**Особенности развития и особые образовательные потребности обучающихся с функциональными расстройствами зрения (амблиопией и косоглазием)**

У детей этой группы выражено становление зрительной системы как доминантной в сенсорной организации ребенка, что характерно для нормально видящих: познание и ориентировка в окружающей действительности на основе зрительного восприятия в соответствии с возрастными возможностями.

Причины появления зрительных расстройств в раннем и дошкольном возрасте носят комплексный характер: имеет значительность наследственность, характер роста и развития ребенка, состояние его здоровья, гигиенические условия для зрения, аккомодационная нагрузка.

Зрительные возможности детей этой группы не определяются слабовидением, т.к. у ребенка имеется «благополучный глаз» с остротой зрения в условиях оптической коррекции от 0,5 и выше, вплоть до 1,0.

Кроме этого, у подавляющего числа детей с ФРЗ сохранна на каждый глаз другая базовая функция – поле зрения. Сохранность двух базовых зрительных функций позволяет детям этой группы достаточно успешно, в сравнении со слабовидящими, осваивать зрительные умения и навыки.

*Основными клиническими формами зрительных расстройств являются нарушения рефракции: гиперметропия, миопия, астигматизм, миопический астигматизм, анизометропия, которые поддаются оптической коррекции; разные виды косоглазия: монолатеральное, билатеральное, постоянное содружественное сходящееся, непостоянное сходящееся, расходящееся, альтернирующее; нарушение бинокулярного зрения (монокулярное, монокулярное альтернирующее, одновременное зрение); амблиопии разных видов: рефракционная, анизометропическая, истерическая, дисбинокулярная с косоглазием разных степеней и другие варианты функционального несовершенства зрительной системы*.

У дошкольников этой группы выявляются разные степени аметропий: слабая (до 3,0) и средняя (от 3,0 до 6,0). 28 Дети могут иметь разные степени амблиопии:

- слабая степень – острота зрения не ниже 0,4;

- средняя степень – острота зрения 0,3-0,2;

- высокая (тяжелая) степень – острота зрения 0,1-0,05;

- очень высокая (тяжелая) степень – острота зрения от 0,04 и ниже.

 Для этой группы детей с нарушением зрения характерна положительная динамика в улучшении функционального механизма зрительного восприятия – ощутимое и наблюдаемое развитие базовых зрительных функций при моноили бинокулярном зрении вследствие лечебно-восстановительного процесса, возрастного созревания зрительной системы и развития сохранных и нарушенных функций зрения, стабилизации их показателей в условиях системного и целенаправленного развития триединства механизмов зрительного восприятия.

Основное условие достижения такого эффекта – единство лечебно -восстановительной работы (осуществляется в условиях ДОО), коррекционно-развивающей работы педагогов и образовательной деятельности специалистов с решением задач активизации зрения, зрительных функций ребенка, повышения его зрительных умений и навыков, развития зрительного восприятия.

Дети этой группы могут находиться на разных этапах лечения амблиопии и косоглазия: на этапе плеоптического лечения – повышение остроты зрения амблиопичного глаза, развитие моторного компонента зрения, достижение ортофории; на этапе ортоптического лечения – развитие фузии, восстановление бинокулярных механизмов; на этапе развития стереоскопического зрения, его механизмов.

Особенностью этой группы выступает и то, что значительная часть детей получает окклюзионное лечение (в большинстве случаев – «выключение» из акта видения благополучного глаза), в условиях которого окружающее воспринимается ребенком амблиопичным глазом (амблиопия – стойкое снижение остроты зрения), вследствие чего ребенок может испытывать определенные, в том числе значительные, трудности в использовании сниженного зрения в построении зрительных образов,в зрительном контроле движений, действий.

У детей с функциональными расстройствами зрения на фоне разных клинических форм (косоглазие, аметропии, амблиопии), разного характера нарушения (монокулярное, одновременное, бинокулярное) имеют место быть особенности развития и протекания зрительного восприятия, определенные трудности пространственного видения, зрительно-моторной координации. Однако, его уровень (темп развития, качество свойств и прежде всего скорость и осмысленность) всегда выше, чем у слабовидящих дошкольников, что связано с относительно высокими (от 0,5 до 1,0) показателями остроты зрения «рабочего» глаза при амблиопии или лучше видящего глаза при аметропии (в условиях оптической коррекции), что позволяет ребенку достаточно успешно накапливать зрительный опыт c формированием достаточно точных зрительных образов окружающего в раннем и дошкольном детстве, опираться и использовать его в условиях окклюзии хорошо видящего глаза.

Характерным для этой группы детей выступает и то, что часто зритель- ные расстройства подобного вида возникают и проявляются на фоне общего раннего (во внутриутробный и/или пренатальный периоды) поражения детского организма, проявляющегося полисистемной хронической патологией: функциональное снижение зрения, функциональные нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболевания ЦНС, речевые нарушения.

Дошкольникам с ФРЗ в целом по общему уровню развития свойственны возрастные характеристики, однако, выявляются и особенности психофизического развития, обусловленные прямым или косвенным негативным влиянием нарушенных зрительных функций. Общей типологической особенностью развития детей с нарушением зрения вне зависимости от степени и характера зрительного дефекта выступает то, что связь с окружающим миром, его познание, личностные проявления, самопознание, освоение и участие в любом виде деятельности и др. происходят на суженной сенсорной основе. Дошкольники с ФРЗ наряду с общими типологическими особенностями развития имеют индивидуальные достижения в общем развитии и в развитии отдельных личностных сфер.

*Подготовила:*

 *учитель – дефектолог (тифлопедагог)*

*Свиридова Ж.А.*