**КГУ «Костанайский специальный комплекс «Детский сад- школа – интернат» для детей с особыми образовательными потребностями» Управления образования акимата Костанайской области.**

**Доклад**

**Пермякова Марина Петровна. Воспитатель дошкольного отделения.**

**«Педагогическая реабилитация детей после кохлеарной имплантации»**

На современном этапе развития науки и техники кохлеарная имплантация является одним из наиболее эффективных методов реабилитации глухих детей, которая позволяет абсолютно глухим людям слышать и понимать речь. В отличие от обычных слуховых аппаратов, которые просто усиливают звук, кохлеарная имплантация обходит неработающие части уха и доставляет сигнал непосредственно к слуховому нерву.

Принципиально важно понимать, что кохлеарная имплантация - это не только хирургическая операция, а комплексный метод реабилитации детей и взрослых с глухотой и выраженной степенью тугоухости, осуществляемый командой специалистов, включающей аудиологов, отохирургов, сурдопедагогов, психологов, инженеров, физиологов и др. И еще, кохлеарная имплантация - это не разовая акция, а комплексный, многоэтапный метод реабилитации, включающий диагностический этап, цель которого - отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию, хирургический этап и этап реабилитационный.

Специалисты говорят:

« И не верьте тем, кто говорит, что через два месяца после операции ребенок с врожденной глухотой будет говорить как его слышащие сверстники. Кто- то через год - полтора начинает говорить кроткими фразами, а для кого-то и единственное слово «мама» через полгода - достижение.Все индивидуально!

Реабилитация может быть эффективной только при соблюдении всех необходимых для этого условий.

1.Прежде всего, это замещение функции поврежденной улитки. Однако следует помнить, что кохлеарная имплантация при этом не компенсирует функцию слуховой коры, а может лишь обеспечить доставку акустической информации к мозгу. При благоприятных условиях (правильном отборе кандидатов, качественно проведенном хирургическом этапе, наличии мотиваций у родителей и самих пациентов (взрослых) и их родственников, качественной сурдопедагогической реабилитации и др.) эта информация обеспечивает ребенку с врожденной глухотой возможность воспринимать чужую речь и эффективно развивать собственную. Кроме того, она обеспечивает возможность мозгу пациентов с глухотой, наступившей после развития речи (постлингвальной глухотой) вновь получать высококачественную акустическую информацию, необходимую для достижения полноценной коммуникации посредством речевого общения, а, следовательно, и вновь интегрироваться в речевой мир.

2.Успех имплантации зависит от сохранности функции слуховой коры, способной обеспечивать центральную обработку информации, поставляемой комплексом «кохлеарный имплант/слуховой нерв». При этом следует учитывать способность мозга к обработке информации и к обучению, а также фактор времени.

Фактор времени предполагает снижение пластичности центральных отделов слуховой системы с возрастом и является основным при кохлеарной имплантации у детей с врожденной глухотой. Это определяется наличием так называемого «критического временного окна», до завершения которого достижение нормального речевого общения посредством развития языка должно быть возобновлено через восстановленную слуховую функцию (так называемый, слуховой вход). Кроме того, имеется также и критическое временное окно для развития возможностей бинауральнои обработки сигналов (что важно для бинаурального слухопротезирования и бинауральнои кохлеарной имплантации).

**Соответственно, при врожденной тотальной глухоте оптимальный результат может быть достигнут при максимально раннем выявлении, диагностике и начале слуховой реабилитации (возраст до двух лет). При глухоте, наступившей после развития речи, следует стремиться к максимальному сокращению «периода глухоты». Иными словами, чем раньше после наступления глухоты будет сделана кохлеарная имплантация, тем эффективнее будет результат! Оба эти условия являются основой для успеха кохлеарной имплантации.**

Отбору кандидатов на кохлеарную имплантацию должно уделяться особое внимание. Если операция делается пациенту, у которого она заведомо будет не эффективной, это сопровождается как крушением надежд родителей и самого пациента, так и дискредитацией метода.»

Но, сама по себе кохлеарная имплантация не позволяет глухим детям сразу же после подключения речевого процессора различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях. Поэтому, после проведения первой настройки процессора ребенок нуждается в педагогической помощи по развитию слухового восприятия и развитию речи. В связи с чем, главная цель реабилитации детей с кохлеарным имплантом - **научить ребенка воспринимать, различать, опознавать и распознавать окружающие звуки, понимать их значение и использовать этот опыт для развития речи.** Для этого послеоперационная реабилитация детей включает следующие компоненты:

1.Настройка речевого процессора кохлеарного импланта.  
2.Развитие слухового восприятия и речи.

1. Общее развитие ребенка (невербальный интеллект, моторика, память, внимание  
   и т.д.).
2. Психологическая помощь ребенку и его близким.

При реабилитации ребенка с КИ необходимо осознавать, что КИ будет приносить максимальную пользу для ребенка только в том случае, если:

- **КИ хорошо работает и ребенок постоянно его носит;**

**-КИ правильно настроен.**

**-созданы хорошие условия для восприятия звуков, поскольку дети с КИ испытывают трудности при обучении в шумных помещениях.**

**-есть возможность слушать разные неречевые и речевые звуки.**

**-созданы условия для развития соответствующих коммуникативных навыков в различных ситуациях общения (взрослый-ребенок, ребенок - ребенок, взрослый - дети).**

**-у ребенка появляется положительный опыт в развитии навыков слушать и общаться.**

**-в процесс реабилитации вовлечены все люди, заботящиеся о ребенке(родители, братья, сестры, бабушки, дедушки, сверстники, учителя).**

Эти принципы, также как и методика работы похожи на те, которые применяются для тугоухих детей со СА. Однако, есть некоторые различия в использовании СА и КИ. Они следующие:

1. Процесс настройки КИ очень сложен, и при работе с маленькими детьми  
   аудиолог не может полагаться на ответ ребенка. Настройка КИ основана на  
   тесном взаимодействии между аудиологом, педагогом и семьей, с тем, чтобы  
   любые изменения в восприятии звуков ребенком могли быть использованы  
   аудиологом для эффективной настройки КИ.
2. Контроль работоспособности процессора КИ более труден по сравнению с  
   СА: педагог или родитель не могут «прослушать» прибор и проверить  
   качество сигнала. Поэтому необходимо тщательно наблюдать за слуховыми  
   реакциями ребенка, чтобы сразу выявить любые изменения в работе КИ.
3. Длительный период слуховой депривации, как правило, означает, что  
   уровень языкового развития ребенка значительно ниже его хронологического  
   возраста, и выбор заданий, интересных для него, может быть более  
   трудным.
4. Длительный период отсутствия слуха обусловливает необходимость  
   быстрее использовать восстановленный слух для коммуникативного и  
   языкового развития ребенка. При организации работы с ребенком надо  
   помнить, что слух у него внезапно восстановлен после длительного периода  
   его отсутствия. Вероятно, до имплантации общение с ребенком  
   преимущественно основывалось на зрении, теперь для этого должен  
   использоваться и слух, что требует изменения в поведении всех близких.

5. КИ позволяет слышать высокочастотные звуки, что несвойственно для СА.

**Главные принципы общения и работы с детьми после имплантации:**

1. **Главная ориентация для педагогов, воспитателей, родителей:  
   перед вами слышащий (имплантированный) ребенок, но пока еще  
   не умеющий говорить.**
2. **Общение с ребенком происходит естественным путем, без  
   применения экрана.**
3. **Общение с ребенком, даже на специальных занятиях,  
   практически всегда носит форму совместной игры.**
4. **Ознакомление с окружающим миром происходит как на  
   специальных занятиях, так и вне их.**
5. **Игровые и речевые задания усложняются с целью активизации  
   мыслительных возможностей ребенка и определения для них  
   зоны ближайшего развития.**
6. **Затруднения ребенка при выполнении заданий преодолеваются  
   включением в его деятельность и соучастием в ней взрослого.**
7. **Речевой материал предлагается ребенку со значительным  
   опережением его произносительных возможностей.**
8. **Речевые единицы не заучиваются, а многократно используются  
   в различных игровых и бытовых ситуациях.**
9. Взрослый из семьи присутствует на занятиях специалиста с ребенком и  
   по возможности активно в них участвует с целью овладения методикой  
   реабилитационной работы.
10. **Деятельность и поведение ребенка регулируется (поощряется  
    или пресекается) речевыми реакциями с соответствующей  
    интонацией и адекватными действиями взрослого.**
11. В реабилитационной работе предусматривается проведение  
    специальных упражнений (с автоматизацией реакций) с целью  
    осуществления последующей адекватной настройки речевого процессора.
12. Взрослый, работающий с ребенком и имеющий с ним хороший  
    эмоциональный контакт, обязательно участвует в периодических  
    настройках речевого процессора,
13. Специалист проводит первичное и периодическое тестирование (по  
    графику) с целью обнаружения положительной динамики и определения  
    уровня и темпа слухоречевого развития ребенка.
14. Результаты тестирования обсуждаются с целью найти слабые стороны  
    в общем и слухоречевом развитии ребенка и наметить перспективы  
    дальнейшей работы по их преодолению.

В нашей школе уже шесть имплантированных детей, трое в школе и трое в дошкольном отделении.. В прошлом году одна ученица с КИ была переведена в речевой класс массовой школы. Педагогическое обследование детей после КИ показало, что несмотря на разные сроки проведения операции, у них резко ограничен уровень развития речи, не сформирована произносительная сторона речи, крайне ограничен уровень предметного словаря, практически отсутствовал глагольный словарь.

С этими детьми проводится индивидуальная коррекционная работа, которая решает следующие задачи: развитие способности эффективно пользоваться слухом в процессе речевого общения и восприятия слуховых образов /слов, словосочетаний, фраз/, помогая воспринимать звучащую речь в естественных ситуациях общения;

формирование произносительных навыков, ритмико-интонационной стороны речи, практической ориентации в звучащем мире.

В школе-интернате создана творческая группа учителей, работающая с детьми после КИ. Трое педагогов прошли специальную подготовку в Центре САТР по работе с детьми после КИ. Пять учителей-дефектологов стали участниками семинаров, посвящённых этому вопросу. Понимая необходимость создания специальных условий для обучения этой категории детей, для проведения индивидуальных занятий была разработана программа на основной реабилитационный период(18 месяцев после операции) на основе рекомендаций профессора НИИ уха, горла, носа г. Санкт –Петербурга И.В.Королёвой. Данная программа находиться в стадии апробации. Для детей кандидатов на КИ составлена Программа индивидуальной коррекционно-педагогической помощи ребёнку перед КИ. Она разработана на подготовительный двухмесячный период.

Индивидуальные занятия проводятся в рамках учебного плана по РСВ и ФП. Дополнительно занимается учитель - дефектолог слухового кабинета.

При работе с этими детьми обнаружились следующие трудности:

1. Низкий уровень развития памяти, внимание неустойчивое.
2. Низкий уровень развития словаря.
3. Резко ограниченный уровень развития речи.

Мы понимаем, что процесс спонтанного развития слуховой функции у этих детей, будет осуществляться со значительным отставанием. Причины недостаточно высоких успехов в слухоречевой реабилитации этих детей, прежде всего, в том, что имплантация была проведена в позднем возрасте. У многих детей был не развит остаточный слух и речь в силу позднего начала обучения, отсутствовал опыта ношения СА. Участие большинства родителей в реабилитационном процессе минимальное, что не позволяет интенсивно работать с ребенком в течение суток.

Определенные успехи в слухоречевой реабилитации есть - у ребят отмечаются некоторые положительные изменения в развитии произносительной стороны речи, голос приобретает более естественную окраску, расширяется диапазон узнаваемых звуков, постепенно накапливается предметный словарь, глагольный словарь, отмечается положительная динамика в развитии слуховых восприятий, речь становится более эмоционально окрашенной.

Потенциальные возможности детей с КИ дошкольного возраста значительно выше, что позволяет получить более высокие результаты по различению неречевых и речевых звучаний, опознаванию на слух, формированию произносительных навыков. В процессе слуховых тренировок увеличивается расстояние , на котором ребёнок воспринимает на слух, при этом тренируется слуховое внимание, слуховая память, развивается функциональный и фонематический слух. Слуховые тренировки должны быть увлекательны и интересны для ребёнка, иметь эмоциональную окраску, и обязательно включать игровые элементы. Учителями дефектологами используются следующие упражнения:

**Для развития слухового внимания:** «Дарим солнышку лучики»(работа над длительностью звучания), «Снежки»(умение обнаруживать звук),»Буквенный дождь»(на различение звуков речи), «Три медведя»(различение высоты звука).

**Для развития слуховой памяти:** «Зоопарк»(различение звукоподражаний и полных слов), «Слоговые дорожки»(различение слогов), «Вспоминай-ка»(запоминание и отсроченное воспроизведение в речи новых слов ):

**Для развития фонематического слуха:** «Повторялки» (воспроизведение фонем ), «Цветовая карусель»(определение цветом наличие фонемы по заданию), «Пойми меня»(дифференцировка близких по звучанию слов).

В процессе специальных занятий дети умеют обнаруживать звук, находить источник звука, дифференцировать звуки, различать характеристики звучаний, различать и распознавать на слух речевые единицы(звукоподражания, слова, словосочетания).