

На правах рукописи

АРХИПОВА ЕЛЕНА ФИЛИППОВНА

**Инновационная модель комплексного сопровождения развития
детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями**

Специальность 13.00.03 – коррекционная педагогика (логопедия)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора педагогических наук

Москва 2009

Работа выполнена на кафедре логопедии дефектологического факультета государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный гуманитарный университет им. М.А.Шолохова»

Научный консультант: доктор психологических наук, профессор
И.Ю.Левченко

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Т.Г. Визель

доктор педагогических наук, профессор
Р.И. Лалаева

доктор медицинских наук, профессор
В.Д. Левченкова

Ведущая организация: Московский педагогический
государственный университет

Защита диссертации состоится «24» июня 2009 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д. 212.136.06 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора педагогических наук при ГОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет им. М.А.Шолохова» по адресу: 109240, г.Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16-18, ауд.200.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «МГГУ им. М.А.Шолохова» по адресу: 109240, г.Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16-18.

Автореферат разослан « » мая 2009 года

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат педагогических наук,
доцент

Н.В.Геворгян

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Проблема перинатальной энцефалопатии (ПЭП) у детей с ранними органическими поражениями мозга приобрела особую актуальность в последние десятилетия в связи с увеличением числа таких детей до 60-70% в общей детской популяции (А.А.Баранов, Е.П.Бомбардинова, Б.Ф.Гликштейн, Н.А.Урядницкая, Г.В.Яцык и др.).

Обычно диагноз ПЭП к концу первого года жизни снимается, т.к. в результате медицинского воздействия выраженные нарушения компенсируются. Но наши длительные наблюдения показывают, что развитие этих детей к возрасту 4-5 лет характеризуется различными речевыми нарушениями: общее недоразвитие речи, дизартрические расстройства (ДР) и др.

Особенно прогностически неблагоприятным признаком является недоношенность, осложненная ПЭП (около 10%). Как следствие ПЭП у недоношенных детей к концу первого года жизни часто диагностируется тяжелое поражение центральной нервной системы, детский церебральный паралич – ДЦП (М.Л.Дунайкин, К.А. Семенова).

Обследования детей раннего возраста с последствиями ПЭП показывают, что наиболее частыми являются речевые расстройства – 50,5%, расстройства эмоционально-волевой сферы – 29,2%. Все чаще встречается ранний детский аутизм (РДА) – 12,3%; нарушения поведения и внимания – 7,7%; повышенная утомляемость и истощаемость нервных процессов – 9,2% (З.М.Дунаева, Л.И.Ростягайлова, и др.).

Первые подходы к решению проблемы ранней помощи детям с ПЭП связаны с именами ученых К.А. Семеновой, Е.М. Мастюковой, Л.Т. Журбы и др. Они в 70-х годах XXв.заложили основы разработки в теоретико-методологическом и методическом плане проблемы ранней коррекционно-логопедической и психолого-педагогической помощи детям с ПЭП с первых месяцев жизни. Научные положения ранней диагностики и путей коррекционного психолого-педагогического и логопедического воздействия разработаны и являются базовыми. В апробации инновационных на тот период идей принимали непосредственное участие И.Ю. Левченко, Е.Ф. Архипова.

В настоящее время разрабатывается федеральная система ранней помощи детям с особыми образовательными потребностями. На базе ИКП РАО создан «Центр ранней диагностики и специальной помощи детям с выявленными отклонениями в развитии». Определены направления деятельности Центра.

Таким образом, в государственном масштабе поставлена задача осуществить программу ранней помощи детям. Создан проект программы единой государственной системы раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии. Опорными элементами создаваемой системы в регионах могут быть областные, городские и муниципальные психолого-медико-социальные центры, реабилитационные центры, психолого-медико-педагогические комиссии, группы кратковременного пребывания при

общеобразовательных и специальных (коррекционных) дошкольных учреждениях (Н.Н.Малофеев, Ю.А.Разенкова и др.).

В настоящее время помощь детям раннего возраста находится в ведении двух министерств: Министерства образования и науки Российской Федерации и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в связи с чем наряду с позитивными процессами в этой сфере отмечаются и недочеты: недостаточность взаимодействия этих структур; отсутствие нормативно-правовой базы интеграции, недостаточность обеспечения методической и нормативной литературой; недостаточное развитие информационной базы для населения в социальных институтах, оказывающих помощь детям с ограниченными возможностями здоровья; отсутствие связующего звена в системе взаимодействия семьи и различных ведомств. (Волосовец Т.В.)

Существующий порядок пока не обеспечивает детям раннего возраста комплексной помощи, так как сосредотачивает свое внимание в основном на детях дошкольного и младшего школьного возраста. Дети младенческого возраста с ПЭП не получают квалифицированной психологической и логопедической помощи.

Предлагаемая реконструкция отечественной системы специального образования и создание нового структурного элемента потребует существенного увеличения финансирования, что безусловно может задержать реализацию оказания ранней помощи детям с ПЭП. Нам представляется возможным оказание ранней логопедической и психолого-педагогической помощи в условиях детских поликлиник, где есть все необходимые специалисты: невролог, психолог, логопед, методист комнаты здорового ребенка, педиатр и другие. Организационные вопросы могут быть решены за счет подготовки и переподготовки кадров и расширения их функциональных обязанностей.

В литературе крайне мало представлена проблема изучения детей с ПЭП, не раскрыты методические и организационные аспекты. В связи с этим наше исследование является актуальным и помогает раскрыть некоторые сенсомоторные особенности детей с ПЭП, начиная с младенческого возраста, проследить проявления их в раннем и дошкольном возрасте. В диссертационном исследовании раскрывается организация и содержание комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения (ЛМППс) детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.

Проблема исследования обусловлена наличием следующих противоречий:

- между ростом количества новорожденных с признаками раннего органического поражения головного мозга и недостаточностью психолого-педагогической помощи этим детям и их родителям;
- между поставленной на государственном уровне задачей ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии у детей и отсутствием научно

обоснованной системы психолого-педагогического сопровождения этих детей с первых лет жизни;

– между потребностью практики в технологиях коррекционно-педагогической, в частности, логопедической работы, с детьми с органическим поражением головного мозга первых лет жизни и недостаточной разработкой этого направления в коррекционной педагогике.

Концепция исследования

1. Педагогическая концепция комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями базируется на культурно–историческом подходе Л.С.Выготского, согласно которому высшие психические функции возникают первоначально как формы коллективного поведения и становятся впоследствии внутренними функциями самого ребенка; нарушение развития отдельных психических функций приводит к вторичной задержке других функций. Развитие познания ребенка происходит не спонтанно, путем развертывания заложенных в нем возможностей, а в ходе присвоения им общественного опыта;
2. Важное значение в разработке концепции комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями имели концепция ранней диагностики и коррекции, разработанная ИКП РАО (Н.Н.Малофеев, Е.Л.Гончарова, Е.А.Стребелева, Н.Д.Шматко и др.); концепция о ведущей деятельности возраста (А.Н.Леонтьев, Д.Б.Эльконин); концепция о генезисе общения (М.И. Лисина); теоретические взгляды о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка; положения о ведущей роли в развитии ребенка активного воспитательного воздействия взрослого (Н.М.Аксарина, Л.С.Выготский, А.В.Запорожец, Н.И.Касаткина, С.Н.Кривщина, Н.Ф.Ладыгина, А.П.Леонтьев, Г.М. Лямина, Л.Н.Фигурина, Н.М.Щелованов, Д.Б.Эльконин).
3. Разработка концептуального подхода к комплексному логопедическому и медико-психолого-педагогическому сопровождению развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями опиралась на теорию уровневой организации движений (Н.А.Бернштейн), на положение о корреляционной зависимости между тонкой моторикой рук и степенью сформированности произносительной стороны речи (Кольцова М.М.); а также на методологические работы К.А.Семеновой, Л.О.Бадаляна, Е.М.Мастюковой о мозговых механизмах перинатальной энцефалопатии.

4. Пролонгированное логопедическое и медико-психолого-педагогическое сопровождение развития детей с перинатальной энцефалопатией является важнейшим условием организации адекватной помощи, направленной на предупреждение и коррекцию речевых нарушений, подготовку детей к школьному обучению.
5. Организация комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения в условиях детской поликлиники в рамках обязательного медицинского страхования обеспечивает доступность адекватной помощи всем детям с перинатальной энцефалопатией в условиях наиболее приближённых к их месту проживания.
6. Модель комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями предусматривает квалифицированную диагностику на всех этапах, раннее начало и непрерывность дифференцированной помощи, преемственность с существующими коррекционно-диагностическими центрами и службами, а также с дошкольными образовательными учреждениями всех видов.
7. Оптимизация сотрудничества специалистов детской поликлиники: врачей, логопеда, психолога, методиста кабинета здорового ребёнка и родителей ребёнка, методическая поддержка родителей, способствуют созданию коррекционно-развивающей среды и закреплению знаний, умений и навыков правильного речевого поведения детей.
8. Содержание комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями предполагает наличие звеньев, ориентированных на возрастные показатели (три звена модели), связанных преемственностью целей и задач, направленных на пролонгированное комплексное развитие ребёнка младенческого, раннего и дошкольного возраста в условиях детской поликлиники, в дошкольных и др. учреждениях.

Цель исследования:

Теоретико-методологическое обоснование и разработка инновационной модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями, обеспечивающей коррекционно-развивающую помощь с первых дней жизни ребенка.

Объект исследования – процесс комплексного сопровождения развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями.

Предмет исследования – педагогические условия, обеспечивающие оптимизацию логопедической работы по преодолению дизартрических расстройств у детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с признаками органического поражения центральной нервной системы.

Гипотеза исследования. В качестве гипотезы исследования выступает предположение о том, что дизонтогенез речевой деятельности у детей с ПЭП проявляется с младенческого возраста, вследствие неблагоприятного влияния перинатального поражения центральной нервной системы. Симптомы дизонтогенеза могут варьировать и иметь различную степень выраженности в различных сферах (двигательной, сенсорной, довербальной: гуление, лепет, предметно- манипулятивной, эмоционально-коммуникативной). Эти показатели служат предпосылками для торможения или искажения формирования импрессивной и экспрессивной речи в раннем возрасте. В последующем у детей с ПЭП выявляются различные речевые нарушения, в том числе дизартрия разной степени выраженности.

Профилактика и преодоление нарушений довербального и вербального развития детей с ПЭП будут эффективными при условии реализации интегративной модели медико-психолого-педагогического и логопедического сопровождения развития детей с ПЭП в условиях медицинских и образовательных учреждений.

Важнейшими педагогическими условиями, обеспечивающими функционирование модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения, являются:

- скрининговое обследование в младенческий период и углубленное обследование в раннем возрасте с целью уточнения структуры речевого дефекта детей с ПЭП;
- объединение усилий специалистов, работающих в детских поликлиниках: невролога, логопеда, психолога, отоларинголога, педиатра, окулиста, инструктора кабинета здорового ребенка для выработки адекватного медико-психолого-педагогического маршрута в выравнивании или нивелировании искаженных линий развития ребенка;
- обеспечение адекватной психолого-педагогической и логопедической помощи с применением инновационных технологий;
- вовлечение матери в коррекционно-педагогический процесс с постепенным усилением ее роли в нем. Обеспечение с этой целью консультативно-методической помощи;
- лонгитюдное наблюдение за ходом психомоторного и речевого развития.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой исследования были определены его **задачи**:

1. Дать теоретико-методологическое обоснование содержания комплексного медико-психолого-педагогического и логопедического сопровождения развития детей с ПЭП.
2. Разработать технологии скринингового и углубленного изучения детей с ПЭП в разные возрастные периоды и апробировать их.
3. Определить структуру нарушений развития детей с ПЭП, а также выявить наиболее сохранные функции.
4. Определить и теоретически обосновать направления и содержание психолого-педагогического и коррекционно-логопедического воздействия в младенческий, ранний и дошкольный возраст, обеспечивающее лонгитюдное сопровождение детей с ПЭП и ее последствиями.
5. Разработать и апробировать инновационную интегрированную модель ЛМППс – логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения речевого развития детей с ПЭП в условиях медицинских и образовательных учреждений.
6. Разработать методические рекомендации для родителей детей младенческого и раннего возраста для проведения стимулирующих и коррекционных занятий с детьми в домашних условиях.

Теоретико-методологические основы исследования составили:

- положения о том, что изучение детей раннего возраста основывается на культурно-исторической теории развития психики; о сензитивных периодах в психическом развитии ребенка, где каждая сторона психики имеет свой оптимальный период развития; положении о взаимодействии ребенка и матери как психологического условия развития ребенка; о зонах актуального и ближайшего развития, означающих, что в ходе коррекционной работы необходимо опираться не только на созревшие психической функции, но и на те, которые находятся в стадии становления; о ведущей роли обучения, обеспечивающего опережающее развитие (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, М.И.Лисина и др.);
- концепции ранней диагностики и коррекции нарушений развития в детском возрасте (Н.Н.Малофеев, Е.Л.Гончарова, Е.А.Стребелева, Н.Д.Шматко, Ю.А.Разенкова, Е.М.Мастюкова и др.); психического дизонтогенеза (В.В.Ковалев, В.В.Лебединский, К.А. Семенова и др.)
- современные представления о возрастных этапах, критических периодах, о закономерностях и условиях развития ребенка в онтогенезе, закономерностях довербального и вербального развития ребенка в онтогенезе, о сензитивных сроках созревания функциональной речевой системы, определяющимися первыми годами жизни ребенка (Н.М.Аксарина, А.Н.Гвоздев, Н.М.Щелованов, Г.М.Лямина).

- положения о единстве законов развития речи в онтогенезе и дизонтогенезе (Е.М.Мастюкова); о роли двигательнo-кинестетической импульсации, как фактора мощной стимуляции развития мозга у детей, условия закрепления при образовании динамических временных связей, представляющих физиологический фундамент второй сигнальной системы (И.П.Павлов, Е.И.Бойко, Т.Н.Ушакова); о роли двигательнo-кинестетического анализатора в развитии речи и мышления (И.М.Сеченов, А.А.Ухтомский, В.М.Бехтерев, М.М.Кольцова, Н.И.Жинкин, А.Н.Соколов).
- теория функциональных систем, понятие об обратной связи при эфферентной и афферентной организации движений (П. К. Анохин).
- учение о пластичности и универсальной способности мозга к компенсации нарушенных функций (А.Р.Лурия, К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова).

В процессе исследования использовались следующие **методы**:

теоретические: анализ данных смежных дисциплин (физиологии, нейропсихологии, нейрофизиологии, психологии, педагогики, специальной педагогики и др.);

организационные: сравнительный анализ данных о довербальном и вербальном развитии детей в норме и при ПЭП; лонгитюдинальное изучение особенностей структуры нарушенного развития детей с ПЭП в динамике (младенческий, ранний, дошкольный возраст); комплексное медико-психолого-педагогическое и логопедическое исследование детей с ПЭП; метод логопедического и психолого-педагогического консультирования;

эмпирические: динамическое наблюдение спонтанной деятельности ребенка с ПЭП; экспериментальное исследование в ходе констатирующего, формирующего и контрольного этапов исследования; психолого-педагогическое и логопедическое сопровождение развития детей с ПЭП в младенческий и ранний период; методы диагностики; биографические: сбор и анализ анамнестических и катамнестических данных, изучение документации, представленной в ходе исследования;

аналитико-интерпретационные: количественно-качественный анализ результатов исследования, выявление корреляционных взаимосвязей полученных данных.

Этапы исследования. Исследование осуществлялось в течение 1976-2008 г.г. на базе медицинских и образовательных учреждений и включало 4 этапа:

I этап (1976-1983)—подготовительно-аналитический и экспериментально-формирующий. Осуществлялось экспериментальное исследование детей младенческого и раннего возраста с перинатальным повреждением мозга (ПЭП) в условиях КБ №68 г. Москвы. Разрабатывались направления и содержания

диагностическо-коррекционного исследования, определялся концептуальный подход к решению проблемы ранней логопедической помощи детям с ПЭП с 0 до 2 лет жизни.

II этап (1984-2000)—экспериментально-аналитический, в ходе которого осуществлялось экспериментально-диагностическое изучение детей с ПЭП в возрасте от 1 до 3 лет в условиях поликлиники №24, ДООУ №425 г.Москвы и были определены предпосылки построения инновационной модели раннего логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения (ЛМППс) развития детей в условиях поликлиники.

III этап (2001-2006)—экспериментально-формирующий. Осуществлялось внедрение модели ЛМППс в ДООУ №425, №774, №1017, №1245, №1595, №1729, №1804, №1830 и др. г.Москвы В ходе ЛМППс была разработана и апробирована инновационная технология преодоления у детей дизартрических расстройств, основанная на тактильно-кинестетической стимуляции и активизации проприоцептивной и кинестетической афферентации разной модальности.

IV этап (2007-2008)—заключительно-обобщающий. По завершении экспериментального исследования проводился теоретический анализ, систематизация и обобщение результатов исследования.

Научная новизна исследования заключается:

- в определении и теоретическом обосновании методологических предпосылок и принципов построения раннего, комплексного, пролонгированного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения (ЛМППс) развития детей с ПЭП с младенческого периода;
- в раскрытии концептуальных подходов к построению раннего, комплексного, пролонгированного ЛМППс сопровождения, являющегося средством раннего коррекционного вмешательства и условием предупреждения и своевременного устранения речевых нарушений и подготовки детей с ПЭП к обучению в школе;
- в разработке, обосновании и внедрении инновационной модели ЛМППс, включающего три структурных звена (I –младенческий, II – ранний, III – дошкольный); алгоритма взаимодействия участников ЛМППс;
- в определении положений и условий, обеспечивающих функционирование инновационной модели ЛМППс сопровождения детей с младенческого возраста в оптимальных условиях детской поликлиники;
- в апробации скрининговой методики обследования детей с ПЭП в младенческом и раннем возрасте;
- в определении прогностически значимых критериев довербального развития для последующего вербального развития;

- в определении схемы взаимодействия специалистов – участников логопедического и медико-психолого–педагогического сопровождения развития детей с ПЭП;
- в разработке научно обоснованных методических рекомендаций для родителей детей с ПЭП с целью активизации их участия в коррекционном -педагогическом процессе;
- в развитии информационно-просветительской базы для населения в социальных институтах, оказывающих помощь детям с особыми образовательными потребностями;
- в осуществлении раннего логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения в рамках обязательного медицинского страхования в детской поликлинике по месту жительства ребёнка с ПЭП;
- в разработке методики логопедической работы с детьми с ПЭП младенческого, раннего и дошкольного возраста.

Теоретическая значимость исследования обусловлена следующими положениями: дополнены и уточнены научные представления о нарушениях довербального и вербального развития детей с ПЭП и ее последствиями, характере патологической симптоматики и особенностях ее течения в разные возрастные периоды; выявлены прогностически значимые критерии, определяющие особенности последующего вербального развития; определены теоретические положения создания модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП с 0 до 7 лет, призванного предупредить речевые нарушения, нивелировать выраженность дефекта; оптимизировать логопедическую работу в рамках инновационного подхода, основанного на тактильно-кинестетической стимуляции различной модальности; обоснованы теоретические положения и педагогические условия функционирования службы ранней помощи детям с ПЭП.

Практическая значимость исследования заключается: в разработке методики изучения сенсомоторного развития детей младенческого возраста и определении структуры дефекта довербального развития детей с ПЭП; в определении направлений и содержания логопедической работы в младенческий и ранний период развития детей с ПЭП и ДЦП; разработке и внедрении углублённой системы психолого-логопедического обследования детей с ПЭП раннего возраста; в создании прецедента организации комплексной помощи детям с ПЭП в рамках инновационной модели ЛМППс; в создании системного подхода к дифференциальной диагностике дизартрических расстройств, позволяющего количественно-качественно оценивать все линии речевого развития ребёнка; в разработке инновационных подходов к оптимизации логопедической по коррекции дизартрических расстройств (дифференциация логопедического массажа, системы упражнений

с функциональной нагрузкой, системы автоматизации звуков на основе тактильно-кинестетической стимуляции с учетом имеющейся у детей симптоматики); в разработке методических рекомендаций для родителей детей с ПЭП для вовлечения их в процесс ЛМППс и создания специального коррекционно-развивающего пространства в домашних условиях; в разработке методических рекомендаций, учебных пособий, курсов лекций, практикумов для студентов, логопедов, слушателей курсов повышения квалификации и других специалистов системы образования.

На защиту выносятся следующие положения:

- признаки речевого дизонтогенеза у детей с ПЭП, выявленные в младенческом возрасте, сохраняются длительно, в дошкольном возрасте они проявляются в виде дизартрических расстройств, т.е. могут рассматриваться как прогностически значимые критерии. Превентивное логопедическое и психологическое воздействие должно начинаться с момента выявления патологической симптоматики (младенческий возраст) и проводиться в комплексе с медицинским воздействием. Оптимальным вариантом для комплексного медико-психолого-логопедического воздействия являются условия детской поликлиники;
- важнейшим условием предупреждения речевых нарушений у детей с ПЭП является ранняя дифференциальная диагностика факторов дизонтогенеза, организация лонгитюдного наблюдения за развитием и реализация комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с младенческого периода в условиях детской поликлиники в рамках обязательного медицинского страхования;
- пролонгированное раннее логопедическое и медико-психолого-педагогическое сопровождение рассматривается как комплексное, многоаспектное, системное коррекционно-педагогическое воздействие, осуществляемое специалистами и родителями ребёнка, успешность которого определяется согласованностью и последовательностью взаимодействия всех участников ЛМППс;
- теоретическое обоснование и определение направлений и этапов оказания комплексной помощи детям с ПЭП позволяет успешно реализовать инновационную модель ЛМППс развития детей, в том числе предупредить и нивелировать проявления речевых расстройств;
- инновационная модель комплексного ЛМППс сопровождения детей с ПЭП в структуре детской поликлиники обеспечивает непосредственное взаимодействие всех специалистов и родителей (адекватное лечение, клинические исследования, психолого-логопедическую диагностику и коррекцию, направления на дополнительные исследования и консультации, направления на госпитализацию и в специализированные ДОУ и школы и т.д.), осуществляется в рамках обязательного медицинского страхования, позволяет обеспечить каждого ребёнка с ПЭП

квалифицированной, своевременной, бесплатной помощью, необходимой для подготовки детей к обучению в школе;

- использование в рамках ЛМППс инновационной экспериментально апробированной методики, оптимизирующей коррекционный процесс устранения дизартрических расстройств, в значительной мере повышает эффективность логопедической работы по нормализации фонетической и интонационно-выразительной стороны речи у детей с дизартрическими расстройствами, в анамнезе которых перинатальная энцефалопатия.

Достоверность и обоснованность результатов исследования определяется разработанными теоретическими положениями, обосновывающими концепцию исследования и инновационную модель ЛМППс, эффективность которой подтверждена результатами контрольного эксперимента, а также использованием разнообразных методов, адекватных цели и задачам исследования.

Апробация результатов исследования осуществлялась на всех этапах исследования: в учреждениях системы здравоохранения и образования (*младенческий возраст*: областная больница г.Воронежа, больница №18 г.Москвы, дома ребенка №9, №2 г.Москвы, поликлиники №7, №10, №105 г.Москвы; *ранний возраст*: поликлиника №24 г.Москвы, ДОУ №29 г.Сходня, №425 г.Москвы.; *дошкольный возраст* поликлиника №40 г.Москвы, ДОУ №774, №795, №983, №1017, №1245, №1541, №1595, №1669, №1729, №1804, №1830, №1876, №2246, №2380 г.Москвы, №2346 г.Сходня, №12 г.Лыткарино Московской области и др.); в центрах психолого-медико-социальной реабилитации г.Москвы, московской области и регионов РФ; на лекционных и практических занятиях, в ходе руководства научно-исследовательской работы студентов и аспирантов (60 ВКР, два защищенных диссертационных исследования) , на курсах повышения квалификации учителей-логопедов, на курсах подготовки и переподготовки специалистов (МГГУ им.М.А.Шолохова, ФГОУ Академия повышения квалификации и переподготовки работников образования г.Москвы, центры повышения квалификации г.Вологды, г.Воронежа, г.Кирова, г.Нижевартовска, г.Новокузнецка, г.Рязани, г.Сыктывкар, г.Уфы, и др.); на заседаниях кафедры логопедии МГГУ им.М.А.Шолохова, на международных научно-практических конференциях (2002, 2004, 2007, 2008); материалы исследования представлены в монографиях, в учебных и учебно-методических пособиях, методических рекомендациях, научных статьях, в книгах «Хрестоматия по логопедии», «Методическое наследие», «Великая Россия. Наследие. Закон и порядок», в интернет-изданиях и др.

Всего в исследовании участвовало 588 детей с ПЭП.

Публикации. Основные результаты диссертационного исследования изложены в 52 публикациях общим объемом 127,4 п.л.

Структура и объём работы. Диссертация представляет собой рукопись объёмом 452 страницы, которая состоит из введения 6 глав, заключения, библиографического списка, 44 таблиц, 61 диаграммы, 22 графиков, 7 схем.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении: обосновывается актуальность темы исследования, определяется цель, объект, предмет, формулируется гипотеза и задачи исследования, раскрываются теоретико-методологические основы исследования, характеризуются методы и этапы исследования, определяются научная новизна, теоретическая и практическая значимость, формируются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Современные представления о проблеме организации и содержания ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями» представлен теоретический анализ сведений по изучаемой проблеме, определены предпосылки организации пролонгированного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией в младенческий, ранний и дошкольный возраст.

Педагогическая концепция воспитания детей раннего и дошкольного возраста была разработана в к. XIX - н. XX вв. отечественными представителями экспериментальной педагогики И.А.Сикорским, В.М.Бехтеревым, А.П.Нечаевым. Она была направлена на индивидуализацию педагогического процесса, что представляется актуальным и ценным для современной науки. Были заложены основы отечественной научной дошкольной педагогики путем создания целостной концепции непрерывного воспитания, были разработаны основы комплексной медико-психолого-педагогической диагностики нервно-психического развития ребенка. Они послужили базой для дальнейших исследований в этой области, и нашли свое продолжение и развитие в трудах основоположников отечественной педагогики раннего возраста Н.М.Щелованова, Н.М.Аксариной и др.

В 70-х годах XX века в России началась разработка в теоретико-методологическом и методическом плане проблемы коррекционно-логопедической и психолого-педагогической помощи детям с перинатальной энцефалопатией с первых месяцев жизни. Научные положения ранней диагностики и путей коррекционного психолого-педагогического и логопедического воздействия разработаны учеными К.А.Семеновой, Е.М.Мастюковой.

Проблема ранней помощи детям в настоящее время является чрезвычайно актуальной, так как доля здоровых новорожденных в период с 1991 по 1998 гг. снизилась с 48,3% до 36,5%. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, около 70% - имеют перинатальную патологию (Т.В.Волосовец, Б.Ф.Гликштейн и др.).

Ученые института коррекционной педагогики РАО (О.Л.Гончарова, Н.Н.Малофеев, Ю.А.Разенкова, Е.А.Стребелева, и др.), разрабатывая концепцию раннего вмешательства, выдвинули следующую стратегию комплексного подхода к проблеме диагностики и ранней коррекционной помощи. Предлагается модель системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии, включающая четыре блока (скрининговое обследование детей первого года жизни, дифференциальная диагностика, медико-психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии, подготовка и переподготовка специалистов для системы раннего выявления и коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии в младенческом и раннем периодах).

Для реализации поставленных задач в концепции необходима реконструкция отечественной системы специального образования и создание нового структурного элемента – службы ранней помощи детям с различными отклонениями в развитии. Служба ранней помощи должна предусматривать оказание помощи всей семье, воспитывающей проблемного ребенка.

В отечественной литературе дается анализ программы «раннего вмешательства», принятой конгрессом США в 1986 году законом PL-99-457, освещается опыт реализации этой программы в условиях США, Швеции, Норвегии, Финляндии и др.

В 1992 году в России и Санкт-Петербурге был создан институт раннего вмешательства ИРАВ, в котором разрабатывается программа «Абилитации младенцев». Программа «Абилитации младенцев» (Е.В.Кожевникова и др.) включает три раздела: первый – организация скрининга младенцев; второй – определение уровня развития; третий – создание (в рамках города) условий для стимуляции и развития детей с отставаниями или риском отставания в развитии.

Необходимость мер по ранней диагностике и коррекции в развитии детей связана с наличием в стране тревожной демографической ситуации, характеризующейся увеличением доли рождения нездоровых, физиологически незрелых детей. (Н.А.Урядницкая и др.)

Важное значение в диагностике нарушенного развития в раннем детстве имеют стандартизированные шкалы обследования младенцев (О.В.Баженова, А.Гезелл, А.В.Горюнова Л.Т.Журба, Г.В.Козловская, Е.М.Мастюкова, Г.В.Пантюхина, К.Л.Печора, Э.Л.Фрухт, N.Bayley, P.Catell, J.B.Dodds, W.K.Frankenburg, A.Gezell и др.). Выделяется группа методик для быстрой оценки психомоторного развития младенцев («скрининг-методики») (А.М.Казьмин и Л.В.Дайхина,1990; Е.В.Кожевникова с соавт., 1995; Г.В.Козловская, А.В. Горюнова и др.,1997; В.В.Юрьев и др.,1998; N.P. Dick,1973 и др.). Широко известна Денверская шкала развития, а также Мюнхенская функциональная диагностика детей первого года жизни. Для оценки характера, степени нарушений и прогноза, определения коррекционных мер требуется качественный клинический анализ отклонений психомоторного развития, на котором основаны методики Л.Т.Журбы, Е.М.Мастюковой, Е.Д.Айнгорн (1981) и О.В.Баженовой (1986). Определенный интерес для исследования недоношенных и доношенных детей имеет методика Н.Бэйли

(1993). Этот тест стандартизирован, валиден, надежен и удобен для проведения лонгитюдных исследований. Он позволяет сравнивать полученные ребенком баллы как с его собственными в различном возрасте, так и с результатами сверстников. Однако обследование детей первых лет жизни представляет существенные трудности.

Так в своих работах Ю.В. Герасименко отмечает, что в последнее время появились исследования, свидетельствующие о многообразии вариантов онтогенеза речи. Эти сведения в еще большей степени затрудняют выработку диагностических критериев оценки нормального речевого развития детей.

В последнее десятилетие в системе образования сложились условия для обеспечения психолого-педагогической и медико-социальной помощью детей с особыми потребностями и их семей. (Волосовец Т.В.). В России действуют более 850 государственных и муниципальных образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (ППМС-центры), которые ориентированы на возраст детей с трех лет. Получила развитие сеть медико-психолого-педагогических комиссий и консультаций, осуществляющих комплексное, целостное и системное изучение ребенка.

Однако дети младенческого возраста находятся вне поля зрения ППМС-центров и ПМПК, т.к. преимущественно наблюдаются в детских поликлиниках, где в настоящее время не предусмотрена психолого-педагогическая диагностика и коррекционно-логопедическая работа в младенческом и раннем возрасте, и, следовательно, упускается самый важный сензитивный период в формировании психомоторных и речевых функций.

На базе ИКП РАО создан «Центр диагностики и специальной помощи детям с выявленными отклонениями в развитии». Определены направления деятельности «Центра». Создан проект Программы единой государственной системы раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии.

Проведенное обсуждение «Программы» и мониторинг действующих служб ранней помощи в России показали необходимость дальнейшей проработки данной проблемы.

Наиболее успешным признан опыт Санкт-Петербургской социальной программы «Абилитация младенцев» и «Лонгитюд». В Москве реализация государственной «Программы» проходит в консультативно-диагностическом центре ИКП РАО; в «Центре ранней диагностики и специальной помощи»; в Центре «Малыш»; в «Центре лечебной педагогики» и некоторых других. Общим выводом в результате анализа данного опыта является признание необходимости и экономической целесообразности встраивания системы ранней помощи в имеющуюся образовательную систему путем расширения функций образовательных учреждений. (Разенкова Ю.А.)

Наше исследование и многолетний практический опыт работы позволяет дополнить данный вывод некоторыми предложениями. Нам представляется, что более приближенными к месту жительства для детей младенческого возраста являются детские поликлиники, которые посещаются регулярно. Эта

служба четко организована и проходит в рамках обязательного медицинского страхования. Наличие в детских поликлиниках таких специалистов как невролог, логопед, психолог, окулист, отоларинголог, методист кабинета здорового ребенка могут обеспечить проведение скрининговых исследований и динамических наблюдений за ребенком с ПЭП, а также принимать участие в медико-психолого-педагогического и логопедическом сопровождении развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.

В главе приводятся литературные данные об онтогенетических особенностях развития детей в младенческий, ранний и дошкольный период, раскрывается роль двигательного анализатора в развитии речевой деятельности, анализируются немногочисленные данные об особенностях онтогенеза детей с ПЭП.

Во второй главе «Концепция комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями» дано теоретическое обоснование модели комплексного ЛМППс развития детей раннего возраста с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями, представлены основные концептуальные положения исследования, описана инновационная модель комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП.

Коррекционно-логопедическая работа и психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с ПЭП младенческого, раннего и дошкольного возраста должны основываться на научных принципах и подходах. В основу разрабатываемой модели ЛМППс легли следующие методологические принципы:

Принцип научности. Для правильной оценки психомоторного уровня развития ребенка и составления индивидуальной программы сопровождения ребенка с ПЭП важно опираться на знание общих закономерностей развития детей, поэтапного развития психических функций в онтогенезе.

Принцип онтогенетически-последовательного подхода и поэтапного развития всех нарушенных функций у детей с ПЭП. При работе учитывается не только возраст ребенка, но и тот уровень доречевого развития, на котором находится ребенок. Коррекционно-логопедическая работа строится исходя из структуры дефекта с использованием сохранных функций. Дифференцированный подход во время занятий предусматривает учет возможностей ребенка, его «зоны ближайшего развития», клинических проявлений заболевания. При построении программы обучения необходимо учитывать ведущий тип деятельности возраста, соблюдать онтогенетическую последовательность при стимуляции психомоторного развития ребенка первых лет жизни. Эти научные знания позволяют специалисту, работающему по программе ранней коррекции, своевременно оказывать необходимую помощь ребенку и в доступной форме формулировать основные направления и задачи психолого-педагогической работы в условиях семейного воспитания.

Принцип комплексного подхода в логопедическом и медико-психолого-педагогическом сопровождении развития детей с ПЭП. Предусматривается развитие всех нарушенных функций доречевого периода. Необходимым условием является обучение родителей приемам коррекционного воспитания ребенка с ПЭП в домашних условиях.

Принцип системности, последовательности и этапности логопедического и медико-психолого-педагогического воздействия. Реализация принципа для становления соответствующему возрасту уровня психомоторного развития означает необходимость так организовать обучающий процесс, чтобы на первом году жизни ребенок с перинатальной энцефалопатией был включен в регулярную работу по коррекции и формированию всех возрастных навыков с учетом постепенного усложнения заданий.

Принцип раннего выявления нарушений и раннего начала коррекционной работы в рамках реализации модели ЛМППс. Это обеспечивает возможность устранения и предотвращения патологических состояний, обусловленных органическим поражением центральной нервной системы, коррекцию их психофизического развития, а также предотвращение их инвалидизации. Раннее начало коррекционно-логопедической работы предупреждает появление вторичной задержки развития других функций и педагогической запущенности.

Принцип индивидуального и дифференцированного подхода. Реализация этого принципа осуществляется путем подбора упражнений с учетом индивидуальных возможностей ребенка и сложности дефекта, а также с учетом возрастных и типологических особенностей.

Принцип воспитательной и развивающей направленности работы с детьми. Принцип ведущей роли в развитии ребенка активного воспитательного воздействия взрослого.

Принцип использования двигательной-кинестетической стимуляции в развитии моторики артикуляционного аппарата, сенсорных и речевых функций. Одним из важных факторов, объединяющих патогенез моторных и речевых расстройств, в той или иной мере является патология кинестезий. Одним из типов нарушений кинестезий является недостаточность или отсутствие следового образа движения артикуляционных мышц.

Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к реализации психолого-педагогических мероприятий в рамках ЛМППс. Наиболее высокие результаты достигаются при сочетании семейного воспитания и помощи специалистов. Опыт показывает, что эффективность коррекционных мероприятий выше там, где родители больше знают, умеют и сами систематически, регулярно работают с детьми дома.

Инновационная модель комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией.

Построение модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями (рис.1) предполагает выделение хронологических звеньев, направленных на пролонгированное комплексное развитие ребенка с ПЭП с младенческого возраста в условиях детской поликлиники, а с переходом в дошкольный возраст в дошкольном образовательном учреждении.

Определено содержание структурных элементов модели, выстроенных по вертикали: медицинская клиничко-диагностическая служба, пролонгированная в соответствии с возрастом (I звено – младенческий возраст, II звено – ранний возраст, III звено – дошкольный возраст), 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.

Основными целями построения модели комплексного ЛМППс развития детей с младенческого и раннего возраста выступает необходимость нивелирования дизонтогенеза, развития сенсомоторной базы детей с ПЭП, необходимой для их полноценного речевого развития.

Системообразующим фактором ЛМППс являются цели и задачи, которые необходимо реализовать последовательно от I звена ко II и затем к III звену модели ЛМППс. Признаками ЛМППс являются: системность, комплексность, содержательная насыщенность, целостность, взаимосвязанность, пролонгированность и преемственность.

Определены участники ЛМППс и их роль в действующей модели. Одна из центральных ролей возлагается на родителей ребенка, реализующих коррекционно-воспитательный режим в семье.

Таким образом, модель пролонгированного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП предусматривает квалифицированную диагностику и лечение на всех этапах, раннее начало и непрерывность коррекционно-воспитательных мероприятий, преемственность с существующими в настоящее время коррекционно-диагностическими центрами и службами, а также с дошкольными образовательными учреждениями. Важным преимуществом действия модели ЛМППс в условиях поликлиники является ее функционирование в рамках обязательного медицинского страхования. Детские поликлиники обеспечены необходимыми для ЛМППс: квалифицированными специалистами, необходимым оборудованием медицинских кабинетов, взаимодействуют со всеми ППСц, МПК, ПМПК, ПНД и другими службами города. Значимым фактором, кроме перечисленных преимуществ, является приближенность к месту жительства ребенка и доверие родителей к специалистам детской поликлиники.

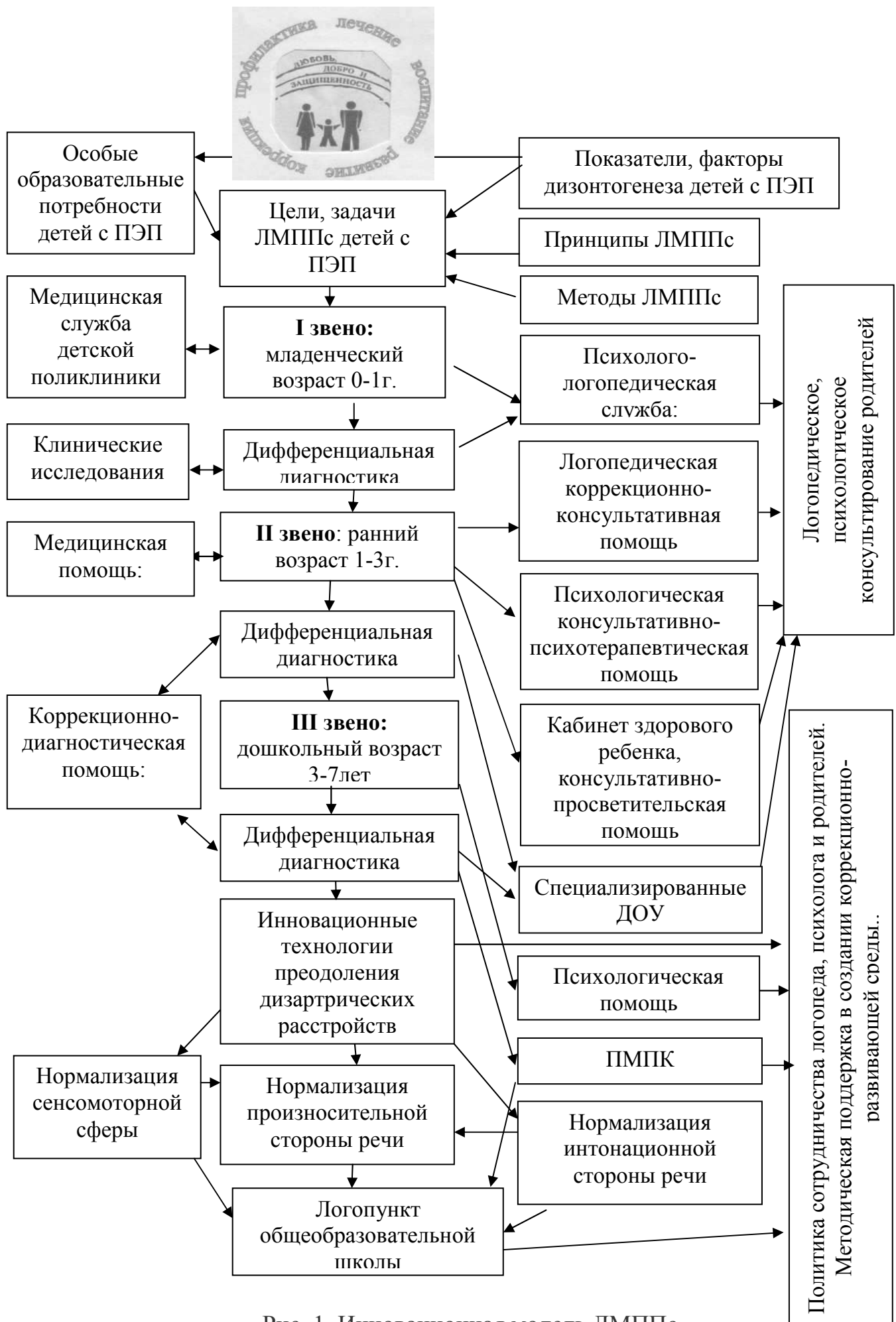


Рис. 1. Инновационная модель ЛМППс

В третьей главе «Программа экспериментальной апробации модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией» определены организация и методы исследования, методика проведения констатирующего эксперимента, технология обработки результатов экспериментального исследования, а также представлены результаты скринингового и углубленного изучения детей с перинатальной энцефалопатией.

В исследовании участвовало 588 детей с ПЭП, из них: в возрасте от рождения до года 432 ребенка, 72 ребенка в возрасте от 1 до 3 лет, и 84 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет. 155 детям в разные возрастные периоды был поставлен диагноз детский церебральный паралич (ДЦП). Дети составили две группы: экспериментальную и контрольную. В состав экспериментальной группы было включено 242 ребенка в возрасте от рождения до года, 53 ребенка в возрасте от 1 до 3 лет, 61 ребенок в возрасте от 3 до 7 лет. В состав контрольной группы вошло 190 детей в возрасте от рождения до года, 19 детей в возрасте от 1 до 3 лет, 23 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет. По клиническим проявлениям и выраженности признаков органического поражения центральной нервной системы группы были идентичны. Дети экспериментальной группы участвовали в апробации инновационной модели комплексного ЛМППс. Дети контрольной группы, в основном проживающие за пределами Москвы и Московской области, состояли на учете у невролога, получали необходимое лечение и эпизодические консультации специалистов психолого-педагогического профиля.

Исходя из целей исследования была разработана система углубленного обследования детей с ПЭП младенческого и раннего возраста, а также апробирована скрининговая методика Гриффитс.

Все пробы методики углубленного обследования детей младенческого и раннего возраста оценивались по балльной системе. Для анализа состояния психических процессов, динамики их развития и интерпретации все индивидуальные данные представлялись графически.

После проведения исследования был осуществлен количественный анализ результатов каждого ребенка и группы в целом. Определялся Sg^n – средний показатель группы в каждом задании, полученный путем вычисления среднего арифметического результатов всех детей группы в конкретном задании. Вычислялся Sm – средний показатель группы по всем заданиям, полученный путем сложения среднего арифметического показателя Sg^n по каждому заданию, где n номер задания.

С учетом общего количества баллов в каждой группе подсчитывался средний показатель группы по каждому заданию отдельно. Этот средний показатель позволил судить о степени сформированности обследуемых параметров речи каждой группы испытуемых. По этим показателям составлены сводные диаграммы, которые демонстрируют уровни сформированности отдельных сторон речи у детей. Аналогичный механизм расчета применялся при оценке эффективности формирующего эксперимента.

Результаты исследования представлены в диссертации в виде диаграмм, таблиц и графиков.

Также в данной главе анализируются результаты экспериментального исследования детей с ПЭП:

Анализ результатов углубленного обследования детей младенческого возраста (212 чел) ЭГ в стационаре показал выраженность нарушения психомоторного развития.

Следующая группа детей (30 чел.) исследовалась по скрининговой методике в условиях Дома ребенка и детской поликлиники. В дальнейшем они были участниками экспериментального ЛМПП сопровождения. При изучении анамнестических данных у всех детей были выявлены признаки раннего органического поражения центральной нервной системы.

Данные исследования помогли наиболее четко представить патологический путь развития ребенка с ПЭП в младенческий период и выявить те особенности, которые мешают своевременному и правильному развитию ребенка. Одновременно с выявлением нарушенных функций определялись и наиболее сохранные стороны развития ребенка, с опорой на которые и составлялся план коррекционно- логопедической работы.

Данные изучения детей с ПЭП показали, что задержка в развитии ребенка начинается с первых недель жизни и охватывает все функции: двигательную сферу, сенсорное восприятие, ориентировочно-познавательную, предметную и речевую деятельность.

В результате исследования дети, находившиеся на одном уровне доречевого развития, были объединены в одну группу. Всего было выделено четыре группы детей, соответствовавшие 4 этапам доречевого развития.

Дети первого полугодия жизни, воспитывающиеся в Доме ребенка, попадают в «группу риска» по возникновению нарушений в психомоторном и речевом развитии и нуждаются в комплексной коррекционно-логопедической помощи.

Все дети 1-го года жизни, обследованные в условиях детской поликлиники, имели ПЭП и по результатам обследований не соответствовали своей возрастной норме.

Результат констатирующего эксперимента показал, что дети с перинатальной энцефалопатией проявляют разные патологические отклонения от онтогенеза. Симптоматика сохраняется в дальнейшем, что обуславливает речевые нарушения, в том числе и дизартрические расстройства. Структура дефекта детей с перинатальной энцефалопатией требует логопедического и психолого-педагогического воздействия с привлечением близких младенца.

Динамическое наблюдение показывает, что с возрастом детей все линии развития продолжают существенно отставать от нормативных показателей, при этом отставание речевого развития остается самым выраженным. Такая тенденция характерна для развития всех участников исследования.

Анализ результатов обследования детей с ПЭП в возрасте от 1 г. до 2-х лет по скрининговой методике, позволил сделать вывод о том, что типичная структура нарушения сохраняется несмотря на увеличение возраста ребенка.

Анализируя результаты обследования детей 2-3-х лет по методике углубленной также можно проследить характерные особенности структуры нарушения детей с ПЭП: недостатки общей и тонкой моторики, сенсорных процессов, сочетающиеся с отставанием всех компонентов речевого развития.

В четвертой главе «Изучение особенностей речевого развития дошкольников с последствиями перинатальной энцефалопатии» раскрывается содержание и методика проведения обследования произносительной стороны речи и ее функционального базиса у дошкольников, в анамнезе которых отмечалась ПЭП.

Для оценки состояния артикуляционной и мимической моторики детей с дизартрическими расстройствами использовались приемы, рекомендуемые Л.В.Лопатиной, Г.В. Дедюхиной, а также авторские разработки.

При диагностике нарушений моторного развития у детей с дизартрическими расстройствами мы руководствовались тестами по исследованию двигательных функций, рекомендованными А.Р. Лурия, Н.И. Озерецким, Хэдом, Л.А. Венгером, И.Ю. Левченко и др.

Обследование состояния звукопроизношения проводится по общепринятой в логопедии методике, опубликованной в работах Левиной Р.Е., Жуковой Н.С., Мастюковой Е.М., Филичевой Т.Б., Чиркиной Г.В.

При обследовании звукопроизношения применялись методические приемы отраженного и самостоятельного воспроизведения лексического материала.

Используемая система обследования фонематического слуха включает традиционные для логопедической практики приемы, заимствованные из трудов Т.Б.Филичевой, Т.А.Ткаченко.

Система адаптирована для обследования фонематического слуха у детей с дизартрическими расстройствами и состоит из ряда проб для обследования предпосылок формирования фонематического слуха.

Для обследования слоговой структуры и звуконаполняемости слов подбираются слова с определенными звуками и с разным количеством слогов. Кроме этого обследуется возможность воспроизведения ритмических структур (изолированные удары, серии простых ударов, серии акцентированных ударов).

Кроме констатации нарушений слоговой структуры, анализировалась качественная сторона. Отмечалось, какие классы слов наиболее искажаются, а какие сформированы. Далее отмечалось, при каких условиях заметно ухудшается звуко-слоговая структура. В итоге определялся вид поломок в слоговой структуре.

Заключительная серия заданий была направлена на исследование интонационно-выразительной стороны речи детей с дизартрическими расстройствами, в анамнезе которых диагноз ПЭП. Балльная шкала оценок позволила определить степень выраженности нарушения.

Анализ результатов обследования моторики, в том числе, состояния и особенностей функционирования органов артикуляции, позволил нам сделать вывод о выраженной недостаточности двигательной сферы дошкольника, в анамнезе которого в первый год жизни имели диагноз ПЭП (рис.2).

Микроневрологическая симптоматика, определившая диагноз ПЭП, с возрастом не исчезает, но на фоне благоприятного двигательного развития ребенка до определенного возраста не вызывает беспокойства и в связи с чем остается пропущенной. В дошкольном возрасте увеличиваются требования к ребенку и его моторная несостоятельность в сочетании с невыразительной, смазанной речью дают основания для установления диагноза - дизартрические расстройства (ДР).

Результаты обследования моторного развития и состояния сформированности фонематического слуха дошкольников с дизартрическими расстройствами свидетельствуют о недостаточном уровне сформированности сенсомоторного базиса речи: недостаточность общей моторики (57,6%), ограничение моторики артикуляционного аппарата (56,2%) и соответствующий им низкий уровень сформированности фонематического слуха (63,7%).

Была установлена степень распространенности неправильного произношения различных групп звуков и сделан вывод о том, что основной причиной стойких нарушений звукопроизношения у детей является недостаточное развитие речевой моторики. Удалось также определить типологию и распределение нарушений слоговой структуры слов у дошкольников.

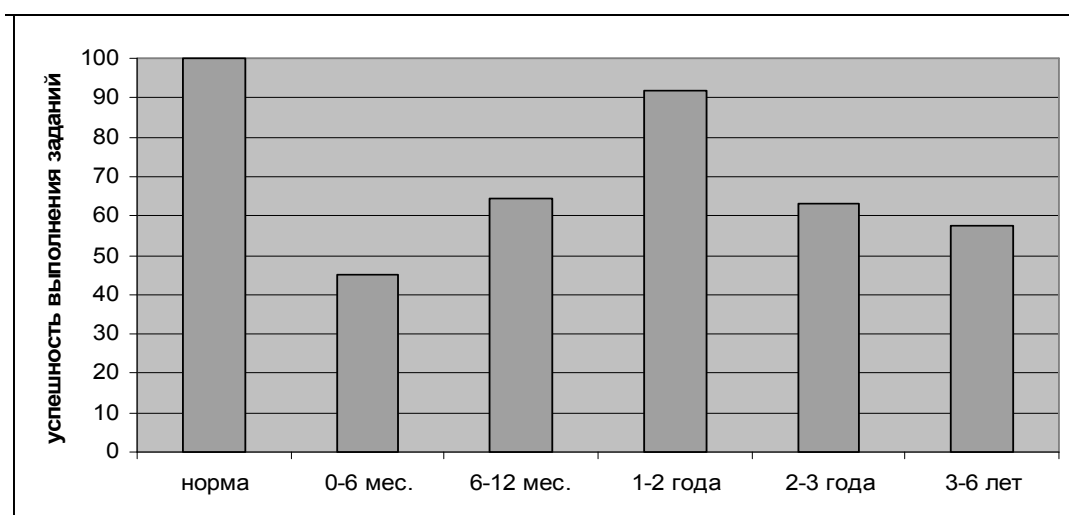


Рис.2. Динамика моторного развития детей с ПЭП с рождения до 6 лет.

Для дошкольников с дизартрическими расстройствами характерна прямая зависимость качества слоговой структуры слов от нарастания объема предъявляемого лексического материала. Нарушение слоговой структуры слов у дошкольников с дизартрическими расстройствами носит вторичный характер и зависит от состояния моторных функций. Низкой возможности

воспроизведения слоговых рядов способствует низкий уровень моторных показателей артикуляционного аппарата.

Уровень сформированности компонентов просодики оценивался по балльной шкале и составил 60,3% успешности.

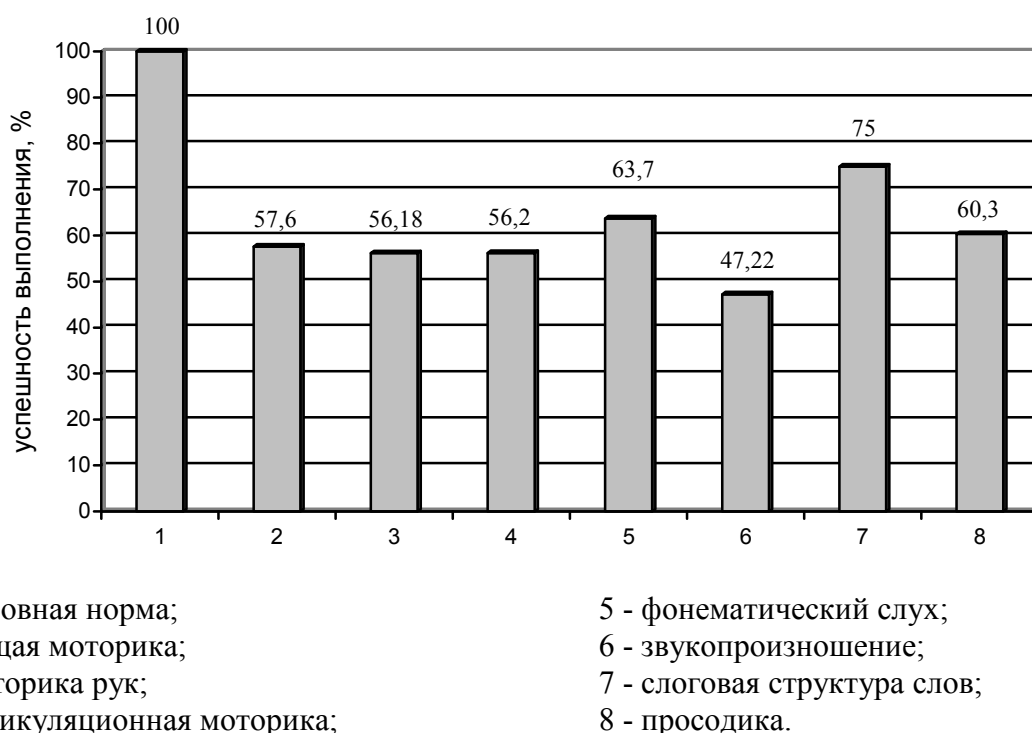


Рис. 3. Успешность выполнения комплекса обследования дошкольниками с дизартрическими расстройствами.

Как видно на рис.3 моторный уровень речи (параметры 2,3,4) отстает от возрастной нормы. Это отставание выражается в недостаточности точных, координированных, ритмичных движений и выявляется только в процессе обследования. Моторная недостаточность, как следствие ПЭП, с возрастом не исчезает, а проявляется все 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 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. Показатель просодики (60,3%) соответствует среднему показателю сенсомоторного уровня речи (59,66%). Просодика является наивысшим уровнем развития языка и формируется на сохранной сенсомоторной базе речи. У дошкольников с дизартрическими расстройствами нет достаточной сенсомоторной базы для формирования значительного числа компонентов просодической системы.

В пятой главе «Логопедическое и медико-психолого-педагогическое сопровождение развития детей с перинатальной энцефалопатией» описывается апробация инновационной модели раннего комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП.

I звено модели ЛМППс. Этот раздел работы является первым звеном в реализации инновационной модели ЛМППс развития детей младенческого возраста с ПЭП. Основные направления работы: нормализация состояния и функционирования органов артикуляции посредством дифференцированного и точечного массажа, артикуляционной гимнастики; развитие зрительного и слухового восприятия; развитие эмоциональных реакций; развитие движений руки и действий с предметами; формирование подготовительных этапов развития понимания речи; развитие предпосылок формирования активной речи.

Основными задачами коррекционно - педагогической работы с детьми, находящимися на доречевых уровнях развития, является: на I уровне - стимуляция голосовых реакций; на II уровне – стимуляция гуления; на III уровне – стимуляция интонированного голосового общения и лепета; на IV уровне – развитие общения со взрослым посредством интонационных звуков лепета и лепетных слов.

II звено модели ЛМППс. Этот раздел работы является вторым звеном в реализации модели ЛМППс развития детей раннего возраста с ПЭП.

Предусматривается развитие всех сторон: эмоциональной, сенсорной, познавательной, голосовой активности, манипулятивной функции рук, нормализации артикуляционного аппарата; т.е. создания необходимой сенсомоторной базы для развития речевой, психической и двигательной деятельности ребенка.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми, находящимися на первом вербальном уровне развития, является стимуляция и активизация общения лепетными словами, расширение пассивного словаря. Основными направлениями коррекционно - логопедической работы являются: нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата; выработка ритмичности дыхания и движений ребенка; стимуляция общения лепетными словами; вызывание положительного эмоционального отношения к занятиям; выработка зрительных дифференцировок; развитие правильных кинестетических ощущений и на их основе пальцевого осязания; выработка акустической установки на звуки и голос, развитие слуховых дифференцировок, формирование понимания речи.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми с ПЭП, находящимися на втором вербальном уровне развития, является стимуляция общения с помощью интонационно окрашенных лепетных и общеупотребительных слов, простых фраз; совершенствование пассивного и активного словаря, расширение фразы, формирование элементов грамматической сочетаемости слов. Основные направления коррекционно-логопедической работы: нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата; увеличение силы и длительности выдоха; стимуляция физиологических эхоталий и лепетных слов, простого

предложения, развитие манипулятивной функции рук и дифференцированных движений пальцев рук; формирование понимания речевых инструкций. Одним из важных факторов при проведении логопедических занятий является создание положительного эмоционального отношения ребенка к занятию и к логопеду. Большое значение для развития интереса и активности ребенка имеет выбор адекватной для возраста игрушки.

Система коррекционно-логопедической работы предусматривает активное участие в ней родителей ребенка.

III звено модели ЛМППс. В основе инновационного подхода к преодолению дизартрических расстройств лежат коррекционные принципы.

Инновационные подходы к логопедической работе включали: дифференцированный логопедический массаж, комплекс артикуляционной гимнастики (20 упражнений с функциональной нагрузкой), способ утрированной артикуляции звукосочетаний с функциональной нагрузкой, преодоление диспраксических расстройств с опорой на афферентацию разной модальности, тренинговые занятия по модульной системе с целью активизации и нормализации тактильной, кинестетической и проприоцептивной афферентации и др.

Стимуляция положительной кинестетической и кинетической афферентации, укрепление статической и динамической координации ручных и артикуляционных движений, а также утрированное артикулирование гласных и слоговых конструкций (11 модулей), способствует предупреждению (устранению) дисграфических специфических ошибок, связанных с неточным артикулированием согласных звуков и редуцированным произношением гласных звуков. Можно предполагать, что предложенные способы создают, упрочивают связи между фонемой, артикулемой, кинемой и графемой.

Непосредственная коррекционная работа по нормализации произносительной стороны речи детей с дизартрическими расстройствами строится по этапам. Подробное содержание коррекционной работы на каждом из трех этапов представлено в тексте диссертации. Там же описываются инновационные технологии.

Подготавливается сенсомоторная база речи детей, в анамнезе которых имелась ПЭП. В исследовании представлена коррекция звукопроизношения, в основе которой лежат 20 артикуляционных упражнений с функциональной нагрузкой. Приводятся способы и последовательность упражнений для преодоления диспраксических расстройств.

Наиболее трудоемкой для логопедической практики является автоматизация поставленных звуков. Нами разработана система автоматизации звуков по модулям (11 модулей) с постепенно усложняющейся структурой сочетания фонем.

Эту модель автоматизации звуков мы сочетали с тактильно-кинестетической стимуляцией кистей обеих рук в ходе закрепления различных звукосочетаний (модулей).

Применяемый нами метод автоматизации поставленных звуков с утрированной артикуляцией в звукосочетаниях, постепенно усложняющихся

(модули), способствует возникновению прочных кинестезий, что не только способствует коррекции звукопроизношения, но и является профилактикой дисграфии. А в речи улучшается дикция, устраняется редуцированное произнесение гласных, что улучшает просодическую окраску речи. Применение на этапе автоматизации звуков тактильно-кинестетической стимуляции ускоряет процесс автоматизации и дифференциации звуков.

В шестой главе «Результаты реализации инновационной модели комплексного логопедического и медико-психолого–педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией» анализируются результаты реализации трех звеньев инновационной модели ЛМППс развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями.

Оценка эффективности реализации 1 звена инновационной модели ЛМППс.

В результате комплексного сопровождения развития детей с ПЭП были достигнуты положительные результаты в двигательном, психическом развитии, в нормализации состояния артикуляционного аппарата и в речевом развитии.

Катамнестическое исследование было проведено у 190 детей в возрасте 3 – 4 лет. Для оценки полученных результатов раннего комплексного коррекционно-логопедического воздействия было проведено сопоставление данных экспериментальной группы с контрольной. Для этой цели было проанализировано 190 историй болезней детей в возрасте 3-4 лет с последствиями ПЭП, которые в этот период обратились за консультацией и до этого времени не получали комплексного лечения, в том числе и логопедической помощи. По характеру последствий ПЭП, по степени выраженности психической недостаточности эти две группы – экспериментальная и контрольная – были равнозначны.

Проведенный сравнительный анализ детей ЭГ и КГ показал, что кроме значительной разницы в их речевом развитии, существуют и другие отличительные особенности. Так, дети, наблюдавшиеся нами с самого раннего возраста, получавшие комплексное восстановительное лечение, в том числе и логопедическую помощь, отличались от детей контрольной группы более выраженной потребностью речевого общения, активностью, контактностью, имели более развитые сенсорные процессы. Значительно успешнее эти дети выполняли предметно - манипулятивные действия, артикуляционный аппарат их имел менее выраженную патологию, работоспособность их была значительно выше и устойчивее.

Таким образом, делая выводы об эффективности логопедической работы с детьми и их ЛМПП сопровождения в доречевой период, мы оценивали появившиеся возможности спонтанной голосовой активности, ее интонационной выразительности; возможности самоподражаний и отраженной вокализации. Закрепление этих навыков способствовало переходу ребенка на более высокий этап доречевого развития или выходу его на уровень речевого общения. Оценивалась и степень коммуникативной активности голосовых реакций, слога-звуковой активности и первых слов ребенка в речевой ситуации.

Анализируя результаты коррекционно-логопедической работы и устойчивость сохранения полученных результатов, навыков голосовой, звуко-слоговой активности и речи, а также навыков манипулятивно-предметной деятельности, выяснили, что возможность сохранения и переход их на более высокую ступень при дальнейшем развитии определяются прочностью выработанного навыка в стационаре, продолжением в дальнейшем занятий в домашних условиях родителями по рекомендации логопеда.

Анализ полученных результатов психолого-педагогической работы показал достаточно высокую эффективность реализации 1 звена модели ЛМППс, апробируемой с целью профилактики и коррекции недостатков психомоторного развития у детей младенческого возраста с ПЭП.

Коррекционно-логопедическая работа в комплексе ЛМППс, строящаяся по этапам, базирующаяся на сохранных функциях, способствует онтогенетически последовательному восстановлению и формированию доречевого развития ребенка, формирует необходимый сенсомоторный базис для развития речевой, психической и интеллектуальной деятельности детей не только с ПЭП, но и с церебральным параличом.

Течение доречевого и речевого развития детей, с ПЭП, а у некоторых как следствие ПЭП- церебральным параличом, можно прогнозировать и, следовательно, осуществлять профилактику уже с первых недель и месяцев жизни ребенка, учитывая степень нарушения артикуляционного аппарата, состояние голосовой и дыхательной функции, а также сенсорных и других функций.

Прогностически неблагоприятными критериями являются: отсутствие в течение первых двух лет жизни голосовой коммуникативной активности в сочетании с резко выраженными оральными синкинезиями и незначительная положительная динамика детей в возрасте 1-2 лет жизни, находящихся на начальных (I-II) доречевых этапах.

Прогностически благоприятными критериями являются: положительная поэтапная динамика доречевых функций, в частности, динамика голосовой коммуникативной функции и ее интонационной выразительности.

Результаты ЛМППс подтвердили, что реализация программы психолого-педагогического и медицинского сопровождения может быть эффективной при соблюдении специальных педагогических условий:

- раннего выявления нарушений и раннего начала работы с ребенком первого года жизни, сочетания психолого-педагогического сопровождения с проведением комплексов логопедического массажа и артикуляционной гимнастики, индивидуального дифференцированного подхода в зависимости от уровня доречевого развития ребенка и от структуры имеющихся у него нарушений;
- активного вовлечения родителей в обучающий и коррекционный процесс;
- обязательного комплексного развития, включающего все функции: моторные, эмоциональные, сенсорные и др.

Оценка эффективности реализации II звена инновационной модели ЛМППс.

В целом отмечается тенденция к положительной динамике за счет активного стимулирования развития ребенка в ходе ЛМППс, но дефицит речевого развития с ростом ребенка становится более заметным. Сдвиги в речевом развитии отмечались у всех детей с ПЭП, но их темп отставал от нормативного. Прослеживается закономерность, состоящая в том, что по отношению к норме показатели «слуховое внимание и речь» снижаются. До ЛМППс успешность была 80,08%, а через 4 месяца успешность 79,4%, хотя отдельно каждый ребенок показал прирост в речевом развитии

Комментируя результаты за 4 месяца реализации инновационной модели ЛМППс, можно отметить медленный прирост умений и навыков детей на втором году жизни. Наименее выраженная динамика отмечалась по параметру «слуховое внимание и речь». Тем не менее, по всем линиям развития заметен прогресс, в сравнении с контрольной группой этого же возраста.

Сопоставление результатов ЭГ и КГ через 4 месяца показало, что на первом этапе обследования дети с ПЭП обеих групп показали близкие результаты. Sm-средний показатель (сумма баллов в %) группы по всем параметрам ЭГ=86,6%, а КГ=87,3%. Контрольный срез через 4 месяца констатировал снижение в обеих группах Sm-показателя: в ЭГ=84,4%, а КГ=77,1%.

Эффективность реализации модели ЛМППс раскрывается в этих показателях. У детей ЭГ, являющихся участниками ЛМППс, темп отставания в сравнении с нормой замедлился и составил -2,2%, у контрольной группы – 10,2%. Несмотря на ЛМППс в ЭГ снизился процент успешности, так как сравнение проводится с существенно выросшей нормой возраста. Результаты, полученные в ходе исследования, количественно-качественный анализ данных реализации модели ЛМППс, свидетельствуют о необходимости логопедического психолого-педагогического воздействия в рамках ЛМППс для нивелирования остаточных явлений ПЭП и для предупреждения речевых нарушений.

Сопоставление результатов ЭГ и КГ возрастной группы 2-3 лет показало, что на первом этапе обследования дети с ПЭП в возрасте 2,5 лет незначительно отличаются: ЭГ – 60,43%, а КГ – 56,3%. К трем годам разница в успешности выполнения всех проб при повторном обследовании ЭГ и КГ становится выраженной: успешность ЭГ – 67,2%, КГ – 44,7%.

Дети экспериментальной группы, являющиеся участниками ЛМППс, существенно отличаются от своих сверстников (КГ), имеющих одинаковые стартовые возможности. На наш взгляд, это подтверждает эффективность и целесообразность применения ЛМППс сопровождения развития детей в условиях поликлиники, начиная с I звена младенческого возраста, продолжая на II звене – раннем и затем III звене – дошкольном возрасте.

Анализ, обобщение и систематизация полученных результатов исследования психомоторного развития детей с ПЭП младенческого и раннего возраста, позволили сделать следующие выводы.

- Симптоматика дизартрических расстройств сопровождает ребенка на всем пути его развития.

- Оптимистический прогноз возможен при условии раннего определения всей совокупности симптомов сенсомоторной недостаточности и, соответственно, раннего их устранения методами медико – психолого – педагогического и логопедического воздействия.
- Реализация ЛМПП сопровождения развития младенцев и детей раннего возраста с ПЭП, осуществленная в настоящем исследовании, свидетельствует об эффективности предложенных инновационных способов, нормализующих сенсомоторный уровень детей с ПЭП.

Оценка эффективности реализации III звена инновационной модели ЛМППс.

Оценка эффективности реализации инновационных подходов к преодолению дизартрических расстройств в рамках проведения ЛМПП сопровождения дошкольников, в анамнезе которых была отмечена ПЭП, осуществлялась путем контрольных срезов – обследований с интервалом в 4-5 месяцев.

Для убедительности и подтверждения выводов об успешности применения инновационных подходов определили контрольную группу (КГ), которую составили 23 дошкольника с дизартрическими расстройствами, занимавшихся по традиционной методике в ДОУ г.Москвы: №426 (логопед – Годовикова О.В.); УВК №1830(логопед – Шевцова О.О.);ГОУ №1245комбинированного вида (логопед – Михалева Е.В).

Соотношение динамики моторного развития ЭГ и КГ свидетельствует о том, что эффективность в ЭГ выше, чем в КГ в развитии общей моторики на 5,76%, в ручной моторике на 6,99%, а в развитии артикуляционной моторики на 4,88%, что можно отнести на счет включения инновационных технологий, оптимизирующих коррекционную работу.

В процессе реализации третьего звена предусматривалась коррекция фонетико-фонематической стороны речи детей.

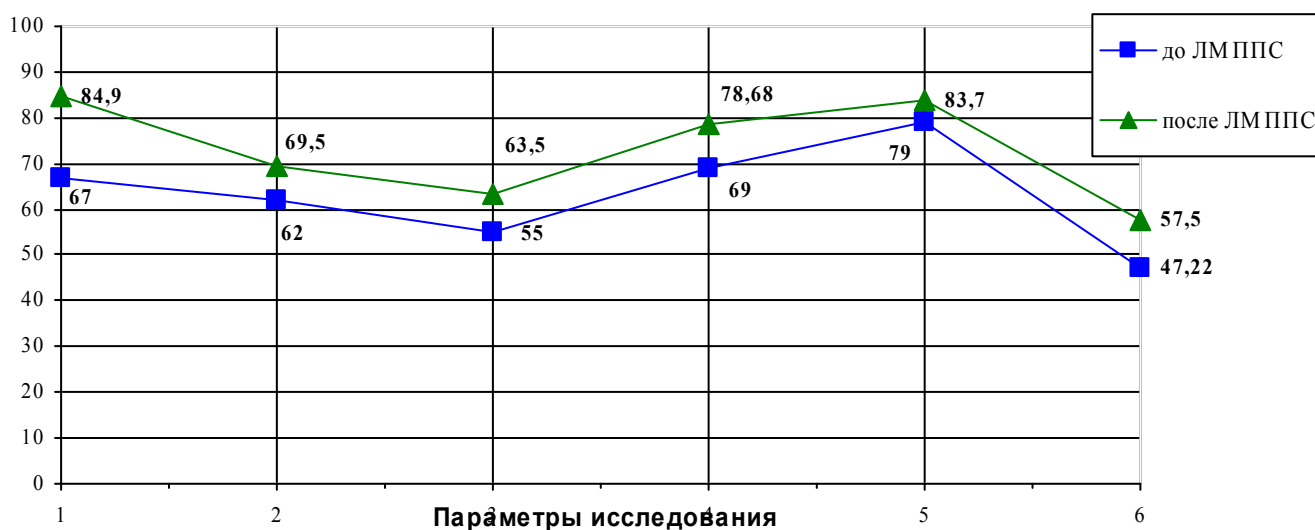
На данном этапе логопедической работы инновационный подход распространялся на подготовку артикуляционного аппарата, на выработку артикуляционных укладов для вызывания звуков, на автоматизацию звуков с опорой на тактильно-кинестетическую и проприоцептивную стимуляцию.

Как видно из графика (рис.4), только улучшение сенсомоторной базы, а именно кинестетического и кинетического орального праксиса, статической и динамической координации артикуляционных движений, а также увеличение показателей по формированию кинетической и кинестетической организации движений руки, обеспечивает успех в коррекции звукопроизношения.

Для ускорения автоматизации и введения звука в речь применялась инновационная технология – модульная система автоматизации звука. Постепенное наращивание трудностей фонетического контекста в слоговых модулях в сочетании с акцентуацией и тактильно-кинестетической стимуляции способствовало закреплению звука в слогах, а затем и словах разной слоговой сложности.

Модульная система (11 модулей) автоматизации звуков имеет строгую иерархическую последовательность, определенную согласованность движений пальцев обеих рук на тренажере.

Применение в формирующем эксперименте инновационных технологий, описанных выше дало определенный положительный результат. Улучшилось использование звука в разных фонетических условиях и контекстах.



1.кинестетический оральный праксис, 2.кинетический оральный праксис, 3.динамическая координация артикуляционных движений, 4.кинестетическая организация движений руки, 5.кинетическая организация движений руки, 6.звукопроизношение

Рис.4. Влияние сенсомоторной базы на формирование звукопроизношения у дошкольников с дизартрическими расстройствами

Инновационный подход при нормализации слоговой структуры слов у дошкольников, касался формирования предпосылок становления слоговой структуры слов. Совершенствование статико-динамических и темпоритмических параметров пальцевых и артикуляционных действий осуществлялось в ходе занятий на тренажере с игольчатой поверхностью в процессе сопряженных движений.

Кинестетический и кинетический оральный праксис и динамическая координация артикуляционных движений уточнялась в процессе овладения двадцатью артикуляционными упражнениями с функциональной нагрузкой.

Модульная система (11 модулей), применяемая для автоматизации поставленных или уточняемых звуков в разных слоговых конструкциях, способствовала выработке прочных положительных артикуляционных стереотипов.

Соотнесение показателей развития моторики и слоговой структуры слов дошкольников с дизартрическими расстройствами дает основание считать, что у детей с дизартрическими расстройствами нарушается не формирование слоговой структуры слова, а реализация ее в условиях возрастающей сложности

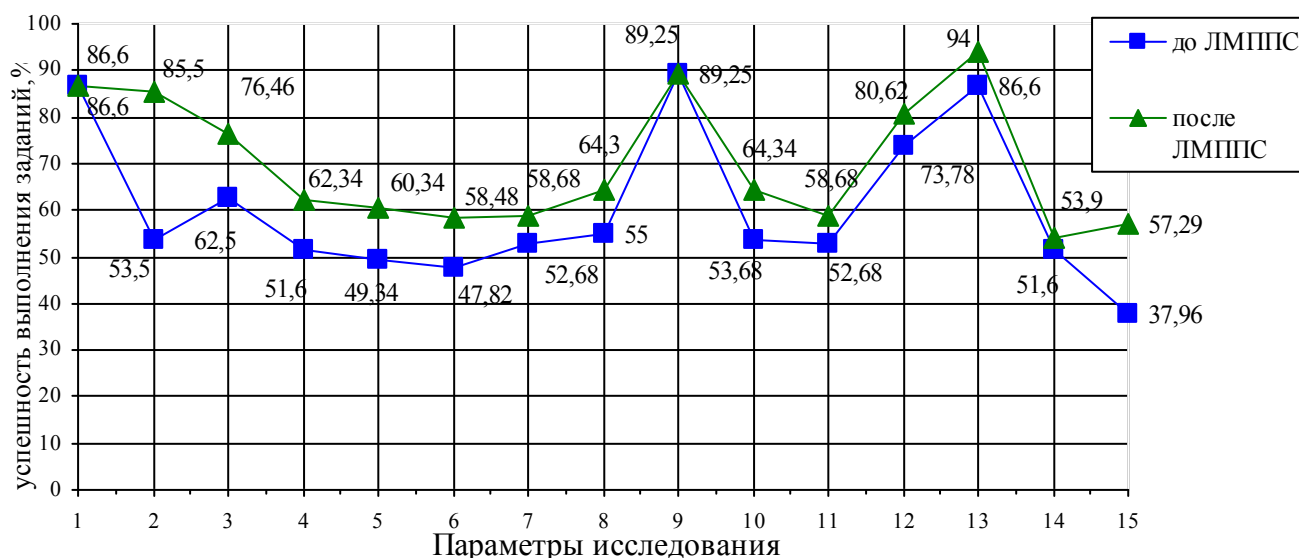
структуры слов и в зависимости от фонетических условий и объема лексического материала.

Для подтверждения эффективности включения оптимизирующих коррекционную работу инновационных технологий было проведено сопоставление с контрольными группами дошкольников.

В КГ №1 и КГ №2 применяли традиционные, широко известные в практике логопедии методики З.Е. Агранович и Т.А.Ткаченко, адаптируя их с учетом структуры нарушения детей с дизартрическими расстройствами. Стартовые позиции у дошкольников были близкими. В ЭГ – 75% успешности. В КГ №1 – 64% успешности выполнения всего комплекса обследования слоговой структуры слов. В КГ №2 – 67,5% успешности.

В ЭГ прирост успешности составил 16,86%, в КГ №1 – 8%, в КГ №2 – 11,6%.

Кроме количественного преимущества результатов в ЭГ отмечены и качественные. Прирост успешности в ЭГ приходится на самые трудные позиции слоговой структуры слов.



1. Восприятие ритма, 2. Воспроизведение ритма, 3. Восприятие интонации, 4. Воспроизведение интонации, 5. Восприятие логического ударения, 6. Воспроизведение логического ударения, 7. Модуляция голоса по высоте, 8. Модуляция голоса по силе, 9. Исключение назального тембра голоса, 10. Восприятие тембра, 11. Воспроизведение тембра, 12. Речевое дыхание, 13. Восприятие темпа, 14. Воспроизведение темпа, 15. Состояние слухового контроля

Рис.5. Сравнительные показатели компонентов интонационно-выразительной стороны речи с дизартрическими расстройствами до и после инновационных коррекционных мероприятий

Таким образом, результаты формирующего эксперимента в ЭГ подтвердили высокий потенциал инновационных технологий в актуализации слоговой структуры слов у дошкольников с дизартрическими расстройствами.

Данные, свидетельствующие о изменениях показателей компонентов просодической системы, полученных в результате включения в традиционные методы инновационных технологий, отражены на рис.5

Дети ЭГ обучались по инновационной технологии, при которой становление компонентов просодической системы формировалось с использованием тактильно-кинестетической стимуляции. При этом сенсомоторная база просодики подготавливалась также с использованием инновационных подходов: дифференцированного логопедического массажа, артикуляционных упражнений с функциональной нагрузкой, модульной системы уточнения, закрепления и автоматизации вызванных или скорректированных звуков. Дети контрольной группы (КГ) занимались в ДООУ для детей с нарушениями речи по стандартизированным программам, где используются широко известные приёмы и методы нормализации речевого дыхания, модуляций голоса.

Мы связываем отмеченную положительную динамику с активизацией кинестетической базы, возникшей вследствие направленных действий по стимуляции тактильно-кинестетической и проприоцептивной афферентации в зоне ручной, артикуляционной и голосовой сфер, в процессе синхронных и сопряжённых голосоподачи, артикулирования и движений пальцев рук по тренажёру с игольчатой поверхностью. Следствием этого является улучшение кинетической основы движений периферического отдела речевого аппарата.

Для удобства оценки эффективности обучающих экспериментов в ЭГ и КГ прирост показателей был отражен в таблице №.1.

Таблица №1.
Показатели эффективности в ЭГ и КГ.

| Группы | Параметры исследования в % | | | | | |
|---------|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| | Моторика общая, % | Моторика руки, % | Моторика артикуляц % | Звукопроеиз ношение звука [с] % | Слоговая структура, % | Просодика, % |
| ЭГ | 14,96 | 11,02 | 7,8 | 12,02 | 16,86 | 9,75 |
| КГ | 9,2 | 4,03 | 2,92 | 3,79 | 11,6 | 2,4 |
| разница | 5,76 | 6,99 | 4,88 | 8,23 | 5,26 | 7,35 |

Таким образом, анализ результатов обучения с использованием инновационных технологий, показывает разницу результатов ЭГ и КГ (таблица №1). Можно констатировать, что инновационные технологии повышают эффективность коррекционной работы.

Заключение. Исследование подтвердило выдвинутую нами гипотезу и позволило решить все поставленные задачи. По исследованию в целом можно сделать следующие выводы:

1. В концепции и методологии исследования по созданию модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП и ее последствиями представлено теоретико-методологическое обоснование, включающее: теорию культурно-исторического развития, положения о взаимодействии ребенка и матери, о созревании психических функций, принцип о ведущей роли воспитания и обучения в развитии детей младенческого, раннего и дошкольного возраста и др.
2. Для решения задач в ходе исследования были разработаны и апробированы технологии скринингового и углубленного изучения детей с признаками раннего органического поражения мозга, которые позволили выявить особенности нарушений развития у детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями.
3. В ходе экспериментального исследования были выявлены следующие особенности нарушений развития у детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями:
 - течение доречевого и речевого развития детей, с ПЭП, а у некоторых детей как следствие ПЭП - церебральным параличом, можно прогнозировать и, следовательно, осуществлять профилактику уже с первых недель и месяцев жизни ребенка, учитывая степень нарушения артикуляционного аппарата, состояние голосовой и дыхательной функции, а также сенсорных функций;
 - динамическое наблюдение показывает, что с возрастом детей все линии развития продолжают существенно отставать от нормативных показателей, при этом отставание речевого развития остается самым выраженным. Такая тенденция характерна для развития всех участников исследования;
 - моторная недостаточность, как следствие ПЭП, с возрастом не исчезает, а проявляется все более заметно 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 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;
 - у детей с дизартрическими расстройствами нарушается не формирование слоговой структуры слова, а реализация ее в условиях возрастающей сложности структуры слов и в зависимости от фонетических условий и объема лексического материала.
4. В результате экспериментального исследования выделены критерии, позволяющие прогнозировать ход речевого развития ребенка с органическим поражением центральной нервной системы. Прогностически неблагоприятными являются: отсутствие в течение первых двух лет жизни голосовой коммуникативной активности в сочетании с резко выраженными оральными синкинезиями и незначительной положительной динамики детей в возрасте 1-2 лет жизни, находящихся на начальных доречевых этапах. Прогностически благоприятными критериями являются: положительная поэтапная динамика доречевых функций, в частности, динамика голосовой коммуникативной функции и ее интонационной выразительности.
5. В ходе разработки модели комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП и ее последствиями были определены этапы реализации комплексной помощи (I звено - младенческий возраст; II звено - ранний возраст, III звено – дошкольный возраст), ее основные направления и содержание на каждом этапе.
6. Инновационные подходы к логопедической работе заключались в следующем:
- разработан и внедрен дифференцированный логопедический массаж, обеспечивающий нормализацию мышечного тонуса артикуляционного аппарата;
 - разработан и внедрен комплекс артикуляционной гимнастики, включающий 20 упражнений с функциональной нагрузкой, обеспечивающий подготовку правильной артикуляции звуков;
 - разработан и внедрен способ утрированной артикуляции с функциональной нагрузкой, способствовавший эффективной коррекции звуков в случаях их искажения;
 - разработаны критерии подготовленности артикуляционной базы конкретных звуков для определения последовательности звуков при их постановке;

- для преодоления диспраксических расстройств был разработан и внедрен способ, в основе которого лежит опора на афферентацию разной модальности;
 - для автоматизации поставленных звуков и введения их в речь был разработан и внедрен способ тактильно-кинестетической стимуляции при закреплении звука в разных фонетических условиях (с помощью тренажера).
7. Специальная методика, включающая комплекс упражнений, отвечающий психофизическим особенностям детей первого года жизни с ПЭП, позволяет частично или полностью преодолеть нарушения психомоторного развития и стимулирует речевое развитие ребенка.
8. Для оптимизации процесса автоматизации и введения звука в речь целесообразно применять инновационную технологию – модульную систему автоматизации звука. Постепенное наращивание трудностей фонетического контекста в слоговых модулях в сочетании с акцентуацией в тактильно-кинестетической стимуляции способствовало закреплению звука в слогах, а затем и словах разной слоговой сложности. Для начальной автоматизации поставленного звука были разработаны и внедрялись 11 модулей (11 вариантов слоговых конструкций и звукосочетаний). Тренинговые занятия по модульной системе способствуют оживлению, активизации и нормализации тактильной, кинестетической и проприоцептивной афферентации.
9. Результаты ЛМППс подтвердили, что реализация программы психолого-педагогического и медицинского сопровождения может быть эффективной при соблюдении специальных педагогических условий:
- раннее выявление нарушений и раннее начало работы с ребенком первого года жизни, сочетание психолого-педагогического сопровождения с проведением комплексов логопедического массажа и артикуляционной гимнастики, индивидуальный дифференцированный подход в зависимости от уровня доречевого развития ребенка и от структуры имеющихся нарушений к детям с ПЭП;
 - активное вовлечение родителей в обучающий и коррекционный процесс;
 - обязательное комплексное развитие, включающее все функции: моторные, эмоциональные, сенсорные и др.
10. Положительная динамика в речевом развитии детей связана с активизацией кинестетической базы, возникшей вследствие направленных действий по стимуляции тактильно-кинестетической и проприоцептивной афферентации в зоне ручной,

артикуляционной и голосовой сфер, в процессе синхронных и сопряжённых голосоподачи, артикулирования и движений пальцев рук по тренажёру с игольчатой поверхностью. Следствием этого является улучшение кинетической основы движений периферического отдела речевого аппарата.

11. Исследование показало, что симптоматика дизартрических расстройств сопровождает ребенка на всем пути его развития. Оптимистический прогноз возможен при условии раннего определения всей совокупности симптомов сенсомоторной недостаточности и, соответственно, раннего их устранения методами медико – психолого – педагогического и логопедического воздействия. Реализация ЛМПП сопровождения развития младенцев и детей раннего возраста с ПЭП, осуществленная в настоящем исследовании, свидетельствует об эффективности предложенных инновационных способов, нормализующих сенсомоторный уровень детей с ПЭП.

12. Разработанные и апробированные в ходе исследования методические рекомендации для родителей играют большую роль в коррекции и профилактике нарушений развития у детей данной категории.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях автора:

Монографии, учебные пособия, рекомендации

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) Монография./ Е.Ф. Архипова.–М.: Просвещение, 1989.–80с.(5 п.л.)
2. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми первых трех лет жизни: Монография./ Е.Ф. Архипова.–М.: МГОПУ им. М.А. Шолохова РИЦ, 2004.–215с.(13,25 п.л.)
3. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: Монография./ Е.Ф. Архипова.–М.: АСТ Астрель, 2005.–223с.(13,9 п.л.)
4. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: Учебное пособие для студ. вузов / Е.Ф. Архипова.–М.: АСТ-Астрель, 2006.–320с.(20 п.л.)
5. Архипова Е.Ф. Синдромы нарушений предречевого и речевого развития и их коррекция / К.А. Семенова. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом.–М.: Закон и порядок(серия «Великая Россия. Наследие») 2008.- 612с.(77 п.л.), доля автора 5,8 п.л.
6. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии: Учебное пособие / Е.Ф. Архипова.–М.: Астрель, (серия «Библиотека логопеда») 2008.–255с.(15,9 п.л.)
7. Архипова Е.Ф. Предречевое развитие и особенности его нарушений в ранней стадии детского церебрального паралича /К.А.Семенова.- Мед.

- реабилитация и соц. адаптация больных детским церебральным параличом / Е.Ф. Архипова.– Т.: Медицина, 1979.–12 с.(0,8п.л)
8. Архипова Е.Ф. Медицинские рекомендации по коррекционно-логопедической работе с детьми, страдающими церебральным параличом, на ранней стадии болезни /К.А. Семенова.-Мед. реабилитация и соц. адаптация больных детским церебральным параличом / Е.Ф. Архипова, К.А. Семенова.–Т.: Медицина, 1979.–14 с.(0,9п.л)
 9. Архипова Е.Ф. Методические рекомендации по проведению логопедических занятий с детьми в III и IV периода доречевого развития / Мед. реабилитация и соц. адаптация больных детским церебральным параличом / Е.Ф. Архипова, К.А. Семенова.–Т.: Медицина, 1979.–13 с.(0,8п.л)
 10. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральными параличами, на первом году жизни: Метод. рекомендации Мин. Здрав. СССР Гл. Упр. лечебно-проф. помощи детям и матерям / Е.Ф. Архипова, К.А. Семенова.–М., 1982.–30 с. (1,9п.л)
 11. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральными параличами, на втором году жизни: Метод. рекомендации Мин. Здрав. СССР Гл. Упр. лечебно-проф. помощи детям и матерям / Е.Ф. Архипова, К.А. Семенова.–М., 1983.–28 с.(1,8п.л.)
 12. Архипова Е.Ф. Коррекционно-педагогическая работа при церебральном параличе у детей в доречевой период: Учебное пособие для студентов-заочников IV курса МГЗПИ / Е.Ф. Архипова, 1991.–64с.(4 п.л)
 13. Архипова Е.Ф. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом в раннем возрасте: Книга для логопеда, воспитателя, родителей с ДЦП / Е.Ф. Архипова.–М.: МГОПУ, ассоциация «Гуманитарий», 1997.–88с.(5,5 п.л.)
 14. Архипова Е.Ф. Четыре уровня доречевого развития у детей с детским церебральным параличом / Хрестоматия по логопедии. Том 1 / Е.Ф. Архипова.–М: Гуманитарный издательский центр Владос, 1997.–12с.(0,75 п.л.)
 15. Архипова Е.Ф. Педагогическая практика (спец. логопедия): Методические рекомендации по педагогической практике в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи / Е.Ф. Архипова, С.Ю. Горбунова.–М., 1998.,–64с.(4п.л.)
 16. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж / Книга 1. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. Часть 2 / Е.Ф. Архипова.–М.: Гуманитарный издательский центр Владос, 2003.–8с.(0,5 п.л.)
 17. Архипова Е.Ф. Ранняя диагностика нарушений доречевого развития у детей с ДЦП и пути их коррекции в этом периоде / Книга 1.

Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. Часть 2 / Е.Ф. Архипова.–М.: Гуманитарный издательский центр Владос, 2003.–48с.(3 п.л.)

18. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии: Учебное пособие / Е.Ф. Архипова.–М.: Астрель(серия «Библиотека логопеда») 2008.–123(7,7 п.л.)

Программы

19. Архипова Е.Ф. Логопедия для спец. «Дефектология» (олигофренопедагогика): Программы высших педагогических учебных заведений / Е.Ф. Архипова.–М., 1994.–16с.(1 п.л.)
20. Архипова Е.Ф. Основы логопедии для спец. «Специальная психология»: Программа высш. пед. учеб. заведений «Основы логопедии» по спец. 031900 спец. психология / Е.Ф. Архипова.–М.: УМО, 2001.–32с.(2 п.л.)
21. Архипова Е.Ф. Педагогическая практика: Методические рекомендации для студентов IV курса (7 семестр) специальность 031800 логопедия / Е.Ф. Архипова.–М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008.–48с.(3 п.л.)
22. Архипова Е.Ф. Педагогическая практика: Методические рекомендации для студентов IV курса (8 семестр) специальность 031800 логопедия / Е.Ф. Архипова.–М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008.–48с.(3 п.л.)
23. Архипова Е.Ф. Педагогическая практика: Методические рекомендации для студентов V курса (9 семестр) специальность 031800 логопедия / Е.Ф. Архипова.–М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008.–48с.(3 п.л.)

Статьи, тезисы, материалы конференции

24. Архипова Е.Ф. Приемы логопедической работы в доречевой период с детьми, страдающими церебральным параличом / Е.Ф. Архипова, Т.А. Андреева // Труды конф. «Детские церебральные параличи».–М., 1971.– 5с.(0,3п.л.)
25. Архипова Е.Ф. Значение развития сенсорных функций для формирования импрессивной речи у детей раннего возраста, страдающих церебральным параличом / Е.Ф. Архипова // УП научная секция по дефектологии.–М., 1975.–1,5с.(0,1п.л.)
26. Архипова Е.Ф. Вопросы организации логопедической помощи детям первых двух лет жизни, страдающих церебральным параличом /Е.Ф. Архипова // Тезисы II всесоюзной конференции, посвященной мед. реабилитации больных ДЦП.–М., 1978.– 3с.(0,2п.л.)
27. Архипова Е.Ф. Особенности доречевого периода у детей, страдающих церебральным параличом / Вопросы логопедии: Сборник научных трудов МГПИ им. В.И. Ленина.–М., 1978.–8с.(0,5п.л.)
28. Архипова Е.Ф. Особенности лепета детей с церебральным параличом / Е.Ф. Архипова // VIII научная сессия по дефектологии и V всесоюзные пед. чтения.–М., 1978.– 1,5с.(0,1п.л.)

29. Архипова Е.Ф. Коррекционно-педагогическая работа при церебральном параличе у детей 1-2 г. жизни / Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности: Межвузовский сб. науч. тр.–М., 1983.– 7с.(0,4п.л.)
30. Архипова Е.Ф. Эффективность коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральными параличами, в раннем возрасте / Е.Ф. Архипова // Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. Минзд. СССР: Тез. докл.–Ташкент, 1984.– 1,5с.(0,1п.л.)
31. Архипова Е.Ф. Использование наглядных средств обучения при проведении лабораторно-практических занятий со студентами-заочниками по логопедии / Архипова Е.Ф.// Пути совершенствования подготовки специалистов-дефектологов. Респ. конф.: Тез. докл.– Ташкент, 1989.– 2с.(0,2п.л.)
32. Архипова Е.Ф. Патологические особенности доречевого развития детей с церебральным параличом и система коррекционно-педагогической работы с ними в первые два года жизни / Е.Ф. Архипова // Проблема патологии речи: Тезисы всесоюзного симпозиума.–М., 1989.– 3с.(0,2п.л.)
33. Архипова Е.Ф. Возрастные показатели нервно-психического развития ребенка первого года жизни / Межвузовский сборник научных трудов.–М., 1990.–8с.(0,5 п.л.)
34. Архипова Е.Ф. К вопросу о коррекционно-логопедической работе с больными детским церебральным параличом в доречевой период/ Е.Ф. Архипова // Организационные и клинические проблемы детской неврологии и психиатрии: Тез. докл. VI всер. научно–пр. конф.–М., 1994.– 3с.(0,2п.л.)
35. Архипова Е.Ф. Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой формой дизартрии / Актуальные вопросы теории и практики логопедии: Межвузовский сборник научных трудов.– М., 1997.8с.(0,5 п.л.)
36. Архипова Е.Ф. Особенности логопедической работы при дизартрии / Е.Ф. Архипова // Коррекционная педагогика.–2004.–№1(3).– 8с.(0,5п.л.)
37. Архипова Е.Ф. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии / Е.Ф. Архипова // Специальная психология.– 2005.–№1(3).–16с.(1 п.л.)
38. Архипова Е.Ф. Скрининговая методика обследования психомоторного развития детей в первый год жизни / Е.Ф. Архипова // Логопедия.– 2005.–№3(9).–16с.(1 п.л.)
39. Архипова Е.Ф. Организация логопедической работы при афазии в условиях городской поликлиники / Е.Ф. Архипова, О.А. Фарзылаева // Школьный логопед.–2006.–№1(10).–12с.(0,75 п.л.)

40. Архипова Е.Ф. Организация логопедической работы при афазии в условиях клинического госпиталя ГУВД г. Москвы / Е.Ф. Архипова, Ю.В. Курбатова // Логопедия.–2006.–№4(13).–12с.(0,75 п.л.)
41. Архипова Е.Ф. Организация и содержание педагогической практики на IV курсе (7 семестр) / Е.Ф. Архипова // Школьный логопед.–2006.–№4(13).–17с.(1 п.л.)
42. Архипова Е.Ф. Организация и содержание педагогической практики студентов IV курса (8 семестр) на логопункте / Е.Ф. Архипова // Логопедия.–2006.–№4(14).–24с.(1,5 п.л.)
43. Архипова Е.Ф. Инновационные пути преодоления минимальных дизартрических расстройств / Организация и содержание образования детей с нарушениями развития: Материалы международной научно-практической конференции (25-27 июня 2008 г.). Часть II.–М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008.–4с.(0,25 п.л.)
44. Архипова Е.Ф. К вопросу профилактики речевой патологии / Организация и содержание образования детей с нарушениями развития: Материалы международной научно-практической конференции (25-27 июня 2008 г.). Часть II.–М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008.–4с.(0,25 п.л.)

**Работы, опубликованные в изданиях, соответствующих списку ВАК
Министерства образования и науки РФ**

45. Архипова Е.Ф. Проблема реализации Стратегии – государственной политики в интересах детей.//Вестник университета РАО. 2009. - № 1. – С. 82-84 (0,4 п.л.).
46. Архипова Е.Ф. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии речи детей// Известия Самарского научного центра РАН. – 2008. - № 2. – С. 9-13, (0,25 п.л.).
47. Архипова Е.Ф. Проблема преемственности и непрерывности дошкольного и дошкольного звеньев системы образования.// Вестник университета РАО. 2009. - № 2. – С. (0,3 п.л.).
48. Архипова Е.Ф. Профилактика специфических ошибок письма у школьников.// Вестник университета РАО. 2009. - № 3. – С. (0,25 п.л.).
49. Архипова Е.Ф. Роль среднего педагогического звена в реализации приоритетных национальных проектов «Здоровье» и «Образование».// Среднее профессиональное образование - 2009. - № 3. – С. (0,4 п.л.).
50. Архипова Е.Ф. Предупреждение и преодоление нарушений письма у школьников.//Воспитание школьников – 2009. - № 4. – С. (0,3 п.л.).
51. Архипова Е.Ф. К проблеме обеспечения прав ребенка в аспекте реализации национального проекта «Здоровье».// Социально-гуманитарные знания. – 2009. - № 2. – С. 174-178 (0,4 п.л.).