**Работа логопеда с детьми после кохлеарной имплантации в школе для детей с нарушением слуха**

Тулеушова Гулсим Сагидоллиевна, логопед

*Казахстан, КГУ «Областная специальная школа-интернат – комплекс для детей с нарушением слуха и речи» г. Уральск*

В статье раскрываются особенности работы логопеда с детьми после кохлеарной имплантации в условиях специальной школы. Автор статьи описывает методику работы логопеда с учащимися после кохлеарной имплантации, подчёркивает необходимость комплексной согласованной работы логопеда и сурдопедагога в процессе реабилитации.

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация, логопедическая работа, речевое развитие, анализ речевой информации, слухоречевая реабилитация.

**Work speech therapist with children after cochlear implantation in school for children with hearing impairment**

**Annotation:** the article reveals the features of the work of a speech therapist with children after cochlear implantation in a special school. The author describes the method of work of a speech therapist with children after cochlear implantation, emphasizes the need for a comprehensive coordinated work of a speech therapist and the teacher of the deaf children in the process of rehabilitation.

**Key words:** cochlear implantation, speech therapy, speech development, speech information analysis, aural rehabilitation.

Речь является средством общения людей и формой человеческого мышления. Речь не является врождённой способностью человека, она формируется постепенно, вместе с развитием ребёнка. Для нормального становления речи ребёнка необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определённой зрелости, а органы чувств - слух, зрение, обоняние, осязание - были достаточно развиты. Особенно важно для формирования речи развитие речедвигательного и речеслухового центров головного мозга.

 Детей с кохлеарным имплантом обучают речи на основе развивающегося слухового восприятия («слуховой метод», разработанный в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла и носа (Королёва, 2008). Главная цель кохлеарной имплантации – научить ребёнка слышать и понимать устную речь, использовать её для общения.

В школе для детей с нарушением слуха реабилитацию проходят учащиеся, проимплантированные после трёх лет, которые имеют ограниченные возможности в развитии понимания речи и собственной речи, которые имеют дополнительные расстройства моторики, внимания, интеллекта. У них не сформированы слуховые механизмы анализа речевой информации, поэтому процесс реабилитации таких учащихся длительный и сложный.

 Логопедическая работа строится с учётом уровня слухоречевого развития, индивидуальных особенностей ребёнка. Важно, чтобы логопед, работающий с детьми с кохлеарным имплантом, имел опыт работы с детьми, имеющими нарушенный слух. В начале и в конце учебного года проводится логопедическое обследование учащихся с кохлеарным имплантом.

Обследование проводится в индивидуальной форме и выявляет:

* адекватность настройки кохлеарного импланта;
* возможности слухового восприятия слабослышащих учащихся;
* уровень произносительных навыков (профиль), развития развитие речи и мышления;
* навыков коммуникации и межличностного взаимодействия.

**Из логопедической характеристики:**

**Ш.И.,** 5 лет. Диагноз по заключению ПМПК: Двухсторонная нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после КИ (2017г). РОС ЦНС, задержка психического развития. Анатомическое строение артикуляционного аппарата: губы и зубы в норме, прикус физиологический, строение челюсти в норме, подъязычная уздечка в норме, маленький язычок отклоняется в сторону, нёбо естественной высоты, артикуляционные упражнения выполняет по образцу учителя. Состояние мимической мускулатуры в норме. Нарушение силы голоса, тембра (неровный, слабый). Дыхание слабое, прерывистое. Темп и ритм речи в пределах нормы. Характеристика устной речи: призвуки, замены; собственная речь представлена вокализациями, короткими словами. Читать не умеет. Не сопоставляет картинки-таблички. Словарный запас резко ограничен. Внимание неустойчивое; память слабая. Основное направление работы - коррекция звукопроизношения; уточнение и расширение лексического запаса; обучение чтению.

**Н.С.,** 6 лет. Диагноз по заключению ПМПК: Двухсторонная нейросенсорная тугоухость 4степени. Состояние после КИ справа (2016г). Анатомическое строение артикуляционного аппарата: губы и зубы в норме, прикус физиологический, строение челюсти в норме, подъязычная уздечка в норме, маленький язычок отклоняется в сторону, нёбо естественной высоты. Состояние мимической мускулатуры в норме. Состояние артикуляционной моторики: без нарушений, тонус, переключаемость хорошая. Условно-двигательная реация на звуки устойчивая. Характеристика устной речи: имеются призвуки, замены, смешение звуков. Дыхание слабое, прерывистое. Голос слабый, с назальным оттенком. Звуки произносит по образцу педагога отражённо, нечётко. Словарный запас ограничен. Читать не умеет. Не сопоставляет картинки-таблички. Внимание неустойчивое, память слабая.Основное направление работы - формирование и коррекция звукопроизношения; работа по развитию словаря, обучение чтению.

**К.М.,** 6,5 лет. Диагноз по заключению ПМПК: Двухсторонная нейросенсорная тугоухость 4 степени. Нарушение речи, обусловленное снижением слуха. Состояние после КИ справа (2018г). Анатомическое строение артикуляционного аппарата: губы и зубы в норме, прикус физиологический, строение челюсти в норме, подъязычная уздечка в норме, маленький язычок отклоняется в сторону, нёбо естественной высоты, артикуляционные упражнения выполняет по образцу учителя. Состояние мимической мускулатуры в норме. Состояние артикуляционной моторики: артикуляция нечёткая, нарушение мышечного тонуса; упражнения для губ, языка выполняет нечётко, нуждается в помощи.
Условно-двигательная реация на звуки неустойчивая. Характеристика устной речи: призвуки, замены; собственная речь представлена отдельными вокализациями. Дыхание слабое, короткое. Голос глухой, с назальным оттенком. Читает по буквам, слогам (посещал группу детского сада при школе). Не сопоставляет картинки-таблички. Словарный запас резко ограничен. Внимание неустойчивое, память слабая.Основное направление работы - коррекция звукопроизношения; работа по развитию словаря; развитие понимания речи на слух.

**К.С.,** 8 лет. Диагноз по заключению ПМПК: Двухсторонная нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после КИ (2013г.) Нарушения речи, обусловленное снижением слуха. Косоглазие альтернирующиее обоих глаз. Гиперметропия с астигматизмом обоих глаз. Неполное удвоение обеих точек. ЗПР. Анатомическое строение артикуляционного аппарата: губы и зубы в норме, прикус физиологический, строение челюсти в норме, подъязычная уздечка в норме, маленький язычок отклоняется в сторону, нёбо естественной высоты, артикуляционные упражнения выполняет по образцу учителя. Состояние мимической мускулатуры в норме. Характеристика устной речи. Дыхание свободное. Нарушение силы голоса, тембра (неровный, крикливый). Имеются недостатки произношения, замены, смешение звуков. Темп и ритм речи в пределах нормы. Словарный запас недостаточный. Внимание неустойчивое, память слабая, кратковременная. Фонематическое восприятие: фонематический синтез на стадии формирования, правильно воспроизводит слова из последовательно названных звуков, различает на слух согласные-гласные, звонкие-глухие фонемы, слоги, слова. Составляет предложения из слов по образцу, по картинкам. Вступает в диалог. Самостоятельная словесная речь маловнятная, представлена отдельными словами, короткими фразами (аграмматизмы). Основное направление работы -коррекция звукопроизношения; уточнение и расширение лексического запаса; развитие понимания речи; формирование грамматического строя речи.

На основе анализа результатов диагностики разрабатывается планирование коррекционной работы. В работе мы опираемся на методику слухоречевой реабилитации учащихся после кохлеарной имплантации, разработанную в С.-П.НИИ профессором Королёвой И.В., Зонтовой О.В., а также на методику обучения слабослышащих языку, разработанную P.M. Боскис, И.Г. Багровой, А.Г. Зикеевым, К.В. Комаровым, К.Г. Коровиным.

При работе по коррекции звукопроизношения на начальном этапе использования кохлеарного импланта особое внимание уделяется развитию подвижности органов артикуляции и выработке правильного речевого дыхания:

1. Формирование правильного речевого дыхания (формирование экономного длительного выдоха). Для этого можно надувать мыльные пузыри, дуть в дудку, сдувать вату с ладошки.
2. Артикуляционный массаж. Он необходим детям, у которых органы артикуляции недостаточно подвижны и имеют слабый тонус мышц.
3. Артикуляционная гимнастика. Необходимо развивать подвижность органов артикуляции ребёнка совместно с голосовыми реакциями.

Данные направления коррекционной работы создают физиологическую основу для будущей речи, подготавливают почву для дальнейшей работы по постановке звуков.

На следующих этапах обучения проводится работа по закреплению и автоматизации произносительных навыков на различном речевом материале (на материале слогов, слов, словосочетаний, фраз, текстов) и в самостоятельной речи. В большинстве случаев дети раннего возраста до кохлеарной имплантации не владеют собственной речью, у них могут присутствовать лишь голосовые вокализации. Их можно использовать для вызывания у ребёнка голосовых реакций, развивая у него умение произносить сначала одиночные слоги, затем последовательность слогов.

Активизация речи детей, или вызывание речевого подражания, должна быть тесно связана с практической деятельностью детей, с игрой, с наглядной деятельностью ребёнка. Занимаясь с ребёнком, логопеду необходимо использовать большой объём картинок, предметов (игрушек), всевозможные лото, альбомы, пособия для развития слуха и речи, компьютерные программы. Логопед проводит работу по развитию фонематического слуха, начиная с неречевых звуков (учит ребенка узнавать и произносить звуки животных, окружающего мира, голоса близких людей). Одновременно проводится работа по накоплению словарного запаса.

Родным языком имлантированных детей является устная речь. Но при развитии языковой способности мы опираемся на те навыки, которые уже сформированы у ребёнка – чтение, чтение с губ, слухо-зрительное восприятие речи, так как слуховые возможности раноглохших ограничены. Все задания предъявляются сначала слухо-зрительно, а затем на слух. Во время выполнения грамматических упражнений слова и фразы предъявляются ребёнку на слух с опорой на наглядную письменную форму. Этот подход широко используется в сурдопедагогике и логопедии при развитии грамматической системы языка у детей с нарушением слуха. У ранооглохших учащихся с кохлеарным имплантом большую роль в развитии языковой системы играет чтение; зрительный анализатор у них развит лучше, чем слуховой, даже после длительного применения кохлеарного импланта. Поэтому такие дети лучше запоминают новые слова (фразы), если они их не только слышат, но и видят (читают). Дети лучше понимают и усваивают грамматические правила, если их слышат и могут увидеть в написанной форме. Поэтому опора на чтение при накоплении словаря и развитии грамматического строя речи детей после КИ очень эффективна. Речевой материал усложняется с учётом возраста, индивидуальных особенностей учащихся и этапа обучения. В течение занятия необходимо корректировать звукопроизношение детей и исправлять ошибки, помогать им в случае затруднения.

 В школе для детей с нарушением слуха реабилитация детейпосле кохлеарной имплантации осуществляется логопедом и сурдопедагогом совместно. Совместная работа сурдопедагога и логопеда при реабилитации детей с кохлеарным имплантом необходима, потому что большинство детей с нарушениями слуха имеют речевые расстройства, как самостоятельные нарушения – либо как первичные (в результате поражения соответствующих центров мозга), либо как вторичные, вследствие нарушения развития двигательных речевых центров из-за глухоты в раннем возрасте. Поэтому логопедические методы очень помогают при работе с детьми с нарушениями слуха. Особое внимание мы уделяем развитию взаимосвязи между слуховыми представлениями и возникшей спонтанной речевой активности детей. Сурдопедагог постоянно побуждает детей к устному проговариванию речевого материала, который они учатся слушать, стимулирует произнесение звуков и слов во время своего занятия. Логопед же при коррекции произносительных навыков, при работе со словарём обязательно опирается на приобретённые слуховые возможности учащихся, требует от ребёнка прислушивания к своей речи и произносимым звукам, словам. Сурдопедагог и логопед совместно планируют и отрабатывают на занятиях лексические, грамматические темы, обеспечивая, таким образом, наиболее полное усвоение материала ребёнком.

 Таким образом, логопедическая работа с учащимися школьного возраста, имплантированными после трёх лет, направлена на то, чтобы помочь ребенку пройти все этапы речевого развития, которые он не смог пройти из-за стойкого снижения слуха. Эта работа проводится в течение всего обучения на материале изолированных звуков, слов, фраз разговорно-обиходного характера и связных текстов. Также систематически проводятся консультации для родителей по результатам динамики развития навыков обучающихся.

 Только при условии совместной согласованной работы специалистов и родителей, проведения систематических реабилитационных занятий, учащиеся после кохлеарной имплантации могут овладевать звуковой словесной речью как средством общения и мышления.

**Литература**

1. Королева И.В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. СПб: С.-Пб. НИИ уха, горла, носа и речи, 2008. -286с.
2. Зонтова О.В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации / О.В. Зонтова. – СПб: СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2008. – 78 с.
3. Королевская Т.К., Пфафенродт А.Н. Развитие слухового восприятия слабослышащих детей. М.: ЭНАС,2004. –85с.
4. Книга для учителя школы слабослышащих: Обучение рус. яз., чтению, произношению / К.Г. Коровин, И.М. Гилевич, Н.Ю. Донская и др.; Под ред. К.Г. Коровина. - М.: Просвещение, 1995. – 160с.