

перевіряється, один з шарів розплющується; з камінням - на столі дві однакові за кількістю купки каміння, але в одній каміння розміщене на ширшій відстані, ніж в іншій, при цьому кількість камінців залишається незмінною.

По закінченню маніпуляцій дитину питають, чи залишилась однаковою кількість води, вага пластиліну, де більше (менше) камінців.

Завдання 5. Дітям пропонується прочитати слова в колонках і підкласти відповідні узагальнюючі таблички до них: **КВІТИ, ОВОЧІ, МЕБЛІ, ЧИСЛА, ПОРИ РОКУ, ДОМАШНІ ТВАРИНИ**. Можна додати зайву табличку, щоб ускладнити завдання, наприклад, **ФРУКТИ**.

зима	мак	корова	цибуля	стіл	1
весна	грюндя	собака	капуста	стілець	2
літо	ромашка	кішка	буряк	шафа	3
осінь	волошка	ведмідь	морква	диван	4

Завдання 6. Дітям пропонується прочитати узагальнюючі слова у таблиці. З великої кількості карток греба знайти і підкласти відповідні слова до узагальнюючого поняття.

іграшки	одяг	меблі	тварини	фрукти	овочі
---------	------	-------	---------	--------	-------

стіл ліжко лисця шафа собака їжак плаття кіт м'яч лялька морква машинка картопля відерко штани куртка шапка яблуко вишня виноград груша чашник помідор стілець

Звичайно існує багато інших завдань з формування логічного мислення у дітей з вадами слуху. Важливо, щоб дорослі при плануванні занять з формування логічного мислення у дітей з вадами слуху дотримувалися низки принципів: моделювання логічних форм і відношень, здійснюється за допомогою реальних предметів і їх властивостей, за допомогою використання різноманітного наочного матеріалу; формування логічних прийомів мислення має бути цілеспрямованим, достатньо довгостроковим, розподіленим у часі, і відбуватися за допомогою системи логічних вправ і ігор, які повинні забезпечити послідовність становлення загально логічних вмінь; використовувати у вправах ситуації, що знайомі дітям із життєвого досвіду, а також в матеріалі різноманітних занять; практичне оволодіння логічними вміннями без використання спеціальної термінології, без вивчення будь-яких правил і понять; Усі ці принципи треба здійснювати при щоденному збагаченні та розширенні мовного запасу (назв предметів, дій, ознак, тощо) дошкільників з вадами слуху.

Список основних використаних джерел

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002.
2. Головиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика. – М., 2001.
3. Запорожец А.В. Роль элементов практики и речи в развитии мышления у детей (на материале глухих детей). – М., 1986.
4. Речицкая Е.Г., Пархалина Е.В. Готовность слабослышащих дошкольников к обучению в школе. – М., 2000.
5. Розанова Т.В. Особенности развития познавательной сферы глухих дошкольников // Дефектология. – 1997. – №2.
6. Розанова Т.В. Развитие памяти и мышления глухих детей. – М., 1978.

In this article you can see some questions of forming of logical thought for children with the defect of hearing. Some tasks which will help to develop logical thought the little deaf children.

Keywords: children with the defect of hearing, logical thought, development of language.

УДК 61-053.4

С.В.Веренич

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Представлены результаты исследования микроаномального развития детей с интеллектуальной недостаточностью. Дети с интеллектуальной недостаточностью в сравнении с контрольной группой характеризовались большей частотой встречаемости малых аномалий развития; количество стигм увеличивалось в зависимости от степени выраженности нарушения интеллекта. Установлены наиболее типичные сочетания малых аномалий развития для этой категории детей.

Ключевые слова: малые аномалии развития, интеллектуальная недостаточность, дети школьного возраста.

Интеллектуальная недостаточность является следствием целого ряда различных заболеваний и патологических состояний, в том числе обусловленных хромосомной патологией (болезнь Дауна, синдром Х-ломкой хромосомы, фенилкетонурия и др.), а также болезнью нарушения обмена веществ. Патогенетическими механизмами, ведущими к интеллектуальной недостаточности, считаются воздействия перинатальных факторов на созревающий мозг. Определенную роль в перинатальных мозговых повреждениях играет уровень стабильности развития, т.е. способность генома противодействовать влиянию неблагоприятных средовых факторов в период внутриутробного развития. Мерилом стабильности развития служит флуктуирующая асимметрия парных морфологических структур [2]; маркерами нестабильности, возможно, являются и аномалии развития организма.

Выделяют большие и малые аномалии развития. Термином «большие аномалии» обозначают грубые морфологические (анатомические) дефекты развития с нарушением функции органа или всего организма [4]. Малые аномалии развития – это небольшие отклонения, которые не нарушают функции органа и не уродуют внешность человека, такие как, например, эпикант, деформация ушных раковин, высокое нёбо, измененные дерматоглифы, клинодактилия, различные варианты синдактилий и т.д. [1]. Другими названиями малых аномалий развития являются стигмы дизэмбриогенеза, дисплазии, дисгенезис, признаки микроаномального развития, внешние формы дисморфогенеза, микродегенеративные признаки.

Малые аномалии развития условно разделяют на три группы: альтернативные (признак либо есть, либо нет, например, четырехпальцевая складка ладони); измерительные (признаки определяются абсолютным или относительным количественным значением – удлинение, уменьшение – например, арахнодактилия, микрогнатия); описательные (в описании признака неприменимы количественные оценки, например, воронкообразная грудная клетка, ключевидный нос).

Стигмы дизонтогенеза в единичных случаях встречаются в общей популяции; их количество возрастает при различной патологии, особенно отягощенной наследственным вкладом. Выявление шести и более малых аномалий у обследуемого, по данным ряда авторов, служит показанием для проведения тщательного клинического обследования [5, 6]. Показана возможность использования стигм дизонтогенеза для целей скрининга [3]. Преимуществом анализа малых аномалий развития является то, что они легко определяются визуально, хорошо описаны в литературе, их выявление не требует специальной подготовки, аппаратуры, занимает немного времени.

Цель настоящего исследования состояла в сравнительном анализе микроаномального развития детей с интеллектуальной недостаточностью и здоровых детей. Обследовано 110 учащихся двух школ-интернатов г.Минска в возрасте 7-15 лет с различными степенями интеллектуальной недостаточности (62 мальчика, 48 девочек). Контрольную группу составили 86 учащихся общеобразовательной школы соответствующего возраста (44 мальчика, 42 девочки). Для оценки признаков микроаномального развития использовали визуальный метод. Учитывались следующие признаки: **кожа и ее придатки** (ихтиоз, очаговые изменения пигментации, трофики, нейрофибромы, низкая линия роста волос на лбу, шее); **череп** (асимметричный, долихоцефалический, брахицефалический, выступающий затылок, черепно-лицевая асимметрия, прогнатизм, микрогнатия); **глаза** (антимонголоидный разрез, узкая глазная щель, эпикант, гипертелоризм, микрофтальм, неравномерность окраски радужной оболочки); **рот** (микростомия, макростомия, «карпий рот», высокое нёбо, готическое нёбо, уплощенное нёбо, неправильная форма зубных рядов); **уши** (низкое стояние, асимметричное расположение, различная величина, большие оттопыренные, маленькие, прижатые к черепу, аномалия строения завитка и противозавитка); **шея** (короткая, крыловидные складки, кривошея); **туловище** (длинное, короткое, деформация грудной клетки, большое расстояние между сосками, расхождение прямых мышц живота, низкое стояние пупка); **кисти** (брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, короткий изогнутый V палец, поперечная борозда на ладони, сгибательная контрактура пальцев); **стопы** (двузубец, трезубец, сандалевидная щель, синдактилия, брахидактилия, арахнодактилия).

Анализ материалов исследования показал следующее: 1) У детей с интеллектуальной недостаточностью в целом повышена частота встречаемости внешних форм дисморфогенеза. Так, если среди здоровых детей чаще всего встречалось 4 стигмы, то у детей с интеллектуальной

недостаточностью – 11 (значения моды); 2) У детей с интеллектуальной недостаточностью наиболее часто встречались следующие стигмы дизонтогенеза: асимметричный череп, неправильная форма зубных рядов, асимметрия и деформация ушных раковин, четырехпальцевая ладонная складка, искривление мизинцев, сапандевидная щель. При этом особенно характерным для них было сочетание искривления мизинцев с деформацией ушных раковин и неправильной формой зубных рядов; 3) Частота встречаемости малых аномалий развития нарастает по мере увеличения степени тяжести интеллектуальной недостаточности. Так, для большинства изученных внешних форм дисморфогенеза отмечалось однонаправленное увеличение частоты встречаемости от контрольных лиц к группе детей с легкой и более тяжелыми степенями интеллектуальной недостаточности; 4) Стигмы дизонтогенеза более характерны для мальчиков с интеллектуальной недостаточностью, чем для девочек (независимо от степени нарушения интеллекта). Значение моды количества малых аномалий развития у мальчиков составило 13, у девочек – 8.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что в группе детей с интеллектуальной недостаточностью повышена вероятность встречаемости малых аномалий развития, причем их локализация затрагивает практически все органы и системы. Это, по-видимому, отражает сниженные возможности их генома с одной стороны, противодействовать случайным отклонениям в нормальном перинальном развитии органов и систем, с другой – обеспечивать соответствующую возрасту морфо-функциональную зрелость головного мозга, обеспечивающую своевременное развитие интеллектуальных способностей. Для определения скрининговых и прогностических возможностей малых аномалий развития необходимы дальнейшие комплексные клинические исследования.

Список основных использованных источников

1. Балахонов А.В. Ошибки развития. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1990. – 280 с.
2. Веренич С.В. Флуктуирующая асимметрия как маркер адаптивности фенотипа (на модели неврологических проявлений поясничного остеохондроза) // Онтогенез. – 1996. – Т.27. – №2. – С.137-140.
3. Гладких Н.Н., Ягода А.В. Диагностическое значение стигм дисморфогенеза при инфаркте миокарда в молодом возрасте // Кардиолог. – 2006. – № 1. – С. 57.
4. Лазюк Г.И. Терапология человека. – М.: Медицина, 1991. – 480 с.
5. Рыбас А.В. Гено-фенотипические маркерные системы у больных хронической обструктивной болезнью легких // Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Астрахань, 2007. – 22 с.
6. Карасев Е.А. Оценка роли некоторых экзогенных и эндогенных факторов в формировании моногенных дерматозов в условиях индустриального мегаполиса // Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.

The results of an investigation of microabnormal development of the mentally deficient children are presented. These children revealed more frequent minor development abnormalities than the controls, and the count of developmental stigmas increased according to the degree of mental deficiency. The most typical combinations of minor development abnormalities in the mentally deficient children were established.

Key words: frequent minor development, mentally deficient children, school-age children.

УДК: 376.1-056.3

О.М.Вержиховська

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРЕДМЕТНО-ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУ

Стаття містить результати теоретико-експериментального дослідження проблеми становлення предметно-практичної діяльності у дітей з порушеннями інтелекту раннього дошкільного віку, визначено основні етапи формування даного виду діяльності.

Ключові слова: діяльність, предметно-практична діяльність, знаряддєві дії, співвідносні дії.

Діяльність – це сукупність дій людини, спрямованих на задоволення їх потреб та інтересів. В нормі у дітей діяльність відрізняється за відповідними критеріями. Проаналізуємо особливості діяльності за відповідними критеріями:

1. Суспільний характер діяльності. Усі види діяльності за своїм змістом та способом виконання є продуктами суспільно-історичного розвитку. Дитина, займаючись відповідним видом діяльності (предметно-практична діяльність, ігрова, трудова, навчальна, суспільно корисна), виконує