

Специфические расстройства развития речи у детей

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F80**

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2021**

Год пересмотра: **2023**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

<u>Оглавление</u>	2
<u>Список сокращений</u>	4
<u>Термины и определения</u>	4
<u>1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)</u>	5
<u>1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u>	5
<u>1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u>	5
<u>1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u>	6
<u>1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем</u>	7
<u>1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u> ..	9
<u>1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u>	12
<u>2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики</u>	13
<u>2.1 Жалобы и анамнез</u>	13
<u>2.2 Физикальное обследование</u>	15
<u>2.3 Лабораторные диагностические исследования</u>	16
<u>2.4 Инструментальные диагностические исследования</u>	16
<u>2.5 Иные диагностические исследования</u>	17
<u>3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения</u>	18
<u>3.1 Подраздел 1. Медикаментозное лечение</u>	18
<u>3.2 Подраздел 2. Нелекарственные методы лечения</u>	20
<u>4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации</u>	22
<u>5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики</u>	22
<u>6. Организация оказания медицинской помощи</u>	24
<u>7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или</u>	

<u>состояния)</u>	28
<u>Критерии оценки качества медицинской помощи</u>	29
<u>Список литературы</u>	30
<u>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций</u>	37
<u>Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций</u>	37
<u>Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата</u>	39
<u>Приложение Б. Алгоритмы действий врача</u>	56
<u>Приложение В. Информация для пациента</u>	57
<u>Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях</u>	62

Список сокращений

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10) — версия классификатора МКБ, разработанная в 1989 году, принятая ВОЗ в 1990 году.

ЗРР – задержка речевого развития

СРРР - специфическое расстройство развития речи, расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах речевого онтогенеза.

Семья «ФН+» - наличие специфических нарушений речевого развития у близких родственников ребенка

Семья «ФН-» семья, в которой у родственников не было нарушений речевого развития. **СМА** - сенсомоторная алалия, возникает при поражении рече-двигательного и рече-слухового анализатора в центральном отделе коры головного мозга. Проявляется в нарушении в экспрессивной и импрессивной речи.

ФН (фонетические нарушения) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков.

ФФН (фонетико-фонематическое недоразвитие) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков, а также недоразвитие фонематических процессов (фонематического слуха, фонематического восприятия).

ФЭСР – функциональные эмоциональные ступени развития.

ОНР- общее недоразвитие речи.

ЦПРН ДЗМ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы»

КДО- консультативно-диагностическое отделение

DSM5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition — диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания). Используемая в США с 2013 года нозологическая система, «номенклатура» психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association (APA)).

SLI - Specific language impairment - специфическое нарушение развития речи.

Термины и определения

Специфическое расстройство развития речи (СРРР) является расстройством, при котором уже на ранних этапах онтогенеза можно наблюдать те или иные отклонения от нормального характера и темпов приобретения речевых (языковых) навыков. Эти состояния непосредственно не вытекают из грубой неврологической патологии, не связаны с дефектом анализаторов, умственной отсталостью, патологией соматической сферы или негативным влиянием факторов окружающей среды.

Задержка речевого развития - отклонения в речевом развитии в раннем детском возрасте (до 3 лет), когда речь ребенка соответствует более ранним периодам онтогенеза.

Системное нарушение речи - отклонения в речевом развитии у детей после 3 лет, которое отражает патологический характер развития различных сторон речевой коммуникации (лексико-грамматического, фонетико-фонематического аспектов, словообразования и др.) и в зависимости от выраженности варьируется от тяжелой (вплоть до полного отсутствия вербальных средств общения) до средней и легкой степеней.

Фонетические нарушения (ФН) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков.

Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) – нарушение произношения одного звука, одной

группы звуков или нескольких групп звуков, а также недоразвитие фонематических процессов (фонематического слуха, фонематического восприятия).

Общее недоразвитие речи (ОНР) – системное недоразвитие речи, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне при нормальном слухе и интеллекте.

Алалия - отсутствие речи или ее значительная ограниченность, возникшее в «доречевой» период, имеющее системный характер и обусловленное, как правило, последствиями гипоксически-ишемического поражения ЦНС.

Моторная алалия - нарушение двигательного анализатора с нарушением экспрессивной речи.

Сенсорная алалия - нарушение сенсорного анализатора с нарушением пониманием устной речи и фонетического строя собственной речи.

Сенсомоторная алалия - сочетание моторной и сенсорной алалии.

1.Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Специфическое расстройство развития речи (СРРР) - нарушение развития речи, которое рассматривается как нарушение, не вызванное неврологической и иной мозговой патологией, психологической травмой, нарушением слуха или интеллектуальным дефицитом [46]. В эту категорию не входят дизартрия, ринолалия, афазия, речевые нарушения, обусловленные нарушением остроты слуха, умственной отсталостью, аутизмом, эпилепсией.

Синонимы: инфантильная речь (infantile speech)[50], отставание в развитии речи (delayed speech)[48], расстройство языка (language disorder) [55]; нарушение развития речи (developmental language impairment) [44]; дисфазия развития (developmental dysphasia) [12,23] developmental language disorder (DLD)[82]..

В российской научной литературе речевые расстройства в медицине рассматриваются чаще в структуре иных психических расстройств. Исследований, посвященных СРРР, крайне мало.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По вопросу об этиологии (причинах) СРРР и ее патогенезу (мозговых механизмах) в литературе не имеется единства мнений. В настоящее время, как и прочие нарушения нейроразвития, СРРР рассматривают как патологию, имеющую полиморфную этиологию. Среди основных этиологических факторов можно выделить наследственные, резидуально-органические и социально-средовые [1,18].

Наследственность

Процент встречаемости СРРР в семьях с отягощенным анамнезом по СРРР составляет около 20%-30%, тогда как в общей популяции достоверно ниже [42]. СРРР отмечаются в 40%-60% случаев у одного из близких родственников (FH+). Это так называемые «семьи FH+» - семьи, в которых имеются специфические нарушения речевого развития у близких родственников в семье ребенка. Риск развития СРРР у детей из семей FH+ повышается до 28%, что в 4 раза выше, чем у детей из семей, в которых у родственников не было нарушений речевого развития (семья «FH-») [42]. От 50% до 70% детей с СРРР имеют в близком окружении не менее одного члена семьи с подобными нарушениями [58]. Речевая патология у родственников детей с моторной алалией чаще встречалась при неосложненных ее формах

(около 60%) и значительно реже — при осложненных (около 30%). В 15% случаев речевая патология обнаруживалась и у сиблингов [16].Monozygotные близнецы мужского пола демонстрируют более высокий риск развития речевых нарушений (70%) по сравнению с dizygotными близнецами (46%) [38]. Анализ гендерных особенностей группы детей с речевой патологией, как и при исследовании прочих нарушений нейроразвития, выявляет существенное преобладание в ее составе лиц мужского пола (около 76%) [26]. Идентифицированы участки хромосом, заключающие гены, ответственные за речевые нарушения у детей. Так, например, локус в хромосоме 16 ассоциирован с низкой способностью выполнения теста на повторение набора слогов, тогда как локус в хромосоме 19 - с низкой способностью выполнять тесты на экспрессивную речь [43, 36]. По данным SLI Consortium (2002), поврежденные локусы на 16q и 19q хромосомах являются основным фактором риска для развития речевых нарушений. В этой связи особое внимание уделяется специфическим генам FOXP2, CNTNAP2, ATRPC2, SMIP [53,56].

Резидуально-органические факторы

Анамнестические указания на наличие у детей с СРРР вредностей антенатального, перинатального и раннего постнатального периодов встречаются в 75-85% случаев. Они представлены следующими осложнениями: токсикозами беременности, угрожающими выкидышами, соматическими заболеваниями у матери в стадии декомпенсации, недоношенностью, инфекциями, гипоксическо-ишемическим поражением и травмами ЦНС в перинатальном периоде [22, 27]. Так, например, установлено, что у детей, родившихся в тяжелой асфиксии, сроки проявления первого лепета и первых слов запаздывают на 3-6 месяцев [25]. В настоящее время гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС во время родов рассматривается в качестве одного из основных патогенетических факторов повреждения мозга плода и новорожденного, составляя 60-80% всей неврологической патологии[49].

Перинатальный фактор

Встречаются у детей с речевыми расстройствами в 75-85% случаев. Они представлены следующими осложнениями: токсикозами беременности, угрожающими выкидышами вследствие резус-конфликта, соматическими заболеваниями, недоношенностью, нейроинфекциями [30], травмами головы [2], гипоксическо-ишемическим повреждением ЦНС с формированием церебральной атрофии в сочетании с темповой задержкой развития на первом году жизни [27]. Родовая травма встречается у 47% детей с выраженными речевыми нарушениями [33,34]. У детей, родившихся в тяжелой асфиксии, сроки проявления первого лепета и первых слов запаздывают на 3-6 месяцев [25]. В настоящее время перинатальная гипоксия рассматривается в качестве одного из основных патогенетических факторов повреждения мозга плода и новорожденного, составляя 60-80% всей неврологической патологии. Абсолютное большинство детей с нарушениями речи имеют в анамнезе родовую травму - асфиксию новорожденных [22].

Средовые факторы

Негативное влияние на речевое развитие может оказывать социально-педагогическая запущенность, сенсорная депривация, недостаточный контакт со сверстниками. Наибольшая чувствительность к депривационным воздействиям наблюдается в том возрастном диапазоне, который является сенситивным периодом для развития речевых способностей [118]

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота встречаемости СРРР у детей варьируется в пределах 5-10% [23]. Вариабельность симптомов СРРР и степени их выраженности, использование разной номенклатуры наименований при вынесении диагноза и, соответственно, учёте речевой патологии, постановка речевого диагноза в ситуациях, когда речевая патология присутствует в структуре иных заболеваний и состояний и носит вторичный характер, создают препятствия для адекватной эпидемиологической оценки.

Трудности статистического анализа также связаны с вовлеченностью в диагностику и лечебно-коррекционную помощь детям с патологией речи различных представителей медицинских и в большей мере немедицинских (педагогов, логопедов) специальностей, низким уровне обращения с проблемами речи к психиатрам [109].

В настоящее время эпидемиологический анализ СРРР затруднен из-за отсутствия статистических данных о распространенности нарушений речи у детей в Российской Федерации. До настоящего времени логопеды не включены в перечень обязательных специалистов участвующих в диспансеризации детского и подросткового возраста.

Для объективной оценки эпидемиологических показателей нарушений речи можно представить статистические данные работы консультативно-диагностического отделения ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», который является профильным учреждением Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающим комплексную помощь детскому населению с первичной речевой патологией.

Таблица № 1. Количество детей, получивших помощь в консультативном отделении КДО ЦПРиН ДЗМ в 2018-2019гг.

Возраст (лет)	2018 г. (кол-во)	2018г. (%)	За 9 мес 2019г. (кол-во)	За 9 мес 2019г. (%)
Младше 3 и 3 года включительно	295	45,31%	318	30,75%
4 года	189	29,03%	300	29,01%
5лет	40	6,14%	253	24,47%
6лет	32	4,92%	41	3,97%
7лет	22	3,38%	26	2,51%
8лет	20	3,07%	23	2,22%
9 лет	14	2,15%	18	1,74%
10 лет	4	0,61%	9	0,87%
11 лет	7	1,08%	12	1,16%
12 лет	5	0,77%	10	0,97%
13 лет	2	0,31%	6	0,58%
14 лет	8	1,23%	5	0,48%
15 лет	8	1,23%	7	0,68%
16 лет	4	0,61%	5	0,48%
17 лет	1	0,15%	1	0,10%
ИТОГО	651		1034	

Из таблицы видно, что преобладают дети младшей возрастной группы. Суммарно их число составляет не менее 60%, в том числе: дети раннего возраста (до 3 лет включительно) – 30%, дети младшего дошкольного возраста – 30%. Детей дошкольного возраста (включая младший и средний) - суммарно 75%. Младших школьников (7-8 лет) - суммарно 5%.

Таблица №2. Количество детей, получивших помощь в КДО ЦПРиН ДЗМ в 2020-2022 гг.

	2020	2021	2022	Итого
Мужской пол	2345	3454	3677	9476
%	72%	74%	73%	73%
Женский пол	927	1211	1354	3492
%	28%	26%	27%	27%
До 3 лет	54	114	105	273
%	1,6%	2,4%	2,1%	2,1%
3-4 года	1021	1598	1686	4305
%	31,2%	34,3%	33,5%	33,2%
5-6 лет	1002	1513	1596	4111
%	30,6%	32,4%	31,7%	31,8%
7-10 лет	856	1038	1125	953
%	26,1%	22,3%	22,3%	23,2%
11-14 лет	267	312	374	953
%	8,2%	6,69%	7,4%	7,3%
15-17 лет	72	90	145	307
%	2,2%	1,93%	2,9%	2,4%

В представленные года отмечается тенденция к увеличению возраста детей, обратившихся за помощью - наибольшее количество (88,2%) в возрастных группах от 3 до 10 лет, существенное количество из них, лица мужского пола – 73%.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Шифр по МКБ-10	Тип расстройства. Симптоматология	Включено	Исключено

F 80.0	<p>Специфическое расстройство речевой артикуляции: использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту, при нормальном уровне речевых навыков</p>	<ul style="list-style-type: none"> - связанное с развитием физиологическое расстройство; - расстройство развития артикуляции; - функциональное расстройство артикуляции; - лепет (детская форма речи); - дислалия; - расстройство фонологического развития. 	<p>афазия БДУ (R47.0);</p> <ul style="list-style-type: none"> - дизартрия (R47.1); - апраксия (R48.2). - нарушения артикуляции, сочетающегося с расстройством развития экспрессивной речи (F80.1); - нарушения артикуляции, сочетающегося с расстройством развития рецептивной речи (F80.2); - расщепления неба и других анатомических аномалий ротовых структур, участвующих в речевом функционировании (Q35—Q38); - расстройство артикуляции вследствие потери слуха (H90—H91); - расстройство артикуляции вследствие умственной отсталости (F70 — F79).
F80.1	<p>Расстройство экспрессивной речи: способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; понимание речи находится в пределах нормы; возможно сочетание с расстройством артикуляции.</p>	<p>моторная алалия; - задержка речевого развития по типу общего недоразвития речи (ОНР) I—III уровня; - связанная с развитием дисфазия экспрессивного типа</p>	<ul style="list-style-type: none"> - первазивные нарушения, связанные с развитием (F84.0- F84.9); - общие расстройства психологического (психического) развития (F84.0- F84.9). - приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клеффнера) (F80.3x); - элективный мутизм (F94.0); - умственная отсталость (F70—F79); - органически обусловленные речевые расстройства экспрессивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0); - дисфазия и афазия БДУ (R47.0).
F80.2	<p>Расстройство рецептивной речи: понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту; экспрессивная речь также значительно нарушена; возможно сочетание с расстройством артикуляции</p>	<p>дисфазия рецептивного типа, связанная с развитием;</p> <ul style="list-style-type: none"> - алалия рецептивного типа, связанная с развитием; - невосприимчивость слов; - словесная глухота. 	<ul style="list-style-type: none"> - приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера) (F80.3x); - аутизм (F84.0x, F84.1x); - элективный мутизм (F94.0); - умственная отсталость (F70—F79); - задержка речи вследствие глухоты (H90—H91); - дисфазия и афазия экспрессивного типа (F80.1);

			<ul style="list-style-type: none"> - органически обусловленные речевые расстройства экспрессивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0); - органически обусловленные речевые расстройства рецептивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0); - дисфазия и афазия БДУ (R47.0).
F80.3	Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау- Клефнера): на фоне предшествующего нормального развития речи, потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи, при сохранении общего интеллекта, сопровождающаяся эпилептиформной активностью на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками		<p>афазия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - БДУ (R47.0) - вследствие дезинтегративных расстройств детского возраста (F84.2-F84.3) - при аутизме (F84.0-F84.1)
F80.8	Другие расстройства развития речи и языка:		
F80.81	Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией или педагогической запущенностью		
F80.82	Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков; степень интеллектуальной недостаточности требует уточнения в динамике для уточнения диагноза		
F80.9	Расстройства развития речи и языка неуточненные: требуют уточнения вида нарушения речи		

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Изучение патологии развития речи у детей является междисциплинарной областью, которой занимаются врачи-неврологи, врачи-психиатры, логопеды, дефектологи, психологи, медицинские психологи (нейро- и патопсихологи).

Американская ассоциация речи и слуха и предлагает следующую классификацию нарушений рецептивной и экспрессивной речи [34,35]:

Расстройства речи у детей, связанные с рецептивными или экспрессивными коммуникативными проблемами

Причины (триггеры)	Расстройства рецептивной речи	Расстройства экспрессивной речи
Психосоциальные проблемы, насилие, унижение, оскорбление ребенка		Неразговорчивые, меньше сформированы разговорные навыки, высказывания короче, чем у сверстников; редко выдвигают идеи или обсуждают чувства;
Расстройство аутистического спектра	Трудности анализа, интеграции и переработки информации; неправильное толкование социальных сигналов/знаков	Вариативность речевой продукции от функционально- невербальной или эхολалической речи до почти нормальной речи; использование речи в социальных ситуациях является более сложной задачей, чем использование языковых форм (артикуляция звуков речи, использование синтаксиса) ; склонность использовать словесные сценарии(штампы); трудности подбора правильного слова по его значению; часто механистическая просодика речи
Травма головного мозга	Сложность установления связей, умозаключений и использования информации для решения проблем; проблемы внимания и памяти, которые влияют на языковую переработку; проблемы в понимании образного языка (метафор и др.) и многозначности слов	Трудность монологической и диалогической речи(рассказ, диалог)

Церебральный паралич	Звуковая дискриминация речи, обработка информации и внимание могут быть проблемными областями; понимание языка зависит от когнитивного статуса	Дизартрическая речь - более медленная скорость, с более короткими фразами или длительными паузами; артикуляция часто неточна при искаженном производстве гласных; качество голоса может быть хриплым или резким, гиперназальным с низким или монотонным тоном; речевая апраксия - замены звуков по близости артикуляции, отсутствие автоматизированной речевой артикуляции, медленный темп речи, без беглости; на развитие языка влияет постановка дыхания и когнитивный статус ребенка
Подверженность наркотикам и алкоголю во внутриутробном периоде	Трудность в понимании речи на слух, особенно абстрактных понятий, многозначных слов и слов, обозначающих время и пространство	Меньше вокализации в младенчестве, плохое использование жестов и задержки в развитии устной речи ; слабый поиск слов, короткие предложения и менее развитые разговорные навыки
Расстройства беглости речи		Трудности в скорости и ритмеречи; фальстарты; повторы звуков, слогов и слов; может сопровождаться нетипичным поведением (например, гримасы, покачивание головы)
Нарушение слуха	Сложности восприятия и дифференцировки звука, распознавание голоса и понимания обращенной речи, особенно при затрудняющих восприятие условиях	Произнесение звуков происходит до 6 месяцев; ограниченный точность артикулирования звуков зависит от степени потери слуха; при устном общении часто усилен вокальный резонанс, страдает точность произнесения речевого звука и синтаксическая структура речи
Интеллектуальная недостаточность	Понимание языка часто ниже когнитивных способностей ; трудности с организацией и категоризацией информации, услышанной для последующего поиска; сложность с абстрактными понятиями; Трудность интерпретации информации, представленной в аудитории	Продукция часто ниже нормативных показателей когнитивных способностей ; более медленный путь развития, чем у сверстников; тенденция использовать более незрелые языковые формы; тенденция производить более короткие и менее продуманные высказывания
Специфические нарушения речи	Более медленная и менее эффективная обработка речевой информации; ограниченная способность понимать язык	Короткие, не сложные предложения, чем у типичных сверстников; трудности в использовании правил в употреблении слов и построении предложений, неэффективное использование языковых форм в социальном контексте, иногда приводящее к неуместным высказываниям; плохо развитая лексика

В

В России в **клинико-педагогической** классификации [18] учитываются, какие компоненты речи нарушены, в какой степени и служит основой для направления детей в логопедические

группы соответствующего типа (приложение А 3.1.):

1. **ФН** (фонетические нарушения) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков.
2. **ФФН** (фонетико-фонематическое недоразвитие) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков, а также недоразвитие фонематических процессов (фонематического слуха, фонематического восприятия).
3. **ОНР** (общее недоразвитие речи) – системное недоразвитие речи, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне при нормальном слухе и интеллекте. В зависимости от степени тяжести ОНР соответствует I, II, III, IV уровням речевого развития [116,21,90].

Уровни речевого развития ребенка (см. Приложение А 3.3) :

ОНР 1 уровня - нарушение такой степени означает практически полное отсутствие речи у ребенка.

ОНР 2 уровня - присутствие в речи ребенка определенного количества общеупотребительных слов, не сформировано звукопроизношение, нарушение слоговой структуры слова. Отставание в формировании экспрессивной грамматики.

ОНР 3 уровня - отставание грамматического и фонематического развития речи: неустойчивое произношение звуков, замена звуков на близкие по звучанию (ш-с, т-д и т.п.). Экспрессивная речь довольно активна, доступно построение простых фраз, при этом есть трудности в формировании сложных фраз.

ОНР 4 уровня - характеризуется невнятной речью, с нечеткой артикуляцией, нарушением звукопроизношения, единичными грамматическими ошибками и словообразованием. Присутствует критичность к речи, формирование грамматического строя приближено к возрастной норме. Эти нарушения задерживают овладение навыками чтения и письма.

В **психолого-педагогической** классификации аналогом понятию «специфические нарушения развития речи» соответствует понятие алалии [32].

Наиболее частой используемой в практике является простая классификация, где выделяют 3 формы алалий [16,27] (рис. 1).



Рис. 1. Классификация алалии

Экспрессивная (моторная) алалия – системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевого высказывания при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Импрессивная (сенсорная) алалия – речевое нарушение центрального генеза, проявляющееся в неспособности ребенка понимать обращенную речь вследствие недостаточности работы речеслухового анализатора [51].

Сенсомоторная алалия - возникает при поражении речедвигательного и речеслухового анализаторов в центральном отделе коры головного мозга. Наблюдается нарушение в экспрессивной и импрессивной речи. Данный вид нарушений нуждается в дифференциальной диагностике с расстройствами аутистического спектра [47,81]. Детей с СМА чаще всего путают с аутистами. Данная классификация не позволяет определить уровень речевого развития ребенка и оценивать динамику развития речи в процессе медико-психолого–педагогического сопровождения. Для этого рекомендуется использовать понятие «уровня речевого развития».

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Основное клиническое проявление СРРР – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка [1].

Симптомы СРРР проявляются не только нарушениями речи и зависят от возраста и уровня речевого развития, но имеют поведенческие и когнитивные расстройства, что приводит к трудностям социальной адаптации. Трудности социальной адаптации как речевой, так и не речевой можно рассматривать как социальное (прагматическое) коммуникативное расстройство.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

В Российской Федерации введен двухуровневый скрининг нарушений психического развития в раннем возрасте (Приказ Минздрава России N396н) [61]. В рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, достигших возраста 2 лет, в учреждениях первичного звена здравоохранения проводится скрининг – анкетирование родителей на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития, в том числе СРРР.

- **Рекомендуется для диагностики речевого и коммуникативного развития у детей раннего возраста (1-4 года) тест «The MacArthur Communicative Development Inventory@ (MacArthur CDI) - «МакАртуровский тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста» [65,73,114,115].**

Уровень убедительности рекомендации-С

Уровень достоверности доказательств- 5.

Комментарии: Врач-психиатр детский (врач-педиатр, врач-невролог) должен быть осведомлен о нормах речевого онтогенеза и моторного развития, а также знать клиническую картину речевых нарушений. Врач на основании анамнестических данных, данных истории развития и другой медицинской документации, осмотра больного, оценки клинической картины и дополнительных методов обследования верифицирует состояние по критериям МКБ-10.

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется всем пациентам, находящимся в группе риска развития СРРР, подробный сбор жалоб и анамнеза с описанием речевого онтогенеза [7,19,64].**

Уровень убедительности доказательств – С.

Уровень достоверности доказательств – 5.

Комментарии: Для понимания клинической картины необходимо правильно оценить данные анамнеза и клинической картины на приеме (см. Приложение А 3.6). Активные жалобы родителей могут быть более скудными, чем действительные проблемы в речи у ребенка. Родители чаще предъявляют только речевые жалобы, игнорируя другие проявления, в частности:

- особенности эмоционально-волевой сферы;
 - поведение ребенка;
 - уровень знаний об окружающем мире, окружающего ребенка социума, индивидуальное социальное поведение;
 - особенности развития крупной и тонкой моторики;
 - соответствие развития когнитивных способностей возрастным нормативам;
 - недостаточно сформированные особенности игровой деятельности
 - недостаточные навыки самообслуживания
 - особенности коммуникации: жестовой, вербальной;
- Основные жалобы в отношении качества речи у ребенка:
- отсутствие речи,
 - задержку речевого развития (уровень речевого развития оценивается в соответствии с возрастными нормативами (см. Приложение3.4))
 - выраженное нарушение звукопроизношения («каша во рту»): перестановки звуков/слогов в слове, упрощение слова,
 - бедный словарный запас,
 - аграмматизмы (ошибки в окончаниях, согласовании слов вроде/падеже/ времени, ошибки в использовании предлогов, непонимание простых и сложных предложений (См. Приложение А3.5).

Для верификации диагноза необходимо получение данных о:

- возможной наследственной отягощенности психическими заболеваниями или речевыми расстройствами;
- данные акушерско-гинекологического анамнеза
- перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах;
- об особенностях протекания возрастных кризов;
- о раннем психомоторном и речевом развитии пациента, особенностях формирования моторики, коммуникативных функций и эмоционально-волевого реагирования;
- об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций) [63];

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется пациентам с СРРР проводить прием (осмотр, консультацию)**

врача-педиатра и врача-невролога для оценки наличия соматической и неврологической патологии [7,19].

Уровень убедительности рекомендации – С,

уровень достоверности доказательств – 5

Комментарий: Физикальное обследование пациента позволяет оценить его общее состояние и физиологические показатели. Соматическое и неврологическое обследование пациента, проводимое специалистом, направлено на выявление возможных сомато-неврологических нарушений у пациента. Общий осмотр включает расспрос о ранее перенесённых заболеваниях, истории развития настоящего заболевания. Измерение артериального давления, пульсового кровенаполнения, измерение веса. При обследовании необходимо обращать внимание на соответствие физического и паспортного возраста. Эндокринные нарушения часто сопровождаются задержками психоречевого развития, поэтому нужно обращать внимание на внешний вид ребёнка, выражение лица и наличие признаков дизэмбриогенеза [33].

Общий осмотр включает:

- оценка общего состояния больного,
- соответствие физического развития ребенка паспортному возрасту,
- Оценку телосложения (конституции)
- Проведение антропометрических измерений
- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);
- исследование соматического состояния по органам и системам.

При неврологическом исследовании определяются:

- расстройства функций черепно-мозговых нервов;
- рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);
- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);
- мозжечковая патология и расстройства координации движений;
- чувствительность и ее нарушения;
- расстройства функций вегетативной нервной системы.

При наличии показаний назначаются консультации педиатра, невролога, окулиста, эндокринолога, детского гинеколога (для девочек), медицинского психолога, врача-генетика. Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

• **Всем пациентам с СРРР, которые проходят лечение в условиях стационара или дневного стационара рекомендовано определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и далее каждые 12 месяцев для исключения ассоциации с ВИЧ-инфекцией, гепатитом, сифилисом.**

Уровень убедительности рекомендации – С,

уровень достоверности доказательств – 5.

- **Всем пациентам с СРПП, которые проходят лечение в условиях стационара или дневного стационара рекомендовано проведение биохимического анализа крови общетерапевтического (исследование уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, креатинина, общего белка, мочевины, мочевой кислоты, общего билирубина, прямого и непрямого билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, С реактивного белка) в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения для оценки почечной и печеночной функции и исключения воспаления**

**Уровень убедительности рекомендации – С,
уровень достоверности доказательств – 5**

- **Всем пациентам с СРПП, которые проходят лечение в условиях стационара или дневного стационара рекомендовано проведение общего (клинического) анализа мочи, развернутого общего (клинического) анализа крови с оценкой уровня гемоглобина и гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования, при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения каждые с целью уточнения степени активности заболевания и диагностики вовлечения органов и систем.**

**Уровень убедительности рекомендации – С,
уровень достоверности доказательств – 5.**

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Для диагностики СРПП у детей раннего возраста, дошкольного и школьного возрастов при необходимости оценки общего функционального состояния мозга, уровня зрелости его биоэлектрической активности и соответствия ее характера возрасту пациента, оценки тяжести и локализации патологических изменений рекомендуется проведение электроэнцефалографического исследования (ЭЭГ) [111] .**

**Уровень убедительности доказательств – С
Уровень достоверности доказательств – 4.**

Комментарии: ЭЭГ позволяет выявить степень и локализацию поражений мозга, эпилептиформную активность, а также регистрирует косвенные признаки органического поражения головного мозга [6,14,22,74-76,78,82,104].

- **С целью верификации пароксизмального состояния у детей любого возраста с СРПП при наличии пароксизмальных состояний в анамнезе рекомендуется проведение электроэнцефалографии с суточным видеомониторингом [74-76].**

**Уровень убедительности рекомендаций-С
Уровень достоверности доказательств- 4.**

Комментарии: Метод включает регистрацию ЭЭГ от электродов, расположенных симметрично в затылочных, теменных, центральных, лобных и височных областях кожи головы

над обоими полушариями мозга, а также по срединной линии в сагиттальных отведениях. В условиях бодрствования используется монополярная схема регистрации с референтными ушными электродами. Регистрирующие электроды устанавливаются по стандартной международной системе 10-20 %. Общее количество электродов – 21. Допускается использование этой же схемы регистрации с уменьшенным до 16 количеством электродов. Запись ЭЭГ и дальнейший анализ осуществляются с помощью компьютерных систем, позволяющих проводить статистическую обработку полученных данных. Обработка включает спектральный анализ и ЭЭГ-картирование в диапазоне от 0.5 до 30 Гц с использованием метода быстрого преобразования Фурье. Проводится сравнение спектров мощности ЭЭГ каждого пациента с нормативной базой данных своего возраста (Z- критерий).

- **В случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы с диагностической целью детям с СРРР рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга [15,19,74,75,76,78,104].**

Уровень убедительности рекомендаций –С

Уровень достоверности доказательств – 4.

Комментарии: При СРРР отмечается увеличение объема белого вещества мозга, согопа radiate и выраженной правополушарной асимметрии [46, 75,76,78,104].

2.5 Иные диагностические исследования

- **Детям с СРРР или детям в группе риска развития СРРР рекомендовано медико-логопедическое обследование, которое проводится с целью выявления нарушений речевого развития и патологии [5, 18,39,40].**

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

Комментарий: Исследование речи специалистом проводится по разработанной схеме (см. приложение А3.5) [85-89] с учетом возрастных периодов (см. приложение А3.4) [79] Основной целью медико-логопедического исследования является выявление особенностей речевого онтогенеза [102].

При обследовании логопедом учитываются (Приложение А3.5)

- структура и проявления нарушений развития;
- закономерности развития детской речи в условиях онтогенеза;
- проводится анализ объективных и субъективных условий формирования речевой функции ребенка, выявление ведущего дефекта речи;
- получение специализированной помощи до текущего обращения;
- оценка фонетико-фонематического и лексико-грамматического компонентов языковой системы;
- оценка высших психических функций, уровень интеллектуального развития[48,54].

- **Всем детям с СРРР с целью выявления нарушений высших психических функций рекомендуется нейropsychологическое обследование [8,28,29,39,55,57,59].**

Уровень убедительности рекомендаций-С

Уровень достоверности доказательств- 5

Комментарии: Обследование проводится медицинским (клиническим) психологом с целью выявления нарушений психологического развития функционального или органического генеза, для описания нейропсихологического статуса и постановки топического диагноза, (Приложение А3.4). С учетом проведенного обследования оформляется своевременная индивидуальная программа коррекционно-развивающего обучения (замещающего онтогенеза) ребенка [3].

При проведении нейропсихологической диагностики детей 4-5 лет могут быть использованы схемы нейропсихологического обследования, предложенные в Приложении А3.2 [8].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Медикаментозная терапия

При назначении курсовой медикаментозной терапии необходимо:

1. Обсудить и согласовать с родителями цели терапии, ожидаемые эффекты и социальные последствия (посещение школы, занятия спортом, устранение вредных факторов и т. д.).
2. Получить информированное согласие родителей
3. Определить адекватную курсовую лекарственную терапию (оптимальная доза препарата и продолжительность лечения)
4. Назначить препарат с минимальной токсичностью и побочными эффектами
5. Использовать простые схемы приёма препаратов
6. Исключить провоцирующие факторы
7. Использовать принцип индивидуальности при назначении препарата (возраст, вес, переносимость, особенности соматического статуса и т. д.)
8. Учитывать динамику заболевания, ведущий психопатологический симптомокомплекс – «симптом-мишень»
9. Соблюдать принцип преемственности – между амбулаторной и стационарной службой
10. Контролировать успешность терапии (динамика «симптома-мишени», выявление и коррекция побочных эффектов, контроль качества жизни)
11. Прекращение терапии следует проводить постепенно с целью предотвращения симптомов отмены и рецидивов заболевания

Медикаментозная терапия психических расстройств, обусловленных органическим поражением головного мозга (психоорганический синдром), опирается на принцип комплексного воздействия, включающий патогенетическую и симптоматическую терапию.

- **У детей с задержкой речевого развития с целью улучшения экспрессивной речи, а также ликвидации задержки в формировании речи рекомендуются полипептиды коры головного мозга скота (лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения) в дозировке для детей весом до 20**

кг 0,5 мг/кг, свыше 20 кг - 10 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней [69].

Уровень достоверности доказательств – 3

Уровень убедительности рекомендации – С.

- У детей с задержкой речевого развития с целью уменьшения моторной возбудимости и упорядочения поведения рекомендуется #гопантенвая кислота в растворе для приема внутрь 100 мг/мл 2 раза в день в суточной дозе 30-50 мг на 1 кг массы тела с курсовой продолжительностью терапии 2-3 месяца [70,67].

Уровень достоверности доказательств – 2

Уровень убедительности рекомендации – С

- У детей с задержкой психического развития с целью повышения умственной работоспособности, улучшения памяти, повышения способности к обучению рекомендован пиритинол в форме суспензии (флакон 200 мл, 100 мг/5 мл) [71].

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации –

С.

Комментарии: Режим дозирования устанавливается с учетом возраста пациента: с 3-го дня рождения по 1 мл суспензии в день в течение месяца, доза принимается утром. Начиная со 2 месяца жизни дозировку увеличивают по 1 мл суспензии в неделю, до тех пор, пока суточная дозировка не достигнет 5 мл (1 чайной ложки). Дети до 1 года: по ½ -1 чайной ложке суспензии 1-3 раза в день (50- 300 мг пиритинола в день). Дети от 7 лет по ½ -2 чайной ложке суспензии 1-3 раза в день (50-600 мг пиритинола в день). Принимать препарат следует во время или после еды. При нарушениях сна последнюю дневную дозу не следует принимать вечером или на ночь. Курс лечения от 3-4 недель до 6-12 недель зависит от клинической картины заболевания. По данным анкетирования родителей, у детей после лечения пиритинолом отмечалось уменьшение выраженности моторной неловкости, психосоматических нарушений, улучшились характеристики внимания, наблюдался регресс эмоциональных нарушений. На фоне лечения достигнуто достоверное улучшение показателей экспрессивной и импрессивной речи, а также речевого внимания. Объем активного речевого запаса и числа фраз в разговорной речи вырос в 3 раза, тогда как в контрольной группе — в 1,5 раза [12,68, 71].

- У детей с задержкой умственного развития с целью увеличения речевой активности, расширения активного словаря и повышения внимания рекомендуется #церебролизин** 0,1-0,2 мл/кг инъекционно ежедневно в течение 10-20 дней [72].

Уровень достоверности доказательств – 4

Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: #Церебролизин** является препаратом с доказанной нейронспецифической нейротрофической активностью, аналогичной действию естественных факторов нейронального роста, но проявляющейся в отличие от них в условиях периферического введения. Применение препарата приводит к увеличению речевой активности, расширению активного словаря, повышению внимания. Значимого улучшения звукопроизношения выявлено не было [72,84].

3.2 Нелекарственные методы лечения

- **С целью коррекции речевых нарушений у детей с общим недоразвитием речи рекомендована медико-логопедическая процедура [2,37, 64,90,92].**

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: Разновидностью медико-логопедической процедуры является медико-логопедическая тонально-ритмическая процедура, которая применяется для преодоления речевых нарушений через движение, дыхание и музыку. В результате улучшается слуховое восприятие, внимание, память, уменьшается выраженность двигательных и речевых расстройств, отклонений в поведении, улучшаются коммуникативные навыки [91,92]. В логопедической литературе этот вид работы специалиста получил обозначение «логоритмика». Основные задачи и работа логопеда приведены в приложении А6.

- **У всех пациентов с СРРР рекомендовано проведение нейропсихологической коррекционно-восстановительной процедуры для коррекции речевых нарушений и психических функций [28,79].**

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: По результатам обследования медицинским психологом составляется программа психолого-педагогического сопровождения детей младшего возраста, младшего и среднего школьного возраста [45,80,79,83,95,110]. Используются телесно-ориентированные методы (или методы двигательной (психомоторной) коррекции) и когнитивные методы, направленные на стабилизацию и активацию энергетического потенциала организма, повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов, оптимизацию функционального статуса глубинных структур мозга, формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, формирование операционального обеспечения вербальных и невербальных психических процессов, оптимизацию и коррекцию межполушарных взаимодействий и установления специализации правого и левого полушарий мозга [8,52,80,96-98].

- **У всех детей с СРРР с проблемами внимания, эмоционально-волевой сферы и поведения рекомендуется групповая нейро-психологическая процедура [28,41, 79,78,80].**

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С.

- **У всех детей с СРРР с целью развития игровой деятельности, улучшения детско-родительского взаимодействия, улучшения социально-коммуникативных навыков, развития эмоционального интеллекта, рекомендуется игротерапия курсом от 2-4 месяцев [31].**

Уровень достоверности доказательств – 4

Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: Использование игротерапии приводит к прогрессу игровой деятельности - ее развитию и усложнению, поведение детей становится более упорядоченным, возрастает произвольность их деятельности, улучшается саморегуляция. Достигается прогресс в развитии речи. Снижается уровень тревожности родителей [31, 80,110].

- У всех детей дошкольного возраста с СРРР как вид игротерапии рекомендована сказкотерапия с индивидуальным подбором сессий, продолжительностью 30-40 минут [13, 44,77, 94, 105-108].

Уровень достоверности доказательств – 4

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: Работа со сказкой строится следующим образом: 1) чтение или рассказ самой сказки; ее обсуждение. В обсуждении ребенок должен быть уверен, что он может высказывать любое свое мнение, т. е. все что он ни говорит не должно подвергаться осуждению; 2) рисунок наиболее значимого для ребенка отрывка; 3) драматизация, т. е. проигрывание сказки в ролях. Ребенок интуитивно выбирает для себя "исцеляющую" роль. И здесь надо отдавать роль сценариста самому ребенку, тогда проблемные моменты точно будут проиграны.

- Детям с СРРР с целью улучшения состояния нервной системы, нормализации структуры движения тела, нормализации эмоционального фона пациента рекомендована лечебная физическая культура (ЛФК) [20,22].

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: Подбирается индивидуальный коррекционный курс ЛФК. В индивидуальном маршруте физического развития ребенка учитываются все результаты обследования специалистов [17,20, 99,100-103].

- Детям с СРРР дошкольного возраста с целью объединении коррекционно - развивающей, образовательной программ с игрой рекомендована нейро-психологическая процедура Floortime [93].

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: Программа Floortime используется специалистами разного профиля: логопеда, эрготерапевта, психолога, с использованием образовательной программы, программы консультирования и поддержки родителей, интенсивные программы для занятий дома и в школе [93].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Абилитация/реабилитация – система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни.

Абилитация рассматривается как совокупность мероприятий, применяемых для становления и развития физического, личностного и социального статуса пациентов при врожденных и приобретенных в раннем детстве патологических состояниях, а

реабилитация – как восстановление (возвращения к исходному состоянию) физического, личностного и социального статуса при заболеваниях, возникших у пациентов остальных возрастных групп [9].

- **Всем пациентам с установленным диагнозом СРРР в период реабилитации рекомендована комплексная медико-психологическая и воспитательная программа с включением в работу специалистов разного профиля с целью повышения эффективности проведенной терапии и закрепления приобретенных речевых и социальных навыков[10].**

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарий: Детальное описание программы приводится в главе 3.2.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **У всех детей на первом году жизни (в 1 месяц и в 12 месяцев) рекомендовано диспансерное наблюдение врачом-неврологом с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития [7,19,62,112].**

Уровень достоверности доказательств (УДД) -5

Уровень убедительности рекомендаций (УУР)- С

Комментарий: Оценка неврологического статуса и психомоторного развития на 1-м году проводится по следующим критериям:

- Общемозговые симптомы (характер активного бодрствования, наличие и характер судорог).

- Состояние черепных нервов.

- Общая двигательная активность (поза, объем активных и пассивных движений, мышечный тонус), сухожильные и периостальные рефлекссы.

Безусловные (врожденные) рефлекссы, степень выраженности и редукция [104].

Для детей в возрасте 2 - 6 лет обследование проводится по следующим критериям:

- познавательная функция,

- моторная функция,

- эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром),

- предречевое и речевое развитие.

- **Рекомендован профилактический медицинский осмотр врача психиатра детей в разном возрасте (2, 4, 14, 15, 16, 17лет) с оценкой психического развития [7,19].**

Уровень достоверности доказательств (УДД) -5

Уровень убедительности рекомендаций (УУР)- С

Комментарии: Для профилактики речевых нарушений у детей раннего возраста необходимо проведение планового диспансерного наблюдения всех детей младшего возраста участковым детским врачом-психиатром с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием с дальнейшим медицинским сопровождением детей «группы риска». Оценивается:

1. Развитие моторной сферы: нормализация мышечного тонуса, развитие зрительно-

моторной координации; развитие навыков самообслуживания.

2. Развитие высших психических функций.

3. Развитие импрессивной речи: понимания слов, обозначающих предметы, действия, признаки, грамматических категорий и предложных конструкций, инструкций, вопросов, несложных текстов.

4. Развитие экспрессивной речи: лексического запаса (называние слов, обозначающих предметы, признаки, действия и т.д.); фразовой речи, звукопроизношения, фонематических процессов, активизация словаря, совершенствование процессов поиска слов, перевода слова из пассивного в активный словарь, формирование речевого и предметно-практического общения с окружающими, развитие знаний и представлений об окружающем мире.

5. Знакомство с окружающим миром: роль образовательной среды.

6. Работа с родителями [113].

При необходимости в случае задержки развития речи у пациента врач-психиатр направляет к логопеду:

При *диспансеризации* логопеду следует разделить детей на несколько подгрупп, состоящих из 3—5 человек, и провести с ними беседу на свободную тему, в процессе которой выявляется, как дети понимают вопросы и задания логопеда, как отвечают на эти вопросы. У детей, в речи которых проявились те или иные отклонения, логопед, используя методические пособия, проверяет состояние звукопроизношения, словарного запаса, грамматического оформления речи, а также ее ритм и темп.

На *первичном приеме* исследуется не только тот компонент речи, на который обратили внимание родители, но и состояние речи ребенка в целом. Для полноценной диагностики речевой патологии и оказания оптимальной помощи детально исследуется речевая функция ребенка. (См. Приложение А 3.6)

Диспансерное наблюдение осуществляется на основании Приказа Минздрава России от 16.05.2019 N 302н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.06.2019 N 54887).

6. Организация оказания медицинской помощи

Организация медико-психологической помощи детям с СРРР осуществляется на основании Приказа Минздрава РФ от 28.12.1998 N 383 "О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций" (вместе с "Положением о логопедии", "Положением об организации работы логопедического кабинета", "Положением об организации работы дневного стационара для больных с афазиями, дизартриями и логоневрозами", "Положением об организации работы стационарного отделения для лечения нарушений речи и других высших психических функций", "Положением об организации работы стационара на дому для больных с нарушениями речи и других высших психических функций (с последствиями перенесенных церебральных инсультов и тяжелых черепно-мозговых травм)", "Положением об организации работы Центра патологии речи и нейрореабилитации", "Программой подготовки на курсах тематического усовершенствования специалистов по патологии речи и нейрореабилитации", "Методическими рекомендациями "Организация специализированной службы по оказанию помощи больным с патологией речи (комплексная система лечения и нейрореабилитации)").

Организация работы детского консультативно-диагностического отделения осуществляется следующим образом.

После обращения пациента в регистратуру, заводится медицинская документация с занесением данных обследования специалистов отделения (психиатра, логопеда, нейропсихолога, невролога, педиатра), по показаниям возможно привлечение специалистов иного медицинского

профиля (оториноларинголога, эндокринолог и т.д.). По результатам обследования собирается отборочная комиссия из специалистов определяющая дальнейший лечебный маршрут (рис. 1). Отборочная комиссия принимает решение о направлении пациента на один из вариантов лечения (рис. 2). Специалистами стационара составляется комплексная программа нейрореабилитации (рис. 3). Большая часть пациентов направляется в амбулаторно-поликлиническое отделение в связи с удобством организации медицинской работы для детей дошкольного возраста(рис.4.)

Рис. 1. Маршрутизация консультативно-диагностического детского отделения

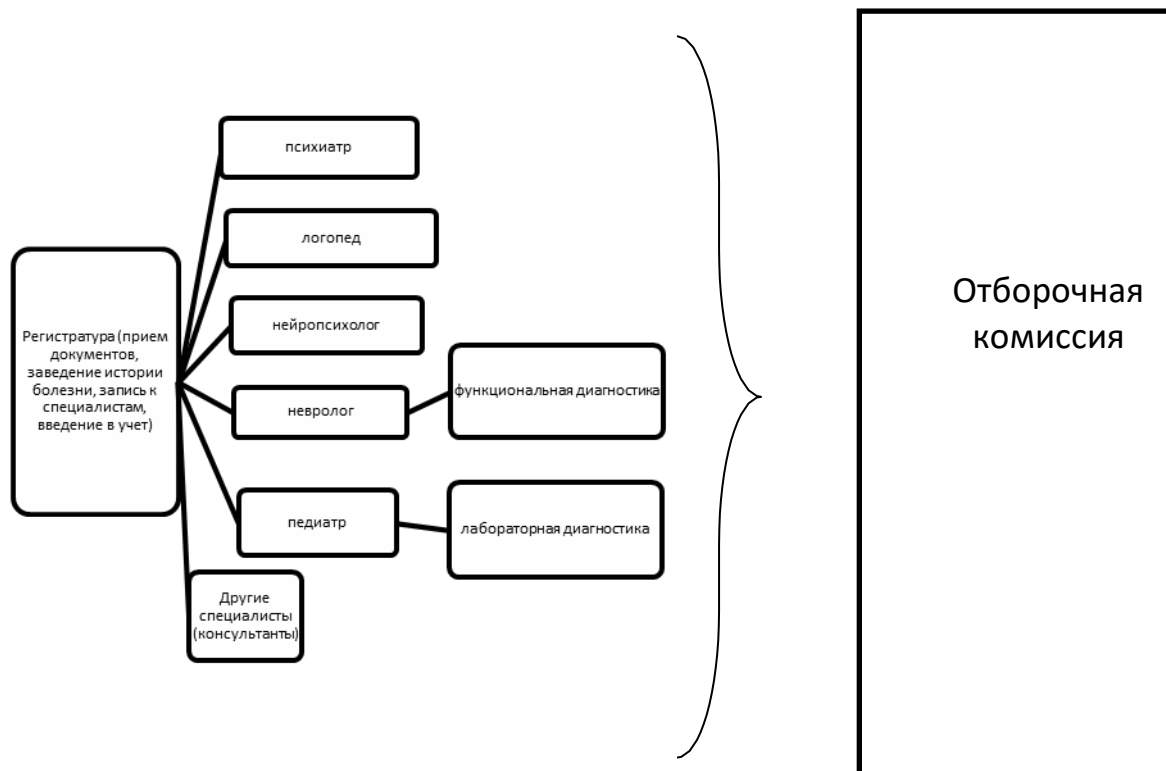


Рис. 2 Выбор лечебного курса после обработки первичной медицинской документации

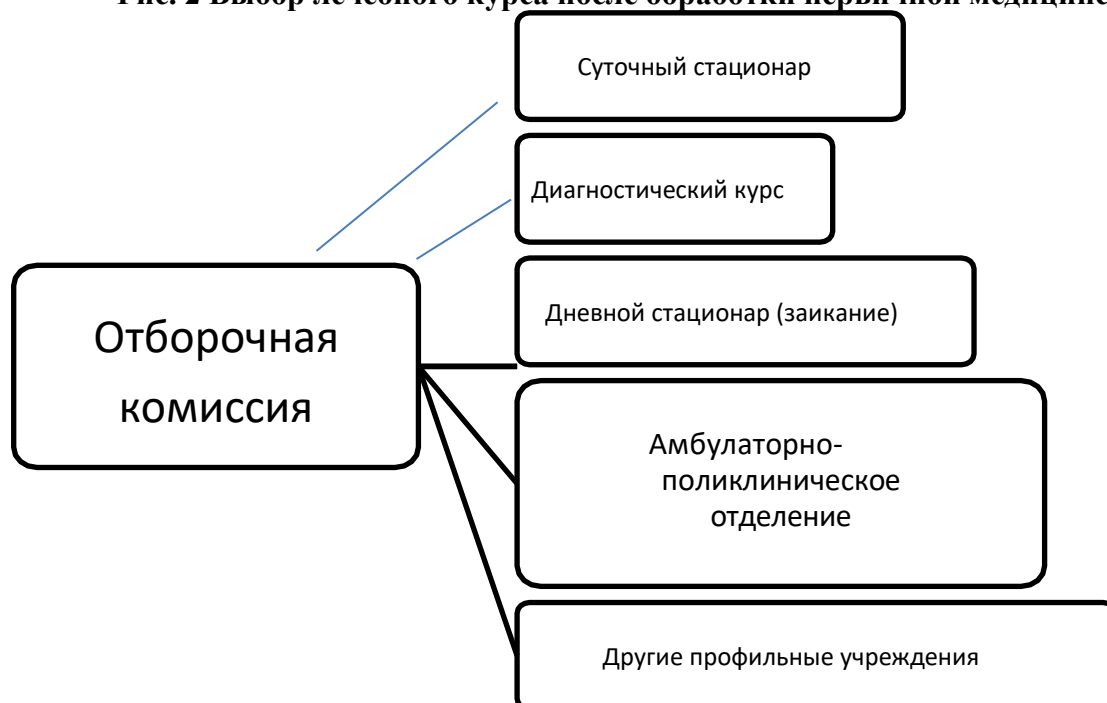
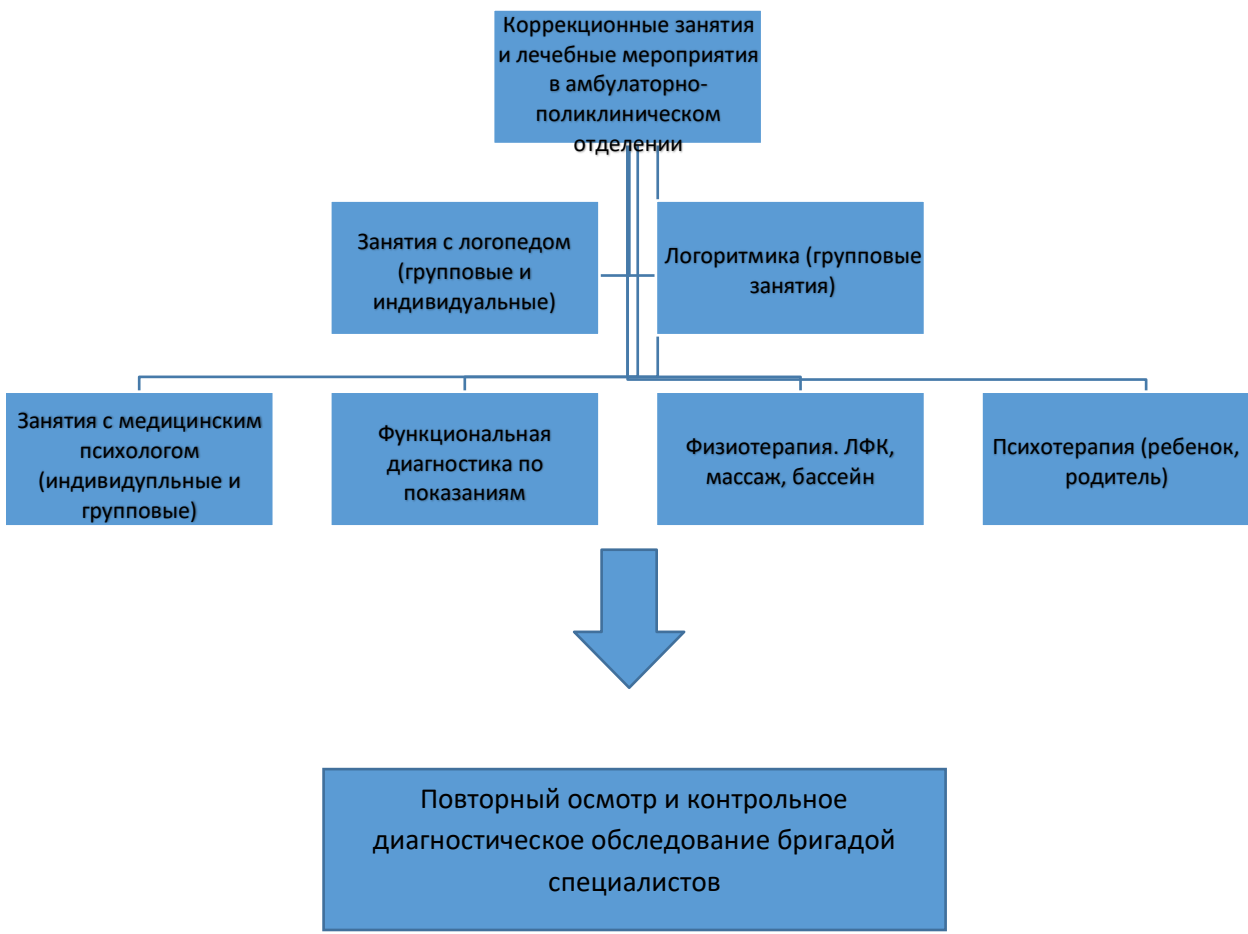
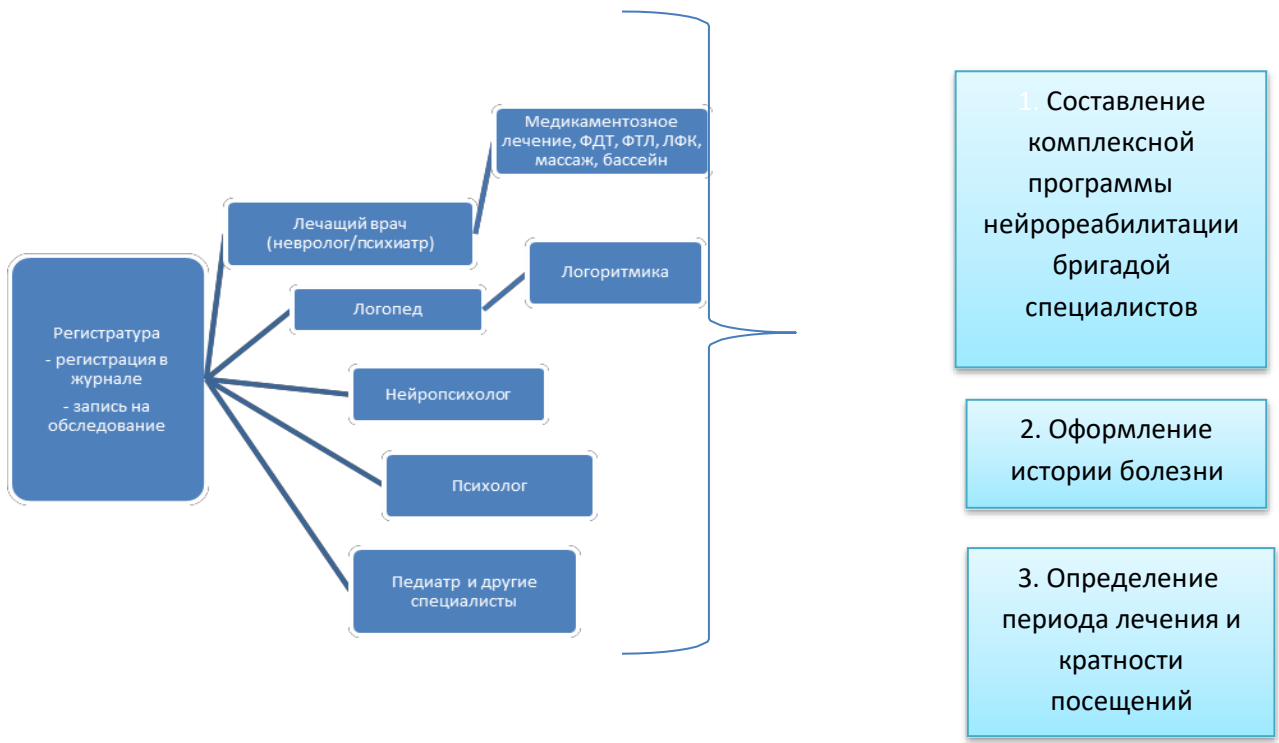


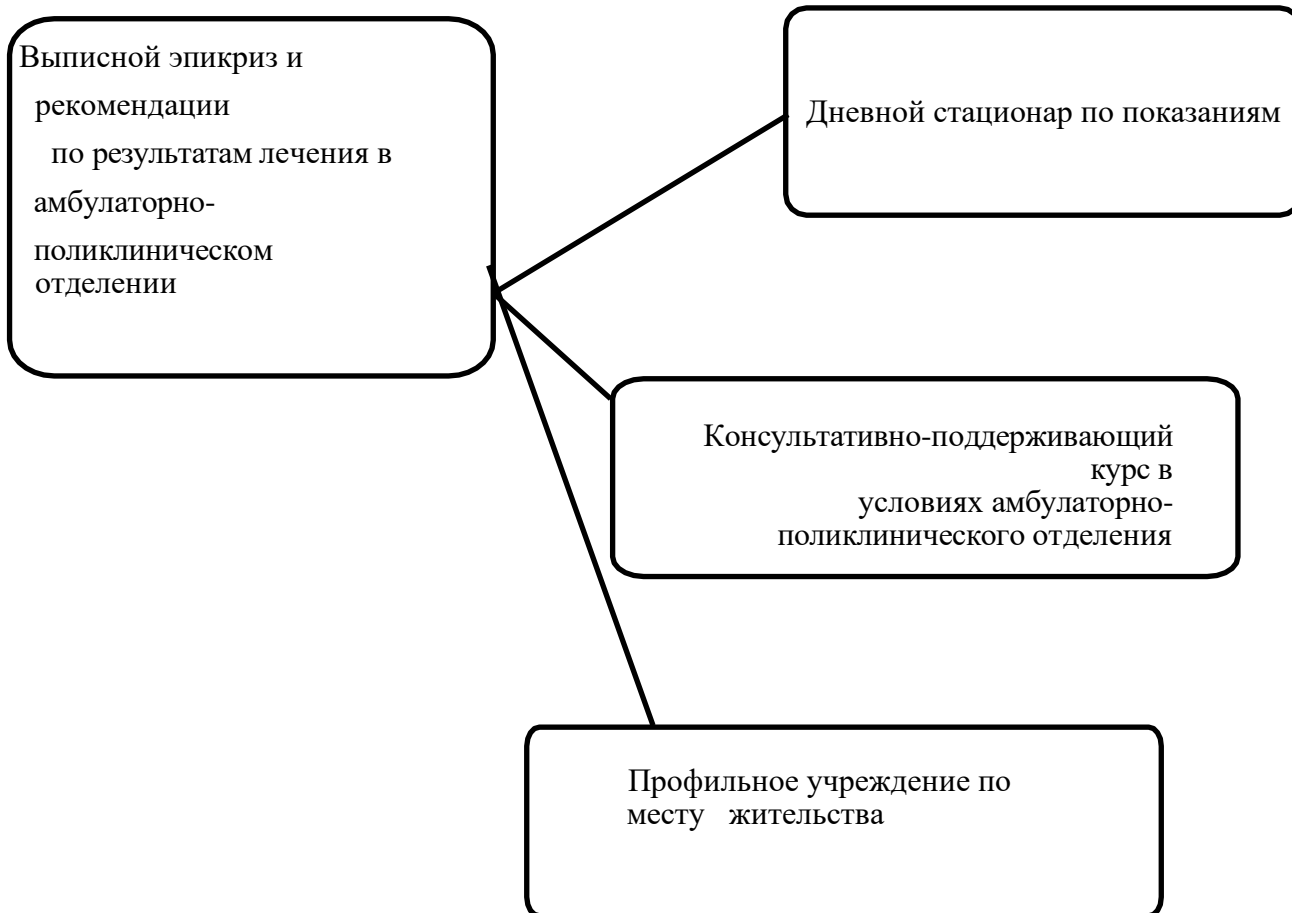
Рис.3 Маршрутизация диагностической работы стационара



Амбулаторно-поликлиническая помощь осуществляется лечебными курсами, длительностью от 4 до 6 недель по приведенной ниже схеме (Рис.4)

Рис. 4 Маршрутизация работы амбулаторно-поликлинического отделения





7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Расстройства речевого развития у детей наиболее частая причина обращений родителей за помощью к врачу, логопеду, психологу.

Эффективность нейрореабилитационных мероприятий при расстройствах речевых нарушений зависит от многих факторов.

1. Прогноз более благоприятен при ранних сроках обращения за помощью к специалистам. Целесообразнее начинать медико – психолого- коррекционные занятия с 3-летнего возраста.
2. Результат восстановления речи ребенка во многом зависит от тяжести системного речевого и языкового недоразвития.
3. Специалисту необходимо понять речевые нарушения у ребенка носят:
 - характер темповой задержкой и обусловлены социальной депривацией,
 - у ребенка кроме речевых нарушений имеются когнитивные нарушения,
 - у ребенка кроме речевых нарушений с имеются эмоционально волевые нарушения.
4. Совместная деятельность специалистов с родителями приносит более эффективный результат в коррекционной работе. На сроки восстановления речевой функции оказывает влияние регулярность выполнения логопедических процедур (артикуляционная гимнастика, автоматизация поставленных звуков, выполнение домашних заданий). Выполнение данных²⁹ процедур родителями в домашних условиях сокращает сроки нейрореабилитации.

5. Необходимо помнить, что восстановление речевых функций процесс длительный и систематический.
6. Восстановление речи проходит более сложно у детей с психическими и органическими отклонениями, имеющих нарушения речи.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Эффективность проводимой терапии оценивается на основании положительной динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрое развитие и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные клинического обследования с оценкой уровня речевого развития, наблюдением за поведением больного.

N	Критерии качества	Выполнены Да/нет
1.	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития, в том числе расстройства речевого развития, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза	Да/нет
2.	Выполнена электроэнцефалография детям с СРРР для диагностической оценки активного течения болезни, выявления косвенных признаков органического поражения ЦНС, обнаружения признаков эпилептической активности и диагностики СРРР	Да/нет
3.	Выполнена нейровизуализация (МРТ) детям с СРРР в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание ЦНС.	Да/нет
4.	Проведен медико-логопедический курс у детей с СРРР	Да/нет
5.	Проведены нейро-психологические процедуры всех детей с СРРР	Да/нет
6.	Проведены групповые нейро-психологические процедуры у всех детей с СРРР	Да/нет
7.	Проведена психофармакотерапия по показаниям детям с СРРР	Да/нет
8.	Проведена психотерапия для детей с СРРР	Да/нет
9.	Проведена ЛФК у всех детей с СРРР	Да/нет
10.	Проведено диспансерное наблюдение врачом-психиатром с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием.	Да/нет

Список литературы

1. Национальное руководство по психиатрии. Редакторы: Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Семке В.Я., Тиганов А.С., Гэотар-медиа, 2009, стр. 683.
2. Бенилова С.Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы: Пособие для врачей М.: Прометей; Книголюб, 2003. 32 с.
3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М.: АСТАстрель 2005. 384с.
4. Володин Н.Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения. // Педиатрия. 2004. №5 С.18-23.
5. Володин Н.Н., Шкловский В.М. «Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы». Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. 2015.
6. Гамирова Р.Г., Белоусова М.В., Уткузова М.А., Зайкова Ф.М. Особенности электроэнцефалографических изменений у детей с нарушениями речевого развития. Вестник современной клинической медицины. 2014. Т. 7. № 3. С. 15-20.
7. Гузева В.И., Чутко Л.С. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению специфических расстройств речи у детей. -2016.
8. Глоzman Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. СПб.: Питер, 2008. 80с.
9. Живолупов, С.А., Самарцев И.Н., Сыроежкин Ф.А. Современная концепция нейропластичности (теоретические аспекты и практическая значимость) / Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 10. – С. 102–108.
10. Елифанова В.А., Елифанова А.В. Основы реабилитации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 640 с.
11. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филочева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у детей. Екатеринбург. 2011.
12. Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., Колтунов И.Е. Дисфазия развития: оценка эффективности лекарственной терапии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. №7. вып.2 С. 74-76.
13. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Игры в сказкотерапии. - СПб., Речь, 2006. 208 стр.
14. Калашникова Т.П., Анисимов Г.В., Савельева Н.А. Эпилептиформная активность и речевой дизонтогенез у детей дошкольного возраста. Специальное образование. 2017. № 2 (46). С. 39-46.
15. Е.А. Клюев, Г.Е. Шейко, М.Г. Дунаев, С.А. Абрамов, В.В. Дворянинова, О.В. Баландина, Роль функциональной МРТ в выяснении природы задержки речевого развития при расстройствах аутистического спектра. <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-funktsionalnoy-mrt-v-vyuasnenii-prirody-zaderzhki-rechevogo-razvitiya-pri-rasstroystvah-autisticheskogo-spektra>
16. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. СПб: КАРО. 2006. 298с.
17. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. 2006. СПб.: Речь. 380 с.
18. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии. М.: Прсвещение. 1968.
19. Малинина Е.В., Макушкин Е.В. «Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте». Клинические рекомендации (протокол лечения), Москва-Челябинск, 2015.
20. Мониц Е.Н., Дворянинова Е.В. Программа развития мелкой моторики средствами ЛФК у детей дошкольного возраста с нарушениями речи. Актуальные проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации: материалы VI Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф. студентов и аспирантов, г. Томск, 19 апр. 2018 - С. 78-80.
21. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. - СПб.: Питер, 2008.
22. Набиева Т.Н., Мухин Е.И. Поведенческая терапия тиков у детей с использованием метода отрицательного подкрепления / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Т. 103, № 9. С. 59–62.
23. Ньюкиктен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 2. М: Теревинф. 2010; 336 с.
24. Разинькова Н.С., Хмелевская И.Г., Миненкова Т.А., Матвиенко Е.В., Кривдина Н.Д., Серёжкина

- А.В., Гптова И.В. Современные аспекты диагностики расстройств речевого развития у детей. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019. № 4 (72). С. 129-131.
25. Резцова Е.Ю., Черных А.М. Современные представления о факторах риска в генезисе речевых расстройств дошкольников. // Новые исследования. 2010. С.95-115.
26. Рожкова Л.А. Особенности реактивности полушарий при восприятии зрительной вербальной информации у детей с нарушениями речи и памяти // Дефектология. 2000. № 2. С. 13–22.
27. Сагутдинова, Э. Ш., Степаненко Д. Г. О классификациях нарушений речи в детском возрасте // "Системная интеграция в здравоохранении". 2010. №2 вып. 8. С.32-43.
28. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. - М.: Генезис, 2005.
29. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: Академия, 2002.
30. Скрипченко, Н.В., Лобзин Ю.В., Иванова Г.П. и др. Нейроинфекция у детей / Детские инфекции. – 2014. – № 1. – С. 8–18.
31. Федосова Е.Г., Азбукина О.Д., Половнева Н.А. Комплексный подход к лечению детей с нарушениями речи и роль в нем игровой терапии. Антология российской психотерапии и психологии. /15-17 марта 2017/Материалы Международного конгресса. Сборник трудов конференции. Спб.2017 с.178. Издательство: Общероссийская общественная организация «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига» (Москва)
32. Хватцев М.Е. Логопедия. М.: ВЛАДОС. 2009. 272с.
33. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб. 2002. 1088с.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p.
35. American Speech-Language Hearing Association. Definitions of communication disorders and variations. ASHA. 1993; V.35(Suppl 10):40–41. [PubMed]
36. Bartlett C.W., Flax J.F., Logue M.W., Vieland V.J., Bassett A.S., Tallal P., Brzustowicz L.M. A major susceptibility locus for specific language impairment is located on 13q21. // American Journal of Human Genetics. 2002. V. 71., №1. P. 45-55.
37. Billard C. What should be done when a child cannot learn to read? // *Archives of pediatrics*. 2006. V.13(7);1071-1075. N7.P.1071-1075.
38. Bishop DVM, North T, Donlan C. Genetic basis of specific language impairment: Evidence from a twin study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1995; V.37: P.56–71. [PubMed: 7828787].
39. Boudreau DM, Chapman R. The relationship between event representation and linguistic skills in narrative of children and adolescents with Down syndrome. *J Speech, Language, and Hearing Research*. 2000; V.43: P.1146–1159. [PubMed] [Google Scholar]
40. Brinton B, Fujiki M, Powell JM. The ability of children with language impairment to manipulate topic in a structured task. // *Language, Speech and Hearing Services in School*. 1997. V. 28. P.3 –11. [Google Scholar]
41. Chapman SB, Watkins R, Gustafson C, Moore S, Levin H, Kufera JA. Narrative discourse in children with closed head injury, children with language impairment, and typically developing children. // *American Journal of Speech and Language Pathology*. 1997. N 6. P. 66–76. [Google Scholar].
42. Choudhury N., A. Benasich A. A. The Influence of Family History and Other Risk Factors on Language Development. *Speech, Language, and Hearing Research* 2003. V.46. N2. P. 261–272.
43. Gathercole S.E., Willis C., Baddeley A.D., Emslie H. The Children's Test of Nonword Repetition: a test of phonological working memory. // *Memory*. – 1994. – Vol.2, №2. – P. 103- 127.
44. Justice L.M., Skibbe L.E., McGinty A.S., Piasta Sh.B., Petrill S. Feasibility, Efficacy, and Social Validity of Home-Based Storybook Reading Intervention for Children With Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2011; V.54(2); 523-538. doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0151)
45. Kamhi A. Trying to make sense of developmental language disabilities. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 1998; 29:35–44. [PubMed] [Google Scholar]
46. Leonard L. B. Children with Specific Language Impairment. Second Edition. MIT Press. 2014. 480p. [Google scholar]
47. Lord C. Enhancing communication in adolescents with autism. // *Topics in Language Disorders*. 1988. V.9. P.72–81.

48. Lovell K., Hoyle H. W., Siddall M. Q. A study of some aspects of the play and language of young children with delayed speech. *The journal of child psychology and psychiatry*. 1968. V.9(1);41-50. doi.org/10.1111/j.1469-7610.1968.tb02206.x.
49. Mentis M, Lundgren K. Effects of prenatal exposure to cocaine and associated risk factors on language development. // *Speech, Language and Hearing Research*. 1995;38:1303–1318. [PubMed] [Google Scholar]
50. Menyuk P. Comparison of Grammar of Children with Functionally Deviant and Normal Speech. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1964. V.7. N2. P.109-121.
51. Miller JF, Chapman R, MacKenzie H. Individual differences in the language acquisition of mentally retarded children. *Proceedings of the 2nd Wisconsin Symposium Research Child Language*; Madison, Wis: University of Wisconsin; 1981. [Google Scholar]
52. Miller CA, Kail R, Leonard LB, Tomblin JB. Speed of processing in children with specific language impairment. // *Speech, Language and Hearing Research*. 2001;44:416–433. [PubMed] [Google Scholar]
53. Newbury D.F., Monaco A.P. Genetic advances in the study of speech and language disorders // *Neuron*. – 2010. - Vol.68, N2. – P.309-320.
54. Owens RE, Metz DE, Haas A. *Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective*. 2nd ed. Boston, Mass: Allyn & Bacon; 2003
55. Rees N.S. Auditory Processing Factors in Language Disorders: The View from Procrustes' Bed. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1973. V.38(3);304-315. doi.org/10.1044/jshd.3803.304
56. SLI Consoitirm: A genome wide scan identifies two novel loci involved in specific language impairment // *American Journal of Human Genetics*/2002; V. 70. P.384-398.
57. Weismer SE, Hesketh LJ. Lexical learning by children with specific language impairment: Effects of linguistic input presented at varying speaking rates. // *Speech, Language and Hearing Research*. 1996. V.39. P.177–190. [PubMed] [Google Scholar]
58. Tomblin J.B., Smith E., Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors // *Communication Disorders*. – 1997. - Vol.30, P.325-344.
59. Weismer SE, Evans J, Hesketh LJ. An examination of verbal working memory capacity in children with specific language impairment. *Speech, Language and Hearing Research*. 1999. V.23. P.1234–1248. [PubMed] [Google Scholar]
60. Электронный ресурс. URL: [МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра \(mkb-10.com\)](http://mkb-10.com)
61. Приказ Минздрава РФ от 13.06.2019 N 396н «О внесении изменений в порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 03.10.2019 N 56120) [Электронный ресурс]. URL: <https://minjust.consultant.ru/special/documents/document/44211> (дата обращения 27.12.2019)
62. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/ (дата обращения 27.12.2019)
63. Тиганов А.С. Обследование больного. В кн.: Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 243-244., С. 682-690.
64. Янушко Е. Помогите малышу заговорить! -- М.: Теревинф, 2007. -- С. 119, 127, 147, 162.
65. М. Б. Елисеева, Е. А. Вершинина. Макартуровский опросник как инструмент диагностики лексического развития детей от 8 до 36 месяцев. *Специальное образование*. 2017. № 3, стр. 66-81.
66. Е.В. Ларькина, О.В. Халецкая. Тактика ведения детей дошкольного возраста с различными вариантами задержки речевого развития. *Журнал неврологии и психиатрии*, 12, 2014 стр. 94-98.
67. Заваденко Н. Н., Гузева В. И., Гайнетдинова Д. Д., Давыдова Л. А., Заваденко А. Н., Романова Т. А. Фармакотерапия задержки психомоторного развития у детей 6—12 мес, рожденных недоношенными и перенесших гипоксически-ишемическое поражение головного мозга (двойное слепое сравнительное многоцентровое плацебо- контролируемое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(10):30-39.
68. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е., Козлова Е.В. Клиническое применение притинола в нейропедиатрии. *Вопросы современной педиатрии*. 2013;12(4):32-37.
69. Инструкция по применению кортексина. [Электронный ресурс].

- URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=6136fcf1-ff72-4706-9722-4a9bcaf74b1a&t=
70. Инструкция по применению гопантеновой кислоты.
https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=b7e93193-2400-4fd0-9cd9-f4b3df7d166a&t=
71. Инструкция по применению пиридинола.
[Электронный ресурс].
URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=bc592df7-38a0-42b5-a8a9-37741a007b37&t=
72. Инструкция по применению церебролизина.
[Электронный ресурс].
URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=47de98b5-0cbe-49c9-918f-7b186db6c7bb&t=
73. МакАртуровский тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста. Электронный ресурс. URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/razvitie-rechi/2016/12/11/test-rechevogo-i-kommunikativnogo-razvitiya-detey-rannego>
74. Duvelleroy-Hommet C. et al., Sleep EEG and developmental dysphasia: lack of a consistent relationship with paroxysmal EEG activity during sleep. *Neuropediatrics*. 1995;26(1):14 (Laasonen M. Et al., 2018)
75. Herbert M.R. et al. Localization of white matter volume increase in autism and developmental language disorder. // *Annals of Neurology*. 2004. V.55. P.530–540.
76. Herbert M.R. Brain asymmetries in autism and developmental language disorder: a nested whole-brain analysis. // *Brain*. 2005. V.128. P.213–226.
77. Justice L.M., Skibbe L.E., McGinty A.S., Piasta Sh.B., Petrill S. Feasibility, Efficacy, and Social Validity of Home-Based Storybook Reading Intervention for Children With Language Impairment. // *Speech, Language, and Hearing Research*. 2011. V.54. N2. P.523-538. doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0151).
78. Kasper J., Kreis J., Scheibler F., Möller D., Skipka G., Lange S., von dem Knesebeck Ol. Population-Based Screening of Children for Specific Speech and Language Impairment in Germany: A Systematic Review. // *Folia Phoniatrica et Logopeadica*. 2011;63:247–263. DOI: 10.1159/000321000
79. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. «Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика)» Москва, ИП «Такт», 2010, стр.31)
80. Ахутина Т. В., Матвеева Е. Ю., Романова А. А. Применение луриевского принципа синдромного анализа в обработке данных нейропсихологического обследования детей с отклонениями в развитии. // *Вестник Московского Университета. СЕР. 14. Психология*. 2012. № 2. стр. 84-95.
81. Reisinger LM, Cornish KM, Fombonne É: Diagnostic differentiation of autism spectrum disorders and pragmatic language impairment. *Autism and Developmental Disorders*. 2011. V.41. P. 1694–1704.
82. Laasonen M. et al. Understanding developmental language disorder - the Helsinki longitudinal SLI study (HelSLI): a study protocol. // *BioMedCentral Psychology*. 2018. v.6. article.24. doi.org/10.1186/s40359-018-0222-7.
83. Leonard L.B. Cross-linguistic studies of child language disorders. // *Handbook of Child Language Disorders*. New York. Psychology Press. 2009, pp 308–324.
84. Клинические и электроэнцефалографические особенности специфических расстройств речевого развития у детей и оценка эффективности применения церебролизина. Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко, А.В. Сергеев, А.В. Рожкова, Л.В. Аносова, Н.П. Чистякова. *Журнал неврологии и психиатрии*, 7, 2015(стр.98-102).
85. Волкова С.В. Комплексная диагностика речевых нарушений у дошкольников с локальными поражениями мозга как основа определения их реабилитационных потребностей / С.В. Волкова, Н.Ю. Борякова // *Вестник Череповецкого государственного университета*. – 2015. – № 2. – С. 113-117.
86. Волкова С.В. Предпосылки фонематических расстройств у детей с органическими поражениями головного мозга различного генеза / С.В. Волкова // *Специальное образование*. – 2015. – № 2(38). – С. 29-38.
87. Волкова С.В. К проблеме исследования нарушений фонематического восприятия и их коррекции у детей с последствиями очаговых поражений мозга / Н.Ю. Борякова, С.В. Волкова // 34
Материалы II Международной научно-практической конференции
«Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с

ограниченными возможностями здоровья» 12-13 декабря 2013 г. – М., 2013. – С. 62-65.

88. Волкова С.В. Проблемы восприятия речи у детей с последствиями очаговых поражений мозга / С.В. Волкова // Актуальные проблемы современной педагогики: V Международная научная конференция, 2014 г. – Уфа, 2014. – С. 155-157.

89. Волкова С.В. Формирование фонематических процессов у детей с последствиями очаговых поражений мозга / Т.С. Джаниева, В.Л. Фридман, С.В. Волкова // Вопросы реабилитологии: научно-практический журнал. Спец. выпуск, посвященный 67-й сессии Генеральной Ассамблеи Всемирной федерации водолечения и климатотерапии.

– 2014. – № 3. – С. 50-52

90. Е.В. Ларькина, О.В. Халецкая. Тактика ведения детей дошкольного возраста с различными вариантами задержки речевого развития Журнал неврологии и психиатрии, 12, 2014 стр. 94-98.

91. Мухина. А.Я. Речедвигательная ритмика. М.-АСТ: Астрель, 2008; Владимир: ВКТ, 2009. Монография.

92. Бабушкина Р.Л., Кислякова О. М. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи. Под ред. Г. А. Волковой. Спб.: Каро, 2005.

93. [Электронный ресурс]. URL: «Что такое программа Floortime — чем она на самом деле является, а чем нет».

<http://www.icdl.com/dirFloortime/overview/documents/WhatFloortimeisandisnot.pdf>. Перевод: Ю. Донькина, редактор: Е. Багарадникова). <https://www.icdl.com/>

94. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М.. Игры в сказкотерапии. - СПб., Речь, 2006. 208 стр.

95. Аванесян Р.Д., Румянцева О.А., Сизова О.Б. Программа первого года коррекционной работы с трехлетними детьми, имеющими системное недоразвитие речи. Диагностика и коррекция речевых нарушений. СПб, 1997.

96. Бохан, О. А. Логоритмика как средство коррекции речевого нарушения у дошкольников / О. А. Бохан, Л. В. Лашкова // Дошкольное образование: опыт, проблемы, перспективы развития. – 2015. - № 2(5). – С. 100-102

97. Власенкова, Е. В. Логоритмика как форма оздоровительной и развивающей работы с детьми дошкольного возраста / Е. В. Власенкова // Научный поиск. – 2012. - № 2.1. – С. 48

98. Иванова, Н. Н. Логоритмика как средство по преодолению речевого недоразвития / Н. Н. Иванова, Т. И. Кардашевская // Сборники конференций НИЦ социосфера. – 2011.

- №22. – С. 24-26.

99. Шамарина, Е. В. Проведение занятий по формированию коммуникативной компетентности дошкольников с задержкой психического развития [Текст] / Е. А. Чернышева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2002. - № 4. - С. 31 - 40. 47.

100. Волкова С.В., Карасева Н.О., Ястребова С.В. Анализ результатов коррекционного воздействия с применением БОС технологий в комплексной реабилитации детей с нарушениями речи / Наука и образование: новое время №5, 2016.

101. Волкова С. В., Смирнов И. И. Междисциплинарная помощь пациентам с сенсомоторной алалией/ Сборник II Международной научной конференции 22-23 октября 2020 г. / Современные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей. Стр.125-130

102. Бенилова С.Ю. Программа комплексной реабилитации детей с нарушением высших психических функций/С.Ю.Бенилова// Матер.1-й всерос.конф.по детской нейрохирургии, Москва, 18-20 июня 2003г./РАМН, МЗ РФ, Ассоциация нейрохирургов России, Ин-т нейрохирургии им.акад.Н.Н. Бурденко.-М., 2003г.-с.204-205.

103. Бенилова С.Ю. Взаимодействие специалистов с родителями и детьми в процессе коррекции речевых нарушений /С.Ю. Бенилова, Е.Ю. Климонтович// Школьный логопед.-2005.-№5,6.-С.61-70.

104. Herbert M.R. et al. Larger brain and white matter volumes in children with developmental language disorder.// Development Science. 2003. V.6. P.11–22.

105. Волжанина Н.В., Жулина Е.В. Сказка как средство логопедической коррекции задержки речевого развития.//Проблемы современного педагогического образования. 2019. №62. вып.2 с.45-48.

106. Лашко Е.А. Использование сказкотерапии как средства формирования связной речи младших школьников с ОНР// Педагогическая наука и практика. 2020. №1. вып.27. с.54- 58.

107. Чухачева Е.В., Колотушкина В.С. Сказкотерапия как метод формирования связной речи у детей с моторной алалией // Аллея науки. 2020. Т. 2. № 6 С.874-879
108. Иневаткина С. Е., Касимова Е. А. Использование средств сказкотерапии в процессе формирования связной речи у младших школьников с речевыми нарушениями // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ. 2020. №09/2. С. 21-23 DOI 10.37882/2223-2982.2020.09- 2.09.
109. Шипкова К.М., Милехина А.В., Черемин А.А., Аханькова Т.Е., Волкова С.В. Эпидемиология обращений детей с речевым дизонтогенезом и особенности организации лечебного процесса в условиях специализированного речевого центра // Российский психиатрический журнал. 2020. № 2. С. 92–97. DOI: 10.24411/1560-957X- 2020-10211.
110. Аханькова Т.Е., Шипкова К.М. Социально-демографические и эмоционально-коммуникативные характеристики родителей и их детей с нарушениями речевого развития // Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 45–48. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11954.
111. Рыбина И.Я., Коренко Л.А., Скромце Т.А. Электроэнцефалография учебно- методическое пособие. - Санкт-Петербургский Государственный университет им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. - Санкт-Петербург 2004г.
112. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 03.07.2018 N 410н, от 13.06.2019 N 396н, от 19.11.2020 N 1235н) от 28 апреля 2007 г. N 307 "О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни". ГАРАНТ.РУ: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084665/#ixzz6zvP22TCI>.
113. Л.А. Боровцова, Л.Ф. Козодаева «Профилактика речевых нарушений у детей раннего возраста». Психолого-педагогический журнал Гаудеамус, № 1 (25), 2015. Стр.-111.
114. Neilmann J. et al. Utility of the MacArthur—Bates Communicative Development Inventory in identifying language abilities of late-talking and typically developing toddlers. – 2005.
115. Giammarco N. MacArthur-Bates Communicative Developmental Inventories (CDI): A Research Synthesis Evaluating Children at 2-36 months. – 2020.
116. Смирнова И.А. Логопедия: Иллюстрированный справочник. -СПб.:КАРО,2014.-232с. Специальная педагогика.
117. МКБ-11 Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. - 432с. – DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4.
118. T.V.Tumanova, T.B.Filicheva. Speech Therapy Work with Children Having Specific Language Impairment: Algorithms and Personalization. Published: February 18th 2020. DOI: 10.5772/intechopen.91185

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Аханькова Татьяна Евгеньевна	врач- психиатр высшей категории, зав. детским отделением ГБУЗ ЦПРН ДЗМ, член 36 РОП
2. Волкова Светлана Валентиновна	к.пед.н., ст.н.с. ИКП, заведующая направлением

	магистратуры, доцент кафедры Московского института психоанализа, член РОП
3.Ларина Ольга Даниловна	логопед высшей категории, психолог, доцент кафедры логопедии Института детства МГПУ, ст.н.с. НИЦМР ФГБУ "Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА РФ, доцент кафедры логопедии МПГУ, член РОП
4.Милехина Алла Владимировна	к.м.н., ст.н.с. ФГБУ «НМИЦПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП
5.Серебровская Ольга Вячеславовна	заместитель главного врача по п.к.м.н, психолого-логопедической работе ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ, член РОП
6.Смирнов Илья Игоревич	врач-психиатр, зав. КДО для детского населения ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», член РОП
7.Черёмин Роман Авенирович	главный врач ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ, член РОП
8.Шипкова Каринэ Маратовна	к.псх.н, доцент, в.н.с. ФГБУ «НМИЦ ПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП
9. Шкловский Виктор Маркович	д. псх. н., профессор, академик РАО, ФГБУ «НМИЦПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-психиатры.
2. врачи-психотерапевты.
3. медицинские психологи.
4. логопеды.
5. педагоги-психологи

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

1.

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования

4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций. Рекомендуется обновление рекомендаций 1 раз в 3 года.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Приложение А 3.1 Рекомендации по применению классификаций по диагностике речевых нарушений Р. И. Лалаевой

Психолого-педагогическая классификация	Варианты пересечения двух классификаций.	Характеристика речевых нарушений	Примерные формулировки логопедического заключения
Фонетическое нарушение речи (ФНР) или нарушение произношения отдельных звуков (НПОЗ).	дислалия, дизартрия (или стертая дизартрия)	При ФНР нарушены фонетическая сторона речи (звукопроизношение, звуко-слоговая структура слова, просодика) в комплексе или какие-либо отдельные компоненты фонетического строя речи (например, только звукопроизношение или звукопроизношение и звуко-слоговая структура слова).	Фонетико-фонематическое нарушение речи. Стертая псевдобульбарная дизартрия.
Фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР).	дислалия, дизартрия (или стертая дизартрия)	при ФФНР наряду с нарушением фонетической стороны речи имеется и недоразвитие фонематических процессов: фонематического восприятия (слуховой дифференциации звуков),	Фонетическое нарушение речи. Моторная функциональная дислалия.
		фонематического анализа и синтеза, фонематических представлений.	
Лексико-грамматическое недоразвитие речи (ЛГНР).	выход из моторной (сенсорной) алалии, по типу задержки речевого развития, ЗПР не выясненного патогенеза.	нормальное звукопроизношение, относительно сохранены фонематические процессы (чаще всего в результате логопедического воздействия), однако отмечаются ограниченный словарный запас, нарушение грамматического строя речи.	Лексико-грамматическое недоразвитие речи. Выход из моторной алалии.

Общее недоразвитие речи (ОНР I, II и III уровня), а также невыраженное общее недоразвитие речи (НОНР).	моторная алалия, сенсорная алалия, сенсомоторная алалия, дизартрия стертая дизартрия, по типу задержки речевого развития, -при ЗПР невыясненного патогенеза.	нарушены все компоненты языковой (речевой) системы: фонетико-фонематическая сторона речи, лексика, грамматический строй.	1.Общее недоразвитие речи (I уровень). 2.Общее недоразвитие речи (I уровень). 3.Общее недоразвитие речи (I уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. 4.Общее недоразвитие речи (I уровень). Заикание. 5.Общее недоразвитие речи (I уровень). 6.Общее недоразвитие речи. 7.Общее недоразвитие речи (II уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. 8.Общее недоразвитие речи (II уровень). 9.Общее недоразвитие речи (II уровень). заикание. (В ОНР включается алалия либо сочетанная патология – Смирнова И.А. Логопедия : Иллюстрированный справочник / И.А. Смирнова.- Спб.:КАРО, 2014.- 232 с.: ил.- (Серия « Специальная педагогика»)
--	--	--	--

**Приложение А3.2 Схема клинико-психологического и
нейропсихологического обследования детей 4-5 лет**

Исследование детей **4 - 4,5 лет** показывает, что к этому периоду наблюдается существенный скачок в психологическом развитии детей, поэтому нейропсихологическое обследование 4-летних детей включает уже большее количество проб:

1. Беседа с ответами на простые вопросы: сколько тебе лет? где ты живешь? какое сейчас время года? в какую группу детского сада ты ходишь?
2. Установление латерализации функций.
3. Исследование умственной работоспособности и внимания (корректирующая проба).
4. Проба на реципрокную координацию при сопряженном ее выполнении.
5. Простой вариант пробы на динамический праксис (2 серии по 2 движения).
6. Проба на праксис позы пальцев.
7. Простые пробы на оральный праксис.
8. Рисунок 3 простых фигур: круг, квадрат, треугольник (копирование по образцу).
9. Узнавание реальных, перечеркнутых и наложенных изображений.
10. Узнавание (соединение линиями) пространственно ориентированных простых фигур (модифицированный тест Бентона).
11. Понимание простых логико-грамматических конструкций.
12. Воспроизведение упроченных речевых рядов (счет до 10 в прямом порядке).
13. Оценка простых ритмических структур, предъявляемых в медленном темпе.
14. Называние реальных изображений.

15. Показ реальных изображений по слову-наименованию.
16. Запоминание одной серии из 3 реальных изображений и выбор их из дистракторов.
17. Запоминание серии из 7 слов.
18. Запоминание серии из 2 движений и перенос программы на другую руку.
19. Составление рассказа по картинке и серии предварительно разложенных картинок.
20. Пересказ текста по вопросам.
21. Простые пробы на исключение понятий (четвертый лишний).

К 5 годам становится возможным полное нейропсихологическое обследование, включающее следующее.

1. Беседа с ответами на вопросы: фамилия, имя, имена родителей? сколько тебе лет? где ты живешь? какое сейчас время года? в какую группу детского сада ты ходишь?
2. Пробы на латерализацию функций.
3. Исследование умственной работоспособности и внимания
4. Проба на реципрокную координацию.
5. Пробы на динамический праксис (2 серии по 3 движения и графическая проба).
6. Пробы на праксис позы пальцев.
7. Простые пробы на оральный праксис.
8. Копирование 4 простых фигур: круг, квадрат, ромб и треугольник и 3 фигур из теста Денманна.
9. Узнавание перечеркнутых и наложенных реальных изображений.
10. Узнавание (соединение линиями) пространственно-ориентированных простых фигур (модифицированный тест Бентона).
11. Оценка и воспроизведение по инструкции простых ритмических структур.
12. Идентификация эмоционального состояния (выбор картинке с аналогичной эмоцией).
13. Воспроизведение речевых рядов (порядковый счет до десяти) в прямом и в обратном порядке.
14. Называние реальных изображений, в том числе низкочастотных слов.
15. Показ пар реальных изображений по слову-наименованию .
16. Понимание логико-грамматических отношений.
17. Запоминание 2 серий из 3 реальных изображений и выбор их из дистракторов.
18. Запоминание серии из 7 слов.
19. Составление рассказа по картинке и серии сюжетных картинок.
20. Пересказ текста с опорой на вопросы.
21. Проба на исключение понятий (четвертый лишний).
22. Проба на понимание аналогий.

Приложение А 3.3 Классификация общего недоразвития речи

Общее недоразвитие речи 1 уровня

Нарушение такой степени означает практически полное отсутствие речи у ребенка. В чем проявляется:

1. Активный словарь ребенка очень беден. Для общения он использует в основном лепетные слова, первые слоги слов, звукоподражания. При этом он вовсе не прочь пообщаться, но на «своем» языке. Кошка — это «мяу», «би-би» — может означать и машину, и поезд, и сам процесс езды.
2. Широко используются жесты и мимика. Они всегда уместны, несут конкретную смысловую нагрузку и, в общем, помогают ребенку в общении.
3. Простых предложений либо просто нет в речи ребенка, либо могут состоять из двух аморфных слов, объединенных по смыслу. «Мяу би-би» во время игры будет означать, что кошка поехала на машине. «Гав ди» — это и собака идет,⁴¹ и собака бежит.

4. При этом пассивный словарь заметно превышает активный. Ребенок понимает обращенную речь в значительно большем объеме, чем может сказать сам.
5. Сложные слова (состоящие из нескольких слогов) сокращаются. Например, автобус звучит как «абас» или «атобу». Это говорит о несформированности фонематического слуха, то есть ребенок плохо различает отдельные звуки.

Общее недоразвитие речи 2 уровня

Основным ярким отличием от 1 уровня становится постоянное присутствие в речи ребенка определенного количества общеупотребительных слов, хоть пока и не очень правильно произнесенных. При этом заметны зачатки формирования грамматической связи между словами, хотя еще непостоянные.

На что обратить внимание:

1. Ребенок всегда использует одно и то же слово, обозначающее конкретный предмет или действие в искаженном виде. К примеру, яблоко всегда будет звучать как «лябако» в любом контексте.
2. Активный словарь довольно беден. Ребенок не знает слов, обозначающих признаки предмета (форму, отдельные его части).
3. Нет навыка объединения предметов в группы (ложка, тарелка, кастрюля — это посуда). Предметы, близкие по каким-либо признакам, могут называться одним словом.
4. Звукопроизношение тоже сильно отстает. Ребенок плохо произносит многие звуки.
5. Характерным признаком ОНР 2 уровня становится появление в речи зачатков грамматического изменения произносимых слов в зависимости от числа. Однако ребенок справляется только с простыми словами и в том случае, если окончание находится под ударением (идет — идУт). Причем этот процесс нестойкий и проявляется не всегда.
6. Простые предложения активно используются в речи, но слова в них не согласованы между собой. Например, «папа питя» — папа пришел, «гуяй гокам» — гулял на горке и т. д.
7. Предлоги в речи могут быть пропущены совсем или использоваться неправильно.
8. Связный рассказ — по картинке или с помощью вопросов взрослого — уже получается, в отличие от состояния при 1 уровне ОНР, однако он очень ограничен. В основном ребенок использует двусложные несогласованные предложения из подлежащего и сказуемого. «Гуяй гокам. Видей сег. Ипий сегика.» (Гулял на горке, видел снег, лепил снеговика).
9. Нарушена слоговая структура многосложных слов. Как правило, слоги не только искажаются из-за неправильного произношения, но и переставляются местами, и просто выбрасываются. (Ботинки — «бокити», человек — «тевек»).

Общее недоразвитие речи 3 уровня

Данная стадия характеризуется в основном отставанием в плане грамматического и фонематического развития речи. Экспрессивная речь довольно активна, ребенок строит развернутые фразы и использует большой словарный запас.

1. Общение с окружающими в основном в присутствии родителей, которые выступают в качестве помощников-переводчиков.
2. Неустойчивое произношение звуков, которые ребенок научился произносить отдельно. В самостоятельной речи они все равно звучат пока нечетко.
3. Сложные для произнесения звуки заменяются другими. Труднее даются свистящие, шипящие, сонорные и аффрикаты. Один звук может заменять сразу несколько. Например, мягкий «с» нередко выступает в разных ролях («сянки» — санки, «сюба»

- «шуба», «сяпина» — «царапина»).
4. Активный словарный запас заметно расширяется. Однако ребенку пока не известна малоупотребительная лексика. Заметно, что в своей речи он использует в основном слова бытового значения, которые часто слышит вокруг.
 5. Грамматическая связь слов в предложениях, что называется, оставляет желать лучшего, но при этом ребенок уверенно подступает к построению сложносочиненных и сложноподчиненных конструкций. («Папа писёл и пйинесйа Мисе падаик, как Мися хаасе себя вей» — Папа пришел и принес Мише подарок, ТАК как Миша хорошо себя вел. Как мы видим, сложная конструкция уже «просится с языка», однако грамматическое согласование слов пока не дается).
 6. Из таких, не правильно оформленных предложений, ребенок уже может составить рассказ. Предложения будут пока еще описывать лишь конкретную последовательность действий, однако проблемы с построением фраз уже нет.
 7. Характерной чертой становится непостоянство грамматических ошибок. То есть в одном случае ребенок может правильно согласовать слова между собой, а в другом — употребить неправильную форму.
 8. Имеются сложности в правильном согласовании имен существительных с числительными. Например, «три кошкАМ» — три кошки, «много воробьи» — много воробьев.
 9. Отставание в формировании фонематических способностей проявляются в ошибках при произнесении «трудных» слов («гинасты» — гимнасты), в наличии проблем при анализе и синтезе (ребенок затрудняется подобрать слова, начинающиеся на конкретную букву). Это, помимо прочего, задерживает готовность ребенка к успешной учебе.

Общее недоразвитие речи 4 уровня

Этот уровень ОНР характеризуется лишь отдельными сложностями и ошибками. Однако, складываясь в общую картину, эти нарушения мешают ребенку овладеть навыками чтения и письма. Поэтому важно не упустить данное состояние и обратиться к логопеду, чтобы скорректировать ошибки.

Характерные признаки:

1. Проблема неправильного звукопроизношения отсутствует, звуки «поставлены», однако речь несколько невнятна, невыразительна и отличается нечеткой артикуляцией.
2. Периодически встречаются нарушения слоговой структуры слова, элизии (пропуск слогов — например, «моток» вместо «молоток»), замене одного звука другим, перестановке их местами.
3. Еще характерная ошибка — неправильное использование слов, означающих признак предмета. Ребенок не очень четко понимает значение таких слов. Например, «дом длинный» вместо «высокий», «мальчик короткий» вместо «низкий» и т. д.).
4. Затруднения вызывает также образование новых слов при помощи суффиксов. («зайцевый» вместо «заячий», «платенько» вместо «платице»).
5. Аграмматизмы встречаются, но не очень часто. В основном сложности могут вызывать согласования имен существительных с прилагательными («пишу синИМ ручкОМ») или при употреблении существительных во множественном числе именительного или родительного падежа («В зоопарке видели медведЕВ, птицЕВ»).

Важно отметить, что все нарушения, отличающие ОНР 4 уровня, встречаются у детей ⁴³ не часто. При этом, если ребенку предложить два варианта ответа, он выберет правильный, то есть присутствует критичность к речи, а формирование

грамматического строя приближается к необходимым нормам.

Приложение А 3.4 Основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста

Возраст	Речевые навыки
1-й год жизни	
1 месяц	Крик, кряхтение
1 – 3 месяца	Формирование гуления, появление «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций, «экспериментирование» с гласными звуками.
3 – 6 месяцев	Активное гуление, (отличающегося от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонаций), появление губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету.
6 – 9 месяцев	Активный лепет, усложнение и расширением объема движений губ, языка, мягкого неба, совершенствование функции дыхания, удлинение произвольный выдоха. Способность к регуляции громкости и тембра своего голоса, в зависимости от эмоционального состояния. Ситуационное понимание обращенной речи.
9 – 12 месяцев	Переход лепета в слоги, появление способности понимать и выполнять простые инструкции «дай», «на» (способность воспринимать функцию обращенной речи регулирующую поведение), первые односложные слова «ба-ба», «ма-ма».
2-ой год жизни	
1 год	Появление однословных предложений.
1 год 3 месяца	Увеличение запаса слов до 30.
1 год 6 месяцев	Увеличение запаса слов до 40-50, легко повторяет часто слышимые слова.
1,5 – 2 года	Появление фраз, двухсловных предложений.
2 года	Появление вопросов: «Что это?», «Куда?», «Где?»
2 года	Увеличение запаса слов до 200-300.
3-й год жизни	
2 года	Начинает пользоваться прилагательными, местоимениями и предлогами.
2 года	Появление трехсловных предложений.
2 года 6 месяцев	Появление многословных предложений.
2 года 6 месяцев – 3 года	Активная речь с использованием сложноподчиненных предложений, при этом могут сохраняться трудности звукопроизношения (свистящие, шипящие).
3 года	Запас слов до 800-1000. Появление вопросов: «Когда?», «Почему?»

Звукопроизношение. О произносительной стороне речи ребенка можно судить лишь тогда, когда у него накопится значительный запас слов. Время и порядок появления

звуков у разных детей неодинаковы. На третьем году жизни ребенок имеет право на неправильное звукопроизношение. Так, свистящие звуки (С, З, З', Ц), шипящие (Ш, Ж, Ч, Щ) и сонорные (Р, Р', Л) он обычно пропускает или заменяет (С-С'; З-З', В; Ц-Т'; Ш-С', Т'; Ж-С', Д'; Ч-Т'; Щ-Т'; Р-Л'; Р'-Л'; Л-Л') [5].

Приложение А 3.5 Речевая карта

Форма № 1

Утверждено Департаментом

образования г. Москвы

«27» июля 2010 г.

Образовательное учреждение _____

РЕЧЕВАЯ КАРТА

Дата заполнения «_»_201_г.

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____

1. Родители (законные представители) _____

1.1. Понимание обращенной к ребенку речи (импрессивная речь)

1.2. Характеристика экспрессивной речи (словарный запас, грамматический строй, звуковая сторона речи)

2. Социальное развитие

2.1. Контактность

2.2. Эмоциональная сфера

2.3. Средства общения (вербальные и невербальные)

2.4. Навыки самообслуживания

3. Познавательное развитие

3.1. Внимание

3.2. Познавательная активность и мотивация деятельности

3.3. Адекватность и характер деятельности (манипулятивной, предметной, предметно-игровой)

3.4. Запас знаний об окружающем мире

3.5. Сенсорное развитие

3.6. Зрительное восприятие

3.7. Слуховое восприятие

3.8. Восприятие пространственных отношений

4. Двигательное развитие

4.1. Развитие основных двигательных навыков и координаторной сферы

4.2. Сформированность целенаправленных движений (праксис)

5.Состояние артикуляционного аппарата

5.1.Строение артикуляционного аппарата

5.2.Двигательные функции артикуляционного аппарата

5.3.Речевое дыхание, голосообразование, просодика

6.Дополнительная информация

6.1.Особенности доречевого развития

6.2.Специфические особенности речи и речевого поведения

6.3.Особенности речевой среды, в которой воспитывается ребенок

6.4.Неврологический статус и состояние сенсорно-перцептивных органов и систем (зрение, слух, осязание и др.)

6.5.Сведения о настоящих и перенесенных заболеваниях

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИИ

Логопед _

Приложение А 3.6 Карта обследования у детей со специфическими расстройствами развития речи (авт. Аханькова Т.Е.)

Дата осмотра:

Осмотр врача психиатра

На приеме с матерью/отцом.

Фамилия имя ребенка:

Возраст – (г.р.)

Жалобы при поступлении (выбрать, дополнить): на отсутствие вербальных средств общения, не говорит, низкую речевую активность, эхолалии, малый словарный запас, нарушение звукопроизношения, аграмматизмы в речи, трудности усвоения школьных навыков (чтение, письмо), не достаточно понимает инструкции, отстает в психоречевом развитии.

Жалобы на особенности поведения – гиперактивность, пассивность, импульсивность двигательные стереотипии, трудности социальной адаптации, нарушение внимания.

Жалобы на смены настроения, агрессивность, аутоагрессию, (дополнить).

Наследственность: психические заболевания и речевые нарушения (отметить у кого и какие нарушения имеются), отрицаются.

Анамнез заболевания (выбрать, дополнить): На отставание в развитии речи родители стали обращать внимание с лет/родители не отмечали речевых трудностей у ребенка, им посоветовали обратиться к специалисту _____.

За помощью к врачу (неврологу) обратились в возрасте лет, поставлен диагноз: последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС/задержка психоречевого развития, задержка речевого развития / расстройство аутистического спектра, аутизм.

Наблюдаются у врача систематически/не регулярно.

Медикаментозную терапию не получали / регулярно получали, последний курс лечения -

Консультация логопеда в ... лет, даны рекомендации (какие). С логопедом занимаются с ... лет, раз в неделю, до н\времени. Отмечено улучшение в речевом и общем состояниях/без изменений.

С психологом, нейропсихологом не занимались / занимаются с лет.

Навыки самообслуживания сформированы по возрасту.

Навыки самообслуживания (выбрать, дополнить) сформированы частично. В настоящее время ребенок – раздевается и одевается частично. Умеет есть сам, но часто кормят взрослые. Не избирателен в еде/избирателен в еде, предпочитает есть жидкую, протертую пищу.

Опрятен, пользуется горшком / туалетом, но ночью спит в памперсах. Днем и ночью в памперсах. Со слов родителей (выбрать, дополнить) ребенок знает близких, эмоционально реагирует, вербально не обращается/обращается мама, папа.

Себя не обозначает, на вопрос «где Миша» - не показывает на себя/показывает на себя. На свое имя реагирует/не всегда реагирует/обращенную речь часто игнорирует.

В быту (выбрать, дополнить) – ориентирован, приносит чашку, садится на стул, инструкции выполняет избирательно .

Со слов родителя (выбрать, дополнить): Ребенок знает и чаще показывает части тела/не знает и не показывает части тела. Цвет и форму соотносит/цвет и форму не соотносит . Животных показывает на картинке/не показывает на картинке, оречевляет животных– мяу, авв, муу /не оречевляет животных (дополнить).

Указательные и коммуникативные жесты имеются и используются/отсутствуют, не используются. Коммуникативная форма речи недостаточно сформирована.

Со слов родителя (выбрать, дополнить) в речи чаще присутствует крик, визг, лепетные слова, слова – предложения, преобладает свой язык, простые фразы, эхолалии, трафатерная речь, слова, использует простую фразу.

Речевая подражательная функция сформирована/сформирована не достаточно.

Речевая активность низкая/достаточная/высокая/игру не комментирует.

Со слов родителя (выбрать, дополнить)- игровая деятельность ребенка чаще в виде манипулирования с предметами/стереотипная/ребенок любит играть в песок/с водой. Ролевые игры отсутствуют/в стадии формирования, книги не любит рассматривать/любит рассматривать.

Анамнез жизни. Семья состоит из __ человек, родители и ребенок; родители и __ детей.

Ребенок старший /средний/ младший из детей.

Отношения с сестрой __ лет/с братом __ лет, чаще доброжелательные, чаще конкурентные.

Со слов родителей (выбрать, дополнить)- Отношения в семье спокойные/с небольшими конфликтами/с частыми ссорами и конфликтами.

Родители в разводе __ лет. С отцом встречается редко /часто /еженедельно.

Ребенок проживает с мамой/мамой и отчимом, отношения с которым спокойные/хорошие/не очень хорошие.

Мать __ лет, образование - работает, не работает по профессии __

Себя характеризует как (выбрать, дополнить) – общительную, избирательно общительную, малообщительную.

Себя считает (выбрать, дополнить)- спокойной, сдержанной, эмоциональной, раздражительной, склонной к тревожным состояниям, ранимой, обидчивой, педантичной.

Отец __ лет, образование __, работает, не работает, по профессии –

Себя характеризует как (выбрать, дополнить) – общительного, избирательно общительного, малообщительного.

В семье чаще (выбрать, дополнить) - спокойный, уравновешенный, импульсивный, раздражительный, педантичный.

Со слов родителей (выбрать, дополнить)- Взгляды на воспитание у родителей чаще одинаковые /иногда разные/чаще разные.

Со слов родителей (выбрать, дополнить)-Ребенок от __ беременности; __ родов; в __ лет.

В 1 триместре беременность протекала физиологично.

В 1 триместре беременности: отмечался токсикоз легкой степени/средней степени/ тяжелой степени. Угроза выкидыша в __ нед/повышенный тонус матки в __ нед.

Проводилось лечение - амбулаторное/стационарное/дневной стационар.

В 2 триместре беременность протекала физиологично.

Во 2 триместре беременности (с 13 - 28 нед.) отмечался токсикоз легкой степени/средней степени /тяжелой степени. Угроза выкидыша в __ нед/повышенный тонус в __ нед.

Проводилось лечение - амбулаторное/стационарное/дневной стационар.

Во 3 триместре беременности была анемия/отеки/гистоз/большая прибавка в весе/повышенное пониженное артериальное давление. Проводилось лечение - амбулаторное/стационарное/дневной стационар.

Вся беременность протекала физиологично.

Роды 1 на . __ нед.

Роды вызваны/после осмотра/начались самостоятельно с отхождения вод/начались самостоятельно со схваток.

Дополнительно проводилась амниотомия/стимуляция/обезболивание/механическое выдавливание.

Длительность родов __ час. Вес ребенка __ Длина ребенка __ см.; ОША 8\9. К груди приложили на 1/2 сутки. Выписан на __ сутки, переведен в отделение __.

Роды 1 оперативные плановые /внеплановые по показаниям из-за слабости родовой деятельности. Вес ребенка __. Длина ребенка __ см.; ОША 8\9. К груди приложили на 1/2 сутки. Выписан на __ сутки, переведен в отделение-.

В раннем возрасте ребенок рос достаточно спокойным/не очень спокойным/беспокойным/отмечались нарушения сна.

Ребенок в настоящее время спит в своей кровати/часто ночью перебирается в кровать к родителям/спит в постели родителей.

Со слов родителя (выбрать, дополнить): ребенок держит голову с мес./сидит с мес./ползал - да, мало, нет/ самостоятельно пошел в мес.

Речевое развитие: Гуление с __ мес. Лепет с мес, активный/не активный. Первые слова с __ мес.

Простая фраза с __ мес. Развернутая фраза с __ лет. С __ возраста отмечался регресс речи. С __ лет появились отдельные слова. С __ до __ лет часто использовал жестовую речь.

Перенесенные заболевания: ОРВИ не часто/часто/отит/бронхит/обструктивный бронхит/ангина/ в\о/краснуха.

Профилактические прививки по возрасту/по индивидуальному графику.

ЧМТ и операций не было/ЗЧМТ в возрасте, лечение в стационаре/операция ___ в возрасте ____ . Судороги, снохождение, сноговорение отрицаются. Тиков, энуреза не было. Тики с ___ лет; Энурез до ___ лет.

Со слов родителя (выбрать, дополнить): ночное засыпание ребенка не затруднено/долго не засыпает. Режимные моменты в семье соблюдаются/соблюдаются не всегда/чаще не соблюдаются. Аппетит не нарушен/снижен/избирателен. Днем дома спит/чаще не спит с лет. Ночной сон спокойный/иногда беспокойный/плачет по ночам.

На учете у специалистов не состоит/состоит у ___ Аллергических реакций не отмечалось/поллиноз.

Ребенок начал посещать д\сад с ___ лет; адаптировался легко/не очень тяжело/ трудно/стал. часто болеть . В д\ саду предпочитает играть один /охотно общается с детьми.

Логопедические занятия в д\сад не проводятся /проводятся с ___ лет.

Кроме д\сада ребенок занимается танцами/гимнастикой/плаванием.

Со слов родителей ребенок по характеру - .

Эпидемиологический анамнез Отягощен/не отягощен. Контакты с инфекционными больными за последние 3 недели -. Выезды в эпидемиологически неблагополучные территории и другие страны -.

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых катаральных проявлений нет.

Психический статус. Отметить состояние сознания. При осмотре обратить внимание на внешний вид ребенка (опрятность, ухоженность), соответствие возрасту роста/весовых показателей/наличия стигм.

Описать особенности контакта и поведения ребенка в начале беседы (выбрать, дополнить) - спокойное/упорядоченное /желание уйти из кабинета/чрезмерная привязанность к матери/отказ от выполнения инструкций /расторженность /импульсивность /полевое поведение/пассивность/гиподинамия/смены психомоторного перевозбуждения и пассивности/отметить общую ловкость и координацию ребенка, походку/степень выраженности интереса к игрушкам. Отметить изменения поведения ребенка после периода адаптации (выбрать, дополнить) – стал спокойнее/активнее /частично выполняет инструкции/выполняет задания охотно /повысился интерес к игрушкам /сохраняется негативизм.

Ребенок самостоятельно выполняет задания /нужна незначительная помощь. Ребенок не может самостоятельно выполнять задание /нужна стимулирующая/организующая помощь (выбрать, дополнить). Мимика лица: живая/маловыразительная/однообразная/ невыразительная/маскообразная. Зрительный контакт: поддерживает/избегает/не стойкий /смотрит в сторону.

Контакт с ребенком продуктивен/малопродуктивен/непродуктивен/склонен к избеганию новых ситуаций/пресыщаем (добавить).

Настроение (выбрать, дополнить) - ровное/спокойное /лабильное/сниженное/повышенное.

Эмоциональные реакции (выбрать, дополнить) устойчивые/неустойчивые/живые/однообразные/раздражительность, тревожность, любознательность. Наличие агрессивных тенденций: нет/есть. Наличие аутоагрессивных тенденций: нет / есть Описать особенности внимания и памяти ребенка.

Оценить запас знаний ребенка: в пределах возрастной нормы/ ниже возрастной нормы.

Ребенок понимает обращенную речь (выбрать, дополнить) - в полном объеме/ограничено (в пределах ситуации)/понимает обращенную речь на бытовом уровне/выполняет речевые инструкции избирательно.

Речь ребенка состоит (выбрать, дополнить) - из осознанных и неосознанных элементов- визг, крик, причудливые звуков/нескольких лепетных и общеупотребительных слов, слов с нарушением звукопроизношения/использует в речи слова, имеющие значение предложений/в речи использует простую фразу/ в речи пользуется простой распространенной фразой с аграмматизмами. В речи ребенка (выбрать, дополнить) эхоталии /наличие речевых штампов/ речь без содержания , автономна.

Интонационная выразительность речи достаточная / не достаточная.

К речевой информации внимателен/не внимателен/к речи не прислушивается.

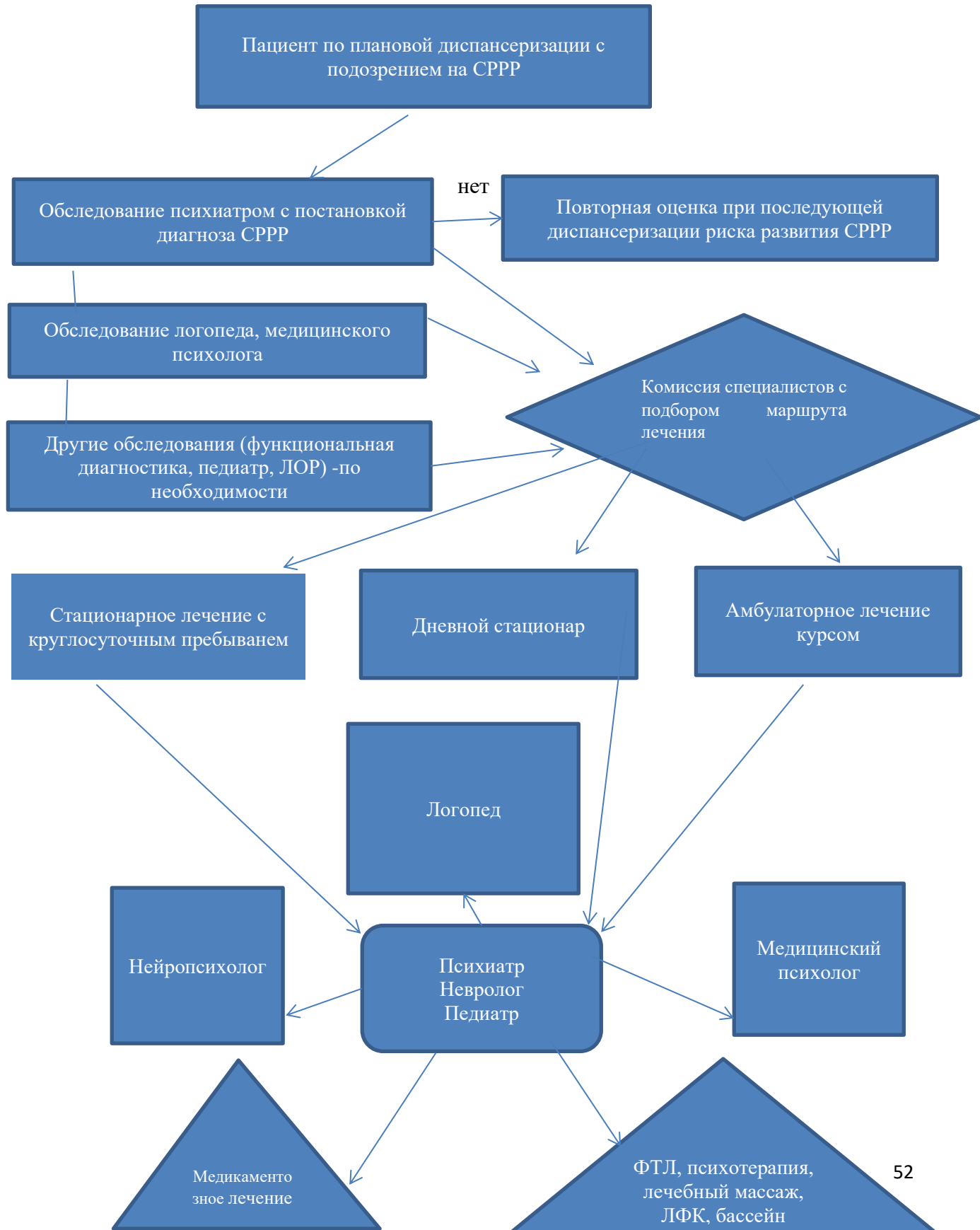
На основании жалоб, анамнеза, клинической картины заболевания, выставлен предварительный

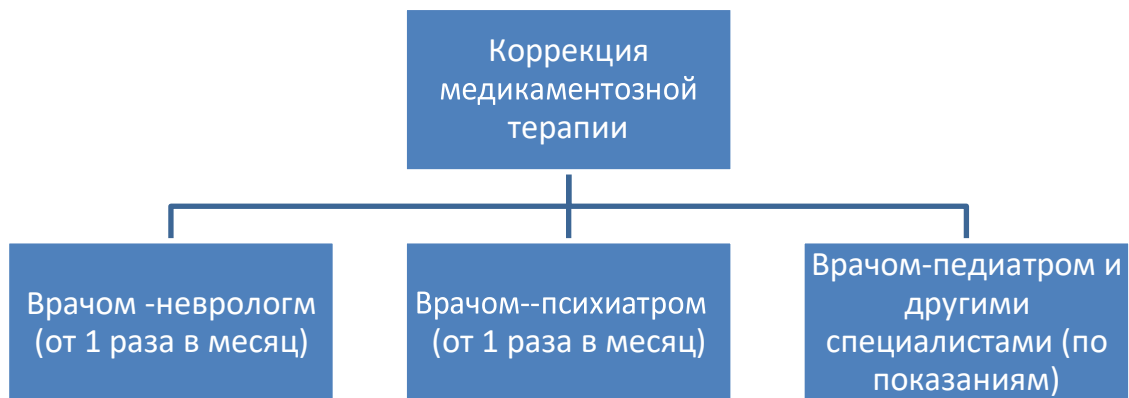
диагноз: Код МКБ 10.

План нейрореабилитации. (выбрать необходимое):

1. Наблюдение у психиатра \ невролога.
2. Индивидуальные/групповые занятия с логопедом.
3. Индивидуальные/групповые занятия с медицинским психологом/нейропсихологом.
4. Проведение психиатрического освидетельствования врачом психиатром, определение ведущего клинического синдрома, назначение по показаниям психофармакотерапии.
5. ЭЭГ.
6. ТКД.
7. Организация регулярных домашних развивающих занятия.
8. Семейная психотерапия.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача





Приложение В. Информация для пациента

Родителям или законным представителям пациента с расстройствами развития речи необходимо в доступной форме объяснить природу, проявления, способы диагностики и методы вмешательств при данной патологии.

Основное клиническое проявление речевых нарушений – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка. Не существует речевых расстройств без нарушений высших психических функций, у этих детей часто имеются трудности социальной адаптации, церебральной недостаточности. В возникновении речевых нарушений у детей большую роль играют ранние органические поражения мозга, сочетающиеся с неблагоприятными условиями воспитания и окружения ребенка. Анализ гендерных особенностей группы детей с речевой патологией, показывает преобладание в ее составе мальчиков. В некоторых случаях наследственные факторы имеют преобладающее значение.

Речь – это функция головного мозга и в формировании речи принимают участие многие структуры головного мозга. Овладение речью у всех детей происходит по-разному и в разные сроки. Это индивидуальный процесс, который зависит от многих факторов.

Выделяют три критических периода в развитии речевой функции

В первый критический период (возраст ребенка 14-18мес.) -формируются предпосылки речи, и начинается речевое развитие. **В этом возрасте происходит наиболее интенсивное развитие корковых речевых зон.** Даже незначительные неблагоприятные факторы, действующие в этом периоде, могут отразиться на развитии речи ребенка.

Второй критический период (3 года), - происходит интенсивное развитие связанной речи.

Третий критический период (6-7 лет) - начало развития письменной речи.

Для нормального становления речевой деятельности необходимы определенные условия психического развития. Прежде всего, необходимо, чтобы у ребенка:

- достигли определенной зрелости различные структуры головного мозга;
- правильно и координировано работали голосовые и дыхательные системы, органы артикуляции;
- были достаточно развиты слух и зрение, двигательные навыки, эмоции;
- формировать потребность в общении.

Современный интегративный подход к коррекции нарушенной речевой функции требует комплексного медико-психолого-педагогического воздействия, которое реализуется в различных направлениях:

восстановлении согласованности и координации всех звеньев речевой функциональной системы, формировании правильной техники речеобразования, а также в коррекции поведения и личности ребенка, Комплексный подход к преодолению речевых нарушений предполагает активное участие в нем родителей в реабилитационной программе.

Памятка для родителей.

Общее недоразвитие речи 1 уровня

Нарушение такой степени означает практически полное отсутствие речи у ребенка. В чем проявляется:

6. Активный словарь ребенка очень беден. Для общения он использует в основном лепетные слова, первые слоги слов, звукоподражания. При этом он вовсе не прочь пообщаться, но на «своем» языке. Кошка — это «мяу», «би-би» — может означать и машину, и поезд, и сам процесс езды.
7. Широко используются жесты и мимика. Они всегда уместны, несут конкретную смысловую нагрузку и, в общем, помогают ребенку в общении.
8. Простых предложений либо просто нет в речи ребенка, либо могут состоять из двух аморфных слов, объединенных по смыслу. «Мяу би-би» во время игры будет означать, что кошка поехала на машине. «Гав ди» — это и собака идет, и собака бежит.
9. При этом пассивный словарь заметно превышает активный. Ребенок понимает обращенную речь в значительно большем объеме, чем может сказать сам.
10. Сложные слова (состоящие из нескольких слогов) сокращаются. Например, автобус звучит как «абас» или «атобу». Это говорит о несформированности фонематического слуха, то есть ребенок плохо различает отдельные звуки.

Если при сохранном слухе и нормальном интеллекте к трём годам у ребёнка отсутствует фразовая речь или он использует неправильные предложения, можно говорить о системных нарушениях речи (в понимании, значении слов, их изменении, применении). Речь таких детей лучше развивается в процессе какой-либо деятельности, поэтому надо проводить совместные игры, привлекать малыша к труду по дому, читать ему простые по содержанию книги, давать комментарии всему, что видит и делает ребёнок. При общении с малышом надо использовать простые немногословные предложения, а слова для повторения должны употребляться в разных падежных формах. Малыша необходимо учить слышать, слушать, уметь различать на слух звуки речи. Малыш с лёгкостью научится различать многообразие звуков, если родители будут обращать на них его внимание и соблюдать определённую последовательность:

- звуки природы: шум ветра и дождя, шелест листьев, журчание воды и др.;
- звуки, которые издают животные и птицы: лай собаки, мяуканье кошки, карканье вороны, чириканье воробьев и гуление голубей, ржание лошади, мычание коровы, пение петуха, жужжание мухи или жука и т. д.;
- звуки, которые издают предметы и материалы: стук молотка, звон бокалов, скрип двери, жужжание пылесоса, тиканье часов, шуршание пакета, шорох пересыпаемой крупы, гороха, макарон и т. п.;
- транспортные шумы: сигналы автомобилей, стук колёс поезда, скрип тормозов, гудение самолёта и т. п.;
- звуки, которые издают различные звучащие игрушки: погремушки, свистульки, трещотки, пищалки;
- звуки детских музыкальных игрушек: колокольчик, барабан, бубен, дудочка, металлофон,

гармошка, пианино и др.

Родители должны быть готовы к длительной работе с такими детьми (занятия в логопедических детских садах, логопедических группах, реабилитационных центрах для детей, где можно получить комплексную помощь : помощь не только от логопеда, но и от психолога, медицинского психолога, специалистов ЛФК, массажа, логоритмики, врачей). В зависимости от тяжести речевого нарушения детей определяют в логопедические группы, детские сады на 3-4 года , т.е. с 3-х до 7 лет. Детям с общим недоразвитием речи (2,3 уровня) предлагают помощь в таких учреждениях на 2-3 года. Также возможна помощь в учреждениях здравоохранения с определенной периодичностью 1-2 раза в год в течение 12-30 дней [85].

Общее недоразвитие речи 2 уровня

Основным ярким отличием от 1 уровня становится постоянное присутствие в речи ребенка определенного количества общеупотребительных слов, хоть пока и не очень правильно произнесенных. При этом заметны зачатки формирования грамматической связи между словами, хотя еще непостоянные.

На что обратить внимание:

10. Ребенок всегда использует одно и то же слово, обозначающее конкретный предмет или действие в искаженном виде. К примеру, яблоко всегда будет звучать как «лябако» в любом контексте.
11. Активный словарь довольно беден. Ребенок не знает слов, обозначающих признаки предмета (форму, отдельные его части).
12. Нет навыка объединения предметов в группы (ложка, тарелка, кастрюля — это посуда). Предметы, близкие по каким-либо признакам, могут называться одним словом.
13. Звукопроизношение тоже сильно отстает. Ребенок плохо произносит многие звуки.
14. Характерным признаком ОНР 2 уровня становится появление в речи зачатков грамматического изменения произносимых слов в зависимости от числа. Однако ребенок справляется только с простыми словами и в том случае, если окончание находится под ударением (идет — идУт). Причем этот процесс нестойкий и проявляется не всегда.
15. Простые предложения активно используются в речи, но слова в них не согласованы между собой. Например, «папа питя» — папа пришел, «гуяй гокам» — гулял на горке и т. д.
16. Предлоги в речи могут быть пропущены совсем или использоваться неправильно.
17. Связный рассказ — по картинке или с помощью вопросов взрослого — уже получается, в отличие от состояния при 1 уровне ОНР, однако он очень ограничен. В основном ребенок использует двусложные несогласованные предложения из подлежащего и сказуемого. «Гуяй гокам. Видей сег. Ипий сегика.» (Гулял на горке, видел снег, лепил снеговика).
18. Нарушена слоговая структура многосложных слов. Как правило, слоги не только искажаются из-за неправильного произношения, но и переставляются местами, и просто выбрасываются. (Ботинки — «бокити», человек — «тевек»).

Если у четырёхлетнего малыша звукопроизношение значительно отстаёт от нормы, то есть в речи присутствуют многочисленные замены: вместо шипящих произносятся свистящие (*ш--с, ж--з, щ--с*), звук *р* заменяется на *л, л'* или *й*, замены твёрдых согласных

соответствующими мягкими, -- это свидетельствует о нарушении фонематического слуха и, соответственно, о необходимости проводить занятия с целью его развития.

Речь детей, страдающих алалией, развивается поздно, запас слов пополняется медленно, они не изменяют слова по числам, падежам, отсутствуют связки слов в предложении, поэтому в 7--8 лет ребёнок говорит как 2--3-летний малыш («Катя гуляет садик»). Им трудно даётся последовательность произнесения звуков, поэтому они плохо читают и плохо понимают прочитанное. У таких детей недостаточно развита как общая моторика (они малоподвижны, неловки, медлительны), так и движения пальцев рук.

При данном диагнозе очень эффективны занятия по логоритмике, упражнения на развитие тонко координированных движений рук (примеры таких заданий мы приводим далее). В работе с такими детьми должны принимать участие не только логопед, но и психолог, дефектолог, психиатр и другие специалисты (ЛФК, массаж).

Если же речь уже была сформирована, но оказалась утрачена из-за очагового поражения речевых зон головного мозга, то можно говорить ещё об одном речевом нарушении -- *афазии*. Даже очень тяжёлая форма этого нарушения проходит у детей сравнительно быстро, если устранена основная причина расстройства речи -- удалена опухоль мозга, рассосалось кровоизлияние после травмы и т. д.

Важной частью коррекционной работы с неговорящими детьми являются игры и упражнения, направленные на совершенствование движений органов артикуляционного аппарата, снятие их мышечной напряжённости, формирование умения чувствовать и контролировать их движения.

Общее недоразвитие речи 3 уровня

Данная стадия характеризуется в основном отставанием в плане грамматического и фонематического развития речи. Экспрессивная речь довольно активна, ребенок строит развернутые фразы и использует большой словарный запас.

10. Общение с окружающими в основном в присутствии родителей, которые выступают в качестве помощников-переводчиков.
11. Неустойчивое произношение звуков, которые ребенок научился произносить отдельно. В самостоятельной речи они все равно звучат пока нечетко.
12. Сложные для произнесения звуки заменяются другими. Труднее даются свистящие, шипящие, сонорные и аффрикаты. Один звук может заменять сразу несколько. Например, мягкий «с» нередко выступает в разных ролях («сянки» — санки, «сюба» — «шуба», «сяпина» — «царапина»).
13. Активный словарный запас заметно расширяется. Однако ребенку пока не известна малоупотребительная лексика. Заметно, что в своей речи он использует в основном слова бытового значения, которые часто слышит вокруг.
14. Грамматическая связь слов в предложениях, что называется, оставляет желать лучшего, но при этом ребенок уверенно подступает к построению сложносочиненных и сложноподчиненных конструкций. («Папа писёл и пйинесйа Мисе падаик, как Мися хаасе себя вей» — Папа пришел и принес Мише подарок, ТАК как Миша хорошо себя вел. Как мы видим, сложная конструкция уже «просится с языка», однако грамматическое согласование слов пока не дается).
15. Из таких, не правильно оформленных предложений, ребенок уже может составить рассказ. Предложения будут пока еще описывать лишь конкретную последовательность действий, однако проблемы с построением фраз уже нет.
16. Характерной чертой становится непостоянство грамматических ошибок. То есть в одном случае ребенок может правильно согласовать слова между собой, а в другом — употребить неправильную форму.

17. Имеются сложности в правильном согласовании имен существительных с числительными. Например, «три кошкАМ» — три кошки, «много воробьи» — много воробьев.
18. Отставание в формировании фонематических способностей проявляются в ошибках при произнесении «трудных» слов («гинасты» — гимнасты), в наличии проблем при анализе и синтезе (ребенок затрудняется подобрать слова, начинающиеся на конкретную букву). Это, помимо прочего, задерживает готовность ребенка к успешной учебе.

Также может отмечаться искажённое произношение отдельных согласных звуков: *р* горловое; *р* одноударное (то есть произносимое без вибрации кончика языка); *л* двугубное, похожее на английское *w*; свистящие звуки *с*, *з*, *ц*, произносимые с просовыванием кончика языка между зубами.

Эти дефекты речи не являются возрастными и сами по себе не исчезнут, поэтому родителям не надо откладывать их исправление на более поздние сроки, чтобы не закреплять в речи неправильное произношение. Для постановки звука следует обратиться к специалисту, а помочь ребёнку выработать умение употреблять поставленный звук могут и сами родители. Первое время малыш в одних словах может произносить звук так, как надо, а в других -- по-прежнему заменять его. Роль взрослых -- поправлять малыша и просить повторить слово верно. При закреплении звука используются те слова, которые ребёнок произносит правильно. К пятилетнему возрасту неразвитая связная речь, низкая речевая активность, отсутствие любознательности, бедный словарный запас могут говорить о задержке психического развития (ЗПР).

Общее недоразвитие речи 4 уровня

Этот уровень ОНР характеризуется лишь отдельными сложностями и ошибками. Однако, складываясь в общую картину, эти нарушения мешают ребенку овладевать навыками чтения и письма. Поэтому важно не упустить данное состояние и обратиться к логопеду, чтобы скорректировать ошибки.

Характерные признаки:

6. Проблема неправильного звукопроизношения отсутствует, звуки «поставлены», однако речь несколько невнятна, невыразительна и отличается нечеткой артикуляцией.
7. Периодически встречаются нарушения слоговой структуры слова, элизии (пропуск слогов — например, «моток» вместо «молоток»), замене одного звука другим, перестановке их местами.
8. Еще характерная ошибка — неправильное использование слов, означающих признак предмета. Ребенок не очень четко понимает значение таких слов. Например, «дом длинный» вместо «высокий», «мальчик короткий» вместо «низкий» и т. д.).
9. Затруднения вызывает также образование новых слов при помощи суффиксов. («зайцевый» вместо «заячий», «платенько» вместо «платице»).
10. Аграмматизмы встречаются, но не очень часто. В основном сложности могут вызывать согласования имен существительных с прилагательными («пишу синИМ ручкОМ») или при употреблении существительных во множественном числе именительного или родительного падежа («В зоопарке видели медведЕВ, птицЕВ»). Важно отметить, что все нарушения, отличающие ОНР 4 уровня, встречаются у детей не часто. При этом, если ребенку предложить два варианта ответа, он выберет правильный, то есть присутствует критичность к речи, а формирование грамматического строя

приближается к необходимым нормам.

В настоящее время расстройства речи изучены очень хорошо и многие из них успешно исправляются. Главное -- надо вовремя обратиться к специалисту, чтобы своевременно диагностировать их и понять: нарушение речи является единственной проблемой или это следствие других серьезных заболеваний (аутизма, нарушения слуха, работы центральной нервной системы, отклонения в интеллектуальном развитии и т. д.). Помощь ребенку с речевым нарушением это системный подход, который требует комплексности, регулярности. Благодаря своевременной коррекционной работе, есть возможность подготовить ребенка к школе и предупредить последствия, которые могут возникнуть (дисграфия, дислексия и др.) [64].

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1.

Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста

«The MacArthur Communicative Development Inventory» (MacArthur CDI)

<http://ontolingva.ru/opros.htm>

Адаптирован кафедрой детской речи РГПУ им. А.И. Герцена 2002.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

Назначение: оценка коммуникативного и речевого развития детей раннего возраста (1-3 лет).

Содержание:

ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ОПРОСНИКА СОВЕТУЕМ:

- Прежде чем заполнять опросник, понаблюдайте несколько дней за Вашим ребенком.
- Внимательно читайте инструкции.
- Не беспокойтесь, если Ваш малыш чего-то не говорит: у каждого ребенка свой путь речевого и коммуникативного развития.

Информация о ребенке:	Данные заполняющего опросник:
-----------------------	-------------------------------

Фамилия, имя:	Фамилия, имя, отчество:
Дата рождения (число, месяц, год – цифрами):	Образование, специальность:
Возраст на момент заполнения опросника (учитывайте число полных месяцев: если ребенку 1 год 3 мес. 29 дней, пишете – 1,3)	
Посещает ли ребенок какое-нибудь дошкольное учреждение?	Телефон:
Есть ли у Вашего ребенка серьезные заболевания? Какие?	

Дата заполнения _____

КАК ЗАПОЛНЯТЬ ОПРОСНИК: Ваш ответ на вопрос – ДА

Ваш ответ на вопрос – НЕТ

Если в речи ребенка есть слова, не включенные в список, впишите их в свободные клетки таблиц.

ПЕРВЫЕ СЛОВА А.

Первые признаки понимания

1) Реагирует, когда вы зовете его (называете его имя), напр., замирает и смотрит на источник звука.	
2) Реагирует на “нельзя!” – приостанавливается, прислушивается, хотя бы на мгновение	
3) Реагирует на фразу “Где мама /папа?” – оглядывается, ищет взглядом.	

Б. Понимание фраз

1. Брось мячик. Кидай (маме, мне) мячик	
2. Возьми. На.	
3. Дай (шарик, куклу и т.д.) маме.	
4. Вставай.	
5. Выплюнь.	
6. Еще? (Хочешь еще? Дать тебе еще?)	
7. Иди ко мне (к маме, сюда и т.д.).	

8. Ай-яй-яй (упрек).	
9. Нельзя.	
10. Позови (маму, папу и т.д.).	
11. Обними (маму, папу, куклу и т.д.).	
12. Открой ротик.	
13. Пожалей (маму, папу, куклу и т.д.).	
14. Помаши (маме, папе, дяде и т.д.) ручкой.	
15. Пока-пока. До свидания	
16. Посмотри. Смотри	
17. Поцелуй (маму, папу, куклу и т.д.).	
18. Садись. Сядь.	
19. Спать пора. Пора баиньки. В кроватку.	
20. Тише. (Тс-с-с. Тихо-тихо.)	
21. Ты устал?	
22. Хлопай в ладошки. (Ладушки. Хлоп-хлоп).	
23. Хорошая девочка/мальчик. Пай мальчик/девочка.	
24. Хочешь гулять? Гулять пойдем?	
25. Хочешь кушать (есть, ам-ам)?	
26. Ах ты, поросенок (свинка, хрюша)!	

В. Ребенок начинает говорить

	никогда	иногда	часто
1. Ваш ребенок любит “попугайничать”, т.е. повторять за взрослым слова или часть фразы, которые только что услышал. Например, ребенок повторяет “на работу” после того, как мать сказала: “Мама идет на работу”.			
2. Вашему ребенку нравится показывать и называть окружающие предметы. Он как будто гордится знанием названий и хочет продемонстрировать его.			

Г. Первые слова ребенка.

Слова, которые малыш только **понимает**, но еще **не говорит**, отметьте галочкой в первой колонке (**ПОНИМАЕТ**).

Во второй колонке (**ГОВОРИТ**) отметьте, произносит ли ребенок самостоятельно указанные слова (а не повторяет за Вами). Укажите, если можете, **как** ребенок произносит слово. Если это Вас затрудняет, просто поставьте знак √.

(Если в одной графе даны два слова, отмечайте ее и в том случае, когда ребенок произносит только одно из них.)

1. Звукоподражания

слово	значение	понимае т	говори т	слово	значени е	понимае т	говори т
1. а-а-а	качать; качаться			20. кукарек у	о петухе		
2. ав	о собаке			21. ля- ля-ля	петь		
3. алё	о телефоне			22. ме	о козе		
4. ам-ам, ням-ням	есть			23. му	о корове		
5. бе	о баране, овечке			24. мяу	о кошке		
6. биби	о машине			25. пи- пи	о мышке, о цыпленк е		
7. бл-бл	об индюке			26. прыг	прыгать		
8. брр, ввв и т.п.	о машине			27. ррр	о медведе; льве и др		
9. бух ,бах, бам	падать			28. тик- так	о часах		
10. га-га	о гусях			29. топ- топ	идти, ходить		
11. динь- динь звенеть,	о колокольчи ке			30. тсс	Тише!		
12. жж	о насекомых			31. тук- тук	стучать; стучатьс я		

13. иа	об ослике			32. ту- ту, чухчух	о поезде, паровозе		
14. иго- го, цокающи й звук	о коне, лошади			33. уу	о волке		
15. кап- кап	о дожде, воде			34. фу	о горячем; о запретно м		
16. кар	о вороне			35. хрр, хрю	о свинке		
17. ква	о лягушке			36. чик	включит ь		
18. ко-ко	о курице			37. шш	о змее		
19. кря	об утке						

Заполняя опросник дальше, отмечайте слово и в том случае, если его произношение отличается от указанного в опроснике, например, ребенок говорит не *ягода*, а *яга*, не *кошка*, а *киса*, не *рыба*, а *рыбка* («ипка»), не *кукла*, а *ляля*, не *спать*, а *бай*, не *звери*, а *зверь* («вей») и т.п. Исключайте лишь звукоподражания, которые уже были отмечены вами выше (например, если ребенок не говорит слово *собака*, а называет собаку *ав* или *ава*, нужно пропустить этот пункт).

1. Животные (реальные или игрушечные)

Слово	понимает	говорит	Слово	понимает	говорит
1. бабочка			19. лошадь/ конь		
2. баран/ овечка			20. лягушка		
3. белка			21. медведь		
4. волк			22. муха		
5. ворона			23. мышка		
6. гусь			24. обезьяна		
7. ёж			25. петух		

8. жираф			26. поросенок/ свинка		
9. жук			27. птичка		
10. заяц			28. рыба		
11. змея			29. слон		
12. кенгуру			30. собака		
13. коза			31. сова		
14. корова			32. тигр		
15. кошка			33. утка		
16. курочка			34. черепаха		
17. лев					
18. лиса					

3. Транспорт

1. автобус			7. поезд		
2. велосипед			8. самолет		
3. грузовик			9. трактор		
4. коляска					
5. машина					
6. паровоз					

4. Игрушки, книжки и т.п

1. ведро			5. кубики		
2. игрушка			6. кукла		
3. карандаш / ручка			7. лопатка / совок		
4. книга			8. мяч		

5. Еда

1. апельсин			18. огурец		
2. банан			19. печенье		
3. булка			20. помидор		
4. груша			21. рыба		
5. вода			22. сок		
6. йогурт			23. сосиска		
7. капуста			24. суп		
8. картошка			25. сыр		
9. каша			26. творог		
10. кефир			27. хлеб		
11. компот			28. чай		
12. конфета			29. яблоко		
13. макароны			30. ягода		
14. масло			31. яйцо		
15. молоко					
16. морковь					
17. мясо					

11. Одежда и обувь

1. босоножки			11. платье		
2. ботинки			12. пуговица		
3. варежки/ рукавицы			13. рубашка		
4. колготки			14. сапоги		
5. комбинезон			15. тапки		
6. кофта			16. трусы		
7. куртка			17. туфли		
8. нагрудник			18. шапка		
9. носки			19. шарф		
10. памперс			20. штаны		

7. Части тела

1. волосы			9. палец		
2. глазки			10. пупок		
3. голова			11. рот		
4. живот			12. рука		
5. зубы			13. ушки		
6. лицо			14. шея		
7. нога			15. щека		
8. нос			16. язык		

8. Квартира, мебель

1. ванна			11. кровать		
2. дверь			12. кухня		
3. диван			13. лестница		
4. душ			14. лифт		
5. зеркало			15. окно		
6. ковер			16. пол		
7. комната			17. стол		
8. коридор			18. стул		
9. кран			19. ступеньки		
10. кресло			20. туалет		

9. Дома: утварь, бытовые предметы, техника

1. банка			23. ножницы		
2. бумага			24. одеяло (носовой)		
3. бутылочка			25. платок		
4. веник			26. подушка		
5. вилка			27. полотенце		
6. гвоздь			28. радио		
7. горшок			29. расческа		

8. деньги			30. свет		
9. картинка			31. совок (для мусора)		
10. кастрюля			32. соска		
11. ключи			33. таз		
12. коробка			34. тарелка		
13. кружка			35. телевизор		
14. лампа			36. телефон		
15. лекарство/ таблетка			37. тряпка		
16. ложка			38. фотоаппарат		
17. магнитофон			39. холодильник		
18. молоток			40. чайник		
19. монетка			41. часы		
20. мусор			42. чашка		
21. мыло			43. зеркало		
22. нож					

19. На улице, в парке, на даче. Места, где бывает ребенок

1. ветер			15. мороз		
2. грязь			16. небо		
3. двор			17. горка		
4. дерево			18. палка		
5. дождь			19. парк		
6. дом			20. песок		
7. елка			21. работа		
8. звезда			22. снег		
9. зоопарк			23. солнце		
10. камень			24. трава		
11. качели			25. улица		

12. лужа			26. цветы		
13. луна			27. церковь		
14. магазин					

11. Люди

1. мама			13. тетя		
2. папа			14. доктор/ врач		
3. бабушка			15. имя ребенка		
4. дедушка			16. имя папы		
5. брат /имя брата			17. имя мамы		
6. сестра/имя сестры			18. имена знакомых детей		
7. няня			19. клички домашних животных		
8. девочка			20. люди		
9. мальчик			21. человек		
10. малыш					
11. дети					
12. дядя					

12. Этикетные и игровые слова

1. ай-я-яй			10. нет		
2. брысь/кыш			11. нельзя		
3. пока			12. можно		
4. привет			13. спасибо		
5. на (возьми)			14. ку-ку		

6. надо, нужно			15. тю-тю		
7. не буду			16. вот так!		
8. не хочу			17. кто там?		
9. да					

Ниже приводится список глаголов. Форма, в которой используется глагол, не имеет значения (если, например, ребенок говорит не включить, а включи или включу, глагол все равно отмечается).

1. бегать, бежать			27. кушать		
2. бояться			28. лежать		
3. брать/взять			29. любить		
4. бросать			30. мыть, мыться		
5. включать			31. принести		
6. вставать			32. обнять		
7. вытирать			33. одеть		
8. гулять			34. открыть		
9. дать			35. писать		
10. делать			36. падать		
11. дуть			37. петь		
12. есть			38. пить		
13. ездить, ехать			39. плакать		
14. закрыть			40. подметать		
15. залезть			41. показать		
16. играть			42. положить		
17. идти			43. прыгать		
18. искать			44. прятать, прятаться		
19. катать			45. сидеть		

20. катать, кататься			46. слушать, слышать		
21. качать, качаться			47. смотреть		
22. класть			48. снимать		
23. копать			49. собирать		
24. кормить			50. спать		
25. купать, купаться			51. стоять		
26. кусать, кусаться			52. танцевать		
			53. хлопать		
			54. хотеть		
			55. ходить		
			56. целовать		
			57. читать		

14. Признаки

Какой?			23. красный		
1. большой			24. оранжевый		
2. вкусный			25. синий		
3. голодный			26. черный		
4. голый			Как?		
5. горячий			27. больно		
6. громкий			28. быстро		
7. грязный			29. вкусно		
8. игрушечный			30. горячо		
9. красивый			31. громко		
10. маленький			32. грязно		

11. мокрый			33. красиво		
12. плохой			34. мокро		
13. сладкий			35. осторожно		
14. страшный			36. плохо		
15. теплый			37. сладко		
16. тяжелый			38. темно		
17. холодный			39. тепло		
18. хороший			40. тихо/тише		
19. чистый			41. тяжело		
20. белый			42. холодно		
21. желтый			43. хорошо		
22. зеленый			44. чисто		

15. Время

1. днем			6. поздно/позже		
2. ночью			7. рано		
3. утром			8. потом		
4. завтра			9. сейчас		
5. вчера					

16. Местоимения

1. мне, меня			7. сам/ сама		
2. мой, моя			8. твой		
3. мы			9. тебе		
4. наш			10. это, этот, эти		
5. он			11.я		
6. она					

17. Вопросы

1. где?			4. куда?		
2. какой?			5. чей?		
3. кто?			6. что?		

18. Местонахождение

1. в (напр., в ведро)			7. к (напр., к маме)		
2. вверх/вверху/наверх/наверху			8. на (напр., на столе)		
3. вниз/внизу			9. под (напр., под стулом)		
4. вот			10. там		
5. домой			11. туда		
6. здесь			12. тут		

19. Количество

1. все			4. другой		
2. всё (=нет, кончилось)			5. нет		
3. еще			6. хватит		

II. ДЕЙСТВИЯ И ЖЕСТЫ РЕБЕНКА

А. Первые коммуникативные жесты

Ваш ребенок использует эти жесты:

1) Жест “ПОСМОТРИ, ЧТО У МЕНЯ ЕСТЬ”.		7) Жест “ДАЙ-ДАЙ”.	
Вытягивает руку вперед и показывает, что он держит.		Ребенок просит что-нибудь, протягивая руки вперед и делая хватательный жест (сжимая и разжимая ладони).	

2) Жест “НА, ВОЗЬМИ”. Протягивает руку и дает Вам предмет, который он держит в руке.		8) Посылает воздушный поцелуй.	
3) УКАЗАТЕЛЬНЫЙ жест. Указывает (рукой или пальцем) на интересующий объект.		9) Причмокивает губами в значении “ВКУСНО”.	
4) Жест “ДО СВИДАНИЯ”. Когда кто-нибудь уходит, самостоятельно машет рукой .		10) Жест “ВСЁ КОНЧИЛОСЬ, НИЧЕГО НЕТ, ТЮ-ТЮ”. Разводит руки в стороны.	
5) Качает головой в смысле “НЕТ”.		11) Жест “НЕЛЬЗЯ, АЙ-Я-ЯЙ”. Грозит пальчиком.	
6) Кивает головой в смысле “ДА”.		12) Кивает головой в смысле “СПАСИБО”.	

Б. Игры и потешки.

ВАШ РЕБЕНОК ИГРАЕТ

1. Играет с Вами в прятки (“ку-ку”) - закрывает лицо руками или тряпочкой, а потом выглядывает.		5. Танцует.	
2. Исчезновение предмета (Нету кисы, тю-тю)		6. Играет в “Ладушки”.	
3. Играет с Вами в “догоню-догоню”		7. Играет в “Сороку-ворону”	
4. Поет.			

В. Действия с предметами.

ВАШ РЕБЕНОК ДЕЛАЕТ ИЛИ ПЫТАЕТСЯ ДЕЛАТЬ ЭТО

1. Ест при помощи ложки или вилки.		9. Кладет голову на руку, закрывает глаза и изображает спящего.	
2. Пьет из чашки.		10. Дует на что-либо горячее.	

3. Причесывается.		11. Держит игрушечный самолет и заставляет его 'летать'.	
4. Чистит зубы.		12. Прикладывает телефонную трубку к уху.	
5. Вытирает лицо или руки полотенцем или салфеткой.		13. Нюхает цветы.	
6. Надевает шапочку.		14. Возит игрушечную коляску или машину.	
7. Надевает ботинок или носок.		15. Бросает мячик.	
8. Надевает бусы, браслет или наручные часы.			

Г. Подражание родителям

ВАШ РЕБЕНОК ДЕЛАЕТ ЭТО С ИГРУШКАМИ.

1. Укладывает игрушки "спать" на кровать.		7. Пытается одевать кукол.	
2. Укрывает одеялом.		8. Обнимает и целует.	
3. Кормит из бутылочки.		9. Разговаривает с ними.	
4. Кормит ложкой.		10. Пеленает.	
5. Расчесывает куклам волосы.		11. Катает в коляске.	
6. Укачивает их.		12. Шлепает	

Д. Имитация действий взрослых (с настоящими или игрушечными предметами) ВАШ РЕБЕНОК ДЕЛАЕТ ИЛИ ПЫТАЕТСЯ ДЕЛАТЬ ЭТО.

1. Подметает пол метлой или шваброй.		8. Играет на музыкальных инструментах	
2. Вставляет ключ в замок.		9. Водит машину.	
3. Заколачивает гвозди молотком.		10. Моет посуду.	

4. Печатает на машинке, компьютере.		11. Вытирает пыль.	
5. “Читает”. Открывает книгу и листает страницы.		12. Пишет (рисует) ручкой, карандашом или фломастером.	
6. Пылесосит.		13. Копает лопаткой, совком.	
7. Поливает цветы.		14. Надевает очки	

Е. Использование предметов понарошку.

1. Переливает воображаемую жидкость из одной емкости в другую.	
2. Понарошку мешает что-то в кастрюле или чашке.	
3. Во время игры Ваш ребенок иногда использует один предмет вместо другого. Например, он может “кормить” игрушечного мишку кубиком вместо яблока или использовать карандаш вместо градусника. Кратко опишите несколько таких ситуаций:	

Ключ (интерпретация):

Диагностика лексического развития детей от 8 до 18 мес.

3.1. Оценка пассивного словаря.

Предложите родителям заполнить опросник «Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста: слова и жесты», подсчитайте количество слов в графе «Понимает». В таблицах 1 и 2 в соответствии с полом ребенка выберите подходящую графу в горизонтальной строке «Возраст». Найдите наиболее близкое к полученному количество слов в одной из вертикальных граф, отражающих процентилю от 5 до 99-й, и проанализируйте пассивный лексикон ребенка. Медиана (50-я процентиля) для девочек в 12 мес. — 103 слова. Показатели выше медианы свидетельствуют о более высоком уровне речевого развития; показатели ниже медианы — о более низком уровне, но отнюдь не об отставании. Границей нормы лексического развития в США принято считать 10-ю процентилю, в России — 15-ю. Значит, если годовалая девочка понимает 32 (или меньше) слов, можно начать беспокоиться, если 20 — есть отставание, если 12 — задержка лексического развития. Для девочек 17 мес. медианой является понимание 236 слов,

основанием для беспокойства — понимание только 141 слова, отставанием — 111 слов, задержкой — 68. У мальчиков медиана в возрасте одного года почти та же, что и у девочек (106 слов), но в группу «беспокойства» и группу риска попадают мальчики с лучшим пассивным лексиконом, чем девочки этого же возраста (понимают 42 слова — 15-я процентиль; 32 слова — 10-я процентиль; 15 слов — 5-я). У мальчиков 17 мес. нормой является понимание 224 слов, основанием для беспокойства — понимание 137 слов, некоторым отставанием — 114 слов, задержкой — 84. Как видим, понимание речи в раннем возрасте у мальчиков и девочек примерно одинаково, а в группе риска оказываются девочки с более низкими показателями, чем мальчики. На приведенных графиках (рис. 1, 2) наглядно представлены данные по основным процентилям.

Таблица 1. Оценки процентилей для понимаемых слов (девочки)

% -ль	Возраст (мес.)									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
99	168	197	227	255	281	303	322	338	351	360
95	158	185	213	240	265	288	308	325	340	351
90	118	144	171	199	227	253	278	300	318	334
85	103	125	149	175	201	227	252	276	296	314
80	87	106	128	153	178	205	231	256	278	299
75	80	98	118	141	165	191	216	241	265	286
70	71	88	108	130	154	179	206	231	256	279
65	57	72	90	111	135	161	188	216	243	268
60	51	65	81	101	123	148	175	202	229	255
55	43	56	71	89	111	135	162	190	218	245
50	39	51	65	83	103	127	153	180	209	236
45	35	46	59	76	96	118	144	172	201	229
40	26	36	48	63	83	106	133	163	195	227
35	25	33	44	58	76	97	121	149	179	210
30	21	29	38	51	67	87	110	137	167	198
25	17	23	31	41	55	73	94	119	148	179
20	12	17	23	32	44	59	79	103	132	163
15	8	11	16	22	32	44	61	83	110	141
10	4	6	9	14	20	29	42	59	82	111

5	3	4	6	8	12	17	25	35	49	68
---	---	---	---	---	-----------	----	----	----	----	-----------

Таблица 2. Оценки процентилей для понимаемых слов (мальчики)

% -ль	Возраст (мес.)									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
99	136	160	186	211	237	260	282	302	319	333
95	125	148	171	196	220	244	267	287	305	321
90	103	123	145	169	194	219	243	266	286	305
85	92	111	132	155	180	205	229	253	274	294
80	79	96	116	139	163	188	213	238	261	282
75	73	90	109	130	153	177	202	227	251	273
70	66	81	99	119	141	164	189	214	238	261
65	60	74	91	109	130	153	178	202	227	250
60	56	69	85	103	123	145	169	193	218	242
55	53	65	79	96	115	136	159	183	207	231
50	46	57	71	87	106	127	150	174	199	224
45	40	51	64	79	97	118	141	166	191	217
40	32	41	53	68	85	106	130	156	184	212
35	27	35	46	59	75	94	116	141	168	196
30	22	29	38	50	64	82	104	128	155	184
25	18	24	32	42	55	71	91	114	141	170
20	15	20	27	36	48	62	80	101	126	153
15	13	18	24	32	42	54	70	89	112	137
10	10	13	18	24	32	42	55	72	91	114
5	3	5	7	11	15	22	31	44	61	84

Рис. 1. Оценки процентилей для понимаемых слов (девочки)

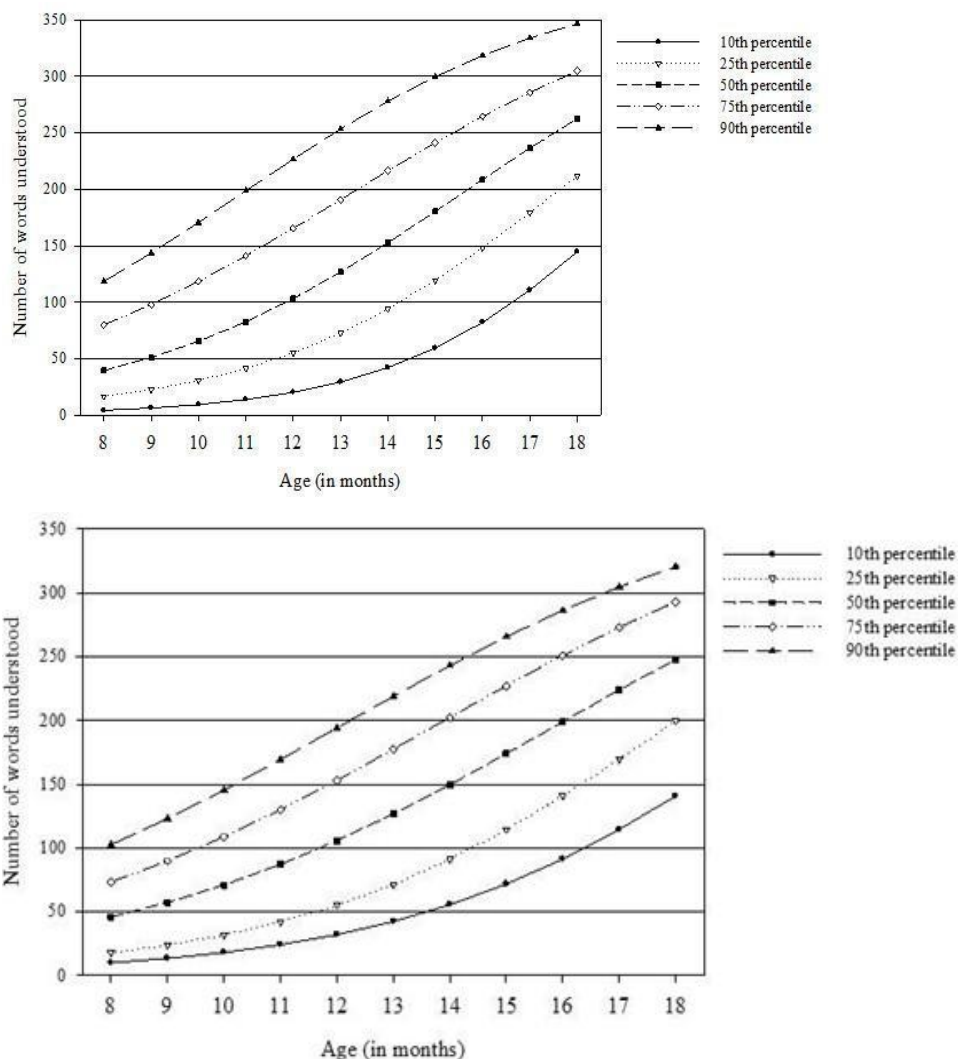


Рис. 2. Оценки процентилей для понимаемых слов (мальчики)

3.2. Оценка активного лексикона.

Предложите родителям заполнить опросник «Тест речевого и коммуникативного развития ребенка: слова и жесты», подсчитайте количество слов в графе «Понимает и говорит». В таблицах 3 и 4 (см. ниже) в соответствии с полом ребенка выберите подходящую графу в горизонтальной строке «Возраст». Найдите наиболее близкое к полученному количество слов в одной из вертикальных граф, отражающих проценти от 5 до 99-й, и проанализируйте активный словарь ребенка. Например, если ребенок (неважно, какого пола) в возрасте года произносит 3 слова, его лексическое развитие следует отнести к медиане (по сути — к среднему возрастному уровню). Показатели выше медианы свидетельствуют о более высоком уровне речевого развития. Если ребенок в 11 мес. не произносит ни одного слова, не следует беспокоиться, но к году даже у детей 20-й

процентилю появляется по одному слову, следовательно, полное отсутствие продуктивной речи — симптом риска (хотя словами начального лексикона являются не только нормативные слова взрослого языка (естественно, нередко с искаженной звуковой оболочкой), но и звукоподражательные слова «языка нянь»; в расчетах норм звукоподражания не учитывались). В 17 мес. отсутствие 6 слов у девочек и 4 у мальчиков является основанием для беспокойства, 4 слов у девочек и 1 слова у мальчиков — отставанием, а значительной задержкой лексического развития является наличие только 1 слова у девочек и ни одного — у мальчиков. Медиана у девочек в 17 мес. — 23 слова, у мальчиков — 19.

Таблица 3. Оценки процентилю для произносимых слов (девочки)

% -ль	Возраст (мес.)									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
99	7	11	19	31	50	77	116	163	215	264
95	7	10	16	25	38	57	83	117	158	202
90	5	7	10	15	21	31	43	60	81	108
85	4	6	8	11	16	23	33	46	63	85
80	3	5	6	9	12	17	23	32	43	58
75	2	3	5	7	9	13	18	24	33	45
70	2	3	4	5	8	11	15	20	28	38
65	1	1	2	3	5	7	11	17	26	38
60	1	1	2	3	4	7	10	15	23	35
55	1	1	2	3	4	6	9	13	20	29
50	1	1	1	2	3	5	7	11	16	23
45	1	1	1	2	3	4	7	10	15	22
40	0	0	1	1	2	3	5	8	12	20
35	0	0	1	1	2	3	4	6	10	16
30	0	0	0	1	1	2	3	5	9	14
25	0	0	0	1	1	1	2	4	7	12
20	0	0	0	0	1	1	2	3	5	10
15	0	0	0	0	0	1	1	2	4	6
10	0	0	0	0	0	1	1	1	2	4
5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	

Таблица 4. Оценки процентилей для произносимых слов (мальчики)

% -ль	Возраст (мес.)									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
99	9	13	19	26	37	51	69	92	119	151
95	8	11	14	19	25	33	43	55	71	89
90	4	6	8	11	16	22	29	40	53	70
85	3	5	6	8	11	15	21	27	36	48
80	3	4	5	7	10	13	18	24	31	41
75	3	4	5	7	9	12	17	22	30	40
70	2	3	4	5	7	10	14	19	26	36
65	1	1	2	3	4	7	10	16	23	35
60	1	1	2	3	4	6	8	13	19	27
55	1	1	2	2	4	5	8	11	16	23
50	1	1	1	2	3	4	6	9	13	19
45	1	1	1	2	3	4	5	8	11	16
40	0	0	1	1	2	2	4	6	10	15
35	0	0	1	1	1	2	3	5	8	12
30	0	0	0	1	1	2	2	4	6	10
25	0	0	0	0	1	1	2	3	5	9
20	0	0	0	0	1	1	1	2	4	7
15	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4
10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

По активной речи до полутора лет мальчики хотя и чуть отстают от девочек (в том числе и в группе риска), но незначительно. Однако интересно, что в верхней процентиля это различие статистически значимо: 264 слова у «продвинутых» девочек и 151 у «продвинутых» мальчиков (такой значительной разницы в понимании речи не наблюдается).

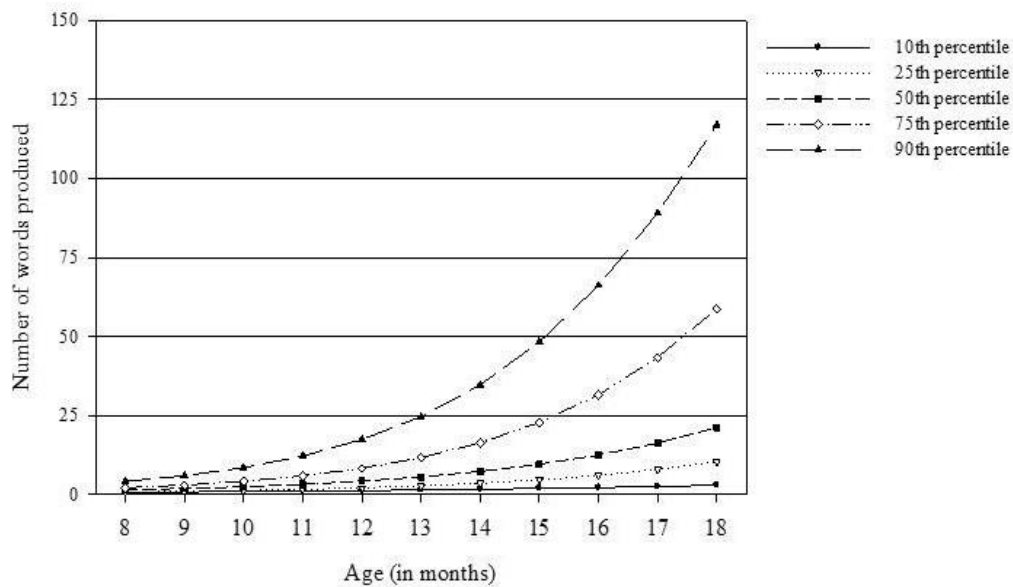
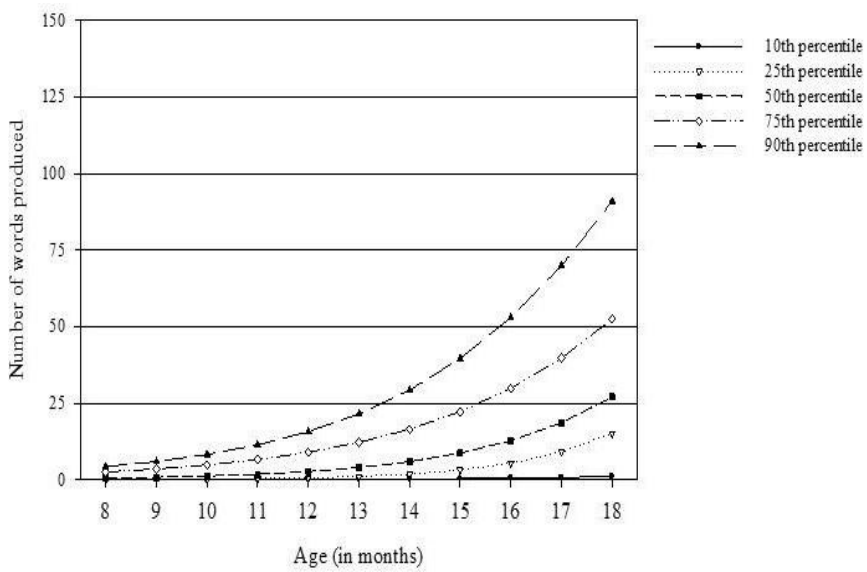


Рис. 3. Оценки процентилей для произносимых слов (девочки)

Рис. 4. Оценки процентилей для произносимых слов (мальчики)



4. Диагностика лексического развития детей от 18 до 36 мес.

4.1. Оценка активного словаря. Предложите родителям заполнить опросник «Тест речевого и коммуникативного развития ребенка: слова и предложения», подсчитайте количество слов в графе «Говорит». В таблицах 5 и 6 (см. ниже) в соответствии с полом ребенка выберите подходящую графу в горизонтальной строке «Возраст». Найдите наиболее близкое к полученному количеству слов в одной из вертикальных граф, отражающих процентилю от 5 до 99-й, и проанализируйте активный словарь ребенка. Например, норма — если девочка в возрасте полутора лет произносит 75 слов, а мальчик — 34. Показатели выше медианы свидетельствуют о более высоком уровне речевого развития, а показатели ниже медианы в пределах 20-й процентилю — о более низком уровне развития, однако в «коридоре» нормы. Если же девочка в 18 мес. произносит 13 слов, а мальчик — 5, следует беспокоиться. Отсутствие 9 слов у девочек и 3 у мальчиков является отставанием, 4 у девочек и 2 у мальчиков — значительной задержкой. В 24 мес. медиана у девочек — 252 слова, у мальчиков — 155; в 30 мес. — 505 и 427; в 36 мес. — 642 и 623 соответственно.

Таблица 5. Оценки процентилю для произносимых слов (девочки)

% -ль	Возраст (мес.)																		
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
99	354	410	463	511	551	585	611	632	648	660	668	675	680	683	686	687	689	690	690
95	299	355	410	462	509	549	582	609	630	646	658	667	674	679	682	685	687	688	689
90	248	295	343	392	439	483	522	555	584	607	626	641	653	662	669	675	679	682	685
85	196	237	283	330	379	426	470	510	545	575	600	620	636	649	659	667	673	677	681
80	167	204	247	292	340	388	435	478	517	551	580	603	623	638	651	660	668	673	678
75	151	185	224	266	311	357	403	447	488	524	556	583	605	624	639	650	660	667	673
70	132	163	198	237	279	324	370	414	457	496	531	561	587	608	626	640	651	660	667
65	116	144	176	212	251	294	339	383	427	468	505	538	567	591	612	628	642	653	661
60	102	127	156	189	226	267	311	355	399	442	481	517	549	576	599	618	633	646	656
55	90	112	138	168	202	240	282	325	369	412	453	491	525	555	581	603	621	635	647
50	75	94	117	144	176	212	252	295	339	384	427	468	505	538	567	591	612	628	642
45	59	75	94	118	147	180	218	259	304	350	396	440	481	518	550	578	601	620	636
40	47	60	76	96	120	149	182	219	261	305	351	396	440	481	518	550	578	601	620
35	34	44	57	73	93	117	146	181	219	262	308	355	402	447	489	526	558	585	608
30	27	35	45	58	75	95	121	150	185	225	269	315	363	410	455	496	532	563	590
25	22	29	37	49	63	80	102	129	160	197	238	283	330	378	425	468	508	543	573
20	16	21	28	37	48	62	81	103	130	163	201	244	290	338	387	434	478	518	552
15	13	17	22	29	37	48	61	78	100	125	156	191	231	274	321	368	414	458	498
10	9	12	15	20	26	34	44	57	74	94	119	149	184	224	268	315	363	411	455
5	4	6	8	10	13	18	24	31	41	54	70	91	116	147	184	226	272	321	372

Таблица 6. Оценки процентилей для произносимых слов (мальчики)

%- ль	Возраст (мес.)																		
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
99	328	384	438	487	531	567	597	621	639	653	663	671	677	681	684	686	688	689	690
95	292	343	393	441	486	526	560	588	612	630	645	656	665	672	677	681	683	686	687
90	225	268	314	361	407	451	492	528	560	586	608	626	641	652	661	668	674	678	681
85	162	199	240	285	333	380	427	471	510	545	574	599	619	635	648	658	666	672	677
80	135	167	204	246	290	337	384	430	472	511	545	574	599	618	635	647	658	665	672
75	113	141	174	213	255	300	348	395	440	482	520	553	581	604	623	638	650	660	667
70	79	102	129	162	200	242	289	338	387	434	479	518	553	582	606	625	640	652	662
65	70	90	114	143	178	217	261	308	356	404	450	492	529	562	589	611	629	643	655
60	59	76	97	123	153	189	229	274	321	368	415	460	501	537	567	593	614	632	645
55	44	57	74	94	120	151	187	228	274	322	371	419	464	506	542	572	598	619	635
50	34	44	58	75	96	123	155	192	234	280	329	379	427	472	513	548	578	603	623
45	30	39	50	65	84	107	134	167	206	248	295	343	391	438	481	520	554	582	606
40	22	29	38	50	66	85	110	140	175	216	262	310	361	411	458	501	539	571	597
35	16	22	29	39	52	68	89	116	148	186	231	279	331	383	434	481	523	558	588
30	14	19	25	33	44	58	76	99	126	160	200	244	293	344	395	444	489	529	563
25	11	15	20	26	35	46	60	79	101	130	163	202	247	295	345	395	444	488	528
20	7	9	12	16	22	30	40	54	72	94	123	157	199	245	297	350	404	455	501
15	5	6	9	12	16	21	29	38	51	67	88	114	147	185	230	279	331	383	434
10	3	5	6	8	11	15	20	27	36	48	63	82	106	136	172	213	260	309	361
5	2	3	4	5	7	9	12	16	21	28	37	49	63	82	106	135	169	209	254

Таким образом, наибольшая разница в «среднем» лексическом развитии мальчиков и девочек проявляется в полтора года, т. е. девочки раньше набирают продуктивный словарь, но постепенно мальчики увеличивают скорость усвоения слов — и к трем годам почти догоняют девочек.

Различие между полами в группах с риском задержки речевого развития очень значительно. В группу «беспокойства» в два года попадают девочки с лексиконом в 61 слово и мальчики с лексиконом в 29 слов; в группе риска — девочки с лексиконом 44 слова и мальчики с 20 словами. Значительная речевая задержка к двум годам отмечается при условии наличия в активном словаре только 24 слов у девочек и 12 у мальчиков.

На приведенных ниже графиках (рис. 5, 6) наглядно представлены данные по основным процентиллям.

Рис. 5. Оценки процентилей для произносимых слов (девочки)

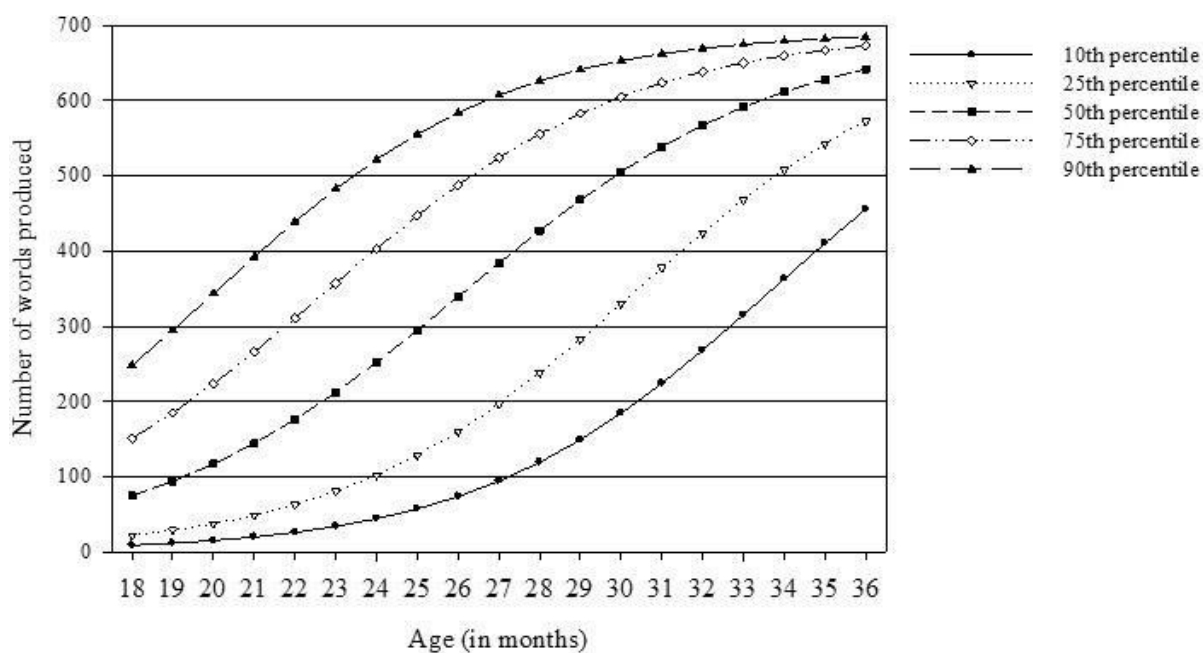
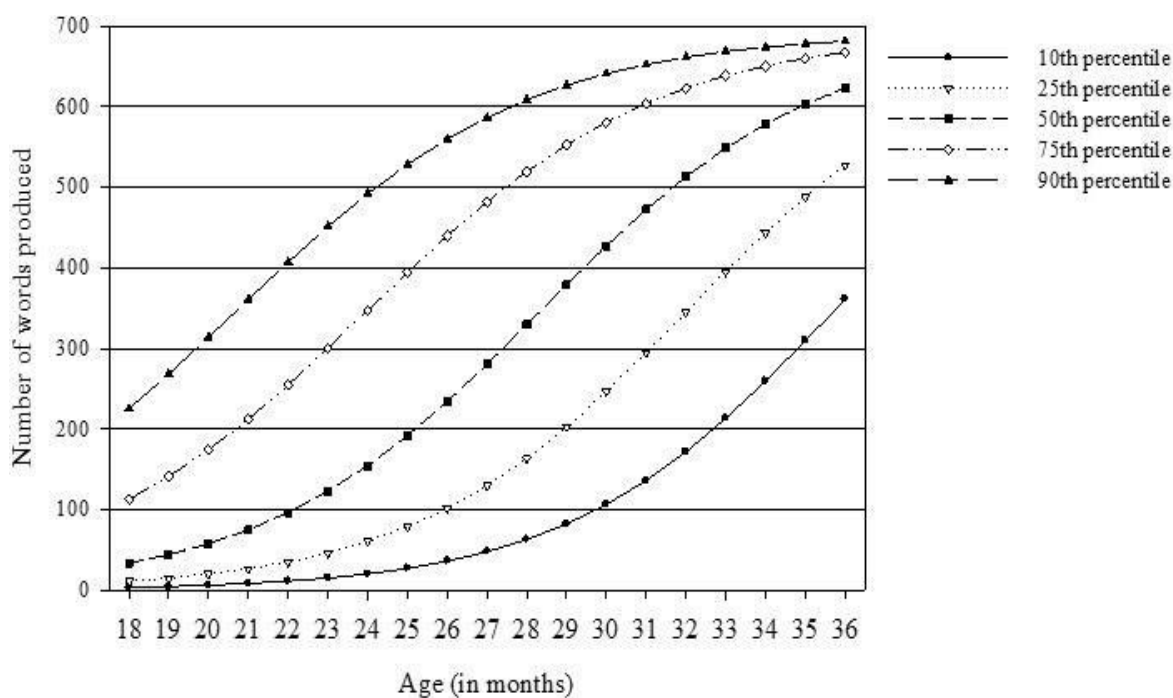


Рис. 5. Оценки процентилей для произносимых слов (девочки)



Опросники, заполняемые родителями, — результативный инструмент речевой диагностики. Таким образом, специалист может оценить, насколько лексическое развитие ребенка соответствует норме. Норма развития — не конкретное значение, а некий диапазон. Граница нормы — 15-я百分иль, некоторая задержка речевого развития — 10-я百分иль, а свидетельство значительной задержки — 5-я百分иль. Однако количественный анализ данных непременно должен быть дополнен качественным: следует посмотреть, какие

тематические группы представлены полнее, какие отсутствуют вообще. По наличию слов в группах «На улице, в парке, на даче» и «Места, где бывает ребенок» понятно, куда с ним ходят родители, и называют ли ему окружающее (слова *дом, лужа, снег, луна, солнце, трава, скамейка, парк* и др.). Есть ли у ребенка слова *книга, читать*? Есть ли этикетные слова *спасибо, пожалуйста, привет, до свидания* и т. п.? Задает ли ребенок вопросы и какие? Если ребенок «малоговорящий», обращайтесь внимание прежде всего на то, что именно он уже произносит; если «многоговорящий» — на то, что отсутствует в его лексиконе (подробно об этом, а также рекомендации для специалистов и родителей). Анализ заполненного опросника также поможет специалисту указать родителям на недостатки их речевого взаимодействия с ребенком и помочь устранить их.