labor training of secondary school pupils: autoref. thesis Ph.D. ped. of science Kyiv. 7. **Chebotaryova O.V.** (2015) Peculiarities of socialization of schoolchildren with intellectual disabilities by means of vocational training. Scientific journal of the NPU named after M. P. Drahomanova. Series 19: Correctional pedagogy and special psychology. 2015. Issue 30.

Bondar N. Corrective direction of professional labor training of students with intellectual disabilities.

The article examines the features of the correctional orientation of vocational and labor education of students with intellectual disabilities.

Characterizing the correctional orientation of the content of vocational and labor education of students with intellectual disabilities, it is worth noting that in combination with an understanding of the essence of correctional and developmental work as a subsystem of raising children with intellectual disabilities, correction as a pedagogical process is provided by all its components: content, method, organization. Therefore, vocational and labor education, the content, methods and organization of which are aimed at correcting developmental defects and improving the general development of the child, is correctionally oriented. The purpose of this specially constructed educational process is determined by the theme of correctional and developmental influence, that is, what the child must correct, weaken, overcome and generally develop. From this, the indicators of the effectiveness of correctional and developmental influences are also determined. Therefore, the subject of influence is a system-forming element in the process of teaching correctional orientation.

The main goal of professional training is to form a personality prepared for independent life and transformative activity in the conditions of a modern high-tech, information society, in order to realize the creative potential of students with intellectual disabilities.

DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2024.47.02
УДК: 376.36:81’23

Х. Ю. Вигура
vigurakristina@gmail.com
https://orcid.org/0009-0004-2463-5446

ОСОБЛИВОСТІ МОВНО-МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ТА СТОВБУРОМОЗКОВОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

У статті розглянуто особливості мовно-мовленнєвого розвитку у дітей після кохлеарної та стовбуромозкової імплантації. Проаналізовано вплив порушень слуху на розвиток мовлення та мови, детально описано етапи формування мовних навичок, а також процес реабілітації з участю логопеда, сурдопедагога та інших фахівців. Окрема увага приділена ролі ранньої діагностики і комплексного підходу до реабілітації, що є ключовими для успішної інтеграції дітей у соціальне середовище та досягнення позитивних результатів у розвитку мовлення.

Ключові слова: мова, мовлення, мовно-мовленнєвий розвиток, порушення слуху, кохлеарна та стовбуромозкова імплантація, логопедична реабілітація.

Постановка проблеми. Мовно-мовленнєвий розвиток є важливим аспектом загального розвитку дитини і тісно пов'язаний з її соціалізацією та адаптацією в суспільстві. У дітей з порушеннями слуху цей процес ускладнюється, що обумовлює необхідність застосування спеціалізованих методів корекції та реабілітації. Сучасні технології, зокрема кохлеарна та стовбуромозкова імплантації, відкривають нові можливості для відновлення слуху та, відповідно, розвитку мови та мовлення у дітей..

У зв'язку з тим, що кількість дітей із сенсоневральною туговухістю продовжує зростати, потреба в ефективних реабілітаційних програмах, які сприяють оптимальному розвитку мовлення і соціальної інтеграції, стає дедалі більш актуальною. Це дослідження спрямоване на заповнення прогалин у розумінні того, як саме різні види імплантацій впливають на мовно-мовленнєвий розвиток та які підходи до реабілітації є найбільш ефективними.

Аналіз досліджень і публікацій. Згідно з дослідженнями Жана Піаже (1994), Гальперіна (1985) та Давидова (1986), когнітивний розвиток дитини пов'язаний із її активною взаємодією із зовнішнім середовищем. У дітей з порушеннями слуху мовленнєвий розвиток проходить

компенсаторним шляхом, як це зазначено у працях Л.С. Виготського (1999), і вимагає спеціальних педагогічних методик. Комарова (2006) і Марценковський (2013) підкреслюють, що діти з порушеннями слуху потребують особливого психолого-педагогічного супроводу для успішної адаптації. Науковці, такі як Синьов (2009) та Фомічова (1997), також відзначали важливість ранньої діагностики та цілеспрямованого корекційно-розвиткового підходу до дітей із сенсорними порушеннями. Шеремет (1996) акцентувала на ролі соціальної адаптації таких дітей, наголошуючи, що розвиток мовлення є основою для їх подальшого успішного інтегрування в суспільство.

На медичному рівні, як показують дослідження Sharma et al. (2005), рання кохлеарна імплантація забезпечує розвиток нейропластичності мозку, що є критичним для формування слухових і мовленнєвих навичок. Nicholas і Geers (2007) також підкреслюють важливість віку імплантації, демонструючи, що діти, які отримали імплантати до трьох років, демонструють вищі результати у мовному розвитку. Публікації також підкреслюють важливість комплексного підходу до реабілітації, який включає роботу різних фахівців: сурдопедагогів, логопедів, психологів. Наприклад, Waltzman та Roland (2014) зазначають, що мультидисциплінарний підхід є ключем до успішної реабілітації дітей з імплантатами .

Мета статті. Вивчення та аналіз особливостей мовно-мовленнєвого розвитку дітей після кохлеарної та стовбуромозкової імплантації, а також а також у визначенні ефективних методів реабілітації для таких дітей.

Виклад матеріалу дослідження. Слух – це більше, ніж лише один із чуттів; він має важливе значення для формування поведінки та характеру дитини. Порушення слуху досить поширені, як серед дорослих, так і серед дітей. Ці порушення можуть мати серйозні наслідки: вони обмежують міжособистісні контакти, що в свою чергу призводить до погіршення соціального досвіду спілкування, недосконалості в міжособистісних стосунках та сповільнення розвитку соціальної перцепції та рефлексії.

Мова і мовлення — це два тісно пов'язані, але різні за своєю сутністю поняття, які мають свої особливості, структуру і функції.

Мова (лат. *lingua*) — це система знаків, що використовується для збереження, передавання та обміну інформацією між людьми. Мова включає в себе звуковий (фонетичний - від слова фонема - «звук»), словниковий (лексичний) і граматичний аспекти, що дозволяють формувати змістовні висловлювання. Вона існує як соціальне явище і є спільною для всіх членів певної мовної спільноти. Мова є абстрактною системою, яка вивчається, засвоюється і використовується людьми для комунікації [1].

Мовлення (лат. *oratio*) — це конкретний процес використання мови в комунікативних актах. Це безпосереднє вираження думок, почуттів, намірів за допомогою мови. Мовлення може бути усним або письмовим і має індивідуальний характер. Воно залежить від ситуації спілкування, комунікативних завдань і особистісних характеристик мовця. Мовлення є динамічним процесом і проявляється у конкретних мовленнєвих актах, що реалізуються за допомогою мови.

Мовно-мовленнєвий розвиток є складним багатофакторним процесом, що включає розвиток здатності до сприйняття, розуміння та відтворення мовлення. Цей процес починається з самого раннього дитинства і продовжується впродовж кількох років, охоплюючи різні етапи та аспекти формування мовних навичок. Розвиток мовлення тісно пов'язаний з когнітивним розвитком дитини, її здатністю взаємодіяти з оточуючим середовищем і засвоювати нову інформацію [4].

Етапи розвиток мови та мовлення у дітей характеризуються певними лінгвістичними та когнітивними змінами, які відбуваються в чітко визначеній послідовності:

1. Предлінгвістичний етап (0-12 місяців)

Цей етап охоплює період від народження до першого року життя і передбачає формування первинних звукових реакцій та перших проявів комунікативної поведінки.

- Вокалізації та гуління (0-3 місяці): На ранніх етапах новонароджені виробляють неструктуровані звукові реакції, які називаються вокалізаціями. Вокалізація є рефлекторною відповіддю на зовнішні стимули, включаючи тактильні та звукові подразники. У віці 2-3 місяців з'являється гуління — вироблення голосних і приголосних звуків, що не мають чіткої артикуляції.

- Лепетання (4-6 місяців): З 4-6 місяців відбувається інтенсифікація артикуляційної активності, коли дитина починає повторювати серії звуків, які схожі на склади ("ма-ма", "ба-ба"). Лепетання є фундаментальним для розвитку артикуляційної моторики і готує дитину до формування перших слів.
- Імітація та реакція на мовлення (7-12 місяців): На цьому етапі дитина починає свідомо повторювати за дорослими прості звуки та склади, імітуючи ритм і інтонацію мови. Розвивається здатність реагувати на мовні стимули — дитина повертає голову на звук свого імені, розпізнає знайомі голоси та інтонації.

2. Етап формування перших слів (12-18 місяців)

Цей етап знаменується появою перших слів, що мають лексичне значення, і формуванням базового словникового запасу.

- Перше слово: Перше слово зазвичай з'являється у віці 12 місяців. Це може бути просте слово з однієї чи двох складів ("мама", "тато"), що позначає конкретний предмет або людину. Слово зазвичай тісно пов'язане з предметами або людьми, з якими дитина має постійний контакт.
- Поступове розширення словникового запасу: В цей період відбувається стрімке нарощення кількості слів, які дитина активно використовує. Зазвичай словниковий запас на цьому етапі складається з 10-50 слів, що відображають найбільш значущі для дитини об'єкти і події.

3. Етап формування двослівних та трислівних конструкцій (18-24 місяці)

На цьому етапі дитина починає поєднувати слова в прості двослівні або трислівні фрази, що позначають прості дії чи стани.

- Телеграфне мовлення: Мовлення дитини на цьому етапі нагадує стиль телеграфного повідомлення, коли слова з'єднуються без використання допоміжних частин мови. Наприклад, "мама дай", "хочу піти". Важливо зазначити, що ці фрази, хоча і є примітивними, демонструють початкове оволодіння синтаксисом.
- Збільшення мовної активності: Дитина починає активно використовувати мову для вираження своїх бажань і потреб. Це стимулює подальше розширення словникового запасу та формування простих граматичних конструкцій.

4. Етап активного оволодіння граматикою (2-3 роки)

У цьому віці дитина починає засвоювати основні граматичні структури рідної мови, що дозволяє їй будувати більш складні речення.

- Формування простих речень: Дитина починає використовувати прості речення, що складаються з підмета, присудка та додатка. Наприклад, "я їду на машині". Відбувається активне використання прийменників, займенників і числівників.
- Початок узгодження частин мови: Дитина вчиться узгоджувати слова за родом, числом і відмінком. Водночас спостерігається поява перших помилок у вживанні граматичних форм, що свідчить про активний процес оволодіння правилами мови.

5. Етап розвитку зв’язного мовлення (3-4 роки)

Цей етап характеризується розвитком зв’язного мовлення та здатністю формулювати складні висловлювання.

- Розвиток зв’язного мовлення: Дитина починає будувати зв’язні висловлювання, що складаються з декількох речень. З'являється здатність до розповіді, опису подій або дій, а також до формулювання простих суджень.
- Розширення словникового запасу: Словниковий запас дитини значно збільшується, охоплюючи слова різних частин мови. Відбувається активне засвоєння синонімів, антонімів і омонімів.
- Удосконалення граматичних навичок: Дитина починає правильно використовувати відмінки, узгоджувати слова в реченні за родом і числом. Спостерігається поступове зменшення кількості граматичних помилок.

6. Етап удосконалення мовних навичок (5-6 років)

На цьому етапі дитина вже володіє більшістю мовних структур і активно використовує їх у спілкуванні.

- Засвоєння складних граматичних конструкцій: Дитина опановує складні синтаксичні конструкції, такі як складнопідрядні речення, умовні та часові звороти. Відбувається формування

навичок складного зв'язного мовлення, що передбачає використання більш абстрактних мовних одиниць.

- Розвиток когерентності мовлення: Мовлення стає когерентним, дитина здатна будувати логічно послідовні висловлювання, дотримуючись теми розмови. Важливим є також розвиток прагматичних аспектів мовлення — здатність враховувати контекст, інтонацію та невербальні сигнали під час спілкування.
- Готовність до шкільного навчання: На завершальному етапі розвитку мовлення дитина вже готова до формального навчання в школі. Вона володіє необхідним словниковим запасом, граматичними структурами та комунікативними навичками для ефективного навчання та соціалізації.

Оволодіння мовою – це головна передумова для розвитку мовлення. Діти з порушеннями слуху стикаються з особливими викликами у розвитку як мови, так і мовлення, оскільки слух є ключовим сенсорним каналом, через який дитина отримує мовну інформацію [2].

У дітей з порушенням слуху розвиток мови може бути затриманим або зміненим, залежно від ступеня і типу слухової втрати:

- Обмежений доступ до мовних сигналів: Втрата слуху обмежує можливість дитини отримувати аудитивну інформацію, що є необхідною для засвоєння фонем рідної мови. Це призводить до труднощів у формуванні фонематичної системи та освоєнні лексики.
- Затримка в засвоєнні граматики: Діти з порушенням слуху зазвичай мають труднощі з освоєнням граматичних правил, що ускладнює побудову правильних речень і висловлювань. Вони можуть відставати в засвоєнні морфологічних та синтаксичних структур мови.
- Обмежений словниковий запас: Через недостатнє сприйняття мовних сигналів, діти з порушенням слуху мають обмежений словниковий запас, особливо якщо мова йде про абстрактні або емоційно забарвлені слова. Це впливає на їх здатність до вираження складних думок і емоцій [5].

Мовлення у дітей з порушенням слуху також розвивається з певними відхиленнями:

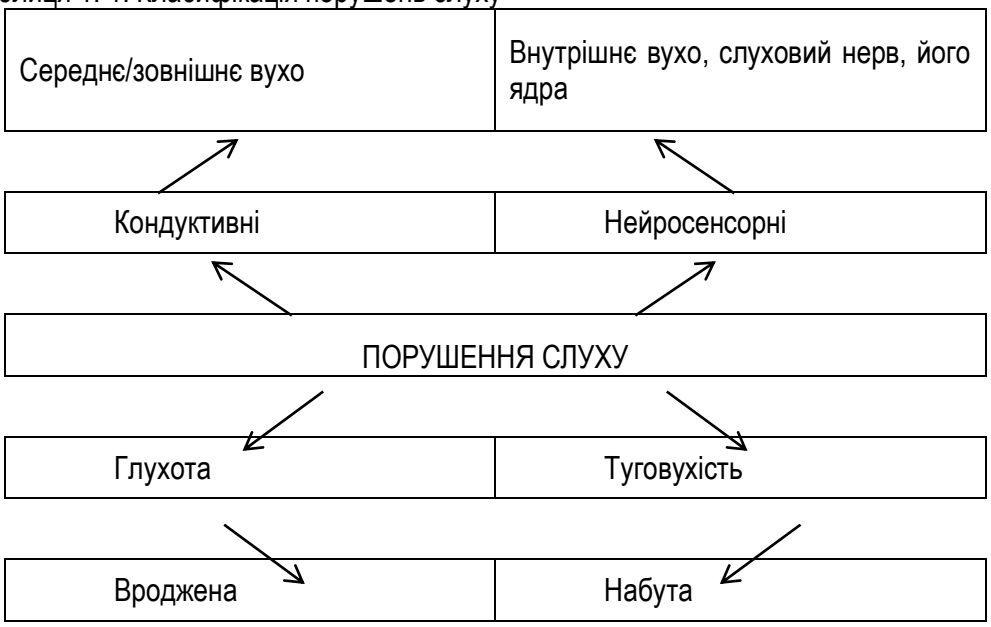
- Затримка у формуванні перших слів та фраз: Через відсутність або обмеження слухової стимуляції, дитина може почати говорити пізніше, ніж її ровесники. Часто перші слова і фрази з'являються з запізненням і мають неправильну фонетичну або граматичну структуру.
- Порушення артикуляції: Неправильне вимовляння звуків є типовим для дітей з порушенням слуху. Вони можуть мати труднощі з вимовою певних фонем, що пов'язано з відсутністю слухового контролю за власним мовленням.
- Телеграфний стиль мовлення: Діти з порушенням слуху часто використовують спрощені форми мовлення, уникаючи складних граматичних конструкцій. Їхнє мовлення може нагадувати телеграфний стиль, коли використовуються лише ключові слова без узгодження частин мови.
- Обмежена зв'язність мовлення: Дитина може мати труднощі з побудовою зв'язного мовлення, що виражається у складнощах із формулюванням логічно послідовних висловлювань та розповідей.

Згідно з твердженнями Н. Шматко та Т. Пелимської, розвиток усного мовлення у дітей з вадами слуху можливий у спеціалізованому навчальному середовищі з використанням слухо-мовних методик. У такому середовищі діти здатні навчатися мові за допомогою залишкового слуху та зору, що відкриває широкі можливості для їхнього мовленнєвого розвитку та мисленнєвої активності.

Слухова сенсорна система відповідає за здатність розпізнавати звуки і визначати координати їхнього джерела. Складається з вуха і мозку. Завдання вуха перетворення енергії звуки і нервові імпульси, а завдання мозку отримання і обробка інформації, що переноситься цими імпульсами [3].

Порушення слуху, відоме як аудіальна дисфункція, полягає у втраті або зниженні спроможності чути звуки, що призводить до неправильного сприйняття аудіальних сигналів навколишнього середовища. Порушення слуху поділяється на дві категорії: кондуктивні та нейросенсорні, саме при цих (глухота та туговухість). (Таблиця 1. 1)

Таблиця 1. 1. Класифікація порушень слуху



Кондуктивні порушення слуху пов'язане з проблемами проведення та посилення звукових хвиль через зовнішнє та середнє вухо у внутрішнє. Наприклад: закупорка зовнішнього слухового проходу (чужородне тіло або сірчаний корок), гострий або хронічний мірингіт, отит зовнішнього і середнього вуха (наповнення есудатом), розрощення аденоїдів новоутворення зовнішнього/середнього вуха, розрив чи перфорація барабанної перетинки, руйнування чи порушення рухомості слухових кісточок (гострий та хронічний середній отит, отосклероз).

Кондуктивна втрата слуху може бути тимчасовою, добре піддається медикаментозному та хірургічному лікуванню.

Сенсоневральні порушення слуху (сенсоневральна приглухуватість, перцептивна приглухуватість, кохлеарний неврит).

Залежно від рівня ураження:

- Сенсорна приглухуватість - вражаються органи внутрішнього вуха (завитки) спеціальні волоскові клітини-рецептори, що відповідають за сприйняття звуку;
- Нейросенсорна (сенсоневральна) приглухуватість- уражаються гілки слухового (присінкові-завиткового) нерва, який передає слухові імпульси від внутрішнього вуха в головний мозок;
- Приглухуватість центрального генезу - уражаються слухові центри, які сприймають передану з внутрішнього вуха інформацію (ці центри розташовуються в стовбурі та корі головного мозку).

Причини: спадковість, інфекційні захворювання матері під час вагітності або дитини уранньому віці, ускладнення під час пологів, побічна дія певних антибактеріальних препаратів, ЧМТ, старіння організму, вплив гучного та тривалого шуму. Сенсоневральна втрата слуху зазвичай є стійкою і вимагає медичного втручання (слухопротезування) для покращення слуху.

Система класифікації ВООЗ на основі аудіометричних вимірювань. Виділяють 5 ступенів зниження слуху: 1,2,3, 4-й ступінь зниження слуху та глухота. Діти з 1, 2 та 3-м ступенем зниження слухи називаються в Україні слабочуючими. (Таблиця 1. 2.)

Таблиця 1.2. Ступені втрати слуху та відповідний досвід слуху

Ступінь порушення	Оцінка	Зниження слуху у дБ	Порушення слуху у дитини
Туговухість 1 ступеня	Легка втрата слуху	20 — 35	Не має проблем зі слухом розмовної мови. Може відчувати труднощі зі слуханням розмовної мови в шумному середовищі.
Туговухість 2 ступеня	Помірна втрата слуху	35 — 50	Може відчувати труднощі зі слуханням розмовної мови. В шумному середовищі важко брати участь у розмові.
Туговухість 3 ступеня	Помірно виражена втрата слуху	50 — 65	Важко чути розмовну мову; без труднощів чує підвищені голоси. У шумному середовищі більшість мови важко почути.
Туговухість 4 ступеня	Важка втрата слуху	65 — 80	Може чути лише дуже гучну мову або звуки. Спілкування без слухового апарату є дуже складним, а іноді і неможливим.
Туговухість 4 ступеня/ Глухота	Глибока втрата слуху	80 — 95	Може чути лише дуже гучні звуки, такі як сигнали тривоги або крики, і навіть ці звуки сприймаються не завжди. Не чує розмовної мови.
Глухота	Повна втрата слуху/глухота	95 і більше	Не чує мови та більшості звуків навколишнього середовища.

До умов, які визначають успішний розвиток дитини зі зниженим слухом, можна віднести *раннє слухопротезування*, створення мовного середовища в сім'ї, проведення загальнорозвиваючих занять, організацію спеціальної роботи з розвитку слухового сприймання й мови [4].

Слухопротезування – підбір та налаштування слухових апаратів, кохлеарного імпланту або інших пристроїв для поліпшення сприйняття оточуючих звуків і мови людиною.

При слухопротезуванні вражені структури органа слуху не відновлюються, а відбувається лише певна компенсація функціонального порушення слухової системи. Сама компенсація не є постійною, оскільки слухове порушення залишається. Тому слухопротезування не є лікуванням. Проте, слухопротезування передбачає низку діагностичних процедур, маніпуляцій на зовнішньому вусі, корекцію слухової функції та її оцінку. Слухопротезування здійснюється під контролем лікаря-отоларинголога-аудіолога, сурдолога.

Кохлеарна імплантація (КІ) — високоефективний метод лікування і реабілітації пацієнтів зі важким ступенем зниження слуху та глухих. Це хірургічне втручання, що полягає у вживлянні електронного пристрою у внутрішнє вухо з метою відновлення слухового відчуття шляхом безпосередньої електричної стимуляції волокон слухового нерва. Кохлеарний імплант — це електронний пристрій, що виконує функції ушкоджених або відсутніх волосяних клітин і здійснює електричну стимуляцію збережених нервових волокон. Раннє протезування дозволяє нервовим структурам та асоціативним шляхам дозрівати шляхом надання специфічної сенсорної стимуляції. Найбільш перспективною категорією кандидатів на кохлеарну імплантацію є діти до 2-х років, оскільки це пов'язано з великим значенням своєчасного розвитку слухо-мовленнєвих та мовно-рухових центрів мозку. Метою кохлеарної імплантації для дитини з порушенням слуху є створення умов, щоб вона навчилася розуміти мовлення оточуючих, сприймати та використовувати його для спілкування та пізнання навколишнього світу [5].

Логопедична реабілітація дітей після кохлеарної та стовбурово-мозкової імплантації визначально впливає на їх соціальну інтеграцію та якість життя. Доступ до повноцінного спілкування є ключовим фактором у побудові успішних відносин з оточуючим середовищем. Вивчення ефективних методів логопедичної реабілітації може допомогти забезпечити цим дітям максимально можливий рівень мовленнєвого розвитку та забезпечити їхню активну участь у суспільстві. Основними

завданнями логопедичної роботи є формування та розвиток сенсорних систем, інтелектуального розвитку, в тому числі наочно-дійового, наочно-образного, логічного мислення, інших психічних процесів (сприймання, уяви, пам'яті), формування та розвиток мовлення. Діти з порушеннями слуху позбавлені можливості самостійно, без спеціально організованої роботи сприймати навколишні звуки, і таким чином, оволодіти усним мовленням як повноцінним засобом спілкування.

Розвиток сучасних технологій надає нові можливості для логопедичної роботи з дітьми після кохлеарної та стовбуровомозкової імплантації. Використання інноваційних методів, таких як комп'ютерні програми, сайти, інтерактивні анімовані завдання та мультимедія для розвитку фонематичних та мовленнєвих навичок, може значно покращити ефективність процесу корекції та підвищити мотивацію дитини.

Реабілітація дітей після кохлеарної та стовбуромозкової імплантації є комплексним та індивідуалізованим процесом, що включає роботу з логопедом і сурдопедагогом. Ці фахівці допомагають дитині адаптуватися до нових слухових можливостей, розвинути мовні навички та інтегруватися в соціум. За потреби та при суміжних порушеннях команда може включати також інших фахівців - дефектолог, сенсорний терапевт, нейропсихолог, психолог та інші.

Процес слухомовної реабілітації глухих дітей після КІ можна розділити на 4 етапу:

1-й етап. Початковий етап розвитку слухового та слухомовного сприйняття з КІ. Його тривалість – 3 -12 тижнів. Завдання цього етапу:

1. Досягнення параметрів настройки процесора КІ, що дозволяють дитині сприймати всі звуки мови на відстані не менше 4 (зазвичай >6 м).

2. Викликання у дитини інтересу до оточуючих його звуків, голосу людини, слуханню та аналізу, процесів зі звуками.

3. Викликання у дитини інтересу до свого голосу, грі з голосом, мотивації користування голосом спілкування.

4. Навчання батьків прийомам виклику у дитини інтересу до звуків та слухання, розвитку у дитини слуху та мови в щоденних ситуаціях, грі, цілеспрямованих заняттях.

2-й етап. Основний етап розвитку слухового/слухомовного сприйняття з КІ. Його тривалість – 6 - 18 міс. Основні завдання 2-го етапу:

1) Досягнення оптимальних та стабільних параметрів налаштування процесора КІ. Це можливо тільки завдяки появі у дитини слухового досвіду з КІ, формуванню у нього вміння точно оцінювати свої відчуття, накопиченні у батьків досвіду спостереження за реакціями дитини на звуки;

2) Розвиток/формування у дитини всіх мозкових процесів аналізу звуків та мови як звукових сигналів.

3) Розвиток у дитини потреби до мовного/словесного спілкуванню та його початкових навиків.

3-й етап. «Мовний етап розвитку сприйняття мовлення та власного мовлення». Його тривалість – понад 5 років. Завдання 3-го етапу:

1) розвиток слухомовної пам'яті та слухової уваги, збільшення швидкості обробки мови;

2) накопичення пасивного (імпресивного) словника паралельно з розширенням уявлень про навколишній світ;

3) розвиток граматичної системи;

4) розвиток розуміння усного мовлення слухозорово і на слух (на основі накопичення словника та розвитку загальних уявлень про світ, розвитку граматичної системи);

5) накопичення активного (експресивного) словника;

6) розвиток діалогічного мовлення;

7) розвиток зв'язного мовлення;

8) вдосконалення голосового контролю, звуковимови, інтонаційно-ритмічних характеристик мови на основі слухового контролю;

9) розвиток навиків читання та розуміння прочитаного [2].

4-й етап. «Етап розвитку зв'язного мовлення та розуміння складних текстів». Завдання 4-го етапу:

1) розширення загальних уявлень про навколишній світ;

2) збільшення словникового запасу;

3) подальший розвиток граматичної системи.

Фактори, що впливають на успіх мовленнєвої реабілітації: вік імплантації (чим раніше проведена операція, тим краще розвиваються слухові та мовні навички); індивідуальні особливості дитини (суміжні порушення, здатність до навчання, рівень мотивації, сімейна підтримка та загальний когнітивний розвиток) інтенсивність і якість реабілітації (комплексна корекційна робота – сурдопедагог, логопед, суміжні фахівці за потреби, соціальна адаптація, виконання рекомендацій фахівців та домашніх завдань).

Висновки та перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження. Кохлеарна та стовбуромозкова імплантації ефективно сприяють мовно-мовленнєвому розвитку дітей із порушеннями слуху. Успішність залежить від ранньої діагностики, своєчасної імплантації, індивідуальної реабілітації та залучення фахівців і батьків. Комплексний підхід забезпечує розвиток мовлення, соціалізацію та адаптацію дітей. Дослідження підтвердило, що розвиток слуху і мовленнєві навички у дітей із сенсовевральною глухотою формою зростають, із врахуванням індивідуальних станів дитини можливо. Відзначено ключову роль спеціалістів, таких як логопеди, сурдопедагоги та психологи, у створенні сприятливих умов для інтеграції дітей в освітнє та соціальне середовище. Подальші дослідження мають бути спрямовані на: розробку інноваційних методик реабілітації, аналіз довгострокових результатів, підтримка батьків у процесі реабілітації, інтеграцію технологій у реабілітаційні програми.

Список використаних джерел:

1. **Вигура Х. Ю.** (2022) Роль дидактичних ігор у розвитку мовлення у дітей з порушеннями слуху. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (12–13 трав. 2022 р.). Полтава, 2022. 266 с. С. 35-43. **2. Програма розвитку** дітей дошкільного віку з порушеннями слуху (глухі, зі зниженим слухом, з кохлеарними імплантами) / за ред. К. В. Луцько. Київ, 2019. 405с. **3. Шевченко В.М.** (2021). Кохлеарна імплантація та реабілітація осіб з кохлеарними імплантами: навч.-метод. посіб. К. 112 с. **4. Paul, R., Norbury, C. (**2012). "Language Disorders from Infancy through Adolescence: Listening, Speaking, Reading, Writing, and Communicating". St. Louis: Mosby,. **5.Waltzman, S.B., & Roland, J.T. (**2014). *Cochlear Implants*, Springer-Verlag New York.

References:

1.**Vyhura Kh. Yu.** (2022) Rol dydaktychnykh ihor u rozvytku movlennia u ditei z porushenniamy slukhu. Stanovlennia osobystosti dytyny v umovakh suchasnoho rozvytku suspilstva: sotsialno-pedahohichnyi, psykholohichnyi, korektsiinyi i medychnyi aspekty. Materialy Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii (12–13 trav. 2022 r.). Poltava, 2022. 266 s. S. 35-43. **2. Prohrama rozvytku** ditei doshkilnoho viku z porushenniamy slukhu (hlukhi, zi znyzhenym slukhom, z kokhlearnymy implantamy) / za red. K. V. Lutsko. Kyiv, 2019. 405s. **3. Shevchenko V.M.** (2021). Kokhlearna implantatsiia ta reabilitatsiia osib z kokhlearnymy implantamy: navch.-metod. posib. K.,. 112 s. **4. Paul, R., Norbury, C.** (2012). "Language Disorders from Infancy through Adolescence: Listening, Speaking, Reading, Writing, and Communicating". St. Louis: Mosby,. 5.Waltzman, S.B., & Roland, J.T. (2014). Cochlear Implants, Springer-Verlag New York,.

Vyhura Kh. Specific features of speech and speech development in children after cochlear and brainstrum implantation

This article explores the specific aspects of speech and language development in children following cochlear and brainstem implantation. It analyzes the impact of hearing impairments on speech and language acquisition, provides a detailed description of the stages of language skill formation, and outlines the rehabilitation process involving speech therapists, auditory educators, and other specialists. Special attention is given to the role of early diagnosis and a comprehensive approach to rehabilitation, which are crucial for the successful social integration of these children and achieving positive outcomes in their speech development.

Keywords: speech, language, speech and language development, hearing impairment, cochlear and brainstem implantation, speech therapy rehabilitation.