметить, что применение диф-

ференцированного подхода, основанного на учете уровня понимания обращенной речи и степени сформированности звукоподражательной деятельности у «безречевых» детей с ОВЗ, позволило достичь положительной динамики.

Литература

1. Глухоедова О.С., Тишина Л.А. Формирование речи неговорящих детей на ранних этапах коррекционного воздействия // Педагогика. №10. 2014.
2. Жаренкова Г.И. Понимание грамматических отношений детьми с ОНР // Школа для детей с ТНР / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1961.
3. Жукова Н.С. Преодоление недоразвития речи у детей: Учеб.-метод. пособие. М., 1994.
4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда. 2-е изд., перераб. М., 1990.
5. Кириллова Е.В. Логопедическая работа с безречевыми детьми: Учеб.-метод. пособие. М., 2011.
6. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1967.
7. Чаладзе Е.А. Особенности использования детьми с алалией невербальных компонентов речи в процессе текстообразования // Логопед в детском саду. 2005. № 2(5).

Интеграция разных видов искусства и художественной деятельности в развитии детей с ОВЗ и детей-инвалидов

Игнатова И.А.,

канд. пед. наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ФГАОУ ДПО АПК и ППРО, Москва

Деятельность педагогов по развитию художественного творчества детей с ОВЗ и детей-инвалидов рассматривается как органичная часть общей педагогической практики. Весь воспитательно-образовательный процесс в ДОО строится на основе единства воспитания и обучения. Он имеет развивающий характер и способствует эстетическому, нравственному и интеллектуальному развитию детей с ОВЗ.

Детское творчество связано с жизнью и отражает в себе многообразие ее проявлений:

— художественно-эстетический принцип помогает понять, что в произведении словесного искусства отражено богатство окружающего мира и человеческих отношений, которые могут зародить у него чувства гармонии, красоты, научат понимать прекрасное в жизни;

— принцип народности и культуросообразности позволяет знакомить детей с ОВЗ с культурой разных народов мира, раскрыть своеобразие, неповторимость произведений народного творчества и художественной литературы.

Индивидуальный подход предполагает выявление нозологических различий детей с ОВЗ и определение оптимальных путей развития творческих художественных способностей каждого ребенка, преемственность в эстетическом воспитании детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Интеграция обеспечивает разностороннее воздействие на ребенка с ОВЗ, способствует познанию предметов и явлений с разных сторон на основе восприятия действительности различными органами чувств и художественной деятельности

(музыкальной, изобразительной, художественно-речевой, театрализованной) с использованием средств выразительности.

Человек по своей сути — художник. Он так или иначе стремится внести в свою жизнь красоту. Давным-давно люди использовали маски, ролевые игры, театральное подражание, музыку и танцы. Такие символические проявления были существенной частью целительных ритуалов. Например, опыт шаманства свидетельствует об использовании художественных / артистических способностей. Эта практика тесно связана с врачеванием ума, тела и духа.

В настоящее время в практике специального образования широко используются такие термины, как «арт-педагогика» и «арт-терапия». В чем сходство и различие этих понятий? Сходство прослеживается только в первой части понятий: «арт» — «художественное», «искусство», «творчество». Вторая часть определяет различие: «терапия» — направление медицины, лечебное воздействие; «педагогика» — область научного знания об обучении, воспитании и развитии, а в специальном образовании — и коррекции. Следовательно, во второй части понятий отражены направленность, цели, задачи, технологии и содержание.

Арт-педагогика по отношению к специальному образованию — синтез двух областей научного знания: искусства, творчества и педагогики, обеспечивающих разработку теории и практики педагогического коррекционно-направленного процесса развития и формирования детей с ОВЗ и детей-инвалидов через искусство и художественно-творческую деятельность (музыкальную, изобразительную, художественно-речевую, театрализованную, игровую и т.д.).

Понятие «арт-педагогика» не подменяет более узкий термин «художественное воспитание». Это область научного знания, в которой раскрываются все компоненты коррекционно-развивающего процесса: развитие, обучение, воспитание и коррекция средствами искусства и творчества. Использование арт-педагогических технологий в работе с детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами способствует нормализации их эмоционального состояния, адаптации в социуме, стимулирует воображение, помогает разрешать конфликты и налаживать отношения между участниками группы. Искусство и творчество приносят радость, что важно само по себе.

Арт-педагогические технологии широко используются в

работе с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ и детей-инвалидов. Родителям предлагается вместе с ребенком поработать над художественно-творческими проектами. Занятия могут проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Ценно то, что педагог, дети и родители действуют вместе, т.е. созданы оптимальные условия для всестороннего развития ребенка-инвалида. Это важнейшее условие формирования его познавательной активности. В данном случае ребенок захочет узнавать и исследовать, интересоваться, т.е. он становится открытым миру.

Игровые приемы в арт-педагогических технологиях обладают волшебным эффектом, они воздействуют не только на детей, но и на родителей. Мастерство педагога отличает не богатство игровой среды, а умения присоединяться к чувствам другого, сожалеть, поддерживать, придумывать, изобретать и, конечно, играть искренне, по-детски отдаваясь этому процессу. Любая тряпочка в руках педагога может стать игрушкой, игрушка — мостиком к игре, а игра — исцеляющим ребенка-инвалида инструментом.

Важная составляющая готовности специалистов к сотрудничеству с родителями детей-инвалидов — владение методами

и формами взаимодействия. В психолого-педагогических исследованиях подчеркивается, что для современных семей весьма характерны эмоциональное неблагополучие ребенка-инвалида, дефицит общения и совместной деятельности с родителями. Все это приводит к тому, что дети чувствуют себя недостаточно любимыми, недостаточно нужными своим родителям, испытывают тревожность.

Совместному общению родителей и детей способствуют включение игротерапии, совместное рисование, создание поделок. Вместе с мамой можно испечь пирожки, помочь навести порядок после занятия, а затем дома. Очень важно помочь родителям получать удовольствие от совместных игр, общения со своим ребенком.

Взаимодействию детей и родителей может быть посвящен цикл игровых занятий, где они играют, рисуют, читают, рассказывают, поют, угощаются. Видя рост достижений своего ребенка, родители более активно включаются в педагогический процесс.

С помощью игры можно диагностировать, обучать, развивать, воспитывать, творить, лечить, социализировать, оказывать влияние на личностный рост ребенка и т.д. Важно обу-

чить родителей конструктивно-му взаимодействию с ребенком через игру, раскрыть радость от этого процесса, увлечь за собой, привить культуру «играния» в целом.

Во взаимодействии со специалистами образовательной организации родители детей с ОВЗ и детей-инвалидов вооружаются знаниями и умением самостоятельно решать различные вопросы в процессе воспитания, обучения, развития и социально-бытовой адаптации своих детей. На занятиях они могут увидеть, услышать, прочувствовать происходящее, а значит принять, понять и помочь собственным детям.

Таким образом, применяя арт-педагогические технологии, предполагающие творческую деятельность (рисование, живопись, моделирование из бумаги, все виды лепки, коллажи, мозаики, мозартика, драма-, сказко-, кукло-, вокало-, музыкально-танцевальная терапия), можно выразить свои чувства, побороть агрессию и негатив, развить способности, помочь в преодолении психологических и социальных трудностей, которые препятствуют личностному росту.

Надо отметить, что арт-педагогические технологии и арт-терапия имеют разные теоре-

тические основы, различаются по сути и задачам, содержанию. Однако оба эти направления важны в коррекционной педагогике и специальной психологии, специальном образовании, дополняют друг друга в одном коррекционно-развивающем процессе, обеспечивая профилактико- и лечебно-оздоровительное воздействие, возможность справиться с имеющимися ограничениями жизнедеятельности ребенка-инвалида.

Арт-педагогические технологии и арт-терапия — технологии равных возможностей детей с различными нозологиями инвалидности. На занятиях все успешны, независимо от возраста и отклонений в развитии. У детей повышается самооценка, улучшаются отношения с членами семьи и сверстниками, формируется и совершенствуется навык общения, возникает доверительный его стиль. Учитываются индивидуальные особенности ребенка (особенности центральной и высшей нервной деятельности, темперамент, уровни развития эмоционально-волевой сферы, знаний, навыков и т.д.), специфические особенности, присущие детям с различными категориями нарушения. Таким образом арт-педагогические технологии и арт-терапия позволя-

ют избирательно осуществлять коррекционно-образовательную деятельность согласно природе индивидуального недостатка развития.

Методы арт-педагогических технологий и арт-терапии предоставляют детям-инвалидам возможность для самовыражения и саморазвития (хореографическое искусство — для лиц с нарушением слуха, театральное-кукольное искусство — для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, искусство скульптуры — для лиц с нарушением зрения, живопись, графика, музыка — для лиц с нарушением слуха, поражением опорно-двигательной системы). Созданные ими в процессе занятий творческие работы и их признание взрослыми повышают самооценку, степень их самопризнания, что особенно важно для детей, переживающих ситуацию неуспеха.

Арт-педагогические и арт-терапевтические технологии основываются на коррекционно-личностном и деятельностном подходах в развитии и направлены на гармоничное развитие ребенка с ОВЗ и ребенка-инвалида, расширение возможностей социально-бытовой адаптации, участие в общественной и культурной деятельности в микро- и макросреде.

Искусство и культура — прекрасные образовательные и реабилитационные средства, обеспечивающие развитие жизненно важных познавательных навыков, повышение уровня самооценки личности, творческое самовыражение, развитие навыков общения, формирование активной жизненной позиции детей с ОВЗ и детей-инвалидов. Искусство способно сделать их жизнь богатой и содержательной.

К организации крупных мероприятий (фестивалей, концертов, конкурсов, театрализованных представлений, вечеров отдыха и др.) могут привлекаться любые специалисты (социальный педагог, педагог-организатор и др.). Мероприятия по реабилитации детей с ОВЗ и детей-инвалидов также могут включать концерты художественной самодеятельности, выставки изобразительного творчества, занятия музыкально-драматического коллектива, вокальной, хореографической студий, школы ремесел, студии рисования, кружков вышивания, художественного вязания, шитья, скульптуры.

Педагог дополнительного образования может использовать традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов, участие в массовых досуговых

мероприятиях и др.). При этом важна доступность как самих зданий, так и мероприятий для детей с различными нозологиями инвалидности.

Ребенок, умеющий воспринимать красоту окружающей природы, способен с радостью и нежностью смотреть на маленькие, легкие, грациозные существа, на животных, птиц. Дети, которых волнуют хорошие дела и благородные поступки людей, которые любят искусство и умеют видеть вокруг себя красивое, несравнен-

но богаче, полнее, радостнее воспринимают жизнь.

Существует мнение, что искусство — действие, в котором важен творческий акт — создание произведения искусства, а не эстетический результат. Такое расширение границ искусства можно считать одним из краеугольных камней арт-терапии и арт-педагогических технологий, поскольку это предполагает сравнительно новое понимание и подход к улучшению качества жизни детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АРТ-ТЕХНОЛОГИИ

Арт-терапия — метод развития с помощью художественного творчества. Она основывается на гуманистическом подходе и направлена на гармоничное развитие ребенка, расширение возможностей его социальной адаптации посредством искусства. Терапевтические арт-технологии: музыкотерапия, кинезитерапия, изотерапия, сказкотерапия, куколотерапия — включают разные формы работы.

Детям оказывается помощь в осознании конфликтов и переживаний через зрительные художественные образы; в высвобождении негативных чувств (тревоги, страхов, агрессии) безопасным способом во внешнюю форму (в рисунке, лепке, танце, роли); в концентрации внимания на ощущениях, которые ребенок привык подавлять; в осознании своих чувств, мыслей, экспрессии (в танце, образе, рисунке); в разрешении межличностных конфликтов со сверстниками и взрослыми с помощью общения в искусстве; в развитии произвольности и контроля эмоций (в ритмике, групповом рисовании); в формировании самоанализа, рефлексии, самоуважения.

Как предупредить ошибки в чтении и письме при обучении ребенка в школе

Рекомендации для родителей

Игнатова И.А.,

*канд. пед. наук, доцент кафедры коррекционной
педагогики и специальной психологии
ФГАОУ ДПО АПК и ППРО, Москва*

Дефекты речи, если их вовремя не исправить, влекут за собой появление специфических ошибок. К ним относятся: пропуск букв и слогов; замены букв; перестановка букв и слогов; слитное написание слов в предложении и многие другие.

Без своевременной профилактической работы эти ошибки становятся причиной больших трудностей в овладении школьниками орфографией, морфологией и синтаксисом. Подготовка к школе в детском саду — содержательный, индивидуально ориентированный процесс, задачи которого заключаются не в максимальном ускорении развития ребенка, а в создании для каждого дошкольника условий для раскрытия его возрастных возможностей и способностей.

Важное условие подготовки детей к школе — взаимодействие ДОО и семьи. Оно определяется пониманием сути, содержания, форм и методов подготовки к школьному обучению в ДОО. Такое взаимодействие предполагает следующее.

- У родителей всегда есть возможность ознакомиться с материалом, который преподнесен ребенку.
- Весь материал систематизирован: от простого к сложному.
- Родители используют формулировки объяснений, заданий в таком виде, в каком материал был дан педагогом.

Для ребенка важно иметь постоянные, безоговорочные успехи на занятии, что эмоционально и практически переживается им как ощущение нарастающей самостоятельности и уверенности в успешном решении будущих задач. Непонимание, неудача могут повлечь за собой резкий отказ от

Актуально!



занятий и вернуться к ним будет просто.

- Настроение ребенка напрямую зависит от настроения взрослого. Поэтому, предлагая ему позаниматься, взрослым необходимо «излучать радость», как от предвкушения чего-то приятного, веселого и очень важного.

- Продолжительность занятий не более 20—30 мин. Важен индивидуальный подход: один ребенок может работать интенсивно 20 мин, другой — 10 мин.

Взрослому важно понимать, что работоспособность детей различна, и внимание быстро истощается. Если ребенок, занимавшийся 5—10 мин, перестал слышать вас или заговорил о событиях, не относящихся к занятию, это вовсе не означает, что он ленив или не умен. Он просто устал, и взрослому совершенно излишне показывать досаду. Поддержите разговор с ребенком на предложенную им тему, а затем продолжите занятие. С некоторыми детьми подобные «переменки» происходят каждые 5 мин.

Раз в 10 мин ребенку необходимо отдыхать. Будет хорошо, если вы поиграете с ним в какую-нибудь игру малой подвижности.

Завершать занятие следует непременно на оптимистичной ноте: отмечайте мельчайшие достижения ребенка, открыто выражайте свою радость. Полезно

поделиться при нем его успехами с другими членами семьи.

- Следует часто, но ненавязчиво — в форме игры — повторять пройденный материал в бытовых ситуациях, на прогулке.

- Один из ведущих мотивов в жизни детей — стремление к положительным взаимоотношениям со взрослыми. Поэтому они очень чувствительны к оценкам своей деятельности. Интерес к занятиям, положительные оценки взрослых, а не перспектива хорошо учиться стимулирует желание продолжать обучение. Взрослый должен быть великодушным, снисходительным, щедрым на похвалу и ласку. Занятия по принуждению может и дадут знания, но интерес к учению едва ли привьют.

- По мере того как ребенок овладевает навыками звукового и слогового анализа, чтения, письма, что, в свою очередь, стимулирует развитие мыслительной деятельности, у него возникает интерес к обучению уже не ради похвалы, удовлетворения потребности в признании, а для собственного удовольствия.

- Взрослый должен предъявлять определенные требования к его поведению и качеству выполнения заданий. Разумная требовательность будет только на пользу ребенку. Он нацелен на достижение результатов в новой социальной роли — роли ученика.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книжные новинки



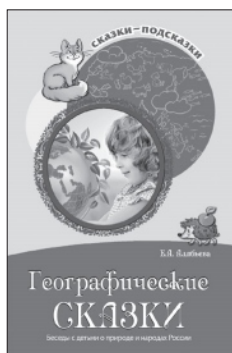
ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ ЗОНДАМИ:

**упражнения и артикуляционная гимнастика
для детей раннего и дошкольного возраста**

Авторы — Танцюра С.Ю., Данилевич Т.А.

В пособии описаны приемы и методика массажа зондами, рассмотрена методика работы зондового массажа мышц языка, щек. Приведены комплексы артикуляционных упражнений по лексическим темам с использованием загадок и стихотворений. Они помогают в коррекции звукопроизношения, нормализуют просодическую сторону речи, способствуют развитию мелкой моторики.

Адресовано учителям-логопедам, дефектологам, студентам дефектологических факультетов вузов.

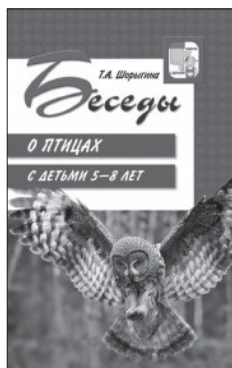


ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ СКАЗКИ

Беседы с детьми о природе и народах России

Автор — Алябьева Е.А.

В книге представлены сказки для детей 6—9 лет, посвященные природе, ландшафтам и народам России. Через образы и сюжеты сказки они дают возможность зародить в детях интерес к познанию родного края, воспитывают гордость за свою страну и любовь к ней, вызывают желание сохранять природные и национальные богатства, преумножать их. Методическое сопровождение сказок поможет взрослым организовать тематическую беседу и различные виды детской деятельности.

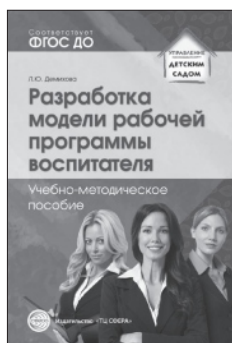


БЕСЕДЫ О ПТИЦАХ С ДЕТЬМИ 5—8 ЛЕТ

Автор — Шорыгина Т.А.

В книге содержится увлекательная информация о жизни птиц. Книга разделена на две части. В первой части рассказывается о птицах, зимующих в наших краях, а также о перелетных. Дети знакомятся с внешним видом, повадками, условиями обитания пернатых. Вторая часть книги посвящена беседам о домашних и декоративных птицах. Интересные и полезные сведения об их жизни помогут воспитателям, родителям, гувернерам, учителям младших классов пробудить у детей интерес к родной природе. В книге собраны стихи, сказки и загадки автора.

Материал пособия может быть использован при коллективной и индивидуальной форме обучения.

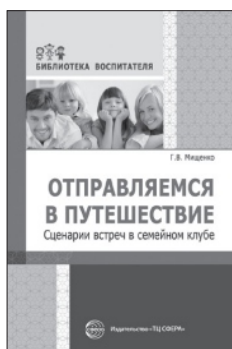


РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ВОСПИТАТЕЛЯ

Учебно-методическое пособие

Автор — Демихова Л.Ю.

В книге содержится информация о том, как составить рабочую программу педагога ДОО. Представлена подборка методических материалов, учитывающих современные требования к планированию педагогического процесса. В пособии также дается примерное годовое тематическое планирование, варианты календарно-тематического планирования, методы и формы работы по образовательным областям, содержание совместной образовательной деятельности педагога с детьми, вариант рабочей программы воспитателя.



ОТПРАВЛЯЕМСЯ В ПУТЕШЕСТВИЕ

Сценарии встреч в семейном клубе

Автор — Мищенко Г.В.

В пособии представлен опыт работы Семейного клуба «Гармония» по взаимодействию всех участников образовательного процесса с целью привлечения родителей к совместной деятельности. Одна из задач такой работы — помочь мамам и папам не только психоэмоционально поддержать своих детей, но и научить простейшим методам и приемам коррекционной работы. В книгу включены сценарии досуговых совместных мероприятий («путешествий»). Все «путешествия» имеют определенную структуру, где обязательным элементом является сюрпризный момент. В некоторых разработках используются ИКТ.



ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 4—5 ЛЕТ

Автор — Токаева Т.Э.

В книге дано подробное описание физкультурно-оздоровительных занятий, игр, оздоровительных гимнастик, еженедельных циклограмм организации двигательного режима в детском саду, перспективное планирование форм и видов двигательной деятельности, адекватных психофизическим возрастным особенностям детей.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

НОВЫЙ САЙТ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ!

Интернет-магазин
www.sfera-book.ru
ОТКРЫТ!

Новый сайт – это новый дизайн, обновленный рубрикатор, весь ассортимент в одном месте, возможность купить в розницу или оптом из любой точки страны, это разнообразные фильтры, поля для отзывов, простые инструменты формирования заказа и многое другое — полезное и нужное.

Заходите, изучайте, действуйте!
Мы вас ждем!

На сайте подписных изданий **www.sfera-podpiska.ru** продолжают:

- ✓ ЭЛЕКТРОННАЯ ПОДПИСКА,
- ✓ РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА.

Появились новые материалы и новые подписные издания для работы с детьми:

- ✓ МАСТЕРИЛКА (для детей 4—7 лет)
- ✓ ДЛЯ САМЫХ-САМЫХ МАЛЕНЬКИХ (для детей 1—4 лет)

Основной закон жизни – развитие.

Давайте развиваться вместе!



Зайди на WWW.SFERA-BOOK.RU



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспе- чать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (4); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804 Под- писка только в первом полу- годии	39757 Без рабо- чих журна- лов	10399 Без рабочих журна- лов
Комплект для руководителей ДОО (ма- лый): журнал «Управление ДОУ» с прило- жением (5) и «Методист ДОУ (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		
Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет		34280	16709
Мастерилка: для детей 4—7 лет		34281	16713

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**
36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечатать»

Если вы не успели подписаться на наши издания,
то можно заказать их в интернет-магазине: www.sfera-book.ru.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка
РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

В следующем номере!

- Детская офтальмология: диагностика, профилактика и коррекция
- Нейросенсорная коррекция в работе с детьми с ОВЗ
- Фонопедический метод развития голоса В.В. Емельянова
- Влияние кишечных паразитов на психическое состояние ребенка

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги и наглядную продукцию оздоровительной тематики в интернет-магазине **www.sfera-book.ru** или купить в магазине издательства «ТЦ СФЕРА» по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад), тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.



«Медработник ДОУ»
2017, № 2 (70)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

2008 .

8

77-28788

13 2007 .

« — 80553,

36804 (

« — 42120,

39757 (

« — 10399 (

: 129226,

, . 18, . 3.

./ : (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

. (495) 656-75-05, 656-72-05

20.02.17.

60×90¹/₁₆. . 8,0.

©

« . . . », 2017



4 607091 440263 00068

КНИГИ ДЛЯ ДЕТЕЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

в серии «Академия солнечных зайчиков»

Уникальная система
разностороннего развития ребенка 3–7 лет
подготовлена в соответствии с ФГОС ДО

- Игровые задания дети выполняют легко и с удовольствием
- У детей формируются позитивное отношение к процессу познания, уверенность в своих силах, развивается произвольное внимание
- Игра позволит продлить удовольствие от занятий и закрепить полученные знания
- Рекомендуются для занятий с детьми в детском саду и дома
- В каждой тетради 16 цветных страниц с заданиями и игра-вкладка на картоне формата А3



Все книги
серии на
www.sfera-book.ru

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-73-00, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru





Ширмочки информационные

В комплект входят:

Ширмочка

с пластиковым карманом, формат 1000 x 330 мм

Буклет

формат А4, 4+4



Пластиковый карман для буклетов,
входит 10 буклетов



1 МЕТР важной информации и красочных рисунков!

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

