

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Пензенский государственный университет
Педагогический институт им. В.Г. Белинского

Факультет педагогики,
психологии и социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки 44.03.03
«Специальное (дефектологическое) образование»
Профиль подготовки «Логопедия»

Заочная форма обучения

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ДИЗАРТРИИ
В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Студент

AM- 16.06.26
(подпись, дата)

Костромина Анастасия
Владимировна

Научный руководитель

Комарова 16.06.26
(подпись, дата)

Ассистент Комарова Н.К.

Нормоконтролер

Карпушкина 16.06.26
(подпись, дата)

Е.А. Карпушкина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 16.06.2026 № 13)

Заведующий кафедрой

Л.Н. Корчагина
(подпись)

Л.Н. Корчагина

Работа защищена с отметкой 5/отм. (протокол заседания ГЭК от 16.06.26 № 33)

Секретарь ГЭК

Мали
(подпись)

Н.А. Мали

Пенза, 2026

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	5
1.1.Онтогенетическая база просодических и произносительных компонентов речи.....	5
1.2.Клинические формы дизартрии	8
1.3. Этиология и симптоматика дизартрии	10
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИЗАРТРИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	14
2.1 Организация и методика экспериментального исследования.....	14
2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента	26
ГЛАВА III. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	33
3.1. Формирующий эксперимент с использованием комбинированной методики.....	33
3.2. Коррекция фонетической и просодической стороны речи.....	37
3.3. Формирование речевого дыхания	39
3.4. Тренировка артикуляционных движений.....	41
3.5. Совершенствование голосовой функции	48
3.6. Анализ результатов контрольного эксперимента	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	55
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	58

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы наблюдается увеличение числа детей, имеющих нарушения произносительной и просодической стороны речи, в частности дизартрию. Данное нарушение представляет значительный интерес для специалистов в области логопедии, психологии и педагогики.

Изучением особенностей проявления дизартрии занимались такие исследователи, как Е.Ф. Архипова, Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова и другие. Их работы внесли существенный вклад в понимание механизмов и проявлений данного речевого нарушения.

Своевременная коррекция дизартрии играет важную роль, так как способствует нормализации голосообразования, улучшению речевого дыхания, преодолению артикуляционных трудностей и в целом положительно влияет на речевое развитие ребёнка.

Актуальность исследования обусловлена не только распространённостью дизартрии, но и устойчивой тенденцией к увеличению числа детей с данным нарушением. По данным ряда исследований, доля детей с дизартрическими проявлениями составляет до 40-45 % среди всех детей с речевыми нарушениями, что подтверждает необходимость дальнейшего изучения и совершенствования методов коррекционной работы.

Объект исследования: состояние голосовой функции, речевого дыхания и артикуляционного аппарата у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет исследования: система игр и упражнений, включая кинезиотерапевтические методы, направленные на коррекцию дизартрии у детей дошкольного возраста.

Цель исследования заключается в разработке и научном обосновании системы логопедической работы, направленной на развитие артикуляции, речевого дыхания и фонации у дошкольников с дизартрией.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Проанализировать психолого-педагогическую, методическую и логопедическую литературу по теме исследования.
2. Выявить особенности звукопроизношения и просодической стороны речи у детей дошкольного возраста с дизартрией в ходе констатирующего эксперимента.
3. Реализовать коррекционную работу с использованием игровых приёмов, а также специальных упражнений, включая кинезиотерапию.
4. Оценить эффективность проведённой логопедической работы в ходе контрольного этапа эксперимента.

Гипотеза исследования основана на предположении о том, что у детей с дизартрией наблюдаются комплексные нарушения, затрагивающие дыхательную, голосовую и артикуляционную сферы, а применение современных коррекционных подходов, в частности кинезиотерапии, способствует положительной динамике их развития.

В процессе исследования были использованы следующие методы:

- Анализ научной литературы;
- Констатирующий, формирующий и контрольный эксперимент;
- Количественный и качественный анализ полученных результатов.

Структура выпускной квалифицированной работы включает введение, три главы, заключение и список использованной литературы.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1.1. Онтогенетическая база просодических и произносительных компонентов речи

В пренатальный период дыхательная система плода не выполняет своей основной функции, поскольку газообмен осуществляется через плаценту (М. И. Прищепа [41]). Лёгочная ткань в этот период характеризуется плотностью и недостаточной развитостью эластических элементов. Запуск самостоятельного дыхания происходит сразу после рождения: повышение концентрации углекислого газа в крови активизирует дыхательный центр, что приводит к первому вдоху и включению дыхательного аппарата в работу.

У новорождённых регуляция дыхания ещё несовершенна, вследствие чего наблюдается нестабильность его основных параметров – частоты, глубины и ритмичности. В течение первого года жизни учащённое дыхание рассматривается как физиологическая норма, обеспечивающая адекватную вентиляцию лёгких.

С возрастом дыхательная система претерпевает существенные изменения. В раннем детстве (1-3 года), по мере развития грудной клетки и укрепления межрёберной мускулатуры, формируется грудобрюшной тип дыхания, а его частота постепенно снижается. К 6-7 годам происходит активный рост рёбер и изменение их положения, при этом межрёберные мышцы начинают играть ведущую роль в акте дыхания, что способствует увеличению резервных возможностей лёгких. В младшем школьном возрасте наблюдается дальнейшее увеличение дыхательных объёмов. В подростковом и юношеском периодах продолжается морфофункциональное развитие лёгких: их жизненная ёмкость достигает показателей, близких к взрослым, а также увеличиваются размеры трахеи и бронхов.

Формирование голосового аппарата в онтогенезе носит поэтапный характер (С. М. Валявко [42]) и охватывает периоды от внутриутробного развития до ранней взрослости. По мере роста организма изменяются анатомические и функциональные характеристики голосового аппарата, что отражается на частоте основного тона, тембре, диапазоне и силе голоса.

Исследователи выделяют различные варианты темпов развития голосового аппарата: нормальный, ускоренный и замедленный. Динамика этих процессов может быть как равномерной, так и скачкообразной. Так, наиболее интенсивное развитие лёгких наблюдается в первые месяцы жизни, после чего темпы роста временно снижаются вплоть до пубертатного периода. Значительные изменения трахеи и бронхов приходятся на первый год жизни.

В процессе онтогенеза изменяются и характеристики детского голоса: варьируются его сила, высота, тембр, диапазон и регистровые особенности, что обусловлено неравномерным развитием отдельных структур голосового аппарата.

Особенности фонации у детей также имеют возрастную специфику. До 7 лет преобладает фальцетный механизм голосообразования, при котором ведущую роль играет перстнещитовидная мышца, обеспечивающая натяжение голосовых складок. Другие мышцы вовлекаются в процесс опосредованно, поскольку вокальная мышца ещё недостаточно развита. Её формирование начинается примерно с 7 лет и продолжается до 19-20 лет, что приводит к постепенному переходу к более зрелому механизму фонации.

Размеры гортани варьируются в зависимости от возраста, пола и индивидуальных особенностей: у мужчин она, как правило, крупнее, а хрящевые структуры у женщин отличаются большей тонкостью.

Голосовые реакции появляются уже при рождении и первоначально носят рефлекторный характер. В дальнейшем, по мере формирования условно-рефлекторных связей, на их основе развивается речевая деятельность. Анализ крика и ранних вокализаций ребёнка имеет диагностическое значение, позволяя выявить возможные отклонения речевого развития на ранних этапах.

Е. М. Мастюкова [30] подчёркивает важность изучения интонационной выразительности доречевого периода, а Е. Н. Винарская [13] отмечает, что врождённые голосовые реакции в процессе общения приобретают культурно обусловленные особенности.

В течение первого года жизни крик и голосовые реакции ребёнка претерпевают значительные изменения: они варьируются по силе, высоте, тембру и длительности, приобретая коммуникативную направленность. Уже к 3-4 месяцам ребёнок начинает активно взаимодействовать со взрослым посредством вокализаций, реагируя на мимику и интонацию. Появление гуления сопровождается формированием интонационной выразительности, а к концу первого года жизни начинается освоение фонемного состава речи. На втором году жизни формируются интонационные конструкции, в том числе вопросительная интонация.

Исследования Г. В. Бабиной [6] и И. И. Панченко [33] показали значимость просодических компонентов в обеспечении разборчивости и выразительности речи у детей с дизартрией. К основным параметрам просодики относятся сила голоса, тембр и модуляционные характеристики.

У детей с дизартрией наблюдаются различные варианты нарушений голосовой функции, зависящие от формы расстройства: от монотонного и ослабленного голоса до прерывистого, напряжённого или нестабильного по высоте и силе звучания.

Качество звукопроизношения определяется скоординированной работой различных мышечных групп: языка, губ, щёк, нижней челюсти, а также мышц шеи, глотки, диафрагмы и голосовых складок. Язык имеет сложное анатомическое строение и включает внешние и внутренние мышцы, обеспечивающие точность артикуляционных движений.

С точки зрения иннервации, различные группы мышц получают нервные импульсы от разных черепных нервов (Л. И. Белякова [10]). В формировании звуков речи участвуют как центральные, так и периферические механизмы:

воздушная струя, проходя через органы артикуляции, формирует акустический результат.

Речевые звуки подразделяются на гласные и согласные. Гласные образуются без препятствия для воздушной струи и зависят от положения языка и губ, тогда как при образовании согласных формируется преграда в ротовой полости. В реальной речи звуки реализуются не изолированно, а в составе слогов, слов и фраз.

По мнению А. Е. Елеуовой [20], нарушения дыхания, фонации и артикуляции существенно затрудняют процесс речевого развития и могут выступать как фактор, препятствующий формированию полноценной речи.

1.2. Клинические формы дизартрии

Дизартрия представляет собой нарушение звукопроизводительной и просодической стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией мышц, участвующих в артикуляции [26]. Возникновение данного расстройства нередко связано с гипоксическим поражением продолговатого мозга и шейного отдела спинного мозга в перинатальном периоде, что приводит к снижению активности двигательных единиц, обеспечивающих работу речевой мускулатуры. В результате ребёнок способен выполнять относительно простые движения, однако испытывает затруднения при реализации сложных и быстро сменяющихся артикуляционных актов, требующих точной координации.

Клиническая картина дизартрии включает комплекс взаимосвязанных проявлений. Наиболее характерными из них являются нарушения артикуляции звуков, изменения голосообразования, расстройства темпо-ритмической организации речи, недостаточность речевого дыхания и искажения интонационной выразительности.

Степень выраженности указанных нарушений определяется рядом факторов, среди которых ведущую роль играют локализация поражения (центральный или периферический уровень нервной системы), тяжесть патологического процесса и время его возникновения. Первичные дефекты артикуляции и фонации оказывают влияние на формирование чёткости и разборчивости речи, что может приводить к возникновению вторичных отклонений. Дети с дизартрией характеризуются значительной вариативностью двигательных, психических и речевых особенностей, что подтверждается данными клинических и психолого-педагогических исследований.

Классификация дизартрии традиционно строится с учётом локализации поражения нервной системы, поскольку именно этот фактор определяет специфику проявлений нарушения. Индивидуальные различия в характере звукопроизношения, голосовой функции и артикуляционной моторики обуславливают необходимость дифференцированного подхода к организации логопедической помощи.

Согласно классификации, предложенной О. В. Правдиной [36], выделяются следующие формы дизартрии:

- бульбарная, связанная с периферическими парезами или параличами мышц артикуляционного аппарата вследствие поражения черепных нервов и нередко сопровождающаяся нарушением глотания;
- корковая, обусловленная поражением корковых отделов мозга, отвечающих за программирование артикуляционных движений, при которой нарушается произнесение отдельных слогов при относительной сохранности структуры слова;
- мозжечковая, возникающая при поражении мозжечка и проявляющаяся растянутой, скандированной речью с нестабильной громкостью и нарушенной координацией;
- экстрапирамидная (подкорковая), характеризующаяся смазанной, маловыразительной речью с нарушением темпа, ритма и просодики;

- псевдобульбарная, обусловленная двусторонним поражением корково-ядерных путей и проявляющаяся монотонностью и ограниченностью речевой выразительности;
- стёртая форма (минимальные дизартрические нарушения), при которой отмечаются преимущественно дефекты произношения свистящих и шипящих звуков.

В рамках синдромологического подхода И. И. Панченко [33] выделяет формы дизартрии, характерные для детей с детским церебральным параличом: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую и атактико-гиперкинетическую.

Независимо от формы, дизартрия связана с нарушением моторной реализации устной речи. Степень выраженности речевого дефекта может существенно варьироваться: от незначительных отклонений звукопроизношения до полного отсутствия экспрессивной речи. В наиболее тяжёлых случаях речь становится практически недоступной для понимания окружающими, что соответствует состоянию анартии.

Е. Ф. Архипова [4] выделяет несколько степеней выраженности дизартрии: от лёгкой (стёртой формы) до тяжёлой, при которой речевое общение значительно затруднено или практически невозможно.

1.3. Этиология и симптоматика дизартрии

Дизартрия относится к числу сложных нарушений речи, которые активно изучаются как отечественными, так и зарубежными специалистами [26]. Современные исследования направлены на уточнение механизмов данного расстройства, а также на разработку и совершенствование методов его диагностики и коррекции.

Как правило, дизартрические нарушения обусловлены органическими поражениями центральной нервной системы. Они могут формироваться в

различные сенситивные периоды развития ребёнка под воздействием неблагоприятных факторов, действующих как в пренатальный, так и в перинатальный и постнатальный периоды.

К числу факторов риска, возникающих в период внутриутробного развития, относятся хронические заболевания матери, воздействие ионизирующего излучения, употребление алкоголя, травматизация плода и другие патогенные влияния. В процессе родов существенную роль играют такие осложнения, как стремительное или, напротив, затяжное течение родовой деятельности, её слабость, а также асфиксия плода и иные нарушения физиологического характера.

Помимо этого, как отмечает Т. Б. Филичева [46], развитие дизартрии может быть связано с перенесёнными в раннем возрасте нейроинфекциями, черепно-мозговыми травмами и тяжёлыми соматическими заболеваниями, сопровождающимися поражением центральной нервной системы.

Степень выраженности дизартрических проявлений определяется характером и тяжестью поражения нервной системы. Так, наиболее тяжёлые формы нарушения чаще наблюдаются у детей с детским церебральным параличом (Е. Ф. Архипова [3]). Крайняя степень дизартрии – анартрия – характеризуется полной утратой способности к звуковому оформлению речи вследствие паралича речевой мускулатуры (М. И. Прищепа [41]).

Средняя степень дизартрии нередко встречается у детей с различными формами задержки психического развития. В этом случае отмечаются снижение чёткости звукопроизношения, недостаточная разборчивость речи, искажения отдельных групп фонем, а также изменения фонации, проявляющиеся в монотонности и недостаточной выразительности речи.

Клинические проявления дизартрии носят комплексный характер и затрагивают различные компоненты речевой системы. Нарушения могут проявляться в недостаточности артикуляционной моторики, искажении звукопроизношения, расстройствах речевого дыхания, а также изменениях

голосοοбразования и просодической организации речи (Е. Ф. Архипова [3]; О. Г. Приходько [39]).

Фонационные нарушения при дизартрии выражаются в снижении силы голоса, наличии назализации и ограниченной вариативности его модуляции, что влияет на выразительность речи. В свою очередь, нарушения речевого дыхания характеризуются уменьшением объёма выдыхаемого воздуха, нарушением координации дыхания и речи, ослаблением воздушной струи, а также необходимостью частых дополнительных вдохов в процессе высказывания, что приводит к паузированию речи.

Коррекция указанных нарушений является одной из ключевых задач логопедической работы. Основная цель коррекционного воздействия заключается в комплексном развитии всех компонентов речевой деятельности. При этом особое значение придаётся формированию просодической стороны речи, поскольку работа над интонацией, ритмом и эмоциональной выразительностью способствует не только повышению коммуникативной эффективности речи, но и ускоряет процесс коррекции звукопроизношения [20].

Таким образом, дизартрия рассматривается в современной науке с различных позиций: клинической, логопедической и психологической. Такой комплексный подход позволяет более глубоко понять структуру речевого дефекта и определить эффективные направления коррекционной работы.

Выводы по первой главе

В первой главе рассмотрены теоретические основы изучения дизартрии у детей дошкольного возраста. Проанализированы ключевые этапы развития дыхательной системы, голосового аппарата и артикуляционных компонентов в онтогенезе. Формирование механизмов регуляции голоса и речи происходит поэтапно: от их нестабильности у новорождённых до постепенного достижения нормативных показателей взрослого возраста в подростковый период. Особое значение в этом процессе имеет первый год жизни: анализ акустических характеристик крика и иных голосовых реакций младенца

позволяет прогнозировать вероятность возникновения речевых нарушений в дальнейшем.

Рассмотрены классификации дизартрии, основанные на локализации поражения мозга (по О. В. Правдиной) и синдромологическом подходе (по И. И. Панченко). Выделены степени выраженности расстройства (по Е. Ф. Архиповой) – от лёгкой (стёртой) до тяжёлой. Определено, что проявления дизартрии варьируются от незначительных дефектов звукопроизношения до анартрии – полной утраты способности к фонетическому воспроизведению речи.

Дизартрия представлена как комплексное речевое расстройство, связанное с органическими поражениями центральной нервной системы. Выявлены ключевые факторы риска, оказывающие влияние на развитие ребёнка на различных этапах онтогенеза – в период беременности, во время родов и в постнатальный период. Кроме того, определены основные симптомы речевых нарушений, включающие расстройства звукопроизношения, артикуляционной моторики, речевого дыхания, фонации и просодических характеристик речи.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИЗАРТРИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

2.1 Организация и методика экспериментального исследования

Целью данного исследования является определение уровня сформированности речевого дыхания, голосовой функции, артикуляционной моторики, а также состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Подобрать диагностический инструментарий для изучения особенностей дыхания, голоса, состояния артикуляционного аппарата и звукопроизношения у дошкольников.

2. Провести анализ состояния дыхательной, голосовой и артикуляционной функций, а также уровня сформированности звукопроизношения у детей данной категории.

Экспериментальное исследование проводилось на базе МБДОУ Детский сад с. Богословка. В обследовании приняли участие 20 детей старшего дошкольного возраста с установленным диагнозом «дизартрия», подтвержденным заключением врача-невролога. Констатирующий этап исследования осуществлялся в ноябре 2025 года.

Для выявления специфики проявлений дизартрии использовалась методика, включающая 9 заданий, направленных на комплексное изучение состояния артикуляционного аппарата, дыхательной и голосовой функций, а также звукопроизношения.

Задания 1-6 были направлены на исследование артикуляционной моторики, задание 7 – на оценку дыхания, задания 8-9 – на изучение голосовой функции и фонационного дыхания.

Задания были заимствованы нами из методики И.Н. Балашовой, Н.П. Ванчаковой [45].

Задание 1. Оценка объема движений нижней челюсти. Ребенку предлагается выполнить движения нижней челюстью: вниз-вверх, вправо-влево.

Критерии оценивания:

- 0 – задание выполнено без затруднений;
- 1 – подвижность снижена;
- 2 – выраженные затруднения;
- 3 – наблюдается непродуктивное шевеление;
- 4 – выполнение невозможно.

Задание 2. Определение положения языка. Ребенку предлагается высунуть язык; фиксируются отклонения вправо /влево.

Критерии оценивания:

- 0 – язык по средней линии;
- 1 – легкая девиация;
- 2 – умеренная девиация;
- 3 – выраженная девиация, слабые движения;
- 4 – язык не высовывается.

Задание 3. Определение тонуса языка. Оценивается способность удерживать язык в выдвинутом положении, наличие паретичности.

Критерии оценивания:

- 0 – тонус в норме;
- 1 – легкая спастичность / паретичность;
- 2 – умеренная;
- 3 – выраженная;
- 4 – ригидность или атония.

Задания 4-6. Исследование активных движения языка. Оценивается расположение языка и его внешний вид.

Оцениваются:

- 1) **Мышечная сила**

0 – норма; 1 – легкое снижение; 2 – умеренное; 3 – выраженное; 4 – отсутствует.

2) Точность движений

- 0 – движения точные;
- 1 – легкие затруднения;
- 2 – выраженные затруднения;
- 3 – грубое нарушение;
- 4 – полная дискоординация.

3) Переключаемость

- 0 – без затруднений;
- 1 – замедленность;
- 2 – умеренные трудности (синкинезии, застревания) – 2;
- 3 – выраженные нарушения;
- 4 – отсутствует.

Задание 7. Оценка голосовой функции. Ребенку предлагается выполнить ряд заданий, направленных на выявление особенностей голосообразования.

1) Произнесение фраз с различной интонационной окраской.

Инструкция: Произнеси фразы по-разному: радостно, спокойно, сердито, удивленно.

- Доброе утро! (радость, доброжелательность, удивление).
- До свидания! (спокойствие, грусть).
- Ты где был? (вопрос, недовольство, удивление).

2) Повторение скороговорок.

Инструкция: Повтори за мной.

- Карл у Клары украл кораллы.
- Шла Саша по шоссе и сосала сушку.

При выполнении заданий оценивается сила, звучность, устойчивость голоса, наличие хрипоты, напряженности или ослабленности звучания.

Критерии оценивания:

- 0 – голос звучный, без нарушений;
- 1 – отмечается незначительная ослабленность или напряженность;
- 2 – умеренно выраженные нарушения (дисфония);
- 3 – выраженные нарушения голоса;
- 4 – отсутствие голоса (афония).

Задание 8. Исследование дыхания.

1) Определение типа дыхания.

Ребенку предлагается находиться в спокойном состоянии. Логопед размещает одну руку на грудной клетке ребенка, другую – на области живота.

Оценивается, какая часть тела преимущественно участвует в дыхании:

- при поднятии плеч – ключичное (поверхностное) дыхание;
- при расширении грудной клетки – грудное;
- при движении живота – диафрагмальное.

2) Исследование дифференциации носового и ротового дыхания.

Инструкция: Сейчас будем дышать по-разному. Слушай внимательно и повторяй.

Ребенку предлагаются следующие варианты:

- вдох через нос – выдох через нос;
- вдох через нос – выдох через рот;
- вдох через рот – выдох через рот;
- вдох через рот – выдох через нос.

3) Исследование направленности воздушной струи.

Используется легкий предмет (ватный шарик или кусочек бумаги).

Инструкция: Подуй так, чтобы предмет двигался прямо вперед.

4) Исследование силы воздушной струи.

Инструкция: Подуй на предмет так, чтобы он прокатился по столу.

Перед выполнением ребенок делает вдох через нос, затем сильный направленный выдох через рот (губы вытянуты вперед).

Оцениваются: тип дыхания, его ритмичность, способность к дифференциации, сила и направленность воздушной струи.

Критерии оценивания:

0 – диафрагмальное дыхание, четкая дифференциация, достаточная сила и направленность выдоха;

1 – диафрагмальное дыхание, снижена сила выдоха;

2 – отмечается аритмичность дыхания, недостаточная дифференциация;

3 – преобладает поверхностное дыхание, выраженные нарушения;

4 – задание не выполняется.

Задание 9. Исследование фонационного дыхания.

Ребенку предлагается произнести фразу на одном выдохе.

Инструкция: Сначала вдохни носом, затем скажи предложение до конца, не добирая воздух.

- Мама читает книгу.

- Дети играют во дворе.

Критерии оценивания:

0 – речь осуществляется на одном выдохе, объем достаточный;

1 – объем речевого выдоха ограничен;

2 – выдох ослаблен, речь прерывается;

3 – наблюдается нарушение координации дыхания и фонации;

4 – задание не выполняется.

Было изучено состояние звукопроизношения с опорой на материал из альбома для логопеда О.Б. Иншаковой [21]. Далее приведены примеры слов и некоторых картинок, использованных нами для проверки звукопроизношения.

Звук [С] – сок, коса, весы, миска, лес, носок.



Рис. 1. Предметные картинки для обследования звука [С] (сок, коса, лес)

Звук [С'] – сирень, сеть, письмо, лиса, осень, гусь.

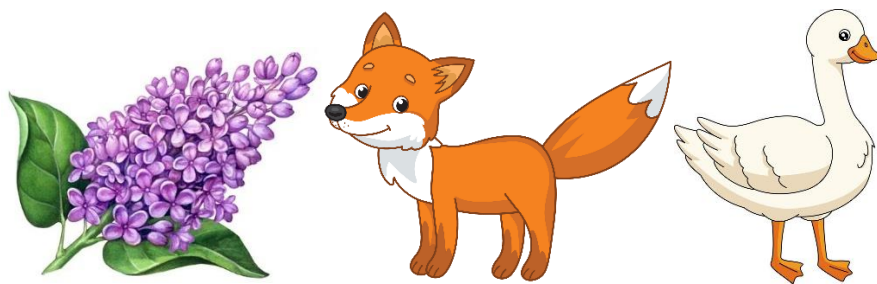


Рис. 2. Предметные картинки для обследования звука [С'] (сирень, лиса, гусь)

Звук [З] – заяц, зуб, коза, ваза, газ, озеро.



Рис. 3. Предметные картинки для обследования звука [З] (заяц, коза, ваза)

Звук [З'] – зима, зелень, зеркало, газета, земля, изюм.



Рис. 4. Предметные картинки для обследования звука [З'] (зима, газета, изюм)

Звук [Ц] – цирк, яйцо, улица, кольцо, лицо, птица.

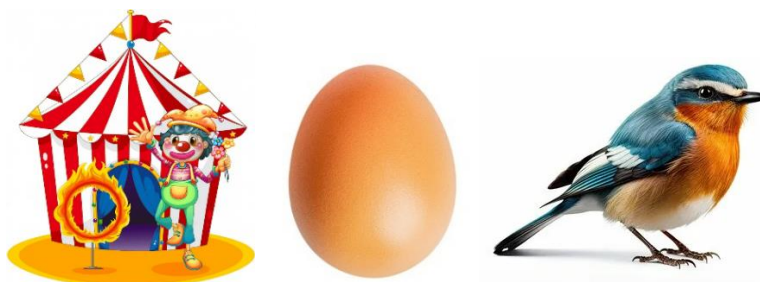


Рис. 5. Предметные картинки для обследования звука [Ц] (цирк, яйцо, птица)

Звук [Ш] – шуба, машина, шило, каша, мышь, чашка.



Рис. 6. Предметные картинки для обследования звука [Ш] (шуба, машина, мышь)

Звук [Ж] – жаба, жук, нож, ужи, жираф, лыжи.

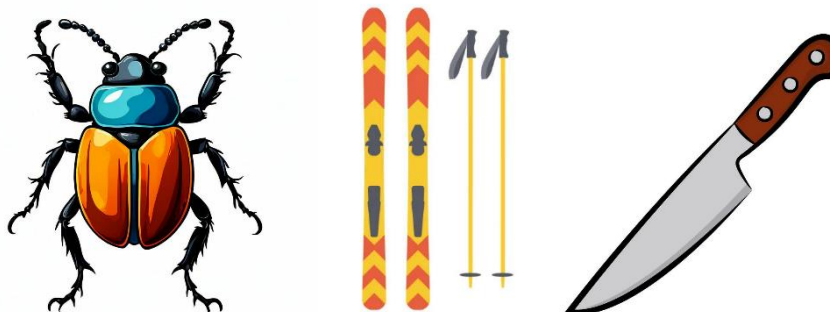


Рис. 7. Предметные картинки для обследования звука [Ж] (жук, лыжи, нож)

Звук [Ч] – часы, печь, мяч, чай, ключ, свеча.

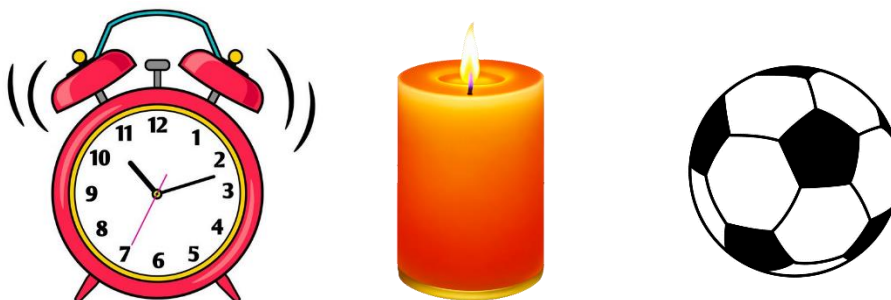


Рис. 8. Предметные картинки для обследования звука [Ч] (часы, свеча, мяч)

Звук [Щ] – щётка, щука, плащ, овощ, щепка, ящик.

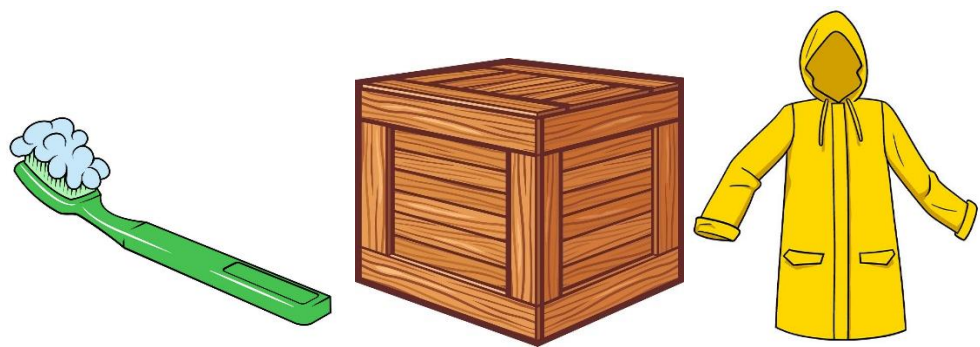


Рис. 9. Предметные картинки для обследования звука [Щ] (щётка, ящик, плащ)

Звук [Р] – рак, дорога, корова, парус, игра, трактор.



Рис. 10. Предметные картинки для обследования звука [Р] (рак, корова, трактор)

Звук [Р'] – река, рисунок, варенье, орехи, дверца, берёза.



Рис. 11. Предметные картинки для обследования звука [Р'] (река, орехи, берёза)

Звук [Л] – лампа, лук, стол, пила, молоко, белый.



Рис. 12. Предметные картинки для обследования звука [Л] (лук, молоко, стол)

Звук [Л'] – лев, лист, лента, лимон, пальма.



Рис. 13. Предметные картинки для обследования звука [Л'] (лев, лимон, пальма)

Звук [j] – ёжик, яблоко, май, поезд, юла, семья.



Рис. 14. Предметные картинки для обследования звука [j] (ёжик, поезд, семья)

Звук [М] – мак, молоко, дом, зима, ком, лампа.



Рис. 15. Предметные картинки для обследования звука [М] (мак, лампа, дом)

Звук [Н] – нос, окно, слон, сон, ванна, луна.



Рис. 16. Предметные картинки для обследования звука [Н] (нос, окно, слон)

Звук [Б] – бочка, банан, зуб, гриб, рыба, барабан.

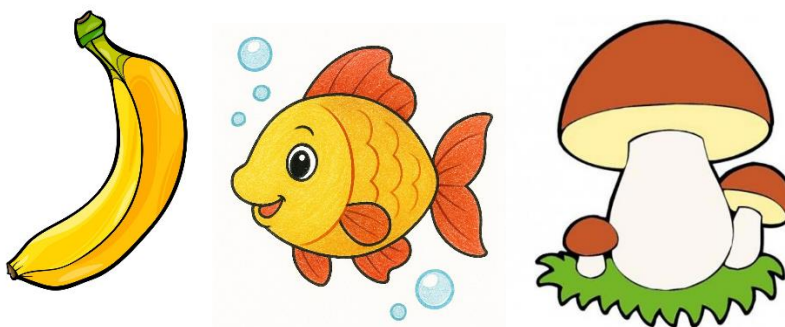


Рис. 17. Предметные картинки для обследования звука [Б] (банан, рыба, гриб)

Звук [Д] – дом, дыня, вода, сад, мед, радуга.



Рис. 18. Предметные картинки для обследования звука [Д] (дыня, радуга, мед)

Звук [В] – вата, волна, сова, лев, трава, дверь.



Рис. 19. Предметные картинки для обследования звука [В] (вата, трава, лев)

Звук [К] – кот, рука, мак, окно, сок, куб.



Рис. 20. Предметные картинки для обследования звука [К] (кот, рука, сок)

Звук [К'] – кит, кеды, пакет, руки, носки, утки.



Рис. 21. Предметные картинки для обследования звука [К'] (кит, носки, пакет)

Звук [Г] – гусь, нога, дорога, вагон, книга, игла.



Рис. 22. Предметные картинки для обследования звука [Г] (гусь, книга, игла)

Звук [Г'] – гиря, гитара, ноги, береги, флаги.



Рис. 23. Предметные картинки для обследования звука [Г'] (гиря, гитара, флаги)

Звук [Х] – хлеб, ухо, муха, тихо, хата, мех.



Рис. 24. Предметные картинки для обследования звука [X] (хлеб, муха, мех)

Звук [X'] – хищник, орехи, духи, сухие.



Рис. 25. Предметные картинки для обследования звука [X'] (орехи, духи)

Результаты обследования учитывались при определении степени выраженности дизартрии:

0-7 баллов – речь в пределах нижней границы нормы;

8-15 баллов – легкая степень;

16-22баллов – умеренная степень;

23-29 баллов – тяжелая степень;

30-36 баллов – анартрия.

2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента

Первое задание было направлено на уточнение объема движений нижней челюсти. Установлено, что у 30% детей наблюдается лишь

незначительное непродуктивное шевеление. У 50% обследуемых отмечается ограниченность движений: недостаточное раскрытие рта, затруднения при выполнении движений вниз, вверх, а также в стороны. В процессе выполнения задания у ряда детей возникали трудности, связанные с недостаточным пониманием инструкции и неуверенностью в действиях, в связи с чем потребовалось повторное предъявление задания.

Второе задание предусматривало определение положения языка. Анализ полученных данных показал, что у 10% детей язык располагается по средней линии, у 10% отмечается незначительное отклонение. У 20% обследуемых выявлена умеренная девиация, у 30% – выраженное отклонение языка от средней линии. У 10% детей язык не выводится за пределы полости рта. Выполнение задания затруднений не вызвало.

Третье задание было направлено на оценку тонуса языка. Результаты показали, что у 10% детей наблюдается легкая спастичность, у 50% – умеренная, у 30% – выраженная спастичность. У 10% обследуемых выявлена ригидность языка. Все дети справились с выполнением данного задания без дополнительных затруднений.

В ходе выполнения четвертого, пятого и шестого заданий оценивались мышечная сила языка, точность и переключаемость движений. Установлено, что нормальная мышечная сила наблюдается у 10% детей, легкое снижение – у 30%, умеренное – у 20%, выраженное – также у 20%. У 20% детей мышечная сила языка практически отсутствует.

Анализ точности движений показал, что у 10% детей она соответствует норме, у 30% отмечаются незначительные затруднения, у 30% – выраженные нарушения. У 20% обследуемых выявлено грубое нарушение точности движений, а у 10% – полная их дискоординация.

Исследование переключаемости движений показало, что у 20% детей она сохранна, еще у 20% наблюдается замедленность. У 60% обследуемых выявлены различные степени нарушений: умеренные – у 30% и выраженные

– у 30%. Следует отметить, что значительная часть детей не сразу понимала инструкцию и выполняла задания неуверенно.

В седьмом задании оценивались характеристики голосовой функции: звучность, интонационная выразительность и ритмическая организация речи. У 40% детей голос соответствует возрастной норме. У 20% обследуемых выявлена умеренная дисфония, проявляющаяся в снижении громкости и недостаточной вариативности интонации. У 40% детей отмечается выраженная дисфония: голос тихий, монотонный, ослабленный, в ряде случаев речь осуществляется шепотом, интонационные изменения отсутствуют. Все дети справились с заданием без выраженных затруднений.

Восьмое задание было направлено на изучение особенностей дыхания. Установлено, что у 60% детей сформирован диафрагмальный тип дыхания, они способны различать носовой и ротовой вдох и выдох, а также демонстрируют достаточную силу и направленность воздушной струи. У 10% детей при сохранности диафрагмального типа дыхания отмечается снижение объема и силы выдоха. У 30% обследуемых выявлен поверхностный (верхнеключичный) тип дыхания, аритмичность дыхательного процесса, недостаточная сила и объем выдоха, а также несформированность дифференциации носового и ротового дыхания.

Девятое задание было направлено на оценку фонационного дыхания. Нормальные показатели выявлены у 20% детей. У 30% обследуемых отмечается ограниченный объем речевого выдоха, у 40% – его ослабленность, однако при этом речь осуществляется на выдохе. У 10% детей наблюдается нарушение координации дыхания и фонации, в отдельных случаях речь осуществляется на вдохе. Еще 10% детей не справились с заданием: они не выполняли вдох через нос и не могли произнести фразу на выдохе.

Результаты констатирующего эксперимента представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Результаты обследования

Задания Дети	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ребенок А	4	3	2	2	1	2	3	0	2
Ребенок Б	4	4	4	4	2	0	0	0	1
Ребенок В	3	0	2	1	2	0	3	0	1
Ребенок Г	4	3	3	4	2	2	2	0	1
Ребенок Д	4	2	3	3	2	3	3	0	2
Ребенок Е	3	0	2	1	1	1	0	3	4
Ребенок Ж	0	1	3	3	3	3	3	3	2
Ребенок З	4	3	2	2	2	2	0	0	2
Ребенок И	3	2	2	0	3	3	0	1	3
Ребенок К	0	0	1	1	0	1	2	3	0
Ребенок Л	4	3	2	2	1	2	3	0	2
Ребенок М	4	4	4	4	2	0	0	0	1
Ребенок Н	3	0	2	1	2	0	3	0	1
Ребенок О	4	3	3	4	2	2	2	0	1
Ребенок П	4	2	3	3	2	3	3	0	2
Ребенок Р	3	0	2	1	1	1	0	3	4
Ребенок С	0	1	3	3	3	3	3	3	2
Ребенок Т	4	3	2	2	2	2	0	0	2
Ребенок У	3	2	2	0	3	3	0	1	3
Ребенок Ф	0	0	1	1	0	1	2	3	0

На основе анализа данных, представленных в таблице 1, были сформулированы следующие выводы: у 6 детей выявлена лёгкая степень выраженности дизартрии, у 14 детей – умеренная степень. Случаев тяжёлой степени дизартрии в ходе исследования не зафиксировано.



Рис 26. Результаты экспериментального изучения

Лёгкая степень дизартрии диагностирована у 30% обследованных дошкольников. Для данной группы характерны незначительные нарушения функционирования артикуляционного аппарата, проявляющиеся в слабовыраженной девиации языка, умеренной спастичности и снижении мышечной силы. При голосообразовании отмечаются признаки лёгкой дисфонии, интонационная выразительность речи снижена. Объём речевого дыхания ограничен, однако речевая продукция осуществляется преимущественно на выдохе. Нарушения звукопроизношения затрагивают отдельные фонемы, в частности [Р], [Р'], [С], [С'], [Ш].

У 70% детей выявлена умеренная степень дизартрии. Для данной категории характерны более выраженные нарушения артикуляционной моторики, речевого дыхания, голосообразования и звукопроизношения. Отмечаются умеренная девиация и спастичность языка, затруднения в точности и переключаемости артикуляционных движений. Голос, как правило, тихий, при этом частично сохраняется интонационная окраска. Дыхание преимущественно диафрагмального типа, однако наблюдается снижение объёма и силы выдоха. Нарушения звукопроизношения носят более распространённый характер и включают фонемы [Р], [Р'], [С], [С'], [Ш], [Ц], [Ч].

Полученные результаты экспериментального исследования свидетельствуют о необходимости организации целенаправленной логопедической работы. Основными направлениями коррекционного воздействия должны стать формирование правильного звукопроизношения, развитие артикуляционной моторики, нормализация речевого дыхания, а также совершенствование голосовых и интонационных характеристик речи.

Выводы по второй главе

Экспериментальное исследование проводилось на базе МБДОУ Детский сад с. Богословка с участием 20 дошкольников, имеющих дизартрию. В рамках работы была использована комплексная диагностическая методика, включающая 9 заданий (по И. Н. Балашовой и Н. П. Ванчаковой), а также обследование звукопроизношения по материалам О. Б. Иншаковой. Оценка охватывала состояние артикуляционной моторики, речевого дыхания, голосовой функции, интонационной выразительности и звукопроизношения.

Анализ результатов позволил установить, что 30% детей имеют лёгкую степень дизартрии, характеризующуюся незначительными нарушениями артикуляции и снижением объёма речевого дыхания. У 70% обследованных диагностирована умеренная степень дизартрии, проявляющаяся более выраженными нарушениями, включая спастичность и девиацию языка, снижение громкости голоса при частичной утрате интонационной выразительности, а также уменьшение силы и объёма выдоха.

Наиболее распространёнными нарушениями стали ограничение подвижности нижней челюсти (выявлено у 50% детей), девиация языка (у 60%), повышенный мышечный тонус (у 90%) и признаки дисфонии (у 60%).

Полученные данные подтверждают необходимость проведения системной логопедической коррекции. Коррекционная программа должна носить комплексный характер и включать развитие артикуляционной моторики, формирование правильного речевого дыхания, работу над голосом и интонацией, а также постановку и автоматизацию нарушенных звуков, прежде всего свистящих, шипящих и сонорных. Реализация указанных

направлений будет способствовать повышению разборчивости речи и улучшению коммуникативных навыков у дошкольников с дизартрией.

ГЛАВА III. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

3.1. Формирующий эксперимент с использованием комбинированной методики

Проведённое экспериментальное исследование, направленное на изучение просодической и произносительной сторон речи у дошкольников с дизартрией, подтвердило необходимость организации целенаправленной коррекционной работы.

Цель исследования заключается в совершенствовании речевого дыхания, фонации и артикуляционных навыков с использованием игровых и тренировочных методов, а также элементов кинезиотерапии, адаптированных к особенностям детей дошкольного возраста с дизартрическими нарушениями.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Осуществить отбор и систематизацию речевого материала и практических заданий, включая комплекс кинезиотерапевтических упражнений.
2. Реализовать экспериментальную программу обучения, направленную на развитие артикуляционного аппарата, формирование речевого дыхания и совершенствование фонационных процессов.
3. Провести итоговую диагностику с целью оценки результативности проведённой коррекционной работы.

Экспериментальная работа проводилась в период с января по апрель 2026 года на базе МБДОУ детского сада села Богословка. В исследовании приняли участие 20 детей старшего дошкольного возраста с диагнозом дизартрия. Коррекционные занятия осуществлялись два раза в неделю: индивидуальные – продолжительностью 20 минут, групповые – 30 минут.

Реализация программы способствовала положительной динамике в развитии артикуляционной моторики, речевого дыхания и фонационных навыков у детей.

Логопедическая работа носила комплексный характер и была направлена на устранение выявленных речевых нарушений, включая три основных направления: коррекцию дыхания, развитие фонации и совершенствование артикуляционной моторики.

Уникальность предложенной методики коррекции дизартрии у дошкольников

Предложенная методика сочетает игровые технологии и кинезиотерапию, что создаёт комплексный подход к коррекции дизартрии. Её уникальность определяется сочетанием нескольких инновационных элементов и принципов работы.

Ключевые отличительные черты

1. Интеграция кинезиотерапии и логопедических игр

В отличие от традиционных подходов, где акцент делается либо на артикуляционную гимнастику, либо на дыхательные упражнения, методика объединяет:

- кинезиологические упражнения для активации межполушарного взаимодействия;
- игровые задания, мотивирующие ребёнка к выполнению логопедических задач.

Это позволяет одновременно развивать речь и когнитивные функции (внимание, память, мышление).

2. Поэтапное развитие речевых навыков с опорой на сенсомоторную интеграцию

Методика строится на принципе «от движения – к речи»:

- сначала активизируются двигательные центры мозга через кинезиологические упражнения;

- затем эти навыки переносятся на речевые задачи (артикуляция, дыхание, фонация).

Такой подход особенно эффективен при дизартрии, где нарушена связь между моторными и речевыми зонами мозга.

3. Комплексное воздействие на все компоненты речевой функции

Одновременно корректируются:

- речевое дыхание (удлинение выдоха, нормализация ритма);
- голос (интонационная окраска, сила звучания);
- артикуляционная моторика (снижение тонуса, точность движений);
- звукопроизношение (исправление искажений);
- просодика (темп, модуляция голоса).

4. Адаптивность и индивидуализация

Методика предусматривает:

- подбор упражнений с учётом степени тяжести дизартрии;
- постепенное усложнение заданий по мере прогресса ребёнка;
- возможность комбинировать элементы под конкретные потребности (например, усиление дыхательной гимнастики при слабом голосе или акцент на артикуляции при грубых искажениях звуков).

5. Мотивационная составляющая через игровые элементы

Использование игровых форматов решает проблему низкой вовлечённости детей:

- упражнения подаются как увлекательные задания («загони мяч в ворота», «фокус со свечой» и т.д.);
- ребёнок воспринимает занятия не как терапию, а как игру, что повышает их эффективность.

6. Опора на нейропсихологические механизмы

Кинезиологические упражнения:

- стимулируют работу комиссур (межполушарных связей);
- улучшают координацию между двигательными и речевыми центрами;

- развивают проприоцептивную чувствительность, необходимую для контроля артикуляции.

7. Практико-ориентированный подход

Занятия не требуют специального оборудования – все упражнения можно выполнять в условиях детского сада или дома. Это делает методику доступной для широкого применения.

Уникальность методики подтверждается следующими аспектами:

- Междисциплинарность. Объединяет логопедию, кинезиологию и нейропсихологию.

- Доказанная эффективность. Результаты контрольного эксперимента показали положительную динамику по всем параметрам речи (дыхание, голос, артикуляция, звукопроизношение).

- Универсальность. Подходит для детей с разной степенью тяжести дизартрии и может быть адаптирована под индивидуальные особенности.

- Долгосрочный эффект. Развивая не только речевые, но и когнитивные навыки, методика создаёт устойчивую базу для дальнейшего речевого развития.

Практическая значимость

Применение методики позволяет:

- сократить сроки коррекции дизартрии за счёт комплексного воздействия;

- повысить вовлечённость детей в занятия через игровые элементы;

- добиться устойчивых результатов благодаря развитию межполушарного взаимодействия и сенсомоторной интеграции;

- внедрить методику в работу детских садов и логопедических центров без значительных затрат.

3.2. Коррекция фонетической и просодической стороны речи

В современной логопедической практике используется широкий спектр методов коррекции дизартрии у детей дошкольного возраста, включающий как традиционные, так и инновационные подходы. Особое внимание в последние годы уделяется кинезиотерапии как одному из перспективных направлений коррекционно-развивающей работы.

Кинезиология представляет собой междисциплинарную область, сформировавшуюся в США и получившую широкое распространение в мировой практике. В отечественной науке системное изучение двигательной активности началось в 1930-х годах, что нашло отражение в работах профессора Н. А. Бернштейна [52].

В 1970-х годах была предложена концепция «Три в одном» [52], разработанная специалистами различных областей: кинезиологом Г. Стоксом, врачом-генетиком Д. Уайтсайдом и психологом К. Келлуэй. Данное направление рассматривает взаимосвязь двигательной активности, психических процессов и эмоционального состояния человека.

Применение кинезиотерапии оказывает благоприятное воздействие на развитие сохранных когнитивных функций, включая концентрацию внимания, ясность представлений и активность мышления. Существенное влияние данный подход оказывает и на различные виды памяти: эмоциональную, образную, словесно-логическую, двигательную, а также произвольную, обеспечивающую осознанное выполнение заданий [53].

Важным компонентом кинезиотерапии является лечебная гимнастика, обладающая общеукрепляющим эффектом. Она способствует развитию мышечной активности, включая процессы напряжения и расслабления, формирует точность движений, снижает проявления избыточной моторики, а также способствует восстановлению координации и нормализации

мышечного тонуса. Кроме того, упражнения направлены на развитие кинестетических ощущений и совершенствование двигательных навыков [52].

Несмотря на длительную историю изучения кинезиологии, её активное внедрение в практику работы с детьми с тяжёлыми нарушениями речи, включая дизартрию, началось сравнительно недавно.

Кинезиологические упражнения представляют собой специально организованные двигательные действия, направленные на активизацию межполушарного взаимодействия. Они способствуют развитию комиссуральных связей, обеспечивающих обмен информацией между полушариями головного мозга, что, в свою очередь, положительно влияет на согласованность их функционирования [53].

В рамках проведённой работы были использованы следующие упражнения:

1. **Кулак – ребро – ладонь.** Упражнение направлено на развитие межполушарного взаимодействия, повышение концентрации внимания и активизацию мыслительных процессов. Ребёнку предлагается последовательно воспроизводить три положения руки на поверхности стола: сжатый кулак, ладонь, поставленная на ребро, и раскрытая ладонь. Выполнение осуществляется сначала каждой рукой отдельно, затем одновременно обеими руками.

2. **Класс – О'кей.** Заключается в поочерёдной смене положений кистей рук, что способствует развитию координации и переключаемости движений.

3. **Ухо – нос.** Упражнение направлено на координацию движений и развитие межполушарных связей. Ребёнок одновременно удерживает одной рукой нос, другой – противоположное ухо, после чего выполняет хлопок и меняет положение рук.

4. **Лодочка.** Выполняется в положении лёжа на спине. Ребёнок одновременно поднимает руки, ноги и голову, удерживая положение в течение нескольких секунд, после чего возвращается в исходное положение.

Упражнение способствует развитию мышечного тонуса и координации движений.

5. **Колечко.** Предполагает последовательное соединение пальцев руки с большим пальцем в прямом и обратном порядке. Выполняется сначала каждой рукой отдельно, затем одновременно двумя руками, что способствует развитию мелкой моторики и координации.

В системе коррекции дизартрии также применяются нетрадиционные методы, например, су-джок-терапия, вокалотерапия и гидрокинезиотерапия. Несмотря на их эффективность при комплексном воздействии, в рамках данного исследования они не использовались, поскольку требуют значительных временных затрат и наличия специального оборудования.

3.3. Формирование речевого дыхания

Развитие дыхательной функции и устранение её нарушений – один из ключевых аспектов логопедической коррекции при дизартрии.

Работа над дыхательными нарушениями начинается с выполнения общеукрепляющих упражнений. Их главная задача – повысить объём вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, усилить его поток и нормализовать дыхательный ритм [53].

На логопедических занятиях важно целенаправленно развивать оба вида дыхания – физиологическое и фонационное. Это позволяет создать прочную базу для речевого дыхания и одновременно отработать навыки контроля воздушного потока в процессе говорения.

В логопедической практике выделяют два вида дыхания: физиологическое и фонационное, которые имеют ряд существенных различий [53].

1. Механизм их осуществления. Физиологическое дыхание протекает автоматически и не требует осознанного контроля, тогда как

фонационное дыхание является произвольным и напрямую связано с речевой деятельностью.

2. Соотношение фаз вдоха и выдоха. При физиологическом дыхании они примерно равны по длительности. В условиях речевой деятельности вдох становится кратким, а выдох – более продолжительным, что обеспечивает возможность произнесения фраз.

3. Связь с эмоциональным состоянием. Фонационное дыхание служит своеобразным индикатором психоэмоционального напряжения. Характер выдоха тесно связан с текущим психическим состоянием человека: особенности способа выдыхания могут служить своеобразным индикатором эмоционального фона. Кроме того, богатство интонаций и оттенков речи во многом определяется особенностями дыхательного процесса.

- Упражнения, направленные на отработку физиологического дыхания, оказывают комплексное воздействие: укрепляют дыхательную мускулатуру, способствуют увеличению объёма лёгких, нормализуют дыхательный ритм и создают необходимую базу для освоения более сложных речевых и дыхательных задач.

- Упражнения на фонационное дыхание учат распределять воздух на выдохе, экономно его расходовать, контролировать силу и направленность воздушной струи. Это напрямую влияет на чёткость дикции, плавность речи, интонационную выразительность и устойчивость голоса.

В коррекционной работе были использованы следующие дыхательные упражнения:

Упражнение 1. Чередование способов дыхания.

Ребёнку предлагается выполнять различные варианты дыхания: вдох через нос с выдохом через рот, затем наоборот, а также дыхание только через нос и только через рот. Каждое задание выполняется в среднем 10-15 раз.

Упражнение 2. Дуновение тёплым и холодным воздухом.

Ребёнок, высунув язык, поочерёдно направляет на ладонь тёплый и холодный воздушный поток, что способствует развитию контроля дыхания.

Упражнение 3. Дуновение на вату.

После вдоха ребёнок направляет струю воздуха на кусочек ваты, расположенный на ладони, а затем на носу, регулируя силу и направление выдоха.

Упражнение 4. Загони мяч в ворота.

Упражнение предполагает направленный выдох на вату с целью перемещения её в заданном направлении, что развивает точность воздушной струи.

Упражнение 5. Фокус.

Ребёнку предлагается медленно выдыхать на пламя свечи таким образом, чтобы оно не гасло, а лишь отклонялось. Затем упражнение усложняется выполнением с высунутым языком.

3.4. Тренировка артикуляционных движений

При дизартрии отмечаются нарушения моторной функции артикуляционного аппарата, что обуславливает необходимость проведения специально организованной коррекционной работы. Логопедические занятия, как правило, проводятся перед зеркалом, что позволяет ребёнку осуществлять зрительный контроль за правильностью выполнения артикуляционных движений.

В логопедической практике различают два основных вида артикуляционной гимнастики: пассивную и активную. Их включение в занятия выстраивается по постепенному принципу усложнения – от пассивных движений к активным, с промежуточным этапом пассивно-активных упражнений. Это обеспечивает плавный переход от полной зависимости от помощи логопеда к самостоятельному контролю артикуляции.

Пассивная артикуляционная гимнастика выполняется после предварительного массажа. В этом случае движения органов артикуляционного аппарата осуществляет сам логопед – с помощью рук, шпателя или зонда.

Основными целями пассивной гимнастики являются:

- вовлечение в работу мышечных групп, ранее не участвовавших в речевых движениях;
- ребёнок не осуществляет контроль за началом, завершением движения и временем фиксации – эти параметры определяются действиями логопеда;
- выполнение должно носить плавный, медленный характер с постепенным наращиванием нагрузки [53].

На промежуточном этапе переходят к пассивно-активным упражнениям: логопед начинает движение, а ребёнок старается продолжить его самостоятельно. Это помогает постепенно вовлечь ребёнка в процесс и подготовить его к самостоятельным действиям.

Активная артикуляционная гимнастика требует усиленного внимания к развитию проприоцептивной и тактильной чувствительности. Она направлена на формирование статико-динамических ощущений и развитие суставно-мышечной кинестезии.

На начальных этапах коррекционной работы реализуется принцип компенсации: активно задействуются различные анализаторные системы – зрительная, слуховая и тактильная. При этом ведущая роль отводится тактильному анализатору, обеспечивающему формирование кинестетических ощущений. Именно поэтому подготовительный этап включает массаж и пассивные упражнения, предшествующие активной гимнастике [53].

По мере формирования навыков происходит постепенное снижение опоры на внешние анализаторы, что способствует развитию более точной и дифференцированной кинестезии. В дальнейшем отдельные упражнения

могут выполняться с закрытыми глазами, что усиливает концентрацию на внутренних ощущениях.

При выполнении активных артикуляционных упражнений особое внимание уделяется следующим параметрам:

- объёму и амплитуде движений органов артикуляции;
- дифференцированному включению отдельных мышечных групп;
- плавности и симметричности движений;
- скорости переключения между артикуляционными позициями;
- произвольности и осознанности выполнения [53].

В рамках коррекционной работы применялись следующие упражнения активной артикуляционной гимнастики (для большей наглядности детям предлагались опорные картинки-фотографии с изображениями правильного выполнения):

Упражнение 1. Заборчик.

Ребёнку предлагается широко улыбнуться так, чтобы были видны зубы, и удерживать данное положение в течение 15-20 секунд.



Рис. 27. Артикуляционное упражнение – Заборчик

Упражнение 2. Хоботок.

Губы вытягиваются вперёд и фиксируются на 15-20 секунд. Возможно чередование с упражнением «Заборчик».



Рис. 28. Артикуляционное упражнение – Хоботок

Упражнение 3. Змейка.

Язык высовывается вперёд и максимально сужается.



Рис. 29. Артикуляционное упражнение – Змейка

Упражнение 4. Блинчик.

Широкий расслабленный язык располагается на нижней губе и удерживается в течение 15-20 секунд.



Рис. 30. Артикуляционное упражнение – Блинчик

Упражнение 5. Маятник.

Кончик языка поочерёдно перемещается к правому и левому уголкам рта. Упражнение выполняется в положении «улыбка» (15-20 повторений).



Рис. 31. Артикуляционное упражнение – Маятник

Упражнение 6. Тяги-перетяги.

Кончик языка поднимается к верхней губе и затем опускается к нижней. Выполняется в медленном темпе, с фиксацией положений (15-20 повторений).



Рис. 32. Артикуляционное упражнение – Тяги-перетяги

Упражнение 7. Пиала.

Язык поднимается вверх, края приподняты, образуя «чашечку». Удерживать положение 10-15 секунд.



Рис. 33. Артикуляционное упражнение – Пиала

Упражнение 8. Грибок.

Язык присасывается к нёбу, рот открыт. Удерживать положение 10-15 секунд, не отрывая язык.



Рис. 34. Артикуляционное упражнение – Грибок

Упражнение 9. Пони.

Язык цокает, имитируя звук копыт. Выполняется в среднем темпе (15-20 повторений).



Рис. 35. Артикуляционное упражнение – Пони

Упражнение 10. Качели.

Кончик языка поочерёдно тянется к верхним и нижним зубам. Выполняется медленно (15-20 повторений).



Рис. 36. Артикуляционное упражнение – Качели

Упражнение 11. Чистим зубки.

Кончик языка «чистит» внутреннюю поверхность верхних, затем нижних зубов. Выполняется по кругу (10-15 раз в каждую сторону).



Рис. 37. Артикуляционное упражнение – Чистим зубки

Упражнение 12. Маляр.

Язык «красит» нёбо – проводит вперёд-назад по верхнему нёбу. Выполняется медленно (15-20 повторений).



Рис. 38. Артикуляционное упражнение – Маляр

Упражнение 13. Иголочка.

Язык вытягивается вперёд и максимально заостряется. Удерживать положение 10-15 секунд.



Рис. 39. Артикуляционное упражнение – Иголочка

Упражнение 14. Лопаточка.

Широкий расслабленный язык высовывается вперёд и лежит неподвижно. Удерживать 15-20 секунд.



Рис. 40. Артикуляционное упражнение – Лопаточка

Упражнение 15. Часики.

Кончик языка перемещается из стороны в сторону (как маятник часов), рот открыт. Выполняется в умеренном темпе (15-20 повторений).



Рис. 41. Артикуляционное упражнение – Часики

3.5. Совершенствование голосовой функции

Формирование и коррекция процесса фонации является значимым этапом логопедической работы с детьми, страдающими дизартрией. При этом нарушении речь становится нечёткой и смазанной, а голос – тихим и слабым. В отдельных случаях наблюдается противоположная картина: голос звучит резко и визгливо. Дополнительно отмечают нарушения дыхательного ритма, из-за чего речь теряет плавность, членораздельность и внятность. Темп речи может быть как ускоренным, так и замедленным.

Специальная подготовка позволяет детально изучить работу голосового аппарата и добиться оптимального акустического эффекта при минимальной нагрузке на органы речи.

Упражнение 1. Пошаговое изменение силы голоса.

Ребёнку предлагается произносить короткие слова или фразы (например: «мама», «дом», «я иду») с постепенным увеличением громкости – от едва слышного звучания до максимально возможного. Затем упражнение выполняется в обратном порядке, с постепенным снижением силы голоса.

Упражнение 2. Регуляция громкости на тематическом материале.

Для выполнения задания используется последовательность слов, объединённых общей темой, например «времена года»:

зима, весна – беззвучная артикуляция;

лето – тихий голос (шёпот);

осень – средняя сила;

зима – громкое произнесение;

далее последовательность повторяется в обратном порядке с постепенным ослаблением голоса.

В качестве альтернативы можно использовать другие тематические ряды (например: «части суток», «игрушки», «животные»), варьируя силу голоса по заданной схеме.

Упражнение 3. Развитие интонационной выразительности.

Ребёнку предлагается произносить различные фразы с заданной эмоциональной окраской: вопросительной, радостной, удивлённой, спокойной, сердитой или задумчивой.

В качестве речевого материала могут использоваться следующие предложения:

- Мы идём гулять,
- У меня есть мяч,
- Сегодня хорошая погода,
- Я люблю играть,
- Смотри, что я нашёл.

3.6. Анализ результатов контрольного эксперимента

С целью подтверждения результативности проведённой логопедической работы в мае 2026 года был организован контрольный этап исследования. В нём участвовали те же дети, которые ранее проходили экспериментальное обучение. Для обеспечения сопоставимости данных испытуемым были предложены задания, аналогичные использованным на этапе констатирующего эксперимента.

Таблица 2

Задания Дети	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ребенок А	3	2	0	1	0	1	2	0	0
Ребенок Б	3	3	3	3	1	0	0	0	0
Ребенок В	2	0	1	0	1	0	1	0	0
Ребенок Г	4	2	2	2	0	2	0	0	0
Ребенок Д	2	3	1	2	4	2	1	1	0
Ребенок Е	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Ребенок Ж	0	2	2	1	2	2	1	2	4
Ребенок З	2	2	1	0	1	1	0	0	1
Ребенок И	0	0	0	0	2	2	0	0	3
Ребенок К	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ребенок Л	3	2	0	1	0	1	2	0	0
Ребенок М	3	3	3	3	1	0	0	0	0
Ребенок Н	2	0	1	0	1	0	1	0	0
Ребенок О	4	2	2	2	0	2	0	0	0
Ребенок П	2	3	1	2	4	2	1	1	0
Ребенок Р	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Ребенок С	0	2	2	1	2	2	1	2	4
Ребенок Т	2	2	1	0	1	1	0	0	1
Ребенок У	0	0	0	0	2	2	0	0	3

Ребенок Ф	0	0	0	0	0	0	0	1	0
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Анализ данных, представленных в таблице 2, позволил установить следующее распределение результатов: у 12 детей признаки дизартрии практически не выявляются; у 4 детей диагностирована лёгкая степень выраженности симптоматики; ещё у 4 – умеренная степень. Случаев тяжёлой формы нарушения зафиксировано не было.



Рис. 42. Результаты контрольного эксперимента

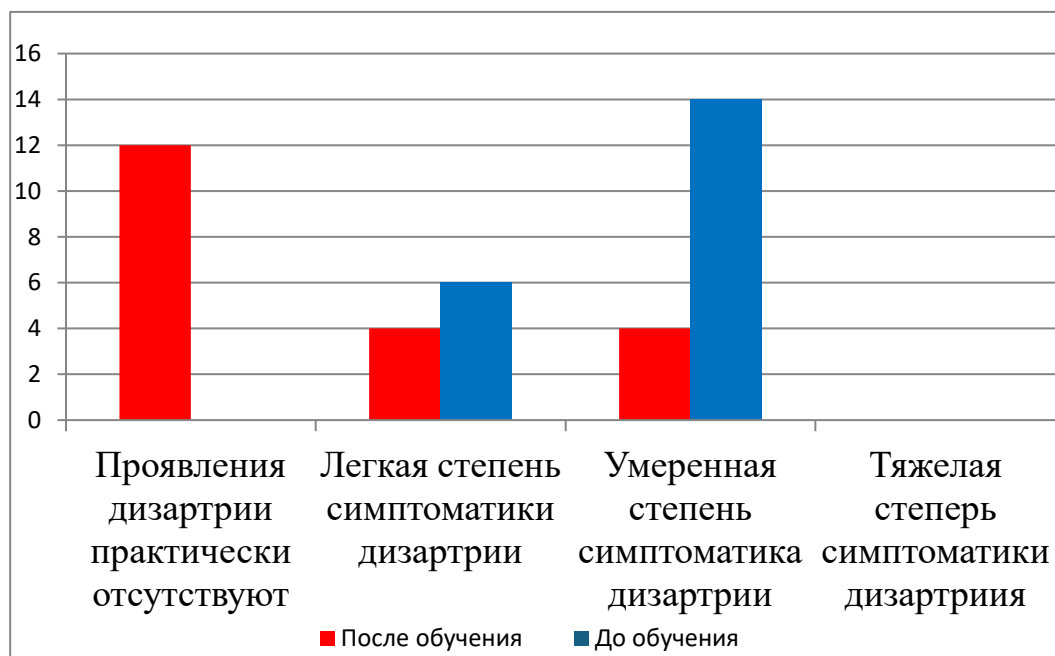


Рис. 43. Сравнение результатов исследования

Сопоставление результатов контрольного и констатирующего этапов (рис. 43) свидетельствует о положительной динамике в развитии

артикуляционной моторики и нормализации мышечного тонуса. Наиболее выраженные изменения отмечены у детей, которые, помимо занятий на логопедическом пункте дошкольного учреждения, дополнительно посещали разработанные нами занятия, а также получали неврологическое сопровождение, что подтверждается медицинской документацией, предоставленной родителями.

В частности, при исходно лёгкой девиации языка после завершения обучения его положение в большинстве случаев соответствовало физиологической норме. У детей с умеренными нарушениями в ходе контрольного обследования наблюдалось значительное снижение отклонений: при выполнении двигательных проб фиксировались лишь незначительные колебания языка в полости рта.

Показатели мышечного тонуса также продемонстрировали положительные изменения: при лёгкой и умеренной спастичности отмечено приближение к норме, тогда как при более выраженных нарушениях наблюдалось их снижение до умеренного уровня. Мышечная сила языка у 60% детей достигла нормативных значений. У оставшихся 40%, ранее имевших выраженные отклонения, на контрольном этапе были выявлены уже умеренные нарушения.

Значительные улучшения зафиксированы в показателях координации движений: у 70% детей нормализовалась переключаемость и точность артикуляционных движений, у остальных отмечена выраженная положительная динамика.

Анализ состояния голосовой функции показал снижение выраженности дисфонии. Если до начала обучения у 20% детей наблюдалась умеренная степень нарушения, то по итогам работы выраженные трудности фонационного оформления речи в экспериментальной группе не выявлялись. У детей с исходно тяжёлыми проявлениями дисфонии отмечен переход к более лёгкой степени.

Важным направлением работы являлось развитие речевого дыхания. У детей с первоначально сниженным объёмом и силой выдоха данные показатели к завершению эксперимента существенно улучшились и приблизились к возрастной норме. На этапе первичной диагностики у 30% испытуемых фиксировались нарушения дыхания, включая верхнеключичный тип, аритмичность дыхательных циклов, недостаточный объём выдоха и недифференцированность носового и ротового дыхания.

По результатам контрольного этапа у 20% детей сформировался диафрагмальный тип дыхания, а также появилась способность различать носовой и ротовой вдох и выдох, несмотря на сохраняющееся снижение силы выдоха. У 10% испытуемых значимых изменений в параметрах дыхания выявлено не было.

Таким образом, несмотря на ограниченные сроки проведения экспериментального обучения, полученные данные убедительно демонстрируют его эффективность и подтверждают выдвинутую гипотезу исследования. Вместе с тем, учитывая сложность патогенеза дизартрии и наличие неврологических факторов, представляется целесообразным продолжение коррекционной работы в более длительной перспективе с обязательным участием медицинских специалистов.

Выводы по третьей главе

Экспериментальная работа с детьми старшего дошкольного возраста, имеющими дизартрию, проводилась в период с января по апрель 2026 года на базе МБДОУ детского сада с. Богословка. В исследовании приняли участие 20 детей. Разработанная программа была направлена на комплексное развитие речевого дыхания, голосовой функции и артикуляционной моторики.

Коррекционная работа включала сочетание игровых и тренировочных методов, а также элементы кинезиотерапии. Занятия проводились два раза в неделю и имели как индивидуальный (20 минут), так и групповой (30 минут) формат.

В рамках работы велась целенаправленная коррекция речевого дыхания, артикуляционной моторики и фонационных навыков – с применением артикуляционной гимнастики (пассивной, пассивно-активной и активной), дыхательных упражнений и заданий на развитие интонационной выразительности, а также кинезиологических практик («Кулак-ребро-ладонь», «Ухо-нос» и др.).

По итогам контрольного эксперимента (май 2026 г.) отмечена положительная динамика: у 12 детей проявления дизартрии практически отсутствуют, у 4 выявлена лёгкая степень симптоматики, ещё у 4 – умеренная; тяжёлой степени и анартрии не зафиксировано ни у кого.

Отмечены значительные улучшения по ключевым показателям: у 60% детей нормализовалась мышечная сила языка, у 70% – координация и точность движений. У остальных испытуемых выявлена устойчивая положительная динамика. Также зафиксированы изменения в дыхательной функции: у части детей сформировался диафрагмальный тип дыхания, у других – улучшились показатели силы и объёма выдоха.

Состояние голосовой функции также улучшилось: выраженность дисфонии снизилась, а в ряде случаев нарушения полностью нивелировались.

Результаты подтвердили эффективность применённого подхода, сочетающего логопедические методики с кинезиотерапией. Вместе с тем сложный патогенез дизартрии требует продолжения интенсивной коррекционной работы в течение более длительного срока – при обязательном сопровождении профильных медицинских специалистов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ научной литературы показал, что у дошкольников с дизартрией наблюдаются комплексные нарушения речевой функции, затрагивающие несколько взаимосвязанных компонентов:

- Речевое дыхание характеризуется:
 - недостаточным вдохом перед началом высказывания;
 - нехваткой воздуха в процессе речи, что провоцирует частые паузы;
 - нарушением координации вдоха и выдоха во время речевого высказывания.

- Голосовые характеристики отличаются:
 - монотонностью звучания;
 - отсутствием интонационной выразительности;
 - постепенным затуханием голоса к концу фразы.
- Артикуляционная моторика имеет следующие особенности:
 - повышенный или сниженный тонус мышц языка и губ;
 - девиация (отклонение языка от средней линии);
 - ограниченная подвижность артикуляционных органов;
 - трудности в переключении между артикуляционными позами.
- Звукопроизношение сопровождается:
 - значительным количеством искажений звуков;
 - заменами и пропусками фонем;
 - нечёткостью артикуляции, особенно в сложных словах и фразах.

Для комплексной диагностики состояния речевой функции было проведено экспериментальное исследование, охватывающее:

- оценку артикуляционных возможностей;
- анализ особенностей речевого дыхания;
- изучение характеристик голоса;
- диагностику качества звукопроизношения.

Полученные результаты позволили определить приоритетные направления коррекционной работы и подтвердили необходимость системного подхода к преодолению речевых нарушений у детей с дизартрией – с интеграцией логопедических и медицинских методов воздействия.

Дополнительный анализ просодической стороны речи показал, что у обследуемых детей нередко наблюдаются такие особенности, как ослабленный, сиплый или хриплый голос, а также вариативность темпа речи – от замедленного до ускоренного. При этом отмечаются нарушения модуляции голоса.

Результаты исследования также подтвердили наличие фонетических нарушений, прежде всего искажений звукопроизношения, что указывает на необходимость своевременного начала коррекционной работы.

В рамках экспериментального обучения было реализовано коррекционное воздействие с использованием игровых технологий и элементов кинезиотерапии.

Кинезиотерапия представляет собой систему двигательных упражнений, направленных на активизацию межполушарного взаимодействия, а также на развитие сохраненных психических функций, таких как внимание, память, мыслительная активность и способность к концентрации.

По завершении коррекционного курса были зафиксированы положительные изменения. У большинства детей показатели речевого дыхания приблизились к норме: выдох стал более продолжительным и контролируемым. Также отмечена положительная динамика в формировании артикуляционных укладов.

Голосовые характеристики претерпели улучшения: увеличилась сила звучания, появилась интонационная выразительность, а темп речи в большинстве случаев нормализовался.

Контрольное обследование подтвердило улучшение основных параметров речевой функции, включая нормализацию речевого дыхания,

повышение качества голосообразования и развитие артикуляционной моторики.

Таким образом, можно заключить, что использование игровых методик в сочетании с кинезиотерапевтическими упражнениями является эффективным средством коррекции дизартрии у детей дошкольного возраста. Полученные результаты подтверждают обоснованность выдвинутой гипотезы и целесообразность применения данного подхода в логопедической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашина, А. Ю. Научные подходы к коррекции речи дошкольников с дизартрией // Теория и практика современной науки. 2025. №5 (119). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnye-podhody-k-korreksii-rechi-doshkolnikov-s-dizartriye> (дата обращения: 03.03.2026).
2. Ачилова, С. Ж. Особенности логопедической работы при дизартрии в специализированных дошкольных учреждениях // International scientific review. 2020. №LXVII. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-logopedicheskoy-raboty-pri-dizartrii-v-spetsializirovannyh-doshkolnyh-uchrezhdeniyah> (дата обращения: 21.04.2026).
3. Архипова, Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работ по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. – М.: 2008. – 254с.
4. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: 2014. – 319 с.
5. Асташина, И. В. Логопедические игры и упражнения для детей / И.В. Асташина. – М.: 2015. – 192 с.
6. Бабина, Г.В. Практикум по дисциплине «Логопедия»: Учебно-методическое пособие / Г.В. Бабина. – М.: 2012. – 104с.
7. Бадалян, Л.О. Детская неврология [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/3/0459/3_0459-1.shtml (дата обращения: 03.03.2026).
8. Безруких, М. М. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений // М. М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. – М.: Академия, 2003. – 416 с.
9. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. – 287с.
10. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия // Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: 2009. – 287с.

11. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи // Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова. – М.: 2004. – 56с.
12. Буденная, Т.В. Логопедическая гимнастика: Метод. пособие / Т. В. Буденная. – СПб., 2001. – 60 с.
13. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. [Электронный ресурс]. – <http://pedlib.ru/Books/5/0096/5-00961.shtml> (дата обращения: 18.04.2026).
14. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/6/0192/6_0192-1.shtml (дата обращения: 25.03.2026).
15. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учеб-метод. пособие / Г. А. Волкова. – СПб.: 2003. – 133 с.
16. Выготский, Л.С. Основы дефектологии [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/1/0453/1_0453-1.shtml (дата обращения: 07.04.2026).
17. Гарёва, Т. А. Современные аспекты обучения детей с дизартрией // Проблемы современного образования. 2022. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-obucheniya-detey-s-dizartriey> (дата обращения: 31.03.2026).
18. Гребнева, Н. С. Нарушения произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с дизартрией [Электронный ресурс] // Вестник науки. – <https://www.вестник-науки.рф/article/7508> (дата обращения: 26.04.2026).
19. Деева, Ю.П. Коррекция нарушений голоса у детей дошкольного возраста с дизартрией на музыкальных занятиях / Ю.П. Деева. – 2014. – №5. – С. 299-304.
20. Елеуова, А.Е. статья: «Влияние компонентов просодики на речь при дизартрии». [Электронный ресурс]. –

<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-komponentov-prosodiki-na-rech-pridizartrii> (дата обращения: 12.03.2026).

21. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда [Электронный ресурс]. – <https://nsportal.ru/shkola/obshchepedagogicheskietekhnologii/library/2018/12/12/o-b-inshakova-albom-dlya-logopeda> (дата обращения: 29.04.2026).

22. Клочко, Д. А. Коррекция звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой формой дизартрии в процессе взаимодействия учителя-логопеда с родителями // Теория и практика современной науки. 2023. №6 (96). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/korreksiya-zvukoproiznosheniya-u-detey-starshego-doshkolnogo-vozrasta-so-stertoy-formoy-dizartrii-v-protsesse-vzaimodeystviya> (дата обращения: 30.04.2026).

23. Курушина, О. В., Абрамян Е. Ф., Донцова Е. В. Особенности речевой просодики и направления логопедической работы по коррекции фонетических средств выразительности у дошкольников с дизартрией // Управление образованием: теория и практика. 2024. №10-1 (88). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-rechevoy-prosodiki-i-napravleniya-logopedicheskoy-raboty-po-korreksii-foneticheskikh-sredstv-vyrazitelnosti-u> (дата обращения: 16.03.2026).

24. Лаврова, Е.В. Логопедия: основы фонопедии: рек. УМО вузов РФ / Е. В. Лаврова. – М.: 2007. – 144 с. – (Высшее профессиональное образование).

25. Ларина, Е.А. Анализ особенностей интонационной стороны речи у детей с различными нозологическими формами речевой патологии / Е.А. Ларина. – 2011. – №4. – С.169-172.

26. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. [Электронный ресурс]. – <http://pedlib.ru/Books/2/0049> (дата обращения: 10.03.2026).

27. Лопатина, Л.В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения. Материалы

конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». / Л.В. Лопатина. – СПб.: 2000. – С 177-182.

28. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/6/0153/6_0153-1.shtml (дата обращения: 22.04.2026).

29. Макарова, Н. В. Основные проявления недостаточности звукопроизводительной стороны речи у детей со стертой дизартрией // Вестник Таганрогского института имени А. П. Чехова. 2016. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-proyavleniya-nedostatochnosti-zvukoproiznositelnoy-storony-rechi-u-detey-so-stertoy-dizartriey> (дата обращения: 23.04.2026).

30. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/5/0465/5_0465-1.shtml (дата обращения: 05.04.2026).

31. Миронова, С. А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях / С.А. Миронова. – М.: 2018. – 208 с.

32. Мохотаева, М.В. Акустические характеристики голоса детей с церебральным параличом / М.В. Мохотаева. – 2009. – №2. – С.440-448.

33. Панченко, И.И. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы.

Нарушения речи и голоса у детей // И.И. Панченко, Л.А. Щербакова. Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. [Электронный ресурс]. – https://studopedia.ru/7_62103_osnovnie-formi-dizartricheskikh-narusheniy-rechi-idifferentsirovannye-puti-korreksionnogo-vozdeystviya.html (дата обращения: 14.03.2026).

34. Плишкина, А. М., Башмакова С. Б. Современные подходы к организации логопедической работы с дошкольниками с дизартрией // Педагогика и психология в XXI веке: современное состояние и тенденции исследования. 2025. №13. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye->

[podhody-k-organizatsii-logopedicheskoy-raboty-s-doshkolnikami-s-dizartriey](#)

(дата обращения: 13.04.2026).

35. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева – Ростов-на-Дону, 2002 – 287 с.

36. Правдина, О.В. Тяжелая дизартрия детского возраста в логопедической практике [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/2/0001/2_0001-1.shtml (дата обращения: 30.03.2026).

37. Приходько, О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методического пособие / О.Г. Приходько. – М.: 2006. – 112 с.

38. Приходько, О.Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. – 2010. – №2. – С. 68-81.

39. Приходько, О.Г. Логопедическое обследование детей с нарушениями речи / О.Г. Приходько. – 2010. – № 3. – С. 82-87.

40. Приходько, О. Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста // Специальное образование. 2010. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dizartricheskie-narusheniya-rechi-u-detey-rannego-i-doshkolnogo-vozrasta> (дата обращения: 21.04.2026).

41. Прищепа, М.И. Возрастная анатомия и физиология / М.И. Прищепа. – М.: 2006 – 416 с.

42. Современные проблемы речевого дизонтогенеза: психолого-педагогические аспекты: Международный сборник научных трудов / под ред. С.М. Валявко. – М.: 2011. – 122 с.

43. Солтанова, Д. А. Принципы логопедической работы по коррекции просодической стороны речи дошкольников с дизартрией // Universum: психология и образование. 2022. №11 (101). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/printsiipy-logopedicheskoy-raboty-po-korrektzii-prosodicheskoy-storony-rechi-doshkolnikov-s-dizartriey> (дата обращения: 30.03.2026).

44. Тельнюк, И. В., Авдащенко Т. С., Панюшкина О. Н., Фомина Т. Г. Клинико-психологические и педагогические подходы к диагностике и коррекции стёртой дизартрии у детей дошкольного возраста // КПО. 2023. №3 (35). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-psihologicheskie-i-pedagogicheskie-podhody-k-diagnostike-i-korreksii-styortoy-dizartrii-u-detey-doshkolnogo-vozrasta> (дата обращения: 23.04.2026).
45. Учебные записки университета им. П.Ф. Лесгафта / И.Н. Балашова, Н.П. Ванчакова. – №1(131) – 2016.
46. Филичева, Т.Б. Основы дошкольной логопедии / Т.Б. Филичева. – М.: 2015. – 320 с.
47. Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения: Практикум по логопедии [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/1/0125/1_0125-1.shtml (дата обращения: 28.03.2026).
48. Хватцев, М. Е. Логопедия [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/2/0327/2_0327-1.shtml (дата обращения: 16.04.2026).
49. Хрестоматия по логопедии / под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М.: 1998. – Ч. I. – С. 163-293.
50. Шереметьева, Е. В. Формирование артикуляционной моторики у детей раннего возраста: учебно-практическое пособие / Е.В. Шереметьева. – Челябинск, 2017. – 104 с.
51. Якубович, М. А. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания / М.А. Якубович, О.В. Преснова. – М.: 2006. – 287 с.
52. https://www.b17.ru/blog/istoriya_razvitiya_kineziologii/ (дата обращения: 08.04.2026).
53. https://studopedia.ru/7_15062_II-glava-dizartricheskie-narusheniya-rechi-u-detey-rannego-vozrasta-i-doshkolnogo-vozrasta.html (дата обращения: 27.03.2026).

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Пензенский педагогический институт им. В. Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки:
Специальное «дефектологическое»
образование
Профиль подготовки: «Логопедия»

Утверждаю: зав. кафедрой
Корчагина Л.Н.
«14» ноября 2025 г.

Задание

По выпускной квалификационной работе А.В. Костроминой

1. Тема работы Логопедическая работа по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте

Утверждена приказом по Университету «11» ноября 2025 г. № 1289/0

2. Срок сдачи студентом законченной работы «01» июня 2026 г.

3. Исходные данные к работе:

Цель работы: разработка и научное обоснование системы логопедической работы, направленной на развитие артикуляции, речевого дыхания и фонации у дошкольников с дизартрией.

Объект исследования: состояние голосовой функции, речевого дыхания и артикуляционного аппарата у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет исследования: система игр и упражнений, включая кинезиотерапевтические методы, направленных на коррекцию дизартрии у детей дошкольного возраста.

4. Перечень подлежащих разработке вопросов:

1. Проанализировать различные современные научные труды и описать выделенные в них особенности развития произносительных и просодических компонентов речи у детей с дизартрией.

2. Провести экспериментальное исследование с использованием подобранной диагностической методики и определить уровень сформированности речевого дыхания, голосовой функции, артикуляционной

моторики, состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

3. Подобрать практические задания, речевой материал и провести логопедическую работу по развитию артикуляционного аппарата, речевого дыхания, фонационных процессов у детей с дизартрией дошкольного возраста.

4. Оценить эффективность проведенной логопедической работы, изучив результаты контрольного исследования.

5. Календарный план

№ п/п	Наименование этапов ВКР	Сроки выполнения этапов	Примечания
1.	Провести анализ литературы по проблеме изучения развития произносительных и просодических компонентов речи у детей с дизартрией.	Август-октябрь 2025	
2.	Провести диагностику уровня сформированности речевого дыхания, голосовой функции, артикуляционной моторики, состояния звукопроизношения у дошкольников с дизартрией в ходе констатирующего эксперимента.	Ноябрь 2025	
3.	Разработать практические задания по совершенствованию просодической и звукопроизносительной стороны речи у детей дошкольного возраста и апробировать их в ходе формирующего эксперимента.	Январь-апрель 2026	
4.	Провести контрольный эксперимент и проверить эффективность проведенной работы.	Май 2026	

6. Дата выдачи задания «14» ноября 2025 г.

Руководитель 
(подпись)

Задание принял к исполнению 
(подпись)

ОТЗЫВ
на выпускную квалификационную работу
на тему: «Логопедическая работа по преодолению дизартрии
в дошкольном возрасте»
студентки _5_ курса заочной формы обучения
факультета педагогики, психологии и социальных наук
Педагогического института им. В.Г. Белинского ПГУ
Направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль «Логопедия»
Костроминой Анастасии Владимировны

Исследование А.В. Костроминой актуально в работе с детьми с речевыми нарушениями. Его актуальность обусловлена недостаточным количеством современных методических разработок по коррекции дизартрии у детей дошкольного возраста.

С целью разработки содержания коррекционной работы и оценки ее эффективности проводился констатирующий, формирующий и контрольный эксперименты. Исследовав особенности развития просодических и произносительных компонентов речи у дошкольников, имеющих дизартрию, студентка пришла к выводу о том, что исследуемые стороны речи у данных детей находятся на низком уровне. Это явилось основанием для определения специальной системы логопедической работы по развитию артикуляции, речевого дыхания и фонации у дошкольников с дизартрией.

Студенткой предложена серия логопедических занятий, с использованием разнообразных игр и кинезиотерапии, направленная на преодоление дизартрических нарушений у дошкольников. Исследовательская работа и экспериментальное обучение были тщательно продуманы, организованы методически грамотно с учетом ведущей деятельности детей дошкольного возраста и особенностей их развития.

Анализ результатов итогового эксперимента продемонстрировал положительную динамику и значительные сдвиги в развитии произносительных и просодических навыков у детей с дизартрией, что подтвердило эффективность проведенной работы.

Исследование А.В. Костроминой имеет практическую значимость, соответствует всем требованиям, предъявляемым к ВКР, и заслуживает быть допущенным к защите.

Научный руководитель:
ассистент кафедры
«Дошкольное
и дефектологическое образование»



Н.К. Комарова



СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

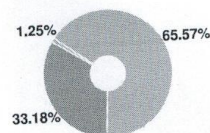
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "Пензенский государственный
университет"

ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ ANTIPLAGIAT.VUZ

Автор работы: Костромина Анастасия Владимировна
Самоцитирование
рассчитано для: Костромина Анастасия Владимировна
Название работы: Костромина АВ - Логопедическая работа по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте (1)
Тип работы: Выпускная квалификационная работа
Подразделение: Кафедра "Дошкольное и дефектологическое образование"

РЕЗУЛЬТАТЫ

СОВПАДЕНИЯ	33.18%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ	65.57%
ЦИТИРОВАНИЯ	1.25%
САМОЦИТИРОВАНИЯ	0%
ИИ-КОНТЕНТ	0%



ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 16.06.2026

Структура
документа:
Модули поиска:

Проверенные разделы: основная часть с.5-12, 14-30, 31-46, 48-50, введение с.3-4, выводы с.12-13, 30-31, 46-48
PubMed; Цитирование; Патенты СССР, РФ, СНГ; Профессиональная лексика. Юриспруденция; IEEE;
Переводные заимствования; Профессиональная лексика. АПК и биотех; Шаблонные фразы; Рувики;
Кольцо вузов; Профессиональная лексика. Медицина; Коллекция НБУ; СМИ России и СНГ; Публикации
РГБ (переводы и перефразирования); Публикации eLIBRARY; Медицина; Перефразирования по базе
публикаций открытого доступа PubMed; ИПС Адилет; Переводные заимствования IEEE; Публикации
РГБ; Перефразирования по коллекции IEEE; Переводные заимствования по Коллекции Гарант;
аналитика; Сводная коллекция научных работ Беларуси; Перефразирования по Коллекции открытых
публикаций международных издательств; СПС ГАРАНТ: аналитика; Сводная коллекция ЭБС; Коллекция
открытых публикаций международных...

Работу проверил: Комарова Н.К.

ФИО проверяющего

Дата подписи:

16.06.26

Подпись проверяющего



Чтобы убедиться
в подлинности справки, используйте QR-код,
который содержит ссылку на отчет.

Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.