

«Утверждаю»

Президент Российского общества психиатров

Н.Г. Незнанов

«10» сентября 2021 г.



Клинические рекомендации

Специфические расстройства развития речи у детей

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

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2021**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

<u>Оглавление</u>	2
<u>Список сокращений</u>	3
<u>Термины и определения</u>	4
<u>1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)</u>	4
<u>1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u>	4
<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>	8
<u>1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u> ..	10
<u>1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</u>	13
<u>2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики</u>	14
<u>2.1 Жалобы и анамнез</u>	14
<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>	19
<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>	25

<u>7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....</u>	31
<u>Критерии оценки качества медицинской помощи</u>	31
<u>Список литературы.....</u>	32
<u>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....</u>	39
<u>Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций</u>	39
<u>Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....</u>	41
<u>Приложение Б. Алгоритмы действий врача</u>	52
<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>	61

Список сокращений

МКБ10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра.

ЗРР – задержка речевого развития

СРРР - специфическое нарушения 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.

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.

ЦПРН – 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**)).

Specific language impairment (SLI) - специфическое нарушение развития речи.

Термины и определения

Специфическое расстройство речи (specific language impairment) (SLI) термин, впервые введенный в 1981 году Л.В.Леонардом.

СРРР(F-80) по МКБ-10 рассматривается как «расстройство, при котором нормальный характер приобретения языковых навыков страдает уже на ранних стадиях развития. Эти состояния непосредственно не соотносятся с нарушениями неврологических или речевых механизмов, сенсорной недостаточностью, умственной отсталостью или факторами окружающей среды. Специфические расстройства развития речи и языка часто сопровождаются смежными проблемами, такими, как трудности при чтении, правописании и произношении слов, нарушения межличностных отношений, эмоциональные и поведенческие расстройства[61]. При этом расстройстве речи речевые навыки у ребенка не соответствуют возрастной норме.

В практической деятельности, в МКБ-10 включена задержка речевого развития. Наиболее часто в клинической практике встречается диагноз алалии (сенсорной, моторной, смешанной).

Алалия — тяжелое нарушение развития речи, возникающее в «доречевой» период, имеющее системный характер и обусловленное, как правило, последствиями гипоксически-ишемического поражения ЦНС(4). Сводится к отсутствию речи или ее значительной ограниченностью. Выражается в отсутствии/нарушении либо экспрессивной речи – моторная алалия, либо в нарушении понимания устной речи и грубым нарушением фонетического строя собственной речи - сенсорная алалия[3].

Разделение алалий на сенсорную и моторную основана на выделении выделение дефицита в работе определенного анализатора: либо двигательного, либо слухового анализаторов, либо смешанного типа [16].

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 [47]. В эту категорию не входят дизартрия, ринолалия, афазия, речевые нарушения, обусловленные нарушением остроты слуха, умственной отсталостью, аутизмом, эпилепсией.

Синонимы: инфантильная речь (infantile speech) (Menyuk, 1964), отставание в развитии речи (delayed speech) (Lovell, Hoyle & Siddall, 1968), расстройство языка (language disorder) (Rees, 1973); нарушение развития языка (developmental language impairment) (Justice, Skibb, McGinty, Piasta & Petrill, 2011); дисфазия развития (developmental dysphasia) (Заваденко Н.Н. и соавт., 2012; Ньюкиктъен Ч., 2013; Billard С., 2006) developmental language disorder (DLD) (Laasonen M. Et al., 2018).

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

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
По вопросу об этиологии (причинах) алалии и ее патогенезу (мозговых механизмах) в литературе не имеется единства мнений.

Перинатальный фактор.

Вредности антенатального, перинатального и раннего постнатального периодов 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, травмами головы [2]. Гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС в перинатальном периоде в виде формирования церебральной атрофии в сочетании с темповой задержкой развития на первом году жизни [27]. Родовая травма встречается у 47% детей с выраженными речевыми нарушениями [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] Наиболее чувствительными и ранимыми по отношению к асфиксии являются пирамидальные клетки двигательной зоны коры головного мозга, что является причиной моторных нарушений у детей.

Наследственность. Процент встречаемости СРРР в семьях с отягощенным анамнезом по СРРР около 20%-30%, тогда как в популяции достоверно ниже [43]. 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-») [43]. От 50% до 70% детей с СРРР имеют не менее одного члена семьи с подобными нарушениями [59].

Различные речевые нарушения у родителей (задержка развития связной речи, косноязычие, заикание, тахилалия, ринолалия) были в 16,3% случаев. При этом задержка в сроках появления связной речи отмечалась только у 6,0% [16]. Пораженные родственники детей с моторной алалией чаще встречались при неосложненных ее формах (около 60%) и значительно реже — при осложненных (около 30%). В 15% случаев речевая патология обнаруживалась и у сиблингов [16].

Хромосомные стигмы. Идентифицирован ряд хромосом ответственных за речевые нарушения у детей. Локус на хромосоме 16 ассоциирован с низкой способностью выполнения теста на повторение набора слогов, тогда как локус на хромосоме 19 - с низкой способностью выполнять тесты на экспрессивную речь [44, 37] выявили специфичные локусы на 13 хромосоме (13q21). По данным SLI Consortium (2002) 2 региона на 16q хромосоме и 19q хромосоме являются основным фактором риска для развития речевых

нарушений. В этой связи особое внимание уделяется специфическим генам FOXP2, CNTNAP2, ATR2C2, SMIP [54].

Сиблинги. Монозиготные близнецы мужского пола демонстрируют более высокий риск развития речевых нарушений (70%) по сравнению с дизиготными близнецами (46%) [39].

Гендер. Анализ гендерных особенностей группы детей с речевой патологией, проведенный выявил существенное преобладание в ее составе мальчиков (около 76%)[26]. У мальчиков такая патология встречается в 2-4 раза чаще, чем у девочек [16].

Средовой фактор. Неблагоприятное социальное окружение, например, когда ребёнок контактирует с людьми с низким уровнем речевого развития.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клинические симптомы СРРР варьируют по степени своей выраженности, что может приводить к противоречиям не только в диагностике, но и соответственно в эпидемиологических оценках.

В Российской Федерации понятие СРРР используются в более широком контексте и чаще всего сюда относят все первичные нарушения развития речи: сенсорная, моторная и сенсомоторная формы алалии, общее недоразвитие речи (ОНР) 1-4 уровня, фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФН), оральная апраксия, дизартрия, задержки речевого развития (ЗРР), дислалии.

В настоящее время эпидемиологический анализ СРРР затруднен, из-за отсутствия статистических данных о распространенности нарушений речи у детей в Российской Федерации.

Логопеды детских поликлиник исключены из перечня обязательных специалистов, участвующих в диспансеризации детского и подросткового населения.

В связи с этим, можем представить только данные Центра патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ по количеству детей, получивших комплексную помощь в консультативно-диагностическом отделении представлены в таблице №1[111].

Таблица № 1 Количество детей, получивших помощь в консультативном отделении ЦПРиН 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%
4года	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%
9лет	14	2,15%	18	1,74%
10лет	4	0,61%	9	0,87%
11лет	7	1,08%	12	1,16%

12лет	5	0,77%	10	0,97%
13лет	2	0,31%	6	0,58%
14лет	8	1,23%	5	0,48%
15лет	8	1,23%	7	0,68%
16лет	4	0,61%	5	0,48%
17лет	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

Распределение обратившихся по нозологиям

Нозология	2018 г.	2018г. (%)	За 9 мес 2019г.	За 9 мес 2019г. (%)
F80.1 Расстройство экспрессивной речи	319	49,00%	468	45,30%
F80.2 Расстройство рецептивной речи	10	1,60%	23	2,21%
F84.8 Другие общие расстройства развития (ЗППР, РАС)	126	19,40%	240	23,20%
F98.5 Заикание	119	18,30%	186	17,96%
F81.0/F81.1/F81.3 Расстройства учебных навыков	40	6,10%	71	6,91%
F06... Органическое поражение головного мозга	36	5,60%	46	4,42%
Итого	651		1034	

Динамические показатели эпидемиологии нейроинфекций свидетельствуют об увеличении их численности среди детей дошкольного возраста: отмечается эпидемический характер менингококковой инфекции в детском возрасте (4,43–5,1 на 100 000 детей), увеличение среди дошкольников показателей заболеваемости энцефалитами и энцефаломиелитами до 19–22% в 2014 г. по сравнению с 10–15% в 2005–2010 гг. [30]. Результаты исследования системы вторичных нарушений при нейроинфекциях показывают, что в 12–16,6% случаев у детей возникает специфическое системное

расстройство речевой функции – афазия [30]. Кроме того, важно учитывать, что нейроинфекции у дошкольников характеризуются быстрым развитием тяжелых неотложных состояний, обуславливающих летальный исход или грубое органическое повреждение мозговых структур, приводящее к стойким трудно преодолимым отдаленным последствиям (в том числе и в коммуникативно-речевой сфере).

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

Таблица №3

Шифр по МКБ-10	Тип расстройства. Симптоматология	Включено	Исключено
F80.0	Специфическое расстройство речевой артикуляции: использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту, при нормальном уровне речевых навыков	<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. 	<ul style="list-style-type: none"> афазия БДУ (R47.0); - 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	Расстройство экспрессивной речи: способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; понимание речи находится в пределах нормы; возможно	<ul style="list-style-type: none"> моторная алалия; - задержка речевого развития по типу общего недоразвития речи (ОНР) I—III уровня; -связанная с развитием дисфазия экспрессивного типа 	<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);

	сочетание с расстройством артикуляции.		- органически обусловленные речевые расстройства экспрессивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0); - дисфазия и афазия БДУ (R47.0).
F80. 2	Расстройство рецептивной речи: понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту; экспрессивная речь также значительно нарушена; возможно сочетание с расстройством артикуляции	дисфазия рецептивного типа, связанная с развитием; - алалия рецептивного типа, связанная с развитием; - невосприятие слов; - словесная глухота.	- 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); - 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-Клеффнера): 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		афазия: - 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:

Табл.2 Расстройства речи у детей, связанные с рецептивными или экспрессивными коммуникативными проблемами

Таблица №4.

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 эхололической 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	Трудность монологической и диалогической речи(рассказ, диалог)

	проблем; проблемы внимания и памяти, которые влияют на языковую переработку; проблемы в понимании образного языка (метафор и др.) и многозначности слов	
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; ограниченная 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

В **DSM-5** есть попытка строить главы на основе отражения эволюции расстройств в течение жизни. Заболевания, обычно впервые диагностируемые в детстве и относящиеся к нарушениям развития ЦНС, и в частности, специфические расстройства речи и школьных навыков, находятся в начале систематики и объединены в диагностическую категорию «нарушения нейроразвития». Данная группа сформирована из диагностических категорий на основании представлений об их общих нейробиологических особенностях. Речевые расстройства вошли в новую категорию «расстройства социальной коммуникации», где часть синдромов совпадает с «расстройствами аутистического спектра».

Расстройства, связанные с нарушениями нейроразвития, в DSM-5:

1. Интеллектуальная недостаточность

2. Расстройства коммуникации:

- Расстройство речи
- Расстройство речевой артикуляции (трудности со звукопроизношением, затрудняющие устное общение)
- Заикание (расстройство владения речью, начинающееся в детском возрасте)
- Социальное (прагматичное) расстройство коммуникации

3. Расстройства спектра аутизма

4. Расстройство внимания и гиперкинетическое расстройство

5. Специфические расстройства обучения

6. Двигательные нарушения:

- Расстройство развития координации движений
- Стереотипное двигательное расстройство
- Тикозное расстройство.

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:

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 (Филичева Т.Б. и др., 2011).

Уровни речевого развития ребенка (ОНР):

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

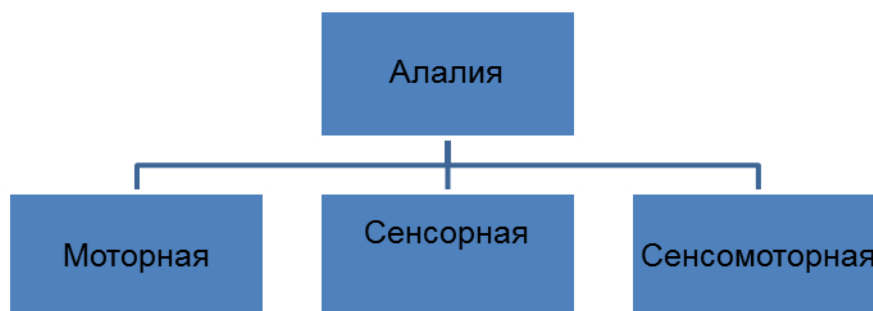
ОНР 2 уровня - присутствие в речи ребенка определенного количества общеупотребительных слов, не сформировано звукопроизношение, нарушение слоговой структуры слова. Отставание в формировании экспрессивной грамматики.

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 [33].

Классификация алалии.

Наиболее частой используемой в практике является простая классификация, где выделяют 3 формы алалий.



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.

Сенсомоторная алалия - возникает при поражении речедвигательного и речеслухового анализатора в центральном отделе коры ГМ. Наблюдается нарушение в экспрессивной и импрессивной речи. Данный вид нарушений нуждается в дифференциальной диагностике с расстройствами аутистического спектра. 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 – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка [1]. Несмотря на достижения в понимании нейробиологии и генетики СРРР, диагностика этого расстройства по-прежнему основывается на выявлении и описании поведенческих клинических симптомов.

Симптомы СРРР проявляются не только расстройствами речи и зависят от возраста и уровня речевого развития, но имеют и поведенческие, когнитивные расстройства, что приводит к трудностям социальной адаптации. Трудности социальной адаптации, как речевой так и не речевой, можно рассматривать как социальное (прагматическое) коммуникативное расстройство (по DSM-5).

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) [62]. 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.

Рекомендован для диагностики речевого и коммуникативного развития у детей раннего возраста (1-4 года) тест применяемый во всем мире «The MacArthur Communicative Development Inventory@ (MacArthur CDI)- «МакАртуровский тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста» [66,74, 117,118].

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 2.

Комментарии: Врач-психиатр детский (врач-педиатр, врач-невролог, врач-психиатр должен быть осведомлен о нормах речевого онтогенеза и моторного развития, а также знать клиническую картину речевых нарушений) на основе анамнестических данных, данных истории развития и другой медицинской документации, осмотра больного, оценки клинической картины и дополнительных методов обследования верифицирует состояние по критериям МКБ-10. В психиатрии, как и в других медицинских дисциплинах, большое внимание уделяют соматическому и неврологическому осмотру, а также данным лабораторных исследований.

Критерии установления диагноза на основании патогномичных данных:

1. анамнестических данных,
2. психического статуса,
3. физикального обследования,
4. лабораторных исследований,
5. инструментального обследования и др.

2.1. Жалобы и анамнез

Родителями предъявляются разнообразные жалобы в отношении качества речи у ребенка:
-отсутствие речи,
-задержку речевого развития,
-выраженное нарушение звукопроизношения («каша во рту»): перестановки звуков/слогов в слове, упрощение слова,
-бедный словарный запас,
-аграмматизмы (ошибки в окончаниях, согласовании слов в роде/падеже/ времени, ошибки в использовании предлогов, непонимание простых и сложных предложений (См. Приложение А3.5).

Целью сбора анамнеза является получение данных о:

- наследственной отягощенности психическими заболеваниями;
- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей в постнатальном периоде;
- перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах;

- об особенностях протекания возрастных кризов;
- о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;
- 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);
- особенностях динамики заболевания (характере течения заболевания);
- аккуратности выполнения родителями и близкими родственниками больного реабилитационных рекомендаций;
- переносимости проводимой лекарственной терапии;
- соматическом и неврологическом статусе.

Клинический осмотр врача-психиатра рекомендуется в раннем детском, младшем, среднем и подростковом возрастах с целью выявления основных симптомов СРРР при подозрении на наличие речевых расстройств [64].

Уровень достоверности доказательств – 5.

Уровень убедительности доказательств – С.

Комментарии: Для понимания клинической картины необходимо на приеме собрать информацию о семье, в которой живет ребенок, особенностях характера родителей, методах воспитания. Данные о течении беременности, особенностях родов, раннем психомоторном развитии, особенностях речевого онтогенеза. Они являются основополагающими в понимании механизмов болезненных процессов.

Активные жалобы родителей могут быть более скудными, чем действительные проблемы в речи у ребенка, которые зависят от уровня речевого развития ребенка и уровня понимания обращенной речи.

При описании психического статуса пациента оцениваются:

- поведение ребенка;
- особенности коммуникации: жестовой, вербальной;
- уровень знаний об окружающем мире, окружающего ребенка социума, индивидуальное социальное поведение;
- особенности эмоционально-волевой сферы;
- особенности развития крупной и тонкой моторики;
- соответствие развития когнитивных способностей возрастным нормативам;
- уровень речевого развития в соответствии с возрастными нормативами (см. Приложение 4)
- сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования;
- отметить особенности родительно-детских взаимоотношений, тип воспитания, личностные особенности родителей.

2.2 Физикальное обследование

Физикальное обследование пациента позволяет оценить общее состояние пациента и его физиологические показатели. Соматическое и неврологическое обследование пациента производится психиатром, направлено на выявление возможных сомато-неврологических нарушений у пациента, данных свидетельствующих о психических расстройствах и характере их течения. Общий осмотр включает расспрос о ранее перенесенных

заболеваниях, истории развития настоящего заболевания. Измерение АД, PS, 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 ребенка, выражение лица и наличие стигм дизэмбриогенеза. Уточнение приема лекарственных препаратов пациентом на момент осмотра и ранее.

Общий осмотр включает:

- оценка общего состояния больного
- соответствие физического развития ребенка – паспортному возрасту
- телосложение (конституция)
- антропометрические данные
- выявление стигм внутриутробного дисэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахицефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие);
- 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, невропатолога, окулиста, эндокринолога, детского гинеколога (для девочек), медицинского психолога, 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

Этот вид исследований не имеет решающего значения для диагностики речевых нарушений и носит дифференциально-диагностический характер для уточнения генеза речевого расстройства.

2.4. Инструментальные диагностические исследования.

Инструментальные методы исследования используются в случае необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и установления анатомического очага поражения головного мозга.

Рекомендуется электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) для диагностики задержки речевого развития (113) 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 на ЭЭГ. Выявляет степень и локализацию поражений мозга, позволяет констатировать эпилептиформную активности, а также регистрирует косвенные признаки органического поражения головного мозга [6,14,22,75-77,79,84,106].

Уровень убедительности доказательств –С

Уровень достоверности доказательств- 4

Рекомендовано проведение **электроэнцефалографии с видеомониторингом** при наличии пароксизмальных состояний в анамнезе с записью как во время бодрствования, так и во время сна. Главным условием является верификация пароксизмального состояния [75-77].

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).

Рекомендуется проведение нейровизуализации (магнитно-резонансная томография головного мозга) детям с СРПП в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы [15,19,75,76,77,79,106].

Уровень убедительности рекомендаций –С

Уровень достоверности доказательств – 4

Комментарии: При СРПП отмечается увеличение объема белого вещества мозга, *corona radiata* и выраженной правополушарной асимметрии [47, 76,77,79,106].

2.5. Иные диагностические исследования

Медико-логопедическое исследование.

Рекомендовано: для выявления нарушений речевого развития у детей с года жизни-задержки, нарушения звукопроизношения, аграмматизмов, «смазанной» дикции комплексное медико-логопедическое обследование, которое проводится в соответствии с разработанными нормативами.

Для того чтобы провести диагностику нарушения речи ребенка нужно знать норму развития речи в каждый возрастной период (см. приложение А3.4) [79].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 3

Комментарий: Исследование проводится по разработанной схеме (см. приложение А3.5) [87-91].

Клинико-психологическое нейропсихологическое обследование/ специализированное нейропсихологическое обследование.

Рекомендовано проведение обследования медицинским психологом для выявления нарушений в психологическом развитии функционального и органического генеза, для дифференциальной диагностики речевого развития и типологии когнитивного дизонтогенеза у детей раннего и школьного возраста,

Клинико-психологическое, нейропсихологическое обследование позволяют установить не только нарушенные звенья психической деятельности, но и ее сохраненные элементы [80,81,84,112].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

Комментарии: на основании дифференцированной и системной нейропсихологической диагностики может быть построена своевременная индивидуальная программа коррекционно-развивающего обучения (замещающего онтогенеза) ребенка.

Такая программа учитывает двухстороннее взаимодействие между морфогенезом мозга и формированием психики: с одной стороны, для появления определенной функции требуется известная степень зрелости нервной системы, с другой - само функционирование и активное коррекционно-развивающее воздействие оказывают влияние на созревание соответствующих структурных элементов (П. Я. Гальперин и др., 1978).

При необходимости провести углубленное обследование отдельного психического процесса с использованием сложных (сенсibilизированных) проб проводится специализированное нейропсихологическое обследование, например выявление типологии грамматических и лексических ошибок у детей с СРРР. Подбор проб производится специалистом индивидуально, на основании данных проведенного предварительно клинико-психологического нейропсихологического обследования.

При проведении нейропсихологической диагностики детей 4-5 лет может быть использована схема нейропсихологического обследования, предложенная в приложении (см. приложение №2) [8].

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

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 препарата 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, рецидивов заболевания

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

3.1. Подраздел 1. Медикаментозное лечение.

1. Полипептиды коры головного мозга скота, лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения рекомендуются к применению у детей с задержкой речевого развития. В монотерапии 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. Улучшает формирование экспрессивной речи и, главным образом, коммуникативной функции речи и ликвидации задержки в формировании внутренней речи. [70,92]

Уровень достоверности доказательств – 3

Уровень убедительности рекомендации – С

2. Гопантенвая кислота рекомендуется в терапии детей со специфическими расстройствами развития речи.

Применяется в растворе для приема внутрь 100 мг/мл 2 раза в день в суточной дозе 30-50 мг на 1 кг массы тела. Продолжительность терапии 2-3 месяца. [68,71]

Уровень достоверности доказательств – 2

Уровень убедительности рекомендации – С

3. Пиритинол рекомендуется к применению при СРРР [69].

В форме суспензии (флакон 200 мл, 100 мг/5 мл) 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. Через 3 месяца следует проверить наличие показаний для дальнейшего лечения.

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: 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 [69, 72].

4. #Церебролизин** (для детей младшего возраста, дошкольного и школьного возраста) рекомендуется в монотерапии 0,1-0,2 мл/кг ежедневно в течение 10-20 дней. Применение приводило к увеличению речевой активности, расширению активного словаря, повышению внимания. Значимого улучшения звукопроизношения выявлено не было [73,86].

Уровень достоверности доказательств – 4

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: является препаратом с доказанной нейронспецифической нейротрофической активностью, аналогичной действию естественных факторов нейронального роста, но проявляющейся в отличие от них в условиях периферического введения.

3.2. Подраздел 2. Нелекарственные методы лечения

1.Медико-логопедическая процедура:

Рекомендована для коррекции речи всех детей с общим недоразвитием речи (ОНР) [93,94]

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: занятия с применением медико-логопедической тонально-ритмической процедуры являются эффективным методом преодоления речевых нарушений через движение, дыхание и музыку. Они тренируют слуховое восприятие, внимание, память, влияют на двигательные и речевые расстройства, отклонения в поведении, помогают при коммуникативных затруднениях [93,94]. Проводится как в индивидуальном, так и групповом формате специалистом логопедом. Основной целью медико-логопедической процедуры является преодоление нарушений речи путем развития и коррекции двигательной сферы. Одна из разновидностей логопедических процедур - медико-логопедическая тонально-ритмическая процедура - это система двигательных упражнений, в которых различные движения сочетаются с произнесением специального речевого материала, с музыкальным сопровождением. Это форма активной терапии, по преодолению речевых и сопутствующих нарушений, путем развития и коррекции неречевых и речевых психических функций, и в конечном итоге адаптация ребенка к условиям внешней и внутренней среды. В логопедической литературе этот вид работы специалиста получило обозначение «логоритмика».

2.Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций:

Рекомендовано: для всех пациентов с СРРР. После проведения клиничко-психологического нейропсихологического обследования или дополнительного, в случае необходимости, специализированного нейропсихологического обследования и выявления "западающих" факторов должна быть подобрана программа комплексных нейро-психологических коррекционно-восстановительных процедур при нарушениях психических функций.. По результатам обследования медицинским психологом составляется программа психолого-педагогического сопровождения детей младшего возраста, младшего и среднего школьного возраста [80,81,84,112]. Используются телесно-ориентированные методы (или методы двигательной (психомоторной) коррекции) и когнитивные методы.

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: телесно-ориентированные (методы двигательной (психомоторной) коррекции) и когнитивные методы направлены 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 [8,82,98-100].

3. Групповая нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура у пациентов:

Рекомендовано: для лечения всех детей с СРПП с целью является снятия напряжения, волнения, стеснения, проблем в общении со сверстниками; для корректировки агрессивного и гиперактивного поведения; для развития внимательности, усидчивости, старательности у детей.

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

4. Психотерапия:

1. **Рекомендуется игротерапия.** Курс (длительность от 6-12 месяцев). У ребенка развивается стремление устанавливать контакт со взрослым; использовать эти коммуникации для решения различных задач, а также прогресс игровой деятельности - ее развитие и усложнение. Поведение детей становится более упорядоченным, возрастает произвольность их деятельности, улучшается саморегуляция. Достигается прогресс в развитии речи. Снижается уровень тревожности родителей [31, 82,112].

Уровень достоверности доказательств – 4

Уровень убедительности рекомендации – С

2. Сказкотерапия. Вид игротерапии. Рекомендована для детей дошкольного возраста для решения проблем общего недоразвития речи детей. Количество сессий подбирается индивидуально, продолжительность каждой сессии 30-40 минут [96, 97,107-110].

Уровень достоверности доказательств – 4

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: работа со сказкой строится следующим образом: 1) чтение или рассказ самой сказки; ее обсуждение. Причем, 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 [96, 97,107-110].

5. **Лечебная физическая культура (ЛФК):** рекомендуется с целью профилактики нарушений развития речи и нарушений развития мелкой моторики у дошкольников. [17,20, 101-105]. Подбирается индивидуальный коррекционный курс ЛФК. В индивидуальном маршруте физического развития ребенка учитываются все результаты обследования специалистов.

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

6. Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций

Программа Floortime –

Рекомендовано для коррекции специфических расстройств развития речи детей дошкольного возраста. Включает в себя комплексный междисциплинарный подход с привлечением специалистов разного профиля: логопеда, эрготерапевта, физического терапевта, а также различные образовательные программы, программы консультирования и поддержки родителей, интенсивные программы для занятий дома и в школе. Программа базируется на 2 принципах:

1. Следовать за ребенком

2. Вовлекать ребенка в совместное пространство для того, чтобы развивать его функциональные способности.

Концепция DIR выделяет 9 стадий развития [95].

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: в основе лежит «терапевтическая модель DIR», которая основана на диагностике уровней функционального эмоционального развития ребенка, учитывает индивидуальные особенности ребенка и социальной среды, в которой он развивается, рассчитана на детей дошкольного возраста.

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

Всем пациентам с установленным диагнозом СРРР в период реабилитации рекомендованы занятия с воспитателем и психотерапия (см. гл. 3.2) с целью повышения эффективности проведенной терапии и закрепления приобретенных речевых и социальных навыков.

Рекомендуется проведение медицинской реабилитации в сенситивный для формирования речи возрастной период, когда идет ее активное становление [5].

Уровень достоверности доказательств – 5

Уровень убедительности рекомендации – С

Комментарии: 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.

Под *абилитацией* рассматривается совокупность мероприятий, применяемых для становления и развития физического, личностного и социального статуса пациентов при врожденных и приобретенных в раннем детстве патологических состояний, то *реабилитация* – восстановления (возвращения к исходному состоянию) физического, личностного и социального статуса при заболеваниях, возникших у пациентов остальных возрастных групп [9].

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

Рекомендовано диспансерное наблюдение всех детей врачом-неврологом с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием.

Проводится на 1-м году жизни: в 1 месяц жизни и в 12 месяцев. Врач психиатр проводит диспансерное наблюдение в 2 года. [116].

Оценка неврологического статуса и психомоторного развития на 1-м году проводится по 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.

Оценка психического развития (состояния) для детей в возрасте 0 - 4 лет проводится по критериям:

познавательная функция (возраст развития);

моторная функция (возраст развития);

эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития);

предречевое и речевое развитие (возраст развития).

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 (общий массаж, физкультурные занятия, дифференцированный массаж лицевой и оральной мускулатуры; дифференцированный массаж кистей и пальцев рук, самомассаж биологически активных точек); формирование кинестетического и кинетического ощущения ручных и артикуляторных движений (восприятие схемы тела, формирование пространственного чувства, пальчиковые игры, упражнения на определение положения губ, языка, челюсти); упражнения для развития общей, мелкой и артикуляционной моторики (комплекс игр); развитие зрительно-моторной координации; развитие навыков самообслуживания.

2. Развитие высших психических функций: сенсорно-перцептивной деятельности и эталонных представлений, памяти (речеслуховой, зрительной, двигательной), внимания (зрительного, слухового, двигательного), восприятия (зрительного, слухового), мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи (познавательной активности, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, мыслительных операций, умения действовать целенаправленно), творческих способностей, межанализаторного взаимодействия; формирование ведущих видов деятельности (предметной, игровой); обеспечение устойчивой положительной мотивации в различных видах деятельности.

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 [115].

Уровень достоверности доказательств(УДД) -5

Уровень убедительности рекомендаций (УУР)- С

Задачи логопеда:

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.

При профосмотре логопед должен иметь необходимый картинный материал, соответствующий задачам краткого обследования.

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.

Исследование понимания обращенной речи и уровня сформированности собственной речи состоит из нескольких этапов.

1. Понимание логико-грамматических связей в контекстной речи

Следует прочитать или рассказать ребенку текст, используя сюжетную картинку или серии последовательных картинок, а затем задать вопросы, требующие устного ответа (для говорящих детей) или показа ответа по картинке (для неговорящих детей). Тексты или картинки должны быть подобраны с учетом возрастных требований.

2. Понимание вопросных форм

Используя картинки с действиями, выявить понимание простейших вопросов (кто это? или что делает?) и вопросные формы косвенных падежей (кого? кому? что? кем или чем? о чем?).

3. Понимание предлогов-Для определения умения пользоваться предлогами в собственной речи задается вопрос, где лежит тот или иной предмет. Используя картинки либо имеющиеся под рукой предметы, логопед дает задание: «Положи карандаши на тетрадь, в тетрадь, под тетрадь, около тетради». Для определения понимания предлогов используется просьба: «Покажи карандаш, который лежит на книге, под книгой, перед книгой».

4. Состояние словарного запаса

Для исследования состояния импрессивного словарного запаса неговорящим детям предлагается набор картинок из различных логико-тематических групп, а также с изображением действий. По просьбе логопеда ребенок должен указать на названную логопедом картинку.

Говорящие дети, используя те же картинки, должны назвать изображенные на них предметы или действия.

Задачи логопеда: выявить уровень словарного запаса (лепетный, обиходный, бытовой, соответствующий возрастным требованиям); исследовать словарный запас по составу (по частям речи); определить, владеет ли ребенок словами-обобщениями.

5. Состояние слоговой структуры слова в экспрессивной речи используются картинки, на которых изображены предметы, обозначаемые словами с разной слоговой структурой. При выявленных нарушениях следует определить, к какому типу они относятся (сокращения, перестановки, упрощения, замена).

6. Состояние грамматического оформления речи предлагаются картинки с действиями, для описания которых необходимо использовать существительные в разных падежах, глаголы разных видов, прилагательные в сочетании с существительными разных родов и чисел.

7. Умение составить рассказ, пересказ.

Для составления рассказа используются серии последовательных картинок. Логопед может разложить составляющие серию картинки в правильном порядке или предложить ребенку сделать это самому, а затем составить рассказ.

Для составления пересказа логопеду следует рассказать ребенку текст с простым содержанием без скрытого смысла.

8. Состояние фонетического оформления

Звукопроизношение проверяется при проведении всех вышеперечисленных тестов. Проверка произнесения ребенком того или иного звука, используя картинки или в сопряженно-отраженной форме.

9. Строение артикуляционного аппарата обращает внимание на строение зубного ряда, прикуса, мягкого и твердого нёба, исследуется подвижность губ и языка, амплитуда движений языка. Выраженность саливации.

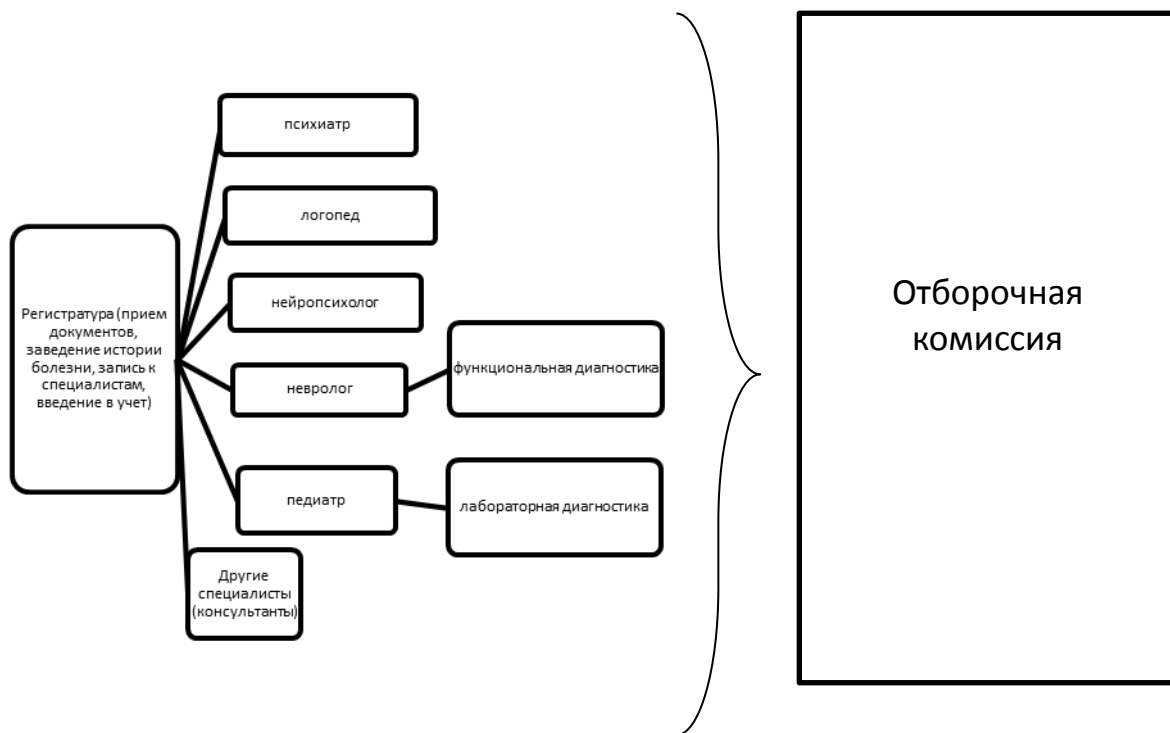
Диспансерное наблюдение осуществляется на основании Приказа Минздрава России от 16.05.2019 N 302н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.06.2019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

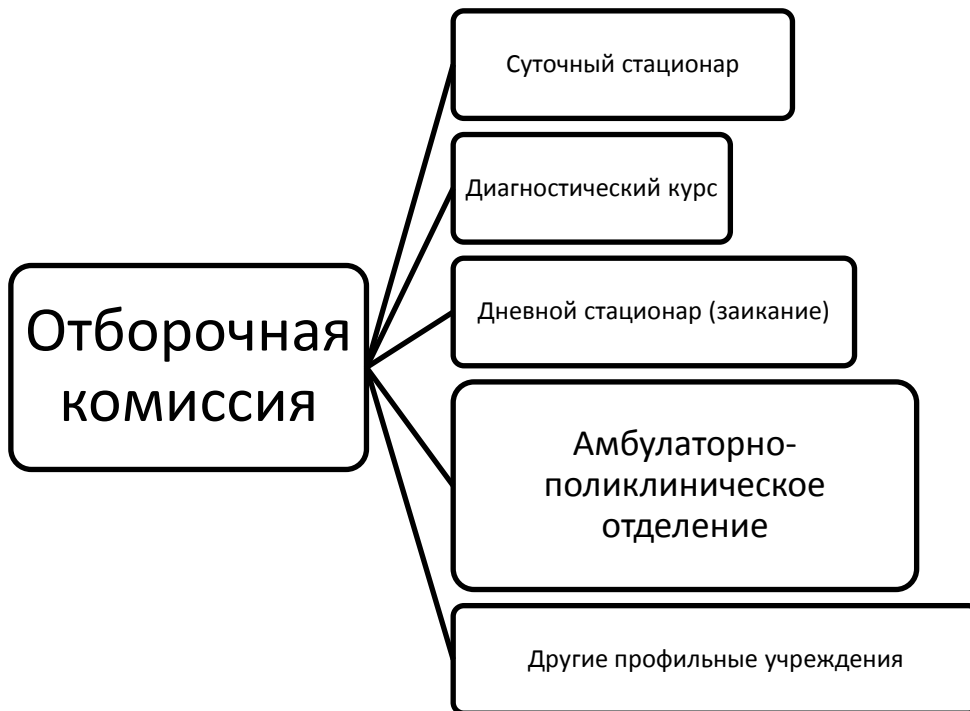
6. Организация оказания медицинской помощи

Работа 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 логопедике", "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)").

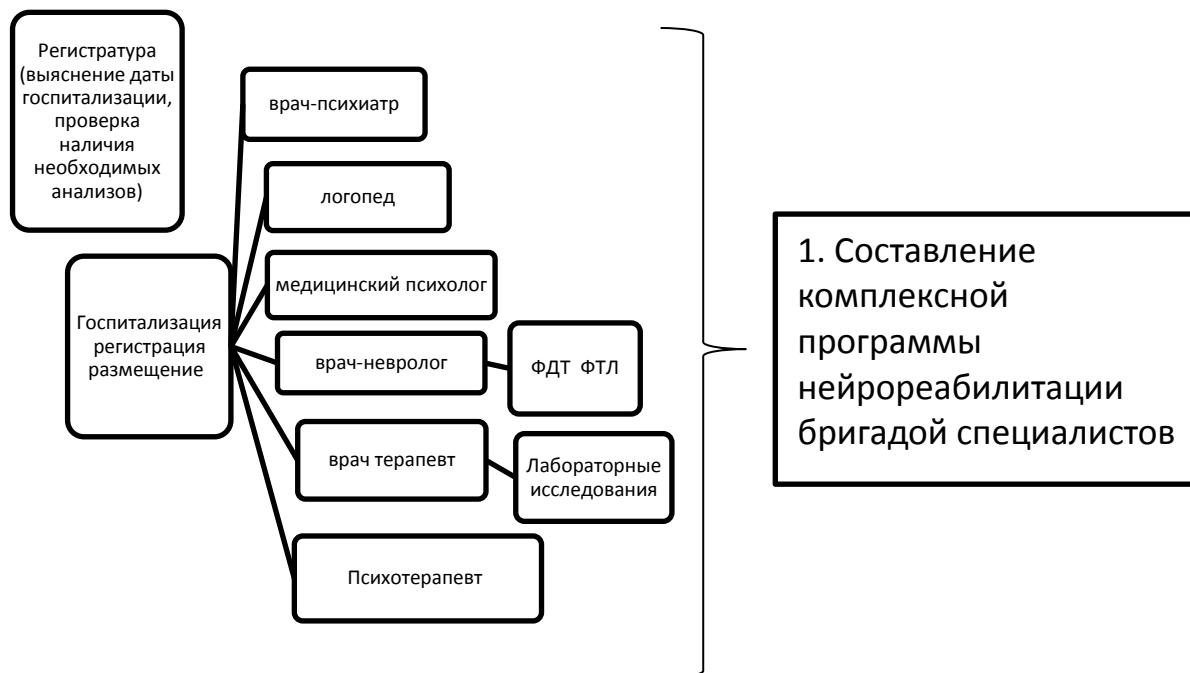
Организация работы детского консультативно-диагностического отделения осуществляется следующим образом:

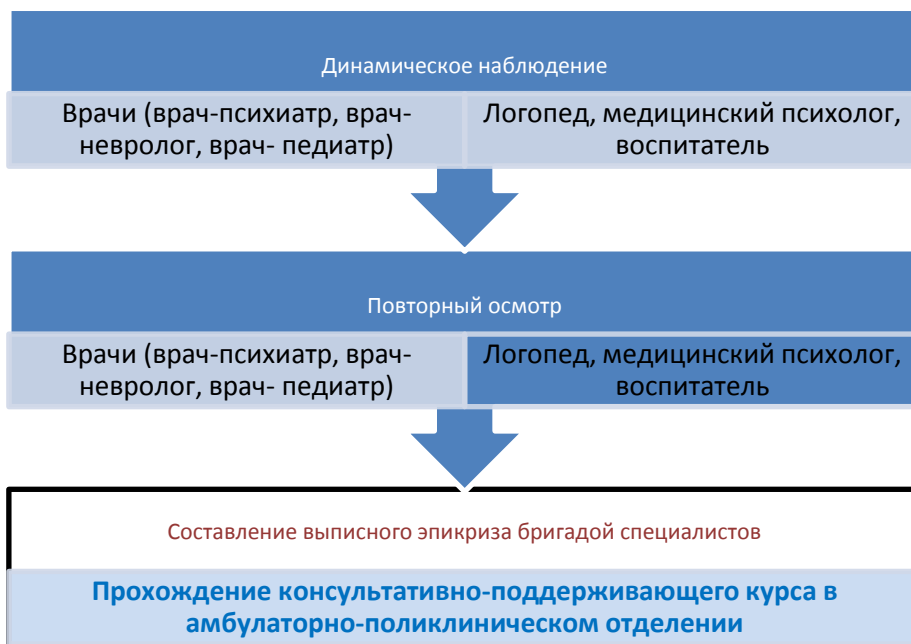
Маршрутизация консультативно-диагностического детского отделения:



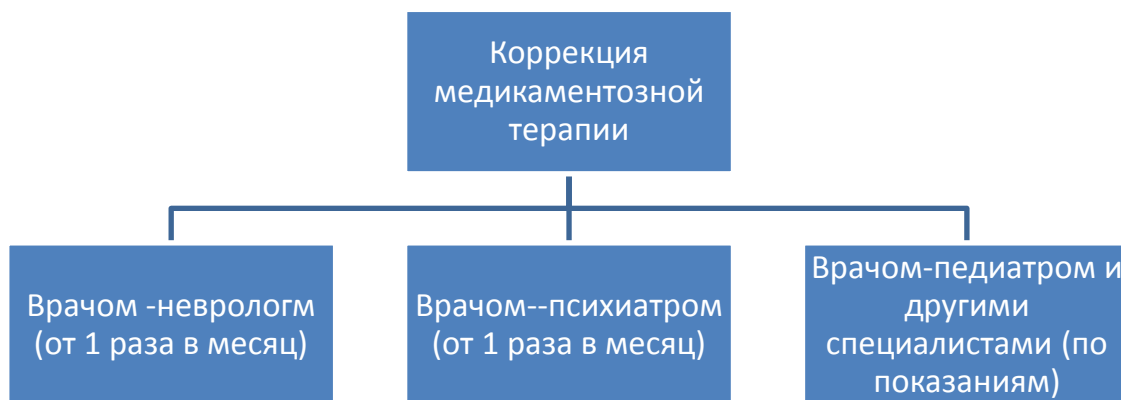
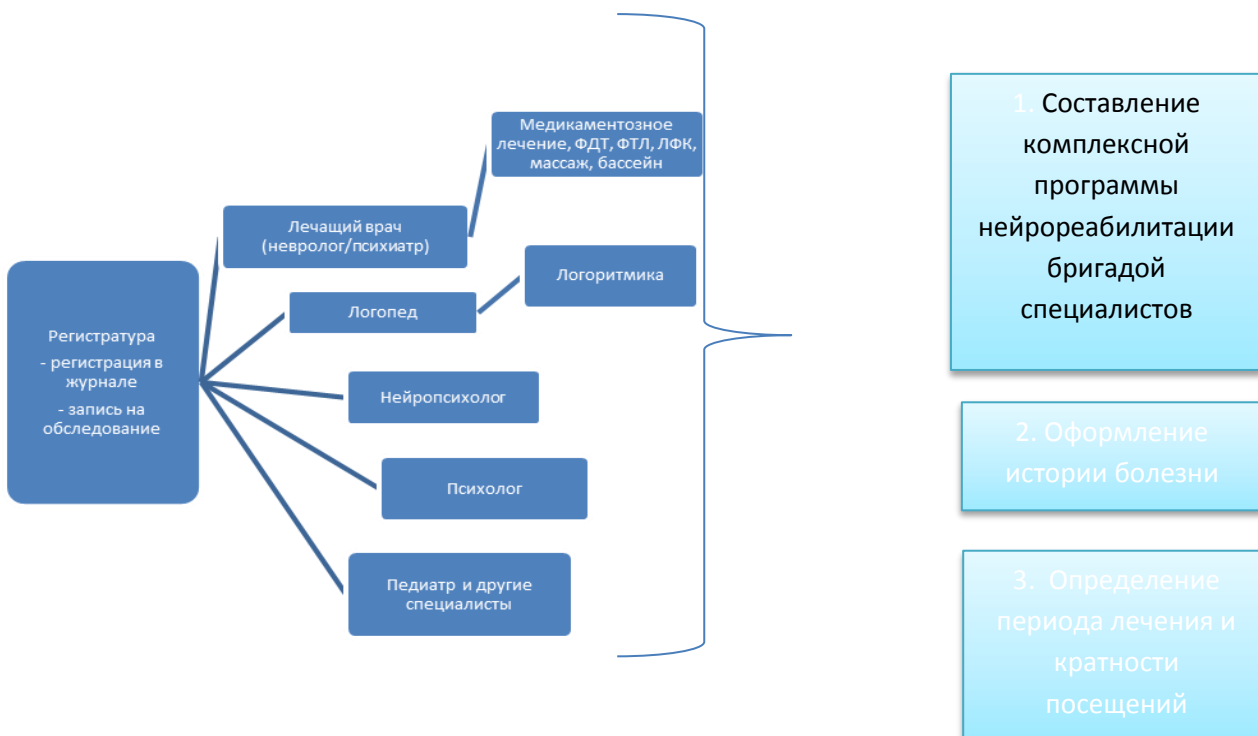


Маршрутизация диагностической работы стационара





Маршрутизация работы амбулаторно-поликлинического отделения







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

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. Критерии оценки качества помощи приведены в таблице «Критерии оценки качества медицинской помощи».

Таблица 5

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Проведен скрининг (анкетирование) всех детей в возрасте двух лет для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в т.ч. уровня речевого развития, в рамках профилактических медицинских осмотров в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.	2	A
2.	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития, в том числе расстройства речевого	2	A

	развития, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза.		
3.	Выполнена электроэнцефалография всем детям с СРПП для диагностической оценки активного течения болезни, выявления косвенных признаков органического поражения ЦНС, обнаружения признаков эпилептической активности и диагностики СРПП.	2	В
4.	Выполнена нейровизуализация (МРТ) детям с СРПП в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание ЦНС.	3	В
5.	Проведены медико-логопедические исследования, восстановительный курс детей с СРПП.	3	С
6.	Проведены клинико-психологическое нейро-психологические исследования и коррекционно-восстановительные процедуры всех детей с СРПП.	3	В
7.	Проведены групповые нейро-психологические коррекционно-восстановительные процедуры всех детей с СРПП	3	В
8.	Проведена психофармакотерапия детям при СРПП в целях улучшения речевых функций	3	С
9.	Проведено диспансерное наблюдение врачом-психиатром с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием.	5	В
10.	Проведено диспансерное наблюдение врачом-неврологом с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием	3	В

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.№5С.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. Глозман 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. Епифанова В.А., Епифанова А.В. Основы реабилитации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 640 с.
 11. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева 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-vuyasnenii-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. Монич 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. Ньюкиктъен 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.
32. Издательство: Общероссийская общественная организация «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига» (Москва)
 33. Хватцев М.Е. Логопедия.М:ВЛАДОС.2009. 272с.
 34. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб.2002.1088с.
 35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p.
 36. American Speech-Language Hearing Association. Definitions of communication disorders and variations. ASHA. 1993; V.35(Suppl 10):40–41. [PubMed].
 37. 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.
 38. 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.
 39. 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].
 40. 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]
 41. 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]
 42. 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].
 43. 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.
 44. 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.
 45. 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)
 46. Kamhi A. Trying to make sense of developmental language disabilities. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 1998;29:35–44. [PubMed] [Google Scholar]
 47. Leonard L. B. Children with Specific Language Impairment. Second Edition. MIT Press.2014. 480p.[Google scholar]
 48. Lord C. Enhancing communication in adolescents with autism.//*Topics in Language Disorders*. 1988.V.9.P.72–81.
 49. 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.
 50. 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]

51. 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.
52. 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]
53. 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]
54. Newbury D.F., Monaco A.P. Genetic advances in the study of speech and language disorders // *Neuron*. – 2010. – Vol.68, N2. – P.309-320.
55. Owens RE, Metz DE, Haas A. *Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective*. 2nd ed. Boston, Mass: Allyn & Bacon; 2003
56. 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
57. SLI Consortium: A genome wide scan identifies two novel loci involved in specific language impairment // *American Journal of Human Genetics*/2002; V. 70. P.384-398.
58. 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]
59. 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.
60. 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]
61. Электронный ресурс. URL: [МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра \(mkb-10.com\)](http://mkb-10.com)
62. 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)
63. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I «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)
64. 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.
65. Янушко Е. Помогите малышу заговорить! -- М.: Теревинф, 2007. -- С. 119, 127, 147, 162.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е., Козлова Е.В. Клиническое применение притинола в нейрорепедиатрии. Вопросы современной педиатрии. 2013;12(4):32-37.
 70. Инструкция по применению кортексина. [Электронный ресурс]. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=6136fcf1-ff72-4706-9722-4a9bcaf74b1a&t=
 71. Инструкция по применению гопантеновой кислоты. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=b7e93193-2400-4fd0-9cd9-f4b3df7d166a&t=
 72. Инструкция по применению пиритинола. [Электронный ресурс]. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=bc592df7-38a0-42b5-a8a9-37741a007b37&t=
 73. Инструкция по применению церебролизина. [Электронный ресурс]. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=47de98b5-0cbe-49c9-918f-7b186db6c7bb&t=
 74. 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>
 75. 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)
 76. 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.
 77. Herbert M.R. Brain asymmetries in autism and developmental language disorder: a nested whole-brain analysis.// *Brain*. 2005. V.128. P.213–226.
 78. 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 Impairme.//*Speech, Language, and Hearing Research*.2011.V.54.N2. P.523-538. doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0151).
 79. Kasper J., Kreis J., Scheibler F., Möller D., Skipka G., Lange S., von dem Knesebeck OI. Population-Based Screening of Children for Specific Speech and Language Impairment in Germany: A Systematic Review//*Folia Phoniatica et Logopeadica/* 2011;63:247–263.DOI: 10.1159/000321000
 80. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. «Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика)» Москва, ИП «Такт», 2010, стр.31)
 81. 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.
 82. 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.
 83. 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.

84. 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.
85. Leonard L.B. Cross-linguistic studies of child language disorders./Handbook of Child Language Disorders. NewYork. Psychology Press. 2009, pp 308–324.
86. 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).
87. 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.
88. 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.
89. 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 // 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.
90. 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.
91. 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
92. 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.
93. Мухина. А.Я. Речедвигательная ритмика. М.-АСТ: Астрель,2008; Владимир: ВКТ, 2009. Монография.
94. Бабушкина Р.Л., Кислякова О. М. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи. Под ред. Г. А. Волковой. Спб.: Каро, 2005.
95. [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/>
96. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М.. Игры в сказкотерапии. - СПб., Речь, 2006. 208 стр.
97. 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.
98. 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

99. Власенкова, Е. В. Логоритмика как форма оздоровительной и развивающей работы с детьми дошкольного возраста / Е. В. Власенкова // Научный поиск. – 2012. - № 2.1. – С. 48
100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. 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
104. 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.
105. 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.
106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. 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
110. 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.
111. 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.
112. 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.
113. 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.
114. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н
115. «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>.
116. Л.А. Боровцова, Л.Ф. Козодаева «Профилактика речевых нарушений у детей раннего возраста». Психолого-педагогический журнал Гаудеамус, № 1 (25), 2015. Стр.-111.
117. Heilmann J. et al. Utility of the MacArthur—Bates Communicative Development Inventory in identifying language abilities of late-talking and typically developing toddlers. – 2005.
118. Giammarco N. MacArthur-Bates Communicative Developmental Inventories (CDI): A Research Synthesis Evaluating Children at 2-36 months. – 2020.

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

1. Шкловский Виктор Маркович	д. псих. н., профессор, академик РАО, ФГБУ «НМИЦПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП
2. Шипкова Каринэ Маратовна	к.псих.н, доцент, в.н.с. ФГБУ «НМИЦ ПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП
3. Милехина Алла Владимировна	к.м.н., ст.н.с. ФГБУ «НМИЦПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП
4. Черёмин Роман Авенирович	к.м.н, главный врач ГБУЗ ЦПРИН ДЗМ, член РОП
5. Аханькова Татьяна Евгеньевна	врач- психиатр высшей категории, зав. детским отделением ГБУЗ ЦПРИН ДЗМ, член РОП
6. Волкова Светлана Валентиновна	к.пед.н., логопед детского отделения ГБУЗ ЦПРИН ДЗМ, член РОП
7. Зиборова Елена Викторовна	медицинский психолог ГБУЗ ЦПРИН ДЗМ, член РОП
8. Ларина Ольга Даниловна	с.н.с. ФГБУ "Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава РФ" доцент кафедры логопедии МПГУ, 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

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

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

**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

**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 лекарственных препаратов

Приложение А3.1

Рекомендации по применению классификаций по диагностике речевых нарушений.
(Сост. Р. И. Лалаева)

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). Моторная алалия. 2.Общее недоразвитие речи (I уровень). Сенсорная алалия. 3.Общее недоразвитие речи (I уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. 4.Общее недоразвитие речи (I уровень). Моторная алалия, заикание. 5.Общее недоразвитие речи (I уровень). Сенсомоторная алалия. 6.Общее недоразвитие речи. Детская афазия. 7.Общее недоразвитие речи (II уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. 8.Общее недоразвитие речи (II уровень). Моторная алалия. 9.Общее недоразвитие речи (II уровень). Моторная алалия, заикание.

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

Пробы, применяемые при нейропсихологическом обследовании ребенка 4-х лет, позволяют установить сформированность таких сфер, как:

I. Практис:

- кинестетический праксис,
- кинетический праксис,
- в том числе особенности динамической организации движений, связанные с межполушарным взаимодействием,
- конструктивный праксис,
- оральный праксис/
- II. Гнозис:
- зрительно-предметный гнозис,

- акустический гнозис.
- III. Память.
 - Зрительная;
 - слухоречевая память.
- IV. Работоспособность и внимание.
- V. Речевые функции: импрессивная и экспрессивная речь.
- VI. Интеллектуальные функции.

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 картинки 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 А3.3 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, 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», «платенко» 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 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 А3.4 Основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста.

Таблица.

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 регулиующую 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 А3.5

Форма № 1
Утверждено Департаментом
образования г. Москвы
«27» июля 2010 г.

Образовательное учреждение _____

РЕЧЕВАЯ КАРТА

Дата заполнения «__» _____ 201__ г.

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____

Родители (законные представители)

1. Рече-языковое развитие

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

Зрительное восприятие

Слуховое восприятие

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 Б. Алгоритмы действий врача.

Первичное обращение родителей с детьми, имеющих речевые нарушения в медицинское учреждение осуществляется самостоятельно или после получения направления на консультацию от врача-педиатра.

При наличии жалоб на состояние ребенка, не относящихся к компетенции учреждения, проводится дополнительная консультация с заведующим структурным подразделением медицинской организации для детей, по итогам которой принимается окончательное решение о целесообразности записи пациента на консультацию к специалистам или о перенаправлении в профильное учреждение системы здравоохранения.

При соблюдении критериев для обращения за консультативной помощью врач психиатр направляет (осуществляет запись) пациента на консультацию к логопеду. С целью уточнения уровня интеллектуального функционирования или степени выраженности аутистических проявлений и других психологических проблем психиатр направляет пациента на консультацию к медицинскому психологу.

При наличии соответствующих показаний врач психиатр может направить пациента на дополнительные обследования как в иные подразделения медицинской организации (например, отделение функциональной диагностики), так и иные организации системы здравоохранения.

В регистратуре заводится карта амбулаторного больного (в электронном и бумажном варианте), назначается консультация соответствующего специалиста, осуществляется маршрутизация пациента в нужный ему кабинет.

По итогам проведенной консультации логопед оценивает речевой статус ребенка, наличие нарушений речевых функций, которые являются показаниями для получения помощи в данной медицинской организации. Также логопед предварительно обращает внимание и

фиксирует наличие у ребенка или подростка особенностей когнитивной деятельности и поведения, которые могут быть противопоказаниями как занятий в условиях логопедической группы, так для получения помощи в условиях данного учреждения. Результаты проведенного осмотра специалист оформляет в виде записи в амбулаторной карте (в бумажном и электронном виде).

После приема логопеда пациент направляется на консультацию к врачу-психиатру и врачу-неврологу. В ходе осмотра специалисты оценивают психический, неврологический, отчасти соматический статус пациентов, и по его итогам определяют диагноз, формулируют рекомендации по дальнейшей маршрутизации, выявляют и фиксируют противопоказания для лечения.

По итогам осмотра пациента тремя специалистами, заведующий отделением определяет необходимость консультации ребенка медицинским психологом, осуществляет контроль оформления и содержания амбулаторной карты, формулирует рекомендации для врачебной (отборочной) комиссии, в компетенцию которой входит дальнейшая маршрутизация пациента. Свои рекомендации заведующий оформляет в виде медицинского заключения (в бумажном и электронном виде).

После получения карты с медицинским заключением от заведующего отделением медицинская сестра передает амбулаторные карты на врачебную (отборочную) комиссию. Основной задачей врачебной (отборочной) комиссии является оценка психического, неврологического, речевого и психологического статуса детей, определение возможных реабилитационных мероприятий на основании заключений специалистов (прошедших обследование, с целью определения реабилитационного потенциала ребенка) показаний и противопоказаний для лечения и реабилитации в данном медицинском учреждении.

Решения отборочной комиссии могут быть следующими:

- Признание целесообразным лечения и направление пациента в одно из лечебных подразделений (стационарное отделение с круглосуточным пребыванием, дневной стационар, проведение курса коррекционных занятий в КДО для детей).
- Признание нецелесообразным лечения в условиях данного медицинского учреждения и направление пациента на лечение в другое профильное учреждение или по месту жительства
- Признание нецелесообразным лечения в условиях данного медицинского учреждения и направление пациента для получения помощи по месту жительства.
- Признание нецелесообразным лечения в условиях данного медицинского учреждения и направление пациента для получения помощи в организациях других ведомств (Департамент социальной защиты населения, Департамент образования).

Основными критериями маршрутизации пациентов являются следующие.

В стационарное отделение с круглосуточным пребыванием госпитализируются пациенты с выраженными нарушениями двигательных функций, делающие обязательным использование дополнительных средств опоры при передвижении, значительные нарушения ориентировки в пространстве, особенности психического состояния, требующие круглосуточного врачебного наблюдения.

В дневные стационары госпитализируются пациенты без выраженных двигательных нарушений, имеющие нарушения речи средней и тяжелой степени без нарушений ориентировки, психическое состояние которых не требует круглосуточного наблюдения.

Направление в другие учреждения осуществляется при наличии противопоказаний со стороны психической сферы, а также при наличии заболеваний центральной нервной системы, исключающих возможность проведения полноценных реабилитационных мероприятий.

Госпитализация в стационарное отделение с круглосуточным пребыванием определяется очередностью обращения и наличием прав на внеочередное обслуживание.

При госпитализации в дневные стационары дополнительным фактором является комплектование групп с учетом возраста ребенка, уровня его речевого развития, вида нарушения речи, степени тяжести расстройств и наличия сопутствующих факторов (особенностей внимания, работоспособности, поведения и эмоциональной сферы), класса обучения и образовательного маршрута (для школьников). Детям, которые поступают в 1 класс в текущем году, курс занятий не назначается в адаптационный период (1-3 четверти учебного года).

Курс лечения в стационарном отделении с круглосуточным пребыванием предусматривает непрерывное нахождение пациента в отделении с возможностью предоставления лечебных отпусков для закрепления навыков и проверки эффективности лечения в привычной социальной среде.

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

Дата осмотра:

Осмотр врача психиатра

На приеме с мамой.

Фамилия имя ребенка:

Возраст – (г.р.)

Жалобы при осмотре. На отсутствие вербальных средств общения / не говорит / задержку речевого развития / недостаточно понимает инструкции, отстает в психоречевом развитии/ эхолалии/ нарушение звукопроизношения/ смазанную дикцию / аграмматизмы / трудности составления пересказа /трудности усвоения навыков чтения /письма.

Особенности поведения / особенности эмоциональной сферы, смены настроения \ нарушения поведения/ трудности социальной адаптации.

Наследственность: психические заболевания отрицаются /имеются/ позднее речевое развитие у родителей и ближайших родственников ребенка.

Анамнез заболевания.

На отставание в развитии речи стали обращать внимание с ...лет. До этого времени не придавали особого значения.

Впервые обратились к специалисту (*врачу*) в возрасте ... лет.

После обследования поставлен диагноз – последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС /задержка речевого развития/ задержка психоречевого развития/ аутистические проявления. Наблюдаются у врача систематически /не регулярно, не наблюдаются. Лечение получали регулярно /не регулярно. Последний курс медикаментозной терапии -

Консультация логопеда в ... лет. Занятия с логопедом /дефектологом с ...лет, проводятся регулярно ...раз в нед до н\времени. Отмечено улучшение в речевом и общем состояниях.

С психологом: занимались / не занимались.

Навыки самообслуживания сформированы по возрасту.

Навыки самообслуживания: в настоящее время ребенок сам умеет частично одеваться, но чаще одевает мать . Умеет есть сам, но предпочитает, чтобы кормили, /опрытен/ ночью спит в памперсах

Со слов родителей ребенок - знает близких / выделяет при встрече / обращается – мама, папа. / не обращается. Себя не обозначает, показывает где МИША . Части тела показывает / не показывает , выполняет инструкцию – дай ручку/ ножку.

Предметы бытовые – ориентирован / по просьбе приносит чашку/ садится на стул. Инструкции выполняет всегда /избирательно по желанию/ часто игнорирует. Животных

– показывает, не показывает / оречевляет – мяу, авв, муу. / не оречевляет. Цвета - соотносит / в стадии формирования / знает.

Игровая деятельность – перекладывает предметы / манипулирует любит веревочки, песок, ролевые игры в стадии формирования, не любит Коммуникативные жесты редко использует / часто использует / чаще указательная жестовая речь.

В поведении слабо организован/ трудности контакта / социальной адаптации.

Дома занятия организованы регулярно / не регулярно.

Анамнез жизни :

Семья состоит из Человек /родители и ребенок /

родители и ... детей. Ребенок старший, средний, младший из детей.

Отношения с сестрой/братом доброжелательные/ чаще конкурентные.

Родители в разводе в течение лет. Ребенок проживает с мамой и отчимом, отношения с которым хорошие / не очень хорошие. С отцом встречается редко/ часто/ еженедельно.

Отношения в семье спокойные/с небольшими конфликтами/ с частыми ссорами и конфликтами.

Мать лет, образование -, работает/не работает по профессии -... . Считает себя общительной / избирательно общительной / мало общительной. По характеру чаще спокойная / сдержанная / эмоциональная /раздражительная /склонна к тревожным состояниям / импульсивная / ранимая/ обидчивая /педантичная.

Отец ... лет, образование - , работает, не работает. Считает себя общительным/ избирательно общительным / мало общительным. По характеру чаще спокойный / сдержанный / эмоциональный / импульсивный / педантичный /властный.

Взгляды на воспитание у родителей: чаще одинаковые/ чаще разные / иногда разные.

Родители чаще не наказывают ребенка, наказывают ругают /и угрожают / лишают чего-то / тайм аут / ставят в угол.

Ребенок от ... беременности; родов; в лет. (1 бер. м\а , вык.)

В 1 половине беременность протекала физиологично / с легким / средним / тяжелым токсикозом. Угроза выкидыша в нед / повышенный тонус матки в нед. Лечение проводилось амбулаторное/ стационарное/ дневном стационаре / получала гормоны/ перенесла ОРВИ в нед.

Во 2 половине беременность протекала физиологично / с легким / средним / тяжелым токсикозом. Угроза выкидыша в нед / повышенный тонус матки в нед. Лечение проводилось амбулаторное/ стационарное/ дневном стационаре . В течение беременности отмечались анемия / отеки / гистоз/ большая прибавка в весе /повышенное /пониженное АД

Роды на неделе; вызваны / после осмотра / начались самостоятельно с отхождения вод / начались самостоятельно со схваток. Проводилась амниотомия / стимуляция /обезболивание / механическое выдавливание. Длительность родов ... час.

Вес ; Длина см.; Апгар 8\9 ; К груди приложили на сутки. Выписан на сутки / переведен в отделение

Роды на нед; оперативные плановые / внеплановые по показаниям \из-за слабости родовой деятельности. Вес.... ; Длина см; Апгар 8\9 ; К груди приложили насутки. Ребенок выписан насутки /переведен в отделение....

В раннем возрасте ребенок был достаточно спокойным / не очень спокойным /беспокойным. Отмечались нарушения сна / чуткий сон / срыгивания . Неврологом не наблюдался / наблюдался.

Грудью мама кормила до ...мес ; ребенок спит в своей кровати / в постели с родителями / часто ночью перебирается в кровать к родителям.

Психомоторное развитие : голову держит с .. мес.; сидит с .. мес.; ползал - да / мало / нет. Самостоятельно пошел в ... мес.

Речевое развитие: гуление с ...мес; лепет с мес.; первые слова с мес.; простая фраза с мес.; Развернутая фраза с мес.

С ... до ... лет часто использовала жестовую речь.

Регресс речи в возрасте ...

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

Профилактические прививки по возраст / по индивидуальному графику/ отказ. . ЧМТ и операций не было; операции – аденотомия.

Судороги, снохождение, сноговорение тиков, энуреза- не было. Тики с ... лет; тики лицевые, лечение. Энурез до ...лет, не лечились/лечились.

Ночное засыпание: не затруднено /долго не засыпает /засыпает чаще в присутствии матери /часто встает просит попить. Режимные моменты в семье соблюдаются /не всегда соблюдаются. Аппетит не нарушен / снижен /избирателен. Днем не спит дома с ... лет.

Состояние сна: спокойный / беспокойный /энурез.

Страхи: не выражены / тревожен

Ребенок воспитывается дома.

Ребенок начал посещать д\сад: с ... лет; массовый / специализированный / частный / ГКД

Адаптировался со слов матери легко / не очень тяжело / трудно; расставался с матерью спокойно / с трудом;

В д\саду ребенок предпочитал играть один /с детьми / стал часто болеть. Логопедические занятия в д\саду с ... лет. Сейчас посещает д\с охотно.

Кроме д\сада ребенок посещает занятия танцами / гимнастикой/ бассейн/ в Центре развития.

Во время беседы с мамой ребенок:самостоятельно занимается игрушками \ к игрушкам интереса не проявляет /сидит рядом с ней, /пассивен /очень подвижный / «полевое поведение"

-перебывает взрослых,

-своим поведением обращает на себя внимание.

Соматическое состояние.

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

Психическое состояние.

Речь ребенка.

Основной диагноз.

Сопутствующий диагноз:

План нейрореабилитации (выбрать необходимое):

1. Индивидуальные / групповые занятия с логопедом,
2. Индивидуальные / групповые занятия с медицинским психологом
3. Проведение психиатрического освидетельствования врачом психиатром, определение ведущего клинического синдрома, назначение по показаниям психофармакотерапии.
4. Консультации родителям.
5. ЭЭГ
6. ТКД.

Приложение В. Информация для пациента.

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 ОНР 2, ОНР3 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 [86].

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 четырехлетнего 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: *p* горловое; *p* 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 ребёнку овладеть 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», «платенко» 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 ребёнку 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 серьёзных заболеваний (аутизма, нарушения слуха, работы центральной нервной системы, отклонения в интеллектуальном развитии и т. д.). Помощь ребёнку с речевым нарушением это системный подход, который требует комплексности, регулярности. Благодаря своевременной коррекционной работе, есть возможность подготовить ребёнка к школе и предупредить последствия, которые могут возникнуть (дисграфия, дислексия и др.)[65].

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

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, ища 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. Помашаи (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 пойдём?	
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 цыпленке		
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 колокольчике			30. тсс	Тише!		
12. жж	о насекомых			31. тук-тук	стучать; стучаться		
13. иа	об ослике			32. ту-ту, чухчух	о поезде, паровозе		
14. иго-го, цокающий звук	о коне, лошади			33. уу	о волке		
15. кап-кап	о дожде, воде			34. фу	о горячем; о запретном		
16. кар	о вороне			35. хрр, хрю	о свинке		
17. ква	о лягушке			36. чик	включить		
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. вставлять			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. какать			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

A. 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 процентиля от 5 до 99-й, и проанализируйте пассивный лексикон ребенка. Медиана (50-я перцентиль) 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 перцентиль, 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)

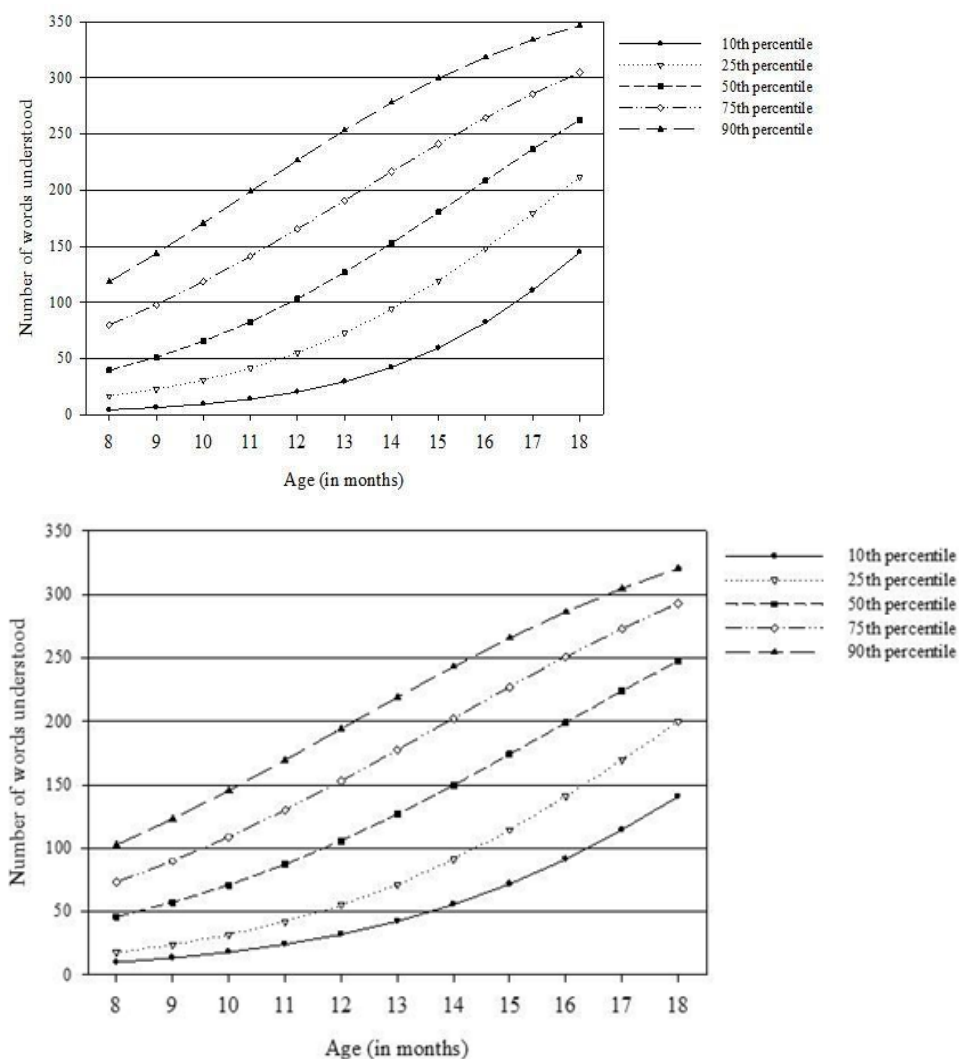


Рис. 2. Оценки перцентилей для понимаемых слов (мальчики)

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 перцентили 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 перцентили 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 процентилей 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)

	Возраст (мес.)									
%-ль	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).

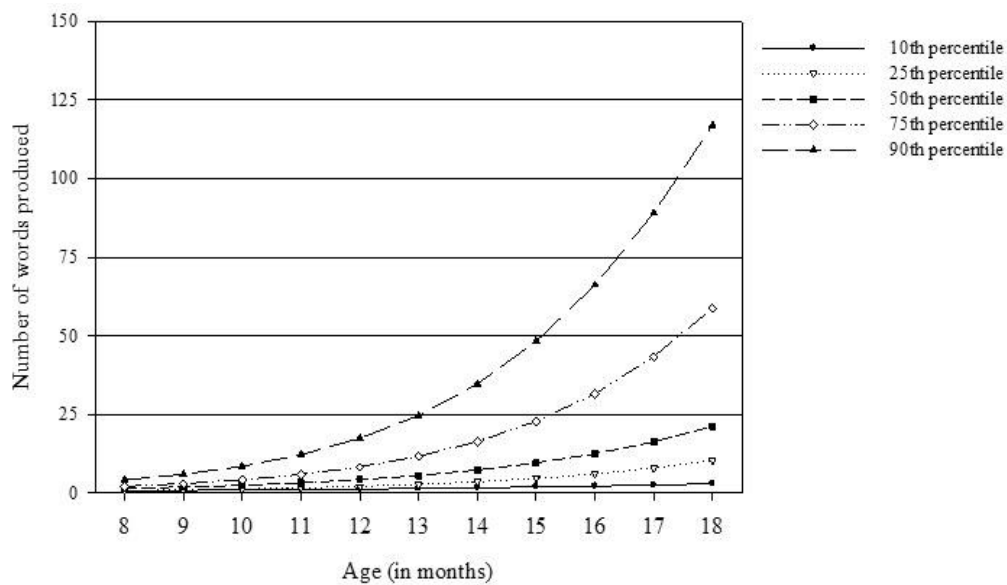
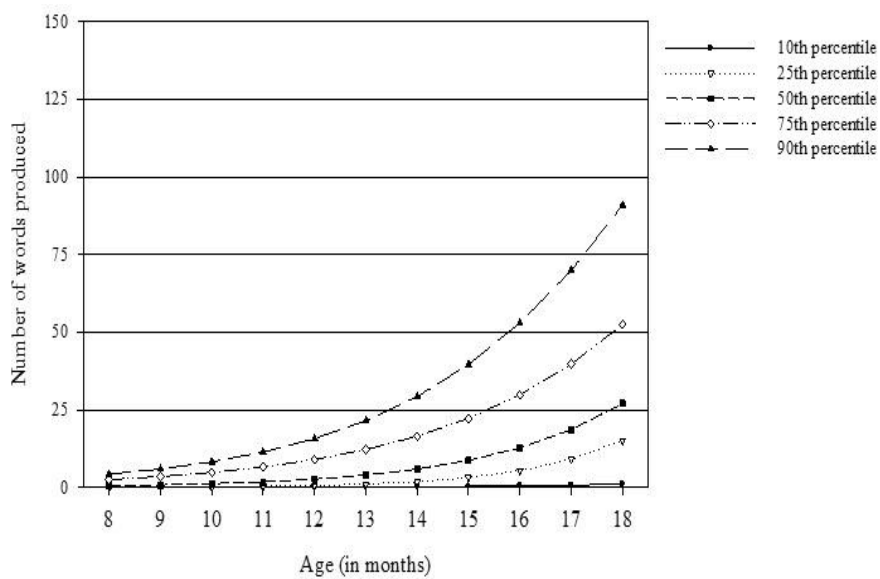


Рис. 3. Оценки процентилей для произносимых слов (девочки)

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)

%-%	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 перцентилей 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 перцентильям.

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

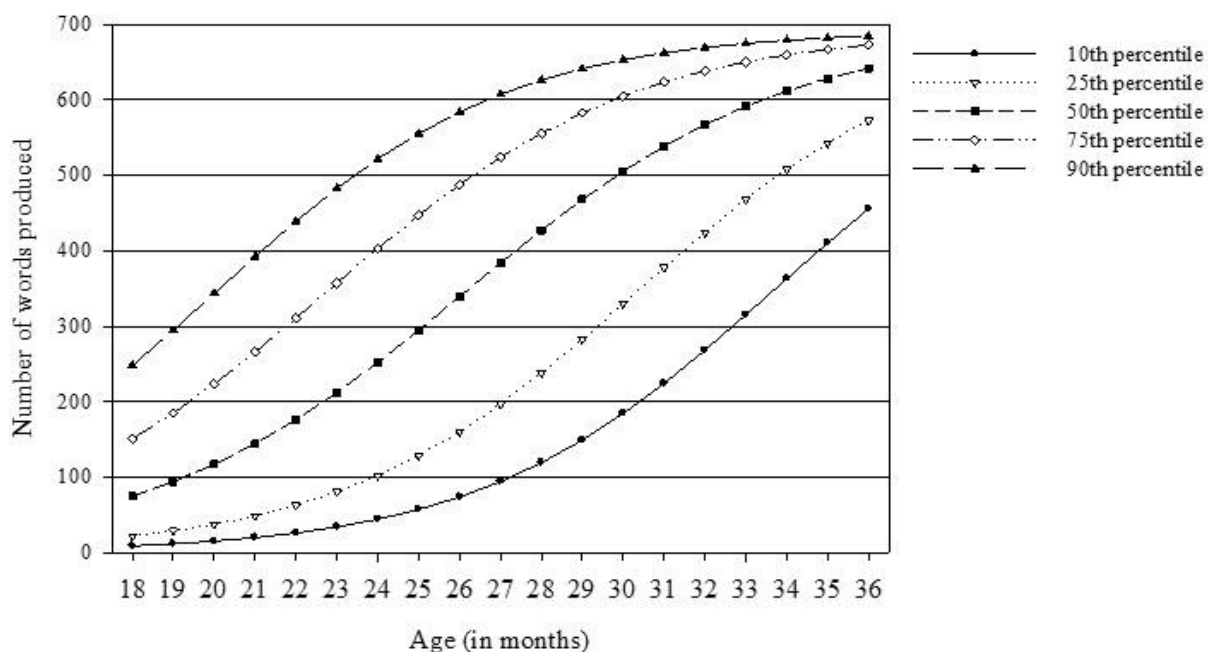
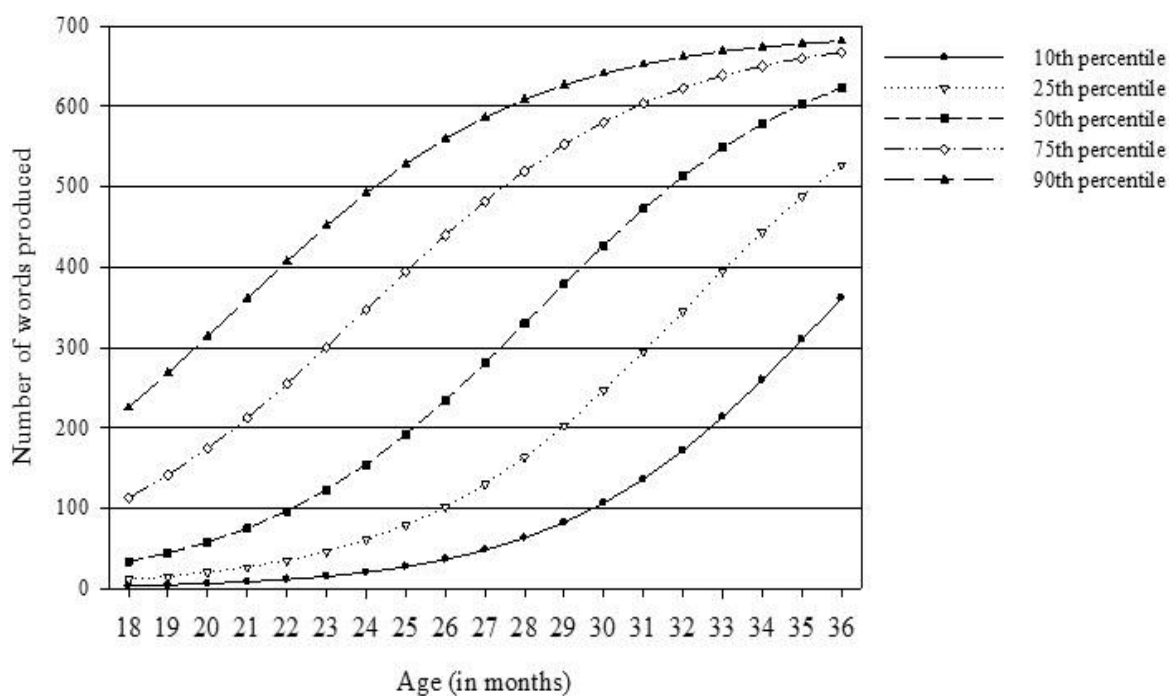


Рис. 5. Оценки процентилей для произносимых слов (девочки)



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ил, некоторая задержка речевого развития — 10-я百分ил, а свидетельство значительной задержки — 5-я百分ил. 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, см.: [6, с. 53, 56]). Анализ заполненного опросника также поможет специалисту указать родителям на недостатки их речевого взаимодействия с ребенком и помочь устранить их.