**Трифонова Э.П.**

**к.п.н., доцент кафедры**

**дефектологии и специальной психологии**

**КубГУ, г. Краснодар**

**Слухоречевая реабилитация детей раннего дошкольного возраста   
после кохлеарной имплантации**

Одним из наиболее перспективных направлений реабилитации людей и прежде всего детей с большими потерями слуха является кохлеарная имплантация (КИ). Как известно, при КИ производится операция, в процессе которой во внутреннее ухо пациента вводится система электродов, обеспечивающая восприятие звуковой информации посредством электрической стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва. Кохлеарная имплантация – это система мероприятий, включающая отбор пациентов, комплексное диагностическое обследование, хирургическую операцию и послеоперационную слухоречевую реабилитацию пациентов [3]. Наиболее актуальным направлением работы является слухоречевая реабилитация детей раннего возраста после операции по кохлеарной имплантации.

Большинство специалистов считает, что КИ у детей нужно проводить до 3 лет с пограничными потерями слуха (80-90 дБ), если использование индивидуального слухового аппарата у ребенка неэффективно. Для этого в течение полугода необходимо наблюдение за ним после подбора слухового аппарата.

Главным направлением послеоперационной слухоречевой реабилитации для всех детей является развитие восприятия звуковых сигналов с помощью импланта. Кохлеарный имплант обеспечивает возможность слышать, но восприятие звуков окружающей среды и понимание речи – это значительно более сложные процессы, которые включают также умение различать сигналы, узнавать изолированные слова и слова в слитной речи, понимать смысл высказываний, выделять сигналы из шума и др. Если ребенок был глухим до операции, то эти навыки у него или не сформированы, или развиты недостаточно. Поэтому реабилитационные занятия после КИ включают следующие ступени развития способности восприятия акустической информации: обнаружение наличия-отсутствия акустических сигналов; обнаружение различий между акустическими сигналами (одинаковые - разные); различение голоса человека и других неречевых бытовых сигналов; опознавание бытовых сигналов; определение различных характеристик звуков (интенсивность, длительность, высота и др.); различие и опознавание отдельных звуков речи, таких характеристик речи, как интонация и ритм, фонемных признаков (назализованность, твердость-мягкость, место артикуляции и др.); опознавание изолированных слов, предложений; понимание слитной речи; понимание речи и распознавание бытовых звуков в условиях помех [3]. У детей, потерявших слух до овладения речью, кроме того, проводятся занятия по развитию устной речи и языковых навыков.

Реабилитация раннеоглохших детей – это длительный и сложный процесс, который занимает 3-5 лет, при котором предполагается формирование речеязыковой системы.

Рассмотрим процесс слухоречевой реабилитации на примере Лизы К., патология слуха у которой была выявлена в возрасте 1,1 года. Девочка сразу же была бинаурально слухопротезирована; с 1,5 до 2 лет с ней занимался сурдопедагог отделения нейрореабилитации детской краевой клинической больницы г. Краснодара, но слуховые аппараты не дали желаемого результата. В 2 года Лизе была проведена операция по кохлеарной имплантации (на правое ухо). Через месяц после проведения операции был подключен процессор и возобновились занятия с сурдопедагогом. Регулярно проводились настройки процессора для достижения максимального уровня восприятия разговорной речи.

Работа с Лизой, как и со всеми долингвально оглохшими детьми, началась со слуховой тренировки. У этих детей достаточно быстро формируется реакция обнаружения наличия-отсутствия звукового сигнала. В то же время значительно больше времени требуется для появления умения различать два разных звука и локализовать источник звука в пространстве. Формирование этих реакций проводится параллельно с развитием у ребенка сначала непроизвольных, а затем произвольных вокализаций по механизму имитации. В последующем, речевое развитие ребенка соответствует всем естественным этапам развития речи у нормально слышащих детей – несоотнесенный лепет, звукокомплексы, соотнесенный лепет (лепетные слова), слова, слова-предложения, простые двусложные фразы. За год ношения КИ девочка показала положительную динамику в развитии слухового восприятия и устной речи. Появились первые слова, простые фразы.

В возрасте 2 года 11 мес. Лиза начала посещать консультативную группу кратковременного пребывания детского сада. Нами был собран психолого-педагогический анамнез девочки, проведена оценка пассивного и активного словаря по анкете-опроснику О.Е.Громовой «Первые слова» [1], заполненной мамой ребенка. Для проведения углубленного логопедического обследования был использован диагностический комплекс В.Н.Нищевой, дополненный блоком по развитию математических представлений. По результатам проведенного обследования было составлено логопедическое заключение: специфическое недоразвитие средств языка у ребенка с IV степенью тугоухости после кохлеарной имплантации. Была составлена индивидуальная программа развития Лизы, в которую включались коррекционно-развивающие подгрупповые занятия воспитателя и музыкального педагога и индивидуальные – психолога и логопеда. Этим детям необходимы не только занятия по развитию слуха и речи, а также музыкально-ритмические занятия в группе с нормально слышащими детьми и занятия с психологом по развитию невербального интеллекта и мелкой моторики, обязательно сопровождаемые речью.

Важно подчеркнуть, что реабилитация детей с кохлеарными имплантами – это работа целой команды специалистов, включающей аудиолога, сурдопедагога, логопеда, дефектолога, музыкального педагога, психолога, психоневролога. Участие последнего необходимо для значительной части детей с кохлеарными имплантами, поскольку у них нередко наблюдаются сопутствующие нарушения нервной системы вследствие перинатальной патологии, менингита. Эти нарушения обусловливают дополнительные речевые расстройства (дизартрия, первичная задержка психомоторного развития), требующие соответствующего лечения.

С учетом имеющихся у Лизы речевых возможностей и с учетом зоны ближайшего развития были определены задачи по основным направлениям речевого развития на учебный год и составлен перспективный план индивидуальной логопедической работы с ребенком.

Коррекционно-развивающая работа строилась по лексическим темам («Части тела», «Игрушки», «Одежда» и др.). На освоение каждой темы отводилось четыре учебные недели. Это обеспечило многократное повторение речевого материала, что является обязательным условием для его успешного усвоения. Продолжительность индивидуального занятия составляла 15 минут. На каждом занятии проводилась артикуляционная гимнастика, упражнения для развития дыхательной функции и мелкой моторики, игры и упражнения для развития лексического и грамматического строя речи, развитию слухового восприятия и фонематического слуха, слуховой памяти. Так как ведущей деятельностью в младшем дошкольном возрасте является игровая, то отличительной чертой реабилитационных занятий с ребенком было применение игровых приемов, проведение инсценировок несложных сюжетов с использованием игрушек. Кроме игровых приемов использовали разнообразные виды деятельности: комментирование действий, показ и рассматривание предмета, выполнение действий с предметом, просьбы, поручения, вопросы-ответы с привлечением наглядного материала [2].

В конце учебного года было проведено повторное обследование речевого развития ребенка с КИ. Для обследования применялся тот же комплекс заданий, что и в начале года. Анализируя полученные данные, можно сделать выводы о том, что в результате систематической логопедической работы значительно расширился активный словарь. В первую очередь это отслеживается в таких лексических группах, как слова-действия, слова-определения, наречия. Ребенок начал употреблять местоимения и вопросительные слова, стал больше использовать в речи предлоги и слова о количестве предметов. Отмечена положительная динамика речевого развития Лизы. Сформировались первые навыки коммуникативного поведения, девочка вступает в контакт со взрослыми – педагогами и воспитателем, в большинстве случаев подчиняет свою деятельность инструкции, что делает возможным проведение целенаправленных коррекционно-развивающих занятий. Активная речь начинает носить инициативный характер, девочка использует речь для обращений и просьб. Уровень понимания обращенной речи значительно повысился. Лиза начала устанавливать причинно-следственные отношения через обращение к памяти и личному опыту. Понимает короткие сказки и рассказы со зрительной опорой. Понимает вопросы косвенных падежей. Значительно расширился активный словарь, девочка начала использовать личные местоимения, простые предлоги, вопросительные слова. Положительная динамика отмечается в развитии артикуляторной и ручной моторики. Учитывая положительную динамику в речевом развитии девочки, а также учитывая факт, что слуховой возраст (время после подключения процессора импланта) Лизы составляет 1 год 8 месяцев, можно строить благоприятные прогнозы в отношении ее дальнейшего речевого развития. При этом в условиях логопедического сопровождения ребенка с КИ в консультативной группе детского сада реализуется интеграция ребенка с нарушенным слухом в слышащую и говорящую среду, что в конечном счете и является главной задачей кохлеарной имплантации. Следовательно, осуществляется всестороннее развитие ребенка через участие в коррекционно-развивающей и воспитательной работе различных специалистов: логопеда, сурдопедагога, психолога, воспитателя, музыкального педагога; реализуется индивидуальный подход при проведении логопедической работы.

Таким образом, кохлеарная имплантация является эффективным средством реабилитации детей с нарушенной слуховой функцией. Наиболее перспективным является проведение кохлеарной имплантации у детей младшего дошкольного возраста для их последующей социальной реабилитации в обществе слышащих.

Литература:

1. Громова О.Е., Соломатина Г.Н. Логопедическое обследование детей 2-4 лет. М., 2004.

2. Дидактические игры для дошкольников с нарушениями слуха / Под ред. Л.А.Головчиц. М., 2003.

3. Ланцов А.А., Королева И.В., Пудов В.И. Реабилитация и оценка слухоречевого развития детей с кохлеарными имплантами. Вестник оториноларингологии, № 3-2000. С.6-12.