

Архипова Е.Ф. доктор педагогических наук, профессор МПГУ, г.Москва.

Логопедическое и медико-психолого-педагогическое сопровождение развития детей с перинатальной энцефалопатией.

По данным медицинских исследований, доля здоровых новорожденных в общей детской популяции в течение последних лет снизилась с 48,3% до 26,5%. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, около 70% имеют диагностированную родовую энцефалопатию, которая при отсутствии своевременной коррекции приводит к развитию в будущем стойких нарушений.

Перинатальная отягощенность в нашей стране за последнее десятилетие возросла в 1,9 раза и составила 544,7 на 1000 родившихся младенцев. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние многих органов и систем организма, в первую очередь на ЦНС.

Причинами, вызывающими ПЭП, могут быть неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития, различные родовые травмы, тяжелые заболевания, перенесенные в раннем возрасте. Особенно неблагоприятной в плане прогноза являются дети недоношенные, с ПЭП (около 10%). Как следствие ПЭП у недоношенных детей часто бывает тяжелое поражение центральной нервной системы — ДЦП. ПЭП к концу первого года жизни как диагноз снимается, остаточные явления проявляются длительное время и негативно отражаются на психофизическом развитии ребенка. Нормальное развитие отмечается у 15-20 % детей. Но наши длительные наблюдения показывают, что и эти дети в возрасте 4-5 лет характеризуются различными речевыми нарушениями: ОНР, ФФН, стертые дизартрии — минимальные дизартрические расстройства (МДР) и другие. Наиболее частыми являются речевые расстройства - 50,5%, расстройства эмоционально-волевой сферы - 29,2%. Все чаще встречается диагноз «ранний детский аутизм» - 12,3%; нарушения поведения и внимания - 7,7%; повышенная утомляемость истощаемость нервных процессов - 9,2%.

Исследования, посвященные изучению дизонтогенеза детей с ПЭП, выявили нейропсихологические критерии латерализации церебральных дисфункций у детей первого года жизни. Так у детей первого года жизни с ПЭП с правополушарной мозговой дисфункцией отмечаются: снижение эмоционального общения, но опережающее развитие манипулятивно-предметной деятельности, и достаточная голосовая активность, своевременное формирование двигательной и сенсорных функций. У детей с левополушарной мозговой дисфункцией отмечаются: повышенные эмоциональные реакции на окружающее и общение, но выраженное отставание в голосовых проявлениях, в развитии манипулятивных функций. К концу первого года жизни дети с ПЭП с левополушарной дисфункцией дают незначительную динамику в двигательной и сенсорных сферах, но усугубляется отставание в голосовой и лепетной активности. Эти данные помогут не только решать диагностические задачи и определять группы риска, но и осуществлять дифференцированный подход в ранней коррекционной работе. В настоящее время известны и успешно апробируются различные диагностические методики, позволяющие определить отклонения в психомоторном развитии детей младенческого и раннего возраста.

Было проведено углубленное и скрининговое обследование детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, в анамнезе которых было отмечено ПЭП. Обследование проводилось в условиях стационара, Дома Ребенка и детской поликлиники. Углубленное обследование детей младенческого возраста с ПЭП в стационаре позволяло условно определить этап их доречевого развития. Все дети независимо от возраста были распределены по 4 группам. В каждую из групп вошли дети, приблизительно одинаковые по доречевому развитию. Основным критерием подразделения детей на группы был уровень развития голосовой активности.

В I группу вошло дети, у которых отсутствовали голосовая активность и ориентировочные реакции на зрительные и слуховые раздражители, была выражена патология артикуляционного аппарата. Во II группу включены дети,

характеризовавшиеся развитием начальных элементов голосовой активности, выраженными нарушениями зрительного и слухового внимания, слабостью ориентировочных реакций. Зрительно-моторная координация находилось на начальных этапах развития, патология артикуляционного аппарата проявлялась в нарушении тонуса и подвижности мышц языка, губ различной степени выраженности. В III группу включены дети, у которых были элементы гуления, ориентировочные реакции носили познавательный характер, с трудом развивалась функция рук. В IV группу вошли дети, которые могли произносить единичные лепетные звуки, понимали ситуативную речь, ими более или менее выраженную патологию артикуляционного аппарата, дыхания. Функция рук была развита недостаточно. VI группа детей младенческого возраста исследовалась по скрининговой методике - шкала Гриффитс в условиях Дома ребенка и детской поликлиники. При изучении анамнестических данных у всех детей были выявлены признаки раннего органического поражения ЦНС, для лонгитюдинального наблюдения и выбора адекватного логопедического и психолого-педагогического сопровождения по результатам скринингового обследования составляет профиль психомоторного развития ребенка. Приводим выборочные профили психомоторного развития детей с ПЭП.

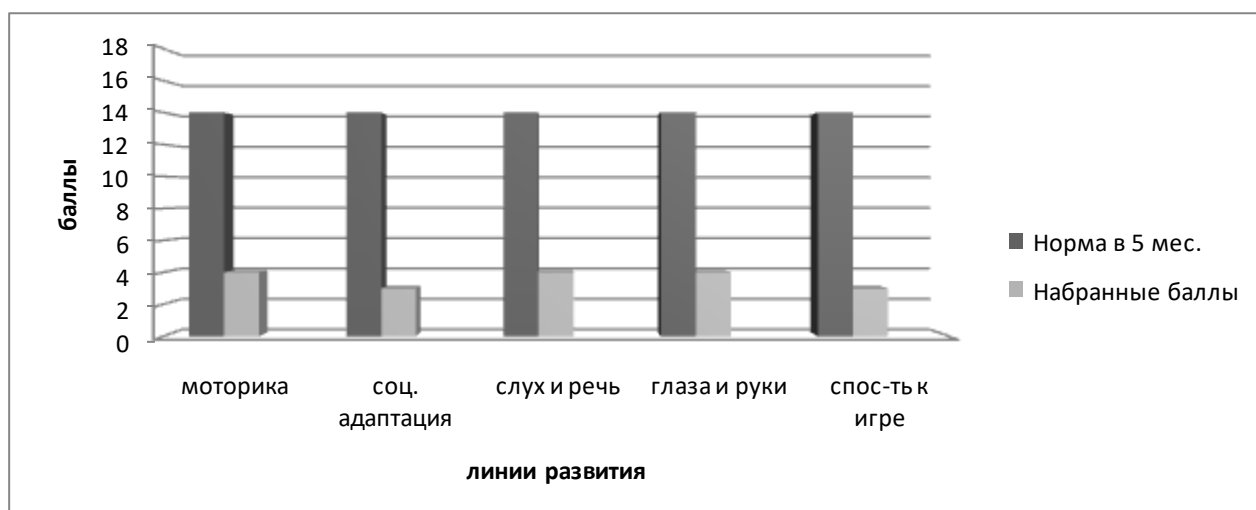
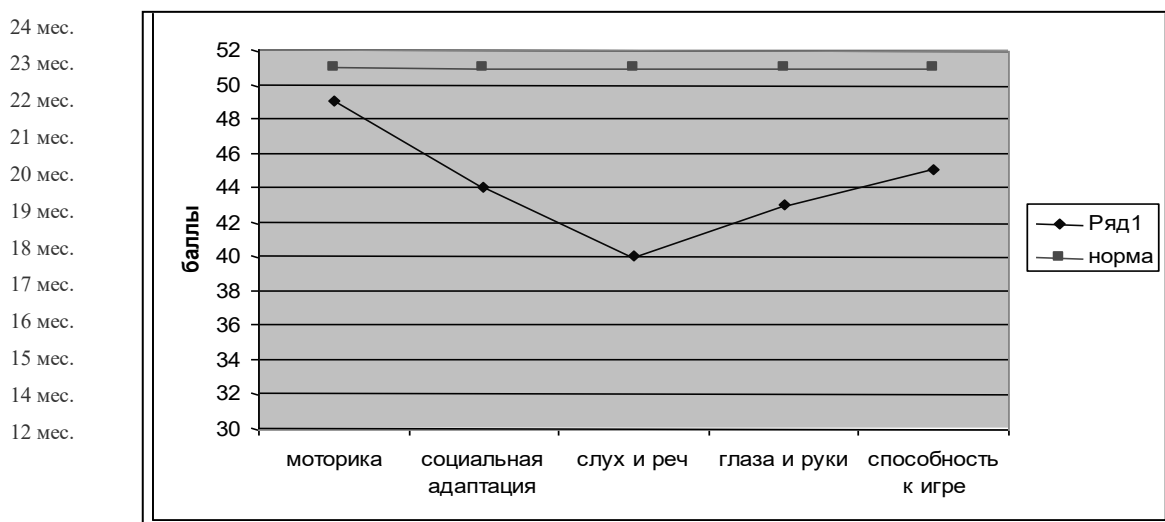


График № 1. Профиль психомоторного развития В.А. (5 мес.)

По всем линиям развития ребенок показал очень низкий балл, в 5 месяцев едва

соответствовал параметрам двух-месячного ребенка. Определена 4 группа развития, т.к. отстает в психомоторном развитии на 3 месяца. Требуется интенсивное коррекционное воздействие в рамках ЛМППС.

График №2. Профиль психомоторного развития А.А. (2 года)



Обследование детей с ПЭП показывают, что концу второго года жизни речевое отставание становится более выраженным. Так на графике №2 ребенок в 2 года по уровню речевого развития соответствует 1г.5 мес., т.е. отставание на 7 мес. Такая тенденция присуща всем испытуемым ЭГ. Кроме того у всех детей с ПЭП отмечается недостаточность манипулятивно-предметной деятельности.

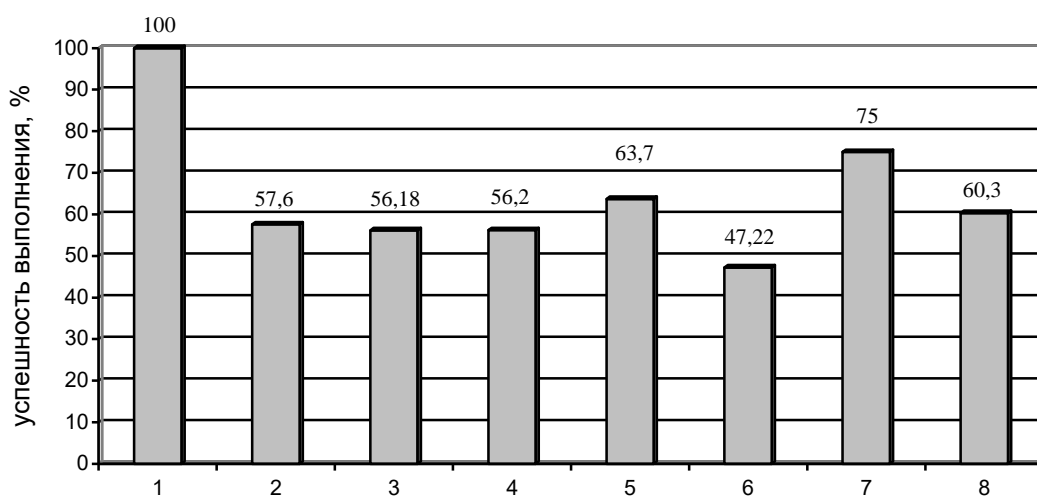
Анализ результатов обследования детей с ПЭП от 0 до 2-х лет по скрининговой методике, позволил сделать вывод о том, что при отсутствии коррекционной работы структура дефекта сохраняется несмотря на рост ребенка. Применение скрининговой методики «шкалы Гриффитс» в первые два года жизни оправдывается, а выявляемая структура дефекта позволяет определить маршрут психолого-педагогического сопровождения.

Результат констатирующего эксперимента показал, что дети с перинатальной энцефалопатией проявляют разные вариативные патологические отклонения от онтогенеза, симптоматика сохраняется в дальнейшем, что обуславливает

речевые нарушения, в том числе и минимальные дизартрические расстройства (МДР). Структура дефекта детей с перинатальной энцефалопатией требует логопедического и психолого-педагогического воздействия с привлечением близких младенца.

Последствия ПЭП выявляются у детей при обследовании в раннем (2-3г.) и дошкольном (3-7 лет) возрасте. В диаграмме №1 приведена успешность выполнения комплекса обследования дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами, в анамнезе которых ПЭП.

Диаграмма №1. Успешность выполнения обследования дошкольников с МДР



1 - условная норма;

2 - общая моторика;

3 - моторика рук;

4 - артикуляционная моторика;

5 - фонематический слух;

6 - звукопроизношение;

7 - слоговая структура слов;

8 - просодика.

Как видно из диаграммы №1 моторный уровень речи (параметры 2, 3, 4) отстает от возрастной нормы соответственно на 42,4%, 43,82%, 43,8%. Это отставание выражается в недостаточности точных, координированных, ритмичных движений, выявляется только в процессе обследования. Моторная недостаточность, как следствие ПЭП, с возрастом не исчезает, а проявляется все более заметнее к концу дошкольного возраста. Из-за нарушения

иннервации мышц периферического речевого аппарата стойкими остаются нарушения звукопроизношения, нарушения голоса и дыхания, которые влияют на формирование просодики. Вследствие стойкого нарушения фонетической стороны речи тормозится завершение формирования фонематического слуха. В то же время недостаточность слуховых дифференцировок не позволяет закрепляться вырабатываемым в ходе коррекционной работы умениям и навыкам правильного звукопроизношения. Слоговая структура одних и тех же слов у дошкольников с МДР реализуется по-разному в зависимости от фонетических условий и объема лексико-синтаксического контекста. Вторичная природа нарушений слоговой структуры слов у дошкольников с МДР подтверждается тем, что, прибегая к скандированному проговариванию, дети актуализируют слова самой сложной конструкции.

Просодика является наивысшим уровнем развития языка и формируется на сохранной сенсомоторной базе речи. У дошкольников с МДР нет достаточной сенсомоторной базы для формирования большого числа компонентов просодической системы.

Проведенное скрининговое и углубленное исследование детей позволило определить направление, содержание и создать модель логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП.

Построение модели раннего логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей (ЛМППс) с перинатальной энцефалопатией предполагает выделение хронологических звеньев, направленных на пролонгированное комплексное развитие ребенка с ПЭП с младенческого возраста в условиях детской поликлиники (ГДП), а с переходом в дошкольный возраст - в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ) комбинированного или компенсирующего типа.

Определено содержание структурных элементов модели, выстроенных по вертикали: медицинская клиничко-диагностическая служба, пролонгированная в соответствии с возрастом (I, II, III звенья), коррекционно-

логопедическая, психолого-диагностическая и психолого-терапевтическая помощь. Также определено взаимодействие всех служб с родителями ребенка для создания и поддержания коррекционно-воспитательной среды в семье.

Определены участники ЛМППс и их роль в действующей модели ЛМППс. Участниками является команда специалистов детской поликлиники: невролог, отоларинголог, ортопед, педиатр, физиотерапевт, инструктор ЛФК, логопед, психолог, методист кабинета здорового ребенка, специалисты клинической лаборатории и др. Одна из центральных ролей возлагается на родителей ребенка, реализующих коррекционно-воспитательный режим в семье. В нашем исследовании мы показали систему построения и маршрут успешного функционирования модели комплексного, трехзвеньевого логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития младенцев, детей раннего и дошкольного возраста с ПЭП.

Содержание коррекционной работы и инновационные подходы к формированию сенсомоторной базы у детей с ПЭП в младенческом и раннем возрасте, а также пути оптимизации логопедической работы при МДР отражены в следующих работах автора:

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста / Учебное пособие для студентов пед. вузов / «Астрель», М., 2005г.
2. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / Учебное пособие для студентов пед. вузов / «Астрель», М., 2006г.
3. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Учебное пособие для студентов пед. вузов / «Астрель», М., 2008г.
4. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии / Высшая школа / «Астрель», М., 2008г.
5. Архипова Е.Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка (монография) Библиотека программы от рождения до школы. Коррекционная работа в ДОУ М.: Мозаика-Синтез.2012.- с.156
6. Архипова Е.Ф. Логопедическая помощь детям раннего возраста (монография) Библиотека программы от рождения до школы. Коррекционная

работа в ДОУ М.: Мозаика-Синтез.2015.- с.247