

Використана література

1. Гречко Л.І. Психокорекційна робота в умовах інтегрованого навчання / Л.Гречко, М.Матвєєва, С.Миронова // Дефектологія. – 2009. - № 3. – С. 15 – 17.
2. Інклюзивне навчання: організаційне, змістове та методичне забезпечення: навчально-методичний посібник / [кол. авторів; за заг. ред. С.П.Миронової]. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. – 236 с.
3. Миронова С.П. Педагогіка інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник / С.П.Миронова. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. – 164 с.

References

1. Hrechko L. Psyhokorekciynna robota v umovax intehrovanoho navchannya / L.Hrechko, M.Matvyejeva, S.Myronova // Defektolohiya. – 2009. - № 3. – С. 15 – 17.
2. Inklyuzyvne navchannya: orhanizacijne, zmistove ta metodychne zabezpechennya: navchal"no-metodychnyj posibnyk / [kol. avtoriv; za zah. red. S.P.Myronovoyi]. – Kam'yanec"-Podil"s"kyj: Kam'yanec"-Podil"s"kyj nacional"nyj universytet imeni Ivana Ohiyenka, 2015. – 236 s.
3. Myronova S.P. Pedahohika inklyuzyvnoyi osvity: navchal"no-metodychnyj posibnyk / S.P.Myronova. - Kam'yanec"-Podil"s"kyj: Kam'yanec"-Podil"s"kyj nacional"nyj universytet imeni Ivana Ohiyenka, 2016. – 164 s.

Миронова С.П., Валько Т.И. Тренинг «Я в системе общественных стереотипов» как метод формирования положительной социальной среды в инклюзивном классе

В статье представлены результаты апробации тренинга «Я в системе общественных стереотипов», направленного на преодоление неправильных представлений о детях с особыми образовательными потребностями и формирование положительной социальной перцепции таких людей. От решения этих задач зависит формирование адекватного взаимодействия учащихся в инклюзивном классе. Содержание данного тренинга отличается тем, что подростки не просто имитировали конкретное нарушение, чтобы почувствовать ограничения жизнедеятельности, а и выполняли специальные задания, позволяющие понять неправильные формы поведения общества по отношению к людям с инвалидностью. Доказано, что специально смоделированный социально-психологический тренинг может использоваться с целью формирования положительной среды в инклюзивном коллективе, для профилактики буллинга у подростков. Тренинг повлиял не только на социальные представления старшеклассников об одноклассниках с особенностями развития, а и на осознание своей позиции в общении с ними.

Ключевые слова: инклюзивное образование; дети с особыми образовательными потребностями; социальная среда; тренинг; общественные стереотипы.

Myronova S., Valko T. Training "I am in the system of social stereotypes" how the method of formation of positive social environment in the inclusive class

One of the important conditions for inclusive education is the creation of a social environment that is positively geared towards children with special educational needs. Realization of this condition is complicated by negative social stereotypes, which is also in schools as well. This problem is especially relevant for teens. A method to overcome this problem is offered by the authors. Socio-psychological training performed tasks: development of socially perceptual sensitivity of students, social representation of peers with psychophysical disorders;

the formation of their ability to empathy; awareness of their position in communicating with disciples with special needs; the development of skills and needs in the knowledge of other people, a humane attitude towards them. Specially trained tasks have allowed teenagers to feel the wrong forms of interaction between people and people with special needs. Students were able to understand the physical and socio-psychological difficulties of peers. Formation of positive social perception of persons with special needs, overcoming of negative perceptions about them is an effective result of the research. The contents of the training, the rules of its training are described in the article.

Key words: inclusive education; children with special educational needs; social environment; training; public stereotypes.

Стаття надійшла до редакції 19.02.2018 р.

Статтю прийнято до друку 19.02.2018 р.

УДК 376.3+37.037+616.7-028.6

Мога Н.Д.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИЦИРОВАНИЮ СПАСТИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

У статті як вихідне розглянуто та здійснено аналіз поняття «рухові порушення». Проаналізовано також запропоновані різними фахівцями основні класифікації рухових порушень у дітей з точки зору педагогіки, медицини, фізіології та неврології за складовими їх компонентів (рівня реалізації порушень, ступеня допомоги, якої потребує дитина, ступеня відставання від стовідсоткового результату здорових однолітків), за специфічними особливостями м'язового тону, рівнем локалізації ураження ЦНС (черепно-мозкової або спинальної, кортикальної, стовбурової або спинальної), специфічними особливостями спастичних проявів залежно від місця локалізації осередку ураження; за ступенем вираженості рухових порушень і проявів спастики м'язів; за топографією обширності спастичних парезів, обсягом осередку та його соматоскопічними властивостями,

характеру осередку і особливостями його взаємодії з іншими органами і системами мозку; за специфікою проявів спастики м'язів, хронологією давності осередку ураження ЦНС, за динамікою перебігу патогенних процесів, а також місцем знаходження осередку вздовж усього рефлексорного кільця. Аналіз існуючих класифікацій рухових порушень у дітей засвідчив, що в основі цих класифікацій часто лежить лише одна або дві ознаки. Такий підхід не може гарантувати комплексності у класифікуванні спастичних рухових порушень, внаслідок чого це може негативно позначитися на побудові індивідуалізованої корекційної стратегії і тактики.

У статті запропоновано нові багатофакторні підходи щодо комплексного класифікування спастичних рухових порушень у дітей раннього та дошкільного віку. Більш точна й об'єктивна диференціація таких уражень, на нашу думку, допоможе в майбутньому ефективно реалізовувати один із найважливіших принципів корекційної педагогіки – особистісно-орієнтований, за якого максимально враховуватимуться всі особливості психофізичного розвитку дитини. Тільки в такому випадку корекційні заходи дадуть позитивний результат. На основі запропонованих підходів передбачається створення нової універсальної класифікації спастичних рухових порушень у дітей раннього та дошкільного віку.

Ключові слова: класифікація, спастика, рухові порушення, спастичні парези, адаптивне фізичне виховання, діти раннього та дошкільного віку.

Создание эффективной системы адаптивного физического воспитания детей раннего возраста со спастическими парезами центрального типа предполагает наличие соответствующей классификации двигательных нарушений. Она позволила бы осуществлять дифференциацию двигательного статуса подопечных и дальнейшую индивидуализацию коррекционной стратегии и тактики.

Прежде чем приступить к рассмотрению основных классификаций необходимо ещё раз определиться с понятием «двигательные нарушения». В своей монографии Н.Н. Ефименко [5] предлагает следующее определение: «Под **двигательными нарушениями** следует иметь в виду недоразвитие или искажения анатомо-физиологических компонентов организма (состояние мышечного тонуса, наличие миофасциальных искажений, состояние суставов, архитектура костей, неправильные установки туловища, конечностей и др.) и таких составляющих двигательной деятельности ребёнка, как способ (умение или навык) в основном движении, комплекс двигательных качеств (силы, гибкости, ловкости, скорости и выносливости), приводящие к соответствующему снижению конечного результата конкретного вида этой деятельности (например, стояние, передвижение, одевание-раздевание, различных ручных манипуляций с предметами и т. д.)». Такой трёхкомпонентный подход к определению двигательных нарушений является весьма удачным, поскольку включает в себя как отдельные составляющие понятия «двигательные нарушения», так и их результирующее влияние на снижение целевого двигательного результата. Однако в этом определении отсутствует указание на клиническую суть двигательных нарушений, на основную причину снижения моторной деятельности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для построения педагогической системы коррекции двигательных нарушений необходимо ввести в их классификацию дифференцировку степени тяжести. И такую попытку уже сделали специалисты одесского Центра реабилитации движением [1] (таблица 1). Первостепенным в данном случае является **выявление условного уровня двигательного развития, на котором обнаружилось нарушение**. Для этого предлагается разделить двигательное становление ребёнка, начиная с момента рождения, на следующие уровни:

I уровень – целенаправленные (социально обусловленные) двигательные действия по самообслуживанию, игровой, учебной и профессиональной практике.

II уровень – освоение основных движений (двигательный базис): лежание, ползание, сидение, стояние, ходьба, лазание, бег, прыжки.

III уровень – выполнение основных статолокомоторных функций: удерживание головы, захват предметов, ползание, сидение, вставание, стояние, ходьба.

Если двигательные нарушения реализуются только на I уровне – это соответствует лёгкой степени тяжести. Когда двигательными нарушениями охвачены I и II уровни – имеет место средняя степень тяжести. И, наконец, при проявлении двигательных нарушений на всех трёх уровнях – речь следует вести о тяжёлой их степени [1].

Таблиця 1

Классификация степени тяжести двигательных нарушений у детей

Диагностические параметры			
Степень тяжести двигательных нарушений	Реализация нарушений по двигательным уровням	Зависимость ребёнка от посторонней помощи	Результативность двигательных действий
Лёгкая степень	Имеют место нарушения целенаправленных двигательных действий в самообслуживании, игровой, учебной и профессиональной практике (I уровень)	Ребёнок в двигательном плане не зависит от посторонней помощи (взрослых, специального оборудования)	Результативность двигательных действий составляет 67 - 90 % нормативной
Средняя степень	I уровень и освоения основных движений (двигательный базис) (II уровень)	Ребёнок в двигательном плане частично зависит от посторонней помощи	Результативность двигательных действий составляет 34 - 66 % нормативной
Тяжёлая степень	I и II уровни, а также выполнение основных статолокомоторных функций новорождённого (III уровень)	Ребёнок в двигательном плане практически полностью зависит от посторонней помощи	Результативность двигательных действий составляет менее 34% нормативной

Однако в представленном варианте классификации не учтена топография, распространённость и преимущественность парезов: в каких конечностях (верхних или нижних) они реализованы и с какой стороны (слева или справа); что пострадало от парезов больше?

Целью статьи является выявление новых подходов к классифицированию спастических двигательных нарушений у детей раннего и дошкольного возраста, имеющих спастические парезы центрального типа.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Проанализировать существующие классификации двигательных нарушений у детей.
2. Выявить аспекты, требующие дальнейшей разработки.
3. Предложить проект новой классификации спастических двигательных нарушений у детей раннего и дошкольного возраста.

В традиционных классификациях двигательных нарушений К.А. Семёновой выделяют четыре основные формы двигательных нарушений: спастическая, гипотоническая, дистоническая и смешанная. Представленные выше варианты классификаций можно было бы дополнить, конкретизировав такие особенности состояния тонуса мышц, как нормотония, гипотония, гипертония или дистония [8]. В настоящей статье мы сосредоточимся на исследовании именно спастических двигательных нарушений. Для начала необходимо разобраться в причинах возникновения спастичности мышц. В этом плане можно выделить основные причины изменения мышечного тонуса (таблица 2), предложенные сотрудниками кафедры неврологии и нейрохирургии Российского государственного медицинского университета [3].

Исходя из данной таблицы, по этиологии можем предварительно классифицировать спастические проявления на **спастические** и **пластические**. Спастические парезы следует подразделить на **кортексные** (возникающие вследствие поражения больших полушарий мозга), **стволовые** (возникающие из-за поражения мозгового ствола) и **спинальные**. Последние, в свою очередь, могут подразделяться на **верхнешейные** и **грудные**. Обращает на себя внимание вариант грудных спастических проявлений, к которому мы ещё вернёмся при разработке проекта новой классификации спастических двигательных нарушений.

Таблица 2



Пластические гипертонические проявления можно дифференцировать по общепринятой схеме, предложенной Л.С. Петелиным, который подразделил их по преимущественному уровню локализации на четыре группы: стволовую, подкорковую, подкорково-корковую и корковую [6].

1. **Гиперкинезы стволового уровня** характеризуются насильственными движениями дрожательного типа или простыми постуральными реакциями. К ним относятся: паркинсоническое, статическое, наследственное, интенционное дрожание, миоклонии, миоритмии, тик, спастическая кривошея, писчий спазм.

2. **Гиперкинезы подкоркового уровня** более сложные, им свойственна изменчивость двигательных реакций, сопровождающихся дистонией. К этой группе относятся хореические, атетозные и торсионные виды гиперкинезов.

3. **Гиперкинезы подкорково-коркового уровня** отличаются сочетающимися гиперкинетическими (подкорковыми) и эпилептическими (корковыми) проявлениями. К этой группе гиперкинезов относятся хореическая падушая Бехтерева, миоклонус-эпилепсия и миоклоническая диссинергия Ханта. Характер гиперкинезов данной группы ограниченный – хореический и миоклонический.

4. **Гиперкинезы коркового уровня** объединяют порциальные, т. е. частичные, судороги: пароксизмальную (джексоновскую) и постоянную (кожевниковскую) эпилепсии, а также гемитонию по Бехтереву. Первые два вида проявляются простыми, ритмичными или аритмичными избыточными движениями с преимущественной локализацией в мышцах верхних и нижних конечностей, лица, а также сопровождаются повышением или понижением мышечного тонуса.

Выше был представлен один из подходов к классифицированию спастических двигательных движений на основе этиологии, т. е. анализа первопричины возникновения спастики у ребёнка. По всей видимости, особенности спастических проявлений в зависимости от уровня локализации очага поражения могут быть в определённой степени вариативными, что может стать предметом отдельного научного исследования: чем может отличаться спастика кортексная от спастики стволовой или же спинальной? Ответы на этот вопрос смогут помочь педагогу в выборе соответствующей коррекционной программы для конкретного ребёнка.

Далее естественным образом возникает вопрос о степени выраженности мышечного гипертонуса. В этом плане можно ориентироваться на известную шкалу спастичности Эшворта (Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity) с некоторой модификацией (таблица 3) [7].

По мнению Н.Н. Ефименко [4], многочисленные и разрозненные двигательные нарушения следует сгруппировать в несколько **типичных**

Таблица 3

Степень	Изменения
0	Нет повышения мышечного тонуса
1	Лёгкое повышение мышечного тонуса, минимальное напряжение в конце амплитуды движения при сгибании или разгибании поражённой конечности
1+	Лёгкое повышение мышечного тонуса, которое проявляется при захватывании предметов и сопровождается минимальным сопротивлением (менее половины объёма движения)
2	Более отчётливое повышение мышечного тонуса в большей части объёма движения, но пассивные движения не затруднены.
3	Значительное повышение мышечного тонуса – значительное затруднение пассивных движений
4	Ригидное сгибательное или разгибательное положение конечности

комплексов двигательных нарушений, которые были бы объединены, прежде всего, по **уровню поражения** (угнетения) нервной системы, что переключается с предложенной выше классификацией

спастики по етіологічному признаку. Подібний підхід прослідковується в трудах професора А.Ю. Ратнера, аналізуючого ураження нервової системи ребінка на рівнях: черепно-мозговий, шейний, грудний і поясничний.

Н.Н. Ефименко [5], в свою чергу, запропонував введення таких типів об'єднаних рухових порушень, як церебральний (черепно-мозговий) тип (А), цервікальний (шейний) тип (Б), люмбальний (поясничний) тип (В) і комбінований (церебрально-цервікальний, цервікально-люмбальний, церебрально-цервікально-люмбальний).

Запропонована класифікація дозволяє спеціалістам і батькам дітей враховувати не тільки ту або іншу форму рухових порушень, але і різні види спинальних рухових порушень, а також комбінацію черепно-мозгових і спинальних парезів.

Говорячи про класифікацію спастических парезів, ми пропонуємо прибрати з неї люмбальний тип рухових порушень, оскільки при травмах поясничного утолщення спинного мозку виникає не гіпертонус, а м'язова гіпотонія, і ввести в склад даної класифікації ще один актуальний тип рухових порушень – **дорзальний**, який виникає внаслідок травматизації грудного відділу хребта новонародженого і провокує спастичність в нижніх кінцівках. Графічно такий підхід до класифікування представлений на малюнку 1.

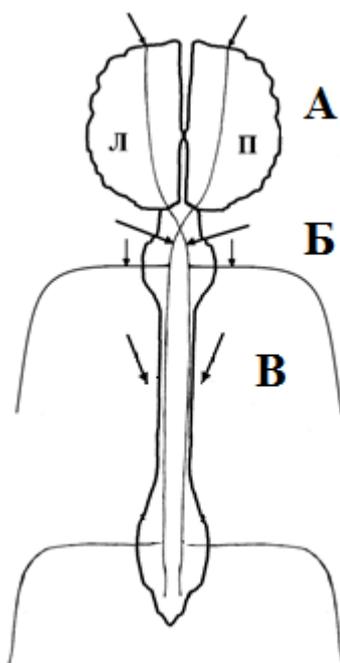


Рис. 1

Відносно топографії спастических парезів має сенс дотримуватися традиційного підходу в класифікації:

1. Монопарез – це патологія, при якій порушені рухові можливості однієї кінцівки (руки або ноги). Параліч подібного роду частіше за все має центральний характер (наслідок ураження прецентрального извилини), і при цьому спостерігається зниження м'язової сили в ураженій кінцівці. Парези поділяються як на вроджені, так і придбані. Більше поширені вроджені парези однієї руки, частіше за все це відбувається через те, що при народженні ребінка зачіпають його плечове сплетіння. Там, де травма, ручка розгнута во всіх суглобах і внутрішньої стороною свисає паралельно туловищу. Движення обмежені або відсутні повністю.

2. Верхній парапарез – це угнетення двох верхніх кінцівок, обумовлене порушенням їх зв'язі з центральною нервовою системою. Існує дві основні різновидності парапареза – органічна і функціональна форми.

3. Нижний парапарез – это угнетение двух нижних конечностей, характеризующееся сочетанием ослабленности двигательных возможностей с одновременной непроизвольной напряжённостью или даже спазмированностью мышц. Нижний спастический парапарез развивается при поражении головного либо спинного мозга, а также в результате различных заболеваний нервной системы. В начальном периоде острого процесса парапарез бывает вяловыраженным, сменяясь в дальнейшем спастичностью.

4. Левосторонний гемипарез – это частичный паралич или ослабление двигательных функций левой руки и левой ноги, также могут быть затронуты мышцы лица. Если такой возник у ребёнка, то впоследствии это может сказаться не только на нарушении функциональной активности, но и на отставании развития практически всех органов.

5. Правосторонний гемипарез – паралич мышц правой половины тела, возникший в результате поражения соответствующих верхних мотонейронов и их аксонов, т. е. двигательных нейронов в передней центральной извилине или на кортико-спинальном (пирамидном) пути, обычно выше уровня шейного утолщения спинного мозга. Гемипарез, как правило, имеет церебральное, редко – спинальное происхождение. Это двигательное нарушение характеризуется ослаблением функций правой стороны тела (неполный паралич конечностей). Такой гемипарез является следствием поражения левых корковых нейронов головного мозга. Правосторонний гемипарез зачастую является следствием нарушений в развитии и аномалий структуры головного мозга (травмы головы) и позвоночника.

Гемипарез у детей возникает вследствие нарушений внутриутробного развития или заболеваний в ранний период. Спастический гемипарез возникает при нарушениях деятельности спинного мозга в грудном и шейном отделах. Причина в том, что мышцы постоянно находятся в тонусе, что приводит к их непроизвольному сокращению.

6. Тетрапарез с преимущественным поражением рук – это угнетение двигательных функций во всех четырёх конечностях, но с большей выраженностью в руках. Примером может служить такая форма детского церебрального паралича, как двойная гемиплегия.

7. Тетрапарез с преимущественным поражением ног – это угнетение рук и ног, но с большей выраженностью в нижних конечностях. Проявляется повышенным мышечным тонусом в ногах, что приводит к скованности движений. Такое состояние развивается вследствие гипоксических, трофических и прочих изменений в центральной или периферической нервной системе. Примером может служить такая форма ДЦП, как спастическая диплегия.

8. Тетрапарез (с примерно одинаковым поражением рук и ног) – это нарушение работы центральной или периферической нервной системы, вследствие чего возникает выраженный паралич во всех четырёх конечностях. Это патологическое состояние можно разделить на две группы: врождённое и приобретённое. Приобретённый тетрапарез возникает после травмы позвоночника, особенно после поражения шейного отдела позвоночника. Так, во время острого периода после травмирования сначала развивается вялый тетрапарез рук и ног, на смену которому приходит спастический. Мышцы лица, туловища и конечностей практически не развиты – нарушена их работоспособность. Ребёнка невозможно научить говорить, и в дальнейшем он не сможет ни сидеть, ни стоять, ни ходить.

Очень интересен и перспективен подход, сформулированный Н.А. Бернштейном в его фундаментальном труде «О построении движений». Так, учёный отмечает, что «...среди признаков для аналитического суждения о двигательном составе и его расстройствах одни относятся главным образом к двигательной патологии и применимы вне её только в случаях временных функциональных нарушений: при переутомлении, интоксикации и т. п. Другие признаки применимы в равной мере как к случаям болезненных расстройств двигательной сферы, так и к полноценной норме, обладая, таким образом, наибольшей экстенсивной универсальностью... Каждый чётко очерченный, остро возникший очаг в центральной нервной системе с не осложнённым течением (выбираем для начала эту наиболее ясную ситуацию) обуславливает определённые сдвиги во всех проявлениях жизнедеятельности. Правильнее сказать, что такой очаг создаёт даже не явления, а определённым образом изменённые по

сравнению с нормой русла или рельсы для протекания явлений. Как правило, задача клинициста состоит в диагностической индукции; он должен в своих заключениях исходить от доступных его наблюдению явлений к вызвавшей их причине, очагу и его свойствам. Среди этой-то массы явлений он должен стремиться найти патогномичные признаки, т. е. явления, наиболее выразительные и специфичные для затронутых уровней».

Явления определяются прежде всего топикой очага, т. е., точнее говоря, вовлечённым в очаг органом или функциональной системой мозга. Здесь играет, кроме того, роль протяжённость очага и его соматоскопические свойства (выделено мной – Н.Д.), если очаг помещается в одной из проекционных систем центральной нервной системы. Далее, при данной тропике направление русла явлений связано с природой и характером очага. Он может обусловить в одних случаях гиподинамические явления: угнетение, гипофункцию и полное выпадение; в других случаях он может дать картину гипердинамики, выражающейся либо в количественной ирритации органа, его гиперфункции, либо также в привходящих качественных извращениях. Дальнейшее осложнение потока явлений обуславливаются характером взаимосвязи очага с другими органами и системами мозга. Он может оказывать то или иное (возбуждающее или угнетающее) влияние на топически смежные с ним отделы мозга, как пожар, перебрасывающийся на соседние здания, может оказывать влияние на отделы системно смежные и отстоящие далеко от него, но имеющие с пострадавшим отделом синаптические связи через проводящие пути. Наконец, обращаясь к координате времени, мы должны учесть влияние на картину явлений ещё и степени динамичности очага (единовременная асептическая травма, исключая последующий процесс болезни, медленно развивающаяся гумма, горячий, бурно разрастающийся абсцесс и т. д.), а также его «свежести» или давности (выделено мной – Н.Д.), т. е. того, как быстро и насколько глубоко развиваются процессы компенсации и викарного замещения выпавших отправлений...

Стремясь с помощью тех или иных признаков определить явления с максимальной уровневой избирательностью, мы должны учесть ещё одну переменную – место нахождения очага на протяжении рефлекторного кольца. Если исключить поражения периферических смешанных нервов, ведущих к выпадению концевых исполнительных органов, а не двигательной функции, то схематически можно выделить пять возможных локализаций поражения на рефлекторном кольце данного уровня:

- 1) центральный афферентный путь (в спинном мозгу);
- 2) сенсорное (афферентационное) ядро уровня;
- 3) центральные замыкательные системы;
- 4) эффлекторное ядро уровня;
- 5) эффлекторный цереброспинальный путь.

Общий принцип зависимости явлений от места нахождения очага на протяжении кольца может быть сформулирован так: чем ниже (ближе к периферии очаг поражения), тем отчётливее проявляется избирательность нарушения по отношению к периферическому органу или области тела и тем она слабее выражена по отношению к контингенту нарушающихся движений; в то же время чем выше (центральнее) локализован болезненный очаг, тем нарушения избирательнее по отношению к контингентам движений и тем они обобщёнее по отношению к периферическим органам» [2, с. 217–219]. В перспективе в рамках будущего диссертационного исследования нас больше интересует именно второй вариант – более верхней, центральной локализации очага поражения ЦНС, порождающей на выходе спастические формы двигательных нарушений.

Резюмируя всё вышеизложенное, можем сделать следующие предварительные выводы:

1. Имеющиеся классификации двигательных нарушений, на наш взгляд, не отвечают в полной мере требованиям современной универсальной классификации. Чаще всего, в их основе лежат единичные критерии (например, топография пареза) или некоторые критерии (топография пареза и степень его выраженности), что не может дать полной картины специфики данного типа спастических двигательных нарушений.

2. Необходимо разработать более полную, ёмкую классификацию спастических парезов в виде единой классификационной таблицы или набора последовательных таблиц, в которых комплексно и одновременно отражались бы следующие критерии: степень тяжести конечного (результатирующего)

двигательного нарушения, степень выраженности спастичности, тип спастических нарушений (пирамидный или экстрапирамидный), глобальная (церебральный или спинальный уровни) и внутриуровневая топика очага поражения, обширность очага и его соматоскопические свойства, характер очага и особенности его взаимосвязи с другим органами и системами мозга; специфика проявления спастики мышц, хронология давности очага поражения ЦНС, динамика протекающих патогенных процессов, а также место нахождения очага на протяжении рефлекторного кольца.

Перспективы исследования данной проблематики связаны с разработкой такой рабочей классификации спастических двигательных нарушений и её апробацией на практике для большей индивидуализации адаптивного физического воспитания детей со спастическими формами парезов.

Использованная литература:

1. Адаптивне фізичне виховання та оздоровлення: ранній і дошкільний вік / М.М. Єфименко, М.Д. Мога // Програма розвитку дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату. – Одеса: типографія ОІВС, 2012. – С. 21-50.
2. **Бернштейн Н.А.** О построении движений / Н. А. Бернштейн. – М.: Медгиз, 1947. – 255 с. ил.
3. **Бойко А.Н.** Повышение мышечного тонуса: этиология, патогенез, коррекция / Бойко А.Н., Лащ Н.Ю., Батышева Т.Т. // Справочник поликлинического врача, 2004. – N 1. – С. 28-30
4. **Єфименко М.М.** Нові підходи до класифікації рухових порушень у дітей / М.М. Єфименко // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Сер. соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський, 2012. – Вип. 19, у 2 ч., ч. 2. – С. 281 – 290.
5. **Єфименко М.М.** Сучасні підходи до корекційно спрямованого фізичного виховання дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату: монографія / М. М. Єфименко. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2013. – 356 с.
6. **Петелин Л.С.** Экстрапирамидные гиперкинезы: монография / Л. С. Петелин. – М.: Медицина, 1970. – 260 с.
7. **Петелин Л.С.** Экстрапирамидные заболевания нервной системы: [Сб. статей] / Под ред. проф. Л.С. Петелина. – М.: ЦОЛИУВ, 1982. – 123., схем.; 20 см. – (Научные тр. Центр. ин-та усовершенств. врачей; т. 255)
8. **Семенова К.А.** Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом / К. А. Семенова. – М.: Закон и порядок. – 2007. – 616 с.

References

1. Adaptivne fizichne vihovannja ta ozdorovlennja: rannij i doshkil'nij vik / M.M. Efimenko, M.D. Moga // Programa rozvitku doshkil'nikov z porushennjami oporno-ruhovogo aparatu. – Odesa: tipografija OIVS, 2012. – S. 21-50.
2. **Bernshtejn N.A.** O postroenii dvizhenij / N. A. Bernshtejn. – M.: Medgiz, 1947. – 255 s., il.
3. **Boiko A.N.** Povyshenye myshechnogo tonusa: etyolohiya, patohenez, korrektsiya / Boiko A.N., Lashch N.Iu., Bатыsheva T.T. // Spravochnyk polyklynicheskoho vracha, 2004. – N 1. – S. 28-30
4. **Efimenko M.M.** Novi pidhodi do klasifikacii ruhovih porushen' u ditej / M.M. Efimenko // Zbirnik naukovih prac' Kam'janec'-Podil's'kogo nacional'nogo universitetu imeni Ivana Ogienka. Ser. social'no-pedagogichna. – Kam'janec'-Podil's'kij, 2012. – Vip. 19, u 2 ch., ch. 2. – S. 281 – 290.
5. **Efimenko M.M.** Suchasni pidhodi do korekcijno sprjamovanogo fizichnogo vihovannja doshkil'nikov z porushennjami oporno-ruhovogo aparatu: monografija / M.M. Efimenko. – Vinnicja: TOV «Nilan-LTD», 2013. – 356 s.
6. **Petelin L.S.** Jekstrapiramidnye giperkinезy: monografija / L.S. Petelin. – M.: Medicina, 1970. – 260 s.
7. **Petelin L.S.** Jekstrapiramidnye zabojevanija nervnoj sistemy: [Sb. statej] / Pod red. prof. L.S. Petelina. – M.: COLIUV, 1982. – 123., shem.; 20 sm. – (Nauchnye tr. Centr. in-ta usoversh. vrachej; t. 255)
8. **Semenova K.A.** Vosstanovitel'noe lechenie detej s perinatal'nym porazheniem nervnoj sistemy i s detskim cerebral'nym paralichom / K.A. Semenova. – M.: Zakon i porjadok. – 2007. – 616 s.

Мога Н.Д. Дифференциальные подходы к классифицированию спастических двигательных нарушений у детей

В статье в качестве исходного рассмотрено само понятие «двигательные нарушения» и осуществлён его анализ. Также проанализированы предложенные различными специалистами основные классификации двигательных нарушений у детей с позиции педагогики, медицины, физиологии и неврологии по составляющим их компонентам (уровню реализации нарушений, степени помощи, в которой нуждается ребёнок и степенью отставания от 100%-го результата здоровых сверстников), специфическим особенностям мышечного тонуса, уровням локализации поражения ЦНС (черепно-мозговой или спинальный, кортикальный, стволовой или спинальный), специфическим особенностям спастических проявлений в зависимости от места локализации очага поражения; по степени выраженности двигательных нарушений и проявлений спастики мышц; топографии распространённости спастических парезов, обширности очага и его соматоскопических свойств, характера очага и особенностей его взаимосвязи с другими органами и системами мозга; по специфике проявления спастики мышц, хронологии давности очага поражения ЦНС, по динамике протекающих патогенных процессов, а также месту нахождения очага на протяжении рефлекторного кольца. Анализ существующих классификаций двигательных нарушений у детей показал, что в основе их классификаций часто лежит один или два признака классифицирования. Такой подход не может гарантировать комплексности при классифицировании спастических двигательных нарушений, что может негативно сказаться на построении индивидуализированной коррекционной стратегии и тактики. Предложены новые, многофакторные подходы к комплексному классифицированию спастических двигательных нарушений у детей раннего и дошкольного возраста, которые позволят в дальнейшем более точно и объективно дифференцировать спастические

двигательные нарушения у детей. Такой подход, в свою очередь, позволит более полно и эффективно реализовывать один из важнейших принципов коррекционной педагогики – личностно-ориентированный подход, при котором будет максимально учтены все особенности психофизического развития ребёнка. Только в таком случае результат коррекционных мероприятий будет максимальным и относительно динамичным по времени. На основе предложенных подходов предполагается создание новой универсальной классификации спастических двигательных нарушений у детей раннего и дошкольного возраста.

Ключевые слова: классификация, спастика, двигательные нарушения, спастические парезы, адаптивное физическое воспитание, дети раннего и дошкольного возраста.

Moga N.D Differential approaches to the classification of spastic motor disorders in children

In the article as an input data, examined the concept of a "movement disorder" itself and its analysis is implemented. Also analyzed are the main classifications of children motor disorders from the position of pedagogy, medicine, physiology and neurology on the components that make them up (the level of violations implementatio, the degree of assistance the child needs and the degree of delay from the 100% result of healthy peers), specific features of muscle tone, of localization levels of the central nervous system lesion (craniocerebral or spinal, cortical, trunk or spinal), specific features of spastic manifestation depending on the localization of the lesion; on the severity of motor disorders and manifestations of muscles spasticity; the topography of the prevalence of spastic paresis, large pockets and somatoscopic properties, the nature of the hearth and the peculiarities of its relations with other organs and brain systems; specificity of muscle spasm manifestation, the chronology of the central nervous system lesion presence, the dynamics of the pathogenic processes taking place, and the location of the focus during the reflex ring. Analysis of existing classifications of the motor disorders in children showed that in the basis of these classifications is placed one or two features. Such approach can not guarantee complexity in the classification of spastic motor disorders, which can negatively affect on the construction of an individualized correctional strategy and tactics.

In the article are proposed new, multifactorial approaches to the complex classification of spasmodic motor disorders in children of early and preschool age, which will allow to further, more accurately and objectively, differentiate spastic motor disorders in children. This approach, in turn, will allow to implement more fully and effectively one of the most important principles of correctional pedagogy - a person-oriented approach, which will take into account all the features of the child's psycho-physical development. Only in this case the result of the corrective measures will be maximized. On the basis of the proposed approaches, a new universal classification of spastic motor disorders in children of early and preschool age is proposed.

Key words: classification, spasticity, motor disorders, spastic paresis, adaptive physical education, children of early and preschool age.

Стаття надійшла до редакції 23.11.2017 р.

Статтю прийнято до друку 10.01.2018 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Глоба О.П.

УДК 376:616.896-053.4]:159.943

Породько М.І.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАНЯТЬ РОЗВИТКУ ПСИХОМОТОРИКИ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИСТИЧНИМ СПЕКТРОМ ПОРУШЕНЬ

У статті охарактеризовано структуру механізму розвитку психомоторики та її вплив на загальний та фізичний розвиток дітей з аутистичним спектром порушень дошкільного віку. Розкрито значення та зміст заняття з дітьми для покращення їхнього стану та соціалізації.

Здійснено аналіз спеціальної літератури різних авторів щодо вивчення питання аналізу стану психомоторного розвитку та можливість його розвитку у дітей дошкільного віку з аутистичним спектром порушень засобами фізичного виховання.

Стаття розкриває механізм, принципи та систему корекційної роботи над розвитком психомоторики. Характеризує завдання роботи, методичні прийоми для покращення роботи з дітьми з аутизмом, що використовуються на заняттях як в дошкільному навчальному закладі так і дома. Визначає послідовність роботи та навчання на конкретному занятті.

Ключові слова: дошкільники з аутистичним спектром порушень, програма розвитку психомоторики, принципи та методи навчання.

Для дітей з психофізичними порушеннями головне – максимально оволодіти навичками самообслуговування, навчитись орієнтуватись в навколишньому світі і жити самостійно, наскільки це можливо. Мета розвитку та виховання дітей дошкільного віку з аутистичним спектром порушень полягає в тому, щоб допомогти дитині самоствердитись і соціально інтегруватись, наскільки дозволяють його можливості, обмежені структурою порушення.

Мета нашого дослідження – охарактеризувати та проаналізувати схему та послідовність проведення занять з розвитку психомоторики дошкільників з аутистичним спектром порушень.

Аутизм є спектральним розладом. Це означає, що патерни (набір стереотипних поведінкових