

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ 5–6 ЛЕТ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Симакова Юлия Владимировна

Преподаватель, Национальный исследовательский
Московский государственный строительный
университет
kuv20@mail.ru

PHYSICAL REHABILITATION OF 5–6-YEAR-OLD CHILDREN WITH SEVERE DYSARTHRIA

Yu. Simakova

Summary: The article presents the results of an experiment in which a physical rehabilitation complex was developed specifically for one of the two equivalent speech therapy groups, whose children have a severe form of dysarthria in their speech records.

Children with this pathology have problems with general motor skills, as well as an unlimited volume of active movements, muscles quickly fatigue under functional loads.

In children with severe dysarthria are identified pathological features in the articulatory apparatus, such as pareticity or spasticity of the muscles of the organs of articulation, hyperkinesis (trembling, tremor of the tongue and vocal cords), deviation (deviation of the tongue from the center line), hypersalivation (increased salivation).

Intonation and expressive coloration of speech of children with severe dysarthria sharply reduced. Suffer voice, vocal modulations in height and strength, weakened speech exhalation. Violates the timbre of speech and sometimes appears nasal tinge. The pace of speech is more often accelerated.

Analysis of the literature has shown that to eliminate this defect, it is necessary to have a complex impact, in addition to psychological, pedagogical and speech therapy, there is also medical care and physical rehabilitation of these children. This fact allowed to reveal the existing contradiction between the objective need for the application of complex methods of physical rehabilitation and the insufficiency of scientific and methodological support of their content, the growing needs to improve the health of children and insufficient development of the structure of rehabilitation measures and practical ways to realize this need in the conditions of preschool educational institution. All the above facts form the need to work not only with articulation, but also with fine and gross motor skills.

Keywords: sterile dysarthria, logorhythmics, articulation, physical rehabilitation, sound pronunciation, prosody, fine motor skills, coordination, articulation gymnastics, physical fitness, general motor skills.

Аннотация: В статье представлены результаты эксперимента, в котором, специально для одной из двух равнозначных логопедических групп, у детей которых в речевой карте значится стертая форма дизартрии, был разработан комплекс физической реабилитации

Дети с этой патологией имеют проблемы с общей моторикой, а также у них ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках.

Проведенные исследования детей с атипичными формами дизартрии выявили у них выраженные расстройства артикуляционной моторики. Эти расстройства включают в себя: парезы, спастические и гиперкинетические нарушения мышц, участвующих в артикуляции, а также гиперсаливацию, языковую девиацию (отклонение языка в сторону), дрожание языка, тремор голосовых связок. У детей с нейродвигательной дисфункцией наблюдаются разного рода расстройства интонационно-выразительных компонентов. В их речи отмечается: «недостаточная модуляция, обязательная недостаха выдоха, монотонность, носовой оттенок, ускоренный темп».

Результаты исследований показывают, что комплексное лечение детей с нарушениями речевой функции включает педагогические, логопедические, медицинские, психотерапевтические, физические методы. В области коррекционной работы наблюдаются противоречия: высокая потребность в комплексных подходах к коррекции моторной функции и недостаток научно-методических ресурсов, а также недостаточная разработка структурных компонентов реабилитационного процесса в условиях дошкольных образовательных учреждений, что не сочетается с эффективной программой реабилитации дошкольников с нарушениями речи. Это приводит к необходимости организовать занятия, которые будут направлены на развитие речевой функции и улучшение мелкой и общей моторики.

Ключевые слова: стертая дизартрия, логоритмика, артикуляция, физическая реабилитация, звукопроизношение, просодика, мелкая(тонкая) моторика, координация, артикуляционная гимнастика, физическая подготовленность, общая моторика.

Введение

Актуальность темы

Рассматриваемая проблема определяется несколькими причинами:

— количество детей с нарушениями речи очень ве-

лико и их число постоянно растёт. Связанно это с множеством факторов: социально-экономических, экологических, генетических. Исследования детей в массовых садах показали, что в старших и подготовительных к школе группах, от 40 до 60 % детей имеют отклонения в речевом развитии. Одним из наиболее сложных и распространённых

речевых нарушений является дизартрия;

- дети с нарушениями речи не относятся к категории больных людей и зачастую вынуждены обучаться по общеобразовательным программам, в то время как не приспособлены к этому, в связи с чем требуется разработка соответствующей программы. Дошкольные коррекционные учреждения (логопедические сады и группы) и школы V вида не справляются возрастающей нагрузкой.

Изученность проблемы

Количество детей с нарушениями речи постоянно растет. Одним из сложных и часто встречающихся нарушений является дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, вследствие нарушения иннервации мышц артикуляционного аппарата. Она возможна из-за органического поражения центральной нервной системы. Для этих детей характерно нарушение общей и мелкой моторики, встречаются паталогические особенности в артикуляционном аппарате, на что указывают исследования Архиповой Е.Ф. [1].

Чтобы помочь нормализовать речь этим детям требуется комплекс мер, таких как, психологическая, логопедическая, медицинская помощь, а также физическая реабилитация. Существует потребность в усовершенствовании методов и подходов физической реабилитации для дошкольников с нарушением звукопроизношения, так как диагностика стертой дизартрии и методики коррекционной работы разработаны пока недостаточно, что упоминает в своих трудах Р.Е. Левина [2].

Впервые попытка классификации форм стертой дизартрии была сделана Е.Н. Винарской [3] и А.М. Пулатовым [4] на основе классификации дизартрии, предложенной О.А. Токаревой [5]. На слух такая речь детей звучит невнятно, монотонно и невыразительно, нередко она характеризуется повышенной громкостью, замедленностью и напряженностью.

Вопросами коррекции дизартрии занимались многие специалисты: О.В. Правдина [6], Е.М. Мастюкова [7], К.А. Семенова [8], Л.В. Лопатина [9], Н.В. Серебрякова [10], Лопатиной Л.В. [11].

Все авторы отмечают необходимость проведения специфической целенаправленной работы по развитию общей и мелкой моторики, артикуляционной моторики, мелкой моторики пальцев рук, а также проведение пальцевой гимнастики, дыхательных и голосовых упражнений.

В эксперименте был разработан комплекс физической культуры для детей 5–6 лет со стертой дизартрией.

Объект исследования: физическая реабилитация

детей 5–6 лет со стертой дизартрией.

Предмет исследования: структура и содержание программы физической реабилитации детей 5–6 лет со стертой дизартрией.

Гипотеза исследования заключается в том, что постоянно применение новых методик реабилитации у детей со стертой дизартрией будет способствовать более эффективному коррекционному воздействию на речевые расстройства и оздоровлению организма дошкольников.

Цель исследования: повысить эффективность физической реабилитации детей 5–6 лет со стертой дизартрией в условиях дошкольного образовательного учреждения комбинированного вида. Для этого, специально для одной из двух равнозначных логопедических групп, у детей которых в речевой карте значится стертая форма дизартрии, был разработан комплекс физической реабилитации.

Основные задачи исследования характеризуется следующими аспектами:

1. Усовершенствовать и повысить эффективность физической активности детей 5–6 лет со стертой дизартрией в условиях дошкольного учреждения;
2. провести эксперименты, подтверждающие положительную динамику у детей с дизартрией в отношении увеличения двигательной активности на уровне 5–6 лет со сниженным уровнем физической подготовленности;
3. выделить основные педагогические элементы, необходимые для применения программы реабилитации для детей со стертой формой дизартрии, в рамках дошкольного образования.

Научная новизна исследования

Впервые теоретически разработана и экспериментально обоснована инновационная программа физической реабилитации детей 5–6 лет со стертой дизартрией. Физические упражнения, включённые в программу, способствовали значительному улучшению мелкой моторики рук, развитию чувства ритма и восприятия пространства, а также улучшению равновесия как в статике, так и в динамике. Эти занятия были направлены на оптимизацию пространственно-временных характеристик движений и коррекцию двигательных умений, что соответствовало возрастным возможностям детей с нарушениями речи.

Теоретическая значимость

Теоретическая значимость представленного исследования состоит в углублении научных знаний относительно методологического обеспечения физической реабилитации среди детей. Рассмотренная практика

физической реабилитации направлена на развитие интегрированных программ коррекции речевых нарушений, а также на устранение недостатков в двигательной активности у дошкольников 5–6 лет с дизартрией. Основной акцент делается на взаимосвязь физической активности и речевой терапии, которая, в свою очередь, формирует основу для внедрения методических рекомендаций в реабилитационных центрах и детских садах, что способствует улучшению физического состояния и речевой функции пациентов.

Практическая значимость

Практическая значимость основана на возможности интеграции представленных методик в образовательный процесс подготовки специалистов в сфере физической реабилитации. Направление по специальности «Физическая реабилитация» может включать в себя данные методики, что поспособствует повышению квалификации педагогов детских садов и специалистов реабилитационных учреждений, работающих с детьми с речевыми нарушениями. Разработанные материалы могут быть использованы в программах дополнительного образования, что обеспечивает их практическую применимость и актуальность.

Основные результаты

Методология

Исследование проводилось на базе ГБОУ комбинированного вида.

В саду есть две логопедические группы для детей с ОНР, в каждой группе по 15 детей. У 15 детей каждой группы в заключении ПМПК стоит речевой диагноз – стертая дизартрия. Обе группы наполняют дети старшего дошкольного возраста (5–6 лет). Так как обе группы идентичны и по возрастному критерию, и по заключению ПМПК имеют один речевой диагноз, то одну группу выбрана экспериментальной, а другая контрольной. В каждой группе по 13 мальчиков и по 2 девочки.

Для детей экспериментальной группы была составлена комплексная программа лечебной физической культуры, вторая группа занималась по стандартной программе Васильевой М. А., Гербовой В. В. Комаровой Т.С.

Вся программа, продолжительностью несколько месяцев, была разделена на три периода: адаптационный период, тренировочный период и стабилизационный период. В каждом периоде свои задачи, средства, формы лечебной физической культуры и количество упражнений и повторений.

Занятия проводились 3 раза в неделю, два занятия – ле-

чебная физическая культура и третье – ритмическая гимнастика сюжетно-ролевой направленности. Параллельно с детьми обеих групп работал логопед по классической программе, по преодолению общего недоразвития речи у детей. Также один раз в неделю логопед проводил занятия логоритмикой с экспериментальной группой.

Первичное обследование показало низкую физическую подготовленность детей, как в контрольной, так и в экспериментальной группе.

В ходе эксперимента использовались общенаучные, психологические, педагогические, медико-биологические методы, а также методы математической статистики.

В каждом этапе были свои цели, структура и методика занятий, направленные на эффективное освоение и использование новых двигательных навыков. В то же время дети второй группы занимались по традиционной методике.

Адаптационный период направлен на подготовку организма ребенка к выполнению физических нагрузок; снижение напряженности, создание положительного эмоционального настроя, а также привлечение и заинтересованность физической культурой.

Тренировочный период направлен на улучшение уровня координации и физического развития, повышение функциональных показателей дыхательной системы, улучшение внимания и памяти, стимуляцию речевого развития, а также нормализацию эмоционального состояния детей.

Стабилизационный период нужен для закрепления, поддержания и улучшения двигательного навыка, освоенного в тренировочном периоде, стимуляции занятий дома и формирование привычки заниматься физической культурой.

Результаты

В ходе анализа литературы и педагогических наблюдений выявлено не соответствие существующей программы физической реабилитации дошкольников со стертой дизартрией требованиям коррекции их физического состояния.

Пяти-шестилетний возраст является наиболее восприимчивым к формированию речевой активности. В этом возрасте происходит бурное развитие всех познавательных процессов, а также происходит развитие общих и специальных речевых навыков. Важными факторами, способствующими развитию речи и других навыков, являются системность и активность в обучении, стиль воспитания, особенности родителей, а также их социальный статус и уровень материального обеспечения.

Речевое развитие детей происходит не только в детских образовательных учреждениях, но и в семейной и социальной среде, которая также имеет большое значение для воспитания и обучения. Длительность пребывания в детских учреждениях влияет на общее развитие ребенка. Поэтому нужно интегрировать новые методы логопедической работы и физической реабилитации, необходимые для активации речевых зон, ответственных за восприятие и произношение слов.

Для достижения максимально положительных результатов при работе с детьми с нарушениями речевого развития необходимо использовать специальное оборудование и методики в реабилитационных программах, что находит подтверждение в научных статьях и практических исследованиях.

Дети с дизартрией имеют такие отличия в дыхательной функции: увеличение частоты дыхательных движений в покое, а также уменьшение времени задержки дыхания на вдохе и выдохе по сравнению с нормально развивающимися детьми. В связи с этим, необходимо включить дыхательные упражнения в физические занятия дошкольников с дизартрией, что повлияет на улучшение дыхательной функции, повышение физической работоспособности и укрепление психоэмоционального состояния [11].

У детей с недостатками краткосрочной памяти и внимательности наблюдается ухудшение усвоения учебного материала, высокая утомляемость и сложности в переключении на новый вид деятельности на занятиях. вследствие чего, в одном занятии можно использовать лишь несколько видов двигательных заданий. Для повышения двигательной активности целесообразно проводить занятия с акцентом на освоение одного конкретного двигательного навыка. Данный подход объясняется тем, что низкий уровень физической подготовки детей не позволяет выполнять задания с высокой интенсивностью. В связи с этим, по мере улучшения координационных навыков и физической подготовки детей, предполагается поэтапное увеличение объема двигательной активности до 2–3 повторений. Данные, полученные в экспериментальной группе, сопоставимы с контрольной [12].

Выявленный не достаточный уровень гибкости предполагает включить упражнения на развитие гибкости.

Самые большие различия выявлены при тестировании координации, выносливости и мелкой моторики. Таким образом, пониженное развитие согласованности движений чревато травмами, а низкая выносливость приводит к быстрому утомлению, уменьшению работоспособности и является фактором того, что дети начинают отвлекаться на занятия [13].

Поэтому в программу нужно включить упражнения с не

большим (теннисные мячи, кубики, флажки, мелкие игрушки разной формы,) и средним (мячи, скакалки, гимнастические палки) инвентарем, который будет помогать развивать тонкую моторику у детей. Еще использование кистевых эспандеров способствует развитию моторики. В дополнение целесообразно проводить самомассаж кистей, пальцев и активно использовать пальчиковую гимнастику [14].

В плане общей моторики упражнения в основных видах движений выполнялись не только в стандартных условиях, но и с изменением темпа, ритма и условий выполнения.

Для увеличения двигательной активности, повышения интереса детей к занятиям физической культурой, а также для создания благоприятного психоэмоционального фона, в нашей программе использовалось музыкальное сопровождение [15].

Также для более интенсивного развития общей и тонкой моторики, точности движений, координации в нашей программе применялись элементы логопедической ритмики, фонетической ритмики и речедвигательной ритмики, ритмической гимнастики. Они способствуют развитию ребенка в эмоциональном и творческом отношении, улучшается правильное звукопроизношение, а чувство ритма, музыкальный слух, память, внимание, согласованность движения со словом и музыкой [13].

В ходе эксперимента был проведен анализ медицинских карт у детей контрольной и экспериментальной групп, а также произведено обследование звукопроизношения, словарного запаса, грамматического строя, связной речи, тестирование концентрации внимания, двигательной памяти, различных видов мышления, тестирование физической подготовленности, артикуляционной и мимической моторики, уровня координационных способностей, выявлена динамика показателей антропометрии до эксперимента и после [14,15]. Ниже представлены результаты некоторых из них: (Рис. 1.)

У детей контрольной и экспериментальной группы по результатам первого тестирования до эксперимента практически отсутствуют отличия в уровне развития кратковременной зрительной памяти. В контрольной группе у 5 (33%) низкий уровень кратковременной зрительной памяти, у 6 (40%) средний, и у 4 (27%) высокий уровень. Аналогичная ситуация в экспериментальной группе: у 4 (27%) низкий уровень, у 7 (47%) средний, и также у 4 (27%) высокий уровень.

При тестировании после эксперимента в контрольной группе изменения практически укладываются в статистическую погрешность (у 4 (24%) уровень низкий, у 8 (53%) средний, и у 3 (20%) высокий уровень). В экспериментальной группе четко выраженная динамика в сторону повышения уровня развития кратковременной зрительной па-

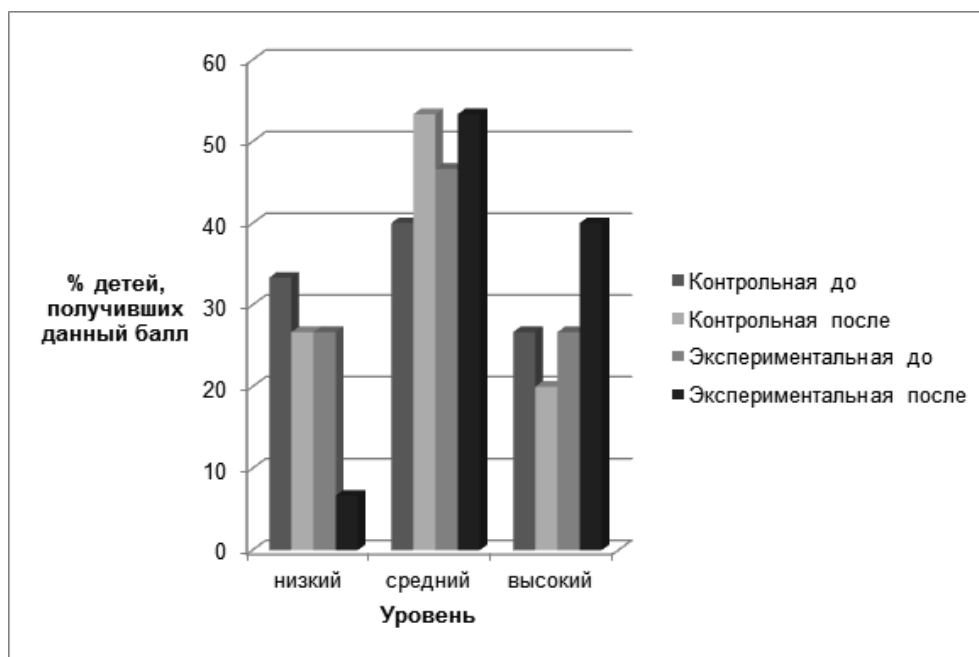


Рис. 1. Результаты тестирования зрительной памяти

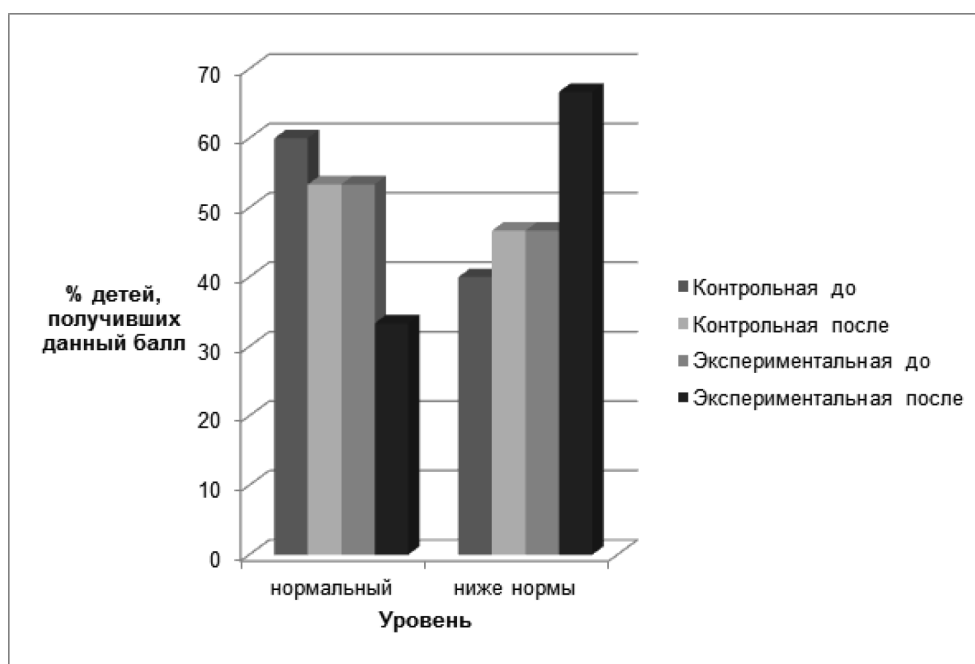


Рис. 2. Результаты тестирования концентрации внимания

мяти (1 ребенок (7%) с низким уровнем развития, 8 (53%) со средним, и 6 (40%) с высоким уровнем). Динамика изменения уровня развития кратковременной зрительной памяти графически представлена на рис. 1.

При оценке уровня концентрации внимания в контрольной и экспериментальной группах до проведения эксперимента было выявлено отсутствие отличий у детей данных групп. У 9 детей (60%) контрольной группе низкий уровень концентрации внимания, у 6 (40%) высокий уровень. Ситуация в экспериментальной группе по-

добна контрольной: у 8 (53%) низкий уровень, а у 7 (47%) высокий уровень.

По окончании исследования была проведена оценка полученных данных, которая позволила четко выделить различия в показателях детей контрольной и экспериментальной группы. В контрольной группе не наблюдалось динамики: 8 детей (53%) имели низкий уровень концентрации внимания, а 7 детей (47%) - высокий уровень. В то же время, в экспериментальной группе были зафиксированы положительные измене-

ния: 5 детей (33%) показали низкие результаты, в то время как 10 детей (67%) продемонстрировали высокий уровень внимания. Для того чтобы наглядно проиллюстрировать изменения, происходившие в обеих группах на протяжении эксперимента, был составлен

график, представленный на рисунке 2.

Тестирование после эксперимента выявило значительные различия в результатах контрольной и экспериментальных группах (таблица 1).

Таблица 1.

Результаты тестирования физической подготовленности.

№ п/п	Двигательные тесты	Результаты до эксперимента	Результаты после эксперимента	Δn , %	P
1.	Тест №1. Бег на 30 м, сек.				
	Контрольная группа				
	мальчики	$8,38 \pm 0,64$	$7,6 \pm 0,51$	10,32	<0.05
	девочки	$8,3 \pm 0,71$	$7,65 \pm 0,21$	8,5	<0.05
	Экспериментальная группа				
	мальчики	$8,32 \pm 0,61$	$7,1 \pm 0,28$	17,1	<0.05
2.	Тест №2. Бег на 90 м, сек.				
	Контрольная группа				
	мальчики	$34,38 \pm 2,05$	$32,0 \pm 1,1$	7,4	<0.05
	девочки	$34,05 \pm 0,35$	$30,0 \pm 0,42$	13,5	<0.05
	Экспериментальная группа				
	мальчики	$33,42 \pm 2,03$	$27,95 \pm 0,68$	19,58	<0.05
3.	Тест №3. Подъем туловища в сед за 30 сек				
	Контрольная группа				
	мальчики	$7,15 \pm 1,14$	$8,5 \pm 1,32$	15,8	<0.05
	девочки	$6,0 \pm 1,41$	$7,5 \pm 0,71$	20,0	<0.05
	Экспериментальная группа				
	мальчики	$7,38 \pm 1,19$	$10,5 \pm 1,61$	29,67	<0.05
4.	Тест №4. Прыжок в длину с места, см				
	Контрольная группа				
	мальчики	$76,0 \pm 6,7$	$88,5 \pm 5,95$	14,12	<0.05
	девочки	$71,0 \pm 9,9$	$81,5 \pm 9,19$	12,88	<0.05
	Экспериментальная группа				
	мальчики	$74,31 \pm 5,95$	$107,5 \pm 8,2$	30,88	<0.05
5.	Тест №5. Наклон вперед сидя, см				
	Контрольная группа				
	мальчики	$2,85 \pm 1,14$	$3,5 \pm 0,63$	18,68	<0.05
	девочки	$3,5 \pm 2,12$	$5,5 \pm 0,71$	36,36	<0.05
	Экспериментальная группа				
	мальчики	$3,15 \pm 1,4$	$5,5 \pm 1,25$	42,66	<0.05
	девочки	$5,0 \pm 2,83$	$9,5 \pm 3,53$	47,37	<0.05

Результаты обследования артикуляционной и мимической моторики



Рис. 3. Результаты обследования моторики у детей контрольной группы.

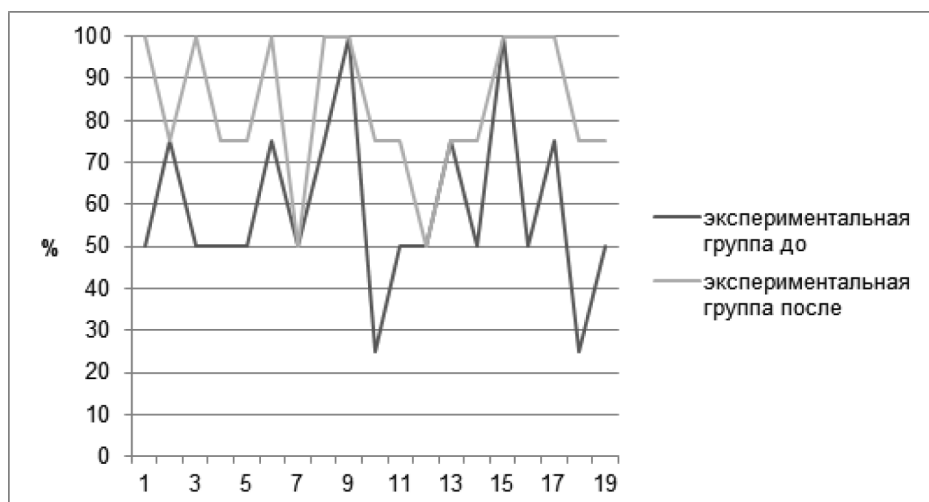


Рис. 4. Результаты обследования моторики у детей экспериментальной группы

В начале эксперимента была проведена общая диагностика артикуляционной и мимической моторики у детей

Результаты выявили отсутствие значительных статистических различий в параметрах между экспериментальной и контрольной группами детей (см. рис. 3 и 4). В конце эксперимента улучшение в артикуляционной и мимической моторике детей, участвовавших в экспериментальной группе, выросло до 40%. В контрольной группе наблюдался меньший рост, на уровне 26%.

Выводы

В ходе эксперимента удалось повысить эффективность физической реабилитации детей 5–6 лет со стертой дизартрией в условиях дошкольного учреждения, а также:

1. Выявлена недостаточность комплексных методик

лечебной физической культуры, а также научно-методического обеспечения их содержания в условиях детских садов.

2. Дети 5–6 лет со стертой дизартрией показали более низкий уровень развития мелкой моторики, координационных способностей и выносливости. В результате тестирования после эксперимента произошло улучшение всех показателей.

3. В эксперименте были применены оценочные методики, демонстрирующие уровень выраженности различных психических функций у детей до начала и после окончания коррекционно-развивающего воздействия. В результате анализа полученных результативных показателей в контрольной группе у всех участников подтвердились адекватные показатели развития высших психических процессов, тогда как группа экспериментальных детей продемонстрировала уверенные

положительные изменения в выраженности всех показателей, что заметно выделяет её на фоне результата.

4. Сравнительный анализ результатов контрольного и экспериментального групп (численных выражений процентов прироста показателей после проведенных коррекционных мероприятий) показывает действительное преобладание динамики варианта экспериментальной группы, когда величины приростов наблюдаются на уровне 20–25%, а в контрольной всего лишь в пределах 13–16%.

Заключение

Физические упражнения, подобранные для занятия детей со стертой дизартрией, способствовали значительному улучшению мелкой моторики рук, развитию чувства ритма и восприятия пространства, а также улучшению равновесия как в статике, так и в динамике. Эти занятия были направлены на оптимизацию пространственно-временных характеристик движений и коррек-

цию двигательных умений, что соответствовало возрастным возможностям детей с нарушениями речи.

Такой подход не только расширяет горизонты для детей с отклонениями речевого развития, позволяя им найти интерес в физической культуре и активных играх, но также обеспечивает плавный переход к систематическому физическому воспитанию в школе.

На основании проведенных педагогических наблюдений можно отметить, что физическое состояние детей в экспериментальной группе улучшилось по всем основным направлениям. Увеличение уровня координационных способностей у детей-дизартриков подтверждает эффективность разработанной программы.

Экспериментальные данные показывают, что регулярное применение апробированных оздоровительных методик позволяет существенно улучшить фонетические и фонематические аспекты речи у детей с дизартрией в условиях детского сада.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия / Е.Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2007. — 331с.
2. Лепешкина С.В. Особенности физического воспитания 5–6-летних детей с логопедическими нарушениями: автореф. дисс. ... к. пед. н. Малаховка, 2008. 26 с.
3. Соловьева Т.В. Оздоровительно-коррекционная направленность занятий физическими упражнениями с дошкольниками, имеющими нарушения речи // Адаптивная физическая культура. - 2006. - №3 (27) - С.57
4. Фрайфельд И.В. Эмоциональное благополучие как условие развития физических качеств детей 4–5 лет: в процессе двигательной активности: автореферат дис...канд.пед. наук/ И.В. Фрайфельд.- Екатеринбург
5. Волкова О.С. Состояние здоровья школьников с речевыми нарушениями: автореф. дисс. ... к. мед. н. Смоленск, 2008. 22 с.
6. Абалян А.Г., Долматова Т.В., Фоминенко Т.Г. Вовлечение населения в занятия физической культурой и спортом: анализ успешных зарубежных практик на примере Великобритании // Вестник спортивной науки. 2018. № 5. С. 53–64.
7. Шалаева И.Ю. Влияние индивидуально-дифференцированной системы дыхательных упражнений на функциональное состояние, физическую работоспособность и здоровье детей 5 – 7-летнего возраста: Дис... канд. пед. наук / И.Ю. Шалаева. - Волгоград, 2002. - 170 с.
8. Гришина И.А. Совершенствование речевой моторики и функции внешнего дыхания у детей младшего школьного возраста в режиме учебного дня: Дис...канд. пед. наук / И.А. Гришина. - Омск, 2004. - 172 с.
9. Первеева В.А. Формирование моторики и комплексное развитие эстетико-психологических способностей детей 4–6 лет с нарушением функции речи средствами художественной гимнастики: Дис...канд. пед. наук / В.А. Первеева. - СПб., 2003. - 182с.
10. Ахметзянова А. Становление и развитие ранней помощи детям с нарушениями в развитии в России и за рубежом. Неврологический вестник. 2015, Т. XLVII, Вып. 1, С.73–79.
11. Габова П.Н. Функции речи и причины ее нарушения/П.Н. Габова // Вопросы педагогики. -2020.-№5.-С. 52–58.
12. Покрина О.В. Коррекция психофизического состояния детей с нарушением речи средствами физической культуры: автореф. дисс. ... к. пед. н. Малаховка, 2006. 24 с.
13. Румянцева Е.Ю. Логопедическая ритмика в комплексной работе по преодолению нарушения речи у детей (На модели дизартрии): Дис...канд. пед. наук/Е.Ю. Румянцева. - СПб., 2000. -218 с.
14. Чеканова М.В. Психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой речевого развития // Профессиональное образование в России и за рубежом. 2016. № 4(24). С. 151–154.
15. Черкашин О.Г. Профилактика нарушений здоровья у детей в коррекционных группах дошкольных образовательных учреждений: автореф. дисс. ... к. мед. н. М., 2008. 26 с.

© СимакOVA Юлия Владимировна (kuv20@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»