

## Организация слухоречевой реабилитации обучающихся после кохлеарной имплантации

*Школьная Галина Владимировна,  
учитель-дефектолог,  
КОУ «Нижневартовская школа для обучающихся с ОВЗ № 1»,  
г. Нижневартовск, ХМАО-Югра*

**Аннотация:** Данная статья предназначена для учителей-дефектологов, работающих с кохлеарноимплантированными обучающимися.

Количество детей после кохлеарной имплантации, которым требуется обязательное реабилитационное сопровождение, ежегодно увеличивается. Дети с кохлеарным имплантом начинают слышать, но по уровню слухоречевого развития соответствуют глухим. Поэтому применение традиционных методик обучения глухих и слабослышащих (Кузьмичевой Е.П., Багровой И.В., Назаровой Е.П. и др.), доказавших свою эффективность на практике, не может быть перенесено в процесс реабилитации детей после кохлеарной имплантации. Это обусловлено тем, что ребенок с индивидуальными слуховыми аппаратами приобретает навыки на слухозрительной основе, а ребенок с речевым процессором - на слуховой, и развитие речи, таким образом, идёт на основе развитого слухового восприятия, а не параллельно. Поэтому перед педагогами нашей школы стоит задача - научить детей пользоваться слухом и речью для естественного развития коммуникации и взаимодействия с окружающими.

В статье раскрыты эффективные методы и приёмы, которые использует учитель-дефектолог в работе с обучающимися после операции кохлеарной имплантации.

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация (КИ), кохлеарноимплантированные (КИ) обучающиеся, индивидуальный слуховой аппарат (ИСА), развитие речевого слуха, развитие слухового восприятия, аудиовизуальный курс (АВК), верботональный метод (ВТМ).

*«Самая большая роскошь на земле -  
роскошь человеческого общения».  
Антуан де Сент-Экзюпери*

На современном этапе развития науки и техники кохлеарная имплантация (КИ) является одним из наиболее эффективных методов реабилитации глухих детей, которая позволяет абсолютно глухим людям слышать и понимать речь.

Но кохлеарная имплантация - это не только хирургическое вмешательство, это и длительный этап реабилитации, основные задачи которого состоят в подключении речевого процессора и педагогической работе, когда надо научить КИ детей воспринимать новые звуковые ощущения, понимать их значение и использовать этот опыт для развития речи в социуме.

Для организации обучения КИ детей должны соблюдаться *следующие условия*: ребенок должен постоянно находиться в речевой среде и получать систематическую коррекционную помощь.

Уникальность ситуации с этими детьми заключается в том, что их социально - психологический статус меняется в процессе постоперационной реабилитации трижды. До момента подключения речевого процессора ребенок может характеризоваться как глухой или слабослышащий с тяжелой степенью тугоухости. После подключения процессора он может ощущать звуки интенсивностью 30-40Дб, что соответствует 1 степени тугоухости. До тех пор, пока не завершится первоначальный этап реабилитации, он сохраняет этот особый (переходный) статус. Благополучное завершение первоначального этапа реабилитации означает, что ребенок с КИ встал на путь естественного развития коммуникации, и его статус вновь изменился - он начинает вести себя и взаимодействовать с окружающими как слышащий и демонстрировать естественное («слуховое») поведение в повседневной жизни.

Королева И.В. (главный специалист Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, профессор кафедры сурдопедагогики Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, доктор психологических наук) разработала концепцию о 4-х этапах слухоречевой реабилитации КИ детей:

- 1 этап - Начальный этап развития слухового и слухоречевого восприятия с КИ.
- 2 этап - Основной этап развития слухового и слухоречевого восприятия с КИ.
- 3 этап - Языковой этап развития восприятия речи и собственной речи.
- 4 этап - Период развития связной речи и понимания сложных текстов.

Цель каждого педагога - достичь более высокого уровня овладения родным языком. А это *4 этап реабилитации*, показателем которого является умение ребенка понять прочитанный сложный текст,

пересказать прочитанное, связно рассказать о различных событиях и явлениях, общаться с людьми с помощью речи.

Чтобы процесс реабилитации ребенка с КИ был успешным, одним из важных условий является участие родителей/законных представителей. Важно обучать ребёнка в естественных ежедневных ситуациях, поэтому вся семья становится первой необходимой речевой средой для ребенка, и вся коррекционная работа проводится в тесном сотрудничестве с ними. Родители активно работают над пополнением словарного запаса, привлекают внимание ребёнка к окружающим звукам, наблюдают за его поведением, контролируют правильность настройки кохлеарного импланта, информируют сурдопедагога о реакциях ребёнка на различные звуки. Сурдопедагог консультирует и обучает родителей специфическим методам и приемам. Также совершенствовать свою педагогическую культуру и приобретать новые знания о коррекционной работе родители могут, посещая «Университет для родителей», который уже много лет благополучно работает в нашей школе.

Большую роль после кохлеарной имплантации играет взаимодействие аудиолога (сурдолога) и сурдопедагога, т.к. от качественной настройки КИ зависит эффективность проводимой коррекционной работы. Для своевременной и точной настройки кохлеарного импланта составляются подробные характеристики развития слуха и речи имплантированных обучающихся, отмечаются как положительные стороны, так и проблемы в реабилитации.

Я провожу индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и формированию произношения с тремя обучающимися после кохлеарной имплантации. Охарактеризовать их можно следующим образом: все дети долигвальные, т.е. ранооглохшие, которые потеряли слух в период до овладения речью. Кохлеарная имплантация была проведена в школьном возрасте. Двое учащихся протезированы билатерально (в разный период), у одного - бимодальное протезирование.

До операции дети произносили отдельные слова, простые предложения с нарушениями звукобуквенного состава, повторяли сопряжённо, не понимая значения слов (коммуникация осуществлялась с привлечением тактильной и жестовой речи). Понимание речи окружающих также было затруднено из-за ограниченного словарного запаса, компоненты произносительной стороны речи были сформированы на уровне невнятной и маловнятной речи. С кохлеарными имплантами дети стали быстро набирать темпы восприятия и воспроизведения слов, фраз, осуществлять самоконтроль устной речи.

При развитии слухового восприятия с помощью речевого процессора у детей используются те же приемы и методы, как и при работе со слуховыми аппаратами, но результат при этом достигается намного быстрее. Развитие слухового восприятия идёт по следующим направлениям: обнаружение звука, локализация источника звука в пространстве, различение речевых и неречевых звуков, различение и опознавание различных характеристик звуков, различение и опознавание неречевых звуков окружающей среды, различение, опознавание и распознавание различных речевых сигналов (фонем, слов, фраз).

И.В. Королева отмечает, что чем быстрее у детей после кохлеарной имплантации развивается слуховое восприятие, тем более быстро и легко они овладеют устной речью.

Но быстрое развитие слухового восприятия резко контрастирует с более медленно развивающейся способностью детей формировать устойчивые связи между звуковым образом слова и обозначаемым им предметом\явлением (ребенок с кохлеарным имплантом может «слышать», но не понимать смысла воспринятых слов, их значения в определенном контексте). Для того, чтобы ребенок смог понимать речь, недостаточно научить его обнаруживать, различать, опознавать и распознавать речевые сигналы. Ребенок должен овладеть значением слов и накопить импрессивный словарь.

Одним из эффективных путей решения этой проблемы - это системное использование верботонального метода (ВТМ), а именно одной из его интегральных частей - аудиовизуального курса (АВК), который рекомендован в работе с детьми после кохлеарной имплантации. Весь курс АВК построен в форме диалога. Моделирование различных ситуаций помогает зрительно представлять себе партнёра по общению, и переносить имеющиеся знания, умения и навыки в процесс взаимодействия с другими людьми, что способствует более успешной интеграции детей в социум. А транспозиция (перенос) речевого материала в реальную жизнь и является основной целью АВК.

В настоящее время у всех обучающихся наблюдается положительная динамика. Дети находятся на 3-ем языковом этапе развития восприятия речи и собственной речи. Это самый длительный этап реабилитации, который может длиться до 10 лет. *Его показатели:* обучающиеся могут самостоятельно составить небольшой рассказ на заданную тему, рассказ по серии картинок, ответить, как краткими, так и полными предложениями на вопросы, выполнять задания репродуктивного и продуктивного характера (с помощью учителя и самостоятельно), вступать в устную коммуникацию как со сверстниками, так и со взрослыми, выразить собственные мысли в простых по форме устных высказываниях, вести короткий диалог в разных ситуациях общения и т.д.

Все дети воспринимают на слух фразы на расстоянии 6 метров, воспринимают шепотную речь, речевой материал в различных акустических условиях, различает на слух рифмованные фразы, умеют передавать своё эмоциональное состояние речевыми и неречевыми средствами (выражением лица, естественными жестами и т.п.) в рамках принятого речевого этикета, стараются осуществлять самоконтроль за произносительной стороной устной речи. Безусловно, впереди еще много работы, но главное, что дети слышат, понимают, говорят. И мы будем двигаться дальше. Цель каждого педагога - достичь более высокого уровня овладения родным языком, а это 4-й этап реабилитации.

Для учёта развития навыков восприятия и воспроизведения устной речи, а также планирования дальнейшей, целенаправленной коррекционной работы в начале и в конце учебного года проводится комплексное обследование КИ учащихся. Учитель-дефектолог тщательно изучает и анализирует анамнез ребенка, проводит мониторинг, затем *выбирает для имплантированного ребенка образовательный маршрут*. Основными видами диагностик являются: проверка произносительных навыков, внятности речи, оценка уровня развития речевого слуха, определение рабочего и резервного расстояния, восприятие программного материала по развитию слухового восприятия. Некоторые диагностики (обследование звукопроизношения и связной речи) проводятся совместно с *логопедом*, необходимость привлечения которого обусловлена рекомендациями ТПМПК для работы с кохлеарноимплантированными обучающимися. Протоколы, анализ достижения каждым обучающимся планируемых результатов обучения, причин неуспешности и др. отражаются в слухоречевых картах.

С каждым годом в нашем образовательном учреждении количество имплантированных детей увеличивается. В данное время в школе после кохлеарной имплантации обучается 24 ребенка.

Ситуация, сложившаяся в школе с увеличением количества КИ детей за последние 5 лет, создала необходимость изучения данной темы и написания «Программы педагогического сопровождения обучающихся школьного возраста после кохлеарной имплантации». В программе представлено содержание коррекционной работы с учетом уровня развития имплантированного ребенка в зависимости от этапа обучения, виды работ, планируемые результаты и мониторинг результативности.

В заключении хочется сказать, что, несмотря на все трудности, безусловно, качество жизни детей за счёт появившегося слуха с помощью КИ улучшается. И педагоги нашего образовательного учреждения прилагают все усилия для того, чтобы дети естественно интегрировались в речевую среду и социально адаптировались в обществе. А для большинства детей программой максимум, к реализации которой необходимо стремиться, является интеграция имплантированного ребёнка в общеобразовательную школу.

#### Список литературы:

1. Королева, И.В., Янн П. Дети с нарушениями слуха. Книга для родителей и педагогов./Санкт-Петербург, КАРО, 2011.
2. Королева, И.В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых./Санкт-Петербург, КАРО, 2013г.
3. Пудов, В.И., Кузовков, В.Е., Зонтова, О.В. Кохлеарная имплантация в вопросах и ответах./Санкт-Петербург, ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», 2009г.
4. Феклистова, С.Н. Методика коррекционно-развивающей работы при нарушении слуха./Минск: БГПУ, 2011г.