

---

## Клиническая медицина

---

УДК 616.89-008.434-053.4

DOI 10.52246/1606-8157\_2025\_30\_4\_24

### **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 5–7 ЛЕТ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

**Л. А. Жданова**, доктор медицинских наук, zdala@list.ru,  
**Г. Н. Нуждина**, кандидат медицинских наук, galina.nuzhdina@mail.ru,  
**И. Е. Бобошко**\*, доктор медицинских наук, i.boboshko@mail.ru,  
**И. В. Иванова**, доктор медицинских наук, alase@mail.ru

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, 153012, Россия,  
г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

**РЕЗЮМЕ** Цель – дать характеристику состояния здоровья детей, имеющих речевые нарушения, и обосновать комплексные программы медико-психологического сопровождения дошкольников в условиях образовательной организации.

**Материал и методы.** Представлен анализ состояния здоровья 80 детей 5–7 лет логопедической группы дошкольной образовательной организации. Проведена диагностика типа их психосоматической конституции, физического развития и физической подготовленности, резистентности, эмоционального состояния и психофункциональной готовности к школе.

**Результаты и обсуждение.** Дети с отклонениями в развитии речи имеют низкий уровень физической подготовленности, сопутствующие соматические заболевания, патологию опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы, им в большей степени свойственна интровертивная направленность психической активности и неблагополучное эмоциональное состояние. Выявленные особенности легли в основу организации дифференцированного сопровождения детей при разных видах деятельности в дошкольной образовательной организации. Отмечено улучшение состояния здоровья детей в целом, развития речи, что способствовало успешному освоению образовательной программы и повышению уровня готовности к обучению в школе.

**Заключение.** Программы персонализированного сопровождения дошкольников, составленные на основании конституциональных особенностей детей, повысили результативность оздоровительных мероприятий и уровень подготовленности к школе.

**Ключевые слова:** дети дошкольного возраста, нарушение речи, психосоматическая конституция, дифференцированное медико-психологическое сопровождение.

### **THE HEALTH PROFILE OF 5–7-YEAR-OLD CHILDREN WITH SPEECH DEVELOPMENT PROBLEM**

**L. A. Zhdanova, G. N. Nuzhdina, I. E. Boboshko, I. V. Ivanova**

**ABSTRACT** Objective – to provide an evaluation of the health status of children experiencing speech impairments and to present a rationale of comprehensive medical, psychological, and pedagogical support programs for preschool-aged children within the framework of an educational institution.

**Material and methods.** The analysis of the health status of 80 children aged 5–7 years in a speech therapy group of a preschool educational organization is presented. Diagnostics were performed on their psychosomatic constitution type, physical development, physical fitness, resistance, emotional state, and psychofunctional readiness for school.

**Results and Discussion.** Children with speech development disorders exhibit a low level of physical fitness, have associated somatic diseases, musculoskeletal system pathology, and central nervous system problems. They are also more prone to an introverted orientation of mental activity and an unfavorable emotional state. The revealed characteristics formed the basis of organizing differentiated support for children during various activities in preschool educational organizations. An improvement in the overall health of the children and speech development was noted; the latter contributed to the successful mastery of the educational program and an increased level of readiness for school.

**Conclusion.** Personalized childhood support programs, developed in terms of children's constitutional characteristics, have improved the effectiveness of health promotion activities and the level of school readiness.

**Keywords:** preschool children, speech disorder, psychosomatic constitution, integrated medical, psychological, and educational services adapted to specific needs.

Укрепление здоровья детей является приоритетным направлением в стратегии развития национальной системы здравоохранения. При этом особое внимание уделяется не только предупреждению заболеваний, но и обеспечению гармоничного развития детей в условиях образовательных организаций. Одним из важных периодов детства является этап завершения дошкольного воспитания и обучения, когда от сформированности так называемых «школьно необходимых» функций зависит успешность адаптации ребенка к началу обучения в школе, а значит, и динамика его здоровья, которое нередко ухудшается уже в первом классе [1, 4, 6].

Одним из важных показателей «школьной зрелости» является речевое развитие, так как речь служит формой передачи мысли средствами языка и основным способом коммуникации. При ее недостаточном развитии затруднено формирование мышления, памяти и поведения в социуме. Нарушение этих процессов в последние годы вызывает обоснованную тревогу как у врачей-педиатров, так и у педагогов. Имеются сведения, что задержка психоречевого развития выявляется у двух третьих детей раннего возраста. Во многом это неблагополучие связывают с высокой частотой легких перинатальных поражений центральной нервной системы, последствия которых могут проявляться нарушениями нервно-психического развития уже в раннем возрасте [2, 3, 8].

Компенсация отклонений или их усугубление во многом определяются педагогической тактикой как в семейном воспитании, так и в процессе посещения образовательных организаций. По-

этому создание подходов к медико-педагогическому сопровождению детей с нарушениями речевого развития чрезвычайно актуально. Конечно, наибольшую эффективность мероприятия по стимуляции нервно-психического развития достигают в возрастных группах детей от 1 до 3 лет. Однако почти половина родителей считают, что заниматься проблемой речевого развития ребенка следует позже, например, при его поступлении в детский сад, т. е. уже после трехлетнего возраста. Неслучайно нарушения развития речи отмечаются у половины дошкольников и у каждого третьего школьника. Поэтому на этапе подготовки ребенка к школе мероприятия по стимуляции речевого развития приобретает особую значимость.

Цель работы – дать характеристику состояния здоровья детей, имеющих нарушения речевого развития, и обосновать комплексные программы их медико-психологического сопровождения в условиях образовательной организации.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

У всех детей определен тип психосоматической конституции с использованием «Шкалы оценки направленности психической активности» [2]. Уровень физического развития (ФР) и физической подготовленности (ФП) оценивались по унифицированной методике В. В. Бунак в разработке Д. И. Арон с использованием центильных шкал, психофункциональная готовность к школе определялась по тесту Кена – Иерасека [5]. Диагностика состояния опорно-двигательного аппарата (ОДА) проводилась врачом-ортопедом, эмоциональное состояние

исследовали с помощью проективной методики с использованием восьмицветовой гаммы [15]. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы MS Excel 7.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Работа выполнялась в течение четырех лет, в дошкольной образовательной организации (ДОО) было организовано обследование 80 дошкольников 5–7 лет с нарушениями речи.

В логопедических группах отмечалось преобладание мальчиков (62,5 %). Для большинства детей (61,2 %) была характерна интровертивная направленность психической активности, у 15,0 % выявлялась экстравертивная направленность и 23,8 % относились к центровертам.

Практически половина детей логопедических групп (46,3 %) наблюдалась у невролога, 72,5 % имели расстройства со стороны ОДА: у 40,0 % выявлены нарушения осанки, у 60,0 % – патология стоп, оба эти нарушения имели место у 37,5 % детей. В целом треть дошкольников имели сочетание соматического и неврологического диагнозов и нарушения со стороны ОДА.

ФР воспитанников логопедической группы характеризовалось как нормальное у большинства детей (82,5 %), а отклонения в ФР представлены высокой массой тела (10,0 %) и высоким и низким ростом (по 3,75 %).

ФП была низкой у каждого третьего ребенка (33,3 %), лишь у 6,25 % отмечен ее высокий уровень. У 27,5 % детей выявлялся недостаточный уровень сформированности мелкой моторики и у 50,0 % – низкий уровень графической готовности.

Дети с нарушениями речи демонстрировали недостаточную психофункциональную готовность к обучению в школе по тесту Керна – Иерасека.

Эмоциональное состояние пятой части детей логопедической группы можно оценить как неблагоприятное, так как частота выбора цвета под номерами 7 и 8, отражающих негативные эмоции, составила 18,75 %.

Путем оценки эмоционального состояния детей было охарактеризовано их отношение к режимным моментам и учебным занятиям. У каждого третьего ребенка с патологией речи выявлено эмоционально не благополучное отношение к таким видам деятельности, как логопедические занятия, логоритмика, физкультурные занятия, дневной сон. Эмоционально благополучными видами деятельности оказались для них занятия рисованием, лепкой, хореографией, квилинг, песочная терапия (табл.).

Выявленные особенности состояния здоровья детей позволили обосновать комплексный подход к организации здоровьесберегающего образовательного процесса.

**Таблица.** Частота выбора цвета, отражающего негативные эмоциональное состояние детей логопедической группы при разных видах деятельности

Виды деятельности	Количество выборов, % (n = 80)
Утро дома	6,25
Приход в ДОО	17,5
Занятие в бассейне	15
Занятие логоритмикой	28,75
Логопедические занятия	17,5
Физкультурные занятия	11,25
Развивающие занятия	23,75
Тихий час	26,25
Свободное время	26,25
Уход домой	17,5

Учет отношения детей к оздоровительным и коррекционным мероприятиям помог провести коррекцию организационно-методического обеспечения наиболее эмоционально не благоприятных видов деятельности.

В условиях пребывания ребенка в образовательной организации и в семье в педагогический, психологический и медицинский компоненты деятельности был внедрен конституциональный персонализированный подход, учитывающий ранее описанные сильные и слабые стороны организации детей интроверт- и экстравертного типов. Важной составляющей этой работы являлось тесное взаимодействие с семьей ребенка по вопросам оптимизации семейного воспитания [2, 8]. При проведении занятий использовалась цветовая «маркировка» путем присвоения цвета: интроверту – синего, центроветру – зеленого, экстраверту – красного. Разноцветными были тканевые полоски в виде браслета или ленты, косынки, элементы одежды, используемые наглядные пособия и тренажеры.

Для детей-интровертов был рекомендован поддерживающий тип воспитания с учетом их способности к логическому и нестандартному мышлению, что способствовало формированию у ребенка уверенности в себе. При этом поощрялись даже небольшие проявления активности, исключались авторитарные оценки. Учитывалось стремление интровертов работать индивидуально или в малой группе, при работе в команде ему предоставлялась возможность быть на вторых ролях, не ограничивалось время.

Акцент в осмыслении двигательных актов, тренировка крупно-моторных навыков, многократные повторы разученных движений и постепенное введение новых составили основу занятий с интровертами. Учитывалось, что им свойственна стайерская психомоторика, для них комфортен низкий и средний темп выполнения упражнений.

Детям-экстравертам был рекомендован сдерживающий тип педагогического воздействия, поощрение проявления доброжелательности, жизнерадостности при сдерживании свойственной им резкости и вспыльчивости.

Учитывая спринтерские способности экстравертов, предоставлялась возможность выполнения

упражнений в ударном или высоком темпе, разучивать асинхронные и сложные координационные движения. Дети занимались большими группами, где оптимально реализовывали лидерство и моторную одаренность.

Доказано, что обучение движениям под музыкальное ритмическое сопровождение для детей с отклоняющимся развитием имеет терапевтическое действие, тренируя подвижность и переключаемость нервных процессов. Занятия проводились по программе А. И. Бурениной «Ритмическая пластика» [19], цель которой – формирование средствами музыки и ритмических движений разнообразных умений, способностей, качеств личности. Содержание и методология занятия строились с учетом индивидуальных особенностей физического развития и дефекта ОДА у детей разных типов конституции.

В результате применения дифференциированного и комплексного сопровождения детей с речевыми нарушениями к концу года количество детей с низким уровнем физической подготовленности уменьшилось в 6 раз и составило всего лишь 5 %. Отмечена нормализация характеристик ФП и улучшение состояния ОДА. У всех детей выработано умение произвольной коррекции осанки, не регистрировались случаи прогрессирования патологии, только у 11,1 % не было улучшения.

Уровень готовности к обучению в школе у детей логопедической группы, имевших более низкий уровень подготовки за год до школы, достоверно повысился ( $p < 0,01$ ) средний балл по тесту Керна – Иерасека – с  $9,1 \pm 0,1$  до  $6,3 \pm 0,3$  балла, что характеризует наличие готовности к обучению.

Критериями эффективности персонализированного подхода служило приобретение качеств, мало свойственных каждому типу, но важных для успешной социальной адаптации. Например, интроверты демонстрировали проявления активности и самостоятельности, а экстраверты – повышение дисциплинированности. Отмечена положительная динамика эмоционального состояния по цветограмме, что проявилось особенно наглядно после посещения детьми логопедических и физкультурных занятий.

## ВЫВОДЫ

1. Состояние здоровья детей с нарушениями речевого развития характеризуется наличием сопутствующей сочетанной нейросоматической патологии, отклонений со стороны опорно-двигательного аппарата, сниженным формированием мелкой моторики и низкой графической готовностью. У этих детей преобладает интровертивный тип психосоматической конституции, у некоторых выявлено наличие неблагоприятных эмоциональных реакций на такие виды деятельности, как логопедические и физкультурные занятия.

2. Учет данных особенностей позволил организовать в условиях дошкольной образовательной организации здоровье сохраняющее образовательное пространство, включающее оптимальный двигательный режим и дифференцированное комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка с учетом его конституционального типа. В результате существенно повысилась эффективность коррекционных мероприятий, улучшилось эмоциональное состояние детей и успешность освоения ребенком образовательных программ, а значит, и повысилось качество его подготовки к школе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние и задачи совершенствования медико-социальной помощи детскому населению. Вопросы современной педиатрии. 2020;19(3):184-189.
2. Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Шелкопляс Е.В., Бобошко В.А. Проявления индивидуальности развития с позиций психосоматической конституции: монография; под общ. ред. Л.А. Ждановой. Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; 2022:100.
3. Жданова Л.А., Салова М.Н., Бобошко И.Е., Шишова А.В., Горбунова Е.А. Особенности развития детей с последствиями перинатальных повреждений нервной системы и сопутствующей патологией: монография; под общ. ред. Л.А. Ждановой. Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; 2021:100.
4. Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобошко И.Е., Горбунова Е.А. Возрастные особенности приспособительной деятельности детей в переломные периоды школьного обучения: монография; под общ. ред. Л.А. Ждановой. Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; 2023:100.
5. Жданова Л.А., Нуждина Г.Н., Шишова А.В., Молькова Л.К., Прощина И.М., Мандров С.И., Бобошко И.Е., Салова М.Н., Рунова О.С. Профилактические осмотры детей: учеб. пособие. Иваново: Иваново; 2009:324.
6. Кучма В.Р. Современное дошкольное образование: гигиенические проблемы и пути решения. Москва: НЦЗД РАМН; 2011:356.
7. Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Жабурина М.В. Особенности нервно-психического развития дошкольников с рецидивирующими респираторными заболеваниями. Вестник Ивановской медицинской академии. 2025;31(2):46-49.
8. Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Иванова И.В. Особенности физического развития детей 4-7 лет с хроническим аденоидитом. Вестник Ивановской медицинской академии. 2025;30(1):23-27.