

Менше відволікається на шум	Здатен імітувати тон голосу, висоту	Багато жестикулює
Запам'ятовує те, що бачив	Запам'ятовує те, що обговорював	Пам'ятає загальне враження
Відчуває невпевненість, коли бачить складні малюнки, яких раніш не бачив	Балакучий! Любить дискусії, розповідає всю послідовність	Тактовний, використовує слова, активні рухи
Під час розмови підборіддя вгору, голос високий	Уважен до інтонації голосу	Підборіддя униз, голос низький
Жвава образна фантазія	Чує звуки, голоси	Сильна інтуїція, слабкий у деталях

**Висновки.** Встановлені зв'язки між сформованістю просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою дизартрією і ведучим каналом сенсорної модальності, що дає можливість планування корекційної роботи в залежності від ведучої репрезентативної системи дитини.

За висновками дослідників-лінгвістів [5;6;8] старший дошкільний вік є тим сензитивним періодом, коли провідним у діяльності дитини є візуальні спостереження, що показали результати обстеження дітей з нормальним мовленнєвим розвитком. На другому місці знаходиться слуховий контроль дитини. Це пояснює бажання слухати казки.

Цікавим є той факт, що під час обстеження у дітей зі стертими формами дизартрії саме кінестетичні сприймання, контакт з дорослими через торкання, погладжування наочних посібників, які підібрані адекватно внутрішньому світу дитини були найбільш доступні для дітей означеної мовленнєвої патології. Зниження пропріоцептивної та кінестетичної чутливості дітей зі стертими формами дизартрії з одного боку і бажання, можливість виконання завдання через підсилення чуттєвих неспецифічних засобів з іншого підтверджує наше передбачення про першочергову необхідність формування просодичного компонента мовлення, який саме відноситься до невербальних засобів спілкування [4].

Дослідження за обліком ведучого сенсорного каналу забезпечить диференційований підхід під час відбору методів та прийомів лого-корекційної роботи з дітьми зі стертою дизартрією.

**Перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження.** Пріоритетними напрямами подальших досліджень вважаємо розробку відповідних корекційних програм для дітей дошкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення за обліком ведучих каналів сенсорно-перцептивної модальності.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е. Ф. Архипова. - М. : АСТ Астрель, 2006. - 319 с.
2. Аспекти полисенсорного режима диагностики отклонений в развитии младших школьников / Ванюхина Г. А., Найданова И. А. // Логопед. - 2006. - №5. - С. 4-15
3. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. - М. : Медицина, 1984. - 576 с.
4. Галущенко В.І. Особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою дизартрією: дис. ...канд. пед. наук: спец. 13.00.03. - О., 2012. - 247 с.
5. Генезис сенсорных способностей / [Л. А. Венгер, К. В. Тарасова, Т. В. Лаврентьева [и др.] ; под ред. Л. А. Венгера - М. : Педагогика, 1976. - 256 с.
6. Леонтьев А. А. Речевая деятельность / А. А. Леонтьев // Основы теории речевой деятельности / [отв. ред. А. А. Леонтьев; АН СССР. Ин-т языкознания]. - М., 1974. - С. 21-23.
7. Литовченко О. В. Сенсорное воспитание в логопедической реабилитации дошкольников с ОНР / О. В. Литовченко // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції [«Проблеми реабілітації»], 5-6 грудня, Одеса, ПДПУ ім. К. Д. Ушинського. - Одеса, 2009. - С. 127-129.
8. Тураева З. Я. Лінгвістика тексту (Текст: структура і семантика) / З. Я. Тураева. - М. : Освіта, - 1986. - 127 с.

УДК: 376.1-056.264:616.-081.843

#### КОХЛЕАРНА ІМПЛАНТАЦІЯ – НОВИЙ МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ГЛУХИХ ДІТЕЙ

Глазунова С.С.

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

*В статті представлено основну мету, завдання та послідовність проведення післяопераційної реабілітації дітей з кохлеарним імплантом, рекомендації по реабілітації дітей з кохлеарним імплантом, білатеральна кохлеарна імплантація.*

В статті представлені основна мета, завдання та послідовність проведення післяопераційної реабілітації дітей з кохлеарним імплантом, рекомендації по реабілітації дітей з кохлеарним імплантом, білатеральна кохлеарна імплантація.

Tasks and sequence of carrying out postoperative rehabilitation of children with a cochlear implant are presented in article a main objective, bilateral cochlear implantation, recommendations for rehabilitation of children with cochlear implant.

Ключові слова: кохлеарна імплантація, післяопераційна реабілітація, діти з порушенням слуху, розвиток слуху та мовлення.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, послеоперационная реабилитация, дети с нарушением слуха, развитие слуха и речи.

Keywords: cochlear implantation, postoperative rehabilitation, children with a hearing disorder, hearing and speech development.

Значну частину інформації про навколишній світ людина засвоює завдяки функціонуванню слухового аналізатора. Тому зниження слухової функції, тим більше її втрата, погіршує якість життя людини, обмежує її у виборі фаху, а нерідко призводить до виключення із соціуму. Захворювання, які ведуть до зниження чи втрати слуху – одна із найсерйозніших медичних та соціальних проблем. На сьогоднішній день існує негативна тенденція збільшення кількості людей з порушеннями слуху. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в економічно розвинутих країнах світу, зокрема США і країнах Західної Європи, 7-9% населення має зниження слуху, в тому числі глухоту – від 0,1 до 0,4% новонароджених дітей та близько 1% дорослих. До 2020 року кількість людей з порушенням слуху, за тими ж даними ВООЗ, збільшиться на 30%.

За світовою статистикою, на кожну тисячу немовлят виявляють чотири дитини, які мають проблеми зі слухом. Із них одна дитина абсолютно глуха (потребує кохлеарної імплантації), а ще трьом малюкам потрібні слухові апарати і рання реабілітація, яку слід починати принаймні з шестимісячного віку (у деяких країнах реабілітацію розпочинають з трьох місяців).

За даними МОЗ України, частота народження дітей з порушеннями слуху становить 1-2 на 1000 новонароджених. Крім того, в Україні протягом перших трьох років життя такі порушення виявляються ще у 2-3 дітей з тисячі. Діагностика вродженої глухоти та початок комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги, які можливі на більш ранньому етапі, є визначальним чинником ефективності реабілітації дітей з цією патологією<sup>11</sup>.

В Україні налічується близько **300 тис. дітей** і більше 1 млн. дорослих з порушенням слуху (які потребують слухопротезування), в тому числі з **глухотою – біля 11 тис. дітей** та 100 тис. дорослих.

Особливо негативний вплив зниження чи втрати слуху проявляється в ранньому дитячому віці, що може зумовити затримку психічного та фізичного розвитку дитини. Відомо, що в перші роки життя дитини слух є основою у розвитку мовлення, пізнавальних та соціально-емоційних навичок. Це обумовлює виняткову важливість виявлення порушень слуху у найбільш ранні строки і проведення подальшої реабілітації за допомогою слухового апарату чи кохлеарної імплантації у випадку глухоти. Якщо не вжити відповідних заходів до 3-5 років, то після 5-7 років навчання мовлення стає практично неможливим внаслідок різкого обмеження утворення нових слухо-мовленнєво-моторних зв'язків. Якщо ж людина раптово втрачає слух у дорослому віці, реабілітація в перші місяці повертає її до повноцінного життя.

Практика імплантації кохлеарних імплантів в Україні увібрала в себе більше 20 років наукових досліджень і з 2003 року стала загальнодоступною. Держава щорічно виділяє кошти на кохлеарні імпланти.

Стрімке поширення кохлеарної імплантації визначає необхідність перегляду традиційних і розвитку нових методологічних підходів до реабілітації глухих дітей.

Мета даної роботи – обґрунтувати сучасні науково-методологічні основи реабілітації дітей, які рано втратили слух, після кохлеарної імплантації.

Традиційні підходи до навчання глухих дітей засновані на уявленні, що глуха дитина не може оволодіти мовою, слухаючи промову оточуючих людей. Тому в дитини з порушеним слухом мову формують, спираючись на інші органи чуття - зір, тактильні і кінестетичні відчуття. При цьому фахівці навчають її промови цілеспрямовано спеціальними методами в спеціальних установах. Важливою особливістю таких підходів до навчання мови є те, що в цих умовах немає мовного середовища.

*Кохлеарна імплантація* (введення у внутрішнє вухо електродів з подальшою електричною стимуляцією равлика) є не лише самим високотехнологічним, але й найбільш високозатратним видом медичної допомоги. У цих умовах зростає необхідність підвищення якості її надання. При цьому ефективність кохлеарної імплантації визначається не тільки рівнем проведення самої операції, а й якістю післяопераційної слухомовленнєвої реабілітації, що є найважливішою складовою всіх заходів з кохлеарної імплантації. Без неї неможливе досягнення оптимального результату після імплантації у розвитку природної слухомовленнєвої поведінки.

*Мета післяопераційної реабілітації* – навчити сприймати акустичні звукові сигнали (немовленнєві й мовленнєві), розуміти їх і використовувати нові слухові відчуття для розвитку усного мовлення. У процесі післяопераційної реабілітації бере участь команда фахівців: оториноларинголог (аудіолог), логопед, сурдопедагог, психолог, психіатр, інженер та інші.

Безпосередньо кохлеарна імплантація не дозволяє глухим дітям відразу ж після підключення мовного процесора розрізнити звукові сигнали і користуватися мовленням у комунікативних цілях. Тому, після проведення першого налаштування процесору дитина потребує педагогічної допомоги з розвитку слухового сприймання та мовлення. У зв'язку з цим, головна мета реабілітації малюків з імплантами – навчити дитину сприймати, розрізнити, впізнавати і розпізнавати

навколишні звуки, розуміти їх значення і використовувати цей досвід для розвитку мовлення.

Післяопераційна реабілітація дітей дошкільного віку включає наступні *компоненти*:

1. Налаштування мовного процесору кохлеарного імпланту (КІ).
2. Розвиток слухового сприймання та мовлення.
3. Загальний розвиток дитини (невербальний інтелект, моторика, пам'ять, увага і т.д.).
4. Психологічна допомога дитині та її близьким.

Через 3-4 тижні після операції проводиться підключення мовного процесора до кохлеарного імпланту та первинна настройка. З цього моменту пацієнт може чути навколишні звуки. Мовний процесор після підключення налаштовується для отримання максимального ефекту у користувача. Налаштування проводить аудіолог, його робота спрямована на формування у людини повноцінних слухових відчуттів.

У перший рік навчання необхідно приділити максимальну увагу розвитку слухового сприймання, насамперед, використовуючи для цього щоденні звичайні ситуації. Тому величезну роль у розвитку слуху у дітей з КІ відіграють батьки, які постійно привертють увагу і викликають інтерес дитини до звуків, пояснюють їх значення. Завдання фахівців – у короткий термін розвинути природне слухосприймання у глухих дітей з КІ до рівня, що наближається до нормального слуху, таким чином, щоб слух почав працювати на розвиток розуміння мовлення оточуючих, власного мовлення, як у чуючої дитини<sup>[2]</sup>.

Мета кохлеарної імплантації глухих дітей раннього віку полягає в тому, що за допомогою кохлеарного імпланту вона навчиться розуміти мовлення оточуючих, говорити сама, використовувати мовлення для спілкування та пізнання навколишнього світу, і завдяки цьому, буде розвиватися як чуюча дитина. Досвід фахівців, які працюють з малюками з КІ, свідчить, що ця мета реальна. При цьому частина таких дітей відвідує масові дошкільні навчальні заклади, частина – загальноосвітні установи для дітей з порушеннями слуху. Але важливо усвідомлювати, що незалежно від цього, всі малюки з КІ без винятку потребують професійної підтримки сурдопедагога.

Головним напрямом післяопераційної слухомовленнєвої реабілітації для всіх пацієнтів є розвиток сприймання звукових сигналів за допомогою імпланту. Кохлеарний імплант забезпечує можливість чути, але сприйняття звуків навколишнього середовища і розуміння мовлення – це значно більш складні процеси, які включають також уміння розрізняти сигнали, виділяти в них важливі для впізнання ознаки, розуміти зміст висловлювань, відокремлювати сигнали з шуму тощо<sup>[3]</sup>.

Потім починаються заняття з педагогом з метою розвитку слухосприймання та усного мовлення. Педагог навчає дитину користуватися своїм „новим слухом”. Основний процес реабілітації повинен забезпечуватися батьками у домашніх умовах.

Реабілітаційні заняття після кохлеарної імплантації включають навчання за наступними аспектами:

- виявлення наявності-відсутності звуків;
- виявлення відмінностей між акустичними сигналами (однакові-різні);
- розрізнення голосу людини та інших немовленнєвих побутових сигналів, впізнання побутових сигналів;
- визначення різних характеристик звуків (інтенсивність, тривалість, висота та ін);
- відмінність і розпізнавання окремих звуків мовлення (інтонація, ритм), фонемних ознак (твердість-м'якість, місце артикуляції та ін.);
- впізнання ізольованих слів, речень;
- розуміння злитого мовлення; розуміння мовлення й розпізнавання побутових звуків в умовах перешкод<sup>[4]</sup>.

У роботі з дітьми з КІ доцільним є використання верботонального методу, розробленого професором Петером Губеріна (центр „СУВАГ”, м. Загреб, Хорватія). Метод довів свою високу ефективність у розвитку мовлення у дітей з різним ступенем порушення слуху, що використовують слухові апарати (СА). Безумовно, багато напрямів роботи, прийняті в рамках верботональної методики ефективні для дітей з КІ – фонетична ритміка, прийоми викликання звуків у мовчазних малюків з КІ, формування інтонаційно-ритмічної сторони мовлення, засновані на зв'язку ритмічних рухів тіла і звуків мовлення. Втім дитина з КІ не потребує опори на тактильно-вібраційні відчуття, що широко використовується в даній методиці, при розвитку сприймання звуків та усного мовлення. У дитини з КІ з самого початку ці процеси спираються на слух та слухозорове сприймання. І, звичайно, важливим для післяопераційної реабілітації є те, що метод передбачає активне залучення батьків до процесу розвитку і навчання дитини, внаслідок чого дитина буде все більше спиратися на слух<sup>[5]</sup>.

Але слухозорове сприймання необхідно при роботі над звуковимовною стороною мовлення. Крім того, коли фахівці намагаються пояснити дитині нове слово, важливо, щоб вона зрозуміла значення цього слова. І якщо слухозорове сприймання для дитини полегшує цей процес на початковому етапі експлуатації КІ, то це треба використовувати. Варто пам'ятати, що основна мета не зробити з малюка „слухача машини”, а за допомогою слуху навчити його розуміти мовлення і говорити. Більшість малюків досить швидко перестають мати потребу в слухозоровому контакті<sup>[6]</sup>.

Досвід нашої праці показує, що при правильній роботі глухі діти, які імплантовані в віці до 2-х років, а при ранньому слухопротезуванні і в більш старшому віці, мають реальний шанс наздогнати у розвитку чуючих однолітків. Однак це вимагає тривалої та інтенсивної сурдопедагогічної підтримки і обов'язково активної участі батьків у цьому процесі. У зв'язку з цим навчання батьків щодо розвитку слуху та мовлення у малюка з КІ в природних ситуаціях спілкування і при виконанні звичайних щоденних справ, вміння оцінювати слуховий і мовленнєвий розвиток малюка у відповідності з віковими нормами розвитку є одним з провідних напрямів роботи сурдопедагога.

Реабілітація маленьких дітей з КІ триває 3-5 років, її метою для більшої частини дошкільників є підготовка до навчання у масовій школі. Це вимагає спільних зусиль фахівців спеціалізованих центрів, логопедів та сурдопедагогів на місцях, близьких дитини.

Таким чином післяопераційна реабілітація дітей з КІ є необхідною умовою розвитку слухового сприймання та мовлення дитини, має певну послідовність, передбачає активну участь і співпрацю відповідних фахівців та батьків.

Стаття не висвітлює проблеми повною мірою, актуальними є дослідження змісту та організації педагогічної допомоги дітям з КІ на кожному з етапів післяопераційної реабілітації; впливу попереднього слухопротезування на результат реабілітації після кохлеарної імплантації; порівняння результатів ефективності кохлеарної імплантації у дітей, які проходили передопераційну реабілітацію і дітей, з якими така робота не проводилася та ін.

Кохлеарний імплант може функціонувати впродовж всього життя пацієнта. Для того щоб дитина відчувала себе комфортно, потрібно перші 2 роки після операції здійснювати регулярний контроль, потім - контрольні перевірки раз у півроку або раз на 3 місяці, в залежності від індивідуальних особливостей. Під час цієї процедури аудіолог за допомогою технічних засобів намагається зробити новий слух (нове слухання) дитини максимально реалістичним (природним). Діти легко адаптуються до нового звучання. Малюки з кохлеарними імплантами можуть вести звичайний спосіб життя. Передавач (розташований зовні) магнітом притягується до приймача (що знаходиться під шкірою). Зовнішні частини швидко і легко знімаються, і дитина може вільно плавати або приймати ванну.

Поступово зменшується вік до кохлеарної імплантації (КІ): нині її виконують від 12 місяців, в окремих випадках – від 6 місяців. Причина ранньої КІ – правильний або майже правильний розвиток мовлення у дітей, які отримали КІ до 2-річного віку.

Якщо дитину прооперували до трьох років, вона зможе вчитися у звичайній школі, після школи може піти в будь-який інститут – той, який сама вибере. Завдяки досягненням в області кохлеарної імплантації така людина буде абсолютно спокійно з вами спілкуватися, і ви навіть не дізнаєтесь, що вона глуха.

Можливо сформулювати *рекомендації щодо реабілітації дітей з КІ*:

– оптимальним віком для кохлеарної імплантації слід вважати вік від 1 до 2-х років, тому що, з одного боку, в цей період можливе виконання стандартної операції з установки імпланту, а з іншого – ефективність реабілітаційної програми вище, ніж в інших вікових дитячих підгрупах;

– для дітей старше 2-х років, оперованих в перілінгвальному і постлінгвальному періодах, перебування у стані значного порушення слуху більше 2 років слід вважати чинником, що погіршує ефективність слухомовленнєвої реабілітації;

– для підвищення ефективності слухомовленнєвої реабілітації після кохлеарної імплантації рекомендується використовувати залишки слуху в неоперованому вусі за рахунок слухопротезування цифровим слуховим апаратом.

Білатеральна кохлеарна імплантація - це імплантація з обох сторін, або одночасне використання двох кохлеарних імплантів. Багато батьків розповідають, що після білатеральної імплантації діти можуть краще концентруватися на заняттях у школі, покращилася здатність дітей локалізувати звук, тобто визначати його джерело. Також було відзначено поліпшення комунікативної поведінки. Такі діти, використовуючи два імпланта, краще розуміли усне мовлення і набагато краще сприймали мову на фоні шуму. Крім того, у дітей, які перенесли білатеральну імплантацію, були відзначені кращі слухові навички при вирішенні складних завдань на прослуховування.

Нові ідеї все більш впевнено впливають на формування ставлення суспільства до людей. У новій системі цінностей люди, яких раніше вважали і називали інвалідами, розглядаються як особи, що вимагають особливого підходу в розвитку виховання, визначення їх місця в суспільстві. У даному випадку мова йде про глухих дітей. Різні методики ставлять своєю метою розробку шляхів підвищення рівня оволодіння мовою дітьми з порушеннями слухового сприйняття.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Публічна інформація Проект Розпорядження КМУ "Про схвалення Концепції Державної програми "Слух" на 2008-2012 роки".
2. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. – М.: Просвещение, 1991. – 319 с.
3. Зонтова О.В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации. Методические рекомендации. – Санкт-Петербург, 2008.
4. Королева И.В. Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами. – Санкт-Петербург, 2006.
5. Руленкова Л.И. Как научить глухого ребенка слушать и говорить на основе верботонального метода. – М.: Парадигма, 2010. – 191 с.
6. Специальная педагогика / под ред. Н.М.Назаровой. Т.3. Педагогические системы специального образования. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 400 с.

УДК:376-056.36:91(477)"192/193"

#### МІСЦЕ ГЕОГРАФІЇ В СИСТЕМІ ШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ (20-ті – початок 30-х років ХХ СТ.)

Головата А.О.

ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»

У науковій статті висвітлено складний та суперечливий процес становлення і формування географії як навчального предмету в системі шкільної освіти розумово відсталих дітей в Україні (20-ті – початок 30-х років ХХ ст.).