

ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ



УДК: 376.37

Комплексный подход к развитию речевого дыхания у старших дошкольников с дизартрией

Ю.А. Комерцова, М.Л. Скуратовская

Донской государственный технический университет, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается проблема недостаточной изученности особенностей речевого дыхания у старших дошкольников с дизартрией, а также отсутствия научно обоснованных комплексных методик его коррекции. Цель статьи заключается в теоретическом и экспериментальном обосновании необходимости комплексного подхода к развитию речевого дыхания у детей с дизартрией, а также в разработке и апробации диагностического инструментария для выявления нарушений речевого дыхания у старших дошкольников с данным нарушением. Объект исследования — развитие речевого дыхания у старших дошкольников с дизартрией.

Ключевые слова: грудобрюшной тип дыхания, дизартрия, дыхательная гимнастика, речевое дыхание

Для цитирования. Комерцова Ю.А., Скуратовская М.Л. Комплексный подход к развитию речевого дыхания у старших дошкольников с дизартрией. *Молодой исследователь Дона*. 2026;11(3):114–118.

A Comprehensive Approach to Developing Speech Breathing in Older Preschoolers with Dysarthria

Yulia A. Komertsova, Marina L. Skuratovskaya

Don State Technical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Abstract

The article focuses on the problem of speech breathing in older preschoolers with dysarthria, which is insufficiently studied, and the lack of scientifically based comprehensive techniques for correcting thereof. The article aims to provide a theoretical and experimental justification of the need for a comprehensive approach to developing speech breathing skills in children with dysarthria. It also strives to develop and test diagnostic tools for identifying speech breathing disorders in older preschoolers with dysarthria. Development of speech breathing in older preschoolers with dysarthria is stated to be the object of the study.

Keywords: thoracoabdominal breathing pattern, dysarthria, breathing exercises, speech breathing

For Citation. Komertsova YuA, Skuratovskaya ML. A Comprehensive Approach to Developing Speech Breathing in Older Preschoolers with Dysarthria. *Young Researcher of Don*. 2026;11(3):114–118.

Введение. В последнее время в детской практике значительно возросла роль дизартрии, которая рассматривается как одно из наиболее распространенных нарушений речи. Данное состояние характеризуется нарушением произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевых органов. Нарушения затрагивают не только звуковую сторону речи, но и просодию, что в раннем возрасте становится все более типичным явлением на фоне недостаточности двигательного отдела центральной нервной системы.

Исследователи, в том числе Е.Ф. Архипова, Л.И. Белякова, М.И. Ипполитова, А.И. Максаков и Е.И. Мастюкова, подчеркивают наличие нарушений речевого дыхания у детей с дизартрией. У таких детей нередко отмечаются нарушения интонационно-выразительной окраски речи, как указывает Е.Ф. Архипова. Помимо недостатков речевого дыхания, речь может быть либо слишком тихой, либо излишне громкой, с затруднениями в изменении высоты и силы голоса. Дети не способны имитировать звуки животных или изменять тон голоса. Тембр речи изменен, иногда появляется назальный оттенок, а темп речи, как правило, ускорен [1].

У детей с речевыми нарушениями наблюдается неэффективное речевое дыхание по сравнению со сверстниками с нормальным речевым развитием. Такие дети часто имеют ослабленную дыхательную мускулатуру и уменьшенный объем легких. Большинство из них использует преимущественно верхнегрудной тип дыхания, который сопровождается подниманием плеч во время речи. Кроме того, многие из них не умеют экономно расходовать воздух в процессе говорения, делая вдох перед каждым словом. У детей со стертой формой дизартрии отмечается недостаточность иннервации диафрагмальных мышц. Нарушения речевого дыхания проявляются в неритмичности дыхательных циклов, слабости выдоха как при физиологическом, так и при речевом дыхании, а также в нарушении координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией [2].

Е.Н. Винарская подчеркивает, что во время речи воздух, проходя через верхние отделы речевого аппарата, встречает различные препятствия. В результате возникает шум, который является уникальным для каждой фонетической группы согласных и для каждого отдельного согласного звука. В отношении гласных шум не имеет дифференциального значения. При снижении интенсивности воздушного потока артикуляционный и голосообразовательный аппараты могут функционировать неэффективно. Это подчеркивает значимость механизма речевого дыхания, который служит энергетической основой речевого акта [3].

Дети с речевыми нарушениями, как правило, имеют показатели дыхания, отличающиеся от нормы. Их дыхание поверхностное, особенно заметное при эмоциональной или физической нагрузке, а объем легких меньше, чем у сверстников без речевых нарушений. Дошкольникам необходимо сначала улучшить объем легких, а затем, по мере взросления, переходить к развитию более сложного грудобрюшного типа дыхания. Улучшение этих показателей имеет принципиальное значение, поскольку правильное дыхание лежит в основе формирования речевого дыхания, представляющего собой сложную психофизиологическую функцию [4].

Е.Ф. Архипова в своих исследованиях указывает на необходимость учета следующих особенностей речевого дыхания у детей со стертой формой дизартрии:

- чрезмерно большой вдох перед началом фразы;
- резкое и усиленное начало выдоха;
- небольшая продолжительность выдоха в процессе произнесения фразы;
- неоднородность выдоха на протяжении высказывания;
- прерывистость и спазмы во время вдоха и выдоха;
- спастичность дыхательных мышц в процессе дыхания;
- нарушение координации дыхания с артикуляцией и фонацией.

В рамках данного раздела логопедии одной из ключевых задач является организация дыхательной гимнастики, направленной на увеличение продолжительности и силы неречевого выдоха, а в дальнейшем — выдоха при фонации звуков, а также при произнесении слов и фраз. Эффективность восстановления речевого дыхания обеспечивается различными формами занятий, включая групповые и индивидуальные занятия с логопедом, а также музыкальные и физические упражнения, например в рамках логоритмических и физкультурных занятий. Кроме того, включение родителей в ежедневные речевые упражнения ребенка значительно ускоряет процесс логопедической коррекции [5].

Дыхательные упражнения разрабатываются с учетом возрастных особенностей и направлены на обучение детей технике эффективного и бесшумного вдоха, а также на формирование умения экономно и плавно использовать запас воздуха при выдохе.

Для дифференциации содержания коррекционной работы по развитию речевого дыхания нами было проведено экспериментальное исследование, направленное на выявление уровня развития речевого дыхания у старших дошкольников с дизартрией. Экспериментальная работа проводилась в МБДОУ «Детский сад №249» и МБДОУ «Детский сад №142» г. Ростова-на-Дону. В исследовании приняли участие четырнадцать детей старших групп с диагнозом «дизартрия».

Методы исследования. Для диагностики речевого дыхания авторы использовали методику исследования просодической стороны речи Е. Ф. Архиповой. Для этого с детьми были проведены тесты-задания, разработанные ею и описанные в пособии «Стертая дизартрия у детей».

Диагностическое исследование проводилось по двум направлениям: обследование физиологического дыхания, включавшее определение типа дыхания, дифференцирование носового и ротового дыхания, целенаправленность воздушной струи, силу воздушной струи, и обследование речевого дыхания, включавшее объем речевого дыхания, координацию речи с дыханием, наличие патологических нарушений в речевом дыхании.

Обследование физиологического дыхания

Сначала определяли тип дыхания. Ребенка просили занять удобное положение — спокойно посидеть на стуле. Важно было объяснить ребенку, что он должен быть расслабленным, чтобы определить, какая часть тела активна во время дыхания.

Одну руку надо было положить на плечи ребенка, а другую — на живот, чтобы почувствовать движения при вдохе и выдохе. Если при дыхании поднимались плечи, а в момент вдоха живот втягивался, то дыхание считалось поверхностным, или ключичным. Если же живот начинал выпячиваться на вдохе, а опадал на выдохе, речь шла о диафрагмальном дыхании. При расширении грудной клетки дыхание относили к грудному типу. Ребенку давали инструкцию: «Давай проверим, как ты умеешь контролировать дыхание через нос и рот. Внимательно слушай и следуй указаниям».

Ребенку следовало внимательно воспринимать слова экспериментатора и точно выполнять его команды:

- вдохни носом (понюхай цветок) — выдохни носом (два-три раза). Рот при этом закрыт;
- вдохни носом, а выдохни ртом (погрей руки) (два-три раза);
- вдохни ртом (как рыба) — выдохни ртом (погрей руки);
- вдохни ртом, а выдохни носом.

Далее исследовали способность ребенка управлять потоком выдыхаемого воздуха, то есть целенаправленность воздушной струи. Для проведения эксперимента нам понадобились маленькая свечка для праздника, ватный шарик и пузырёк.

Инструкция для ребенка: «Покажи, как ты умеешь дуть». Вначале предложили подуть на ватный шарик, представляя, что это мяч. Ребенок пытался загнать его в воображаемые футбольные ворота. Затем просили подуть в пузырёк так, чтобы он издал свист. В завершение испытания нужно было попытаться задуть свечу.

Целью следующего задания была оценка силы воздушной струи. Для этого был приготовлен гранёный карандаш и губную гармошку. Задание было следующим: «Давай проверим, насколько хорошо ты умеешь дуть». На столе был расположен карандаш примерно в 20 см от ребенка, и его просили подуть так, чтобы карандаш начал катиться. Для этого объясняли, что нужно сделать глубокий вдох носом и сильный выдох ртом, сформировав губы в трубочку, чтобы карандаш покатился вперед. Дополнительно предлагали ребенку поиграть с губной гармошкой — надо было постараться подуть в неё достаточно сильно, чтобы раздался звук.

Обследование речевого дыхания

Для оценки объема речевого дыхания нужно было выполнить три задания:

1) Последовательное произнесение предложений с возрастающим числом слов на одном дыхании. Инструкция: «Послушай внимательно предложение и повтори его. Старайся сказать предложение плавно, на одном выдохе».

- Девочка рисует цветок.
- Девочка рисует цветок карандашами.
- Девочка рисует красивый цветок карандашами.
- Девочка рисует красивый цветок цветными карандашами.

2) Произнесение чистоговорок на одном выдохе. Инструкция: «Послушай внимательно чистоговорку. Сделай вдох носом и на выдохе произнеси ее, как я».

- Жу – жу – жу – я все лужи обхожу.
- Ша – ша – ша – наша Маша хороша.
- Ко – ко – ко – мне до речки далеко.

3) Счет от 1 до 10. Необходимо было контролировать, чтобы ребенок вдохнул носом и говорил на выдохе.

4) Прочтение стихотворения. Ребенку предлагалось прочесть стихотворение эмоционально и выразительно, с паузами, как будто он выступает на торжестве. Определяли фазы дыхания вначале речи и наличия координации/дискоординации фонации и дыхания, а также наличие патологических нарушений в речевом дыхании.

Обсуждение результатов. Большинство детей (8 из 14) поднимали непроизвольно плечи во время вдоха, что указывает на наличие поверхностного дыхания. Диафрагмальный тип дыхания наблюдался только у 4 детей из 14. Грудная клетка расширялась на вдохе у 2 детей.

При исследовании умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание выяснилось, что большинство детей не справляются с этим заданием, только четверо правильно выполнили инструкции. У остальных возникли, дети путались, приходилось повторять инструкцию.

С заданиями на целенаправленность воздушной струи полностью справились только 2 ребенка. У двоих детей совершенно не получалось удерживать губы трубочкой во время выдоха, их губы вибрировали, целенаправленной струи не наблюдалось. В основном сложность была в задании с пузырьком, у детей не получалось дуть в горлышко так, чтобы появился свистящий звук. С ватным «мячиком» детям понравилось играть, но также у большинства не получалось во всех попытках забить его в «ворота». С задуванием свечки справились 12 детей из 14.

Достаточно сильной воздушной струи не оказалось ни у одного ребенка. Карандаш катился сравнительно далеко только у двоих детей, но звук губной гармошки у всех испытуемых был или тихим или совсем не было звука.

По результатам обследования физиологического дыхания никто не получил высокую оценку. По три балла получили двое детей (Лера и Кристина), у них диафрагмальный тип дыхания, целенаправленная воздушная струя, они дифференцируют носовое и ротовое дыхание, но сила воздушной струи слабая. По два балла у получили

также двое детей (Родион и Филипп), у них диафрагмальный тип дыхания, нет целенаправленной воздушной струи, сила выдоха слабая. По одному баллу получили восемь человек (Павел, Давид, Дима, Ева, Настя, Саша, Юля, Егор), у них поверхностное или грудное дыхание, слабая и нецеленаправленная воздушная струя, нет дифференциации носового и ротового дыхания. Двое детей (Платон и Костя) не справились с заданиями, им поставили 0 баллов.

Предварительный анализ полученных результатов по обследованию физиологического дыхания по четырём заданиям позволил нам выделить качественно-количественную характеристику уровней физиологического речевого дыхания, представленную в таблице 1.

Таблица 1

Критерии оценки уровней развития физиологического дыхания

Уровень	Количество баллов	Характерные особенности (по критериям оценки)	Количество детей
Высокий	4	Диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная	0
Средний	2–3	Диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует (возможна недостаточная дифференциация) носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха, возможна аритмичность вдоха и выдоха	4 (Лера, Кристина, Родион, Филипп)
Низкий	0–1	Верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, либо не выполняет задания	10 (Павел, Давид, Дима, Ева, Настя, Саша, Юля, Егор, Платон, Костя)

Во время выполнения заданий по второму направлению диагностики всем детям приходилось напоминать, что перед началом фразы нужно сделать вдох носом. У некоторых детей возникали трудности в запоминании фразы, у двоих так и не получилось повторить чистоговорки и фразы из первого задания. Один мальчик не знал счет до 10, поэтому с тремя детьми оценить уровень речевого дыхания можно было по заученным стихотворениям.

Со всеми заданиями в этом блоке никто не справился. У всех детей из-за недостаточного объема речевого дыхания наблюдался добор воздуха в неоконченной фразе, в основном в задании со стихом. У многих детей в конце фраз было слышно, что выдох на исходе. Кто-то делал дополнительный вдох в середине слова. Также наблюдались проглатывание окончаний, шепотная речь в конце фразы, один мальчик (Костя) начинал фразу на вдохе.

По три балла получили трое детей (Лера, Кристина, Филипп), так как речевой выдох был несколько ослаблен, а в заданиях с длинными фразами в конце ощущалось напряжение. По два балла получили пятеро детей (Родион, Павел, Давид, Ева, Юля), у которых речь формировалась на выдохе, однако он был значительно ослаблен, и в неоконченной фразе происходил добор воздуха. По одному баллу получили шестеро детей (Костя, Платон, Дима, Егор, Саша, Настя). У них отмечалась выраженная дискоординация дыхания и фонации; у Кости речь формировалась на вдохе.

Предварительный анализ полученных результатов обследования речевого дыхания по двум заданиям позволил выделить качественно-количественную характеристику уровней развития речевого дыхания, представленную в таблице 2.

Таблица 2

Критерии оценки уровней развития речевого дыхания

Уровень	Количество баллов	Характерные особенности (по критериям оценки)	Количество детей
Высокий	4 балла	Речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший, координация дыхания и фонации	0
Средний	2–3 балла	Речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен или ослаблен	8 (Лера, Кристина, Филипп, Родион, Павел, Давид, Ева, Юля)
Низкий	0–1 балл	Речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации, наличие патологических нарушений	6 (Костя, Платон, Дима, Егор, Саша, Настя)

Заключение. Таким образом, результаты диагностики показали, что у детей экспериментальной группы преобладает средний и низкий уровень физиологического и речевого дыхания. Высокий уровень не был выявлен ни у одного ребенка. Полученные данные подтверждают необходимость разработки дифференцированной программы логопедической работы по развитию физиологического и речевого дыхания с учетом индивидуальных особенностей, выявленных в ходе обследования детей. Комплексный подход к развитию речи, по мнению авторов, будет способствовать формированию основных характеристик дыхания и преодолению имеющихся у дошкольников с дизартрией недостатков физиологического и речевого дыхания.

Список литературы

1. Архипова Е.Ф. *Стертая дизартрия у детей*. Москва: АСТ: Астрель; 2007. 331 с
2. Архипова Е.Ф. *Коррекционно – логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей*. Москва: АСТ: Астрель; 2008. 254 с.
3. Винарская Е.Н. *Дизартрия*. Москва: Ленанд; 2021. 202 с.
4. Белякова Л.И., Гончарова Н.Н., Шишкова Т.Г. *Методика развития речевого дыхания у младших школьников с нарушениями речи*. Москва: Книголюб; 2004. 56 с.
5. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. *Основы логопедии*. Москва: Просвещение; 1989. 233с.

Об авторах:

Юлия Александровна Комерцова, магистрант кафедры «Дефектология и инклюзивное образование» Донского государственного технического университета (344003, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пл. Гагарина, 1), julka23051988@mail.ru

Марина Леонидовна Скуратовская, доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой «Дефектология и инклюзивное образование» Донского государственного технического университета (344003, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пл. Гагарина, 1), marinasku@yandex.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Все авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

About the Authors:

Yulia A. Komertsova, Master's Degree Student of the Defectology and Inclusive Education Department, Don State Technical University (1, Gagarin Sq., Rostov-on-Don, 344003, Russian Federation), julka23051988@mail.ru

Marina L. Skuratovskaya, Dr.Sci. (Pedagogy), Professor, Head of the Defectology and Inclusive Education Department, Don State Technical University (1, Gagarin Sq., Rostov-on-Don, 344003, Russian Federation), marinasku@yandex.ru

Conflict of Interest Statement: the authors declare no conflict of interest.

All authors have read and approved the final manuscript.