

**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»

Очная форма обучения

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**РАБОТА ЛОГОПЕДА В СИСТЕМЕ АБИЛИТАЦИИ  
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ  
ПАТОЛОГИЯМИ**

Студент

Иер- 3.06.26  
(подпись, дата)

Терентьева Ирина Павловна

Научный руководитель

Иер 3.06.26  
(подпись, дата)

к.пс.н., Морозова Н.Л.

Нормоконтролер

Иер 3.06.26  
(подпись, дата)

Е.А. Карпушкина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 06.06.2026 № 12)

Заведующий кафедрой

Л.Н. Корчагина  
(подпись)

Л.Н. Корчагина

Работа защищена с отметкой 5 (протокол заседания ГЭК от 20.06.2026 № 9)

Секретарь ГЭК

Н.А. Мали  
(подпись)

Н.А. Мали

Пенза, 2026

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВВЕДЕНИЕ .....                                                                                                            | 3  |
| ГЛАВА I. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ<br>РАННЕГО ВОЗРАСТА                                                        |    |
| 1.1. Нормативное речевое развитие ребенка в раннем возрасте .....                                                         | 6  |
| 1.2. Перинатальные нарушения.....                                                                                         | 17 |
| 1.3. Абилизация речевых функций у детей раннего возраста.<br>Современный аспект .....                                     | 22 |
| ГЛАВА II. АКТУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СФОРМИРОВАННОСТИ<br>РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С<br>ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ |    |
| 2.1. Цель, задачи и организация констатирующего эксперимента.....                                                         | 28 |
| 2.2. Методика экспериментального изучения.....                                                                            | 30 |
| 2.3. Анализ результатов констатирующего эксперимента .....                                                                | 37 |
| ГЛАВА III. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ<br>АБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ<br>ПАТОЛОГИЯМИ       |    |
| 3.1. Цель, задачи и организация формирующего эксперимента.....                                                            | 41 |
| 3.2. Содержание формирующего эксперимента                                                                                 |    |
| 3.2.1. Содержание абилитационной работы в экспериментальной<br>группе № 1 .....                                           | 44 |
| 3.2.2. Содержание абилитационной работы в экспериментальной<br>группе № 2.....                                            | 53 |
| 3.3. Контрольный эксперимент.....                                                                                         | 61 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....                                                                                                          | 67 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....                                                                                                    | 69 |

## ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия в России и мире отмечается устойчивый рост числа детей с перинатальной патологией центральной нервной системы (ЦНС), обусловленный комплексом факторов: увеличением возраста рожениц, ростом числа детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, а также улучшением выхаживания глубоко недоношенных новорожденных. Перинатальные поражения ЦНС (гипоксически-ишемические, травматические, инфекционные) создают риск возникновения стойких нарушений в психомоторном и речевом развитии ребенка. В этом контексте ключевую роль приобретает система абилитации—системы мероприятий, направленных не на исправление имеющегося дефекта (реабилитация), а на формирование отсутствующих функций и предотвращение вторичных отклонений в развитии.

Актуальность данного исследования обосновывается тем, что ранний возраст (от 0 до 3 лет) признан сензитивным периодом для становления всех высших психических функций, и особенно — речи. Своевременное, максимально раннее начало абилитационной работы позволяет использовать пластичность детского мозга для коррекции и компенсации нарушений, заложив тем самым прочный фундамент для дальнейшего развития. Деятельность учителя-логопеда в этой системе является не просто коррекционной, а абилитационно-прогностической, направленной на запуск и стимуляцию доречевого и раннего речевого развития, профилактику тяжелых нарушений коммуникации.

Цель исследования — изучение специфики работы учителя-логопеда в системе комплексной абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями.

Объект исследования: процесс комплексной абилитации детей раннего возраста с перинатальной патологией ЦНС.

Предмет исследования: содержание и методы работы учителя-логопеда в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями.

В основу данного исследования положена гипотеза, согласно которой логопедическая работа в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями будет наиболее эффективной, если:

- она начинается на первом году жизни и носит опережающий, профилактический характер;
- строится на основе комплексного междисциплинарного подхода (в сотрудничестве с неврологом, педиатром, психологом);
- ее содержание направлено на стимуляцию не только собственно речевых, но и базовых для речи функций: эмоционального общения, сенсомоторного развития, голосовой и дыхательной активности.

В соответствии с поставленной целью экспериментального изучения были определены следующие задачи:

1. Проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме перинатальных поражений ЦНС и их влияния на раннее речевое развитие.
2. Раскрыть сущность и принципы абилитационной работы с детьми раннего возраста.
3. Определить основные направления, содержание и методы логопедической работы в рамках комплексной абилитации детей с перинатальными патологиями.

Для достижения цели выпускной квалификационной работы были использованы следующие методы изучения: анализ психолого-педагогической литературы; констатирующий эксперимент, формирующий эксперимент, контрольный эксперимент, опрос; качественный и количественный анализ результатов.

Экспериментальная база исследования: детский центр развития «Перспектива» г. Пенза. В эксперименте участвовали 10 детей возрастом 1-2 года с перинатальными патологиями.

Практическая значимость работы состоит в том, что представленные материалы и разработанные рекомендации могут быть использованы учителями-логопедами, дефектологами, работающими в службах ранней помощи, а также родителями для организации развивающего взаимодействия с детьми группы риска.

# ГЛАВА I. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

## 1.1. Нормативное речевое развитие ребенка в раннем возрасте

Изучением особенностей формирования речи в онтогенезе занимались многие исследователи. Среди трудов отечественных ученых, посвященных изучению онтогенеза речевой деятельности, находятся исследования Льва Семеновича Выготского [10], Гиты Львовны Розенгарт-Пупко [32], Стеллы Наумовны Цейтлин [40], Александра Николаевича Гвоздева [11], Владимира Ильича Бельтюкова [5], Даниила Борисовича Эльконина [45], Феликса Алексеевича Сохина [33], Александра Марковича Шахнаровича [41] и др.

В результате индивидуально-психологического исследования процесса развития детской речи Александр Николаевич Гвоздев [11] предложил периодизацию речевого развития, основанную на выделении качественных закономерностей усвоения грамматических категорий языка.

В соответствии с данной теорией процесс усвоения родного языка включает в себя ряд последовательных этапов.

Подготовительный – доречевой период (довербальный) – характеризует раннее речевое развитие ребенка с рождения до 1 года. Он включает в себя несколько подпериодов, имеющих свои качественные особенности:

- период крика (0–2 мес.),
- гуления (2–4 мес.),
- лепета (5–8 мес.),
- появления первых слов (9– 5 мес.).

Первый собственно речевой период – период освоения предложений из аморфных слов-корней (1 год 3 мес. – 1 год 10 мес.). Его начало совпадает с появлением в речи ребенка однословных предложений, состоящих из одного неизменяемого по грамматическим категориям слова-корня, которое

выступает в речевом общении в роли целого высказывания. Количественный состав активного словаря ребенка этого возраста в среднем включает в себя от 22 до 27 слов. Из них 20–22 существительных (названия близких людей, обиходных предметов), 2–5 глаголов (названия бытовых действий). Ритмико-слоговая организация речи позволяет ребенку воспроизводить двухсложные безударные или односложные ударные лексические структуры.

Второй этап данного периода характеризуется активным освоением предложений из двух слов-корней (1 год 8 мес. – 1 год 10 мес.). В этом возрасте ребенок объединяет в высказывании два аморфных слова-корня, грамматическая структура которых также остается неизменяемой. Активный словарь малыша увеличивается в три раза (87 слов), среди них большую часть составляют несклоняемые существительные и неспрягаемые формы глаголов.

Второй период речевого развития – период усвоения грамматической структуры предложения (1 год 10 мес. – 3 года) – включает в себя три последовательных этапа.

Первый этап (1 год 10 мес. – 2 года) связан с появлением в речи ребенка первых грамматических форм слов в виде употребления единственного и множественного числа существительных и их согласования с глаголами и прилагательными. Структура фразы в этом возрасте во многом аграмматична и включает в себя 2 – 4 слова. В активном словаре ребенка появляются прилагательные и наречия. Ритмико-слоговая организация речи усложняется – ребенок использует в речи трехчетырехложные слова, у которых звуковой состав не соответствует нормам взрослой речи, но ритмический контур сохраняется.

Второй этап характеризуется усвоением флексий языковой системы (2 года – 2 года 6 мес.). В этом возрасте ребенок осваивает первые способы словообразования на основе суффиксального способа, активно используя суффиксы -ок, -чик и др. Грамматическая структура предложений расширяется – появляются простые распространенные и сложносочиненные

предложения. Изменяется качественный состав активного словаря – увеличивается объем прилагательных и наречий, что связано с развитием мышления и его переходом от наглядно-действенного к наглядно-образной форме. Ребенок данного возраста усваивает личные местоимения, предлоги и союзы. Это свидетельствует о формировании самосознания (используя местоимение «я», ребенок выделяет себя из окружающего мира), пространственного восприятия (словесное обозначение взаиморасположения предметов с помощью предлогов) [11].

Новообразованием третьего этапа данного периода речевого онтогенеза является усвоение служебных частей речи (2 года 6 мес. – 3 года), позволяющих грамматически структурировать предложения любой степени сложности.

Так, к 3 годам в речи ребенка появляются сложноподчиненные высказывания, и окончательно формируется функция грамматического структурирования. Исключением являются причастные и деепричастные обороты, выражающие сложную логико-грамматическую систему отношений, понимание которой в данном возрасте затруднено [11].

Третий период речевого онтогенеза – период усвоения морфологической системы языка – завершает процесс языкового развития (3 – 6 лет). В этом возрасте у ребенка активно формируются навыки словоизменения и словообразования на основе практического усвоения и использования правил функционирования морфем. Усложняется синтаксическая структура сложносочиненных и сложноподчиненных предложений. Усваиваются сравнительные степени наречий, сложные предлоги, союзы, частицы, причастия и деепричастия. Окончательно формируются ритмико-слоговая организация и фонетическое оформление речи [11].

Таким образом, выделенные Александром Николаевичем Гвоздевым [11] периоды развития речи характеризуют процесс поэтапного

усвоения языковых категорий – семантических, синтаксических, лексических и морфологических.

Процесс формирования речевой деятельности подробно представлен в концепции речевого онтогенеза А.Н Леонтьева [22]. В соответствии с ней процесс усвоения родного языка подразделяется на ряд последовательных периодов:

- 1-й – подготовительный (с рождения до 1 года);
- 2-й – преддошкольный (от 1 года до 3 лет);
- 3-й – дошкольный (от 3 до 7 лет);
- 4-й – школьный (от 7 до 17 лет).

В соответствии с данной темой будут разбираться только первые два периода.

Доречевой период (подготовительный) играет большую роль в процессе дальнейшего развития ребенка, поскольку именно в нем закладываются базовые функции, позволяющие в дальнейшем полноценно усваивать родной язык. Первой такой предпосылкой является система врожденных артикуляторных движений, в которую включаются крик, рефлексы сосания, глотания, поисковый, хоботковый и т.д. В онтогенезе на их основе формируются произвольные движения речевых органов. Первой доречевой реакцией ребенка является крик, который представляет собой безусловно-рефлекторный ответ на воздействие сильных внешних и внутренних раздражителей. Он активизирует деятельность дыхательного, голосового и артикуляционного отделов речевого аппарата, стимулируя их развитие [22].

Оценка крика ребенка имеет важное диагностическое значение. У здорового новорожденного крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом. У детей с органическим поражением центральной нервной системы, у которых в дальнейшем выявляются расстройства речи, крик может быть пронзительным или очень тихим, в виде отдельных

всхлипываний или вскрикиваний, которые ребенок обычно производит на вдохе, или может отсутствовать вообще.

В этот период (до 2 мес.) функционирование речевой системы не требует влияния внешних раздражителей (слуховых, зрительных, тактильных). Оно происходит в результате самовозбуждения центральной нервной системы. Начиная с 12 недель, у большинства здоровых детей частота крика снижается, исчезают примитивные звуки кряхтения, появляется начальное гуление («гуканье»). Это своеобразные звуки с мягкой голосоподачей, которые появляются в ответ на физиологический комфорт. Они могут возникнуть на улыбку или разговор взрослого с ребенком [22].

Таким образом, на этой стадии осуществляется переход от рефлекторных звуков к коммуникативным голосовым реакциям. Подтверждением этому является то, что ребенок активнее гулит в присутствии взрослых.

Звуковая сторона гуления характеризуется произнесением разнообразных звуков. Не все из них входят в систему родного языка. Наблюдаемое в это время акустическое разнообразие является предпосылкой к овладению в дальнейшем фонетической системой любого языка. Тем не менее, в гулении преобладают гласные звуки, но имеются и редуцированные согласные. Их качественный состав во многом зависит от состояния мышц органов артикуляции, а также от положения, в котором преимущественно находится ребенок (положение на спине определяет появление заднеязычных согласных, а на животе и вертикально – губных и переднеязычных).

В возрасте 2-3 месяцев ребенок прислушивается к звукам, отыскивает их источник, поворачивает голову к говорящему, а в 3-4 мес. уже начинает дифференцировать качественно разные звуки. Это свидетельствует о начале слухового (пока еще неречевого) восприятия [22].

Период гуления (2-6 месяцев) совпадает с активизацией общей и мелкой моторики ребенка. У малыша появляются ощупывающие движения, он оказывается в состоянии отводить большой палец, направлять руки к

объекту и осуществлять его произвольный захват под контролем зрения. В это время формируется комплекс оживления. Входящие в его состав двигательные и голосовые реакции становятся активной формой общения с близкими окружающими. Собственно онтогенез речи связан появлением у ребенка длительного слогового лепета, который представляет собой ритмичное произнесение и повторение под контролем слуха устойчивых звукосочетаний (слогов). Первые звукосочетания лепета могут быть разными. Однако наиболее часто первой дети осваивают структуру открытого слога, который является основной структурной единицей русской речи. Так, к 5 месяцам здоровый ребенок начинает произносить сочетания губных и язычных согласных с гласными («мааа-мааа», «бааа-бааа», «гааа-гааа» и т.д.), у него появляются вокализации (ритмичное «пропевание» сочетаний гласных звуков).

В 6-7 месяцев малыш воспроизводит цепочки из стереотипных (одинаковых) сегментов («тя-тя-тя» и т.п.), затем – цепочки слогов с меняющимися гласными («те-тя-те» и т.п.). К 9-10 месяцам слоговая структура лепета существенно усложняется, и ребенок произносит сочетания различных слогов («де-ка, ма-тя, ба-ка, а-на-на» и т.п.). Таким образом, к концу периода лепета голосовые реакции детей характеризуются большим разнообразием ритмико-слоговых структур – прямой открытый слог типа согласный-гласный, прямой закрытый типа согласный-гласный-согласный, обратный слог типа гласный-согласный. Важное семантическое значение в этом возрасте имеет интонация. Воспринимая интонационные структуры в определенных повторяющихся ситуациях, ребенок начинает соотносить интонационно-мелодическую окраску фразы со смысловым содержанием ситуации. На данной основе формируется начальное понимание речи [22].

Несколько позже (к 8-9 мес.) малыш начинает воспроизводить услышанные ранее интонации в лепетных сочетаниях. Первыми появляются восклицательные интонации, несколько позже – вопросительные и интонации перечисления. Начиная с периода лепета, важную роль в

формировании произносительной стороны речи начинает играть ее слуховое восприятие. Малыш прислушивается к звукам, отыскивает их источник, поворачивает голову к говорящему человеку, сосредотачивает свое внимание на движениях артикуляционных органов. Пробуя произнести новые слоговые цепочки, ребенок прислушивается к своей речи, после чего возобновляет попытки вокализации. В процессе дальнейшего развития лепета постепенно уменьшается разнообразие воспроизводимых звуков. Некоторые из них, не получая слухового подкрепления, исчезают, другие сохраняются и автоматизируются, определяя появление новых артикулем и артикуляционных динамических стереотипов. Они сохраняются в долговременной речедвигательной памяти. Со временем устойчивые артикуляционные признаки звуков начинают противопоставляться по способу и месту артикуляции – оформляется устойчивая «фонемная решетка», что является основой развития фонематического слуха ребенка [22].

Понимание обращенной речи в данном возрасте (5-9 мес.) ситуативное, поскольку внешние условия речевого общения играют большую роль в понимании смыслового содержания речевого высказывания. Основную семантическую нагрузку в этот период несут паралингвистические (просодические) средства языка. Воспринимая речевое сообщение, ребенок еще не может вычленив из него отдельные слова, морфемы или фонемы. Он воспринимает только контурную оболочку высказывания в виде ритмомелодической и интонационной структуры и соотносит ее с ситуацией. Эта особенность импрессивной речи присуща дофонемному периоду языкового развития. Характерным для этого возраста является то, что лепет начинает выступать как вполне самостоятельная деятельность. Примерно с 6-7 месяцев он приобретает социализированный характер: ребенок лепечет при общении со взрослым, использует голосовые реакции для привлечения внимания окружающих, слушает речь других. В этот период предречевые реакции ребенка выделяются из общего комплекса оживления. Они

становятся активной формой общения ребенка с окружающими и используются для выражения потребностей [22].

Период лепета (5-9 мес.) характеризуется дальнейшим совершенствованием моторики ребенка. В этом возрасте активно формируются функции сидения, ползания, захвата предметов и манипулирования ими.

Таким образом, первый год жизни является периодом, в течении которого формируются базовые компоненты механизмов дальнейшего речевого развития ребенка:

- развивается моторная основа речи, увеличивается произвольность управления движениями органов артикуляции, формируются начальные кинестезии;
- формируется ритмико-слоговая и интонационно-мелодическая сторона речи – интонация, ритмическая организация речи, фразовое ударение;
- развивается понимание речи, накапливается пассивный словарь;
- формируется коммуникативная функция речи [22].

Второй период развития речи – преддошкольный (1-3 года), характеризуется формированием основных механизмов речи усвоением языковой системы.

При нормальном речевом развитии к году в активном словаре ребенка насчитывается 8-12 слов (1 год-1 год 6 мес.). Их анализ показывает, что первые 3-5 слов ребенка по своему звуковому составу очень близки к словам взрослого. Их набор относительно одинаков у всех детей («мама, папа, баба, дай»). Кроме общеупотребительных слов в словаре имеются звукоподражания («мяу, му» и т.д.), а также лепетные слова, представляющие собой повторение лепетных слогов, которыми ребенок обозначает какое-либо действие, явление, предмет («ам-ам, би-би, га-га»). Они состоят из ударных слогов, не сочетаются по правилам грамматики и означают или иной ситуации, как действия, так и предметы. Все первые

слова ребенка имеют смысловое значение. Оно может быть или чрезвычайно узкое – слово употребляется только в конкретной ситуации («биби» - красная машинка, «буууу – все машины), или чрезвычайно широкое – обозначает сходные ситуации и ощущения («мяу» - кошка, шапка, больно) [18].

Первые слова в фонетическом отношении элементарно просты. Они состоят из одного или двух открытых слогов. В двухсложных словах слоги преимущественно одинаковые «ба-ба, ма-ма, би-би», что напоминает повторение слогов в лепете. Постепенно ребенок начинает выделять ударный слог, который занимает в большинстве случаев начальную позицию и произносится громче. В этом возрасте существенно возрастает способность к подражанию речи взрослых, интенсивно развивается понимание речи, накапливается пассивный словарь. К году ребенок начинает воспринимать не только смысловое содержание целого высказывания, но и звуковой (фонемный) состав отдельных слов. По мере развития нервной системы увеличиваются артикуляционные возможности, и в речи появляются новые звуки – гласные [э], [ы], [и], согласные [д], [т], [л], [с].

Однако большинство согласных звуков произносится смягченно, это обусловлено характерным для данного возраста несколько повышенным тонусом мышц языка. У ребенка этого возраста происходит интенсивное формирование тонких дифференцированных движений рук – появляется активная манипулятивная деятельность, он овладевает умением удерживать игрушки, переключать из одной руки в другую, по подражанию выполнять простейшие игровые действия [18].

В том же возрасте малыш учится самостоятельно принимать вертикальную позу, постепенно начинает ходить без посторонней поддержки. К двум годам активный словарь ребенка содержит уже около 200 слов. Он в основном предметный (около 100 слов), но включает в себя глаголы (около 50) и небольшое количество прилагательных (до 25). Недостаток слов малыш компенсирует жестами, мимикой, интонацией. На данном этапе пассивный словарь ребенка значительно больше активного.

К концу второго года жизни в состоянии детского словаря происходят качественные изменения в виде так называемого «лексического взрыва» – резко меняется процентное соотношение активного и пассивного словаря. Объем активного словаря значительно увеличивается, при этом каждое слово обладает смысловым значением и соотносится с конкретным предметом или действием. В этом возрасте ребенок хорошо понимает обиходную речь в пределах привычной обстановки, может выполнить простую двусоставную инструкцию (встань, дай ручку; пойдти в комнату, принеси мячик), у него формируется регулятивная функция речи. В возрасте полутора – двух лет в речи ребенка появляются первые грамматические структуры. Период, в течение которого дети пользуются в своих высказываниях неизменяемыми аморфными словами-корнями и их комбинациями, принято называть периодом предложений из аморфных слов-корней. Примечательно, что в норме он длится не более 2-3 месяцев [22].

Характерным новообразованием речи двухлетнего ребенка является появление в экспрессивной речи простых двусоставных фраз. Как правило, они произносятся в утвердительной форме и имеют особый порядок построения, где главное по своей значимости слово стоит на первом месте и выделяется фразовым ударением. Эти первые грамматические структуры могут быть заимствованы из речи окружающих, а могут являться творчеством самого ребенка [24].

В этом же возрасте начинается практическое усвоение морфологической структуры языка. Первыми в речи появляются следующие формы слов: именительный падеж единственного и множественного числа, винительный падеж имен существительных, повелительное наклонение глаголов единственного числа настоящего времени. Активно развивается фонематический слух. Ребенок учится различать согласные звуки. Формируется система фонологических противопоставлений. Речевая активность ребенка этого возраста еще ситуативна. Она тесно связана с предметно-практической деятельностью и существенно зависит от

эмоционального участия взрослого в общении. К трем годам в словаре ребенка насчитается более 1000 слов. В речи присутствуют не только существительные и глаголы, но и прилагательные, наречия, местоимения, предлоги. Объем словаря увеличивается за счет обогащения жизненного опыта ребенка в процессе общения с окружающими. Формируются слова-обогащения, обозначающие родовые понятия. Быстрое развитие речи трехлетнего ребенка, с одной стороны, связано с обогащением пассивного словаря и формированием ассоциативных синтагматических связей слов, способствующих быстрому переводу в активный. С другой стороны, «скачок» в развитии связан с развитием языковых морфологических обобщений.

Ребенок начинает обобщать правила пользования языком – выделяет отдельные морфологические части слова, учится сочетать их по правилам родного языка. Первыми в речи начинают изменяться окончания, затем появляются суффиксы и приставки. Это приводит к развитию грамматического строя речи – формируется функция словоизменения, начинают формироваться грамматические связи между словами (согласование существительных с глаголами и прилагательными). Аграмматизмы ребенка этого возраста связаны с не усвоением исключений из правил родного языка (польта, стулы и т.д.)[22].

Усвоение морфологических закономерностей приводит к формированию грамматической функции словообразования. В этом возрасте у ребенка отмечается конструктивная речевая деятельность, проявляющаяся в образовании новых слов в соответствии с усвоенными законами языка. 25 Часто в процессе словотворчества ребенок придумывает новые слова, которых нет в данном языке – неологизмы (заеход, песковатор, копатка, уколка). Совершенствуется синтаксическая структура предложений. Ребенок этого возраста легко подбирает нужные слова и строит простые распространенные предложения из трех и более слов.

Активно формируется связная речь – малыш учится отвечать на вопросы, составлять их (начинается период «почемучек») – формируется диалогическая речь. Начинает развиваться монологическая речь – ребенок может объяснить, что ему нужно, рассказать, что он видел, активно вступает в общение со взрослыми, сверстниками. Речь в этом возрасте еще ситуативная, она строится с опорой на наглядность. Развивается просодическая сторона речи.

К 3 годам ребенок на практике усваивает основные интонационные конструкции (повествование, вопрос, восклицание), умеет использовать интонацию в процессе свободной речи, при чтении стихов наизусть, старается подражать голосам и интонациям героев сказок. Значительно расширяются возможности понимания речи – происходит знакомство с детской литературой. Мышление ребенка этого возраста еще наглядно-действенное. Однако начинается активно развиваться эгоцентрическая речь, что является основой внутренней речи. Формируется правильное поведение по словесной инструкции, что характерно для интерпсихологического этапа развития регулятивной функции речи.

## **1.2. Причины перинатальных патологий, связанных с речью**

Речевые нарушения у детей – актуальная проблема современности, в первую очередь потому, что речь является центральной когнитивной функцией. Без нее невозможно развитие других психических процессов, в том числе мышления. Нарушения развития речи у детей могут привести в будущем к трудностям в различных сферах. Этим обусловлена актуальность изучения причин речевых нарушений у детей и анализа факторов, влияющих на их возникновение.

Формирование речевой функции является сложным многоуровневым процессом, закладка и становление которого происходит на ранних этапах

онтогенеза. Перинатальный период (с 22-й полной недели внутриутробной жизни до 7-го дня внеутробной жизни) является критическим для развития центральной нервной системы (ЦНС) ребенка, и патологические воздействия в это время могут оказать детерминирующее влияние на последующее речевое развитие.

Именно в перинатальном периоде происходят наиболее важные события, оказывающие прямое и опосредованное влияние на процессы структурной и функциональной организации ЦНС. Так, исследование, проведенное М.В. Белоусовой [4] с соавторами, показало, что у детей с речевыми нарушениями выявлена высокая частота случаев анте- и перинатального риска, а наибольшее значение имеет хроническая и острая гипоксия плода. В своем исследовании Н.Н. Заваденко и Н.Ю. Суворинов [15] определили, что у 95,5 % детей дошкольного возраста с нарушениями речи имеет место неврологическая патология перинатального периода. В свою очередь, внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах являются наиболее распространенными патологическими состояниями и диагностируются у 10 % новорожденных.

Вследствие различных заболеваний, возникающих в организме женщины во время гестационного периода, развиваются нарушения маточно-плацентарного кровообращения, возникает гипоксия плода, что способствует инициации преждевременных родов [6].

Недоношенность остается актуальной междисциплинарной проблемой: так, в проведенном исследовании С.А. Перепелица и А.Н. Платонова [30] показали, что в Калининградской области ежегодно рождается 6,4-6,8 % недоношенных детей, которые входят в группу высокого риска по развитию нарушений со стороны центральной нервной системы и нуждаются в сопровождении детского нейропсихолога.

По данным Росстата, в 2020 г. в России родилось недоношенными 84,1 тыс. детей, что составляет 6 % от общего количества детей, родившихся живыми, а в Калининградской области – 583 недоношенных ребенка [8]. В

последнее десятилетие на территории Российской Федерации реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения», благодаря чему доля выживших недоношенных детей значительно увеличилась. Это влечет за собой определенные последствия, так как такие дети входят в группу высокого риска развития различных патологических состояний, в том числе со стороны ЦНС. Чем меньше гестационный возраст, тем выше степень незрелости и риск развития заболеваний головного мозга, ассоциированных с повреждением структур головного мозга. Это связано с тем, что часть важного периода развития ЦНС протекает не внутриутробно, а в условиях постнатальной адаптации. Кроме этого, данный период часто осложняется развитием различных инфекционных и соматических заболеваний, что может служить дополнительным фактором, обуславливающим нарушения психомоторного и речевого развития у незрелых недоношенных детей [4]. Исследования показали, что около половины недоношенных детей развиваются с задержкой речевого развития, а в школьном возрасте имеют различные трудности с обучением [8].

Нарушения слуха также являются причиной речевых нарушений. Так, группа исследователей выявила у детей со снижением слуха после перенесенного острого среднего отита нарушение темпов развития по сравнению с нормально слышащими сверстниками. Показано, что в большей мере страдает развитие речи, в частности отмечается искаженное развитие ее компонентов. Авторы рекомендуют специалистам учитывать результаты проведенного ими исследования при обследовании детей раннего возраста после перенесенного острого среднего отита [17].

Большую роль в формировании речевых нарушений играет генетическая предрасположенность. Роль наследственной предрасположенности подтверждается высокой внутрисемейной частотой нарушений развития речи. К генам, изменения которых могут детерминировать отставание речевого развития, относят гены FOXP2 на хромосоме 7q31, который контролирует как усвоение и применение

грамматических правил, так и речевую моторику, FOXP1 (на хромосоме 3p14), отвечающий за формирование комплексов структур головного мозга, значимых для развития речи, CNTNAP2 (хромосома 7q36), значимый для предрасположенности к сложным формам нарушений речи (экспрессивная и импрессивная речь, фонологическая кратковременная память), а также гены ATR2C2 (^24) и CM1P (^24) [16].

Социальная среда играет немаловажную роль в развитии речи. В условиях материнской депривации у детей отмечаются трудности в присвоении речевого опыта; предречевые и ранние речевые затруднения детей разнятся в зависимости от степени выраженности депривации [18]. Так, Т.Е. Аханькова [2] и К.М. Шипкова [43] выявили, что у подавляющего большинства детей с грубым нарушением речевого развития (неговорящих детей) сами родители имеют проблемы коммуникации, что является фактором, осложняющим коммуникативное развитие ребенка. В коррекционной работе с этими детьми необходимо ориентироваться на комплексный подход, включающий работу не только с ребенком, но и с его семьей.

Этиология перинатальных патологий, ведущих к речевым нарушениям, носит полиморфный характер и может быть условно разделена на несколько групп.

1. Генетические и хромосомные аномалии. Данная группа причин связана с наследственной предрасположенностью или спонтанными мутациями, которые нарушают процесс формирования мозговых структур, отвечающих за речь.

К ним относятся:

- Синдромальные формы речевых нарушений (например, при синдроме Веста, синдроме Ангельмана), где речевая патология является одним из компонентов сложного дефекта.
- Наследственно обусловленные нарушения слуха, ведущие к вторичной немоте или грубому недоразвитию речи.

- Наследственная незрелость или замедленный темп созревания нервной системы, что проявляется в виде специфических языковых расстройств.

2. Биологические факторы, связанные с состоянием матери и течением беременности.

- Хронические соматические заболевания матери (сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, гипотиреоз), которые приводят к хронической гипоксии плода.

- Инфекционные заболевания во время беременности (цитомегаловирус, краснуха, токсоплазмоз, герпес), оказывающие прямое тератогенное воздействие на формирующийся мозг плода.

- Токсические воздействия: прием тератогенных лекарственных препаратов, употребление алкоголя, наркотических веществ, курение, что ведет к фетальным алкогольным спектральным нарушениям (ФАСН), характеризующимся, в том числе, и речевым дефицитом.

- Выраженные ранние и поздние токсикозы (гестозы), приводящие к плацентарной недостаточности и гипоксии.

3. Патологии, связанные с процессом родов и состоянием новорожденного. Данная группа причин является одной из наиболее значимых в структуре перинатальных поражений ЦНС.

- Внутрочерепные родовые травмы, приводящие к непосредственному повреждению зон мозга, отвечающих за речевую функцию (например, зона Брока, Вернике).

- Асфиксия новорожденного (острая гипоксия в родах) различной степени тяжести, которая вызывает ишемию и гибель нейронов.

- Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН), возникающая из-за резус- или групповой несовместимости крови матери и плода. Высокий уровень билирубина при ГБН оказывает токсическое действие на

подкорковые ядра и ядра черепно-мозговых нервов, что может приводить к дизартрии.

- Глубокая недоношенность и критически низкая масса тела при рождении. У таких детей высок риск развития перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) – повреждения белого вещества мозга, что является прямой причиной дизартрии и задержки речевого развития.

- Судорожный синдром в неонатальном периоде, который может нарушить формирование нейронных сетей.

4. Социально-средовые факторы, усугубляющие биологический риск. Хотя эти факторы не являются непосредственной причиной перинатальной патологии, они могут значительно отягощать ее последствия для речевого развития:

- Неблагоприятная социальная среда, ограничивающая возможность полноценного общения с ребенком.

- Педагогическая запущенность и дефицит когнитивной и речевой стимуляции.

Таким образом, причины перинатальных патологий, влияющих на речевое развитие, многообразны и часто взаимосвязаны. Они приводят к диффузному или локальному повреждению структур головного мозга, нарушению созревания нейронных связей, что в дальнейшем проявляется в виде различных форм речевой патологии: от задержки речевого развития (ЗРР) и дизартрии до системного недоразвития речи и алалии. Понимание этиологии позволяет не только прогнозировать характер возможных трудностей, но и выстраивать адресную, патогенетически обоснованную систему реабилитационных мероприятий, начиная с самого раннего возраста.

### **1.3. Абилизация речевых функций у детей раннего возраста.**

#### **Современный аспект**

В раннем возрасте даже небольшие отклонения в развитии могут оказать существенное влияние на общее состояние здоровья ребенка, поэтому абилитацию детям с нарушениями развития необходимо проводить с первых месяцев жизни. Как отмечает Е.Ф. Архипова [1], ранний возраст является сензитивным периодом для становления речевой функции, и именно в это время пластичность детского мозга позволяет достичь максимальных компенсаторных результатов.

Абилитация – это процесс, цель которого помочь приобрести или развить еще несформированные функции и навыки, в отличие от реабилитации, которая предполагает восстановление утраченных функций в результате травмы или заболевания. В работах Т.Г. Визель [7] подчеркивается, что абилитация ориентирована на «дистраивание» онтогенеза, формирование функциональных систем, которые в силу органического поражения не сложились самостоятельно.

Об абилитации следует говорить применительно к детям раннего возраста с нарушениями в развитии, так как у них еще не сформированы речевые и гностико-практические функции, нормальный двигательный стереотип. Л.С. Выготский [10] в своей теории культурно-исторического развития указывал, что дефект создает «социальную ситуацию развития», и своевременное педагогическое вмешательство способно перестроить саму структуру дефекта, направляя развитие в обход поврежденных звеньев. Поэтому в отношении таких детей можно говорить о первоначальном формировании способностей и навыков человека, о развитии у ребенка функций и способностей, формирующихся без специальных усилий у детей с нормальным развитием, а у ребенка с ограниченными возможностями здоровья могут сформироваться только в результате абилитационной помощи.

Абилитация детей с нарушениями развития охватывает все аспекты развития, социальной адаптации, поведения, способствует их подготовке к успешному общению с окружающими, посещению детских садов,

получению образования в школе, осуществляет комплексную информационно-методическую и психолого-педагогическую поддержку семьи. Как подчеркивает Ю.А. Разенкова [31], основоположник отечественной системы ранней помощи, ключевым принципом абилитации является ориентация не только на ребенка, но и на семью как главный ресурс его развития.

При проведении абилитационных мероприятий умения и навыки формируются под влиянием медиков, педагогов, психологов. Е.М. Мастюкова [29] в своих исследованиях неоднократно указывала, что эффективность коррекционной работы с детьми, имеющими перинатальную патологию, напрямую зависит от комплексного взаимодействия специалистов разного профиля и соблюдения принципа единства диагностики и коррекции.

По сути абилитация – многоступенчатый и многосторонний процесс, призванный дать пациенту возможность вести жизнь, максимально приближенную к нормальной в ее общечеловеческом понимании, то есть такую жизнь, которая была бы у ребенка или взрослого, не имеющего тех или иных отклонений и функциональных ограничений.

С целью выявления детей группы риска необходимо детально обследовать новорожденного медиками (неонатологом, генетиком, неврологом) с формированием паспорта ребенка, в котором фиксируются все параметры новорожденного. По мнению Н.Н. Заваденко [16], ранняя диагностика перинатальных поражений ЦНС является основой для своевременного начала абилитационных мероприятий и позволяет прогнозировать дальнейшее развитие ребенка.

Далее медицинские работники подробно излагают в истории болезни диагностические и коррекционные мероприятия в отношении ребенка с отклонениями в развитии, необходимые в период младенчества (до 1 года). Отмечаются показания психолога, педагога-дефектолога, логопеда,

инструктора по лечебной гимнастике и т.д. Разрабатывается индивидуальный маршрут ребенка.

Следующим этапом в абилитации является дифференциальная диагностика с определением прогноза развития и адекватной коррекционной работы в условиях соответствующего учреждения с детьми от 0 до 3 лет. В работах Л.А. Головчиц и Е.А. Стребелевой [12] подчеркивается, что дифференциальная диагностика в раннем возрасте должна строиться на основе качественного анализа развития, а не только количественной оценки уровня сформированности навыков.

Успешная абилитация возможна при осуществлении комплексного взаимодействия специалистов: медицинских работников, педагогов, социальных работников. Для успешного развития ребенка важными и определенными являются первые 2–3 года жизни. Л.С. Выготский [10] ввел понятие «сензитивные периоды развития», подчеркивая, что именно в раннем возрасте закладываются фундаментальные основы высших психических функций, и упущенные возможности этого периода в дальнейшем компенсируются с большим трудом.

Залогом успешной абилитации детей раннего возраста является:

Жизнь ребенка в семье, так как семья является максимально благоприятной средой для ребенка. Как отмечает В.В. Ткачева [37], включение родителей в коррекционный процесс является необходимым условием формирования устойчивых навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Раннее выявление нарушений развития – важное условие для проведения программ ранней помощи, предупреждающих появление вторичных осложнений. Ю.А. Разенкова [31] и Е.А. Стребелева [35] подчеркивают, что начало абилитации в первые месяцы жизни позволяет предотвратить формирование стойких патологических стереотипов и использовать высокую нейропластичность мозга.

Междисциплинарная командная работа является наиболее эффективной моделью, позволяющей удовлетворять специфические потребности детей и семей во всех областях жизни. В исследованиях И.Ю. Левченко [19] доказывается, что именно командный подход обеспечивает целостность реабилитационного процесса и преемственность между медицинскими, педагогическими и социальными службами.

Родители выступают активными участниками в реализации программы реабилитации (формулировка запроса и участие в повседневной оценке, реализация программы в повседневную жизнь дома, участие в оценке эффективности программы и в решении об ее изменении). Согласно концепции раннего вмешательства, разработанной Ю.А. Разенковой [31], родитель является главным проводником реабилитационных воздействий, поскольку именно с ним ребенок проводит большую часть времени.

В настоящее время существуют специальные центры реабилитации младенцев, где родителям помогают максимально решить проблемы ребенка-инвалида раннего возраста, а также детям, относящимся к группе риска по здоровью (часто болеющие, недоношенные дети и т.д.). Проблема раннего сопровождения детей с психомоторными нарушениями развития связана с малочисленностью центров помощи в регионах, необходимостью подготовки специалистов высокого уровня в смежных областях специальной педагогики, психологии и медицины, а также недостаточной информированностью родителей, воспитывающих детей с проблемами в развитии. Поэтому к одной из острых проблем профилактической педиатрии ведущие ученые России, например Е.Ф. Архипова [1], Н.Н. Володин [8] и др. относят недостаточное развитие системы оказания комплексной реабилитационно-абилитационной помощи, в чем особенно нуждаются дети с хронической патологией, ограниченными возможностями здоровья и инвалиды.

Многие исследователи, такие как Е.Ф. Архипова [1], Т.В. Волосовец [9], Ю.А. Разенкова [31] отмечают, что существенным резервом укрепления здоровья детей следует считать методы медико-социальной помощи на этапе

раннего вмешательства на базе медицинских учреждений, оказывающих детям первых лет жизни реабилитационную помощь.

Технология раннего вмешательства создает реальные предпосылки решения важной медико-социальной проблемы – профилактики нарушений развития детей в раннем возрасте. Как показывают исследования Е.В. Шереметьевой [42], системная логопедическая работа с детьми первого года жизни, имеющими перинатальную патологию, позволяет значительно снизить риск формирования тяжелых речевых нарушений в более старшем возрасте.

Многие исследователи, среди которых Е.Ф. Архипова [1], Е.М. Мастюкова [29] подчеркивают, что целенаправленная реабилитационная деятельность должна начинаться сразу после выявления особых потребностей ребенка и предусматривать лечебно-педагогическую коррекцию двигательной, психической и речевой сферы детей. Ранняя помощь ребенку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в его психофизическом развитии и тем самым смягчить, а возможно, и предупредить вторичное отклонение. Опыт последних лет свидетельствует о том, что комплекс лечебных, педагогических и других мероприятий надо начинать уже на первом году жизни.

Абилитацию детей с проблемами в развитии необходимо начинать с первых дней жизни, так как:

- у детей раннего возраста существует наличие тесной взаимосвязи физического и психического развития, поэтому любые отклонения в физическом развитии могут привести к психическим нарушениям;
- у каждого ребенка индивидуальные темпы развития, так как в силу неравномерности и гетерохронности органы и системы организма развиваются не одинаково быстро;
- высокая восприимчивость детей раннего возраста к обучению, так как в этом возрасте легко образуются условные связи.

К сожалению, на сегодняшний день процент новорожденных детей с ограниченными возможностями здоровья и развития остается достаточно большим, поэтому многие специалисты проявляют интерес к различным аспектам реабилитационной деятельности.

Таким образом, в процессе реабилитации ребенку оказывается как биологическая, так и социальная поддержка. Как подчеркивает Л.С. Выготский [10], обучение должно идти впереди развития, ориентируясь на «зону ближайшего развития» ребенка. В контексте реабилитации это означает, что раннее начало стимулирующего воздействия позволяет активизировать созревание нарушенных структур и функций. Чем раньше ребенку с отклонениями в развитии оказывается реабилитационная помощь, тем больше вероятность развития у него функций, необходимых для нормальной жизни. Возможно, функциональность такого ребенка не будет развита как у сверстников без отклонений в развитии, однако в процессе реабилитации ребенок научится достигать функциональные цели альтернативными путями (если привычные пути блокированы), адаптироваться в окружающую среду.

## **ГЛАВА II. АКТУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СФОРМИРОВАННОСТИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

### **2.1. Цель, задачи и организация констатирующего эксперимента**

Констатирующий эксперимент является первым этапом эмпирической работы и направлен на выявление актуального уровня сформированности речевых и доречевых функций у детей раннего возраста с перинатальными патологиями. Эти данные позволят определить основные направления логопедической работы в рамках формирующего эксперимента.

Цель констатирующего эксперимента – комплексное изучение состояния речевых функций у детей 1-2 лет с перинатальными поражениями центральной нервной системы.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Определить критерии и подобрать диагностический инструментарий для обследования детей раннего возраста с перинатальными патологиями с учетом возрастных и психофизиологических особенностей.
2. Провести констатирующий эксперимент.
3. Проанализировать полученные результаты.

Экспериментальная работа проводилась на базе детского центра развития «Перспектива» г. Пенза в период с 01.09.2026 по 15.09.2026 г. В исследовании приняли участие 10 детей в возрасте 1-2 лет, имеющие в анамнезе перинатальные патологии центральной нервной системы. Все дети находились под наблюдением невролога, имели заключения о задержке речевого развития. Среди нозологических групп преобладали последствия гипоксически-ишемической энцефалопатии, перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, а также недоношенность с различными сроками гестации.

В состав группы вошли 7 мальчиков и 3 девочки. Все дети воспитывались в семьях, родители дали согласие на участие в экспериментальной работе. В эксперименте не участвовали дети с ДЦП и генетическими заболеваниями (умственная отсталость, расстройства аутистического спектра и т.д.).

Обследование проводилось индивидуально в первой половине дня, в отдельном кабинете, оснащенном необходимым игровым и диагностическим материалом. Для установления контакта с каждым ребенком использовалась ситуация свободной игры, присутствие родителя допускалось по мере необходимости. Время обследования варьировалось в зависимости от состояния и работоспособности ребенка и составляло 20 минут, при необходимости диагностика проводилась в 2-3 этапа.

Для оценки уровня сформированности речевых функций применялся комплексный подход, который включал:

1. Анализ медицинской документации (заключения невролога, педиатра);
2. Анкетирование родителей (сбор анамнестических сведений);
3. Непосредственно логопедическая диагностика;
4. Наблюдение за свободной деятельностью ребенка (игрой).

В основу диагностики были положены методические рекомендации, разработанные Е.Ф. Архиповой, Ю.А. Разенковой, Е.А. Стребелевой, а также подходы к раннему выявлению нарушений речевого развития, предложенные Н.Н. Заваденко и Е.М. Мастюковой.

Диагностика проводилась последовательно по 4 блокам:

1. Сенсомоторные предпосылки речи:
  - Состояние артикуляционной моторики;
  - Особенности дыхания;
  - Голосовые характеристики;
  - Слуховое восприятие.
2. Импрессивная речь:

- Понимание ситуативной речи;
  - Выполнение простых инструкций;
  - Узнавание предметов;
  - Понимание глагольных инструкций.
3. Экспрессивная речь:
- Наличие звукоподражаний;
  - Наличие слов;
  - Объем активного словаря.
4. Невербальные средства общения:
- Эмоциональный контакт со взрослым;
  - Инициативность;
  - Составление зрительного контакта;
  - Использование указательного жеста;
  - Отклик на имя.

## **2.2. Методика экспериментального изучения**

Обследование включает 4 блока, каждый из которых состоял из серии заданий. Оценка каждого задания проводилась по трёхбалльной системе. После выполнения всех заданий подсчитывались итоговая сумма баллов.

Блок 1. Сенсомоторные предпосылки речи:

Задание 1.

Цель – обследование артикуляционной моторики.

Содержание: наблюдение за спонтанными движениями органов артикуляции во время приема пищи, игры, эмоциональных реакций. Наблюдение за произвольными движениями артикуляционного аппарата во время выполнения простых упражнений по подражанию, например: «Улыбка», «Трубочка», «Окошко», «Вкусное варенье». Фиксировались

объем, точность, переключаемость движений, а также доступность движений в актах жевания и глотания.

Критерии оценки:

3 балла – артикуляционные движения в полном объеме, точные, переключаемость сохранена, в спонтанной деятельности отмечаются разнообразные движения губ и языка.

2 баллы – движения неполного объема, замедленные, переключаемость затруднена, доступны отдельные движения по подражанию.

1 балл – движения отсутствуют или резко ограничены, грубые синкинезии, невозможность выполнить движение по подражанию.

Задание 2.

Цель – обследование дыхания.

Содержание: наблюдение за типом дыхания в покое, оценка силы и длительности выдоха в игровых пробах, таких как сдувание перышка, вертушки, мыльных пузырей.

Критерии оценки:

3 балла – диафрагмальный тип дыхания, выдох достаточной силы и длительности, ребенок активно дует на легкие предметы.

2 балла – смешанный тип дыхания, выдох ослаблен, дутье по подражанию с трудом.

1 балл – ключичное дыхание, короткий выдох, произвольное дутье недоступно.

Задание 3.

Цель – обследование голосовых характеристик.

Содержание: оценка громкости голоса, наличия интонационного разнообразия, патологических оттенков (гнусавость, хриплость) в спонтанных вокализациях и при повторении гласных звуков.

Критерии оценки:

3 балла – голос звонкий, достаточной громкости, интонационно выразительный: имеются вопросительные и восклицательные интонации, патологических оттенков нет.

2 балла – голос тихий или недостаточно модулированный, интонационное разнообразие снижено, но патологические оттенки отсутствуют.

1 балл – голос очень тихий, монотонный, либо с патологической окраской: хриплый, гнусавый, или голосовые реакции отсутствуют.

#### Задание 4.

Цель – обследование слухового восприятия.

Содержание: предъявление звучащих игрушек: погремушки, колокольчика, бубна справа, слева, за спиной – оценка локализации звука. Отличие двух контрастных звуков, например барабан – колокольчик.

Критерии оценки:

3 балла – четкая реакция на звук, поворот головы к источнику примерно в течение 1 секунды, дифференциация звуков в норме, ребенок проявляет интерес к разным звучаниям.

2 балла – реакция на звук замедленная, локализация неточная, дифференциация нестойкая.

1 балл – реакция на звук отсутствует или крайне недифференцированная.

#### Блок 2. Диагностика импрессивной речи.

##### Задание 1.

Цель – оценка понимания ситуативной речи.

Содержание: в естественной ситуации общения задаются вопросы: «Где мама?», «Где мячик?», «Где окно?». Фиксировались взгляд, указательный жест или повороты головы.

Критерии оценки:

3 балла – понимает все вопросы, реагирует взглядом, жестом или действием без подсказки.

2 балла – понимает отдельные вопросы, требуется повтор, реагирует не на все.

1 балл – понимание отсутствует или реагирует хаотично.

Задание 2.

Цель – оценка уровня выполнения простых инструкций.

Содержание: в игровом контексте давались инструкции «Дай», «Покажи», «Принеси». Оценивалось выполнение без жестовой подсказки.

Критерии выполнения:

3 балла – выполняет не менее двух инструкций самостоятельно.

2 балла – выполняет одну инструкцию или выполняет с жестовой подсказкой.

1 балл – не выполняет ни одной инструкции.

Задание 3.

Цель – оценка сформированности навыка узнавания предметов.

Содержание: перед ребенком выкладывались 3-4 знакомых предметов, например кукла, мяч, мишка, машинка. Предлагалось указать на заданный предмет: «Покажи, где мяч?»

Критерии оценки:

3 балла – правильно указывает на 3 предмета из 4.

2 балла – правильно показывает 2 предмета.

1 балл – правильно показывает 1 предмет или совсем не выполняет задание.

Задание 4.

Цель – определение уровня понимания глагольных инструкций.

Содержание: ребенку предлагалось выполнить действие по словесной инструкции: «Покажи, где Миша бежит», «Покажи, где зая спит» и т.д. Использовалась методика Т.Н. Новиковой-Иванцовой.



Критерии оценки:

3 балла – правильно понимает и показывает не менее 2 действий.

2 балла – понимает и показывает 1 действие.

1 балл – не выполняет задание.

Блок 3. Диагностика экспрессивной речи.

Задание 1.

Цель – определение наличия и качества вокализаций и лепетных цепочек.

Содержание: наблюдение за спонтанной голосовой активностью в игре и общении. Фиксировалось наличие позднего лепета с повторением слогов, лепетных цепочек в соответствии с возрастными нормативами.

Критерии оценки:

3 балла – развернутые лепетные цепочки из разных слогов, интонационно оформленных.

2 балла – лепет однообразный, с преобладанием 1-2 слогов, без разнообразия.

1 балл – лепет отсутствует, вокализации недифференцированные или отсутствуют.

Задание 2.

Цель – определение наличия и количества звукоподражаний.

Содержание: в игровой форме, используя различные игрушки предлагалось воспроизвести звукоподражания: «му-у», «ав-ав», «би-би», «ту-ту», «мяу-мяу» и т.д. Также оценивалось наличие попытки подражания, устойчивость закрепления звукоподражания за объектом.

Критерии оценки:

3 балла – активно использует не менее 3 звукоподражаний в речи или по подражанию.

2 балла – использует 1-2 звукоподражания.

1 балл – звукоподражания полностью отсутствуют.

Задание 3.

Цель – оценка наличия слов и объема активного словаря.

Содержание: фиксация всех произносимых ребенком слов в спонтанной речи и по стимуляции. Данные уточнялись по опросу родителей. Для детей старше 1,5 лет оценивалось наличие фразовой речи.

Критерии оценки:

3 балла – активный словарь не менее 20 слов, либо наличие простых фраз (2-3 слова).

2 балла – активный словарь от 5 до 20 слов, фразы отсутствуют.

1 балл – активный словарь менее 5 слов или слова отсутствуют.

Блок 4. Оценка уровня использования невербальных средств общения.

Задание 1.

Цель – оценка уровня совместно-разделенного внимания.

Содержание: наблюдение за реакцией ребенка на появление взрослого, проявлением радости, инициативой в общении.

Критерии оценки:

3 балла – активно инициирует общение, смотрит в глаза, улыбается, радуется взаимодействию.

2 балла – контакт избирательный, инициативность снижена, но положительно реагирует на коммуникацию.

1 балл – контакт отсутствует, избегает взгляда, безразличен к появлению взрослого.

Задание 2.

Цель – оценка составления зрительного контакта.

Содержание: оценка длительности и устойчивости взгляда в лицо взрослого во время обращения и игры.

Критерии оценки:

3 балла – устойчивый зрительный контакт более 3-5 секунд.

2 балла – зрительный контакт кратковременный (до 2 секунд), скользящий.

1 балл – зрительный контакт отсутствует.

Задание 3.

Цель – Оценка уровня сформированности указательного жеста.

Содержание: фиксация наличия указательного жеста в спонтанном поведении и по просьбе «покажи», сочетание жеста со взглядом и оречевлением.

Критерии оценки:

3 балла – активно использует указательный жест, сочетает его со взглядом, оречевляет его.

2 балла – указательный жест непостоянен, используется эпизодически или только по просьбе.

1 балл – указательный жест отсутствует.

Задание 4.

Цель – оценка сформированности отклика на имя.

Содержание: произносится имя ребенка с разной интонацией, разной громкости, в разных ситуациях: во время игры, когда ребенок занят. Фиксируется реакция: поворот головы, взгляд, остановка деятельности.

Критерии оценки:

3 балла – стабильно реагирует на имя: поворачивается, смотрит, прекращает игру.

2 балла – реагирует на имя непостоянно, требуется повтор.

1 балл – реакция на имя отсутствует.

Оценка итоговых результатов сформированности речевых функций:

37-38 баллов – высокий уровень;

25-36 баллов – средний уровень;  
 13-24 балла – низкий уровень;  
 0-12 баллов – критический уровень.

### 2.3. Анализ результатов констатирующего эксперимента

В ходе констатирующего эксперимента было проведено комплексное обследование детей раннего возраста с перинатальными патологиями ЦНС. Все результаты фиксировались в индивидуальных протоколах по каждому из 4 блоков. На основе суммарного балла по всем блокам определялся уровень сформированности речевых функций.

Таким образом, были получены следующие результаты:

**Таблица 1**

#### **Актуальный уровень сформированности речевых функций у детей раннего возраста с перинатальными патологиями ЦНС**

| № п/п | Имя ребенка | Блок 1 | Блок 2 | Блок 3 | Блок 4 | Уровень речевого развития      |
|-------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------------------------------|
| 1     | Артем К.    | 5      | 4      | 3      | 4      | 16 (низкий уровень)            |
| 2     | Вика С.     | 7      | 6      | 5      | 6      | 24 (низкий уровень)            |
| 3     | Даниил П.   | 9      | 8      | 6      | 7      | 30 (средний уровень)           |
| 4     | Ева М.      | 10     | 9      | 8      | 9      | 36 (средний уровень)           |
| 5     | Илья Р.     | 4      | 3      | 2      | 3      | 12 (критически низкий уровень) |
| 6     | Кира Н.     | 6      | 5      | 4      | 5      | 20 (низкий уровень)            |
| 7     | Лев В.      | 8      | 7      | 5      | 6      | 26 (средний уровень)           |
| 8     | Милана Ж.   | 11     | 10     | 9      | 10     | 40 (высокий уровень)           |
| 9     | Никита В.   | 5      | 4      | 3      | 4      | 16 (низкий уровень)            |
| 10    | София Д.    | 9      | 8      | 6      | 8      | 31 (средний уровень)           |

Примечание: имена детей были заменены с целью сохранения конфиденциальности.

Таким образом, 90% продиагностированных детей имеют отклонения в речевом развитии различной степени выраженности (от среднего до критически низкого уровня), что подтверждает необходимость раннего логопедического вмешательства. Распределение детей по уровням отчетливо видно на диаграмме (рис 1.)

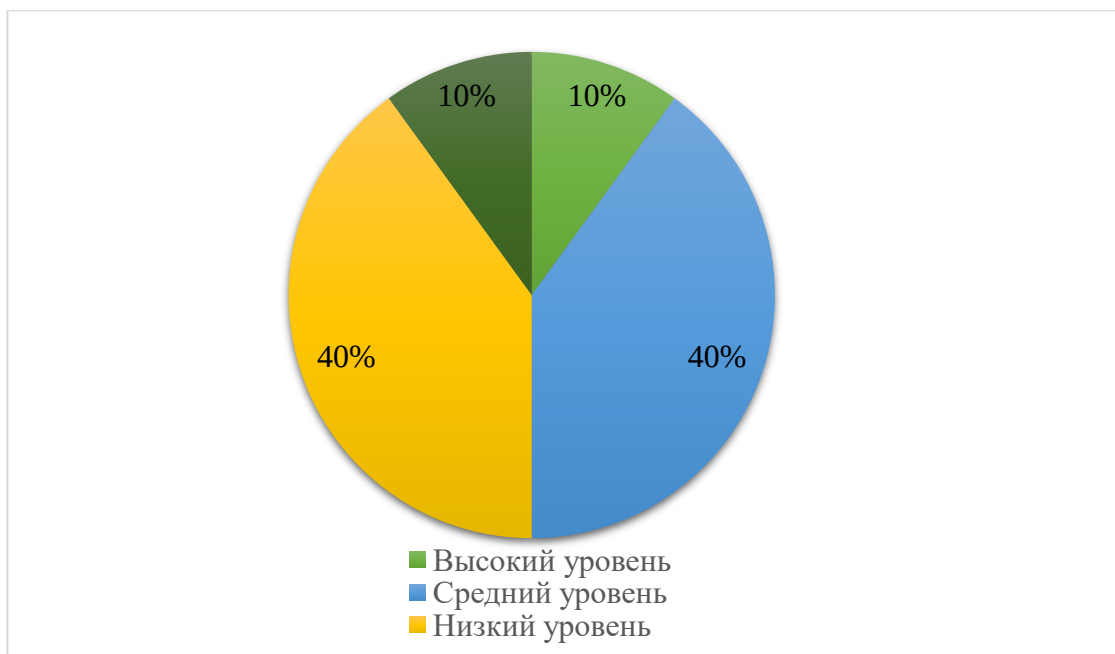


**Рис. 1. Актуальный уровень сформированности речевых функций у детей раннего возраста с перинатальными патологиями ЦНС**

При анализе результатов диагностического блока №1 было отмечено, что слуховое восприятие оказалось наиболее сохранный функцией. 90% детей проявляли реакцию на звучащие игрушки, 80% поворачивали голову к источнику звука и различали контрастные звуки. Голосовые характеристики также были развиты благополучно: у 70% детей звонкий, громкий голос, в вокализациях прослеживается интонационное разнообразие. Наиболее проблемной зоной стала артикуляционная моторика. 60% детей не могли выполнить произвольные движения по подражанию. Движения либо отсутствовали, либо носили недифференцированный характер, сопровождались синкинезиями. Например, попытка улыбнуться у некоторых детей сопровождалась открыванием рта. У 40% наблюдалась гиперсаливация, язык постоянно находился на дне ротовой полости. Дыхательные упражнения также вызвали трудности: 50% не справились с дутьем на легкие предметы, их выдох был слабым и коротким (менее 1 секунды), у 20% был отмечен ротовой тип дыхания в покое.

Проанализировав результаты 2 блока, стало очевидно, что понимание ситуативной речи было доступно 80%: они понимали вопросы «Где мама?»,

«Где мишка?», реагируя взглядом или поворотом головы. Узнавание предметов также не вызывало серьезных проблем: 7 детей правильно указывали на 3-4 знакомых предмета. Наибольшие трудности возникли при выполнении простых инструкций. 50% детей не выполняли инструкцию «принеси» без жестовой подсказки. 40% не справлялись с инструкцией «дай», ограничиваясь хаотичным хватанием игрушек. Самым сложным оказалось понимание названий действий: 70% не могли указать на действие «спит» или «ест» ни на картинке, ни в игре с игрушками. Даже при предъявлении реальных действий с куклой (укладывая куклу спать) они не соотносили словесную инструкцию с действием.

После анализа результатов 3 блока, направленный на определение уровня сформированности экспрессивной речи, было отмечено, что спонтанные вокализации в виде произнесения цепочек слогов (ма-ма-ма, ба-ба-ба) наблюдались у 70% детей, при чем у 50% из них эти вокализации были интонационно окрашены. Однако экспрессивная речь оказалась наиболее пострадавшей сферой. Звукоподражания не воспроизводили даже по подражанию 60% детей. При многократном предъявлении образца («му», «ав-ав») дети либо молчали, либо издавали недифференцированные гласные. У 50% детей активный словарь не превышал 5 слов, у 30% из них речь ограничивалась 1-2 словами («мама», «папа»), которые использовались в любых ситуациях без конкретной привязки к объекту. У 50% детей активный словарь не превышал 3-4 звукоподражаний или лепетных слов. Ни у одного ребенка не было фразовой речи.

По результатам диагностических мероприятий 4 блока можно отметить, что эмоциональный контакт был установлен с 70% детей: они положительно реагировали на появление взрослого: улыбались, радовались игре. Однако инициативность в игре сами не проявляли. Отклик на имя наблюдался у 60% детей, он сопровождался поворотом головы или взглядом, хотя у некоторых из них реакция была избирательной и требовала повторных обращений. Наиболее серьезной проблемой стало отсутствие указательного

жеста: 70% детей не использовали его ни в спонтанном поведении, ни по просьбе. Вместо указательного жеста они либо тянулись к предмету рукой, либо просто смотрели в сторону объекта, не выделяя его. Зрительный контакт был нарушен у 50% детей он носил кратковременный, скользящий характер (менее 2 секунд), дети быстро отводили взгляд, избегали фиксации на лице взрослого, особенно при попытке инициировать общение.

Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода в последующей коррекционной работе с акцентом на стимуляцию артикуляционной моторики и развитие физиологического дыхания. Кроме этого, необходимо вести работу над расширением глагольной лексики, совершенствованием уровня понимания речи, формированием звукоподражаний, накоплением активного словаря, развитием указательного жеста и устойчивого зрительного контакта как базы коммуникации.

# ГЛАВА III. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ АБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

## 3.1. Цель, задачи и организация формирующего эксперимента

Результаты констатирующего эксперимента, показали, что 90% обследованных детей раннего возраста с перинатальными патологиями центральной нервной системы имеют выраженное недоразвитие или **отсутствие** речевых функций различной степени выраженности – от среднего до критического уровня. Поскольку речь как функция у большинства детей не была сформирована в онтогенетические сроки, речь шла не о ее восстановлении, а о первичном формировании, то есть об абилитации. Полученные данные доказали необходимость разработки и внедрения специальной системы логопедической работы, направленной на абилитацию речевых функций у данной категории детей путем воздействия на различные сенсорные каналы.

Особый интерес для исследования представлял вопрос о том, через какой сенсорный канал абилитация речевых функций у детей раннего возраста с перинатальными патологиями происходит наиболее эффективно. С одной стороны, существует подход, базирующийся на использовании двигательного и слухового анализаторов: ритм, движение, музыка выступают как универсальные организаторы нейродинамических процессов, запускающие голосовые реакции. С другой стороны, широко распространен подход, основанный на использовании зрительного и тактильного анализаторов: формирование указательного жеста, последующий его перевод в звукоподражание через систему зрительных и тактильных подсказок.

Для выявления наиболее эффективной стратегии абилитации нами было принято решение организовать формирующий эксперимент как сравнительное исследование двух авторских методик. Абилитация через

слуховой и двигательный анализаторы – методика «Речевой импульс» была апробирована на экспериментальной группе № 1. За основу была взята авторская методика Ю.А. Робилко, однако, она была адаптирована под индивидуальные возможности детей. Методика «Жест – звук – слово», созданная на основе зрительного и тактильного анализаторов, была апробирована на экспериментальной группе № 2. За основу была взята авторская методика И.С. Клементьевой. Она также была адаптирована.

Целью формирующего эксперимента стало сравнительное изучение эффективности двух авторских методик абилитации речевых функций у детей раннего возраста с перинатальными патологиями.

Для достижения этой цели нами были последовательно решены следующие задачи:

1. На основе результатов констатирующего эксперимента дети были разделены на две сопоставимые по уровню развития группы – экспериментальная № 1 и экспериментальная № 2.
2. Разработано содержание двух авторских методик абилитации: для экспериментальной группы № 1 – методика «Речевой импульс», для экспериментальной группы № 2 – методика «Жест – звук – слово».
3. Организован сам процесс абилитационных занятий с соблюдением всех необходимых условий, заключающиеся в регулярности, дозированной занятости и игровой форме их проведения.
4. Проведен контрольный эксперимент для сравнительной оценки динамики речевого развития в обеих группах.

Формирующий эксперимент проходил на базе детского центра развития «Перспектива» г. Пенза в период с 15.09.2025 г. по 30.04.2026 г. В эксперименте участвовали все 10 детей, обследованные ранее. Все дети имели заключения от невролога о перинатальной патологии ЦНС. Преобладали последствия гипоксически-ишемической энцефалопатии, перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, а также недоношенность. Родители каждого ребенка дали письменное согласие на участие и были

проинформированы о целях, содержании и ожидаемых результатах эксперимента. В эксперименте не участвовали дети с ДЦП и генетическими заболеваниями (умственная отсталость, расстройства аутистического спектра и т.д.).

Формирующему эксперименту предшествовал этап распределения детей на две группы. Учитывая, что исходные уровни речевого развития детей были неоднородными, нами было принято решение распределить детей таким образом, чтобы обе группы были сопоставимы по составу.

**Таблица 2**

**Распределение детей по группам**

| №<br>п/п | Экспериментальная группа № 1 | Экспериментальная группа № 2        |
|----------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1        | Милана Ж. (высокий уровень)  | София Д. (средний уровень)          |
| 2        | Даниил П. (средний уровень)  | Ева М. (средний уровень)            |
| 3        | Лев В. (средний уровень)     | Артем К. (низкий уровень)           |
| 4        | Вика С. (низкий уровень)     | Никита В. (низкий уровень)          |
| 5        | Кира Н. (низкий уровень)     | Илья Р. (критически низкий уровень) |

Примечание: имена детей были заменены с целью сохранения конфиденциальности.

Таким образом, обе группы имели сходное распределение по уровням речевого развития, что позволило в дальнейшем корректно сравнивать результаты реабилитационного процесса.

Занятия в обеих группах проводились 2 раза в неделю продолжительностью 20 минут. Всего за период формирующего эксперимента было проведено 56 занятий в каждой группе. Кроме того, родители ежедневно выполняли с детьми домашнее задание, которое выдавалось после каждого занятия.

Выбор двух различных сенсорных каналов для реабилитации речевых функций обусловлен нейрофизиологическими особенностями детей с перинатальными патологиями. При перинатальном поражении ЦНС страдают не только специфические речевые зоны, но и проводящие пути, а также ассоциативные связи между различными сенсорными и моторными областями мозга. В связи с этим реабилитация речи может идти через разные

«обходные пути»: одни дети лучше воспринимают и обрабатывают двигательную и слуховую информацию, что запускает вокальные реакции через моторное подражание, а другие лучше воспринимают зрительную и тактильную информацию. В рамках данного исследования были апробированы оба подхода.

### **3.2. Содержание формирующего эксперимента**

#### **3.2.1. Содержание абилитационной работы в экспериментальной группе № 1**

Методика «Речевой импульс» базируется на идее автора Ю.А. Робилко о том, что ритм и движение являются естественными организаторами нейродинамических процессов в центральной нервной системе. Для детей с перинатальными патологиями, у которых часто нарушено моторное планирование, снижена слуховая модуляция, двигательный и слуховой каналы становятся теми входами, через которые можно «запустить» речевую функцию. Абилитация проводится не через артикуляционные упражнения, которые у детей с гипотоническим состоянием мышц часто невыполнимы, а через синхронизацию движения и звука.

Основу методика составляют логоритмические упражнения, в которых речь, движение и музыка объединены единым ритмическим рисунком. Ритмическое движение, выполняемое под музыку, активирует моторные центры. Через систему зеркальных нейронов это возбуждение передается в речевые центры, ребенок начинает непроизвольно вокализовать в такт движению. Затем эти вокализации закрепляются и становятся произвольными.

Таким образом, речь абилитируется «снизу вверх» — от крупных движений тела к мелкой артикуляционной моторике, от непроизвольных вокализаций к произвольным звукоподражаниям.

Каждое занятие строилось как последовательность блоков, каждый из которых включал три компонента:

1. Музыкальное сопровождение;
2. Движение;
3. Вокализация.

Все три компонента строго синхронизировались между собой: ребенок выполнял движение, одновременно произнося звук или слог в ритм движения. Например, на каждый шаг произносился звук «та».

На начальном этапе логопед выполнял движения вместе с ребенком, проговаривал речевой материал, затем ребенок побуждался к самостоятельному проговариванию – сначала с опорой на движение логопеда, затем самостоятельно. Музыкальное сопровождение задавало устойчивый темп: сначала медленный – 60 ударов в минуту, затем постепенно ускорялся до 100-120 ударов. Особое внимание уделялось развитию чувства ритма через игры на музыкальных инструментах: ребенок вместе с логопедом отстукивал ритм на бубне или барабане, одновременно произнося звукоподражания «бам-бам-бам». По мере автоматизации навыка ритмические упражнения усложнялись: добавлялась смена темпа, ритмического рисунка, громкости.

В рамках методики активно использовались пальчиковые игры под ритмичные потешки, хороводные игры, танцевальные импровизации под музыку. Занятие строится как последовательность сменяющих друг друга видов деятельности, что позволяет удерживать внимание детей раннего возраста и предотвращать истощаемость.

Структура занятий состояла из нескольких этапов:

1. Приветственный ритуал (2 минуты);
2. Логоритмические упражнения (10 минут);
3. Пальчиковая гимнастика (3 минуты);
4. Музыкальные игры с речевыми вокализациями (3 минут);
5. Релаксационный блок (2 минуты).

### *Этап 1. Приветственный ритуал.*

Цель этапа – активировать слуховое внимание, настроить ребенка на ритмическую деятельность, вызвать звуковые реакции. Ритуал проводился под ритмичную детскую музыку.

Все упражнения проводились в ритме движения по кругу, который был выложен из ортопедических ковриков:

- Ходьба по кругу – логопед выполнял ритмичные притопы ногами, ребенок повторял. В некоторых случаях была допустима полная тактильная подсказка. После того, как ритм четко выдерживался, упражнение усложнялось произнесением гласного, затем добавлялся согласный «Т», а затем этот звукокомплекс перерастал в звукоподражание «топ»

- Хлопки в такт – логопед хлопал в ладоши в медленном темпе (60 ударов в минуту), ребенок шел по кругу и подражал. Когда ребенок начинал выполнять упражнение самостоятельно, логопед добавлял голос: на каждый хлопок произносился гласный звук.

- Игра с колокольчиком – задача ребенка такая же, как и в предыдущих упражнениях, усложнением является необходимость сохранять ритм в ногах и звоне колокольчика, позже добавлялось звукоподражание «динь».

### *Этап 2. Логоритмические упражнения.*

Цель этапа – синхронизировать произнесение слогов и звукоподражаний с ритмическими движениями, создать базу для появления лепетных цепочек.

Упражнения выполнялись под музыкальное сопровождение или под ритмичные инструкции логопеда:

- «Шагающие звуки» – ребенок шагал по кругу из ортопедических ковриков (с поддержкой логопеда при необходимости). На каждый шаг логопед произносил слог: сначала «та», затем «та-та», затем трехсложные цепочки «та-та-та». Ребенок побуждался к повторению. По мере освоения

темп ускорялся. Варианты слогов были различными: «та», «да», «па», «ба», «ма», «на».

- «Звуковые пружинки» – ребенок выполнял полуприседания, на каждый присед произносил короткое звукоподражание «оп», «ух». Упражнение развивало связь между напряжением и расслаблением мышц и короткой голосовой подачей.

- «Звуковой поворот» – ребенок стоял, логопед помогал ему выполнить повороты корпуса вправо и влево. На каждый поворот произносилась лепетная цепочка, например: «ма-ма-ма» на поворот вправо, «па-па-па» на поворот влево.

- Лошадка – ребенок вместе с логопедом выполнял ритмичные движения руками, сопровождая их произнесением «но-но-но». Для повышения мотивации использовалась лошадка на палке.

### *Этап 3. Пальчиковая гимнастика.*

Цель этапа – стимулировать развитие мелкой моторики и связанных с ней речевых зон мозга через ритмичные движения пальцев рук под музыкальное и речевое сопровождение.

Примеры игровых упражнений:

- «Ладушки» – классическая игра выполнялась под ритмичное проговаривание потешки «Ладушки, ладушки, где были? У бабушки...». Логопед выполнял движения вместе с руками ребенка, акцентируя хлопки на ударных слогах. Постепенно ребенок побуждался к самостоятельному выполнению и вокализации звуков.

- «Сорока – белобока» – игра выполнялась с ритмичным круговым движением по ладони и загибанием пальцев. Каждое движение сопровождалось проговариванием слов «вари», «дала». Ребенок подражал движениям, а затем – речевому сопровождению. Допустимо использование мячика Су-Джок при выполнении этого упражнения.

- «Пальчики шагают» – под ритмичную музыку ребенок «шагал» пальчиками по столу, логопед сопровождал это проговариванием «топ-топ-

топ». Постепенно темп ускорялся, ребенок учился синхронизировать «шаги» пальцев и звук.

- «Молоточки» – ребенок стучал кулаком по столу или по ладони логопеда, на каждый удар произносил «тук-тук». Упражнение выполнялось в разном темпе: то медленно, то быстро, то с ускорением.

#### *Этап 4. Музыкальные игры с речевыми вокализациями.*

Цель этапа – закрепить связь между ритмическим действием и голосом, вызвать звукоподражания в игровой ситуации с музыкальными инструментами.

Примеры игровых упражнений:

«Бубен» – логопед ударял в бубен, ребенок на каждый удар произносил гласный «у» или «а». Затем роли менялись: ребенок ударял в бубен, а логопед произносил звук.

- «Барабанщики» – ребенок барабанил палочками по барабану, логопед задавал ритмический рисунок, например: «бам-бам» – 2 удара или «бам-бам-бам» – 3 удара и т.д. Ребенок повторял и побуждался к проговариванию звукоподражаний на каждый удар.

- «Колокольчики поют» – ребенок звонил в колокольчик и одновременно пропевал гласный звук «а-а-а», «о-о-о», «у-у-у». Звук должен длиться ровно столько, сколько звенит колокольчик. Упражнение развивало длительность выдоха и связь слухового восприятия с голосом.

- «Слоговые маракасы» – ребенок тряс маракас, логопед произносил слоги в ритм тряски. Ребенок подражал. Использовались маракасы с различным звучанием для поддержания интереса.

#### *Этап 5. Релаксационный блок.*

Цель этапа – снизить мышечное напряжение после активных упражнений, закрепить положительный эмоциональный фон, повторить звуки в спокойной обстановке.

Во время данных упражнений включалась спокойная музыка или звуки природы, приглушался свет, дети находились в положении лежа:

- «Тихий голос» – ребенок ложился на ковер, логопед включал спокойную музыку и проминал тело ребенка, пропевая названия всех частей тела.

- «Колыбельная» – логопед пропевал гласные в спокойном темпе, ребенок подражал.

- «Повторюшка» – логопед произносил звукоподражания или слоги, который ребенок усвоил на занятии, ребенок повторял в спокойном темпе. При этом использовались тактильные поглаживания для расслабления артикуляционной мускулатуры.

Приведем пример конспекта логопедического занятия:

**Конспект логопедического занятия для детей экспериментальной группы № 1 раннего возраста на тему «В гостях у пони»**

Форма организации деятельности: индивидуальная.

Количество детей, присутствующих на занятии: 1 человек.

Продолжительность занятия: 20 минут.

Цель занятия: абилитация речевых функций через синхронизацию движений, ритма и вокализаций.

Задачи:

- Коррекционно-образовательная: стимулировать лепет и звукоподражания в ритме движений;

- Коррекционно-развивающая: развивать слуховое восприятие и чувство ритма;

- Коррекционно-воспитательная: воспитывать бережное отношение к животным.

Оборудование: музыкальные композиции (использовались музыкальные композиции Робилко Юлии), игрушка пони (лошади), игрушка осы (пчелы), таз с водой, стаканы, миски, игрушечный молоток, расческа. Все игрушки можно заменить картинками.

Ход занятия:

1. Организационный момент.

– Привет! Мы сегодня отправимся в гости к пони! Посмотри, кто это?  
(Логопед показывает игрушку пони). Это пони!

– Пони решила погулять на лугу, давай погуляем вместе с ней!

*Логопед включает композицию «Марш» (альбом Ю. Робилко), во время которой задача ребенка – медленно шагать по залу, когда темп музыки меняется, шаг меняется на бег. Логопед задает ритм голосом, ребенок должен стараться подражать движениям и вокализациям.*

Я иду, иду, иду,

Песню громко я пою:

«Та-та-та, та-та-та» (ребенок произносит слог на каждый шаг).

Я иду, иду, иду,

Песню громко я пою:

«Та-та-та, та-та-та» (ребенок произносит слог на каждый шаг).

Я бегу, бегу, бегу,

Песню быстро я пою:

«Ту-ту-ту, ту-ту-ту» (ребенок произносит слог на каждый шаг).

Я бегу, бегу, бегу,

Песню быстро я пою:

«Ту-ту-ту, ту-ту-ту» (ребенок произносит слог на каждый шаг).

– Пони отлично погуляла! ОЙ! Кто это летит? Это оса! Пони очень испугалась и быстро поскакала!

*Логопед включает польку, ребенок передвигается подскоком по залу, пока звучит музыка. На каждый подскок логопед произносит «Скок-скок» или цокает языком. Ребенок подражает по возможности.*

2. Основная часть.

– Пони убежала от осы! Смотри, что это? Это море!

*Логопед включает песню «Вода» (альбом Ю. Робилко). Задача ребенка – переливать воду из большого таза стаканом в свою миску. Логопед сопровождает действие речью, побуждая ребенка к звукоподражанию:*

Лейся, лейся, вода!

«Буль-буль-буль!» (Ребенок произносит при переливании).

Тут прозрачная вода,

Тут прозрачная вода,

Я хочу напиться,

«Пей, пей, пей!» (Ребенок произносит при поднесении воды ко рту)

Чистой той водицы.

Ты кувшин неси,

«Не-су, не-су!» (Ребенок произносит, поднимая стакан)

И воды налей,

«Лей, лей, лей!» (Ребенок произносит при наливании)

– Мы набрали воды для пони, давай дадим ей пить!

*Логопед включает звуки воды и проговаривает вместе с ребенком слово «Пей!»*

– Кто пьет? (ребенок показывает на пони или говорит «по-ни»);

– Пони отдыхает на лугу!

*Логопед включает спокойную музыку. Логопед и ребенок стоят друг напротив друга, руки на поясе. На сильную долю делается вдох носом, на слабую долю – выдох ртом. Логопед дает подсказку жестом и голосом. Упражнение повторяется 3-4 раза.*

Вдох – «а-а-а» (ребенок тянет гласный на выдохе)

Вдох – «у-у-у»

Вдох – «о-о-о»

Вдох – «и-и-и»

– Пони отдохнула, нужно сделать ей подковы, чтобы ей было удобно ходить!

*Логопед включает музыку «Кузнец» (альбом Ю. Робилко).*

Пригласили кузнеца,

Подковать жеребца (ходьба по кругу, руки на поясе)

Молотком кузнец стучит,

Тук-тук, тук-тук (удары кулаками друг об друга)  
Громко молоток звучит,  
Стук-стук, стук-стук (хлопки в ладоши)  
Как стучит? (упражнение повторяется с разным ритмом)

Повтори, кузнецу помоги!

Тук-тук, тук-тук,  
Туки-тук, туки-тук,  
Туки-туки-туки-тук,  
Тук-тук-тук-тук.

Как стучит?

Повтори, кузнецу помоги!

Стук-стук, стук-стук,  
Стуки-стук, стуки-стук,  
Стуки-стуки-стуки-стук,  
Стук-стук-стук-стук.

– Теперь нужно причесать пони гриву! *(Проводится пальчиковая гимнастика без музыкального сопровождения, с ритмичным проговариванием. Логопед произносит текст, дети выполняют движения кистями рук и одновременно проговаривают лепетные цепочки в ритм).*

Я люблю свою лошадку!

Лю-лю-лю. (Ребенок произносит, сжимая и разжимая кисти рук).

Причешу ей шерстку гладко!

Ко-ко-ко. (Ребенок поглаживает кисти рук).

Гребешком приглажу хвостик!

Тик-тик-тик (Ребенок собирает пальчики в замок).

И верхом поеду в гости

Цок-цок-цок (Ребенок делает «фонарики» руками).

3. Заключительная часть.

– Пора возвращаться домой! Наша прогулка заканчивается!

*Логопед включает музыку «Лошадка» (альбом Ю. Робилко). Под спокойную музыку, ребенок медленно передвигается по залу, сопровождая ходьбу вдохом и выдохом с подъемом и опусканием рук:*

Вдох – руки вверх – «а-а-а».

Выдох – руки вниз – «у-у-у».

*В момент подъемов в музыке ребенок останавливается на месте, руки на поясе, цокает как лошадка. Затем добавляются повороты головы: на 1 «цок» – голова вправо, на 2 «цок» – влево. Затем по аналогии повороты корпуса.*

– Ты молодец! К кому мы ходили в гости? (ребенок показывает на пони или говорит «по-ни»).

– Как цокает пони? (Цок-цок-цок)

– Как стучит молоток? (Тук-тук-тук)

– Ты очень старался, молодец! Пони понравилось с тобой гулять, и она дарит тебе наклейку!

### **3.2.2. Содержание реабилитационной работы в экспериментальной группе № 2**

Методика «Жест – звук – слово» базируется на идее автора И.С. Клементьевой о том, что указательный жест является онтогенетической предпосылкой первого слова, и целенаправленное формирование этого жеста запускает механизмы звукоподражания.

В отличие от методики, проводившейся в экспериментальной группе № 1, в данной методике речь реабилитируется через зрительный и тактильный анализаторы. Ребенок сначала видит предмет, затем получает тактильную помощь при выполнении жеста, затем жест связывается со звуком, и наконец звук замещает жест. Зрительная фиксация на предмете активизирует зрительные зоны коры. Через тактильную подсказку формируется моторный

образ указательного жеста, затем к жесту добавляется звукоподражание. Со временем жест становится «крючком» для звука, после чего звук начинает произноситься без жеста. Таким образом, речь абилитируется «сверху вниз» – от зрительного восприятия предмета к жесту, от жеста к звукоподражанию, от звукоподражания к слову.

В основе методики лежит положение о том, что у детей с перинатальными патологиями часто оказывается нарушена связка «жест – звук». Ребенок может смотреть на предмет, тянуться к нему, но не выделяет указательным жестом и не озвучивает.

Задача методики – искусственно создать эту связку через систему тактильных и зрительных подсказок с последующим их постепенным угасанием.

Каждое занятие строилось как последовательность этапов, направленных на формирование указательного жеста и его озвучивание.

На первом этапе создавалась мотивационная ситуация: яркая, новая, интересная для ребенка игрушка помещалась в поле зрения, но на небольшом расстоянии, чтобы ребенок не смог дотянуться без помощи взрослого. Логопед вместе с рукой ребенка выполнял указательный жест – вытягивал указательный палец, остальные пальцы сжимал в кулак, одновременно произнося утрированное звукоподражание, связанное с этой игрушкой, например «мяу» для кошки, «би-би» для машины и т.д. После того, как ребенок получал игрушку, следовало эмоциональное подкрепление – радость, похвала, совместная игра.

На втором этапе тактильная помощь уменьшалась: логопед лишь показывал, как нужно сложить пальцы, а ребенок выполнял движение самостоятельно, при этом логопед произносил звукоподражание шепотом.

На третьем этапе логопед давал только речевую инструкцию, не прикасаясь к руке ребенка.

На четвертом этапе ребенок побуждался к самостоятельному жесту и звукоподражанию без инструкции, в естественной ситуации, например, увидев собаку на прогулке.

Параллельно с формированием указательного жеста проводилась работа по развитию зрительного контакта и отклика на имя, поскольку эти навыки являются базовыми для коммуникации. Для стимуляции зрительного контакта чаще всего использовались игры на неожиданное появление по типу «ку-ку», «прятки» и т.д. Для отклика на имя использовалось многократное название имени ребенка в разных интонациях и ситуациях с положительным подкреплением.

Занятия в контрольной группе также проводились 2 раза в неделю по 20 минут со следующей структурой:

1. Установление зрительного контакта (5 минут);
2. Формирование указательного жеста (5 минут);
3. Озвучивание жеста звукоподражанием (5 минут);
4. Закрепление в игре (5 минут).

Со временем формирования навыков этапы корректировались и менялись.

#### *Этап 1. Установление зрительного контакта.*

Цель этапа – обеспечить устойчивый зрительный контакт между ребенком и логопедом, создать положительный эмоциональный фон, без которого дальнейшее формирование коммуникативных навыков невозможно.

Примеры игр на данном этапе:

- «Ку-ку» – логопед садился напротив ребенка на уровне его глаз. Логопед закрывал глаза ладонями, затем открывал и широко раскрывал глаза, устанавливая контакт с ребенком и, произнося «ку-ку». При появлении взгляда в глаза, следовала яркая эмоциональная реакция. Постепенно время зрительного контакта увеличивалось с 1-2 секунд до 5-7 секунд.

- «Прятки» – логопед прятался за платком, крупной игрушкой, затем выглядывал и называл имя ребенка. Ребенок учился фиксировать

взгляд на появляющемся лице. После того, как ребенок начинал устойчиво смотреть, логопед добавлял к имени короткую вокализацию: «ааауу!».

- «Вертолет» – логопед прикреплял на лоб вертушку с присоской и крутил лопасти, задача ребенка – фиксировать взгляд.
- «Игрушечное лицо» – логопед подносил к своему лицу яркую игрушку, затем убирал ее. Ребенок переводил взгляд с игрушки на лицо логопеда. Постепенно время фиксации на лице увеличивалось. Игрушка служила в качестве привлечения внимания, затем интерес смещался на лицо взрослого.

### *Этап 2. Формирование указательного жеста.*

Цель этапа – сформировать у ребенка умение выделять предмет указательным жестом, сначала с полной тактильной подсказкой, затем самостоятельно.

Примеры игр на данном этапе:

- «Покажи-ка» – перед ребенком на расстоянии вытянутой руки располагались 2-3 яркие игрушки. Логопед брал руку ребенка в свою, придавал ей форму указательного жеста. Вместе указывали на игрушку, логопед произносил название игрушки или звукоподражание. После этого игрушка вручалась ребенку.
- Усложнение 1 – логопед помогал лишь в придании формы кисти, само движение ребенок совершал самостоятельно. Логопед слегка придерживал локоть ребенка для направления движения. При успешном выполнении следовало эмоциональное подкрепление.
- Усложнение 2 – логопед давал только речевую инструкцию: «Покажи, где...» и при необходимости слегка придерживал локоть. Ребенок самостоятельно придавал руке форму указательного жеста и указывал на нужную игрушку. Логопед уже не прикасается к руке ребенка.
- Усложнение 3 – указательный жест тренировался в бытовых ситуациях во время занятия, например, показать, куда поставить игрушку,

где лежит книжка, кто пришел в кабинет. Жест становился привычным способом для привлечения внимания и выделения предмета.

### *Этап 3. Озвучивание жеста звукоподражанием.*

Цель этапа – связать указательный жест со звуком, затем постепенно отделить звук от жеста, сформировать звукоподражание как самостоятельную речевую единицу.

Примеры игр на данном этапе:

- Жест + звук логопеда – ребенок выполнял указательный жест на игрушку, логопед громко и утрированно произносил подходящее звукоподражание. Ребенок побуждался к повторению звука после логопеда. Сначала звук произносился одновременно с жестом, затем сразу после жеста.
- Жест + совместный звук – логопед вместе с ребенком выполнял указательный жест (рука логопеда находилась поверх руки ребенка) и одновременно произносил звукоподражание, побуждая ребенка к совместному произнесению. Использовались игрушки с яркими звукоподражаниями, например: корова, кошка, собака, машина, утка и т.д.
- Самостоятельный звук после жеста – ребенок выполнял указательный жест самостоятельно, после чего логопед делал паузу и ждал, пока ребенок сам произнесет звукоподражание. При отсутствии попытки логопед произносил звук шепотом или с беззвучной артикуляцией. Постепенно пауза увеличивалась, ребенок начинал произносить звук до подсказки.
- Отделение звука от жеста – ребенок учился произносить звукоподражание без предварительного указательного жеста. Логопед задавал вопрос: «Как говорит собачка?» – и ждал ответ. При необходимости логопед сначала показывал жест. Постепенно жест переставал быть необходимым, звук появлялся самостоятельно.

### *Этап 4. Закрепление в игре.*

Цель этапа –закрепить использование жеста и звукоподражание в естественной игре, перенести навык в ситуацию свободного общения.

Примеры игр на данном этапе:

- «Что в коробке?» – в коробке лежали знакомые игрушки. Логопед доставал игрушку, показывал ее ребенку, затем прятал обратно в коробку. Ребенок должен был указать жестом на коробку, в которой лежит игрушка и произнести звукоподражание, чтобы получить игрушку. При правильном выполнении игрушка вручалась.
- «Кто пришел?» – логопед прятал игрушку за спину, произносил звукоподражание, например: «му» – ребенок должен был указать на картинку с нужным изображением и повторить звукоподражание. Постепенно роль ведущего передавалась ребенку.
- «Покажи и скажи» – логопед раскладывал перед ребенком 3-4 картинки или игрушки, давал инструкцию, покажи, где «ав-ав?». Ребенок выполнял, повторяя звукоподражание. При ошибке логопед давал тактильную подсказку, помогая руками с артикуляцией. По мере освоения количество предметов увеличивалось до 5-6.
- «Волшебный мешочек» – ребенок опускал руку в мешочек, нащупывал игрушку, доставал ее, показывал жестом на соответствующую картинку и произносил звукоподражание.

Приведем пример конспекта логопедического занятия:

**Конспект логопедического занятия для детей экспериментальной  
группы № 2 раннего возраста на тему «В гостях у пони»**

Форма организации деятельности: индивидуальная.

Количество детей, присутствующих на занятии: 1 человек.

Продолжительность занятия: 20 минут.

Цель занятия: абилитация речевых функций через формирование указательного жеста.

Задачи:

- Коррекционно-образовательная: формирование указательного жеста в игровых и бытовых ситуациях;
- Коррекционно-развивающая: развивать зрительное восприятие;

- Коррекционно-воспитательная: воспитывать бережное отношение к животным.

Оборудование: игрушки пони, коровы, собаки, кошки, таз с водой, стаканы, миски, расческа, мешочек. Все игрушки можно заменить картинками.

Ход занятия:

1. Организационный момент.

– Привет! Мы сегодня отправимся в гости к пони! Посмотри, кто это? (*Логопед дает ребенку игрушку пони после демонстрации ребенком указательного жеста*). Это пони!

– Пони решила погулять на лугу, давай погуляем вместе с ней!

– Ой, куда же пони убежала, давай ее найдем! (*Игра на формирование зрительного контакта. Логопед накрывает платком пони, затем спрашивает у ребенка: «Где пони?», задача ребенка – показать жестом на платок и посмотреть в глаза логопеду. По возможности оречевить жест словом «тут!».* Если ребенок не оречевляет – задача логопеда помочь вызвать звук с помощью полной тактильной подсказки).

Игра повторяется несколько раз, место спрятанной игрушки всегда новое.

Ку-ку, ку-ку!

Пони я ищу!

Саша, пальчик покажи,

Где пони – укажи!

2. Основная часть.

– Пони гуляла на лугу и встретил своих друзей! Давай посмотрим, кого он встретил? (*Перед ребенком выставлялись игрушки коровы, кошки, собаки*).

– Покажи, где корова? (Тут!)

– Корова мычит: «М-ууу» (*логопед утрированно артикулирует, при необходимости помогает ребенку сложить губы в трубочку*).

– А тут кошка! (Логопед подносит кошку к своему лицу, привлекая к нему внимание, затем прячет за спину, задает вопрос: «Где кошка?» Задача ребенка посмотреть на лицо логопеда, затем указать жестом за спину логопеда и произнести: «Мяу». При артикуляции логопед тактильно помогает ребенку при необходимости).

– Где собака? (Тут!)

– Собака мычит: «Ав-ав» (логопед утрированно артикулирует, при необходимости помогает ребенку, касаясь нижней губы так, чтобы она соприкоснулась с верхними резцами).

– Вот мы и познакомились с друзьями пони. Мы так долго играли, что пони захотел пить. Где вода? (Ребенок показывает жестом на таз с водой, сопровождая словом: «Там»).

– Правильно, давай нальем всем животным воду (ребенок наливает стаканом воду в миски животным. Переливание воды сопровождается звукоподражанием «буль», при необходимости логопед помогает ребенку произнести звук [б]).

– Все попили воды. Теперь давай поможем пони расчесать ее гриву. (Проводится пальчиковая гимнастика. Логопед произносит текст, дети выполняют движения кистями рук и одновременно проговаривают лепетные цепочки в ритм. При необходимости логопед дает тактильную подсказку).

Я люблю свою лошадку!

Лю-лю-лю. (Ребенок произносит, сжимая и разжимая кисти рук).

Причешу ей шерстку гладко!

Ко-ко-ко. (Ребенок поглаживает кисти рук).

Гребешком приглажу хвостик!

Тик-тик-тик (Ребенок собирает пальчики в замок).

И верхом поеду в гости

Цок-цок-цок (Ребенок делает «фонарики» руками).

4. Заключительная часть.

– Пора возвращаться домой! Надо отправить животных домой. *(Перед ребенком выкладываются те же игрушки. Логопед спрашивает: «Где собака?», ребенок должен показать на игрушку и произнести: «Тут», таким образом, все игрушки отправляются в мешочек).*

– Пока! *(Логопед с ребенком машут мешочку, прощаясь с животными).*

– Кто сегодня занимался? (Я)

– Кто все сделал? (Я)

– Ты молодец! К кому мы ходили в гости? (ребенок показывает на пони или говорит «по-ни»).

– Как говорит пони? (Го-го)

– Как лает собака? (Ав-ав)

– Как мычит корова? (М-уу)

– Как мяучит кошка? (Мяу)

– Ты очень старался, молодец! Пони понравилось с тобой гулять, и она оставила тебе наклейку!

*Логопед дарит наклейку и прощается с ребенком.*

### **3.3. Контрольный эксперимент**

После завершения формирующего эксперимента был проведен контрольный эксперимент с использованием той же диагностической методики, что и на констатирующем этапе.

Цель контрольного эксперимента – выявить динамику речевого развития детей экспериментальной группы № 1 и № 2, а также сравнить эффективность двух методик абилитации и определить, какая из них является более эффективной для активизации речевых функций у детей раннего возраста с перинатальными патологиями.

Для объективности сравнения контрольный эксперимент проводился в одинаковых условиях для обеих групп. Результаты фиксировались в индивидуальных протоколах, затем сравнивались с данными констатирующего эксперимента.

В экспериментальной группе, все пять детей показали положительную динамику. У четырех детей, что составляет 80%, повысился уровень речевого развития, у 1 ребенка (20%) уровень остался прежним, но значительно улучшились качественные показатели внутри уровня.

Таблица 3

**Сравнение результатов экспериментальной группы № 1 на констатирующем и контрольном этапах**

| <b>№ п/п</b> | <b>Экспериментальная группа № 1</b> | <b>Констатирующий этап (общий балл)</b> | <b>Контрольный этап (общий балл)</b> |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1</b>     | Милана Ж.                           | 40 (высокий уровень)                    | 46 (высокий уровень)                 |
| <b>2</b>     | Даниил П.                           | 30 (средний уровень)                    | 38 (высокий уровень)                 |
| <b>3</b>     | Лев В.                              | 26 (средний уровень)                    | 34 (высокий уровень)                 |
| <b>4</b>     | Вика С.                             | 24 (низкий уровень)                     | 31 (высокий уровень)                 |
| <b>5</b>     | Кира Н.                             | 20 (низкий уровень)                     | 27 (средний уровень)                 |

Примечание: имена детей были заменены с целью сохранения конфиденциальности.

Наиболее заметные изменения произошли в артикуляционной моторике и дыхании. Если на констатирующем этапе большинство детей экспериментальной группы № 1 не могли выполнить произвольные движения по подражанию, то после формирующего эксперимента все дети стали выполнять простые артикуляционные упражнения в ритме с движением. Дыхательные пробы также улучшились, а именно дети научились дуть на легкие предметы с одновременным произнесением гласных. Длительность выдоха увеличилась с 1-2 секунд до 4-5 секунд, что позволило детям произносить протяжные гласные в играх и песнях. Голосовые характеристики стали более разнообразными: в лепете и вокализациях появилось интонационное разнообразие.

Понимание речи улучшилось у всех детей. Если на констатирующем этапе половина детей экспериментальной группы № 1 не выполняли инструкцию «принеси» без жестовой подсказки, то на контрольном эксперименте дети продемонстрировали самостоятельное выполнение данной инструкции. Дети стали понимать не только названия предметов, но и простые действия, например «спит», «ест», «идет». На просьбу: «Покажи, кто спит», дети уверенно указывали на необходимую картинку. 60% (3 ребенка) начали понимать двухступенчатые инструкции, например: «Возьми мишку и посади на стул».

Экспрессивная речь была наиболее пострадавшая сфера на констатирующем этапе, именно здесь представленная методика дала

наиболее выраженные результаты. На констатирующем этапе большинство детей экспериментальной группы № 1 не воспроизводили звукоподражания даже по подражанию, тогда как на контрольном этапе все дети использовали звукоподражания в игре и общении. Дети, у которых на констатирующем этапе отсутствовал лепет или он был фрагментарным, начали произносить устойчивые, осмысленные звукоподражания. К концу формирующего эксперимента все дети экспериментальной группы № 1 имели активный словарь не менее 15 звукоподражаний и лепетных слов, а 60% (3 ребенка) начали соединять слова в простые фразы из 2-3 слов.

Важным качественным изменением стало появление инициативной речи: дети начали сами обращаться к взрослым с просьбами, а не только отвечать на вопросы. Это свидетельствовало о том, что речь начала выполнять коммуникативную функцию.

В экспериментальной группе № 1 без специального обучения сформировался указательный жест у всех детей. Синхронизация движений и звука, регулярные ритмические упражнения естественным образом привели к тому, что дети начали выделять предметы рукой, а затем указательным пальцем. Зрительный контакт также улучшился: если на констатирующем этапе половина детей экспериментальной группы № 1 демонстрировали кратковременный, ускользающий взгляд, то к концу эксперимента все дети устойчиво фиксировали взгляд на лице взрослого в течение 5-7 секунд и более. Отклик на имя стал стабильным у всех детей.

В экспериментальной группе № 2 все пять детей также показали положительную динамику. У 60% (3 ребенка) уровень речевого развития повысился, у 40% остался прежним, но качественные показатели при этом улучшились.

В отличие от экспериментальной группы № 1, где артикуляционная моторика развивалась через крупные движения и ритм, в контрольной группе артикуляционные навыки формировались через тактильные ощущения. Этот метод показал свою эффективность для детей с сохранным тактильным

восприятием. Дети, которые на констатирующем этапе не выполняли ни одного произвольного артикуляционного движения, к концу эксперимента освоили простые упражнения по речевой инструкции без тактильной помощи.

**Таблица 4**

**Сравнение результатов экспериментальной группы № 2 на констатирующем и контрольном этапах**

| <b>№ п/п</b> | <b>Экспериментальная группа № 2</b> | <b>Констатирующий этап (общий балл)</b> | <b>Контрольный этап (общий балл)</b> |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1</b>     | София Д.                            | 31 (средний уровень)                    | 39 (высокий уровень)                 |
| <b>2</b>     | Ева М.                              | 36 (средний уровень)                    | 42 (высокий уровень)                 |
| <b>3</b>     | Артем К.                            | 16 (низкий уровень)                     | 24 (низкий уровень)                  |
| <b>4</b>     | Никита В.                           | 16 (низкий уровень)                     | 23 (низкий уровень)                  |
| <b>5</b>     | Илья Р.                             | 12 (критический уровень)                | 14 (критический уровень)             |

Примечание: имена детей были заменены с целью сохранения конфиденциальности.

У ребенка с критическим уровнем появились первые артикуляционные движения после многократных тактильных подсказок. Дыхательные упражнения также улучшились, но менее значительно, чем в экспериментальной группе.

Понимание речи улучшилось у всех детей экспериментальной группы № 2, особенно в заданиях направленные на выполнение инструкций. Если на констатирующем этапе половина детей не выполняли инструкцию «дай» даже с жестом, то после формирующего эксперимента большинство детей выполняли инструкции «дай», «покажи», «принеси» без жестовой подсказки. Качественные изменения проявились в том, что дети начали понимать глагольные инструкции, например: «Покажи, кто спит» – задание, которое на констатирующем этапе выполняли 70% детей. К концу формирующего эксперимента 80% детей экспериментальной группы № 2 справились с этим заданием.

Дети, у которых на констатирующем этапе отсутствовали звукоподражания, к концу эксперимента освоили 3-5 звукоподражаний. Дети со средним уровнем расширили активный словарь до 10 звукоподражаний и лепетных слов, 40% (2 человека) начали произносить первые двухсложные

фразы, например: «Папа, пока». Однако, в отличие от экспериментальной группы № 1, где фразы появились спонтанно, в экспериментальной группе № 2 требовали более длительной тренировки и чаще сопровождались жестами. У ребенка с критическим уровнем появились гласные, что было значительным прорывом.

Наиболее выраженные результаты были достигнуты в сфере развития невербальных средств общения. На констатирующем этапе указательный жест отсутствовал у всех детей экспериментальной группы № 2, к концу эксперимента все дети смогли освоить указательный жест. Зрительный контакт также значительно улучшился, отклик на имя стал стабильным у 80% детей.

Более наглядно различия между результатами экспериментальных групп №1 и № 2 можно увидеть на диаграмме (рис. 2).

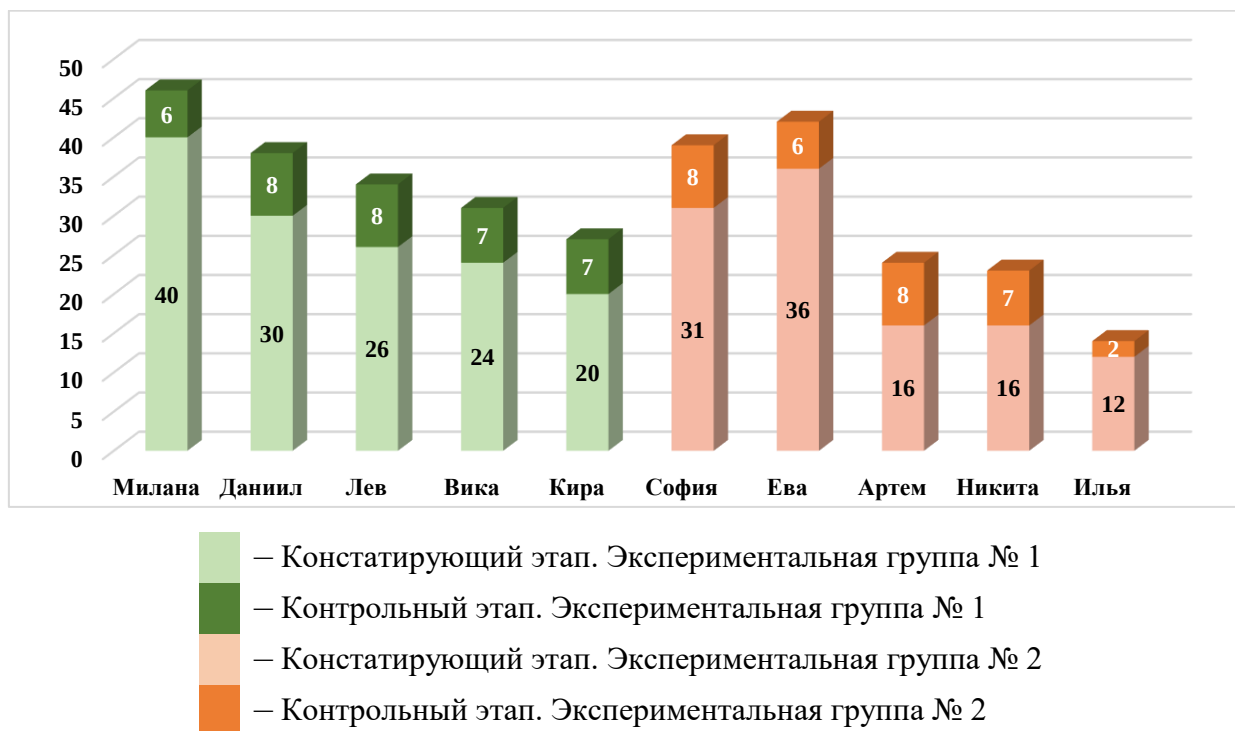


**Рис. 3. Сравнительная диаграмма результатов речевого развития экспериментальных групп.**

Подводя итог, отметим, что в экспериментальной группе № 1 звукоподражания появились быстрее и легче, в экспериментальной группе № 2 звукоподражания требовали более длительной тренировки и

оставались «привязанными» к жесту дольше. В экспериментальной группе № 1 дети чаще начинали общаться сами, в группе № 2 дети чаще отвечали на вопросы и просьбы взрослого, чем инициировали общение сами. В экспериментальной группе № 1 звукоподражания и слова быстрее автоматизировались, чем у детей из группы № 2, кроме того, у части детей из экспериментальной группы № 2 сохранялась привычка сопровождать слово указательным жестом.

Таким образом, методика, которая **проводилась/использовалась** в **работе с детьми** экспериментальной группы № 1, оказалась более универсальной. Она показала более высокую эффективность. Полученные результаты позволяют рекомендовать методику «Речевой импульс» как базовый подход для абилитации речи у детей раннего возраста с перинатальными патологиями, в то время как методику «Жест – звук – слово» целесообразно использовать как дополнительный подход для детей с выраженными коммуникативными трудностями.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное экспериментальное изучение было посвящено изучению специфики работы учителя-логопеда в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями. Актуальность темы обусловлена устойчивым ростом числа детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, а также доказанной эффективностью раннего вмешательства для формирования речевых функций в сензитивные периоды развития. Ранний возраст признан критическим для становления речи, и современная абилитационная работа позволяет максимально использовать пластичность детского мозга для компенсации нарушений.

Теоретический анализ показал, что нормативное речевое развитие в раннем возрасте проходит ряд последовательных этапов: от доречевых вокализаций к первым словам и фразовой речи. Перинатальные патологии нарушают этот процесс на разных уровнях, приводя к задержке речевого развития, дизартрии, алалии и другим расстройствам.

Абилитация – это система мероприятий, направленных на формирование отсутствующих функций, в отличие от реабилитации, восстанавливающей утраченные. Современная абилитация базируется на принципах раннего начала, междисциплинарного подхода, комплексности и активного включения семьи. Ключевая работа логопеда заключается в стимуляции доречевых реакций, формирования коммуникативного поведения и создании предпосылок для появления активной речи.

Констатирующий эксперимент позволил выявить исходный уровень сформированности речевых функций у 10 детей раннего возраста с перинатальными патологиями. Результаты доказали необходимость проведения дифференцированной логопедической работы по формированию речевых навыков.

Формирующий эксперимент был организован как сравнительное изучение двух авторских методик. По результатам чего, было доказано, что методика, которая проводилась в экспериментальной группе № 1, является более эффективной по большинству показателей. Кроме того, данная методика требует меньше времени на формирование указательного жеста и зрительного контакта, которые в итоге возникли сами собой.

Таким образом, гипотеза исследования подтвердилась, согласно которой логопедическая работа в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями будет наиболее эффективной, если: она начинается на первом году жизни и носит опережающий, профилактический характер, строится на основе комплексного междисциплинарного подхода (в сотрудничестве с неврологом, педиатром, психологом), а также ее содержание направлено на стимуляцию не только собственно речевых, но и базовых для речи функций: эмоционального общения, сенсомоторного развития, голосовой и дыхательной активности.

По итогам проведенного эксперимента были выполнены все поставленные задачи, а именно: проанализирована психолого-педагогическая и специальная литература по проблеме перинатальных поражений ЦНС и их влияние на раннее речевое развитие; раскрыта сущность и принципы абилитационной работы с детьми раннего возраста, а также определены основные направления, содержание и методы логопедической работы в рамках комплексной абилитации детей с перинатальными патологиями.

Таким образом была достигнута главная цель экспериментального изучения – изучение специфики работы учителя-логопеда в системе комплексной абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ АСТРЕЛЬ, 2006. – 190 с.
2. Архипова, С.Н. Развитие лексико-грамматического строя речи у старших дошкольников с общим недоразвитием речи / С.Н. Архипова, С.П. Герасимова // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 4. – С. 51-54.
2. Аханькова, Т.Е. Комплексный подход к коррекции речевых нарушений у неговорящих детей раннего возраста / Т.Е. Аханькова, К.М. Шипкова // Специальное образование. – 2023. – № 1. – С. 22-31.
3. Бадалян, Л.О. Детская неврология: учебное пособие / Л.О. Бадалян. – 5-е изд., перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2021. – 640 с.
4. Белоусова, М.В. Перинатальные факторы риска формирования речевых нарушений у детей: современный взгляд на проблему / М.В. Белоусова, А.М. Прусаков, Е.А. Уткузова // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2024. – № 1. – С. 34-41.
5. Бельтюков, В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи / В.И. Бельтюков. – М.: Педагогика, 1977. – 176 с.
6. Божович, Л.И. Речь и практическая интеллектуальная деятельность ребенка / Л.И. Божович // Культурно-историческая психология. – 2006. – Т. 2. – № 1. – С. 65–76.
7. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии [Электронный ресурс] / Т.Г. Визель. – Режим доступа: <https://clck.ru/3SzUX3>(дата обращения: 08.04.26).
8. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции нарушений развития у детей в условиях реализации современной

системы здравоохранения / Н.Н. Володин, Е.Ф. Архипова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – Т. 65. – № 3. – С. 6-12.

9. Волосовец, Т.В. Организация ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации / Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутепова. – М.: РУДН, 2022. – 204 с.

10. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 2009. – 352 с.

11. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – СПб.: Детство-Пресс, 2011. – 480 с.

12. Головчиц, Л.А. Дифференциальная диагностика нарушений развития у детей раннего возраста: современные подходы / Л.А. Головчиц, Е.А. Стребелева // Дефектология. – 2022. – № 2. – С. 8-17.

13. Громова, О.Е. Формирование начального детского лексикона у детей с задержкой речевого развития / О.Е. Громова. – 2-е изд. – М.: ТЦ Сфера, 2021. – 128 с.

14. Журба, Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2020. – 288 с.

15. Заваденко, Н.Н. Нарушения развития речи у детей: диагностика и лечение / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2022. – Т. 67. – № 4. – С. 105-112.

16. Заваденко, Н.Н. Ранняя диагностика и коррекция речевых нарушений у детей с перинатальной патологией ЦНС / Н.Н. Заваденко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123. – № 5. – С. 87-94.

17. Заваденко, Н.Н. Факторы риска и ранняя диагностика нарушений развития речи у детей / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова // Российский педиатрический журнал. – 2015. – № 4. – С. 43–48.

18. Левина, Р.Е. Основы теории и практики логопедии [Электронный ресурс] / Р.Е. Левина. – Режим доступа: [https://pedlib.ru/Books/4/0286/4\\_0286-1.shtml](https://pedlib.ru/Books/4/0286/4_0286-1.shtml) (дата обращения: 02.09.25).
19. Левченко, И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего возраста / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная. – 4-е изд., перераб. – М.: Академия, 2021. – 336 с.
20. Левченко, И.Ю. Технологии ранней абилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2020. – 208 с.
21. Леонтьев, А.А. Слово в речевой деятельности: Некоторые проблемы общей теории речевой деятельности / А.А. Леонтьев. – М.: Наука, 2016. – 290 с.
22. Леонтьев, А.Н. Психологические основы дошкольной игры [Электронный ресурс] / А.Н. Леонтьев. – Режим доступа: <https://clck.ru/3QxHfE> (дата обращения: 08.04.2026).
23. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов [Электронный ресурс] / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – Режим доступа: [https://pedlib.ru/Books/2/0049/2\\_0049-1.shtml](https://pedlib.ru/Books/2/0049/2_0049-1.shtml) (дата обращения: 08.04.2026).
24. Лубовский, В.И. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений [Электронный ресурс] / В.И. Лубовский [и др.]; под ред. В.И. Лубовского. – Режим доступа: <https://clck.ru/3F332L> (дата обращения: 08.04.2026).
25. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2018. – 768 с.
26. Лынская, М.И. М.А.Р. (Motive, Adaptive, Play) метод активации и развития речи у детей с нарушениями в развитии / М.И. Лынская. – М.: ПАРАДИГМА, 2018. – 104 с.

27. Лынская, М.И. Дифференциальная диагностика речевых нарушений. Авторская классификация речевых расстройств / М.И. Лынская. – М.: Национальный книжный центр, 2024. – 480 с.
28. Лынская, М.И. Преодоление моторной алалии: формирование коммуникативных навыков / М.И. Лынская // Логопед. – 2023. – № 5. – С. 12-18.
29. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция[Электронный ресурс] / Е.М. Мастюкова. – Режим доступа:<https://pedlib.ru/Books/5/0144/index.shtml>(дата обращения: 08.04.2026).
30. Перепелица, С.А. Раннее выявление нарушений развития у недоношенных детей: современные подходы / С.А. Перепелица, А.Н. Платонова // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. – 2022. – № 2. – С. 48-57.
31. Разенкова, Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития [Электронный ресурс] / Ю.А. Разенкова. – Режим доступа: <https://clck.ru/3Sbjsb> (дата обращения: 08.04.2026).
32. Розенгарт-Пупко, Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста [Электронный ресурс] / Г.Л. Розенгарт-Пупко. – Режим доступа: <https://studopedia.info/3-48663.html>(дата обращения: 08.04.2026).
33. Сохин, Ф.А. Психолого-педагогические проблемы развития речи детей / Ф.А. Сохин // Дошкольное воспитание. – 1979. – № 6. – С. 34-40.
34. Степанова, О.А. Логопедическая работа с неговорящими детьми: современные подходы / О.А. Степанова // Практическая психология и логопедия. – 2023. – № 4. – С. 22-28.
35. Стребелева, Е.А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего возраста / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова; под ред. Е.А. Стребелевой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 2022. – 180 с.

36. Стребелева, Е.А. Ранняя диагностика нарушений развития: современные методы и подходы / Е.А. Стребелева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2020. – № 42. – С. 3-12.
37. Ткачева, В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование / В.В. Ткачева. – 3-е изд. – М.: Национальный книжный центр, 2021. – 176 с.
38. Ткачева, В.В. Технологии психологического сопровождения семей детей с ограниченными возможностями здоровья / В.В. Ткачева. – 2-е изд., перераб. – М.: ИНФРА-М, 2022. – 296 с.
39. Трубникова, Н.М. Онтогенетические закономерности речевого развития и их значение для диагностики речевых нарушений / Н.М. Трубникова // Специальное образование. – 2023. – № 1. – С. 89-97.
40. Цейтлин, С.Н. Язык и ребенок: лингвистика детской речи / С.Н. Цейтлин. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
41. Шахнарович, А.М. Психолингвистические проблемы овладения общением в онтогенезе / А.М. Шахнарович // Теоретические и прикладные проблемы речевого общения. – М.: Наука, 1979. – С. 148-160.
42. Шереметьева, Е.В. Профилактика отклонений речевого развития у детей раннего возраста в условиях реализации системы ранней помощи / Е.В. Шереметьева. – М.: Прометей, 2022. – 240 с.
43. Шипкова, К.М. Лого-психологический подход к коррекции речевых нарушений у детей раннего возраста / К.М. Шипкова // Специальное образование. – 2023. – № 2. – С. 45-54.
44. Щелованов, Н.М. Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях / Н.М. Щелованов. – М.: Учпедгиз, 1950. – 174 с.
45. Эльконин, Д.Б. Детская психология / Д.Б. Эльконин. – М.: Академия, 2006. – 384 с.

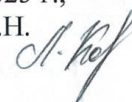
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Пензенский педагогический институт им. В. Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии  
и социальных наук

Кафедра «Дошкольное и  
дефектологическое образование»

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

Утверждаю: зав. кафедрой  
«01» сентября 2025 г.,  
Корчагина Л.Н.



Задание

По выпускной квалификационной работе Терентьевой Ирины Павловны

1. Тема работы «Работа логопеда в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями»  
Утверждена приказом по Университету «23» сентября 2025 г. №1084/о
2. Срок сдачи студентом законченной работы «01» июня 2026 г.
3. Исходные данные к работе:

**Цель работы:** изучение специфики работы учителя-логопеда в системе комплексной абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями и проведение коррекционной работы по развитию речевых функций данной группы детей.

**Объект** исследования: состояние речевых функций детей раннего возраста с перинатальной патологией ЦНС.

**Предмет** исследования: содержание и методы работы учителя-логопеда в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями.

4. Перечень подлежащих разработке вопросов:

- Проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме перинатальных поражений ЦНС и их влияния на раннее речевое развитие.

- Раскрыть сущность и принципы реабилитационной работы с детьми раннего возраста.
- Провести обследование речевых функций детей раннего возраста с перинатальной патологией и проанализировать его результаты.
- Определить основные направления, содержание и методы логопедической работы в рамках комплексной реабилитации детей с перинатальными патологиями.
- Провести коррекционную работу по развитию речевых функций детей с перинатальной патологией и оценить её эффективность.

#### 5. Календарный план

| № п/п | Наименование этапов квалификационной работы                     | Сроки выполнения этапов  | Примечания |
|-------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| 1     | Изучение и анализ литературы по теме квалификационной работы    | Сентябрь 2025 г.         |            |
| 2     | Проведение и анализ экспериментального исследования             | Сентябрь-октябрь 2025 г. |            |
| 3     | Проведение обучающего эксперимента по развитию речевых функций. | Октябрь 2025–март 2026г. |            |
| 4     | Проведение контрольного эксперимента и оформление работы        | Апрель-май 2026г.        |            |

6. Дата выдачи задания « 01 » октябрь 2025 г.

Руководитель \_\_\_\_\_  
(подпись)

Задание принял к исполнению \_\_\_\_\_  
(подпись)

**ОТЗЫВ**  
**на выпускную квалификационную работу**  
**на тему: «Работа логопеда в системе абилитации детей раннего возраста с**  
**перинатальными патологиями»**  
**студентки 4 курса очной 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»**  
**Терентьевой Ирины Павловны**

Тема выпускной квалификационной работы Ирины Павловны Терентьевой посвящена актуальной проблеме комплексной абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями. При выборе темы выпускной квалификационной работы студентка проявила заинтересованность и поддерживала интерес к выбранной проблеме на всем протяжении ее написания.

В работе рассмотрены вопросы влияния перинатальных поражений ЦНС на раннее речевое развитие детей и возможности логопедической работы в системе абилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями по развитию речевых функций данной группы детей, что соответствует заявленной теме.

Студентка самостоятельно подготовила и провела констатирующее и контрольное исследование особенностей сформированности речевых функций у детей и проанализировала полученные данные.

При подборе экспериментального материала студенткой были учтены типологические, возрастные, речевые особенности детей, принимавших участие в исследовании, что позволило получить хорошие результаты при проведении контрольного эксперимента.

При написании работы Ирина Павловна проявила себя как грамотный специалист, использующий в работе традиционные и новые диагностические и коррекционные методики.

Работа соответствует всем требованиям, предъявляемым к выпускным квалификационным работам, заслуживает высокой оценки и достойна представления к защите.

Руководитель ВКР  
кандидат психологических наук  
доцент кафедры «Дошкольное  
и дефектологическое образование»



Н.Л. Морозова



## СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа  
на наличие заимствований

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

ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ АНТИПЛАГИАТ.ВУЗ

Автор работы: Терентьева И.П.  
Самоцитирование  
рассчитано для: Терентьева И.П.  
Название работы: Терентьева И.П. Работа логопеда в системе реабилитации детей раннего возраста с перинатальными патологиями  
Тип работы: Выпускная квалификационная работа  
Подразделение: Кафедра "Дошкольное и дефектологическое образование"

### РЕЗУЛЬТАТЫ

■ ОТЧЕТ О ПРОВЕРКЕ КОРРЕКТИРОВАЛСЯ: НИЖЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ ДО КОРРЕКТИРОВКИ

|                 |        |                 |        |
|-----------------|--------|-----------------|--------|
| СОВПАДЕНИЯ      | 37.34% | СОВПАДЕНИЯ      | 37.34% |
| ОРИГИНАЛЬНОСТЬ  | 62.66% | ОРИГИНАЛЬНОСТЬ  | 62.66% |
| ЦИТИРОВАНИЯ     | 0%     | ЦИТИРОВАНИЯ     | 0%     |
| САМОЦИТИРОВАНИЯ | 0%     | САМОЦИТИРОВАНИЯ | 0%     |
| ИИ-КОНТЕНТ      | 0%     |                 |        |

ДАТА И ВРЕМЯ КОРРЕКТИРОВКИ: 28.05.2026 20:26

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 28.05.2026

Структура  
документа:  
Модули поиска:

Проверенные разделы: основная часть с.1, 6-68, введение с.3-5, выводы с.69-70

Шаблонные фразы; IEEE; Профессиональная лексика. Медицина; Перефразирования по базе публикаций открытого доступа PubMed; Рувики; ИПС Адилет; Перефразирования по коллекции IEEE; Профессиональная лексика. АПК и биотех; PubMed; Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте; Переводные заимствования IEEE; Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика; Переводные заимствования по Коллекции открытых публикаций международных издательств; Переводные заимствования; Профессиональная лексика. Юриспруденция; Патенты СССР, РФ, СНГ; Цитирование; Перефразирования по Коллекции открытых публикаций международных издательств; Кольцо вузов; Переводные заимствования по коллекции Гарант: аналитика; Публикации eLIBRARY; СМИ России и СНГ; Медицина; СПС...

Работу проверил: Морозова Наталья Львовна

ФИО проверяющего

Дата подписи:

28.05.26

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.