

Примерный пакет диагностических методик для организации диагностической деятельности специалистов ПМПК для детей младенческого и ясельного возраста (от 0 до 2 лет) и раннего возраста (от 2 до 3 лет)

1.1.1 Методические рекомендации по использованию методических средств специалистами ПМПК для детей младенческого и ясельного возраста (от 0 до 2 лет) и выделяемых сфер анализа психического развития.

Данный пакет предназначен для возрастного диапазона младенческого и ясельного возраста (от 0 до 2 лет) и предполагает, что данные методические средства, включающие методики, характеризующие различные сферы психической деятельности ребенка и особенности его развития, в том числе, личностного, могут использоваться различными специалистами ПМПК (специалистом, дефектологом и/или логопедом). Методики, включенные в примерный пакет ориентированы на оценку как специфики развития познавательной сферы (в том числе, перцептивно-действенного мышления, зрительного и слухового восприятия, устойчивость, распределение и переключение внимания, мнестической сферы (память). Помимо этого, данные методики позволяют оценить элементарный уровень развития пространственных представлений на уровне схемы тела (знание и показ частей тела). Особенности эмоционально-личностного развития оцениваются посредством специфики коммуникации с взрослым, характера аффективно-эмоционального реагирования ребенка, что описано в каждой методике отдельно.

В пакете представлен ряд методик, в том числе опросниковых и скрининговых методик (в соответствии с МКФ), позволяющих выявить особенности развития разных психических сфер и характера деятельности и взаимодействия, а также движения, познание, язык, самообслуживание, социальная сфера состояния компонентов речевого развития, в частности понимание обращенной речи.

Помимо этого, представлен блок методических приемов и методик выявляющие особенности состояния всех компонентов и функций речи, используемых логопедом для детей раннего возраста (от 0 до 2 лет) (учителем-логопедом).

В соответствии с международной классификацией функционирования (МКФ) для каждой методики, представленной в примерном пакете предусмотрен качественно-уровневый анализ результатов выполнения по следующим градациям (в соответствии с МКФ).

При этом критериями выделения качественно-уровневой оценки является:

1. Качество выполнения задания (приведено в описаниях для каждой методики);
2. стратегия выполнения ребенком заданий;

3. объем и характер необходимой помощи со стороны специалиста для выполнения задания.

1-й уровень: проблем выполнения нет или специалист фиксирует легкие проблемы при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой стимулирующую помощь.

2-й уровень: специалист выявляет умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются методом проб и ошибок в перцептивно-действенном плане. При этом специалистом оказывается стимулирующая организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи вводится дополнительная наглядность (выбор более ярких и значимых для ребенка объектов-игрушек).

3-й уровень: Ребенок выполнить задание не может. При этом деятельность хаотична. К объяснению и показу взрослого прислушивается мало, не обращает внимания. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи специалиста. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-й уровень: Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи специалиста. Деятельность полностью хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

1.1.2 Методические средства, для оценки развития детей младенческого и ясельного возраста (от 0 до 2 лет) и выделяемых сфер анализа психического развития.

При отсутствии медицинских заключений и при первичном обращении семьи с ребенком раннего возраста целесообразным помимо сбора подробного анамнеза и проведение тестирования будет и использование наиболее удобных в каждом конкретном случае скрининговых тестов и методик, в том числе основанных на опросе родителей и наблюдении за ребенком.

При наличии медицинских заключений и уже выявленных ранее на скрининге проблем в развитии процедура ПМПК предполагает наблюдение за ребенком, опрос родителей и тестирование.

Методика анализа медицинской и психолого-педагогической документации

Краткая аннотация. Метод *анализа медицинской документации* широко используется при анализе особенностей развития детей во всех диапазонах возрастов. Анализируются и

принимаются в учет особенности соматического, неврологического статуса ребенка, особенности (нарушения) развития зрительной и слуховой системы, а также особенности развития и ограничений в двигательной сфере.

Анализ *психолого-педагогической документации* для детей посещающих различные подразделения ОО (службы ранней помощи, Группы кратковременного пребывания и др.) – результаты проведенных скрининговых обследований (список предлагаемых к работе подобных методик прилагается) – это психолого-педагогические характеристики, заключения психолого-медико-педагогического консилиума ОО, другие заключения специалистов, работающих с ребенком в психолого-педагогической коррекции), широко используется в деятельности специалистов ПМПК. Это позволяет, опираясь на имеющуюся информацию, лучше представить особенности и динамику развития психических функций и особенностей личности ребенка, эффективнее подбирать необходимые для обследования на ПМПК диагностические материалы или опросники, в целом оптимизировать сам процесс обследования ребенка. Особенно это важно при работе с детьми, в частности, раннего возраста, которые часто «теряются» в ситуации ПМПК, с детьми с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями поведения. Для детей раннего возраста с нарушениями зрения и слуха и опорно-двигательного аппарата позволяет модифицировать взаимодействия с ребенком и его родителями.

Методика наблюдение. Краткая аннотация. Автора метода наблюдения установить трудно, поскольку он используется с середины XIX века. Метод наблюдения за детьми раннего возраста представляет уникальную возможность оценки практически любого параметра психического развития ребенка, как в условиях свободной самостоятельной деятельности, так и в условиях его взаимодействия с взрослыми – психологом или родителями. Развитие оценивается по следующим сферам: моторное, социальное, зрительное, слуховое, речевое развитие и игровая деятельность. Результаты должны соотноситься с выбранным скрининговым опросником для родителей и с его возрастными показателями. (Забрамная, 1995, Левченко, 2000).

В методе наблюдение за ребенком младенческого возраста – отмечаются основные параметры, соответствующие основным сферам: *моторная, социальная, зрительная, слуховая, речевая и игровая деятельность в соответствии с возрастом ребенка.*

Оценка зрительного восприятия. Краткая аннотация. Изначально методика предназначалась для исследования особенностей зрительного восприятия детей 5-7 лет и старше, а также взрослых. (Выготский Л.С., Лурия А.Р. и другие). Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов

выделения зрительных объектов и прослеживания за движущимися объектами (или соответственно невозможности) выделять отдельные зрительные объекты из общего фона или невозможность проследить за движущимся объектом. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста.

Важным условием применения методики является подбор игрового материала в соответствии с интересами ребенка и с использованием контрастных цветов. В отношении детей с нарушениями зрения (остаточное зрение на уровне ощущения света) допустимо использование игрушек с световыми эффектами (фонарик, флуоресцентные расцветки), это дает специалисту возможность понять возможности ребенка в отношении прослеживания за игрушкой.

Цель. Исследование уровня зрительного восприятия ребенка.

Материал. Тестовый материал методики представляет набор игровых материалов контрастных цветов (черно белые, желтые, красные). Это могут быть изображения, или игрушки (куклы в контрастной одежде, мягкие игрушки: солнышко, звездочка) где каждая из игрушек или изображений размером в среднем 20 на 20 см. Используемые игровой материал должен быть градуирован по степени сложности и ориентирован на развитие детей от 0 до 3 лет. Так для младенцев от 1 до 6 месяцев для прослеживания лучше использовать черно белые карточки с шахматным рисунком размером 20 на 20 см. Для детей старше 6 месяцев предпочтение отдается игрушкам с крупно прорисованными лицами (солнышко с улыбающимся лицом), неваляшка. Детям 2-3 лет жизни могут быть предложены для проведения данного обследования любые тематические игрушки (куклы, зверушки, молоточки и т.п.)

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается посмотреть на предмет (ребенку до 6 месяцев в положении лежа на спине, в случаях с более старшими детьми сидя на руках у мамы или в процессе взаимодействия со специалистом сидя на стуле или на полу) расположенный перед ним на расстоянии около 30 см. затем предмет приближают и отдаляют от ребенка ближе и дальше, вверх и вниз, вправо и влево.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить зрительное прослеживание ребенком предмета в различные стороны и/или ограничения этого прослеживания.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить родителям

показать ребенку знакомую игрушку. В некоторых случаях это позволяет снять тревожность и оценить необходимое. Выделяются следующие варианты зрительного прослеживания, характерные для разного возраста детей.

1. Ребенок следит взглядом за движущимся объектом.
2. Оба глаза смотрят на предмет прямо.
3. Смотрит взглядом за удаляющимся предметом (в различном направлении. Без ограничений).
4. Видит мелкие предметы (1-2 см).

Оцениваются следующие показатели:

- моторное развитие
- социальное взаимодействие
- зрительное, слуховое реагирование
- речевое развитие
- игровая деятельность
- Устойчивость зрительного прослеживания;
- Ограничения полей зрения;
- Уровень помощи взрослого.

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями зрения (тотальная слепота, выраженная степень слабовидения).

Зеркало. Краткая аннотация. Изначально методика предназначалась для исследования особенностей зрительного и личностного восприятия детей 5-7 лет и старше. (Выготский Л.С., Пиаже Ж. и другие исследователи). Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов выделения зрительных объектов, узнавании себя и отличении себя от другого в зеркале (или соответственно невозможности) выделять отдельные зрительные объекты из общего фона или невозможности осознания себя. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста.

Важным условием применения методики является наличие либо стационарного зеркала (предпочтительно с возможностью его закрытия). Также могут использоваться специальные (не меньше формата А4) детские небьющиеся зеркала.

Цель. Исследование уровня личностного и зрительного восприятия ребенка.

Материал. Тестовый материал методики представляет собой зеркало и тубик с детским кремом, также возможно использовать платок и большую шляпу (для упрощения и усложнения задания), влажные детские салфетки.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается посмотреть в зеркало. Ребенку до 6 месяцев в положении лежа на спине, в случаях с более старшими детьми сидя на руках у мамы или в процессе взаимодействия со специалистом сидя на стуле или на пол. Расстояние до зеркала 30-50 см. расположенное перед ребенком. Специалист для ребенка старше 2-х лет может спросить: «Кто это?». Зеркало можно приблизить и удалить от ребенка. Для привлечения внимания ребенка можно использовать платок и прятать ребенка и самого специалиста под платочком перед зеркалом. «КУ-КУ», где (назвать имя ребенка). КУ-КУ где тетя?» Затем на носик ребенку перед зеркалом наносят каплю детского крема и дают ему влажную салфетку «Вытри». При этом можно включить в игру родителей ребенка. (Намазать носик маме).

Для анализа выполнения задания предполагается отметить зрительное прослеживание ребенком себя в зеркале, комплекс оживления, узнавание себя и выделение чужого человека, знание частей лица.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить родителям поиграть в КУ-КУ перед зеркалом самим с использованием платочка и шляпы. В некоторых случаях это позволяет снять тревожность и оценить необходимое. Выделяются следующие варианты использования методики «Зеркало» характерные для разного возраста детей:

- Трогает свое отражение в зеркале.
- Наблюдает за своим отражением в зеркале.
- Оживляется и радуется своему отражению, играет в ку-ку.
- Узнает отражение других людей в зеркале.
- Может одевать и снимать шляпу перед зеркалом.
- Может вытереть капельку крема с своего носика перед зеркалом.
- Знает и показывает части лица перед зеркалом.

Оцениваются следующие показатели

- Устойчивость зрительного прослеживания;
- Узнавание себя в зеркале;
- Узнавание других в зеркале;
- Уровень помощи взрослого.

Методика сличение предмета и его изображения

Краткая аннотация. Методика основана на использовании любимых детских игрушек. Используется множеством авторов в разных странах, предназначается для

исследования особенностей зрительного восприятия, когнитивного и речевого развития ребенка. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне сформированности зрительного соотнесения картинки и реального предмета и уровне понимания речи. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей раннего возраста. В отношении детей с нарушениями зрения (снижение остроты зрения) допустимо использование картинок большего размера.

Оцениваются следующие показатели:

- моторное развитие
- социальное взаимодействие
- зрительное, слуховое реагирование
- игровая деятельность
- отношение к своей деятельности.
- понимание и использование речи.
- уровень моторного развития.

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями зрения (тотальная слепота, выраженная степень слабовидения).

Методика оценки слухового восприятия. Краткая аннотация. Методика предназначалась для исследования особенностей слухового восприятия детей раннего возраста и используется врачами неврологами. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов выделения слуховых объектов и прослеживания за движущимися объектами (или соответственно невозможности) выделять отдельные слуховые объекты из общего фона или невозможность проследить за движущимся объектом. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста.

Важным условием применения методики является подбор игрового материала в соответствии с интересами ребенка 1-ого или 2-го года жизни.

Цель. Исследование уровня слухового восприятия ребенка.

Материал. Тестовый материал методики представляет набор шумовых игровых материалов. Это могут быть погремушки, музыкальные инструменты: бубен, маракасы, шум дождя, барабан, колокольчик и т.д.). Используемый игровой материал должен быть градуирован по степени сложности и ориентирован на развитие детей от 0 до 3 лет.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается посмотреть на Погремушку (ребенку до 6 месяцев в положении лежа на спине, в случаях с более старшими детьми сидя на руках у мамы или в процессе взаимодействия со специалистом сидя на стуле или на полу) расположенную перед ним на расстоянии около 30 см. затем предмет приближают и отдаляют от ребенка ближе и дальше, вверх и вниз, вправо и влево.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить зрительное прослеживание ребенком шумящего предмета в различные стороны и/или ограничения этого прослеживания.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно попробовать провести обследование через руки родителей. В некоторых случаях это позволяет снять тревожность и оценить необходимые качества. Выделяются следующие варианты развития слухового восприятия характерные для разного возраста детей.

Ребенок вздрагивает, слыша незнакомый звук рядом с собой.

Ребенок поворачивает голову в сторону звука.

Ребенок следит взглядом за движущимся звучащим объектом.

Важным условием применения методики является подбор игрового материала в соответствии с интересами ребенка 1-ого или 2-го года жизни.

Оцениваются следующие показатели: *моторное, социальное, зрительное, слуховое, речевое развитие и игровая деятельность*

- Локализация звука в пространстве;
- Устойчивость прослеживания;
- Выделение контрастных звуков;
- Выделение близких по звучанию звуков;
- Уровень помощи взрослого.

Методика оценки моторного развития:

Мяч. Краткая аннотация. Изначально методика выросла из любимой детской игры которая возникла в Африканских племенах и древнем Риме. Методика предназначена для исследования особенностей общего моторного развития и развития зрительного восприятия. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне сформированности двигательных навыков и общем моторном развитии, а также процессов выделения зрительных объектов и прослеживания за движущимися объектами. Используется в различных батареях тестов (в частности в тесте Н.Бейли).

Ее широко используют в отечественной практике исследования моторного и зрительного развития детей младенческого и раннего возраста (Е.А.Стребелева, Г.А.Мишина, Ю.А.Разенкова).

Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне сформированности двигательных навыков и общем моторном развитии, а также процессов выделения зрительных объектов и прослеживания за движущимися объектами. Ее широко используют в отечественной практике исследования моторного и зрительного развития детей младенческого и раннего возраста. Наблюдая за игрой с мячом и в соответствии с выделенными параметрами наблюдения в соответствии с возрастом детей.

В отношении детей с нарушениями зрения (остаточное зрение на уровне ощущения света) допустимо использование мячей со световыми эффектами, это дает специалисту возможность понять возможности ребенка в отношении прослеживания за игрушкой и манипуляций с ней.

Цель. Исследование уровня моторного развития и развития зрительного восприятия ребенка-прослеживание за двигающимся предметом, развития специфических умственных функций (внимания, памяти). Также задание направлено на установление контакта и сотрудничества ребенка со взрослым, на понимание ребенком словесной инструкции.

Материал. Тестовый материал методики представляет набор мячей разных по размеру и тяжести.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается посмотреть на мяч, взять его в руки, бросить мяч, покатить мяч, поймать мяч, достать мяч из-под стула.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить моторные навыки ребенка и зрительное прослеживание ребенком движений мяча.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить родителям показать ребенку действия с мячом. Выделяются следующие варианты использования методики «Мяч» характерные для разного возраста детей.

- Ребенок следит взглядом за катящимся мячом
- Берет мяч двумя руками и удерживает его
- Может отпустить мяч (бросить)
- Может направленно бросить мяч вперед специалисту (или маме)

- Может достать укатившийся под стул (стол, диван) мяч, прослеживая куда он катится, при этом встает на четвереньки подползает, держа мяч двумя руками, вытаскивает из-под стула и встает с мячом в руках.

- Может достать укатившейся мяч, при этом по направлению движения догадаться откуда его достать

- Может ногой ударить по мячу.

Оцениваются следующие показатели

- Устойчивость зрительного прослеживания;

- Общесенсорные навыки (способность удерживать мяч, способность присесть и привстать с мячом в руках, ползание;

- Скоординированность движений рук;

- Возможность ударить ногой по мячу;

- Внимание, специфические умственные функции (предвосхищение);

- Уровень помощи взрослого принятию задания; (принятие задания, т.е. согласие ребенка выполнить предложенное задание независимо от качества самого выполнения, является первым абсолютно необходимым условием выполнения задания. При этом он проявляет интерес либо к игрушкам, либо к общению со взрослым.);

- Способы выполнения задания: самостоятельное выполнение задания; выполнение задания с помощью взрослого, т.е. возможно диагностическое обучение; самостоятельное выполнение задания после обучения.) Адекватность действий определяется как соответствие действий ребенка условиям данного задания, диктуемым характером материала и требованиям инструкции. Наиболее примитивным способом является действие силой или хаотичное действие без учета свойств предметов. Неадекватное выполнение задания во всех случаях свидетельствует о значительном нарушении умственного развития ребенка.

- Обучаемость в процессе обследования (в процессе обследования детям предлагают следующие виды помощи: выполнение действия по подражанию, выполнение задания по подражанию с использованием указательных жестов, с речевой инструкцией. На уровне элементарного подражания ребенок может усвоить способ выполнения того или иного задания от взрослого, действуя одновременно с ним. Количество показов способов выполнения задания не должно превышать трех раз. При этом речь взрослого должна служить указателем цели данного задания и оценивать результативность действий ребенка. Обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о потенциальных возможностях ребенка. Отсутствие результата может

быть связано с грубым снижением интеллекта, с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

– Отношение к результату своей деятельности (заинтересованность своей деятельностью и конечным результатом или безразличное отношение к тому, что он делает).

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями зрения (тотальная слепота, выраженная степень слабовидения, с выраженными нарушениями двигательного развития, в том числе тяжелые формы ДЦП.

Методика соотнесения предметов по цвету. Краткая аннотация. Методика предназначена для исследования развития когнитивных и моторных функций детей раннего возраста, систематизировано описана (Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Разенкова Ю.А. и др.]; под ред. Стребелевой Е.А.).

Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов сформированности представлений о цвете, способах и стратегиях, используемых детьми, развитии процессов зрительно-моторной координации и развития моторных функций. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста.

Цель. Исследование развития когнитивных и моторных функций детей раннего возраста.

Материал. Тестовый материал методики представляет собой цветные кубики (два красных, два желтых (два белых), два зеленых, два синих (четыре цвета).) Задание направлено на выделение цвета как признака, различение и называние цвета. На данном материале также возможно посмотреть развитие моторных функций

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Перед ребенком ставят два (четыре) цветных кубика и просят показать такой, какой находится в руке взрослого: “Возьми кубик такой, как у меня”. Затем педагог просит показать: “Покажи, где красный, а теперь, где желтый”. Далее предлагают ребенку по очереди назвать цвет каждого кубика: “Назови, какого цвета этот кубик”. Ребенку предлагается построить башню из кубиков (из 3-х, 5-ти, 8 кубиков). При усложненном варианте задания просят построить такую же башню из цветных кубиков, какую построил педагог.

Обучение. Если ребенок не различает цвета, то педагог обучает его. В тех случаях, когда ребенок различает цвета, но не выделяет по слову, его учат выделять по слову два цвета, повторив при этом название цвета два-три раза.

После обучения снова проверяется самостоятельное выполнение задания.

Оценка действий ребенка: принятие задания, отмечается: сличает ли ребенок цвета, узнает ли их по слову, знает ли название цвета; фиксируется речевое сопровождение, результат, отношение к своей деятельности.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить понимание ребенком инструкции взрослого и ее выполнение.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить данное задание через родителей ребенка. Выделяются следующие варианты данного задания, характерные для разного возраста детей:

- Ребенок подбирает такой же кубик, методом проб и ошибок.
- Ребенок использует зрительное соотнесение.
- Ребенок знает и называет цвета.
- Ребенок ставит кубик на кубик используя при этом ладонь или большой и указательный пальцы.

Оцениваются следующие показатели: *моторное, социальное, зрительное, слуховое, речевое развитие и игровая деятельность*

- Понимание обращенной речи и использование речи.
- Развитие моторных функций
- Развитие зрительно-моторной координации
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Уровень помощи взрослого.
- Стратегия работы (пробы и ошибки, зрительное соотнесение).

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тотальной слепотой, тяжелыми нарушениями двигательного развития.

Методика выделения предметов по величине. Краткая аннотация. Методика выделения предметов по величине используется различными авторами в разных вариантах заданий. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов сформированности представлений о величине, способах и стратегиях используемых детьми, развитии процессов зрительно-моторной координации и развития моторных функций. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей раннего возраста. (Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Разенкова Ю.А. и др.); под ред. Стребелевой Е.А.

Цель. Оценка развития мыслительных операций на уровне: «Большой-маленький», общей осведомленности и речи исследование развития когнитивных и моторных функций детей раннего возраста.

Материал. Тестовый материал методики представляет собой большие и маленькие игрушки (большая машина, маленькая машинка, большой мишка, маленький мишка и т.п.) Задание направлено на выделение величины как признака, различение и называние величины. Задание направлено на выявление уровня развития практического ориентирования ребенка на величину предметов, а также наличия соотносящих действий, понимания указательного жеста, умения подражать действиям взрослого.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Специалист дает ребенку большую машинку и говорит: «Это машина», затем достает маленькую машинку и спрашивает: «Дай большую машину». Если ребенок не начинает действовать, то взрослый показывает большую машину и громким низким голосом озвучивает «БИ-БИ», потом озвучивает маленькую машинку и тонким голосом «би-би» и проговаривает «это маленькая машинка». Затем еще раз предъявляет задание. Если ребенок не справляется самостоятельно, проводится дополнительное обучение. Оценка действий ребенка: принятие задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату, понимание указательного жеста, наличие соотносящих действий, результат. После обучения снова проверяется самостоятельное выполнение задания. Для анализа выполнения задания предполагается отметить понимание ребенком инструкции взрослого и ее выполнение.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить данное задание через родителей ребенка.

Выделяются следующие варианты данного задания, характерные для разного возраста детей.

- Ребенок показывает большую машину.
- Ребенок использует зрительное соотнесение и показывает и маленькую машинку.
- Ребенок озвучивает низким и тонким голосом БИ-Би и би-би машинки большую и маленькую.

Оцениваются следующие показатели: *моторное, социальное, зрительное, слуховое, речевое развитие и игровая деятельность*

- Понимание обращенной речи и использование речи.

- Развитие моторных функций
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Уровень помощи взрослого.
- Стратегия работы (пробы и ошибки, зрительное соотнесение)

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями двигательного развития.

Знание частей тела (на себе и на кукле). Краткая аннотация. Изначально методика предназначалась для исследования особенностей восприятия детей раннего возраста, а также детей с интеллектуальными нарушениями (С.Д. Забрамная и другие исследователи). Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов выделения себя, знания частей своего тела, понимании обращенной речи. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста.

Цель. Исследование уровня понимания обращенной речи и знания частей тела.

Материал. Тестовый материал методики представляет собой куклу. Также могут быть предложены изображения людей.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается показать на себе где у него глазки, ротик, носик, ушки (от 3-4 до 8 частей тела). Затем предлагается показать эти же части тела на родителях, затем на кукле и на картинке с изображением человека.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить понимание речевых инструкций ребенком, умение показать части тела на себе, кукле и на картинке с изображением человека.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить родителям дать речевую инструкцию задания и показать части тела на себе. Выделяются следующие варианты данного задания, характерные для разного возраста детей.

- Ребенок знает 3 части тела и умеет показать их на себе.
- Ребенок знает 5 частей тела и умеет показать их на себе.
- Ребенок знает более 6 частей тела и показывает их на себе.
- Ребенок показывает части тела на близком взрослом.
- Ребенок показывает части тела на кукле.
- Ребенок показывает части тела на изображении человека.

Оцениваются следующие показатели: *моторное, социальное, зрительное, слуховое, речевое развитие и игровая деятельность*

- Принятие задания.
- Ребенок показывает 3, 5, 6 и более частей тела на себе.
- Ребенок соотносит части тела на себе и на близком взрослом.
- Ребенок может соотнести части тела на кукле.
- Ребенок соотносит названия частей тела и показывает их на изображении человека.
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Понимание обращенной речи и использование речи.

Сличение предмета и его изображения. Краткая аннотация. Методика основана на любимой детской игре в куклы. Используется множество авторов в разных странах, предназначается для исследования особенностей когнитивного и речевого развития ребенка. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне сформированности зрительного соотнесения картинки и реального предмета и уровне понимания речи. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей раннего возраста. (Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Разенкова Ю.А. и др.); под ред. Стребелевой Е.А.

В отношении детей с нарушениями зрения (снижение остроты зрения) допустимо использование картинок большего размера.

Цель. Исследование уровня сформированности зрительного соотнесения картинки и реального предмета. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей раннего возраста. Также методика направлена на установление контакта и сотрудничества ребенка со взрослым, на понимание ребенком словесной инструкции.

Материал. Тестовый материал методики представляет куклу, кроватку и реалистичное изображение куклы и кроватки, и изображение любой другой игрушки.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается посмотреть на куклу, взять ее в руки. Затем предлагаются три карточки из двух предложенных карточек ребенок должен дать специалисту по инструкции картинку куклы. Ребенку предлагается положить куклу в кроватку спать. Из трех карточек на одной изображена кукла на другой кроватка, на третьей любая другая игрушка предлагается найти и дать специалисту кроватку.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить соотнесение предмета и его изображения и понимание речевых инструкций «Дай куклу», «Положи куклу в кроватку», «Дай кроватку». Проведение обследования. Перед ребенком кладут картинку куклы. Кукла находится в руках взрослого. Специалист указательным жестом соотносит их между собой, показывая при этом, что у ребенка на картинке изображена кукла (лучше использовать фотографию). Затем взрослый предлагает из трех картинок дать ему куклу. Обучение. Если ребенок не выполняет задания, то ему показывают, как надо соотносить предмет и его изображение: “У меня кукла, и у тебя на картинке кукла”, при этом используется указательный жест.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно провести обследование повторно, через некоторое время.

Оцениваются следующие показатели:

- Ребенок сличает или не сличает изображение и игрушку.
- Принятие задания.
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Понимание и использование речи.

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями зрения (тотальная слепота, выраженная степень слабовидения), с выраженными нарушениями аутистического спектра в ситуации отсутствия коммуникации с окружающими.

Нанизывание. Краткая аннотация. Методика используется различными авторами (Венгер А.Л., Э.Г.Пилюгина и др. авторы). Предназначается для исследования особенностей общего моторного развития, развития зрительного восприятия и координации глаз-рука. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне сформированности двигательных навыков и общем моторном развитии, а также процессов выделения зрительных объектов и координации рука-глаз. Ее широко используют в отечественной практике исследования моторного и зрительного развития детей раннего возраста.

В отношении детей с негрубыми нарушениями двигательной сферы допустимо использование более удобных для захвата колец (больших по размеру в диаметре 20-30 см.) и штырька, что дает специалисту возможность понять возможности ребенка в отношении манипуляций с предметами.

Цель. Исследование уровня моторного развития и развития зрительного восприятия ребенка, развития специфических умственных функций (в том числе наглядно-действенного мышления), развитие координации глаз-рука (совершение ручных действий под контролем зрения).

Материал. Тестовый материал методики представляет 3 набора для нанизывания: 1) штырек с цветными кольцами (3 штуки), 2) парные цветные колечки (6 штук) и шнур с деревянной палочкой, 3) более мелкие парные цветные колечки (10 штук) и шнур.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается посмотреть на собранные колечки на штырьке, на его глазах колечки снимаются и ребенку предлагают одеть колечки на стержень. При усложненном варианте задания на шнур с деревянной иглой или без нее.

Для анализа выполнения задания предполагается отметить моторные навыки ребенка и координацию глаз-рука.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить родителям повторный прием. Выделяются следующие варианты использования методики «Нанизывание» характерные для разного возраста детей.

- Ребенок разбирает колечки.
- Ребенок нанизывает колечки на штырек.
- Ребенок нанизывает колечки на шнур.
- Усложненный вариант: с соотнесением по цвету парных колечек (дай такой же)

Оцениваются следующие показатели

- Устойчивость зрительного прослеживания.
- Общесенсорные навыки (способность удержать колечко и одеть его на штырек или шнур).
- Скоординированность движений рук под контролем зрения.
- Зрительное соотнесение по цвету.
- Внимание, специфические умственные функции.
- Уровень помощи взрослого при принятии задания; (принятие задания, т.е. согласие ребенка выполнить предложенное задание независимо от качества самого выполнения, является первым абсолютно необходимым условием выполнения задания. При этом он проявляет интерес либо к игрушкам, либо к общению со взрослым.)
- Способы выполнения задания; (способы выполнения задания. Отмечается: самостоятельное выполнение задания; выполнение задания с помощью взрослого, т.е.

возможно диагностическое обучение; самостоятельное выполнение задания после обучения.) Адекватность действий определяется как соответствие действий ребенка условиям данного задания, диктуемым характером материала и требованиям инструкции. Наиболее примитивным способом является действие силой или хаотичное действие без учета свойств предметов. Неадекватное выполнение задания во всех случаях свидетельствует о значительном нарушении умственного развития ребенка.

– Обучаемость в процессе обследования; (в процессе обследования детям предлагают следующие виды помощи: выполнение действия по подражанию, выполнение задания по подражанию с использованием указательных жестов, с речевой инструкцией. На уровне элементарного подражания ребенок может усвоить способ выполнения того или иного задания от взрослого, действуя одновременно с ним. Количество показов способов выполнения задания не должно превышать трех раз. При этом речь взрослого должна служить указателем цели данного задания и оценивать результативность действий ребенка. Обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о потенциальных возможностях ребенка. Отсутствие результата может быть связано с грубым снижением интеллекта, с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

– Отношение к результату своей деятельности. (Заинтересованность своей деятельностью и конечным результатом или безразличное отношение к тому, что он делает).

Ограничения. Методика может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями зрения (тотальная слепота, выраженная степень слабовидения), при этом оценивается не зрительное восприятие, а тактильные ощущения и с детьми с выраженными нарушениями двигательного развития в том числе тяжелые формы ДЦП.

«Подбери картинку». Соотнесение изображений. Краткая аннотация. Методика систематизировано описана Стребелевой Е.А. Используется множеством авторов в разных странах, предназначается для исследования особенностей зрительного восприятия и речевого развития ребенка. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне сформированности зрительного соотнесения парных картинок и уровне понимания речи. Ее широко используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей раннего возраста. В отношении детей с нарушениями зрения (снижение остроты зрения) допустимо использование картинок большего размера.

Цель. Исследование уровня сформированности зрительного соотнесения парных картинок и развития речи. Также методика направлена на установление контакта и сотрудничества ребенка со взрослым, на понимание ребенком словесной инструкции.

Материал. Тестовый материал методики представляет две (четыре) пары предметных картинок.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Перед ребенком кладут две предметные картинки. Точно такая же пара картинок находится в руках взрослого. Специалист указательным жестом соотносит их между собой, показывая при этом, что у него и у ребенка картинки одинаковые. Затем взрослый закрывает свои картинки, достает одну из них и, показывая ее ребенку, просит показать такую же. Если ребенок не выполняет задания, то ему показывают, как надо соотносить парные картинки: “Такая у меня, такая же у тебя”, при этом используется указательный жест.

Оценка действий ребенка: Для анализа выполнения задания предполагается отметить принятие задания осуществление выбора, понимание жестовой инструкции, обучаемость результат, отношение к своей деятельности.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно провести обследование повторно, через некоторое время.

Оцениваются следующие показатели

- Ребенок сличает или не сличает изображение и игрушку.
- Принятие задания.
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Понимание и использование речи.

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями зрения (тотальная слепота, выраженная степень слабовидения), с выраженными нарушениями аутистического спектра в ситуации отсутствия коммуникации с окружающими.

Оценка выполнения простейших действий. Краткая аннотация. Методика предназначена для исследования особенностей развития, понимания обращенной речи детей раннего возраста. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов понимания обращенной речи и способности ребенка выполнить простые действия со знакомыми предметами. Ее широко

используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста.

Цель. Исследование понимания обращенной речи, функциональных игровых действий.

Материал. Тестовый материал методики представляет собой куклу, кроватку.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

Ребенку предлагается взять куклу, рассмотреть ее. Затем специалист предлагает «Покачать куклу. Баю-бай и уложить ее в кроватку спать». Для анализа выполнения задания предполагается отметить понимание ребенком инструкции взрослого и ее выполнение. В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить данное задание через родителей ребенка. Выделяются следующие варианты данного задания, характерные для разного возраста детей.

- Ребенок выполняет задание, укачивает куклу, говорит: «Баю-бай» (или не выполняет и/или не говорит)
- Ребенок укладывает куклу спать в кроватку при этом правильно располагает ее в кровати, головой на подушке, укрывает одеялом.

Оцениваются следующие показатели: *моторное, социальное, зрительное, слуховое, речевое развитие и игровая деятельность*

- Понимание обращенной речи и использование речи.
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Уровень помощи взрослого.
- Наличие у ребенка функциональной игры

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями двигательного развития.

Оценка зрительного и пространственного восприятия, развития моторных функций. Краткая аннотация. Методика оценки соотношения по величине предназначена для исследования развития когнитивных и моторных функций детей раннего возраста, систематизировано описана Стребелевой Е.А. Данные, получаемые при исследовании с помощью данной методики, позволяют судить об уровне процессов сформированности представлений о величине, способах и стратегиях, используемых детьми, развитии процессов зрительно-моторной координации и развития моторных функций. Ее широко

используют в отечественной практике исследования когнитивного развития детей раннего возраста.

Цель. Исследование развития когнитивных и моторных функций детей раннего возраста.

Материал. Тестовый материал методики представляет собой пирамидку из трех (четырех) колец пирамидки.

Задание направлено на выявление уровня развития у ребенка практического ориентирования на величину, соотносящих действий, ведущей руки, согласованности действий обеих рук, целенаправленности действий.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Специалист предлагает ребенку разобрать пирамидку. Если ребенок не действует, взрослый разбирает пирамидку сам и предлагает ребенку собрать ее.

Если ребенок не начинает действовать, взрослый начинает подавать ему кольца по одному, каждый раз указывая жестом, что кольца нужно надеть на стержень, затем предлагает выполнить задание самостоятельно. Оценка действий ребенка: принятие задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату, понимание указательного жеста, наличие соотносящих действий, результат. После обучения снова проверяется самостоятельное выполнение задания. Для анализа выполнения задания предполагается отметить понимание ребенком инструкции взрослого и ее выполнение.

В случае, когда ребенок не выполняет задания, из-за выраженных протестных реакций, негативизма (то есть в силу его личностных особенностей, трудностей установления контакта или адаптации в незнакомом месте), можно предложить данное задание через родителей ребенка. Выделяются следующие варианты данного задания, характерные для разного возраста детей:

- Ребенок разбирает пирамидку и собирает ее хаотично.
- Ребенок собирает пирамидку методом проб и ошибок.
- Ребенок использует зрительное соотнесение.
- Ребенок скоординированно одевает колечки на стержень пирамидки.

Оцениваются следующие показатели:

- Понимание обращенной речи и использование речи.
- Развитие моторных функций.
- Развитие зрительно-моторной координации.
- Обучаемость.
- Отношение к своей деятельности.
- Уровень помощи взрослого.

–Стратегия работы (пробы и ошибки, зрительное соотнесение).

Ограничения. Методика не может быть использована для детей с тяжелыми нарушениями двигательного развития.

Скрининговые методы оценки развития в раннем возрасте предполагают раннее выявление нарушений развития, прежде всего, как полагают многие исследователи, в медицинских учреждениях. В России скрининговые методики развития ребенка в образовательных организациях используются достаточно редко.

Рекомендуемые скрининговые методики

KID<R> (Чистович, Рейтер, Шапиро, 2000) является русской версией KID Scale (Reuter & Woznniak, 1996) - стандартизованной шкалы, имеющей форму вопросника для родителей.

Шкала предназначена для оценки развития детей в возрасте 2–16 месяцев и состоит из 252 пунктов, разделенных по содержанию на 5 областей (движения, познание, язык, самообслуживание, социальная сфера). Устанавливаются оценки возрастов развития младенца в каждой из областей («профиль развития») и степень отставания от типично развивающихся сверстников по полной шкале (т.е. по всем 252 пунктам).

Для проведения данного исследования необходимо иметь специальное обеспечение на компьютер (программу) для обработки результатов.

RCDI (Шапиро, Чистович, 2000) – русская версия шкалы Child Development Inventory (CDI) (Ireton, 1992). Как и KID<R>, это стандартизованная шкала-вопросник для родителей. RCDI позволяет оценить развитие детей 14–42 месяцев в 6 областях (социальная сфера, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка). RCDI состоит из 216 пунктов. Устанавливаются оценки возрастов развития ребенка и степень отставания от типично развивающихся сверстников в каждой из областей. Программа также предполагает наличие специального программного обеспечения.

Русская версия американского опросника для родителей The MacArthur Communicative Development Inventory (MacArthur CDI). В исследовательскую группу при его разработке входили такие известные исследователи детской речи, как Л. Фенсон, Ф. Дейл, Э. Бейтс, С. Резник и др. Адаптирован кафедрой детской речи Ргпу им. А. И. Герцена 2002 – «Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста» охватывает различные сферы речевого развития детей. Главным образом, данный опросник рассчитан на возрастной диапазон 8-18 месяцев. Представляет собой два опросника, заполняемых родителями: «Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста: слова и жесты» (от 8 мес. до 1 года и 5 мес.) и «Тест речевого и

коммуникативного развития детей раннего возраста: слова и предложения» (от 1 года 6 мес. до 3 лет)

Денверский скрининг-тест развития (DDST). Тест разработан Frankenburg W. K., J. B. Dodds для выявления детей, страдающих задержкой психического развития в возрасте от рождения до 6 лет. Данный тест в России не адаптировался, но переведен и активно используется из-за удобства применения и точности диагностики.

Он содержит 4 шкалы:

- 1) грубая моторика;
- 2) тонкая моторика;
- 3) речь;
- 4) социальная адаптация.

Из 105 пунктов 75 предназначены для детей до 3 лет. Обычно ребенок тестируется по 20 пунктам. Каждый пункт оценивается как «выполненный», «невыполненный», «отказ от выполнения», «не было возможностей для выполнения».

Тестирование проводится как в условиях прямого наблюдения, так и на основании сведений, полученных от родителей. Дети, выполнившие все пункты, считаются развивающимися нормально. Если имеется один невыполненный пункт в какой-либо шкале, результат считается сомнительным, два невыполненных пункта – задержка развития.

Тестирование занимает около 30 мин и требует минимальной подготовки исследователя (несколько часов). Тест высоко достоверен и стандартизирован.

Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT); Robins, Fein, & Barton, 1999). М-CHAT создан в США и является расширенной версией скринингового опросника CHAT, созданного в Великобритании. М-CHAT содержит 23 вопроса (в оригинальной версии содержится 9 вопросов). Начало использованию опросника было положено в штатах Коннектикут и Нью-Ингленд. М-CHAT создан для проведения скринингового обследования на нарушения аутистического спектра (НАС) у детей в возрасте от 16 до 30 месяцев. М-CHAT может проводиться, как часть обычного медицинского обследования ребёнка. Также может быть использован для оценки риска наличия аутизма и представителями немедицинских специальностей.

Перевод и адаптация на русский язык – Морозова Т.Ю., Довбня С.В., 2011.

Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S.
Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980).
Шкала C.A.R.S. — один из наиболее широко используемых инструментов. Рейтинговая

шкала аутизма у детей (Childhood Autism Rating Scale, CARS) CARS базируется на клинических наблюдениях за поведением ребёнка, требует минимального обучения в работе с этой шкалой, а также может служить для первичного скрининга симптомов аутизма. Шкала применяется для детей в возрасте 2-4 лет. Данная шкала относится к скрининговым методам и не является основанием для постановки диагноза. Формальная диагностическая оценка должна включать междисциплинарную всестороннюю оценку ребёнка.

Шкалы развития младенца Bayley. Тест Бэйли – это результат более чем 50-летних исследований развития детей. Тест признан высоковалидным и стандартизированным. Он считается одним из лучших для раннего детского возраста. Тестирование проводится в возрасте от 1 до 42 месяцев. В России не адаптирован.

Тест состоит из 3 шкал:

- 1) шкала психического развития (ментальная шкала): оценивает ощущение, восприятие, память, доречевые и речевые способности, предпосылки абстрактного мышления;
- 2) шкала моторного развития: оценивает простые и сложные движения, грубую и тонкую моторику;
- 3) шкала («протокол») поведения: объективирует социальные взаимодействия, интересы, эмоции, темперамент.

Каждый пункт теста оценивается как «выполненный» или «невыполненный». Время тестирования детей младше 15 мес. – 25-35 мин, старше 15 мес. – до 60 мин.

Результатом тестирования является вычисление индекса ментального развития (MDI) и индекса психомоторного развития (PDI). Шкалы психического и моторного развития содержат 274 пункта, протокол поведения ребенка – 30. В 90-е годы была проведена повторная стандартизация теста.

Порядковые (числовые) шкалы психологического развития

Тест представляет собой психометрическую оценку развития ребенка, разработанную I. Uzgis, J. McHunt на основании концепции психического развития Ж. Пиаже.

Он предназначен для детей от рождения до 2 лет и содержит 6 шкал:

- 1) развитие зрительного слежения и сосредоточения на объекте;
- 2) умение ребенка использовать разные средства для получения желаемого предмета;
- 3) вокальная и жестовая имитация (2 субшкалы);
- 4) причинные действия;

- 5) построение объектных связей в пространстве;
- 6) развитие отношений к объектам (при смене игрушки или роли в игре).

Тест состоит из 64 пунктов. Экспериментальные ситуации располагаются по мере усложнения. Психическое развитие изучается в следующих возрастных промежутках: 0-3 мес, 4-7 мес, 8-11 мес, 12-17 мес и 18-24 мес. Тест состоит из 64 пунктов.

Шкала ментального развития R. Griffiths

Тест рассчитан на младенцев от 0 до 24 мес, содержит 260 пунктов, объединенных в 5 субшкал:

- 1) локомоторная активность (глаза-руки, слух-рука);
- 2) развитие речи;
- 3) тонкая моторика;
- 4) «персональная» шкала;
- 5) «социальная» шкала.

После выполнения заданий рассчитывается интеллектуальный коэффициент ребенка и определяется, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка.

Скрининг направленный на выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст Г. А. Таварткиладзе и Н. Д. Шматко. (Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни / Составители Г.А.Таварткиладзе, Н.Д.Шматко. М., 2001.)

В ситуации определенных организационных моделей ПМПК могут быть использованы следующие методики оценки развития ребенка используются при более углубленном обследовании:

Оценка уровня психомоторного развития ребенка Разработана Л.Т.Журбой, Е.М.Мастюковой. Проведение оценки требует участие в ПМПК врача. Развитие оценивается по 7 нервно-психическим показателям (динамическим функциям): коммуникабельность, голосовые реакции, безусловные рефлексы, мышечный тонус, асимметричный шейный тонический рефлекс, цепной симметричный рефлекс, сенсорные реакции. Оцениваются также уровень стигматизации, черепно-мозговая иннервация и патологические движения, которые помогают выявить группу детей с повышенным риском задержки развития. Помесячная количественная оценка у ребенка до 1 года проводится на основе показателей, оцениваемых по 4-балльной системе с учетом динамики нормального возрастного развития. Оптимальная оценка по шкале возрастного развития соответствует 30 баллам. 27-29 баллов в большинстве случаев можно расценивать как вариант возрастной нормы. При оценке 23-26 баллов детей относят к безусловной группе риска. 13-22 балла свидетельствуют о задержке развития. Ниже 13

баллов – больные с тяжелой задержкой развития вследствие органического поражения мозга.

Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев)

Разработан Г.В.Козловской и соавторами. Тест состоит из 12 возрастных субтестов. Психическое развитие исследуется на 1-м году жизни каждый месяц, после года – каждые три месяца, от 2 до 3 лет – 1 раз в полгода. Субтесты состоят из 20 вопросов (заданий), позволяющих тестировать развитие сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих функций. Для исследования уровня развития каждой функции предлагают 4 задания. Для исследования сенсорной функции тестируется зрительная, слуховая и тактильная чувствительности. Для определения состояния моторики – статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. В эмоционально-волевой сфере исследуются: формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). Для оценки волевых функций исследуются активная и пассивная произвольная деятельность. Познавательные функции тестируют по четырем показателям: речь, мышление, игра и внимание. Поведенческие функции состоят из двух разделов: биологического (пищевого поведения, формирования навыков опрятности) и социального поведения, для изучения каждого из которых предлагают по два задания.

Тест позволяет распределить обследуемых детей по трем группам:

- 1) здоровые дети — показатель коэффициента психического развития (КПР) от 110 до 90 баллов;
- 2) группа риска — КПР 80-89 или выше 111 баллов;
- 3) группа нарушения развития — КПР ниже 80.

При невозможности оценить тестовыми методиками уровень развития ребенка на ПМПК (выраженные нарушения развития, сенсорные нарушения, РАС и т.п.) оценка производится в результате наблюдения за ребенком, анализа медицинской документации и родительских опросников.

Библиографические ссылки

1. Аксенова Л.И. Программа ранней комплексной диагностики уровня развития детей от рождения до трех лет / Л.И. Аксенова, А.А. Лисев, Н.Ш. Тюрина // Дефектология. 2002. № 5.
2. Архипова Е.Ф. Скрининговая методика обследования психомоторного развития детей в первый год жизни / Е.Ф. Архипова // Логопедия. 2005. №3(9).

3. Архипова Е.Ф. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии / Е.Ф. Архипова // Специальная психология. 2005. №1(3).
4. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни / О.В. Баженова. М: МГУ, 1986.
5. Баранова Н.Ю. Опыт обучения междисциплинарных команд специалистов для служб раннего вмешательства / Н.Ю. Баранова, Е.В. Кожевникова // сб. тр.: Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям. Материалы конференции. М., 2003.
6. Борякова Н.Ю. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития / Н.Ю. Борякова. М.: Гном - пресс. 1995.
7. Венгер Л.А. Воспитание сенсорной культуры ребенка / Л.А. Венгер, Э.Г.Пилюгина, Н.Б. Венгер. М.: Просвещение, 1988.
8. Воспитание детей раннего возраста /Смирнова Е.О., Авдеева К.Н., Галигузова Л.Н. и др. М.: Просвещение, 1996г.
9. Воспитание и развитие детей раннего возраста / под ред. Г.М.Ляминой.М., 1981.
10. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии / Л. С Выготский. СПб, 1997.
11. Выготский Л. С. Младенческий возраст / Л.С. Выготский // Вопросы детской психологии. СПб, Союз. 1977. С. 40-111.
12. Выготский Л.С. Кризис первого года жизни/Л.С. Выготский. М.,1984. Т.4.
13. Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. СПб : Изд-во
14. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст/под ред. Г. А. Таварткиладзе и Н. Д. Шматко. М., 2002.
15. Галанов А.С. Галанов А.С. Психическое и физическое развитие ребенка
16. Гезелл А. Умственное развитие ребенка. Методика диагностики. Ранняя диагностика / А. Гезелл. М: Просвещение, 1992.
17. Генезис сенсорных способностей /под ред. Л.А. Венгер. М.: Педагогика, 1976.
18. Громова О. Е. Оценка сформированности начального детского лексикона / О. В. Громова // Сб тр.: Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям. Материалы конференции. М., 2003
19. Громова О.Е. Обследование речи детей раннего возраста // Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / под ред. Г.В. Чиркиной. 3-е изд., доп. М.: Аркти 2003.
20. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни /сост. Г. А. Таварткиладзе и Н. Д. Шматко. М.: Полиграф сервис, 2001.

21. Диагностики психического развития детей от рождения до 3 лет / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолаева, С.Ю. Мещерякова. СПб , 2005.
22. Диагностики психического развития детей от рождения до 3 лет / Е.О.Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолаева, С.Ю. Мещерякова. СПб , 2005.
23. Дунайкин М. Л. Методические подходы к оценке нервно-психического развития детей первого года жизни / М. Л. Дунайкин, И. Л. Брин // Дефектология. 2002. №3. С.
24. Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизиологическом развитии/под ред. Е.А. Стребелевой. М.:
25. Ильина М.Н. Развитие ребенка с 1-го дня жизни до 6-ти лет/ М.Н. Ильина. СПб , 2001.
26. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей первого-второго года жизни/Е.С. Кешишян. М., 2000
27. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей первого-второго года жизни. / Е.С. Кешишян. М., 2000.
28. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическими поражениями ЦНС в группах кратковременного пребывания/под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграфсервис, 2003.
29. Лисина М.И. Особенности общения у детей раннего возраста в процессе действий, совместных со взрослыми/М.И. Лисина// Развитие общения у дошкольников. М., 1974. С.113-152.
30. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения/М.И. Лисина. М.: Педагогика. 1986.
31. Лисина М.И. Развитие представлений о себе у ребенка первого года жизни/М.И. Лисина, Н.Н.Авдеева// Исследование по проблемам возрастной психологии. М., 1980.
32. Малофеев Н. Н. Ранняя помощь - приоритет современной коррекционной педагогики / Н. Н. Малофеев //Дефектология. 2003. № 4.
33. Мастюкова Е.М. Диагностика нарушений доречевого развития у детей с церебральными параличами и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде /Е.М. Мастюкова. – М., 1973.
34. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии/Е.М. Мастюкова. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997.

35. Мастюкова Е.М. Нарушения познавательной деятельности у детей: Ранняя диагностика/ Е.М. Мастюкова. М.: Просвещение, 1992.
36. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии/ Е.М. Мастюкова М., 1992.
37. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и дитя М., 2003.
38. Николаева Т. В. К вопросу о психолого-педагогическом обследовании ребенка раннего возраста с нарушенным слухом / Т. В. Николаева // сб. тр.: Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям. Материалы конференции. М.,2003, от рождения до года / А.С. Галанов. М., 2001.
39. Пакет методик психолого-педагогического обследования детей в возрасте до 7 лет с ОВЗ и среды на основе Международной классификации функционирования. Под рук. Казьмина А.М. 2014 г.
40. Пантюхина Г.В. Диагностика нервно-психического развития ребенка первых трех лет жизни/Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт. М., 1979.
41. Пилюгина, З.Г. Сенсорные способности малыша/З.Г.Пелюгина М.: Просвещение, 1996.
42. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями:коррекционная работа на первом году жизни/О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева. М., 2003.
43. Приходько О.Г. Коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста, страдающими церебральным параличом: автореф. дисс....канд. пед. наук/О.Г. Приходько. М., 2001.
44. Психолого-педагогическая диагностика / под ред. И.Ю.Левченко, С. Д. Забрамной. М., 2003.
45. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие /Е.А.Стребелева, Г.А.Мишина, Ю.А.Разенкова и др.; под ред. Е.А.Стребелевой (2005)
46. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод пособие: с прил. Альбома «Нагляд. Материал для обследования детей» / [Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Разенкова Ю.А. и др.]; под ред. Стребелевой Е.А.)
47. Ранняя психолого-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям/сост. Ю.А. Разенкова. Е.Б. Айвазян. М.: Полиграф сервис, 2003.
48. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии/С.Л. Рубинштейн. СПб.: Питер, 2004.

49. Стребелева Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет): Ранняя диагностика умственного развития / Е.А. Стребелева. М.: Компания «Петит», 1994.
50. Стребелева Е.А. Ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья / Е.А. Стребелева // Дефектология. 2003. № 3. С. 39-42.
51. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова. М., 2001.
52. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста.
53. Хеллбрюгге Т. Мюнхенская функциональная диагностика развития (1-3 лет жизни) / Т. Хеллбрюгге, Ф. Лайоси, Д. Линара. Минск: Бел АПДИ, 1997.
54. Чиркина Г.В. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Г.В. Чиркина. М., 2003.
55. Шпиц Р.А. Первый год жизни / Р.А. Шпиц. М.: Геррус, 2000.
56. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д.Б. Эльконин // Избр. психолог. тр. М.: Изд-во Института практической психологии, 1995.
57. Ю. Бенилова // сб. тр.: Актуальные вопросы логопатологии. Материалы конференции логопедов системы здравоохранения РФ. СПб, 2009.

Методики, выявляющие особенности состояния всех компонентов и функций речи, используемых учителем-логопедом для детей раннего возраста (от 0 до 2 лет)

Оценка мимики, мимической мускулатуры. Краткая аннотация. Методика оценки состояния мимической мускулатуры, мимики детей раннего возраста систематизировано описана Разенковой Ю.А. Данные, получаемые при наблюдении за ребенком с помощью данной методики, позволяют судить о состоянии мимической мускулатуры, наличии или отсутствии паралича, или пареза. Данную методику используют в отечественной практике логопедического обследования детей раннего возраста.

Цель. Исследование развития мимической мускулатуры детей раннего возраста.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Обследование необходимо начинать с наблюдения за ребенком в период бодрствования, не привлекая к себе его внимание. Это дает возможность оценить положение тела ребенка, его поведение, эмоциональные и голосовые реакции, непроизвольные движения.

О нормальной иннервации мимической мускулатуры свидетельствуют симметрия глазных щелей и складок на лице как в спокойном состоянии, так и при крике, симметричное смыкание век, плотное захватывание соска, соски.

При парезах и параличах мимической мускулатуры наблюдается комплекс симптомов: расширение глазной щели - лагофthalm; при крике, когда ребенок пытается зажмурить веки, глазные яблоки смещаются вверх, а глазная щель остается несомкнутой и видна белковая оболочка под радужкой - феномен Белла, один угол рта может быть опущен, одна носогубная складка может быть выражена больше другой. Во время крика отмечается неравномерность образования складок на лбу, перетягивание рта в одну сторону, неплотное захватывание соски, подтекание пищи из угла рта. Все это может свидетельствовать о периферическом поражении лицевого нерва. При центральном поражении лицевого нерва лагофthalm и феномен Белла отсутствуют, наблюдается сглаженность носогубной складки, при крике рот перетягивается в сторону более глубокой складки. Тонус мимических мышц, как и наличие или отсутствие пареза и паралича определяется логопедом при совместном с невропатологом осмотре ребенка.

Оцениваются следующие показатели:

– Развитие моторных функций

– Состояние мимики

Ограничения. Методика не имеет ограничений.

Оценка состояния артикуляционного аппарата. Краткая аннотация. Методика оценки состояния артикуляционного аппарата детей раннего возраста систематизировано описана Разенковой Ю.А. Данные, получаемые при наблюдении за ребенком с помощью предлагаемой методики, позволяют судить о состоянии артикуляционного аппарата детей раннего возраста.

Цель. Исследование состояния артикуляционного аппарата детей раннего возраста.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Обследование необходимо начинать с наблюдения за ребенком в период бодрствования, не привлекая к себе его внимание. Это дает возможность оценить положение тела ребенка, его поведение, эмоциональные и голосовые реакции, произвольные движения. Исследование артикуляционного аппарата включает в себя оценку особенностей строения артикуляционных органов, положения в покое при общем симметричном положении тела ребенка, оценку произвольных движений артикуляционного аппарата во время еды (сосания, глотания, снятия пищи с ложки, питья из чашки, откусывания, жевания и др.), при мимических проявлениях, при голосовых и звуковых реакциях, а также наличия или отсутствия парезов, параличей, насильственных

движений. Мышечный тонус в органах артикуляции определяется при совместном осмотре логопеда и невропатолога. По тому, как ребенок сосет и глотает и как эти процессы сочетаются с дыханием, можно судить о функции тройничного, лицевого, подъязычного (сосание), языкоглоточного и блуждающего (глотание) нервов. При активном сосании положенное количество молока ребенок высасывает за 10-15 мин., молоко не выливается изо рта, ребенок не поперхивается, сосание ритмичное и на каждые два сосательных движения приходится два глотательных и одно-два дыхательных. Если ребенок неплотно захватывает соску, вяло сосет, утомляется, поперхивается, кричит при присасывании, долго держит молоко во рту, наблюдается носовой оттенок голоса, это говорит о бульбарных или псевдобульбарных нарушениях. При бульбарном синдроме эти симптомы сочетаются с отсутствием небного и глоточного рефлексов, свисанием мягкого неба, вытеканием пищи через нос, саливацией. В период новорожденности и первые месяцы жизни саливация может быть не выражена или выражена слабо, чаще всего она проявляется к 4 мес при вертикальном положении ребенка на руках у взрослого. При бульбарной симптоматике ребенок находится на зондовом вскармливании. При псевдобульбарной симптоматике усиливаются небный и глоточный рефлекс. Изолированное поражение подъязычного нерва существенно не нарушает сосания и глотания. Заставив ребенка покричать, можно обнаружить отклонение кончика языка в сторону паретичной мышцы (поражение подъязычного нерва). Ограниченная подвижность артикуляционных мышц представляет собой основное проявление пареза или паралича этих мышц. Могут отмечаться недостаточность подъема кончика языка вверх в полости рта, невыраженность кончика языка, ограниченная способность языка двигаться вниз, назад и т.д. Все это не дает возможности формировать разнообразие звуков в гулении, лепете, а в дальнейшем и в речи. Нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре характеризуются его повышением (гипертонусом), приводящим к спастичности артикуляционных мышц, когда отмечается постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ. Язык напряжен, отодвинут назад, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Повышение тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Непроизвольные движения при гипертонусе и спастичности артикуляционных мышц ограничены, что в дальнейшем повлечет за собой нарушение произвольной моторики. У ребенка 3-6 мес уже отчетливо можно констатировать нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры. До 3-4 мес у детей преобладает физиологический гипертонус. Нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры могут проявляться и в виде гипотонии. При гипотонии язык тонкий, распластанный в полости

рта, губы вялые, не могут плотно смыкаться, пища подтекает из углов рта, при жевании пища вываливается изо рта. При этом может отмечаться назализация звуков гуления, лепета, крика. Нарушения тонуса могут проявляться в виде дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса). В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, а при звуковых реакциях тонус резко нарастает.

Оценка состояния тонуса артикуляционной мускулатуры должна проводиться логопедом совместно с врачом-невропатологом. Исследуется мышечный тонус в артикуляционной и мимической мускулатуре при пассивных движениях органов артикуляции. Пассивные движения нижней челюстью (пассивное открывание и закрывание рта) при симметрично расположенном теле ребенка (ребенок в позе "на спине") дают возможность оценить тонус мышц нижней челюсти, жевательных мышц. Пассивные движения губ ребенка: открывание - закрывание губ, растягивание губ - сведение их в "трубочку" - дают возможность оценить тонус в мышцах губ, круговой мышце рта. Пассивные движения языка при толкании языка в стороны, кзади (надавливая на кончик языка и продвигая его назад), при захвате кончика языка двумя пальцами с подтягиванием его вперед дают возможность оценить тонус мышц языка.

Наряду с исследованием двигательных функций мышц артикуляционного аппарата логопед обращает внимание на строение органов артикуляции. Наличие отклонений в строении челюстей, укороченная подъязычная связка, различные патологии строения губ, языка, расщелины и расщепления свидетельствуют о необходимости организации ранней помощи этим детям

Оцениваются следующие показатели

- Развитие артикуляционных функций
- Развитие зрительно-моторной координации
- Особенности строения органов артикуляции
- Уровень помощи взрослого.

Ограничения. Нет ограничений

Оценка дыхания, первых звуковых безусловно-рефлекторных реакций. Краткая аннотация. Методика оценки состояния дыхания, первых звуковых безусловно-рефлекторных реакций детей раннего возраста, систематизировано описана Разенковой Ю.А. Данные, получаемые при наблюдении за ребенком, позволяют судить о состоянии дыхания, голосовых реакциях. Представленную методику используют в отечественной практике логопедического обследования детей раннего возраста.

Цель. Исследование состояния дыхания, голосовых реакций детей раннего возраста.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Первые голосовые безусловно-рефлекторные реакции ребенка логопед оценивает методом наблюдения. Рекомендуется наблюдать за ребенком сразу после сна, перед кормлением и после кормления, при засыпании.

В ходе наблюдения за ребенком оцениваются его голосовые реакции, связанные с жизненно важными физиологическими функциями. Помимо крика к голосовым реакциям новорожденного и ребенка первых месяцев жизни относят кашель, чихание, звуки при сосании, зевании, отдельные гортанные звуки – средние между «а» и «э».

Различные патологические состояния могут приводить к затруднению или невозможности даже этих голосовых реакций.

Мышечная слабость артикуляционной и дыхательной мускулатуры делает крик ребенка слабым, тихим. Крик может быть пронзительным, болезненным, с носовым оттенком при аномалиях строения носоглотки, бульбарных или псевдобульбарных нарушениях. Голосовые реакции могут быть бедными или отсутствовать совсем вследствие угнетения ЦНС.

Начиная с 2-х недель жизни, ребенок должен перестать кричать на одной ноте, начинать использовать в крике аналоги гласных звуков. С конца 3ей недели ребенок начинает реагировать на голос матери. К 2 мес. у здорового ребенка крик возникает при прекращении общения с ним или при изменении положения его тела, а не только как реакция на голод, дискомфорт и пр. На последующих этапах крик приобретает характер активной реакции протеста: в 6-9 мес. здоровый ребенок может кричать при появлении незнакомых людей, в 12 мес. ребенок громко кричит в ответ на то, что отобрали игрушку. У детей с церебральной патологией, генетическими и хромосомными заболеваниями крик долгое время не приобретает интонации, выразительности, или имеет крайне ограниченное значение в развитии общения ребенка со взрослым, или остается единственным средством общения ребенка со взрослым на протяжении всего 1-го года жизни (в случаях тяжелой патологии ЦНС).

Оцениваются следующие показатели

- Понимание обращенной речи и использование речи.
- Развитие моторных функций.
- Развитие зрительно-моторной координации.
- Состояние дыхательной функции.
- Развитие голосовых реакций.
- Уровень помощи взрослого

Оценка звуковых реакций. Краткая аннотация. Методика оценки звуковых реакций детей раннего возраста, систематизировано описана Разенковой Ю.А. Данные,

получаемые при наблюдении за ребенком с помощью данной методики, позволяют судить о звуковых реакциях. Данную методику используют в отечественной практике логопедического обследования детей раннего возраста.

Цель. Исследование состояния звуковых реакций детей раннего возраста.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

В ходе логопедического обследования методом наблюдения оценивают звуковые реакции ребенка: гуканье, гуление, лепет.

Возрастные ориентиры: к концу 1-го месяца появляется редкое начальное гуление (гуканье) «уа», «гы», «га», «угу». С 4-6 недель гуление более выражено, малыш произносит протяжные тихие звуки «гу-у-у», «ля-я-я», «бу-у-у»; на фоне положительного эмоционального состояния гуление носит характер спокойного повествования. Кроме того, на данном этапе могут появляться голосовые реакции – радостное повизгивание и смех, отрицательные эмоциональные реакции выражаются с помощью дифференцированных криков в зависимости от причины, их вызвавшей. К 3 месяцам ребенок вступает в голосовой контакт в ответ на ласковый голос. В 3-4 месяца появляется истинное или певучее гуление, оно характеризуется наличием самоподражания (аутолалией). Около 6 месяцев появляются первые слоги, лепет элементарные звукоподражания (активизируется стадия эхολалического лепета). Дети эмоционально реагируют на обращенную речь. Отмечается понимание отдельных элементов речи окружающих (ситуативно связанное понимание). Все голосовые и звуковые реакции ребенка эмоционально окрашены. Возрастной период 6-9 месяцев характеризуется появлением спонтанных голосовых реакций в виде повторения длинных цепочек слов («ба-ба-ба», «ма-ма-ма-ма» и т.п.). В 7-8 месяцев развивается отраженный лепет (активная эхололия) и самолепет (эхолалия). Лепет все более приближается к речи взрослого окружения.

Для логопедического обследования важно не только отсутствие или наличие этих звуковых реакций, но и их качественные характеристики. Развернутая система определения раздражителей, которые значимы для конкретного ребенка, позволяет наметить пути стимулирования звуковых реакций. Логопед устанавливает уровень общения ребенка со взрослым: то ли это только тактильно-эмоциональный уровень (что очень характерно для детей с тяжелой церебральной патологией, хромосомными заболеваниями), или эмоционально-речевой, или сочетание тактильно-эмоционального общения с эмоционально-речевым, присущее детям с перинатальной патологией, недоношенным детям, воспитывающимся в доме ребенка, или уровень предметно-действенного общения. Знание уровня общения и значимых раздражителей дает

возможность выбрать правильное направление в коррекционной работе.

При этом нужно учитывать то, что общение появляется не сразу с рождением ребенка, а складывается постепенно. Начатки общения закладываются к 3-4 недели жизни, а именно: ротовое внимание, когда ребенок на ласковый голос или улыбку взрослого замирает, вытягивает вперед губы, в этот период малыш быстрее реагирует на голос, а не на звучащую игрушку. О наличии у ребенка общения можно утверждать, когда наблюдаются следующие четыре признака: взгляд в глаза взрослого (18-20 дней); ответная улыбка на воздействие взрослого (1 мес.); инициативные улыбки и двигательное оживление (3 мес.); стремление продлить эмоциональный контакт со взрослым.

До тех пор, пока наблюдаются отдельные из этих признаков, происходит процесс становления общения; когда же налицо все четыре признака, общение является сложившимся.

На 1-м году жизни развитие общения проходит три этапа: новорожденности, эмоционального общения и, наконец, "делового" общения или предметно-действенного общения. Самый короткий - этап новорожденности, он охватывает 1-й месяц жизни, когда совершается подготовка младенца к контактам с окружающими людьми. Второй этап эмоционального общения охватывает время приблизительно 2-6-й месяц жизни ребенка.

Третий этап предметно-действенного общения начинается со второго полугодия жизни ребенка. Общение становится "деловым", оно включается в практическое сотрудничество ребенка со взрослым.

Оцениваются следующие показатели:

- Понимание обращенной речи и использование речи.
- Развитие моторных функций.
- Развитие зрительно-моторной координации.
- Предпосылки формирования активной речи.
- Уровень помощи взрослого.
- Стратегия работы (пробы и ошибки, зрительное соотнесение).

Оценка понимания речи. Краткая аннотация: Данный период времени жизни ребенка важен для формирования предпосылок полноценной речевой деятельности и собственно речевой деятельности. Наряду с увеличением набора языковых и речевых единиц, у детей в период от 0 до 2 лет начинают формироваться основные функции речи: познавательная, коммуникативная, регулятивная и проч. Начиная с возраста 8-9 месяцев становится доступным исследование уровня сформированности навыков понимания речи и ее продуцирования, а также выявление номенклатуры языковых средств, находящихся в пользовании ребенка. При описании процедуры обследования и анализа результатов

использовались материалы Ю.А. Разенковой «Схема логопедического обследования ребенка 2-3-го года жизни» // Альманах ИКП РАО 10/ 2014. Электронный адрес [<http://alldef.ru/ru/articles/almanah-4/shema-logopedicheskogo-obsledovaniya-rebenka-2>].

Цель: выявить уровень понимания обращенной речи.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов.

При проведении исследования необходимо учитывать нормативные показатели становления процесса понимания обращенной речи детьми:

- В 8-9 месяцев интенсивно формируется понимание речи окружающих. Детям доступно понимание элементарных одноступенчатых инструкций, сопровождаемых жестами.
- В период с 9 до 12 месяцев имеет большое значение развитие реакций на речевое общение.
- С **9 месяцев** дети адекватно реагируют на обращенную речь, понимают интонации, правильно воспринимают отдельные инструкции и знакомые словосочетания в знакомых ситуациях («нет-нет», «горячо», «дай ручку», «дай игрушку», «будем кушать» и др.).
- В **10-12 месяцев** ребенок получает удовольствие от общения с близкими, т. е. складывается коммуникативная потребность, он издает различные звуки, звукоподражания («мяу», «ав-ав», «му-му», «тик-так», «кап-кап» и др.);
- Появляются отдельные слова: «мама», «папа», «баба», «на», «дай» и т. д..
- С **10 месяцев** у ребенка начинает вырабатываться понимание сочетания слова с предметом или картинкой и действием (на вопрос: «Где у тебя носик?» — ребенок показывает на свой нос; на вопрос: «Где киска?» — малыш смотрит в сторону кошки), сознательно называет предмет, увидев его (глядя на собачку, говорит «ав-ав»).

Таким образом, у детей вырабатывается способность выполнять простые одноступенчатые инструкции, т. е. можно говорить о начале развития регулирующей функции. На втором году жизни ребенка в связи с развитием фонематического восприятия возможности понимания обращенной речи возрастают, в частности, ребенок способен соотнести название объекта и сам объект, ориентируясь на звуковую оболочку слова, а не на ситуацию. Соответственно, закладываются начатки обобщающей функции речи. Хотя, в процессе обследования необходимо учитывать большую степень полезависимости и ситуативности в ходе восприятия речи детьми. Поэтому целенаправленное обследование понимания речи ребенка должно проходить в условиях ограничения внешних раздражителей.

Понимание речи: понимает названия окружающих предметов, действий и движений (1 год 1 мес. - 1 год 3 мес.).

А. Понимание ребенком названий окружающих предметов: Материал - три-четыре знакомых ребенку игрушки, соответствующих его интересам, например, машина, кукла, мячик, собака.

Методика обследования: ситуация естественная. Перед ребенком раскладываются четыре контрольных предмета. На вопрос или инструкцию взрослого, например, "Где ...?", «Покажи...», «Возьми...», «Дай мне...» - ребенок должен отыскать все предметы. После этого их убирают, ставят в другом порядке и вновь предлагают их найти. Помощь ребенку: если ребенок ошибается или не ищет взглядом называемую игрушку, взрослый показывает ему только две игрушки и задает соответствующий вопрос. При отсутствии ответа показывает одну из игрушек и называет ее. Можно показать и назвать две игрушки, а затем спрашивать обо всех четырех. *Оцениваются следующие показатели:*

- Поведение ребенка
- Уровень необходимой помощи: по просьбе взрослого находит сам или при помощи нужные предметы (показывает рукой или берет в руки).
- Количество выбранных предметов (не менее трех).

Б. Понимание ребенком действий:

Материал – игрушка, с которой можно манипулировать и выполнять какие-то действия, например, машинка, кукла и проч.

В процессе обследования создается естественная, игровая ситуация.

Сначала исследуется понимание простейших инструкций: «Дай», «Возьми», «Положи», «Катí» и т.д. При наличии понимания ребенку может быть предъявлена сюжетная игрушка - кукла, тарелка, кровать. Предлагаются более сложные инструкции, например, "Покорми куклу", "Положи куклу спать", «Машина устала. Поставь машину в гараж» и т.п.

Помощь ребенку: если ребенок не выполняет действия или не может их выполнить, взрослый показывает эти действия, а затем просит ребенка выполнить: "Положи спать куклу", "Дай попить кукле".

Оцениваются следующие показатели:

- Поведение ребенка.
- Уровень необходимой помощи: по просьбе взрослого находит сам или при помощи нужные предметы (показывает рукой или берет в руки).
- Количество понятых инструкций (не менее трех).

1 год 4 мес. - 1 год 6 мес.

А). Обобщение предметов по существенным признакам в понимаемой речи (в "конфликтной" ситуации), понимание имен прилагательных:

1.Материал - два однородных предмета, отличные друг от друга по какому-либо признаку (например, кошка белая, кошка черная, собака черная) и контрольный предмет - кукла. Или машина большая, машина маленькая, трактор большой и контрольный предмет – игрушечный мишка.

Методика выявления: ситуация игровая. Перед ребенком раскладывают предметы в такой последовательности: собака черная, кошка черная, кошка белая, кукла. Взрослый предлагает показать сначала одну белую кошку, затем – черную кошку, потом - собаку, куклу. После этого предметы меняют местами и ребенку предлагают найти их еще раз. Поведение ребенка: находит однородные предметы по слову взрослого (кошку белую и черную и т.д.).

Оцениваются следующие показатели:

- Понимание имен прилагательных.
- Характер ориентации на семантику словосочетаний

б). Понимание предлогов и предложно - падежных категорий: понимание предлогов "в", "на"

Материал - коробка с крышкой, кубик.

Методика выявления: ребенка просят положить кубик на коробку, в коробку на стол и т.д.

Оцениваются следующие показатели:

- Наличие понимания предложно-падежных конструкций;
- Характер трудностей (не понимает, понимает один из предлогов, смешивает, неустойчивое понимание.

1 год 7 мес-1 год 9 мес.

А). Понимание коротких распространенных предложений с опорой на сюжетную картинку.

Материал – крупные реалистичные сюжетные картинки доступного для детей уровня понимания, например, мальчик катается на велосипеде; дети умываются; девочка моет посуду; дядя чинит машину; мама разговаривает по телефону.

Методика выявления: ситуация естественная. Взрослый кладет на стол две-три картинки, проговаривает одно предложение и просит угадать, какую картинку он задумал. При необходимости, ребенку задаются дополнительные вопросы, «Кто, что делает?» и проч. После этого предложение проговаривается еще раз.

Оцениваются следующие показатели:

- Степень и характер понимания предложений.
- Наличие помощи.
- Характер проблем.

Б. Понимание предложно-падежных конструкций: понимание предложно- падежных конструкций с предлогом "под".

Проводится аналогично, как и при обследовании понимания предлогов В и НА.

В. Понимание единственного и множественного числа существительного (1 год 9мес). Материал – парные предметные картинки или реальные объекты (стол - столы, машина - машины, мяч - мячи, карандаш – карандаши; яблоко – яблоки, кубик – кубики и т.д.)

Методика проведения: ребенку предлагают показать, где стол, а где столы, голосом несколько утрируя окончания имен существительных.

Оцениваются следующие показатели:

- понимание или непонимание грамматической формы;
- устойчивость понимания;
- характер ошибок.

Д. Понимание суффиксальных отношений:

Понимание слов с суффиксом уменьшительности (1 год 9мес). Материал - картинки: машина большая и маленькая, собака большая и маленькая, мяч большой и маленький, чашка большая и маленькая. Если ребенок знает части тела, можно использовать сравнение: «у тебя – у меня»: рот –ротик, нос – носик, палец пальчик. В этом случае задается вопрос «У кого?»

Оцениваются следующие показатели:

- понимание или непонимание грамматической формы;
- устойчивость понимания;
- характер ошибок.

1 год 10 мес – 2 года

А. Понимание короткого рассказа взрослого без показа о событиях, бывших в опыте ребенка. Материал - специально подготовленный рассказ о событии, хорошо знакомом ребенку.

Б. Понимание пространственных предложно-падежных конструкций: понимание предложно- падежных конструкций с предлогами "у", "с".

Проводится аналогично.

В. Понимание единственного и множественного числа глагола (2 года). Материал - картинки: мальчик бежит - дети бегут; девочка рисует - дети рисуют; мама моет посуду – мама и папа моют посуду.

Методика выявления: ребенку предъявляются обе парные картинки и просят показать, где "бежит", где моют и т.д. а где "строят" и т.д.

Оцениваются следующие показатели:

- понимание или непонимание грамматической формы;
- устойчивость понимания;
- характер ошибок.

Исследование уровня сформированности слухового внимания и фонематического восприятия.

Цель: выявить уровень сформированности слухового внимания и фонематического восприятия.

1 год 6мес - различение неречевых звуков

Материал - набор звучащих или музыкальных игрушек, ширма.

Методика обследования: Сначала ребенка знакомят с особенностями звучания каждой игрушки, а затем предлагают поиграть в игру «Угадай-ка». Звучит одна из игрушек, а затем ребенку демонстрируется две или три игрушки и ребенок должен показать, какая из них звучала.

1 год 9мес - различение речевых звуков.

Материал; набор игрушек, изображающих знакомых ребенку животных (выясняется в процессе предварительной беседы с родителями), ширма.

Методика обследования аналогична предшествующему заданию, но в качестве стимулов выступают звукоподражания животным: ребенку предлагают поиграть в игру "Угадай, кто тебя позвал?".

2 года - различение высоты голоса.

Материал: набор игрушек, картинок, например, с изображением популярных мультипликационных героев, ширма.

Методика обследования: ребенку предлагают поиграть в игру "Кто говорит". Логопед произносит отдельные слова, например, имя ребенка, разным тоном голоса. Ребенок пытается угадать, кто его позвал.

Оцениваются следующие показатели:

Уровень сформированности слухового восприятия и фонематического слуха.

Обследование уровня сформированности говорения как вида речевой деятельности. Краткая аннотация: период развития ребенка в возрасте от 1г. До 2х лет

характеризуется бурным речевым развитием. Если к концу 1 года малыш владеет словарным запасом на уровне 10-30 слов, то к концу второго года жизни его словарный запас достигает нескольких сотен лексем. В связи с формированием фонематического восприятия начинается усвоение грамматического строя речи. Ребенок в языковом сознании выстраивает индивидуальную грамматику родного языка. Именно в этот период жизни развивается и совершенствуется языковая способность ребенка. Развиваются все стороны речи: звукопроизношение, фонематическое восприятие, слоговая структура, лексико-грамматический строй. Рассматриваемый период очень важен для дальнейшего развития речи ребенка.

Цель: выявить уровень сформированности звуковой и смысловой сторон речи.

Материал для обследования разделен на ряд этапов в соответствии с поэтапностью формирования речи в онтогенезе. Наиболее подробно обследование речи детей в данный период возраста было описано в работах С.Ю. Бениловой и Л.Р. Давидович, Ю.Б.Разенковой, О.Е.Громовой, Е.В. Шереметьевой и др.

1. 1 год 1 мес - 1 год 3 мес. - *пользуется лепетом и отдельными облегченными словами в момент двигательной активности, удивления, радости.* Методика выявления: ситуация естественная. Наблюдение за ребенком ведется во время самостоятельной деятельности или совместной деятельности с родными в течение 20 мин.

Помощь ребенку: если ребенок во время игры не произносит звуков и лепетных слов, взрослый вызывает у него удивление, радость: "Посмотри, вот кукла - ляля, ай! Нет ляли. Поищи, где ляля. А, вот она!" После показа взрослый продолжает наблюдение, поддерживая интерес ребенка к игрушкам.

Поведение ребенка: разнообразно лепечет сам или после игры со взрослым, пользуется облегченными словами ("дай, бах, ав-ав, ляля")

1. 1 год 4 мес. - 1 год 6 мес. *Пользуется облегченными словами, (например, "би-би") и словами, произнесенными правильно (машина), называет предметы и действия в момент сильной заинтересованности.*

Материал – картинки или игрушки, хорошо известные ребенку и способные его заинтересовать, мешочек или коробка, из которой они вынимаются.

Методика выявления: ситуация естественная. Взрослый неожиданно вынимает из мешочка предмет и спрашивает: "Кто это, что это?" Кроме того, относительно достоверные сведения можно получить в процессе работы с родителями этого ребенка или лицами, их заменяющими.

1 год 7 мес - 2 года.

А. Обозначение своих действий словами и двухсловными предложениями. Методика выявления: ситуация естественная. Речевые проявления ребенка наблюдаются в игре, в режимных моментах, занятиях. Поведение ребенка: во время игры и другой ситуации сопровождает свои действия словами и двухсловными предложениями. В соответствии с имеющимися данными (Елисеева М.Б. Речевой онтогенез: взгляд лингвиста/Ж. «Логопед», 2005 № 4). До 1,8 – 2 лет у детей типичны голофразы. 1,6 – 1,10 – появляются и закрепляются двусловные высказывания «Телеграфного стиля. 1,8 – 2,0 отмечается появление трех-четырёхсловных предложений со словами «вот», «это», «какой», «давай» и проч. И только в 2-2,6 в речи детей становятся типичными трехсловные предложения со склоняемыми и спрягаемыми словами без предлогов или с протопредлогами.

Б. Слоговая структура слова.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов:

Обследование проводится как в ходе самостоятельного проговаривания, так и в отраженном проговаривании. Если в активном употреблении можно обнаружить сложности или достижения в частоупотребительной лексике, то в отраженном проговаривании – в относительно сложной редкоупотребительной. В ходе обследования также используются название заранее отобранных картинок, чтение и отраженное проговаривание стишков. В ходе обследования необходимо учитывать, что обследование произнесения двухсложных слов типа: "папа, мама, пила, часы", односложных слов () типа: "дом, вот, мяч, там" достоверно по достижении ребенком 1 год 9 мес.

Оцениваются следующие показатели:

- Объем активной лексики и темпы ее наращивания,
- Адекватность использования лексики;
- Наличие фразовой речи, степень ее развернутости и качество грамматического оформления;
- Наличие проблем в развитии слоговой структуры.

Список использованных источников

1. Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р. Логопедия. Системные нарушения речи у детей (этиопатогенез, классификация, коррекция, профилактика) : монография. – М.: НОУ ВПО «МПСУ»: Воронеж : МОДЭК, 2014.
2. Дети–сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред Е.А. Стребелевой – М.: Полиграф сервис, 1998.
3. Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений: Материалы научно-практической конференции / Институт

коррекционной педагогики РАО, Школа клинической электроэнцефалографии и нейрофизиологии им. Л.А. Новиковой. - М. Полиграф сервис, 1999.

4. Разенкова Ю.А. Профилактика, раннее выявление и ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии, М.: Издательский центр «Академия», 2000

5. Разенкова Ю.А. Схема логопедического обследования ребенка 2-3-го года жизни/Альманах ИКП РАО 2014/20 Электронный ресурс [http://alldef.ru/ru/articles/almanah-4/shema-logopedicheskogo-obsledovaniya-rebenka-2]

6. Разенкова, Ю.А. Коррекционно-педагогическая работа с детьми первого года жизни группы риска в условиях дома ребенка [Текст]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Ю.А.Разенкова. – М., 1997. – 169 с.

7. Стребелева Е.А., Орлова А.Н., Разенкова Ю.А. Шматко Н.Д. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста: Методическое пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998.

**Примерный пакет диагностических методик для оценки психофизического
состояния лиц с нарушениями слуха от 0 до 18 лет**

**Методики, выявляющие особенности развития слухового восприятия,
используемые сурдопедагогом для детей младенческого возраста (от 0 до 1 года)**

Наблюдение

Цель - оценка состояния слуха, установление/подтверждение снижения слуха.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Диагностика слуха начинается с наблюдения за реакциями ребенка и заполнение протокола наблюдения. Наблюдение организовывается во время приема и/или в семье. Сурдопедагог предлагает родителям заполнять карты наблюдения. В протоколе указывается число и время наблюдения, отмечаются наличие и характер реакции на неречевые звуки и голос (громкий, разговорной громкости, шепот).

Примерная форма карты наблюдения.

Карта наблюдения

Возраст	Особенности поведения	Сроки наблюдения		Интенсивность звука			Результат наблюдения	
		Дата	Время	тихо	норма	громко	(+)	(-)
6 недель	-вздрагивает или моргает; -прекращает сосание на время; -начинает (прекращает) плакать							
3 месяца	-моргает или начинает плакать; -просыпается или двигается во сне; -гулит или улыбается в ответ на речь взрослого; -смотрит в сторону, откуда раздался звук; -предпочитает музыкальные игрушки							
6 месяцев	-ищет источник звука; -поворачивает голову в сторону говорящего человека; -любит музыку; -издает много разных звуков							
9 месяцев	-реагирует на имя; -ищет источник звука (в том числе тихого) -понимает «нет», «нельзя»; -подражает звукам; -появляется лепет, в том числе ответный							

12 месяцев	-указывает на знакомые предметы по просьбе взрослых; -повторяет простые слова; -понимает элементарные поручения; -слушает, когда говорят люди; -произносит одно-два слова самостоятельно							
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Оценка результатов наблюдения - если отрицательных ответов больше двух-необходимо проверить слух ребенка с помощью объективных медицинских методов.

Регистрация поведенческих реакций

Методика обследования разработана Н.Д.Шматко и Т.В.Пелымской.

Цель педагогического исследования слуха - подтверждение наличия нарушений слуха детей до 1 года и определение типа и уровня поражения слуховой системы для последующей эффективной медицинской и психолого -педагогической абилитации.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Обследование проводят два человека - наблюдатель (сурдопедагог или сурдолог) и ассистент (родитель или сурдопедагог).

Используемые звуковые стимулы: музыкальные игрушки откалиброванные (барабан-500-5000Гц, гармошка-2000Гц, свисток-2500Гц, дудка-3000Гц, шарманка-4000Гц, погремушка-5000Гц при интенсивности звука до 100Дб), голос разговорной громкости и повышенной громкости (произносятся слогосочетания- папапа, пупупу, пипипи), тон аудиометра в свободном звуковом поле различной частоты и интенсивности.

В протоколе фиксируется: наличие и характер реакции, характер (неречевой стимул, речь, тон) и качество (интенсивность и частота) звука, расстояние от источника звука, способность локализовать звук в пространстве.

Методика проведения обследования:

Ребенок до 6 месяцев лежит на пеленальном столе на спине, в свободном для движений состоянии (в 6-12 месяцев сидит за столиком на руках у матери). Над ребенком склоняется наблюдатель. Наблюдатель должен вступить в контакт с ребенком и хорошо видеть малыша, вызывая комплекс оживления (улыбку, активные движения рук и ног, голосовые реакции). Можно привлечь внимание младенца яркой игрушкой, перемещая ее вправо влево на расстоянии 30-40см над глазами ребенка. Ребенку старше 6 месяцев предлагаются игрушки для рассматривания на столе. Ассистент в это время с расстояния

3-4м(5-6м, если ребенку больше 6 месяцев) справа или слева подает сигнал. Наблюдатель фиксирует наличие и характер реакции. Если реакция отсутствует, ассистент подходит ближе на 0.5 метра и вновь подает сигнал. Расстояние уменьшается до тех пор, пока не достигнет 5-10см от уха ребенка. При получении первой реакции на определенном расстоянии, ассистент вновь увеличивает расстояние до источника звука на 0.5м и предъявляет звуковой стимул. Это необходимо для выявления максимального расстояния, с которого ребенок воспринимает звук. Затем исследуются реакции на данный звук с другой стороны.

При проведении обследования следует помнить:

- Безусловные ориентировочные реакции на звук могут проявляться в замирании (торможении), активизации движений, плаче, расширении глаз, моргании, прекращении или активизации сосания, повороте головы или глаз и др.;
- Безусловные реакции быстро угасают при повторном предъявлении;
- Необходимо начинать обследование со звуковых стимулов наиболее высокочастотных;
- Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно;
- Начинается предъявление звукового сигнала с расстояния 3-4м (до 6месяцев)или 5-6м(после 6месяцев) и при отсутствии реакции расстояние постепенно сокращается, ассистент незаметно приближается к ребенку (по 0.5метра) до получения реакции (возможно 5-10см от уха ребенка);
- Ассистент должен подавать звуковые сигналы незаметно для ребенка (вне поле зрения – до 6 месяцев, со спины - после 6 месяцев): младенец не должен видеть движения музыкальных игрушек .
- После получения реакции ассистент вновь увеличивает расстояние на 0.5метра.

Интерпретация результатов:

1 уровень-слух норма: реагирует на неречевые звуки и речь с расстояния 3-5метров, расстояние постоянно и зависит от возраста (чем младше, тем ближе источник звука), после трех месяцев локализует звук в пространстве. Реакция на тон интенсивностью 50-80 Дб во всем частотном диапазоне.

2 уровень-тугоухость: реагирует на все неречевые звуки, но расстояние нестабильно (от 0.5до 5 метров),локализация звука в пространстве с расстояния 1метр, воспринимает голос разговорной или повышенной громкости. Не реагирует на тон 4000-6000Гц.

3 уровень-значительная тугоухость: реакция на неполный набор неречевых звуков при этом расстояние нестабильно от 0.1 до 0.3 метра - высокочастотные звуки и

2.5-5 метров – низкочастотные звуки, локализация звука нестабильна, на расстоянии менее 1 метра, не реагирует на голос разговорной и повышенной громкости, тон при интенсивности 60-100Дб воспринимает в диапазоне до 2000 Гц.

4 уровень-глухота: реакция на ограниченное количество неречевых звуков (барабан) может быть до 2.5-5метров, реакции на голос повышенной громкости нет, локализации звуков в пространстве-нет. Воспринимает тон 500-1000Гц при интенсивности 70-100Дб.

Протокол обследования слуха детей младенческого возраста (до 3-х месяцев)

Фамилия, имя	Возраст	Реакция на звучание, м			Результат	Рекомендации
		Шарманки	Дудки	Барабана		

Звучания предлагаются с расстояния 3 м.

Протокол обследования слуха детей младенческого возраста (3-х– 6-ти месяцев)

Фамилия, имя	Возраст	Реакция на звучание, м					Локализация	Результат	Рекомендации
		Шарм.	Дудка	Бараб.	Голос	Шепот			

Звучания предлагаются с расстояния 6 м. Знаком + отмечается локализация звучания, знаком ?– нестабильная реакция, знаком !!!– подозрение на снижение слуха.

«Гороховый метод»

Методика разработана и апробирована в Институте раннего вмешательства (СПб) совместно с сотрудниками СПб НИИ уха, горла, носа и речи.

Цель - педагогическое исследование слуха детей от 0 до 3 лет.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Методика основана на регистрации безусловно-рефлекторной ориентировочной реакции ребенка на звук.

Необходимый набор для обследования: три пластмассовые коробочки из-под «киндер-сюрприза» или пластмассовые коробочки из-под фотопленки, заполненные на 1/3:

- горохом (источник звука 70—80 дБ на расстоянии 10—15 см от уха);
- гречей (источник звука 50—60 дБ на расстоянии 10—15 см);
- манкой (источник звука 30—40 дБ на расстоянии 10—15 см).

Методика проведения обследования:

Первый способ проверки с участием 2 специалистов (предпочтительный)

Ребенок сидит на стуле или коленях матери (самые маленькие лежат у нее на коленях), обследующий (врач, сурдопедагог) располагается перед ребенком и старается привлечь его взгляд к себе (например, с помощью яркой игрушки). По сигналу обследующего (кивок головы) ассистент трясет коробочку с крупой сзади и чуть сбоку от уха ребенка на расстоянии 10—15 см так, чтобы он не увидел руку со спрятанной в ней коробочкой с крупой.

Необходимо следить, чтобы ребенок не увидел движение руки при отражении от зеркал или полированных поверхностей, а также предупредить мать, чтобы она не двигалась во время предъявления звука. Проверяется наличие рефлекторной реакции на звук (замирание или усиление двигательной активности у новорожденных, поворот головы или движение глаз в сторону звука у детей более старшего возраста). Задержка реакции на звук может достигать 3—5 секунд. Затем процедуру повторяют для другого уха.

Второй способ проверки (с участием одного специалиста при отсутствии ассистента). Ребенок сидит на стуле или коленях матери, обследующий (врач, сурдопедагог) располагается перед ребенком и старается привлечь его взгляд к себе. У обследующего в руках две коробочки; в одной находится крупа, вторая — пустая. После того как удалось привлечь внимание ребенка, обследующий потряхивает коробочки справа и слева от головы ребенка на расстоянии 10—15 см. Движения рук должны быть одинаковыми. Ответная реакция ребенка — поворот головы, глаз в сторону коробочки с крупой. Для проверки второго уха коробочки меняют местами.

Протокол обследования слуха детей младенческого возраста

Число	Расстояние				Поиск источника звука	Характер реакции ребенка
	Манка 30-40 дБ	Гречка 50-60 дБ	Горох 70-80 дБ	Пусто		

Интерпретация результатов:

Ребенку в возрасте до 3 лет должно быть рекомендовано обследование слуха объективными методами (компьютерная аудиометрия, импедансометрия и др.) в сурдологическом центре, если:

- в возрасте до 3 месяцев реакции на звук баночки с горохом у него нет или она неустойчива;
- в возрасте 3—6 месяцев реакции на звук баночки с гречкой нет или она неустойчива;

— в возрасте 6 месяцев и старше нет реакции на звук баночки с манкой.

Соотнесение данных медицинского и педагогического обследования слуха

Цель - получение наиболее объективных данных о состоянии слуха ребенка для разработки системы мероприятий медицинской и педагогической абилитации.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

При приеме детей младенческого возраста в документах ПМПК обязательно должен быть отдельный документ или запись в протоколе о соответствии данных медицинского и педагогического обследования. При наличии расхождений показаний по результатам медицинского и педагогического исследования необходимо направлять ребенка на дополнительное аудиологическое или психоневрологическое обследование.

Полученные данные аудиологического обследования слуха соотносятся с результатами педагогической диагностики.

Соотношение степени снижения слуха и восприятия речи (международная классификация)

Степень снижения слуха	Восприятие разговорной речи	Восприятие шепотной речи
Норма	Более 10 м	6 м
1 степень тугоухости	6м -3м	2м – у уха
2 степень тугоухости	3м – у уха	Нет – у уха
3 степень тугоухости	Речь повышенной громкости у уха - нет	Нет
4 степень тугоухости	Очень громкая речь у уха - нет	Нет
Глухота	Нет	Нет

Медицинская и педагогическая оценка состояния слуховой функции для выявления или уточнения медицинского диагноза должна проводиться без использования ребенком слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов.

При оценке адекватности электроакустической коррекции слуха (ИСА, КИ), ребенок должен обследоваться в слуховых аппаратах и/или кохлеарных имплантах.

Этапы соотнесения данных медицинского и педагогического обследования слуха

Примерный возраст	Медицинская диагностика	Результат	Педагогическая диагностика	Результат
0 месяцев	Скрининг в роддоме (отоакустическая эмиссия)	подозрение на снижение слуха		
1 месяц	Повторный скрининг (отоакустическая	подозрение на снижение слуха	Педагогические методики	подтверждается/ не подтверждается

	эмиссия)		тестирования	
3 месяца	Усеченное аудиологическое обследование (импедансометрия, отоакустическая эмиссия)	подтверждается/ не подтверждается; первичное выявление типа/степени снижения слуха	Педагогическое тестирование, сопоставление результатов медицинских и педагогических тестов, организация наблюдений за развитием ребенка	подтверждается/ не подтверждается первичное выявление степени снижения слуха, программа сопровождения семьи
6 месяцев	Обязательное полное аудиологическое обследование (компьютерная аудиометрия, импедансометрия, отоакустическая эмиссия). Первичное слухопротезирование с сурдопедагогическим контролем при подтверждении диагноза	подтверждается/ не подтверждается тип/степень снижения слуха, выбор первичной настройки СА	Полное психолого-педагогическое обследование, оценка слухового восприятия и уровня психо-физического развития ребенка. Сопоставление полученных данных с результатами наблюдений.	подтверждается/ не подтверждается степень снижения слуха, контроль настройки СА, внесение изменений в программу сопровождения семьи и разработка программы реабилитации
9 месяцев	Обязательное полное аудиологическое обследование уточнение диагноза. Регулировка настройки слуховых аппаратов при сурдопедагогическом контроле.	подтверждается/ не подтверждается выбор первичной настройки СА	Повторное психолого-педагогическое тестирование с оценкой состояния слуховой функции и динамики развития ребенка.	контроль настройки СА, внесение изменений в программу реабилитации
11-12 месяцев	Обязательное полное аудиологическое обследование, уточнение порогов слухового восприятия. Оценка адекватности электроакустической коррекции слуха при сурдопедагогическом контроле	выбор оптимальной настройки СА, принятие стратегии дальнейшей медицинской реабилитации, способа электроакустической коррекции слуха	Психолого-педагогическое тестирование и составление индивидуальной реабилитационной программы ребенка	заклучение о динамике развития для решения вопроса о стратегии электроакустической коррекции слуха

**Методики, выявляющие особенности развития слухового восприятия и состояния речи, используемые сурдопедагогом для детей раннего возраста
(от 1 года до 3 лет)**

Выработка условно-рефлекторной реакции на звук

Цель - педагогическое исследование слуха детей с 1.5-2 до 3 лет.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Упражнения проводятся без использования ребенком слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов.

Используемые звуковые стимулы: музыкальные игрушки откалиброванные (барабан-500-5000Гц, гармошка-2000Гц, свисток - 2500Гц, дудка - 3000Гц, шарманка-4000Гц,погремушка-5000Гц при интенсивности звука до 100Дб), голос разговорной громкости и повышенной громкости(произносятся слог-ту и слогосочетания - папапа, пупупу, пипипи).

В протоколе фиксируется: наличие реакции, характер (неречевой стимул, речь) и качество (интенсивность и частота) звука, расстояние от источника звука.

Методика проведения обследования:

Педагог размещает ребенка слева (если ведущая рука у ребенка правая). Перед ребенком шары одинаковые по цвету и размеру и пустая корзинка (коробка). Педагог правой рукой ребенка берет один шар, левую руку ребенка прикладывает к своей гортани. Концентрирует внимание ребенка на своих губах. Затем педагог произносит слог «ТУ» и правой рукой ребенка бросает шар в корзинку (коробку). Ребенок ощущает вибрацию гортани педагога, видит движение губ, ощущает воздушную струю при произнесении слога. Это упражнение повторяется несколько раз. Затем педагог убирает левую руку малыша с гортани и при произнесении слога стимулирует ребенка самостоятельно бросить шар в корзинку (коробку). Если ребенок понял задание и выполняет его самостоятельно на слухо-зрительной основе, педагог закрывает лицо экраном и произносит слог громким голосом около ушной раковины малыша. Все правильные реакции ребенка подкрепляются одобрением педагога. Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно и при использовании разных звуковых стимулов: неречевых (музыкальных игрушек) и речевых (голос разговорной и повышенной громкости).

При проведении обследования следует помнить:

- Педагог должен сидеть так, чтобы его стул не прислонялся к стулу ребенка, сам педагог не касался ребенка и его одежды;
- Необходимо создать условия, при которых ребенок будет реагировать на звучание только с помощью остаточного слуха;
- Педагог должен подавать звуковые стимулы с разными интервалами, делая между ними короткие и длинные паузы;
- Нельзя опускать экран по окончании произнесения слога;

- Экран должен закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз);
- Выработав у ребенка реакцию на интенсивный звук, необходимо постепенно уменьшать силу голоса или неречевого стимула.

Интерпретация результатов:

Если ребенок выполняет задание только в ответ на интенсивные звуковые стимулы, то его относят к категории детей с тяжелой степенью тугоухости или глухих.

Если малыш реагирует на умеренные звуковые стимулы хотя бы на расстоянии 5 см от ушной раковины, то его квалифицируют как слабослышащего.

Ребенку до 3 лет рекомендуется обследование слуха объективными методами при наличии показаний по результатам исследования.

Выработка условного рефлекса на звук у детей младшего дошкольного возраста занимает 1-2 занятия, если ребенок не имеет дополнительных нарушений. Необходимо научить родителей правильному использованию этой методики. При сформированном у ребенка навыке возможно исследование слуха с помощью игровой тональной субъективной аудиометрии.

Исследование слуха речью.

Цель - педагогическое исследование слуха детей с 1.5-2 до 3 лет.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Упражнения проводятся без использования ребенком слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов.

Используемые *звуковые стимулы*: голосом разговорной громкости и повышенной громкости произносятся *лепетные и простые полные слова*: ав-ав, мяу, би-би, прр, мама, дом, мяч, кошка.

В протоколе фиксируется: на каком расстоянии от сурдопедагога ребенок повторяет слова или указывает на соответствующие игрушки, отдельно фиксируется характер предъявления слов: сказаны голосом разговорной громкости или произнесены шепотом.

Педагог размещает малыша за стол и поочередно достает игрушки, предлагая ребенку их назвать, затем сам называет, концентрируя внимание ребенка на своих губах. В зависимости от возраста и личностных особенностей ребенка предлагается от 3 до 5 игрушек. Сурдопедагог произносит слова слухо-зрительно, ребенок должен повторить слово или указать на соответствующую игрушку. Если ребенок понял задание и выполняет его на слухо-зрительной основе, педагог закрывает лицо экраном и произносит слова голосом разговорной громкости около ушной раковины малыша. При правильных ответах педагог постепенно увеличивает расстояние до уха ребенка, продолжая повторять

слова в разном порядке, до тех пор, пока ребенок не перестанет давать правильные ответы. После проверки реакции ребенка на голос разговорной громкости, сурдопедагог начинает проверять его реакции на шепот по той же методике. Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно.

При проведении обследования *следует помнить*:

- Педагог должен перед обследованием слухового восприятия повторить ребенку слухо-зрительно предъявляемые слова;
- Педагог должен называть слова в произвольном порядке;
- Экран должен закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз);
- При произнесении слов шепотом нужно сделать полный выдох говорить без напряжения.

Интерпретация результатов:

Если ребенок воспринимает шепот на меньшем, чем 6 м расстоянии, то его нужно отнести к категории слабослышащих, даже если он воспринимает голос разговорной громкости.

Если малыш повторяет слова, сказанные шепотом, правильно на расстоянии более 6м, то возможно нарушение речевого или интеллектуального развития или эмоционально-волевой сферы.

Ребенку рекомендуется комплексное медико-психолого-педагогическое обследование при наличии показаний по результатам исследования с целью уточнения диагноза и составления индивидуального коррекционно-реабилитационного маршрута

В зависимости от индивидуальных особенностей ребенка может возникнуть необходимость проведения цикла занятий.

Обследование состояния речи детей с нарушенным слухом

Цель: изучение понимания ребенком обращенной к нему устной речи и определение состояния его активной речи.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Методика состоит из двух частей – наблюдение за ребенком в процессе всего педагогического обследования и организация специальной проверки (А.А.Венгер, Г.Л.Выгодская, Э.И.Леонгард, Т.В. Николаева и др.).

В процессе наблюдения определяется уровень понимания ребенком устной речи:

- понимание слов и фраз вне ситуации наглядного выбора;
- понимание отдельных слов и фраз в ситуации конкретного ограниченного наглядного выбора;

– непонимание речи.

В ходе специальной проверки ребенку предлагается выбрать из 3-х игрушек или картинок ту, которую называет педагог. Например: «Где шапка (мяу)? Дай!», «Где Ляля спит? Дай!». Если малыш неправильно выбирает игрушку/картинку или не пытается ее выбрать, взрослый показывает игрушку/картинку ребенку, называет соответствующий предмет (действие) и побуждает ребенка повторить за ним.

Затем ребенку предлагается назвать, что изображено на картинке. Ответы ребенка заносятся в специальный протокол.

В процессе обследования характеризуется состояние самостоятельной речи ребенка. Оценка осуществляется по следующим уровням:

- использует фразу без аграмматизма, состоящей из 2-3 -х и более слов;
- использует короткую фразу с аграмматизмом из 2-3-х лепетных и полных слов;
- пользуется полными словами, звукоподражаниями, лепетными словами;
- зафиксирован отнесенный лепет, голосовые реакции;
- зафиксирован неотнесенный лепет, крик, голосовые реакции, использует жесты (естественные и специальные).

Методики, выявляющие особенности развития слухового восприятия и состояния речи, используемые сурдопедагогом для детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет)

Исследование слуха речью дошкольников (методика Е.П.Кузьмичевой)

По данной методике исследуется слух у детей, которые по разным причинам не были включены в систему коррекционно-развивающих занятий с сурдопедагогом и в процессе предварительной беседы продемонстрировали низкий уровень овладения речью.

Цель: изучение возможностей восприятия речи на слух/ уточнение диагноза

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Упражнения проводятся без использования ребенком слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов.

Используемые звуковые стимулы: голосом разговорной громкости произносятся три группы слов: 1 группа- слова акустически грубо противопоставленные по частотным характеристикам и длительности (мяч, рыба, самолет); 2 группа- слова, равные по длительности, но различающиеся по частотным характеристикам звуков (рыба, лампа, самолет, корова); 3 группа- состоит из большего количества слов, разных по длине, близких по частотным характеристикам и включающих слова с высокочастотными

фонемами (самолет , корзина, собака, кошка, бабушка).

В протоколе фиксируется: на каком расстоянии от сурдопедагога ребенок повторяет слова или указывает на соответствующие картинки по каждой группе слов.

Обследование начинается с 1 группы слов. Педагог сажает ребенка за стол и поочередно показывает картинки, называет их, концентрируя внимание ребенка на своих губах, затем ушной раковины ребенка. Сурдопедагог произносит слова слухо-зрительно , ребенок должен повторить слово или указать на соответствующую картинку. Проводится слухо-зрительная тренировка. Если ребенок понял задание и выполняет его на слухо-зрительной основе, педагог закрывает лицо экраном и произносит слова голосом разговорной громкости около ушной раковины дошкольника. При правильных ответах педагог постепенно увеличивает расстояние от уха ребенка, продолжая повторять слова в разном порядке, до тех пор, пока ребенок не перестанет давать правильные ответы. Аналогично предлагаются слова 2 и 3 группы. Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно.

При проведении обследования следует помнить:

- Педагог должен перед обследованием слухового восприятия провести слухо-зрительную тренировку, познакомить ребенка со звучанием предъявляемых слов;
- Исследование всегда начинается со слов 1 группы, затем 2 и 3;
- Если ребенок после тренировки не различает на слух слова 1 (или 2) группы, то проводить исследование на словах 2 (или 3) группы не следует;
- Педагог должен называть слова в произвольном порядке;
- Экран должен закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз);
- Для детей, у которых прошел этап диагностики, слухопротезирования и начала коррекционно-реабилитационных занятий (в том числе и по развитию слухового восприятия), необходимо использовать другую методику.

Интерпретация результатов:

Если ребенок различает слова 1 группы только слухо-зрительно, это свидетельствует о наличии тяжелой потери слуха (1 группа глухоты по классификации Л.В. Неймана).

Если дошкольник различает слова 1 группы на слух около ушной раковины, а 2 группы - только слухо-зрительно, то его относят к категории глухих 2 группы по классификации Л.В. Неймана.

Если ребенок различает слова 1 и 2 группы на слух около ушной раковины, а 3 группы - только слухо-зрительно, то его относят к категории глухих 3 группы по классификации Л.В. Неймана.

Если дошкольник различает слова всех трех групп на слух около ушной раковины, то его относят к категории глухих 4 группы по классификации Л.В. Неймана.

Если ребенок различает слова 3 группы на слух около ушной раковины или на незначительном от уха расстоянии без слухо-зрительной тренировки и правильно передает контур слова при произнесении, то его относят к категории пограничных по состоянию слуха детей (по классификации Л.В. Неймана).

По результатам исследования возможно уточнение медицинского диагноза по состоянию слуховой функции ребенка, уточнение направлений медицинской и педагогической реабилитации.

Исследование слуха речью старших дошкольников с легкой и средней степенью тугоухости, дошкольников, включенных в систему ранней коррекции и абилитации, КИ детей после прохождения запускаящего этапа

Цель: - обследование слуха дошкольников с целью определения адекватности электроакустической коррекции слуха и /или оценки динамики развития слухового восприятия.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Методика позволяет определить порог восприятия и оптимальное расстояние для восприятия 70-80% речевой информации. Обследуемый использует слуховые аппараты/кохлеарные импланты.

Используемые *звуковые стимулы*: голосом разговорной громкости и шепотом произносятся слова из различных списков слов, сбалансированных по частотным характеристикам: списки слов Л.В.Неймана, Э.И.Леогард, И.Я.Темкиной.

В протоколе фиксируется: на каком расстоянии от сурдопедагога ребенок повторяет слова или указывает на соответствующие картинки по каждой группе слов и количество распознанных слов на слух.

Обследование начинается с того, что педагог вступает в контакт с ребенком, выясняет примерный уровень речевого развития дошкольника и выбирает списки слов для проверки слуха. На столе раскладываются картинки, педагог предлагает ребенку назвать их. Затем сурдопедагог произносит слова слухо-зрительно, ребенок должен повторить слово или указать на соответствующую картинку. После этого педагог закрывает лицо экраном и произносит слова в произвольном порядке голосом разговорной громкости (или шепотом) на расстоянии 1,5-2 метра. При правильных ответах педагог постепенно увеличивает расстояние, продолжая повторять слова, до тех пор, пока ребенок не перестанет давать правильные ответы. При неправильных ответах – педагог сокращает расстояние до ребенка.

Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно, затем на оба уха вместе.

При проведении обследования следует помнить:

- Педагог должен перед обследованием слухового восприятия провести слухозрительную тренировку, познакомить ребенка со звучанием предъявляемых слов;
- Обследование необходимо начинать с хуже слышащего уха;
- Исследование слуха слабослышащих детей всегда начинается с проверки на шепот, затем голос разговорной громкости;
- Для исследования слуха необходимо заранее приготовить три списка слов для обследования правого, левого уха отдельно и обеих ушей;
- При исследовании на одно ухо (моноуральном) ребенок располагается боком к педагогу, второе ухо по возможности необходимо «заглушить», выключить СА/процессор КИ. При обследовании обеих ушей (бинауральном) ребенок располагается лицом к педагогу, который пользуется экраном.
- Педагог должен называть слова в произвольном порядке;
- Экран должен закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз);

Интерпретация результатов

Полученные данные заносятся в протокол, в котором фиксируется: качество звука (интенсивность и частота); расстояние от источника звука; количество правильно воспринятых на слух слов. Фиксируются результаты воспроизведения слов по следующей схеме:

Слово распознано - все звуки в нем узнаны и названы в правильной последовательности (школа - школа);

Слово воспринято близко к образцу – названо другое слово, с которым совпадают с образцом ритмический рисунок и часть звуков (девочка – дедушка) или воспроизведена часть слова (окно - оно).

Слово не воспринято, ответ признается ошибочным, если называется другое слово, резко отличающееся от образца по звуковому составу (мяч - машина).

Режим работы слухового аппарата считается оптимальным если, ребенок ощущает звучание голоса на расстоянии не менее 1,5–2 м; различает или воспринимает звукоподражания, лепетные и полные слова на расстоянии не менее 1 м; не испытывает неприятных ощущений (И.И.Митюшкина).

Исследование достаточно длительное и на результат может повлиять усталость ребенка. Рекомендуется обследование слуха проводить в несколько этапов.

Исследование речи дошкольников

Цель: изучение понимания устной речи (естественных жестов); уровень развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка; уровень овладения письменной речью.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Используемый для диагностики речевой и дидактический материал значительно варьируется в зависимости от возраста ребенка, этапа обучения и/или степени снижения слуха.

1. При *изучении понимания устной речи (естественных жестов)* используют следующие методы:

- целенаправленное наблюдение, которое позволяет выявить особенности развития навыков коммуникации ребенка (активность, эмоциональность, заинтересованность в контактах со взрослым, продолжительность взаимодействия, использование вербальных и невербальных средств);
- специальная проверка понимания устной речи (естественных жестов) проводится при предъявлении ребенку предметных и сюжетных картинок, вопросов и поручений. При обследовании фиксируется понимание ребенком значений существительных, глаголов, прилагательных, наречий; понимание слов различных лексико-семантических групп (синонимов, антонимов, многозначных слов); выявляется объем пассивного словаря; понимание вопросов и поручений.

2. При *определении уровня развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка* обследование проходит по нескольким направлениям:

- звукопроизношение - характеристика общего звучания речи, профиль произношения (при необходимости), состояние органов артикуляции, оценка способности подражать артикуляции взрослого;
- адекватность самостоятельного использования естественных жестов;
- наличие и состояние экспрессивной речи;
- уровень развития связной речи.

Обследуя речь ребенка, сурдопедагог обращает внимание на особенности произнесения звуков, ритмико-интонационную сторону речи, сохранность слоговой структуры слова.

В протокол заносится общая характеристика особенностей произношения ребенка – характеристика внятности и разборчивости речи. При выявлении специфических

нарушений звукопроизношения проводится углубленное логопедическое обследование речи.

Оценка уровня развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка проводится при предъявлении предметных и сюжетных картинок. Сурдопедагог побуждает ребенка называть изображенные предметы и действия.

Для обученных дошкольников и школьников необходимо организовать обследование активного словаря - называние слов (обозначение предметов, действий, качеств); подбор синонимов, антонимов и др.; использование многозначных слов.

Также у таких детей целесообразно оценить владение грамматическим строем языка на всех уровнях (морфологическом, словообразовательном, синтаксическом) и обследовать связную (устную монологическую) речь.

Уровень развития связной речи оценивается при составлении ребенком рассказа по сюжетной картинке или серии сюжетных картинок с учетом следующих критериев: цельность, связанность, развернутость, языковая оформленность.

В протокол заносятся все самостоятельные голосовые/ словесные реакции и высказывания ребенка.

3. Уровень овладения письменной речью оценивается в процессе чтения и письма старших дошкольников и школьников.

Обследование чтения осуществляется по таким показателям как техника чтения (предполагает оценку правильности и выразительности чтения) и понимание прочитанного (включает понимание отдельных слов и фраз в контексте, возможность правильно ответить на вопросы по прочитанному тексту, установление причинно-следственных и других связей в тексте).

Обследование письма проводится по следующим направлениям:

-списывание: а) слов; б) предложений; в) микротекста;

-самостоятельное письмо: а) слов; б) предложений; в) микротекста;

-самостоятельное связное письменное высказывание (изложение), которое анализируется с учетом цельности, связности, развернутости, структурно-семантической организации, языкового оформления.

Для определения уровня сформированности операций языкового анализа и синтеза школьникам предлагаются задания на выделение предложений из текста, выделение слов в предложении, слоговой и фонемный анализ слов.

Методики, выявляющие особенности развития слухового восприятия и состояния речи, используемые сурдопедагогом для детей школьного возраста

**Обследование на ПМПК ребенка с нарушенным слухом
перед поступлением в школу с целью определения
рекомендуемого варианта АООП НОО**

Цель: уточнить состояние слуха ребенка в связи с направлением на определенную АООП НОО при соотнесении данных педагогического и аудиологического обследования

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Перед обследованием сурдопедагог должен изучить документацию и выяснить:

- возраст ребенка,
- время, причины и характер нарушения слуха, результаты всех аудиологических обследований в дошкольный и школьный период (копии соответствующих документов),
- слухопротезирование (со времени установления диагноза) и особенности пользования ребенком индивидуальными слуховыми аппаратами /КИ,
- психофизическое развитие ребенка до и после снижения слуха, особенности овладения речью, особенности слухоречевого развития после операции кохлеарной имплантации;
- состояние здоровья,
- наличие дополнительных первичных нарушений умственного и физического развития,
- организация и проведение специального обучения в дошкольный период (место обучения, продолжительность, эффективность с точки зрения специалистов и родителей), включая психолого - педагогическую характеристику ДОО о развитии ребенка и результатах дошкольного образования; если проводилась операция кохлеарной имплантации, выясняются результаты запускаящего этапа и дошкольного образования ребенка, включая психолого - педагогическую характеристику ДОО о развитии ребенка и результатах дошкольного образования;
- данные о семье и особенностях семейного воспитания, включая возможности устной коммуникации с ребенком,

По результатам наблюдения в ходе всего обследования в протоколе отмечаются:

— особенности поведения в новой ситуации — ребенок общительный (свободно и охотно вступает в общение), предпочитает использовать при коммуникации устную речь или жестовую коммуникации; ребенок стеснительный, замкнутый;

– состояние двигательной сферы: походка, осанка, общая моторика (координация движений, точность основных движений)¹; состояние мелкой моторики (точность и координация движений).

Процедура педагогического обследования слуха глухого/слабослышающего ребенка на начало школьного обучения в ПМПК может включать фиксацию условной двигательной реакции на речевые стимулы, восприятие на слух различных по фонетическому составу групп слов (списки Е.П. Кузьмичевой, 1991), восприятие на слух списков слов без использования электроакустической аппаратуры.

Проверка проводится в несколько этапов без использования индивидуальных слуховых аппаратов: сначала ребенок слушает хуже слышащим ухом² (второе ухо при этом может быть закрыто тампоном, слегка смоченным маслом, например, вазелиновым и др.); затем — лучше слышащим. Такая последовательность вызвана причинами психологического характера: в противном случае он может отказаться выполнять задание, сообщая «Я не слышу».

Перед обследованием сурдопедагог должен установить эмоционально положительный контакт с ребенком и поддерживать эмоционально положительное отношение ребенка к проверке.

При проверке лицо педагога закрывается до уровня глаз листом пищевой бумаги. Ребенку предъявляется инструкция: «У меня картинки. Буду говорить слова. Услышишь слово - повтори. Я дам картинку».

При проверке ребенок не меняет своего местоположения. Сурдопедагог всегда *каждое новое слово предъявляет с расстояния 6 м голосом разговорной громкости*; если ребенок не услышал, то расстояния уменьшается на 0, 5 м (педагог делает один шаг); так продолжается пока ребенок точно не повторит слово, вплоть до предъявления его у уха. Если ребенок воспринимает слова на расстоянии не менее 1 м, то аналогично проводится проверка восприятия слов, произносимых голосом разговорной громкости.

Во время проверок учитель произносит речевой материал голосом нормальной громкости, естественно, выразительно, в нормальном темпе, соблюдая все требования к произношению. Утрированная артикуляция и замедленный темп речи исключаются.

Фиксация условной двигательной реакции на речевые стимулы

Для развития нарушенной слуховой функции важное значение имеет изучение базовых слуховых способностей детей: умение вычленять звуковой сигнал (наличие

¹ Если у ребенка имеются органические нарушения двигательной сферы, то это отмечается по медицинскому заключению (см. выше).

² Если у ребенка сенсоневральная глухота на хуже слышащем ухе, то он обследуется по методике обследования слуха у глухих детей (Кузьмичева Е.П., Яхнина Е.З., 2014)

устойчивой условной двигательной реакции на речевые и неречевые стимулы) и дифференцировать речевые стимулы прежде всего по их длительности и интенсивности.

При обследовании выявляются наличие у ребенка условной двигательной реакции при восприятии на слух речевых стимулов, максимальное расстояние, на котором он уверенно реагирует на голос разговорной громкости.

Результаты соотносятся с состоянием слуха ребенка по данным субъективной тональной пороговой аудиометрии.

Стойкая условная двигательная реакция выражается в том, что в момент предъявления сурдопедагогом речевого стимула (*слогосочетаний папапа...пупу...пипипи..., слов: имя ребенка, дом, барабан, бабушка, собака, мишка, чай и др.*), ребенок сразу (точно на начало сигнала) поднимает руку или перекладывает различные предметы / игрушки (их выбор определяется интересом ученика к заданию – собрать муляжи фруктов или овощей в корзинку, машин - в гараж, кубиков – коробку, фигурок детей - в домик и т.п.).

Сурдопедагог не побуждает ребенка к воспроизведению предъявленных стимулов, тем не менее, учитывается, выполнял ли он задания молча или пытается воспроизводить услышанное.

В процессе обследования сначала у детей вырабатывается стойкая условная двигательная реакция при зрительном восприятии речевых стимулов, затем при слухотактильном (упражнения проводятся на оба уха, стимул подается у самого уха ребенка) и после этого на слух (тактильное и зрительное восприятие исключается с помощью экрана; обследуются оба уха, сначала лучше слышащее).

При стойкой реакции на предъявление стимулов на слух у уха, расстояние говорящего от ушной раковины ребенка постепенно увеличивается до тех пор, пока он продолжает уверенно выполнять задание.

В процессе неоднократных проб (при удалении говорящего от уха ребенка и приближении к нему, если не слышит, и опять удалении) определяется точное расстояние, на котором выявлена стойкая условная двигательная реакция.

В протоколе отмечается характер двигательной реакции (стойкая/ нестойкая), а также расстояние, на котором выявлена стойкая условная двигательная реакция.

Результаты обследования могут оказаться следующими:

- ребенок реагирует на слух на голос разговорной громкости у уха или на расстоянии до 10-15 см;

- у ребенка отсутствует стойкая условная двигательная реакция на речевые стимулы - он действует неуверенно, двигательная реакция часто не совпадает с началом речевого сигнала, т.е. наблюдаются так называемые межсигнальные ответы;
- ребенок реагирует на слух на голос разговорной громкости на расстоянии более 15-20 см от уха;
- ребенок на разном расстоянии реагирует на низкочастотные и высокочастотные стимулы; чаще на большем расстоянии при восприятии низкочастотных стимулов.

Если ребенок реагирует на слух на голос разговорной громкости у уха или на расстоянии до 10-15 см и эти данные соотносятся с результатами субъективной тональной аудиометрии, то есть основания предположить, что диагноз был правильным, у него сенсоневральная глухота.

Если у ребенка в процессе проверки не удастся выработать стойкую условную двигательную реакцию на речевые стимулы, предъявляемые на слух голосом разговорной громкости, то он нуждается в дополнительном медицинском и психологическом обследовании.

Если ребенок реагирует на голос разговорной громкости на расстоянии более 15-20 см, то требуется повторное аудиологическое обследование. Если восприятие речевых стимулов, отличающихся по частотной характеристике (низко - и высоко - частотных) не соответствует характеру аудиометрической кривой, отражающей восприятие чистых тонов аудиометра на разных частотах, то также требуется повторное аудиологическое обследование ученика.

Восприятие на слух различных по фонетическому составу групп слов

(списки Е.П. Кузьмичевой, 1991)

Особые трудности составляет выявление у глухого ребенка, который в силу различных обстоятельств не прошел интенсивную слуховую тренировку в дошкольный период, возможностей в восприятии на слух слов как основы развития речевого слуха.

Предъявление *различных по фонетическому составу групп слов* позволяет определить способность ученика к различению на слух слов в условиях ограниченного выбора. Сначала в обследовании используются группы слов, резко противопоставленные как по временным, так и ритмическим характеристикам (например, *мяч, рыба, барабан*), затем предъявляются слова с разной слоговой структурой и местом ударения (два двусложных с разным словесным ударением, одно –трехсложное, типа *папа, тетрадь, бумага*) и после этого с одинаковой слоговой структурой, но разным местом ударного слога - в начале, середине и конце слова (например, *бабушка, собака, самолет*) (Кузьмичева Е.П., 1991).

Обследование проводится на нескольких занятиях. Перед его началом учитель убеждается, что ученик знает слова, которые будут ему предъявлены: ребенок называет слова, самостоятельно подкладывает табличку, на которой они написаны, к картинке (предмету или игрушке) и читает вслух. Первым проверяется лучше слышащее ухо, затем - хуже слышащее. Обследование включает обучающую и контрольную части.

В обучающей части ребенок учится на основе зрительного восприятия различать слова первой группы (например, *мяч, рыба, барабан*) и соотносить их с картинкой (предметом или игрушкой). Сурдопедагог два-три раза произносит (голосом разговорной громкости) каждое слово и показывает соответствующие картинку, предмет или игрушку. Ребенок, подражая учителю, повторяет его действия и называет слово (в соответствии со своими возможностями). Затем те же слова ребенку предъявляются в последовательности, исключающей догадку, т.е. не по порядку, причем каждое повторяется не менее трех раз. Ребенок, восприняв слово, показывает соответствующий предмет или табличку и называет их. После того, как сурдопедагог убеждается, что задание понято правильно, приступают к обучению восприятию данных слов на слух.

Сначала каждое слово произносится ушной раковиной ребенка (экран не используется) с одновременным показом соответствующей картинке (предмета, игрушки); ученик воспринимает слова и повторяет их. Затем он различает данные слова при их предъявлении учителем на слух (ушной раковиной без экрана) в последовательности, исключающей догадку.

В заключении подготовительной работы ученик воспринимает на слух (ушной раковиной) образец звучания данных слов при использовании экрана – листа писчей бумаги, который находится у уха ребенка с одновременным показом учителя соответствующей картинке (предмета, игрушки), а ученик повторяет услышанное.

В контрольной части проверки картинки и таблички остаются на столе перед ребенком. Сурдопедагог голосом разговорной громкости предъявляет данные слова у его уха в последовательности, исключающей догадку (каждое слово не менее трех раз) при использовании экрана – листа писчей бумаги. Ребенок слушает, указывает на соответствующую картинку (табличку) и повторяет воспринятое.

Если достигнуто различение на слух слов первой группы (не менее 60% правильных ответов), ребенку предлагается следующая группа слов, более близких по слогоритмической структуре, например, *папа, тетрадь, бумага*. Методика обучения та же. После того, как обследуемый справляется и с этим заданием, т.е. уверенно различает на слух слова второй группы, ему предлагается следующая группа слов, приступают к

следующей группе слов, например, *самолет, корзина, бабушка*. Обучение и проверка строятся аналогично.

Завершающим этапом после уверенного выполнения последнего задания, ребенку предъявляются на слух слова из всех этих трех групп (обучение и проверка проводятся аналогично), а затем незнакомые по звучанию слова, например, *погода, чай, карандаш* и др., которые ученик воспринимает сразу на слух. Как правило, в этом случае, дети воспроизводят контур воспринятых на слух слов.

Анализ и оценка полученных результатов:

Полученные в результате проверки данные соотносятся с субъективной тональной пороговой аудиометрии:

– дети, воспринимающие ограниченный диапазон частот (до 500 Гц) различают только первую группу слов, иногда с трудом; те, кому согласно аудиометрии доступен более широкий диапазон частот (до 1000 Гц) различают на слух слова двух первых групп, но испытывают затруднения, переходя к третьей группе слов;

– ученики, воспринимающие широкий диапазон частот (до 4000 – 6000 Гц) различают слова первой, второй и третьей группы; глухие дети со значительными остатками слуха (диапазон воспринимаемых частот до 8000 Гц) различают слова из всех трех групп, а также могут воспринимать контур слов, незнакомых по звучанию.

Если оказывается, что результаты восприятия на слух контрольных слов и данные субъективной тональной пороговой аудиометрии не совпадают, следует, прежде всего, провести дополнительное аудиологическое обследование. При этом если с ребенком проводилась работа по развитию слухового восприятия в полном объеме программных требований по дошкольному коррекционному обучению, то он, в большинстве случаев, будет различать на слух предлагаемый речевой материал. И эти результаты могут не соотноситься с показателями состояния его тонального слуха.

Если же выявляется, что ребенок не различает на слух контрольные слова даже первой группы, необходимо направить его на дополнительное медико-психолого-педагогическое обследование.

Восприятие на слух списков слов

При проверке педагог использует списки слов, рекомендованные для обследования слуха детей младшего школьного возраста, в том числе, разработанные Л.В.Нейманом.

Список 1: мама, дом, стол, дедушка, парта, собака, рука, барабан, кошка, шуба, мальчик, лампа, часы, сапоги, муха, заяц, тетрадь, суп, чернила, петух.

Список 2: папа, нос, бабушка, доска, корова, шапка, карандаш, чашка, окно, уши, мяч, палка, булка, коза, школа, чулки, хлеб, капуста, санки, курица.

Список 3: Вова, стул, рубашка, сумка, глаза, голова, каша, нога, молоко, ручка, дым, лошадь, девочка, яблоко, зима, перо, шар, книга, сахар, кукла.

Полученные результаты фиксируются в протоколе. Примерная форма протокола:

Список слов	Расстояние, на котором воспринято слово, предъявленное голосом разговорной громкости	Расстояние, на котором воспринято слово, предъявленное шепотом

Исследование речи младших школьников

Цель: изучение речевого поведения и различных сторон речи для определения варианта АООП.

Сурдопедагог в процессе обследования должен оценить способности ребенка вступать в устную коммуникацию со сверстниками, имеющими нарушения слуха и слышащими, со взрослыми, а также определить уровень речевого развития ребенка. В данном случае оценка особенностей речи включает изучение понимания устной речи, уровень развития самостоятельной связной речи ребенка, степень овладения им письменной речью.

Оценка понимания устной речи проводится в процессе наблюдения во время обследования и с помощью специальных заданий.

В процессе наблюдения фиксируются особенности развития навыков коммуникации: активность, эмоциональность, заинтересованность в контактах с взрослым, продолжительность взаимодействия, использование вербальных и невербальных средств. В протоколе необходимо зафиксировать уровень сформированности коммуникативных навыков.

Специальная проверка понимания устной речи проводится при предъявлении ребенку предметных и сюжетных картинок, вопросов и поручений.

Обследование способности ребенка вступать в устную коммуникацию

Цель: выявление особенностей речевого поведения с целью выбора варианта АООП.

Методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов

Ребенку предъявляются фразы разговорного характера, каждая фраза до двух раз. Он воспринимает фразы слухозрительно (с помощью индивидуальных слуховых аппаратов), отвечает на вопрос, выполняет задание с соответствующим речевым комментарием

(например, в связи с заданием «Возьми ручку» - берет ручку, сопровождая речью « Я взял ручку»), повторяет сообщение.

Если ребенок не воспринял фразу, она предъявляется устно – дактильно. Если и в этом случае ребенок не воспринял фразу, она предъявляется в письменном виде. Полученные результаты фиксируются в протоколе:

Речевой материал	Слухозрительное восприятие		Речевой ответ ребенка / выполнение задания с речевым комментарием /повторение сообщения при восприятии фразы в устно - дактильной форме	Речевой ответ ребенка / выполнение задания с речевым комментарием /повторение сообщения при восприятии фразы в письменной форме
	Речевой ответ ребенка / выполнение задания с речевым комментарием /повторение сообщения при первом предъявлении	Речевой ответ ребенка / выполнение задания с речевым комментарием /повторение сообщения при втором предъявлении		

По результатам обследования отмечаются:

- особенности речевого поведения - в коммуникацию вступает охотно / с трудом/ практически не вступает;
- количество воспринятых фраз в устной форме, в устно – дактильной, в письменной, количество невоспринятых фраз в словесной форме;
- владение грамматической структурой речи – речь грамотная/ с отдельными аграмматизмом / в большинстве случаев с аграмматизмом;
- состояние произносительной стороны речи - внятная / маловнятная/ невнятная; естественная/ недостаточно естественная/неестественная; выразительная/недостаточно выразительная/невыразительная;
- естественные невербальные среда при устной коммуникации - использует /не использует;
- голос (характеристика голоса по силе, тембру, высоте, отмечаются основные нарушения голоса), темп речи (нормальный/ замедленный/ медленный/ быстрый (речь торопливая));
- воспроизведение слов (характеризуется с точки зрения слитности (слитно, по слога, по частям, по звукам), выделения словесного ударения (соблюдает всегда/ в отдельных случаях/не соблюдает (говорит монотонно), соблюдения орфоэпических норм (соблюдает всегда/ в отдельных случаях/не соблюдает), воспроизведения звукового состава речи (характеризуется звуковая структура речи, отмечаются грубые и негрубые нарушения воспроизведения звуков);

– воспроизведение фразы (слитность и деление на синтагмы, выделение логического ударения, синтагматического ударения, воспроизведение мелодического контура фразы).

Примерный речевой материал³:

1. Сколько тебе лет?
2. Как зовут твою маму?
3. У тебя есть друг (подруга)?
4. Сегодня вторник. (...)
5. Как твоя фамилия?
6. Какое сейчас время года?
7. Дай книгу.
8. Расскажи, какая сегодня погода.
9. Убери альбом и карандаш в сумку.
10. Яблоки и груши – это фрукты.

Обследование самостоятельной связной речи ребенка

Оценка уровня развития самостоятельной речи ребенка проводится при предъявлении предметных и сюжетных картинок, входящих в состав примерного пакета методик соответствующего возрасту. Сурдопедагог побуждает ребенка называть изображенные предметы и действия. В протоколе должны быть отражены самостоятельные словесные реакции и высказывания ребенка.

Обследуя самостоятельную речь ребенка, сурдопедагог также обращает внимание на особенности произнесения звуков, ритмико-интонационную сторону речи, сохранность слоговой структуры слова. В протоколе приводится общая характеристика особенностей произношения ребенка - характеристика внятности и разборчивости речи.

При поступлении в школу при обследовании самостоятельной связной речи ребенку может быть предложено составить рассказ по серии картинок.

Ребенок должен положить три - пять картинок в нужном порядке и составить рассказ по серии картинок:

Задание 1. Положи картинки по порядку: первая, вторая, третья

Задание 2. Расскажи.

Рассказ ребенка фиксируется в протоколе.

По результатам обследования составляется характеристика самостоятельной связной речи:

³ Указан элементарный речевой материал. С учетом уровня речевого развития материал должен быть усложнен. В дальнейшем, речевой материал подбирается с учетом планируемых результатов по развитию речи в соответствии с годом обучения.

- в речи ребенка отдельные слова / короткая фраза без аграмматизмов/ короткая фраза с аграмматизмом/ простое распространенное предложение без аграмматизма/ с аграмматизмом;
- сложное предложение без аграмматизма/с аграмматизмом;
- характеристика грамматической структуры речи и произносительной стороны речи аналогично предыдущим обследованиям.

Обследование лексической структуры речи, владения лексическими обобщениями

У школьников выявляется объем словаря (пассивного и активного). Обследование понимания слов проводится по следующим направлениям: понимание значений и названия существительных, глаголов, прилагательных, наречий; понимание и использование слов различных лексико-семантических групп (синонимов, антонимов, многозначных слов). В протоколе фиксируется, какими средствами (вербальными и/или невербальными) пользовался сурдопедагог и обучающийся, правильность выполнения заданий.

Выборочно проводится проверка владения словарем по темам одежда, обувь, посуда, мебель, фрукты, овощи, домашние и дикие животные, птицы, насекомые, цветы, деревья, транспорт и др., отмечается умение составлять фразы с данными словами по картинке и владение лексическими обобщениями.

Результаты проверки фиксируются в протоколе: вносится предъявляемый речевой материал и ответы ребенка, в том числе составленные фразы.

По результатам обследования формулируется соответствующий вывод.

Обследование чтения

Оценка уровня овладения письменной речью начинается с обследования чтения. Фиксируется техника чтения; правильность чтения (смещения и замены букв на основе их акустического, артикуляционного, оптического сходства; искажения звуко-слоговой структуры слов; аграмматизмы); выразительность чтения; понимание прочитанного (понимание отдельных слов и фраз в контексте, возможность правильно ответить на вопросы по прочитанному тексту, установление причинно-следственных и других связей в тексте).

Ребенку предлагается текст (например, из книги Б.Д. Корсунской «Читаю сам») с учетом уровня его общего и речевого развития. Ребенок должен прочитать текст и ответить на вопросы по тексту.

По результатам обследования дается характеристика понимания прочитанного, ответов на вопросы, техники чтения.

Обследование письма

В зависимости от возраста при обследовании письма школьникам предлагают следующие задания: списывание (слов, предложений, микротекста); самостоятельное письмо (слов, предложений, микротекста).

Для определения варианта АООП важно, чтобы все особенности речевого развития были отражены, как в собственном протоколе сурдопедагога, так и в кратком виде приведены в общем протоколе ПМПК.

Таким образом, обследование речи школьника с нарушенным слухом для определения варианта АООП проводится по следующим направлениям:

1.Звукопроизношение - исследуются все основные группы звуков. При анализе учитывается характер нарушения звуков (замены, искажения, отсутствие, смещения), преобладание какого-либо типа нарушения, наличие призвуков, проявление усредненной или утрированной артикуляции; давалась количественная оценка.

2.Фонематическое восприятие - возможности дифференциации на слух фонем, относящихся к основным группам оппозиций (твердость- мягкость, звонкость-глухость и т.д.).

3.Интонационная сторона речи - возможности реализации темпоральных, ритмических, звуковысотных характеристик; особенности актуализации интонационных рисунков слов и предложений; возможности интонационного восприятия интонационных рисунков слов и предложений.

4.Слоговая структура слова - возможности воспроизведения и восприятия слов разной слоговой структуры, определение возможности идентификации слов с учетом длины, количества слогов, места ударения, наличие ритмического и структурного искажения слова. При анализе результатов учитывается наличие, количество и характер искажений, особенности ритмического рисунка слова (скандирование, ударение, скорость, паузирование).

5.Словарный запас - состояние пассивного и активного словаря. Оценка понимания существительных, глаголов, прилагательных, наречий; понимания слов различных лексико-семантических групп (синонимов, антонимов, многозначных слов).

6. Грамматический строй - морфологический уровень (формы словоизменения имен существительных, прилагательных, глаголов и др.), словообразовательный уровень (образование существительных, прилагательных, глаголов и др.), синтаксический уровень (словосочетание, предложение).

7. *Связная речь (устная монологическая)* - пересказ повествовательного рассказа; рассказ по сюжетной картине и серии сюжетных картин; рассказ-описание предмета/ явления; творческий рассказ (по воспоминаниям, представлениям и т.д.).

8. *Чтение* - обследование чтения техники и правильность чтения, выразительности чтения, понимание прочитанного(понимание отдельных слов и фраз в контексте, возможность правильно ответить на вопросы по прочитанному тексту, установление причинно-следственных и других связей в тексте).

9. *Письмо* - списывание (слов, предложений, микротекста), самостоятельное письмо(слов, предложений, микротекста),

10. *Связное письменное высказывание (изложение)* анализируется с учетом следующих параметров: цельность, связность, развернутость, структурно-семантическая организация, языковое оформление.

Критерии для характеристики речевого развития представлены в таблице.

Характеристика речевого развития

Критерии	Оценка
понимание	понимает свободно, понимает в ситуации, понимает в ситуации с использованием естественных жестов, понимает с использованием жестовой речи и/или дактилологии, не понимает
произношение	внятность и разборчивость (при необходимости дается характеристика звукопроизношения, нарушений голоса, слоговой структуры слова, интонационной стороны)
самостоятельная речь	соответствует возрастной норме; легкая, средняя, тяжелая степень недоразвития, отсутствует
словарный запас	соответствует возрастной норме, сниженный объем словарного запаса, отдельные слова, отсутствует
грамматический строй	соответствует возрастной норме, нерезко выраженный аграмматизм, выраженный аграмматизм, грамматический строй речи не сформирован
связная речь	соответствует возрастной норме, незначительные затруднения в монологической/ диалогической речи, значительные трудности в монологической/ диалогической речи, не сформирована
письменная речь	чтение - глобальное/аналитическое (побуквенное, послоговое), правильность (соответствует требованиям программы, имеются нарушения (смещения и замены букв, искажения структуры слова и т.д.), не сформировано) и выразительность (правильность слов ударения и интонационного оформления, нарушение ударения, нарушение интонационного оформления); - уровень понимания прочитанного (полное понимание текста, понимание текста при помощи взрослого, понимание отдельных слов и фраз, не понимание прочитанного текста); письмо – списывание (слов, предложений, микротекста)/ самостоятельное письмо (слов, предложений, микротекста) - соответствует программным требованиям (указать программу),

	ниже программных требований, значительное отставание от программных требований, не сформировано.
--	--

По результатам педагогического обследования определяются уровни развития слухового восприятия речи:

- высокий уровень развития слухового восприятия речи - адекватные слуховые представления, точная дифференциация слов, фраз, полное соответствие предъявляемому речевому материалу;
- средний уровень развития слухового восприятия речи - недостаточная дифференциация слов, фраз, наличие общих существенных признаков в заменах с предъявляемым материалом. В таких обоснованных заменах возможно соответствие количества слов, ритмического рисунка в предложениях, места ударения, ударного гласного в словах;
- низкий уровень развития слухового восприятия речи - наличие реакции на слово, фразу, при отсутствии дифференцированного слухового образа конкретных слов и фраз. Фрагментарные представления о слове, фразе способствуют появлению замен случайного характера.
- несформированность слухового восприятия речи - отсутствие слуховых представлений, значительные трудности с восприятием слов на слух, отмечаются пропуски звуков, слов в предложениях, спонтанные замены.

Обследование познавательной деятельности⁴

При поступлении ребенка в школу и выборе АООП необходимо изучить особенности познавательных процессов. Сурдопедагог вместе с психологом анализирует возможности ребенка по следующим параметрам:

- сформированность восприятия - соотнесение предметов по цвету, словесное определение основных цветов и оттенков; соотнесение геометрических фигур разного цвета, словесное определение геометрических фигур - круг, квадрат, овал, треугольник, прямоугольник; определение величины (выбор из группы однородных предметов, отличающийся по одному или нескольким признакам – высота, ширина, длина, высота; словесное определение признака – большой – маленький, высокий – низкий, широкий – узкий, длинный – короткий);
- обследование основных психических процессов (внимание, память, мышление) - узнавание, словесное определение, группировка, владение обобщающими понятиями (одежда, обувь, посуда, мебель, фрукты, овощи, домашние и дикие животные, птицы,

⁴ Содержание дано для проверки при поступлении в школу; в дальнейшем содержание проверки включает задания в соответствии с предметными результатами года обучения.

насекомые, цветы, деревья, транспорт и др.); «Четвертый лишний» (по цвету, по форме); составление картинки из разрезных частей (не менее 3); составление серии сюжетных картинок (не менее 3);

– обследование элементарных математических представлений - временных представлений (времена года (узнавание на картинке, по словесному описанию основных признаков, словесное определение), месяцы, дни недели, части суток); пространственные представления (выполнение заданий по словесной инструкции – положи (встань, поставь, нарисуй...) справа, слева, спереди, сзади, посередине); математических представлений⁵(порядковый и количественный счет – прямой и обратный в пределах 10 – 20, вычислительные навыки - сложение и вычитание в пределах 10 – 20; решение элементарных задач).

Вывод по результатам обследования:

По результатам обследования определяется рекомендуемый ребенку вариант АООП НОО:

АООП НОО вариант 1.1. и 2.1 рекомендуется детям с нарушениями слуха, которые достигли к моменту поступления в школу уровня общего и речевого развития, близкого возрастной норме, имеют положительный опыт общения со слышащими сверстниками; эти дети практически свободно и охотно вступают в устную коммуникацию со слышащими людьми: слухозрительно воспринимают устную речь (с помощью средств электроакустической коррекции слуха), говорят достаточно внятно и естественно, понятно для окружающих.

АООП НОО (вариант 1.2) рекомендуется глухим детям, которые к моменту поступления в школу не достигли уровня развития, в том числе и речевого, близкого возрастной норме, но не имеют дополнительных ограничений здоровья, препятствующих получению начального основного образования в условиях, учитывающих их общие и особые образовательные потребности; ПМПК с учетом результатов обследования рекомендует поступление в 1 дополнительный или первый класс.

АООП НОО (вариант 2.2) рекомендуется слабослышащим и позднооглохшим детям, которые к моменту поступления в школу не достигли уровня развития, в том числе и речевого, близкого возрастной норме, но не имеют дополнительных ограничений здоровья, препятствующих получению начального основного образования в условиях, учитывающих их общие и особые образовательные потребности; ПМПК с учетом

⁵ Содержание обследования дано на начало школьного обучения; в дальнейшем проверяется достижение предметных результатов (в соответствии с возрастом и годом обучения)

результатов обследования рекомендует первое или второе отделение; во втором отделении 1 дополнительный или первый класс.

АООП НОО (вариант 1.3) рекомендуется глухим детям с легкой умственной отсталостью; рекомендовать данный вариант ПМПК может только на основе соответствующих медицинских документов; при этом, если в процессе обследования отмечено, что наряду с глухотой у ребенка может быть легкая умственная отсталость, это отмечается в протоколе, родителям рекомендуется пройти соответствующие обследования.

АООП НОО (вариант 2.3) рекомендуется слабослышащим и позднооглохшим детям с легкой умственной отсталостью; рекомендовать данный вариант ПМПК может только на основе соответствующих медицинских документов; при этом, если в процессе обследования отмечено, что наряду с нарушением слуха у ребенка может быть легкая умственная отсталость, это отмечается в протоколе, родителям рекомендуется пройти соответствующие обследования.

АООП НОО (вариант 1.4) рекомендуется детям с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) - нарушение слуха и умственную отсталость в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которая может сочетаться с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы и быть различной степени тяжести, осложненной текущими соматическими заболеваниями и психическими расстройствами. Рекомендация АООП НОО (вариант 1.4) дается только при наличии соответствующих медицинских документов.

Список литературы

1. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни/ Сост. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. М.: Полиграф сервис. 2001.
2. Исеина Е.И. Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни. Иваново, 1996.
3. Козлов М.Я., Левин А.Л. Детская сурдоаудиология. Л.: Медицина. 1989.
4. Королева ИВ. Современный подход к диагностике периферических и центральных нарушениях слуха у детей: Учеб. пособие. СПб.: ЛОР. 2000.
5. Королева ИВ. Нарушения слуха у детей в раннем возрасте: диагностика и реабилитация: Пособие для врачей. СПб.. 2004.
6. Королева ИВ. Реабилитация детей с кохлеарными имплантами: Пособие для врачей. СПб.. 2004.
7. Корсумская БД. Воспитание глухого дошкольника в семье. М.: Педагогика. 1970.
8. Лева А. Развитие слуха у неслышащих детей: История. Методы. Возможности/ Пер.с нем. Л.Н. Родченко, Н.М. Назаровой. М.: Академия, 2003.
9. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. М: Просвещение. 1991.
10. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г. , Иванова Е.А. Я не хочу молчать: Из опыта работы по организации обучения глухих и слабослышащих детей. М.. 1990.
11. Нейман Л. В. Слуховые функции у тугоухих и глухонемых детей. М.. 1961.
12. Руленкова Л.И., Смирнова О. И. Аудиология и слухопротезирование: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия. 2003.
13. Сапожников Я.М. Богомильский М.Р. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей. М. Икар. 2001.
14. Таварткиладзе Г. А. и др. Единая система аудиологического скрининга: Методические рекомендации. М.. 1996
15. Таварткиладзе Г. А., Гвелесиани Т. Г. Клиническая аудиология. М.. 1996.
16. Тарасов Д.М., Наседкин А. Н. , Лебедев В.М. и др. Тугоухость у детей. М.: Медицина. 1984.
17. Шматко Н.Д. , Пельмская Т.В. Если малыш не слышит. М.: Просвещение. 1995.
18. Штрассмайер В. Обучение и развитие ребенка раннего возраста: Учеб. пособие для студ высш. и ср. пед. учеб. заведений / Пер. с нем. А.А. Михлина. Н.М. Назаровой. М: Академия. 2002
19. Янн П. А. Воспитание и обучение глухого ребенка: Сурдопедагогика как наука: Учеб. пособие / Пер. с нем. М.: Академия. 2003.

**Методические рекомендации по организации деятельности и проведению
диагностического обследования лиц с нарушением зрения (в возрасте от 0 до 23 лет)
тифлопедагогом ПМПК**

Деятельность тифлопедагога ПМПК направлена на организацию и проведение обследования лиц с нарушением зрения в возрасте от рождения до 23 лет. Разработку рекомендаций по воспитанию, коррекции, развитию и обучению детей с нарушением зрения, по созданию оптимальных условий в образовательных организациях с учетом особенностей и образовательных потребностей лиц, имеющих зрительную патологию.

Степень нарушения зрения, зрительный диагноз, лечение, а также, наблюдение и контроль изменений, происходящих в поврежденном органе, осуществляет профильный специалист – врач-офтальмолог.

Тифлопедагог в своей деятельности обязан учитывать рекомендации врача-офтальмолога, способствовать поддержанию и закреплению результатов лечения, развивать компенсаторные навыки ребенка, корригировать нарушенные функции, используя специальные методики и педагогические приемы, индивидуальный подход к обучению, способствовать всестороннему развитию детей с нарушенным зрением.

Тифлопедагог ПМПК осуществляет тифлопедагогическое обследование детей с нарушением зрения раннего, дошкольного и школьного возраста; совершеннолетних слепых и слабовидящих людей в возрасте от 18 до 23 лет, обучающихся: в школах (9-10, 11 или 11-12 классы), средне-профессиональных образовательных организациях, ВУЗах, учреждениях дополнительного образования.

Обследование включает:

- диагностику лиц с нарушением зрения (в возрасте от рождения до 23 лет);
- постановку рабочей гипотезы в рамках проведенного обследования, вынесение заключения;
- участие в коллегиальном обсуждении комплексной оценки возможностей ребенка специалистами ПМПК;
- составление рекомендаций, определяющих оптимальные условия воспитания, развития и обучения ребенка, имеющего нарушение зрения;
- консультирование родителей (законных представителей).

Основные задачи тифлопедагогической диагностики детей в возрасте от 0 до 18 лет:

- педагогическая оценка специфики зрительного восприятия;
- оценка сформированности компенсаторных функций;

- определение соответствия актуального уровня сформированности компенсаторных навыков, (в зависимости от возраста ребенка - жизненных компетенций), биологическому возрасту ребенка (с учетом времени наступления зрительной патологии);
- выявление в процессе обследования ребенка с глубокой зрительной патологией, признаков стереотипий (навязчивых стереотипных движений), вербализма;
- определение дополнительных факторов, осложняющих визуальные возможности лиц с нарушением зрения;
- определение уровня развития ребенка, его готовности к обучению/воспитанию (в соответствии с возрастом),
- оценка индивидуальных особенностей его познавательной деятельности, связанных с возможностью коррекции и компенсации зрительной недостаточности;
- определение необходимых специальных образовательных условий (в том числе, специального оборудования и специальной дидактики) для обучения ребенка;
- формулирование основных (стратегических) направлений коррекционно-развивающих занятий с ребенком, обусловленных, в первую очередь, характером зрительных нарушений.

Оцениваемые параметры при обследовании лиц с нарушением зрения в возрасте от 18 до 23 лет:

1. Способность обследуемого получать, обрабатывать и воспроизводить информацию, в доступных для незрячего формах (владение коммуникационными и специальными образовательными средствами, уровень владения системой рельефно-точечных обозначений Л. Брайля, тифлотехническими устройствами, компьютером с установленным специальным программным обеспечением и необходимым периферийным оборудованием).
2. Образовательный и социо-культурный уровень (владение программным материалом в соответствии с уровнем образования, достаточный уровень представлений в сфере культурно-исторических и общечеловеческих ценностей, о правилах и нормах поведения в различных ситуациях, уровень развития коммуникативных навыков, в том числе, сформированность и активное применение неречевых средств общения).
3. Уровень самообслуживания, ориентирования и мобильности (самостоятельность, адекватность оценки и эффективность использования своих зрительных и физических

возможностей, сформированность бытовых навыков, необходимых для повседневной жизнедеятельности, ориентирование в знакомом и незнакомом пространстве, использование при передвижении трости слепых. Степень зависимости от окружающих: сопровождение полное, частичное, ситуативное).

4. Ориентирование в настоящем времени (оценка текущих событий): уровень восприятия стимулов окружающей среды, уровень адекватности в оценке себя, других, окружающей действительности, конкретной ситуации.

5. По запросу: профориентация, адекватность выбора профессии (профпригодность, наличие/отсутствие необходимых профессиональных и бытовых навыков); оценка эффективности образовательных условий, реабилитационных мероприятий, динамика и мониторинг освоения образовательных программ слепыми и слабовидящими обучающимися.

Дети с нарушением зрения

Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения – способности глаза видеть две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. За нормальную остроту зрения равную единице (1,0), принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 м. Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Соответственно человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту зрения - 0,1, четвертой - 0,4.

По степени нарушения зрения и зрительным возможностям на лучше видящем глазу, и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют следующие подкатегории (классификация В.З. Денискиной):

1. Слепые дети. Острота зрения данной подкатегории детей находится в диапазоне от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. А также, дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10 – 15 градусов или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение. Таким образом, острота зрения не является единственным критерием слепоты.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей: слепорожденные – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития

осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы; ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

II. Слабовидящие дети. К этой подкатегории относятся дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. Главное отличие данной группы детей от слепых: при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

III. Дети с пониженным зрением или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, то есть дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Причинами нарушения зрения могут быть органические и/или функциональные поражения зрительного анализатора. Дети, входящие в I-ю («слепые») и II-ю («слабовидящие») подкатегории, страдают только органическими или органическими и функциональными нарушениями зрительного анализатора. Их зрение, как правило, можно улучшить незначительно либо вовсе невозможно. Если у ребенка имеются только функциональные нарушения зрения, то чаще всего зрительные функции его глаз (прежде всего остроту зрения) можно восстановить путем лечения. Большую часть детей с функциональными нарушениями составляют дети с амблиопией и косоглазием.

Нарушения зрения неоднозначно влияют на отдельные структурные компоненты личности, их компенсация рассматривается, как процесс перестройки психики и адаптации к новым условиям жизни.

В основе механизма компенсации лежит приспособление организма, регулируемое ЦНС. Оно заключается в восстановлении или замещении нарушенных, или утраченных функций организма независимо от того, где находится повреждение. Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. То есть, от тяжести дефекта зависит степень сложности механизмов компенсаторных явлений.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затруднённости зрительного отражения мира. В результате из сферы ощущений и восприятия выпадают сигналы, информирующие человека о важных свойствах предметов и явлений. Компенсация пробелов в чувственном опыте возможна только при активном включении сохранных органов чувств, существенная роль, в деятельности которых принадлежит вниманию.

Сокращение количества внешних воздействий, обусловленное полным или частичным выпадением зрительных ощущений и восприятия, препятствует развитию

внимания, сокращая круг объектов, которые при восприятии вызывают непосредственный интерес. Это отрицательно сказывается на объёме, устойчивости, концентрации и других свойствах внимания.

В тоже время, однообразие слуховых раздражителей быстро утомляет слепого и ведёт к рассеиванию внимания.

Это обусловлено тем, что внимание, не будучи связано с каким-либо определённым психическим процессом и с функционированием какого-либо анализатора, формируется в деятельности и зависит от приобретённых волевых, эмоциональных и интеллектуальных свойств личности, от активности человека.

На основе словесных объяснений, подкрепляемых доступными для слепых чувственными данными, лица с глубокими нарушениями зрения получают представления о многих недоступных для их восприятия предметах и явлениях действительности.

Компенсаторная функция речи выступает во всех видах психической деятельности слепых: в процессе восприятия (слово направляет и уточняет его), при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т.д. Огромное значение имеет речь для формирования личности слепого в целом. Благодаря речи слепые контактируют с окружающими людьми, ориентируются в обществе.

Недостатки произношения ограничивают круг общения детей с патологией зрения, что тормозит формирование ряда качеств личности или ведёт к появлению отрицательных свойств (замкнутость, аутизм, негативизм и др.).

Речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей, педагогов и воспитателей развивается до нормального уровня и служит мощным средством компенсации, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности.

Для компенсации зрительной депривации большое значение имеет взаимодействие ощущений. В результате под влиянием одной анализаторной системы повышается чувствительность другой. Утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Это касается только слепых. У слабовидящих ведущим видом ощущений остаётся зрение.

Осязание компенсирует познавательные и контролирующие функции деятельности слепых. Конечно, полное возмещение утраченных функций невозможно, так как, во-первых, кожные и мышечно-суставные ощущения отражают не все признаки предметов, воспринимаемые зрительно, во-вторых, осязательное поле ограничено зоной действия рук и восприятие протекает более длительно, чем зрительное. Осязание даёт слепому необходимые знания об окружающем мире и достаточно точно регулирует его

взаимодействие с окружающей средой, а культура осязания является одним из основных средств компенсации слепоты.

Выпадение большого числа значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия препятствуют образованию общих представлений, в которых отражаются наиболее существенные свойства и признаки предметов и явлений.

Вербализм представлений у слепых и слабовидящих связан с невозможностью целостного восприятия объектов и их отдельных свойств, устранение его проявлений, является одной из основных задач коррекционной работы.

При своевременной коррекционной работе слепые и слабовидящие приобретают необходимый запас представлений, обеспечивающий нормальную ориентацию в окружающей среде.

Вторичный характер имеет замедленное развитие процесса запоминания у слепых и слабовидящих. Это объясняется недостатком наглядно-действенного опыта, несовершенством методов обучения таких детей. Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к распаду. Даже небольшие промежутки времени (1-3 месяца) отрицательно сказываются на их представлениях: резко снижается уровень дифференцированности, адекватности образов эталонам.

Мыслительная деятельность слепых подчиняется в своём развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определённую специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности.

Важная роль в компенсации зрительной депривации принадлежит «воссоздающему воображению». При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения.

Ослепшие, на основе сохранившихся зрительных представлений могут создавать новые яркие образы воображения, а наличие остаточного зрения расширяет возможности в этом виде психической деятельности.

Сам факт отсутствия зрения для слепых не является фактором психологическим, психологическим фактором слепота становится только тогда, когда они вступают в общение с нормально видящими людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к отклонениям в формировании личности слепого и может вызвать появление негативных характерологических особенностей. Таких как, изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением

их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Таким образом, на формирование основных свойств личности нарушения зрения влияют лишь косвенно, ведущая роль принадлежит социальным факторам (ограничение деятельности, негативный опыт общения с нормально видящими и т.п.).

В настоящее время значительная часть детей (до 1/3) с тяжелой потерей зрения в структуре комплексных нарушений – это дети которые родились недоношенными, чаще всего с недоношенностью II-III ст. (массой от 1 до 2 кг). Такие дети после рождения часто имеют нарушения дыхания, в связи с незрелостью легких, поражение ЦНС разной степени, заболевания желудочно-кишечного тракта, анемию, гипотрофию. Интересным является следующий факт, выявленный при обследовании слепых и слабовидящих детей раннего возраста. Несмотря на то, что большинство из них родились недоношенными и имели тяжелые соматические заболевания в периоде новорожденности, ни степень недоношенности, ни перенесенные в периоде ранней адаптации заболевания не оказались удовлетворительными критериями для прогноза психического развития ребенка. Неблагоприятным прогностическим фактором является наличие тяжелых неврологических нарушений. Если потеря зрения обусловлена ретинопатией недоношенных, дети часто подвергаются повторным операциям на глазах с целью улучшения зрения и сохранения глаз. Однако, если у детей без дополнительных нарушений такие операции в большинстве случаев не оказывают существенного влияния на их общее состояние и развитие, то у детей с патологией центральной нервной системы часто отмечается остановка в развитии и даже утрата ранее приобретенных навыков (регресс).

Долго остаются физически ослабленными дети, перенесшие внутриутробные инфекции. Например, после внутриутробной краснухи отмечают отставание детей в физическом развитии (в росте, массе тела), частые простудные и инфекционные заболевания.

У детей с глубокой зрительной патологией в раннем, а часто и дошкольном возрасте наблюдается задержка в психомоторном развитии, которая обусловлена не только сенсорной и двигательной депривацией, но и внешними причинами (наличием сопутствующих заболеваний, неправильным воспитанием в семье, поздним началом специальной коррекционной работы), а не ограниченными умственными способностями.

Таким образом, дети с множественными врожденными нарушениями имеют отставания в психомоторном развитии, обусловленные целым рядом причин:

- физическая ослабленность в результате перенесенных острых или имеющихся хронических заболеваний;
- органическими поражениями ЦНС, а также, последствиями неоднократно перенесенного наркоза;
- педагогической запущенностью, связанной, в том числе, с длительным лечением;
- эмоциональной депривацией и психическими травмами при неправильном воспитании, частых госпитализациях и болезненных процедурах;

Сенсорной и двигательной депривацией.

Разный уровень предшкольной подготовки ребенка с нарушенным зрением зависит не столько от глубины поражения зрительного анализатора, сколько от раннего оказания (с момента наступления снижения или полной потери зрения) квалифицированной тифлопедагогической помощи. Среди детей с глубоким нарушением зрения встречаются дети старшего дошкольного возраста, имеющие существенные пробелы в знаниях об окружающих предметах и манипуляциях с ними, демонстрирующие несформированность необходимых навыков самообслуживания, коммуникации, игровых умений. Зачастую у таких детей основной причиной является не изначальное нарушение нервно-психической деятельности, а банальное отсутствие условий для развития ребенка со зрительной депривацией (аналог педагогической запущенности). В большей степени проблема оказания специализированной помощи в развитии ребенка с глубоким нарушением зрения раннего возраста заключается в его родителях, неготовых принять своего ребенка таким, какой он есть, откладывающих на неопределенный срок занятия с тифлопедагогом и занимающиеся поиском «чудодейственных» методов восстановления зрения. Перенесшие череду операционных вмешательств (не всегда оправданных) и бесчисленное количество наркозов (в большинстве случаев это дошкольный возраст), такие дети, помимо появившихся дополнительных страхов и тревожности, демонстрируют распад уже сформировавшихся функциональных связей, на восстановление которых, без гарантии стопроцентного результата, специалисту могут потребоваться месяцы.

Организация проведения обследования слепого или слабовидящего ребенка дошкольного и младшего школьного возраста в условиях ПМПК должна состоять из: предварительного изучения представленной на ребенка документации; в зависимости от зрительных возможностей ребенка подбора диагностического инструментария, адекватного стимульного материала, необходимых тифлотехнических средств; учета офтальмо-эргономических рекомендаций.

Одним из условий успешности обследования слепого или слабовидящего ребенка является установление положительного контакта между ним и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования.

Обследование детей с нарушением зрения в возрасте до 18 лет.

Предварительная работа:

1. Изучение психолого-педагогической характеристики (если ребенок ранее посещал занятия тифлоспециалиста или образовательную организацию для детей с нарушениями зрения), заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации, рекомендующего прохождение ПМПК; необходим обязательный учет наличия в анамнезе ребенка неврологической симптоматики. Выписка из истории болезни по ведущему нарушению (заключение врача-офтальмолога), в т.ч. прогноз развития зрительной патологии, а также, другие документы, раскрывающие особенности поражения зрительного аппарата.

Данная информация не только дает представление о состоянии психического развития и соматического здоровья ребенка, но и об особенностях, времени возникновения и степени тяжести зрительной патологии.

2. Подбор для проведения обследования стимульного материала, соответствующего зрительным и возрастным возможностям ребенка с нарушенным зрением.

Важной составляющей обследования слепого или слабовидящего ребенка является подбор диагностического инструментария. Необходимо учитывать, что использование общепринятых существующих методик для обследования готовности к обучению в школе, в том числе и проективных, ориентированных на нормально видящих детей, не дает и не может дать объективной картины.

Акцент в проведении обследования детей с нарушением зрения делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным – у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции.

По результатам проведенного обследования ребенка с нарушением зрения, составляется тифлопедагогическое заключение. Информацию, полученную при изучении документации и во время обследования, желательно дополнить наблюдениями за детьми в различных видах их деятельности: во время спонтанной игры, в процессе обследования ребенка другими специалистами, в коммуникации с родителями.

Общие требования к подбору и предъявлению стимульного материала для проведения диагностического обследования детей с нарушением зрения (слепых,

слабовидящих, детей с функциональными нарушениями зрения: косоглазие, амблиопия, астигматизм и т.п.).

Натуральность. Все предметы, применяемые в обследовании детей со зрительной патологией, должны быть максимально приближены к эталонному образцу, с сохранением пропорций, основных признаков (необходимо подобрать предмет, изображенный в типичном ракурсе, при тактильно-осязательном обследовании которого, у незрячего не возникнет затруднений в вычленении основных информативных признаков), типичной для предмета цветовой гаммы. Соотнесенности размера предметов относительно друг друга (например, чашка не должна быть больше кастрюли). Материалы, из которых могут быть выполнены стимульные предметы (игрушки), не должны быть мягко-набивными, ворсистыми. Предпочтение отдается игрушкам, изготовленным из пластмассы, резины, дерева, металла.

Контрастность и цвет. Стимульный материал для детей с нарушением зрения должен демонстрироваться с использованием фоновой поверхности формата А3 (цвет фона матовый: черный, темно-зеленый, темно-серый; при использовании темных предметов: приглушенный белый, желтый). Основной принцип: предмет (раздаточный материал) должен выделяться, контрастировать с поверхностью. Детали самого предмета, также, должны быть контрастными относительно друг друга. Цвет материала необходимо подбирать приближенным к основному эталону, по возможности не стоит использовать оттенки, если конечно, перед исследователем не стоит задача проверить цветовосприятие ребенка. Стимульный материал не должен содержать глянцевые поверхности и «блестящие» цвета (цвет золота, стали). Готовые картинки из диагностических наборов (для детей с нарушением зрения подходят далеко не любые) необходимо также «доработать» - дополнительно выделить предмет по контуру, используя темный маркер, фломастер.

Организационные условия для ребенка с глубоким нарушением зрения (тактильно-осязательное и тактильно-зрительное обследование предметов). Стимульный материал для обследования детей с глубоким нарушением зрения (дошкольного и младшего школьного возраста), предъявляется в лотках или коробках с невысокими бортами. Одновременно используется два лотка: один пустой, другой содержит предметы. Сориентировав ребенка в расположенных на столе материалах, предлагаем брать по одному предмету и после тактильно-осязательного обследования помещать в пустой лоток. Не стоит перегружать ребенка, и использовать за одну встречу более 2-3 заданий, направленных на тактильно-осязательное восприятие. При первых признаках утомления и/или потери интереса ребенка, такого рода задания следует прекратить. Слабовидящему

ребенку с относительно высокой остротой зрения, но при наличии нистагма целесообразно предъявлять материал, ориентированный на тактильно-зрительное обследование. Обязательным условием обследования ребенка с глубоким нарушением зрения при выполнении заданий по конструированию («собери также») является наличие в постоянном доступе эталонного образца (условие распространяется на объекты, которые исследователь предъявляет ребенку впервые) для проведения сравнительных операций, уточнения деталей. Исключение составляют задания, целью, которых является обследование сформировавшихся предметных представлений (после проведенных коррекционных занятий с тифлопедагогом или уточнения представлений о знакомых ребенку предметах, с которыми он взаимодействует повседневно дома, на улице и т.п.). Если специалист видит, что ребенок не знает, как взаимодействовать с предложенным материалом (у ребенка не сформирована стратегия обследования, алгоритм действия по тем или иным операциям), проводится обучающий показ с основным приемом «рука в руке». При этом положение кистей рук специалиста может быть расположено как над кистями ребенка, так и под ними.

Рельефно-графические пособия. При работе с детьми с нарушением зрения достаточно широко используются рельефные изображения: изготовленные на производстве или выполненные самостоятельно. Рельефные изображения представляют собой большую и разнообразную группу пособий, различающихся по исходному материалу и способу изготовления, характеру используемых изобразительных средств, а также степенью обобщенности свойств предмета, структурным и композиционным построением изображения. Подготовка изображения к рельефной печати сложный процесс, требующий знания и опыта. Рельефный рисунок не должен быть загромождён мелкими деталями, расстояние между элементами рисунка не должно быть меньше определенного, толщина и характер линий должны быть особо подобраны и т.д.

При предъявлении ребенку нового материала важно соблюдать алгоритм последовательности формирования у детей с нарушением зрения правильного представления о предметах окружающей действительности:

- От простого к сложному: вначале следует убедиться в том, что ребенку знакомы предметы, с которыми он ежедневно сталкивается, что у него сформированы основные представления о предмете (цвете, форме, величине, назначении и т. д.), и только затем вводить предметы, с которыми ребенок не соприкасается постоянно.

- От общего к частному: изучение объекта следует начинать с основных признаков, позволяющих отличить его от других объектов. Предъявляемый предмет должен быть максимально приближен к эталону (принцип натуральности). В некоторых

случаях следует исключить излишние детали, способные затруднить начальное восприятие объекта.

- Демонстрация реального (по возможности) объекта с активизацией полисенсорного восприятия: ребенку следует дать рассмотреть объект, потрогать его руками, услышать, какой звук он издает, исследовать (в зависимости от изучаемого предмета) вкусовые и обонятельные ощущения. Далее можно перейти к изучению макета (уменьшенной копии) реального объекта. Макет используется также в тех случаях, когда предъявление натурального объекта не представляется возможным.

- Цветное плоскостное изображение (выполненное в рельефе), заменяющее объемный объект (макет или реальный предмет). Необходимо акцентировать внимание на сходстве и различии.

- Силуэтное изображение (черный рельефный силуэт на белом фоне).

- Контурное изображение: фигура на белом фоне выделяется черным сплошным рельефным контуром (в усложненном варианте — прерывистым контуром).

- Незаконченный рисунок: в рельефном изображении предмета отсутствует какой-либо значительный фрагмент (предъявляется деталь предмета), и ребенку предлагается мысленно достроить образ предмета и назвать его.

- Демонстрируя новый предмет ребенку с глубоким нарушением зрения, рекомендуется синхронизировать процесс описания предмета педагогом с процессом обследования (тактильно-зрительным или тактильно-осязательным способом восприятия) ребенком. Необходимо соблюдать, рекомендованный врачом-офтальмологом, дозированный режим зрительных нагрузок и специальный режим освещения, чередовать нагрузку со специальными упражнениями, направленными на снятие зрительного и общего утомления, следить за осанкой ребенка.

Специальные средства наглядности.

Наглядность – основной элемент образовательного процесса не только зрячих, но и детей с нарушением зрения. Ребенок, имеющий глубокую зрительную патологию, нуждается в целенаправленном обучении способам ознакомления с окружающим миром. Без использования специальных средств наглядности это невозможно, так как непосредственное чувственное восприятие многих предметов или явлений часто бывает затруднено или недоступно.

Виды наглядных пособий. В обучении детей с нарушением зрения используется наглядный материал разных видов (классификация Е. Н. Подколзиной):

- Натуральные наглядные пособия: предметы ближайшего окружения, животные, растения, овощи, фрукты и т.д., которые специально подбираются в соответствии с

изучаемой темой урока (и/или занятия с тифлопедагогом) или наблюдаются в ходе прогулок, экскурсий.

– Объемные наглядные пособия: муляжи, чучела животных и птиц, модели, макеты, геометрические тела.

– Дидактические игрушки: куклы, кукольная мебель, посуда, игрушки, изображающие животных, птиц, насекомых и т.д.

– Изобразительные наглядные пособия: иллюстрации к сказкам, рассказам, стихам, репродукции картин, фотоматериалы, слайды, диа-, кино- и видеоматериалы, плакаты.

– Графические наглядные пособия: таблицы, схемы, планы.

– Символические наглядные пособия: исторические, географические, биологические карты.

– Рельефные наглядные пособия: включают в себя иллюстративную, графическую и символическую наглядность, рельефно-точечные и барельефные предметные и сюжетные изображения, а также схемы, планы, таблицы, выполненные таким образом.

Наглядный материал может быть демонстрационным и раздаточным, Демонстрационная наглядность используется для фронтального показа (всей группе учащихся), раздаточный рассчитан на индивидуальную работу с ребенком.

Основным правилом при создании рельефно-графических пособий должно быть соблюдение единства способа восприятия свойств предмета и отражения их в рисунке. Если в рисунке нормально видящего передаются зрительно воспринимаемые свойства натуральных предметов, то в рельефном рисунке должны быть переданы свойства предметов, воспринимаемых осязанием. Т.к. большинство слепых детей имеют остаточное зрение, рельефно-графические изображения обязательно дополняются цветом (контрастным с фоном рельефным контуром).

Обследование лиц с нарушением зрения в возрасте от 18 до 23 лет:

Предварительное изучение представленной на обследуемого документации: выписки из истории болезни, психолого-педагогическая характеристика специалистов образовательной организации, тетради и иные рабочие материалы, позволяющие получить представление об уровне владения знаниями и качестве выполнения обучающимся заданий по конкретным образовательным дисциплинам. Результаты освоения образовательной программы на основании промежуточной или итоговой аттестации, представленные в виде выписки из протокола и заверенные печатью руководителя образовательной организации, или копия аттестата и/или диплома об образовании.

Желательно получить сведения о состоянии и уровне физической подготовки обследуемого, ранее или в настоящее время посещаемых им секциях (кружках) системы

дополнительного образования, индивидуальных занятиях с репетитором, личных достижениях обучающегося в тематических олимпиадах, спортивных соревнованиях, образовательных и других проектах.

1. беседа (соотнесение информации, полученной из представленных на обследуемого документов, уточнение обстоятельств, связанных с ухудшением/потерей зрения, оценка отношения индивида к своему диагнозу, к сложившейся ситуации, к качеству жизни. Оценка семейной ситуации (взаимоотношения с членами семьи на фоне проблем со зрением, наличие у других членов семьи зрительной патологии).

2. Выявление дополнительных нарушений здоровья (например, наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний, жалобы и т.п.), определение их степени влияния, возможности минимизации их влияния на жизнь незрячего и его профессиональную и социальную активность.

3. В зависимости от запроса и результатов беседы проводится оценка мотивационно-потребностной сферы личности.

4. Обследование когнитивной сферы личности слепого или слабовидящего проводится с учетом полученной информации в вышеперечисленных пунктах: подбираются методики и ситуационные тесты, позволяющие оценить самоконтроль, скорость реакции и адекватность принятия решения в обстоятельствах, связанных непосредственно с профессиональной деятельностью, в повседневных бытовых ситуациях: самообслуживание, обучение, межличностное взаимодействие. На всем протяжении процедуры обследования специалист фиксирует: эмоциональные реакции обследуемого на предлагаемые задания, наличие неконтролируемых стереотипных движений, а также, другие вербальные и не вербальные проявления, не предусмотренные условиями выполняемого задания.

Варианты организации условий получения дошкольного образования детьми с нарушением зрения

Форма организации обучения	Рекомендации по созданию специальных образовательных условий воспитания и развития ребенка
Слепые дети	
1. Специальные (коррекционные) группы для слепых детей, в которых реализуется воспитание и развитие по адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования для слепых детей;	1. Индивидуальные коррекционные занятия и сопровождение тифлопедагога (в образовательном учреждении).
2. группы компенсирующей направленности образовательной организации, реализующей основную	2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом (в образовательном учреждении).
	3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в

образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слепого ребенка организуется по адаптированной образовательной программе и/или индивидуальной коррекционной программе ООП ДО.

3. инклюзивное образование в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слепого ребенка организуется в соответствии с разрабатываемой организацией индивидуальной коррекционной программой.

4. Группы кратковременного пребывания (ГКП), «Лекотека» и др., данные формы посещения ребенком образовательной организации ДО обеспечивают сопровождение ребенка и/или индивидуальные и подгрупповые коррекционные занятия.

5. ПМСС центр – посещение индивидуальных коррекционных занятий профильных специалистов.

Слабовидящие дети

1. Специальные (коррекционные) группы для слепых детей, в которых реализуется воспитание и развитие по адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования для слепых детей (по показаниям врача-офтальмолога).

2. Группы компенсирующей направленности образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слабовидящего ребенка организуется по адаптированной образовательной программе и/или индивидуальной коррекционной программе ООП ДО, а также, сопровождается лечебно-восстановительной работой на аппаратах с участием медсестры-ортоптистки и регулярным осмотром врачом-офтальмологом.

3. Инклюзивное образование в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП

соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с глубоким нарушением зрения.

4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями.

5. Обеспечение доступности безопасного передвижения для слепых и слабовидящих детей в групповых помещениях, в здании образовательной организации и на прилегающей к нему территории (организация и размещение системы ориентиров, направляющих, тактильных поверхностей, цветовых и световых указателей и т.п.).

1. Индивидуальные коррекционные занятия и сопровождение тифлопедагога (в образовательном учреждении).

2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом (в образовательном учреждении).

3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с глубоким нарушением зрения.

4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями.

5. Обеспечение доступности безопасного передвижения для слепых и слабовидящих детей в групповых помещениях, в здании образовательной организации и на прилегающей к нему территории (организация и размещение системы ориентиров, направляющих, тактильных поверхностей, цветовых и световых указателей и т.п.).

6. Лечебно-восстановительная работа

ДО), в которых воспитание и развитие слабовидящего ребенка организуется в соответствии с разрабатываемой организацией индивидуальной коррекционной программой. С дополнительным посещением вне образовательной организации занятий тифлопедагога и курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.

4. Группы кратковременного пребывания (ГКП), «Лекотека» и др., данные формы посещения ребенком образовательной организации ДО обеспечивают сопровождение ребенка и/или индивидуальные и подгрупповые коррекционные занятия. Дополнительное посещение вне образовательной организации занятий тифлопедагога и курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.

5. ПМСС центр – посещение индивидуальных коррекционных занятий профильных специалистов с дополнительным посещением курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.

Дети с пониженным зрением (функциональные нарушения зрения)

1. Группы компенсирующей направленности образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие детей с функциональными нарушениями зрения (косоглазие, амблиопия, анизометропия, миопия и т.д.) организуется по основной образовательной программе и/или индивидуальной коррекционной программе ООП ДО, а также, сопровождается лечебно-восстановительной работой на аппаратах с участием медсестры-ортоптистки и регулярным осмотром врачом-офтальмологом.

2. Общеобразовательные группы образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО) с дополнительным посещением вне образовательной организации занятий тифлопедагога и курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.

на аппаратах по показаниям врача-офтальмолога. Выполнение рекомендаций врача-офтальмолога и тифлопедагога по зрительным и физическим нагрузкам, используемым пособиям и играм, ношению окклюзии и т.п.

1. Подгрупповые коррекционные занятия с тифлопедагогом.

2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом.

3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с нарушением зрения.

4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями.

5. Обеспечение доступности безопасного передвижения для детей с нарушением зрения в групповых помещениях, в здании образовательной организации и на прилегающей к нему территории (организация и размещение системы ориентиров, направляющих, тактильных поверхностей, цветовых и световых указателей и т.п.).

6. Лечебно-восстановительная работа на аппаратах. Выполнение рекомендаций врача-офтальмолога и тифлопедагога по

зрительным и физическим нагрузкам, используемым пособиям и играм, ношению окклюзии, очков и т.п.

Варианты образовательных маршрутов слепых и слабовидящих школьников в рамках ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, ФГОС ООО и СОО

Варианты организации обучения

Рекомендации по созданию специальных образовательных условий обучения

Слепые дети

начальная школа (НОО)

Вариант 3.1. обучение в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу (ООП) в соответствии с ФГОС НОО, по адаптированной образовательной программе (АОП) начального общего образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), совместно с нормально видящими сверстниками. С дополнительным посещением коррекционных тифлопедагогических занятий и необходимых реабилитационных курсов, ориентированных на незрячих, в соответствующих организациях. Срок обучения – 4 года.

Вариант 3.2. обучение по адаптированной основной образовательной программе (АООП) начального общего образования в соответствии с ФГОС, в образовательной организации, реализующей АООП для слепых обучающихся. Срок обучения – 5 лет.

Вариант 3.3. и 3.4. предполагает обучение в образовательной организации слепого ребенка с разной степенью умственной отсталости по индивидуальному учебному плану, индивидуальной программе обучения или специальной индивидуальной программе развития (СИПР), в освоении которых содержание и результаты не соответствуют ФГОС НОО. Срок обучения – 5 лет.

Основное общее образование (ООО) и среднее (полное) общее образование (СОО)

1. Обучение по АОП основного общего и среднего (полного) образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), в образовательной организации, реализующей ООП в соответствии с ФГОС.

2. Обучение по АООП, в образовательной организации (бывшие

1. Необходимым условием обучения слепых и слабовидящих с прогрессирующим заболеванием органа зрения, на всех образовательных ступенях (начальное, основное, среднее (полное) общее образование) является: организация обучения на основе применения рельефно-точечной системы обозначений Луи Брайля.

2. Сопровождение образовательного процесса тифлопедагогом, тьютором, педагогом-психологом (степень участия каждого специалиста определяется индивидуально, по результатам обследования ребенка).

3. Обеспечение слепого обучающегося специальными: учебно-методическими пособиями, материалами, учебниками (отпечатанными рельефно-точечным шрифтом, аудио учебники в формате: Daisy, Mp3), техническими средствами (в т.ч. тифло), расходными материалами.

4. Определение основных направлений, содержания и объема коррекционной работы, обеспечивающей формирование необходимых жизненных компетенций у слепого обучающегося и условия ее реализации.

5. Специальные образовательные условия обучения должны соответствовать требованиям ФГОС общего образования: начального, основного, среднего (полного) для слепых обучающихся.

6. Для слепых детей с разной степенью умственной отсталости необходима особая организация образовательной среды, учитывающая их специфические социальные и образовательные потребности.

школы III-IV видов), реализующей АООП основного общего и среднего (полного) образования для слепых обучающихся в соответствии с ФГОС.

Слабовидящие дети

начальная школа (НОО)

Вариант 4.1. обучение в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу (ООП) в соответствии с ФГОС НОО, по адаптированной образовательной программе (АОП) начального общего образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), совместно с нормально видящими сверстниками. С дополнительным посещением коррекционных тифлопедагогических занятий и необходимых реабилитационных курсов в соответствующих организациях. Срок обучения – 4 года.

Вариант 4.2. обучение по адаптированной основной образовательной программе (АООП) начального общего образования в соответствии с ФГОС, в образовательной организации, реализующей АООП для слабовидящих обучающихся. Срок обучения – 5 лет.

Вариант 4.3. предполагает обучение в образовательной организации слабовидящего ребенка с легкой умственной отсталостью по индивидуальному учебному плану, индивидуальной программе обучения, в освоении которых содержание и итоговые достижения не соответствуют ФГОС НОО. Срок обучения – 5 лет.

Основное общее образование (ООО) и среднее (полное) общее образование (СОО)

1. Обучение по АОП основного общего и среднего (полного) образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), в образовательной организации, реализующей ООП в соответствии с ФГОС.

2. Обучение по АООП, в образовательной организации (*бывшие школы III-IV видов*), реализующей АООП основного общего и среднего (полного) образования для слабовидящих обучающихся в соответствии с ФГОС.

Представленные в Стандарте варианты обучения определяют сроки освоения программы начального общего образования, её содержание, в том числе коррекционной

1. Обеспечение слабовидящего обучающегося специальными: учебно-методическими пособиями, материалами, аудио учебниками в формате: Daisy, Mp3, техническими средствами (электронная лупа, тифлофлешплеер, видео увеличитель и т.п.).

2. Определение основных направлений, содержания и объема коррекционной работы, обеспечивающей формирование необходимых жизненных компетенций у слабовидящего обучающегося и условия ее реализации.

3. Сопровождение образовательного процесса тифлопедагогом, тьютором, педагогом-психологом (степень участия каждого специалиста определяется индивидуально, по результатам обследования ребенка).

4. Специальные образовательные условия обучения должны соответствовать требованиям ФГОС общего образования: начального, основного, среднего (полного) для слабовидящих обучающихся.

5. Для слабовидящих детей с легкой умственной отсталостью необходима особая организация образовательной среды, учитывающая специфические образовательные потребности обучающихся и их дальнейшую реализацию в разных социальных сферах.

составляющей, развитие жизненных компетенций, а также соответствие или не соответствие академическому уровню образования. Академический уровень образования – «образование, соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения, образованию обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья», представлен в вариантах (3.1, 3.2, 4.1, 4.2).

Для слепых обучающихся (4 варианта):

Вариант 3.1 – 4 года; вариант 3.2 – 5 лет; вариант 3.3 – 5 лет; вариант 3.4 – 5 лет в данном варианте, для обучающегося организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

Для слабовидящих обучающихся (3 варианта):

Вариант 4.1. – 4 года; вариант 4.2. – 5 лет; вариант 4.3. – 5 лет.

«Стандарт предусматривает возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с ОВЗ на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и мнения родителей (законных представителей)».

Таким образом, от профессионализма специалистов ПМПК будет зависеть эффективность взаимодействия обучающегося с ОВЗ с образовательной организацией (право окончательного выбора ОО остается за родителями), а также, определение оптимальных условий получения образования ребенком с ОВЗ.

В заключении по результатам обследования ребенка с нарушением зрения специалист ПМПК (тифлопедагог) разрабатывает рекомендации.

Рекомендации для родителей и/или преподавателей образовательных учреждений должны содержать описание следующих параметров:

- допустимая зрительная нагрузка обучающегося (время непрерывной работы, виды и размеры пособий, вид плоскости для работы, фон, стимульный материал), а также, зрительная гимнастика и условия ее реализации;

- зрительные возможности ребенка, с учетом зрительного диагноза и назначенного офтальмологом лечения. Если показано ношение окклюзии, отразить, как будет видеть ребенок. Т.к. окклюзия, чаще всего закрывает лучше видящий глаз, в зависимости от остроты и функциональных возможностей второго глаза, ребенку временно потребуется организовать условия сопоставимые с образовательными потребностями сопровождения слабовидящего ребенка или слепого с остаточным зрением;

– рабочее место ребенка в классе относительно расположения источников света (естественный и искусственный), учитывая наличие или отсутствие у ребенка светобоязни.

Помимо вышеперечисленных рекомендаций в заключении отражается необходимость применения специализированных технических средств (в т.ч. тифлотехнических) индивидуального использования. Например: тифлофлешплеер, портативный электронный увеличитель, трость для слепых/слабовидящих и т.п.

Слабовидящему учащемуся с прогрессирующим заболеванием необходимо рекомендовать изучение и использование рельефно-точечной системы обозначений Л. Брайля или обучение по программам, ориентированным на образовательные потребности слепых с остаточным зрением.

Рекомендации также должны содержать коррекционные области, в которых ребенок нуждается: ориентировка в пространстве (мобильность в самостоятельном передвижении с использованием трости для слепых или слабовидящих), курс социально-бытовой ориентировки (самообслуживание, домоводство), специализированные компьютерные курсы (основы тифлоинформационных технологий), рельефное рисование и черчение (тифлографика), адаптивная физкультура и т.п.

При составлении коллегиального заключения данные рекомендации, о необходимых специальных образовательных условиях, должны быть согласованы с мнением других специалистов.

Рекомендуемые тифлотехнические средства для проведения обследования или изготовления стимульного материала.

- Тифлофлешплеер. Портативное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах, с поддержкой формата DAISY.
- Графический рельефный принтер для печати высокоточных цветных рельефных изображений и графики.
- Термомашинка или термопечать – устройство, которое позволяет создавать осязательные рисунки на специальной бумаге. Используется для создания контурных, силуэтных и т.п. рельефных изображений (изготовления наглядных пособий для слепых и слабовидящих).
- Видео увеличитель стационарный - это настольный увеличитель, состоящий из монитора, камеры и подвижного столика, на котором располагаются рассматриваемые предметы, имеет несколько цветовых режимов.
- Видео увеличитель портативный - портативный ручной видеоувеличитель высокой чёткости.

- Брайлевская печатная машинка, бумага, прибор и грифель.
- Компьютер с установленным специальным программным обеспечением для незрячих пользователей.
- Цифровой планшет с программным обеспечением (специальным образовательным ресурсом: например, адаптированный электронный учебник) для слабовидящих.
- Рельефно-графические пособия различной тематики.
- Муляжи, макеты, формы.
- Приборы: «Графика», «Ориентир», «Светлячок».
- Книга или учебник, напечатанные рельефно-точечным шрифтом.
- Прибор для рельефного рисования DraftsMan.

Приложение 1

ОФТАЛЬМОРЕКОМЕНДАЦИИ

(Тупоногов Б.К., Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие. М., 2010)

<i>Диагноз</i>	<i>Рекомендации</i> <i>Характер поражения</i>	<i>Противопоказания</i>
<i>Катаракта</i>	Постоянное закапывание витаминных капель, 1 раз в течение 3-х месяцев закапывание капель расширяющих зрачок	Удары, травмы
<i>Амблиопия</i>	1 раз в 6 месяцев плеоптическое лечение на аппаратах для развития зрения э/с, л/с, м/с	Если сочетается с миопией или нистагмом, то: удары, травмы, физические нагрузки
<i>Хориоритинит</i>	Хроническое воспаление сосудистой оболочки с вовлечением сетчатки	Переохлаждения, простудные заболевания, не допускать наличия хронических инфекций, пиелонефрит и другие. Физические нагрузки, поднятие тяжестей
<i>Макулодистрофия</i>	Дистрофическое изменение в макулярной области	Длительные зрительные нагрузки, особенно при сильно ярком свете
<i>Колобома</i>	Врожденный дефект в сетчатке, в сосудистой оболочке	Ограничить физические нагрузки: поднятие тяжестей, вибрацию
<i>Микрофтальм</i>	Врожденный дефект	В зависимости от патологии

		работать в наклоне, не допускать травм и переохлаждений
<i>Ангиопатия сетчатки</i>	При соматических заболеваниях изменения сосудов сетчатки (при СД, при ГБ, гипотонии и т.д.)	
<i>Фиброз стекловидного тела</i>	Врожденное или приобретенное воспаление стекловидного тела	Работать в наклоне, поднятие тяжестей
<i>Атрофия зрительного нерва</i>	После травмы, после воспалительных заболеваний гибель зрительного нерва	Переохлаждения, повышенные умственные и физические нагрузки
<i>Ретинобластома</i>	Злокачественная опухоль сетчатки	Физиолечение, нагрузки, переохлаждения
<i>Анизометрия</i>	Разные рефракции обоих глаз	
<i>Альбинос</i>	Недостаток или отсутствие пигмента в зрительных каналах	Работа при ярком свете
<i>Миопия (близорукость (M))</i>	Должно быть двое очков (при высокой степени) для близи и дали	Работа в наклоне, сотрясения, удары, поднятие тяжестей, слабое освещение, удары опасны отслоением сетчатки
<i>Гиперметропия (Hm)</i>	Утомляют мелкие работы 2-е очков	В физических нагрузках ограничений нет
<i>Астигматизм (Ast)</i>	Неправильно оценивает форму, величину, размеры	
<i>Подвывих хрусталика</i>		Ограничить физические нагрузки, сотрясения
<i>Отслойка сетчатки</i>	Сажать ближе к доске. Контрастные пособия, четкая разлиновка	Крайне опасны сотрясения и физические нагрузки
<i>Глаукома</i>	Ребенок никогда не должен находиться в полной темноте	Опасен резкий переход от тьмы к свету
<i>Нистагм</i>	Затруднена фиксация взгляда. Читать по линейке, больше	Нельзя кричать (увелич. колебания)

	работать на слух	
<i>Увеит</i>		Опасны переохлаждения

Приложение 2

МКБ-10

Класс VII - Болезни глаза и его придаточного аппарата:

Блок (H00-H06) - Болезни века, слезных путей и глазницы

Гардеолум и халазион
 Гордеолум и другие глубокие воспаления век
 Халазион
 Другие воспаления век
 Блефарит
 Неинфекционные дерматозы века
 Другие воспаления века уточненные
 Воспаление века неуточненное
 Другие болезни век
 Энтропион и трихиаз века
 Эктропион века
 Лагофтальм
 Блефарохалазис
 Птоз века
 Другие болезни, нарушающие функцию века
 Ксантелазма века
 Другие дегенеративные болезни века и окологлазной области
 Другие уточненные болезни века
 Болезнь века неуточненная
 Поражения века при болезнях, классифицированных в других рубриках
 Паразитарные болезни века при болезнях, классифицированных в других рубриках
 Поражения века при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках

Поражения века при других болезнях, классифицированных в других рубриках
Болезни слезного аппарата
Дакриоденит
Другие болезни слезной железы
Эпифора
Острое и неуточненное воспаление слезных протоков
Хроническое воспаление слезных протоков
Стеноз и недостаточность слезных протоков
Другие изменения слезных протоков
Другие болезни слезного аппарата
Болезнь слезного аппарата неуточненная
Болезни глазницы
Острое воспаление глазницы
Хронические воспалительные болезни глазницы
Экзофтальмические состояния
Деформация глазницы
Энофтальм
Неудаленное давно попавшее в глазницу тело вследствие проникающего ранения глазницы
Другие болезни глазницы
Болезнь глазницы неуточненная
Поражения слезного аппарата и глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках
Поражения слезного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках
Паразитарная инвазия глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках
Экзофтальм при нарушении функции щитовидной железы (E05.-)
Другие поражения глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (H10-H13) - Болезни конъюнктивы

Конъюнктивит
Слизисто-гнойный конъюнктивит
Острый атопический конъюнктивит
Другие острые конъюнктивиты
Острый конъюнктивит неуточненный
Хронический конъюнктивит
Блефароконъюнктивит
Другие конъюнктивиты
Конъюнктивит неуточненный
Другие болезни конъюнктивы
Птеригий
Конъюнктивальные перерождения и отложения
Рубцы конъюнктивы
Конъюнктивальное кровоизлияние
Другие конъюнктивальные васкулярные болезни и кисты
Другие уточненные болезни конъюнктивы
Болезнь конъюнктивы неуточненная
Поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других рубриках
Филярийная инвазия конъюнктивы (B74.-)
Острый конъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках
Конъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках

Глазной пемфигоид (L12.-)

Другие поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других

Блок (H15-H22) - Болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела

Болезни склеры

Склерит

Эписклерит

Другие поражения склеры

Болезнь склеры неуточненная

Кератит

Язва роговицы

Другие поверхностные кератиты без конъюнктивита

Кератоконъюнктивит

Интерстициальный (стромальный) и глубокий кератит

Неоваскуляризация роговицы

Другие формы кератита

Кератит неуточненный

Рубцы и помутнение роговицы

Слипчивая лейкома

Другие центральные помутнения роговицы

Другие рубцы и помутнения роговицы

Рубцы и помутнения роговицы неуточненные

Другие болезни роговицы

Пигментация и отложения в роговице

Буллезная кератопатия

Другие отеки роговицы

Изменения оболочек роговицы

Дегенерация роговицы

Наследственная дистрофия роговицы

Кератоконус

Другие деформации роговой оболочки

Другие уточненные болезни роговицы

Болезнь роговицы неуточненная

Поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках

Склерит и эписклерит при болезнях, классифицированных в других рубриках

Кератит, обусловленный вирусом простого герпеса, и кератоконъюнктивит (B00.5)

Кератит и кератоконъюнктивит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

Кератит и кератоконъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках

Другие поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках

Иридоциклит

Острый и подострый иридоциклит

Хронический иридоциклит

Иридоциклит, вызванный линзами

Другие иридоциклиты

Иридоциклит неуточненный

Другие болезни радужной оболочки и цилиарного тела

Гифема

Другие сосудистые болезни радужной оболочки и цилиарного тела

Дегенерация радужной оболочки и цилиарного тела
Киста радужной оболочки, цилиарного тела и передней камеры глаза
Зрачковые мембраны
Другие виды спаек и разрывов радужной оболочки и цилиарного тела
Другие уточненные болезни радужной оболочки и цилиарного тела
Болезнь радужной оболочки и цилиарного тела неуточненная
Поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках
Иридоциклит при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках
Иридоциклит при болезнях, классифицированных в других рубриках
Другие поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (H25-H28) - Болезни хрусталика

Старческая катаракта
Начальная старческая катаракта
Старческая ядерная катаракта
Старческая морганиева катаракта
Другие старческие катаракты
Старческая катаракта неуточненная
Другие катаракты
Детская, юношеская и пресенильная катаракта
Травматическая катаракта
Осложненная катаракта
Катаракта, вызванная лекарственными средствами
Вторичная катаракта
Другая уточненная катаракта
Катаракта неуточненная
Другие болезни хрусталика
Афакия
Вывих хрусталика
Другие уточненные болезни хрусталика
Болезнь хрусталика неуточненная
Катаракта и другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках
Диабетическая катаракта (E10-E14 с общим четвертым знаком .3)
Катаракта при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, классифицированных в других рубриках
Катаракта при других болезнях, классифицированных в других рубриках
Другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (H30-H36) - Болезни сосудистой оболочки и сетчатки

Хориоретинальное воспаление
Очаговое хориоретинальное воспаление
Диссеминированное хориоретинальное воспаление
Задний циклит
Другие хориоретинальные воспаления
Хориоретинальное воспаление неуточненное
Другие болезни сосудистой оболочки глаза
Хориоретинальные рубцы
Дегенерация сосудистой оболочки глаза
Наследственная дистрофия сосудистой оболочки глаза

Кровоизлияние и разрыв сосудистой оболочки глаза
Отслойка сосудистой оболочки глаза
Другие уточненные болезни сосудистой оболочки глаза
Болезнь сосудистой оболочки неуточненная
Хориоретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках
Хориоретинальное воспаление при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
Другие хориоретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках
Отслойка и разрыв сетчатки
Отслойка сетчатки с разрывом сетчатки
Ретиношизис и ретинальные кисты
Серьезная отслойка сетчатки
Ретинальные разрывы без отслойки сетчатки
Тракционная отслойка сетчатки
Другие формы отслойки сетчатки
Окклюзия сосудов сетчатки
Преходящая ретинальная артериальная окклюзия
Центральная ретинальная артериальная окклюзия
Другие ретинальные артериальные окклюзии
Другие ретинальные сосудистые окклюзии
Ретинальная васкулярная окклюзия неуточненная
Другие болезни сетчатки
Фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения
Преретинопатия
Другая пролиферативная ретинопатия
Дегенерация макулы и заднего полюса
Периферическая ретинальная дегенерация
Наследственные ретинальные дистрофии
Ретинальное кровоизлияние
Расщепление слоев сетчатки
Другие уточненные ретинальные нарушения
Болезнь сетчатки неуточненная
Поражения сетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках
Диабетическая ретинопатия (E10-E14 с общим четвертым знаком .3)
Другие ретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (H40-H42) - Глаукома

Глаукома
Подозрение на глаукому
Первичная открытоугольная глаукома
Первичная закрытоугольная глаукома
Глаукома вторичная посттравматическая
Глаукома вторичная вследствие воспалительного заболевания глаза
Глаукома вторичная вследствие других болезней глаз
Глаукома вторичная, вызванная приемом лекарственных средств
Другая глаукома
Глаукома неуточненная
Глаукома при болезнях, классифицированных в других рубриках
Глаукома при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ

Глаукома при других болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (Н43-Н45) - Болезни стекловидного тела и глазного яблока

Болезни стекловидного тела

Выпадение стекловидного тела (пролапс)

Кровоизлияние в стекловидное тело

Кристаллические отложения в стекловидном теле

Другие помутнения стекловидного тела

Другие болезни стекловидного тела

Болезнь стекловидного тела неуточненная

Болезни глазного яблока

Гнойный эндофтальмит

Другие эндофтальмиты

Дегенеративная миопия

Другие дегенеративные болезни глазного яблока

Гипотония глаза

Дегенеративные состояния глазного яблока

Неудаленное (давно попавшее в глаз) магнитное инородное тело

Неудаленное (давно попавшее в глаз) немагнитное инородное тело

Другие болезни глазного яблока

Болезнь глазного яблока неуточненная

Поражения стекловидного тела и глазного яблока при болезнях, классифицированных в других рубриках

Кровоизлияние в стекловидное тело при болезнях, классифицированных в других рубриках

Эндофтальмит при болезнях, классифицированных в других рубриках

Другие поражения стекловидного тела и глазного яблока при болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (Н46-Н48) - Болезни зрительного нерва и зрительных путей

Неврит зрительного нерва

Другие болезни зрительного [2-го] нерва и зрительных путей

Болезни зрительного нерва, не классифицированные в других рубриках

Отек диска зрительного нерва неуточненный

Атрофия зрительного нерва

Другие болезни зрительного нерва

Поражения перекрестка зрительных нервов

Поражения других отделов зрительных путей

Поражения зрительной корковой области

Болезни зрительных проводящих путей неуточненные

Поражения зрительного [2-го] нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках

Атрофия зрительного нерва при болезнях, классифицированных в других рубриках

Ретробульбарный неврит при болезнях, классифицированных в других рубриках

Другие поражения зрительного нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках

Блок (Н49-Н52) - Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции

Паралитическое косоглазие

Паралич 3-го [глазодвигательного] нерва

Паралич 4-го [блокового] нерва

Паралич 6-го [отводящего] нерва

Полная (наружная) офтальмоплегия

Прогрессирующая наружная офтальмоплегия

Другие паралитические косоглазия
Паралитическое косоглазие неуточненное
Другие формы косоглазия
Сходящееся содружественное косоглазие
Расходящееся содружественное косоглазие
Вертикальное косоглазие
Перемежающаяся гетеротропия
Другие и неуточненные гетеротропии
Гетерофория
Механическое косоглазие
Другие уточненные виды косоглазия
Косоглазие неуточненное
Другие нарушения содружественного движения глаз
Паралич взора
Недостаточность конвергенции [конвергенция недостаточная и избыточная]
Внутриядерная офтальмоплегия
Другие уточненные нарушения содружественного движения глаз
Нарушения содружественного движения глаз неуточненное
Нарушения рефракции и аккомодации
Гиперметропия
Миопия
Астигматизм
Анизометропия и анизейкония
Пресбиопия
Нарушения аккомодации
Другие нарушения рефракции
Нарушение рефракции неуточненное

Блок (H53-H54) - Зрительные расстройства и слепота:

Расстройства зрения H53
Амблиопия вследствие анопсии H53.0
Субъективные зрительные расстройства H53.1
Диплопия H53.2
Другие нарушения бинокулярного зрения H53.3
Дефекты поля зрения H53.4
Аномалии цветового зрения H53.5
Ночная слепота H53.6
Другие расстройства зрения H53.8
Расстройство зрения неуточненное H53.9
Слепота и пониженное зрение H54
Слепота обоих глаз H54.0
Слепота одного глаза, пониженное зрение другого глаза H54.1
Пониженное зрение обоих глаз H54.2
Неопределенная потеря зрения обоих глаз H54.3
Слепота одного глаза H54.4
Пониженное зрение одного глаза H54.5
Неопределенная потеря зрения одного глаза H54.6
Неуточненная потеря зрения H54.7

Блок (H55-H59) - Другие болезни глаза и его придаточного аппарата

Нистагм и другие непроизвольные движения глаз
Другие болезни глаза и придаточного аппарата
Аномалия зрачковой фракции
Глазная боль

Другие неуточненные болезни глаза и его придаточного аппарата
 Нарушение глаза и его придаточного аппарата неуточненное
 Другие поражения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках
 Аномалии зрачковой функции при болезнях, классифицированных в других рубриках
 Нарушение зрения при болезнях, классифицированных в других рубриках
 Другие нарушения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках
 Поражения глаза и его придаточного аппарата после медицинских процедур
 Синдром стекловидного тела после операции по поводу катаракты
 Другие поражения глаза и его придаточного аппарата после медицинских процедур
 Поражение глаза и его придаточного аппарата после медицинских процедур неуточненное

Приложение 3

Глазные болезни.

№ п/п	Глазная патология	Заболевание (диагноз)	Краткая характеристика
		Миопия (М)	Большая преломляющая сила глаза (близорукость)
		Гиперметрофия (Нм)	Слабая преломляющая сила глаза (дальнозоркость)
		Астигматизм (Ast)	Сочетание в одном глазу разных по виду и степени рефракции (близорукость и дальнозоркость)
		Анизометрия	Каждый глаз имеет разные рефракции (один-близору-кий, другой-дальнозоркий)
		Амблиопия	Снижение центрального зрения одного глаза, или «ленивый глаз» (у половины детей с косоглазием развивается амблиопия)

2	Заболевания глазо- двигательного аппарата	Косоглазие (страбизм)	Это расстройство, при котором движение глаз несогласованы и смотрят в разные стороны
		Сходящееся (эзотропия)	Один или оба глаза смотрят внутри.
		Расходящееся (экзотропия) Паралитическое косоглазие	Один или оба глаза смотрят в стороны. Нарушения при параличе или парезе одной из мышц выражается в виде диплопии (двоение)
		Нистагм.	Непроизвольные ритми- ческие движения глазных яблок (дрожание)
3	Заболевание век	Птоз	Опущение верхнего века; одно- или двусторонний; частичный или полный (значительное понижение зрения - амблиопия)
4	Заболевание роговицы	Кератиты	Воспаление роговицы.

5	Заболевание хрусталика	Афакия	Отсутствие хрусталика в глазу
		Аномалия хрусталика: Микрофакия Макрофакия Колобома Лентиконус, лентиглобус Подвывих Катаракта	Маленький хрусталик, Большой хрусталик Дефект хрусталика Изменение сферичности хрусталика. Смещение хрусталика внутри глаза Помутнение хрусталика
6	Гидродинамические заболевания	Глаукома	Заболевание, вызванное повышением внутриглазного давления, повреждающее зрительный нерв и приводящее к потере зрения
		Ретинопатия	Поражение сосудов и тканей сетчатки (аномалии сетчатки встречаются в сочетании с альбинизмом и нистагмом)
		Отслойка сетчатки	Возникает при опухолях, близорукости и т. д. Резко снижается острота зрения, вплоть до полной его потери .
		Скотома	Выпадение части поля зрения.
8	Заболевание сосудистой оболочки	Аномалии сосудистой оболочки: Аниридия Колобома	Отсутствие радужки Дефект в виде выемки радужки
9	Заболевание зрительного нерва.	Атрофия зрительного нерва.	Резкое снижение зрения, вплоть до слепоты.

Амблиопия

Амблиопия – понижение остроты зрения без видимой, т.е. «ленивый глаз».

Амблиопия бывает функциональная, которая поддается лечению, и органическая, которая не поддается лечению (это врожденная ее форма, в ее основе лежат органические нарушения).

Виды функциональной амблиопии:

- **Рефракционная амблиопия** – зрение понижено из-за аномалий рефракции. Развивается при длительной, неясной, нечеткой проекции изображения на сетчатке при гиперметропии, астигматизме. При правильном подборе очков, чем раньше, тем лучше, зрение повышается вплоть до нормы (снимать очки только на ночь);
- **Дисбинокулярная амблиопия** – возникает при косоглазии, когда нет бинокулярного зрения. Организм сам выключает косящий глаз из акта зрения, вследствие чего в нем развивается амблиопия. С помощью окклюзии выключают из акта зрения лучше видящий глаз, и предлагается худшим глазом рассматривать предметы на таком расстоянии, на котором ребенок может их распознать.
- **Абскурационная амблиопия** – возникает при помутнении прозрачных сред глаза (роговицы, хрусталика, после травмы - бельмо).
- **Истерическая амблиопия** – возникает после стресса, какого-то сильного потрясения; одна из форм проявления общей истерии. Необходимо пройти курс лечения у психоневролога
- **Анизометропическая амблиопия** – возникает при разной рефракции (на одном глазу близорукость, на другом - дальнозоркость).

Профессор Аветисов дал следующую классификацию амблиопии:

- амблиопия очень высокой степени (0,01 – 0,04);
- амблиопия высокой степени (0,05 – 0,1);
- амблиопия средней степени (0,2 – 0,3);
- амблиопия слабой степени (0,4 – 0,8).

Рекомендации

Следует давать яркие предметы. Наглядные пособия должны быть чёткими, конкретными, картинки без лишних деталей. Ребёнок с амблиопией утомляется быстрее, особенно, если он работает с опорой на зрение. Не стоит заниматься, если ребёнок капризничает, плохо себя чувствует. Упражнения не должны быть утомительными, они должны быть интересными и занимательными. После зрительной нагрузки требуется активный отдых. Не давать нагрузку на занятия, если ребёнок проходит курс плеоптического лечения на аппаратах.

В целях повышения остроты зрения и развития функций зрения полезно составлять изображения из мозаики, выкладывать узоры по образцу на фланелеграфе, на магнитной доске заниматься обводкой трафаретов, цветных картин, раскрашиванием рисунков фломастерами, красками, аппликацией, лепкой, мелким строителем, ориентировкой в пространстве, давать упражнения с пирамидками, бусами, застежками, шнурками, упражнения на осязание, обоняние, слух. После занятий рисованием, обводкой

трафаретов, требуется отдых для мышц рук и глаз. Необходимо делать гимнастику для глаз.

Атрофия зрительных нервов (ЗН)

Это понятие объединяет сразу ряд серьезных заболеваний органа зрения с преимущественным поражением зрительных нервов в виде атрофии их волокон (отростков нервных клеток, находящихся в глазу). Основными причинами атрофии ЗН у детей являются воспалительные заболевания центральной нервной системы, невриты собственно ЗН, гидроцефалии, аномалии и опухоли мозга. Часто атрофия ЗН формируется на фоне нарушений метаболизма или тяжело протекавших детских инфекций. Визуально офтальмолог выявляет различной степени побледнение, вплоть до абсолютно белого и монотонно окрашенного, диска зрительного нерва (ДЗН - место выхода волокон ЗН из сетчатки). Границы диска могут быть четко очерчены или размыты (зависит от того, исходом какого заболевания является атрофия). Может выявляться пигментная дистрофическая кайма вокруг ДЗН. Сосуды сетчатки при этом чаще сужены, хотя, если атрофии предшествовали застойные явления, вены могут быть расширены и извиты. При поражении центрального пучка ЗН, идущего от макулы (оптического центра сетчатки, где самая большая плотность колбочек и соответственно самая высокая острота зрения), зрение может существенно снижаться. При частичной атрофии ЗН страдают цвет и светоощущения, бинокулярное зрение, снижаются границы поля зрения. Диагноз выставляют на основании осмотра и данных электро-физиологических исследований. Лечение атрофии ЗН проводится совместно невропатологом и офтальмологом и сводится к назначению в основном нейротрофической терапии.

Рекомендации

Давать небольшую нагрузку при работе вблизи

Следует давать яркие предметы. Наглядные пособия должны быть чёткими, конкретными, картинки без лишних деталей.

Развивать сохранные анализаторы, ориентировку в пространстве.

Ретинопатия недоношенных (РН)

Это тяжелое заболевание глаз, развивающееся только у недоношенных (незрелых) детей. Вероятность возникновения РН напрямую связана с весом выживших недоношенных детей, степенью их общей тяжести, незрелости, условиями выхаживания.

Впервые заболевание было описано в 1942г, получив название "ретролентальная фиброплазия". Впоследствии, благодаря успехам неонатологов (врачей, занимающихся выхаживанием новорожденных детей), во всех развитых странах резко возросло число выживающих глубоко недоношенных и ранее нежизнеспособных детей.

РН опасна не столько её частым возникновением у недоношенных детей (т.к. заболевание может спонтанно самоизлечиваться на ранних стадиях развития, не приводя к тяжелым последствиям), сколько тем, что, обладая прогрессирующим течением, достигает терминальных стадий в большом количестве случаев. При этом риск прогрессирования заболевания не связан напрямую со степенью незрелости младенца, а зависит от ряда

сопутствующих факторов, условий выхаживания, а также своевременности проведенного профилактического лечения -консервативного, лазерного и криохирургического.

Несмотря на многолетние клинические и экспериментальные исследования причина возникновения и дальнейшего прогрессирования, а так же самопроизвольного излечения РН до конца не изучена. Считается, что действие множества различных факторов риска ведут к нарушению нормального образования сосудов сетчатки именно у недоношенных младенцев.

Чтобы понять причину развития заболевания, необходимо сначала рассмотреть нормальный ход развития сосудов сетчатки. Глаз состоит из трех оболочек и внутренней субстанции (стекловидное тело). Внутренняя оболочка - сетчатка, воспринимая свет своим фоторецепторным слоем, передает импульсы в зрительные центры головного мозга через зрительный нерв. Для такой работы требуются повышенные траты энергии и соответственно хорошо развитая кровеносная система (ведь глаз - есть часть мозга, вынесенная на периферию). До 16 недель внутриутробного развития с момента зачатия сетчатка плода не имеет сосудов. В этот период начинается рост сосудов от зрительного нерва по направлению к периферии глаза, который заканчивается полным покрытием сосудистой сетью всей сетчатки к 40 неделе, т.е. к моменту рождения доношенного ребенка.

Недоношенный ребенок рождается с незавершенным сосудообразованием сетчатки. После преждевременного рождения, на процесс образования сосудов действуют различные патологические факторы, приводящие к безудержному и нерегулируемому росту сосудов с прорастанием непосредственно внутрь глаза в стекловидное тело. Бурный рост сосудистой и рубцовой ткани вызывает отслойку сетчатки. У доношенных детей сосуды уже полностью сформированы, поэтому РН у них не выявляют.

Практически у всех недоношенных (в норме) всегда выявляют бессосудистые зоны на периферии сетчатки, причем их протяженность тем больше, чем меньше срок внутриутробного развития ребенка на момент осмотра. Наличие бессосудистых зон на периферии глазного дна не является заболеванием, это лишь свидетельство недоразвития сетчатки незавершенности развития сосудов и, соответственно, возможности развития ретинопатии в дальнейшем.

Осмотр всех детей с массой тела при рождении менее 2000г и рожденных ранее 35 недель начинают осматривать окулисты с 34 недели развития (или с 3-4 недели жизни) и при наличии признаков РН проводят осмотры каждую неделю (при "плюс"-болезни - каждые 3 дня) до момента развития пороговой стадии или полного регресса заболевания. При выявлении признаков регресса осмотр можно проводить 1 раз в 2 недели.

Важно знать, что где бы ребенок ни находился (в стационаре или дома), он должен быть осмотрен окулистом в период с 36 до 42 недель развития - момент наиболее вероятного выявления пороговой стадии РН.

Осмотр проводят с расширением зрачка и с применением специальных детских векорасширителей (чтобы не оказывать давление пальцами на глаз).

В своем развитии заболевание проходит несколько стадий. На смену активной РН приходит стадия регресса, а затем рубцовая стадия заболевания. Согласно международной классификации активную РН подразделяют по стадиям процесса, его локализации и протяженности.

1 стадия - появление разделительной линии на границе сосудистой и бессосудистой сетчатки.

2 стадия - появление вала (объемная линия) на месте деления. Сетчатка в этой зоне утолщается, вдаётся внутрь глаза, в стекловидное тело. Следует подчеркнуть, что в 70-80% случаев при 1-2 стадиях РН возможен самопроизвольное излечение заболевания с минимальными остаточными изменениями на глазном дне.

3 стадия - характеризуется появлением роста сосудов сетчатки в стекловидное тело в области вала. При небольшой протяженности процесса также как и в первых двух стадиях возможен самопроизвольный регресс, однако, остаточные изменения при этом более выражены. Когда рост сосудов внутрь глаза распространился на достаточно обширной области, такое состояние принято считать пороговой стадией РН, когда процесс прогрессирования РН становится практически необратимым и требует срочного профилактического лечения.

На сегодняшний день считается доказанной эффективность профилактической лазерной и криокоагуляции аваскулярной сетчатки (уничтожение бессосудистых зон сетчатки, стимулирующих безудержный рост сосудов в области вала), вмешательств, позволяющих на 50-80% снизить число неблагоприятных исходов заболевания. Лечение чаще проводят под наркозом (реже применяют местную анестезию) во избежание глазо-сердечных и глазо-легочных реакций. Оценка результатов лечения - через 7-10 дней. При необходимости процедуру можно повторить.

Эффективность лечения во многом зависит от протяженности и локализации РН, а также наличия плюс-болезни.

При неэффективности или недостаточной эффективности профилактического лечения, а также при его отсутствии, у целого ряда младенцев развиваются терминальные стадии РН

4 стадия - частичная отслойка сетчатки - подразделяют на 4а (без вовлечения в процесс центральной зоны, отвечающей за остроту зрения) и 4в (с отслойкой сетчатки в центре).

5 стадия - полная, или тотальная, отслойка сетчатки. 4 и 5 стадии РН принято называть терминальными в связи с плохим прогнозом и резким нарушением зрения.

При частичных отслойках сетчатки (4 стадия) или мягких формах 5 стадии - возможно хирургическое вмешательство с целью профилактики развития тяжелых рубцовых изменений и сохранения остаточных зрительных функций.

Особо выделяют прогностически неблагоприятную форму активной ретинопатии недоношенных, получившую название "плюс"-болезнь. Для неё характерно раннее начало и быстрое прогрессирование процесса в сетчатке. "Плюс-болезнь" протекает с более выраженной сосудистой активностью, резким расширением сосудов сетчатки, их извитостью, образованием мощных сосудистых аркад на периферии, кровоизлияниями и экссудативными (выход плазмы крови внутрь глаза) реакциями. Бурное течение

заболевания, неэффективность общепринятых профилактических мероприятий ведут к быстрому развитию терминальных стадий заболевания.

В зависимости от того, чем закончился активный процесс, рубцовые изменения подразделяют на стадии или степени:

1 степень - при наличии минимальных изменений на периферии глазного дна, практически не влияющих на зрительные функции.

2 степень - включает смещение центра сетчатки и дистрофические изменения на периферии, которые впоследствии могут привести к развитию вторичных отслоек сетчатки.

3 степень - грубая деформация места вхождения зрительного нерва в сетчатку с выраженным смещением и дистрофией центральной области сетчатки в сочетании с вышеописанными изменениями на периферии глазного дна.

4 степень - при наличии грубых складок сетчатки, ведущих к резкому нарушению зрения.

5 степень - тотальная отслойка сетчатки.

Возможность и целесообразность того или иного вида хирургического вмешательства при рубцовых стадиях РН с целью ликвидации последствий патологического процесса или улучшения, хотя бы частичного, зрительных функций определяется конкретными клиническими проявлениями заболевания.

В 5 стадии рубцовой РН производят удаление хрусталика и остатков стекловидного тела с попыткой расправления отслоенной и спаявшейся множественными складками сетчатки с созданием условий для роста глаза. Прогрессирование заболевания к последней стадии может привести к образованию рубцовой ткани в сетчатке и стекловидном теле, что ведет к развитию отслойки сетчатки, кровотечению в полость стекловидного тела (гемофтальму), косоглазию и амблиопии.

У многих детей с **ретинопатией** развивается миопия (близорукость).

Косоглазие

Косоглазие (страбизм) – заболевание, характеризующееся нарушением бинокулярного зрения (способность глаз сливать изображение в одно целое).

Различают косоглазие:

- содружественное (излечимое), проблема которого связана с мозговыми центрами, контролирующими мышцы, управляющие движением глаз;
- паралитическое (неизлечимая форма), которое возникает в результате поражения нервов, иннервирующих мышцы глаза
- постоянное и периодическое (глаз то косит, то не косит).
- Аккомодационное – которое исчезает при правильно подобранных очках (без очков глаз косит);

- Частично - аккомодационное – когда угол косящего глаза при надевании очков уменьшается, но не до конца;
- Неаккомодационное – и в очках и без них глаз косит одинаково;
- Монолатеральное (право- или левостороннее) – когда косит один глаз, при нем развивается амблиопия;
- Альтернирующее – когда косит то один, то другой глаз;

При косоглазии важен характер зрения:

- монокулярное зрение - видит только один глаз;
- одновременное зрение – видят оба глаза, но полного слияния изображения нет (плоское видение);
- бинокулярное зрение – полное слияние, видение в 3-х плановой перспективе;
- стереозрение – лучший вариант бинокулярного зрения (многоплановая перспектива).

Косоглазие расходящееся – когда глаз отклонен к виску. При таком виде косоглазия все виды работ проводятся внизу: на коленях, на столе – для сведения зрительных осей.

Косоглазие сходящееся – когда глаз отклонен к носу. При таком виде косоглазия все виды работ (где возможно) выносятся на подставку – для разведения зрительных осей.

Косоглазие вертикальное – косящий глаз отклоняется вверх или вниз.

Лечение содружественного косоглазия направлено на создание правильного положения глаз и восстановления нормального бинокулярного зрения и состоит из нескольких этапов:

а) плеоптическое лечение: окклюзия, пенализация, стимуляция пятна сетчатки светом, макулотестер, амблиотенер применяются для достижения высокой остроты зрения;

б) ортоптическое лечение проводят на различных аппаратах с целью развития бинокулярного зрения;

в) хирургическое лечение (при недостаточной эффективности плеоптического и ортоптического лечения);

Рекомендации

При расходящемся косоглазии все виды работ проводятся внизу: на коленях, на столе – для сведения зрительных осей.

При сходящемся косоглазии все виды работ (где возможно) выносятся на подставку, на вертикальную доску – для разведения зрительных осей.

Астигматизм

Ни один глаз не имеет совершенную форму шара, но глаз, который видит отлично, имеет гладкую круглую роговицу. Она сводит лучи света вместе так же, как лупа фокусирует луч солнечного света. **Астигматизм** возникает потому, что прямые мышцы глаза растягиваются неравномерно, заставляя роговицу искривляться неодинаково по всей поверхности. Это неравномерное искривление заставляет часть проникающих в глаз лучей света фокусироваться перед сетчаткой, а часть – позади нее. Следовательно, **астигматизм – это такое состояние рефракции. О степени астигматизма судят по разности клинической рефракции в двух главных меридианах. В глазу имеется два главных сечения, или меридиана: в одном из них преломляющая сила наибольшая, в другом – наименьшая. При этом возможно сочетание разных рефракций или различных степеней одной рефракции. Поэтому выделяют три вида астигматизма. Если в одном главном меридиане эмметропия (соразмерная рефракция), а в другом – миопия или гиперметропия, то такой астигматизм называется **простым миопическим** или **простым гиперметропическим**. Если же в двух главных меридианах имеется миопия или гиперметропия, но разных степеней, то такой астигматизм называется **сложным миопическим** или **сложным гиперметропическим**. А если в одном меридиане имеется миопия, а в другом – гиперметропия, то такой астигматизм называется **смешанным**.**

Расслабляя глаз, можно уменьшить **астигматизм**.

Рекомендации

Астигматизм понижает зрение, затрудняет работу на близком расстоянии, всегда сопровождается гиперметропией или миопией. При миопическом или гиперметропическом астигматизме используются упражнения, игры, предназначенные для лечения миопии и гиперметропии.

Миопический астигматизм	Гиперметропический астигматизм
Давать обычные игрушки, натуральные предметы более крупного размера, трафареты, контуры, игры на развитие осязания, ориентировки в пространстве, выкладывание на фланелеграфе, листе бумаги изображения.	Игрушки мелкого размера, мозаики, штриховки, обводки, привлечение к далеким, высокорасположенным объектам, игры на развитие цветовосприятия, осязания, обоняния, форморазличения, прослеживающей функции, игры с мячом, кеглями.

Анизометропия

Анизометропия представляет собой одно из нарушений рефракционной способности глаз, при котором разница между преломляющей силой двух глазных яблок превышает 2Д (диоптрии). Разница менее чем в 2Д как правило не замечается человеком и не приводит к расстройству бинокулярного зрения, то есть изображение предмета воспринимаемое двумя глазами формируется на сетчатке как одно целое.

Разница более чем в 2Д является серьезным нарушением зрения. Человек видит одним глазом, тогда как функция второго подавляется мозгом, в результате чего развивается амблиопия – слепота от бездействия.

Чаще всего **анизометропия** врожденная или наследственная, но может быть и следствием глазного заболевания, например, катаракты, или осложнение после операции на глазах.

Выделяют три вида **анизометропии**:

- осевая вызывается разной длиной оси двух глаз при одинаковой рефракции;
- рефракционная характеризуется одинаковой длиной оси двух глаз, но разной преломляющей способностью;
- смешанная, когда в одном глазу имеется миопия, а в другом гиперметропия.

Кроме того различают **анизометропию** с астигматизмом и без него.

Анизометропия нуждается в своевременном лечении. Отсутствие коррекции нарушенной рефракции двух глаз приводит к развитию косоглазия сходящегося или расходящегося.

Миопия

Миопия – это такое состояние, когда человек хорошо видит предметы, расположенные вблизи, плохо – удаленные от него. Лучи, идущие от предметов, соединяются впереди сетчатки. Развитию близорукости способствует ослабление глазных мышц, плохое освещение, длительная зрительная нагрузка на близком расстоянии. Для того, чтобы не было близорукости, надо изъять работу вблизи. Следует подальше располагать рассматриваемый объект, его можно держать на расстоянии вытянутой руки.

Важно – не щуриться. Глаз сжат мышцами и веками, в результате чего он начинает удлиняться на 1мм, так близорукость возрастает на 3 диоптрии. При близорукости показан щадящий режим.

Рекомендации

Для успешного лечения важно чередовать занятия с активным отдыхом. Дети быстро устают, перерыв на занятии делается через 10 минут. Помните – глаза отдыхают при зрении вдаль.

Заниматься при включенной настольной лампе с непрозрачным абажуром; люстра в комнате должна быть включена.

Противопоказана работа с мелкими предметами, деталями. Лучше использовать реальные предметы, объемные игрушки, игры, книги с четкими, крупными изображениями.

Рекомендуемые игры: конструкторы, трафареты, составление целого из частей, рассматривание через бинокль, обводки.

Регулярно заниматься физкультурой, закаливанием, самомассажем. Специальная гимнастика для глаз улучшает зрение, снимает спазм с хрусталика.

Питание должно быть полноценным. Рекомендуются молочные продукты, морковь, черника, клюква.

Ограничить просмотр телевизионных передач, работу на компьютере.

Гиперметропия

Это вид аномалии рефракции, при котором параллельные лучи, идущие от отдельных предметов, соединяются за сетчаткой. Это либо короткий глаз, либо глаз со слабой оптикой. Признаки проявления дальнозоркости: ухудшение остроты зрения вблизи, быстрая утомляемость, боли, связанные со зрительной работой. При гиперметропии ребенок хорошо видит вдаль, хуже вблизи. Необходимы собирательные линзы со знаком «+».

Вся лечебная работа начинается с подбора очков. В свободное время полезно рассматривать яркие предметы, игрушки, находя в этом удовольствие. Рассматривание должно быть без напряжения.

Рекомендации

Детям с дальнозоркостью даем большую нагрузку. После зрительной работы активный отдых. Игры, игрушки, пособия маленького размера. Можно давать и крупные. Это зависит от остроты зрения. Рекомендуем давать детям конструкторы, мозаики, трафареты, линейки-трафареты, штриховку, обводку, составление целого из частей, выкладывание на фланелеграфе, магнитной доске узоров, изображений, игры с мячом.

Слабовидение

К слабовидящим относятся дети, у которых острота зрения от 0,05 до 0,4 (на лучше видящим глазу с коррекцией очками). Нарушения зрения создают трудности восприятия, как вблизи, так на расстоянии. Дети плохо видят, плохо различают, поэтому акт рассматривания, зрительного обследования для них труден. Зрительный образ получается искаженным, неточным.

Рекомендации

Важно подбирать наглядный материал по цвету (оранжевый, желтый, красный, зеленый), форме, размеру (крупные, средние, мелкие). Надо учитывать фон, на котором демонстрируется материал. Он должен быть контрастным. Надо создать условия для правильного восприятия различных объектов.

Во время занятий по социально-бытовой ориентировке необходима поэтапность работы. Слабовидящему ребенку необходимо повторить действия с предметами, чтобы освоить их. Занятия проводить в игровой форме. Игры за столами не должны быть продолжительными. Дети быстро устают. А утомление – первый признак понижения остроты зрения. Через каждые 7-10 минут перерыв. После зрительной нагрузки необходим активный отдых. Следует включать упражнения по развитию ориентировки в пространстве, осязательному, обонятельному, слуховому восприятию. Положительно влияет на снижение утомляемости регулярная гимнастика для глаз, начиная с простых упражнений. Уменьшить время коррекционных игр, способствующих пристальному смотрению. Коррекционные упражнения должны упражнять зрение, слух, осязание, обоняние, развивать внимание, память, глазомер, мелкую моторику. Чтобы снять зрительное напряжение, разрешите ребёнку чаще смотреть в окно.

Физическая нагрузка для детей с нарушением зрения

Для успешного физического развития детей важное значение имеют условия, которые создаются с учетом состояния здоровья. Провести обследование детей с нарушением зрения с целью определения состояния физического развития и оптимального режима двигательной активности. Уделять большое внимание индивидуальному подходу, проводить лечебно-корректирующую гимнастику.

Музыкальное сопровождение вызывает у детей большой интерес и дает более ощутимый эффект. Для повышения двигательной активности применять тренажеры. Детям давать яркие атрибуты, ориентиры. Планируя физические упражнения, надо помнить о дозировке нагрузки. Физические перегрузки недопустимы. Упражнения показывать с близкого расстояния, повторять их несколько раз, двигаться вместе с детьми, развивать пространственную ориентировку. Упражнения можно делать лежа, стоя, сидя. Мышечную нагрузку хорошо снимает упражнение: стойка на одной ноге с сохранением равновесия. Рекомендуется лечебная физкультура для укрепления здоровья. Упражнения улучшают кровоснабжение организма, в том числе и сетчатки. В зависимости от диагноза нужно применять те или иные показания и противопоказания.

Рекомендации

Для всех диагнозов рекомендуется выполнять упражнения свободно, без напряжения, с низкой интенсивностью. Показаны ходьба, бег в равномерном темпе, игры с мячами, элементы самомассажа. Следует включать специальные упражнения для глаз, дыхательные упражнения, спортивные и подвижные игры без элементов соревнования. Для улучшения кровообращения хорошо делать приседания.

Противопоказаны: продолжительная ходьба, быстрый бег, бег на длинные дистанции, прыжки в длину, в высоту, прыжки-соскоки, кувырки, стойки на голове, наклоны головы вниз, футбол, хоккей, упражнения на верхних рейках гимнастической стенки, выполнение упражнений на тренажерах с высокой интенсивностью и напряжением, резкие повороты, игры с встречным бегом.

Нистагм

Нистагм (дрожание глаз) представляет собой произвольные колебательные движения глазных яблок.

Виды нистагма:

- Маятникообразный;
- Толчкообразный;
- Смешанный.

По направлению нистагм может быть горизонтальным, вертикальным, ротаторным и диагональным.

Приобретенный нистагм сопровождается нечеткостью зрительных восприятий, головокружением.

Все лечебные мероприятия по повышению остроты зрения и восстановлению тонуса мышц могут привести к уменьшению нистагма, но полностью его ликвидировать удается очень редко. При горизонтальном нистагме удастся добиться благоприятного исхода путем выполнения миопластических операций.

Рекомендации

Избегать нервных расстройств, т.к. усиливаются судороги глазных мышц. Соблюдать режим.

Для успешного лечения важно чередовать занятия с активным отдыхом. Работу лучше проводить на подставке. Следует давать яркие предметы. Наглядные пособия должны быть чёткими, конкретными, картинка без лишних деталей. Дети быстро устают, перерыв на занятии делается через 10 минут. Выполнять зрительную гимнастику для снятия напряжения, упражнения на фиксацию.

Развивать сохранные анализаторы, ориентировку в пространстве, логическое мышление, внимание, память.