



УТВЕРЖДАЮ  
Президент  
Российского общества психиатров  
Н.Г. Незнанов  
2024 г.

Клинические рекомендации

## Специфические расстройства развития речи у детей

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F80.0, F80.1, F80.2, F80.88**

Возрастная группа: Дети

Год утверждения: 202

Год пересмотра: 202

Разработчик клинической рекомендации:

**Российское общество психиатров**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	4
1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ).....	6
1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ).....	6
1.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ).....	9
1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ).....	11
1.4. ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ .....	12
1.5. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ).....	15
1.6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ).....	17
2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ), МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ .....	28
2.1. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ .....	28
2.2. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	29
2.3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	29
2.4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	29
2.5. ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	30
3. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИИ, ДИЕТОТЕРАПИЮ, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	35
3.1. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКИ-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ.....	35
3.2. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ. ....	37
3.3. ЛЕЧЕНИЕ АППАРАТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ. ....	41
4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ .....	42
5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ.....	43
6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	45
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	49
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	51

<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПЕРЕСМОТРУ</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ .....</b>	<b>66</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ .....</b>	<b>67</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА.....</b>	<b>70</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА.....</b>	<b>100</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г1. ОПИСАНИЕ УРОВНЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПО Р.Е. ЛЕВИНОЙ,</b>	
<b>Т.Б.ФИЛИЧЕВОЙ.....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ НОРМАТИВНОГО РАННЕГО</b>	
<b>ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ .....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г3. АДАПТИРОВАННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ РАННЕГО</b>	
<b>ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» И ВЫДЕЛЕНИЯ «ГРУПП</b>	
<b>СПЕЦИФИЧЕСКОГО РИСКА СРРР» .....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г4. КАРТА РЕЧЕВОГО ПРОФИЛЯ.....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г5. ПРОГРАММЫ РЕЧЕВОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г6. ПРИНЦИПЫ И НАПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО</b>	
<b>СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СРРР.....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

**ДЭПД** - доброкачественные эпилептиформные паттерны детства

**ЗРР** – задержка речевого развития

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

**ОНР**- общее недоразвитие речи.

**ПМПК** – психолого-медико-педагогическая комиссия.

**РАС** – расстройства аутистического спектра

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

**СДВГ** – синдром дефицита внимания и гиперактивности.

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

**Семья «ФН-»** семья, в которой у родственников не было нарушений речевого развития.

**СЛК** - Синдром Ландау-Клеффнера

**СМА** - сенсомоторная алалия

**ПП ЦНС** – перинатальное поражение центральной нервной системы.

**ТКМП** - транскраниальная микрополяризация

**ТМС** – транскраниальная магнитная стимуляция

**ФН** - фонетические нарушения

**ФФН** - фонетико-фонематическое недоразвитие

**ЭЭГ** – электро-энцефалография

**SLI** - Specific language impairment - специфическое нарушение развития речи.

## **ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

**Аффрикаты** — согласные звуки, состоящие из смычного и щелевого компонентов Ц, Ч.

**Вибранты** - дрожащие, раскатистые согласные, при произнесении которых струя воздуха заставляет активный орган вибрировать (или дрожать): Р, Ж.

**Гаммацизм** - искаженное произнесение звуков Г и Г'.

**Группа специфического риска СРРР** – когорта детей, родителями (лицами,

осуществляющими уход), которых отмечаются нарушения развития навыков речи и коммуникации: отсутствие речи, задержка этапов ее формирования, выраженное нарушение звукопроизношения до степени неразборчивости речи, оценка психо-речевого развития которых по результатам медицинского скринингового интервью свидетельствует о высокой вероятности наличия СРРР.

**Дефекты озвончения** – недостатки произношения звонких согласных, приводящие к их замене парными глухими звуками

**Дефекты смягчения** – недостатки произношения мягких согласных, приводящие к их замене парными твердыми звуками

**Йотацизм** - искаженное произнесение звука Й.

**Каппацизм** - искаженное произнесение звуков К и К'.

**Ламбдацизм** - искаженное произнесение звуков Л и Л'.

**Парафазии** - замена правильных звуков, букв, слогов, слов другими, не соответствующими нормам и правилам языка

**Ринолалия** -- нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата

**Ротацизм** - искаженное произнесение звуков Р и Р'.

**Сигматизм** – искаженное произнесение свистящих (С, С', З, З', Ц) и шипящих (Ш, Ж, Ч, Щ) звуков

**Смещения** - специфические нарушения артикуляции в виде взаимозамены вновь усвоенного звука бывшим субститутотом

**Соноры** – согласные, в образовании которых голос преобладает над шумом. К сонорным согласным относятся звуки М, Н, Л, Р. К этой же группе принадлежит согласный звук Й.

**Субституции** - специфические нарушения артикуляции в виде замены звука другим правильно произносимым звуком, сходным по способу образования, и/или по месту артикуляции, и/или по активному действующему органу артикуляции, и/или по признаку твердости/мягкости

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

**Фонетические нарушения** – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков.

**Хитизм** - искаженное произнесение звуков Х и Х'.

**Элизии** – специфические нарушения артикуляции в виде пропусков звука/звуков

## **1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

### **1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Среди многочисленных расстройств, сопровождающихся ограничениями функционирования в сфере речи, рассматриваемая группа состояний: специфическое расстройство развития речи (СРРР) занимает широкую нишу с распространенностью 5 – 8% среди детской популяции [122, 123]. СРРР попадают в сферу деятельности нескольких врачебных дисциплин (психиатрия, неврология, педиатрия). Целью данных клинических рекомендаций является достижение национального медицинского консенсуса в отношении данной патологии.

Рассматриваемые в настоящих клинических рекомендациях состояния из группы СРРР (специфическое расстройство речевой артикуляции или дислалии, расстройство экспрессивной речи или дисфазия развития по экспрессивному типу, расстройство рецептивной речи или дисфазия развития по импрессивному типу) характеризуются первичными нарушениями развития речи. Ребенок в этих случаях имеет соответствующий возрасту интеллект, нормальный слух и нормальные условия для овладения речью, задержка в развитии проявляется без предшествующего периода нормального развития [80]. В соответствии с классификацией МКБ-10 эти нарушения отнесены к подрубрикам F.80.0, F 80.1, F 80.2, а также G 96.8. Под данными расстройствами понимают такие расстройства речи, при которых нормальное речевое развитие нарушено с ранних этапов и не является следствием черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, эпилепсии, нейродегенеративных заболеваний, аутизма, задержки психического развития, умственной отсталости, тугоухости и других заболеваний ЦНС [1, 28, 124].

Дети со специфическим расстройством речевой артикуляции испытывают трудности только с произношением отдельных речевых звуков (F 80.0). Для обозначения данного расстройства также используется термин дислалия.

Дети с расстройствами речи по экспрессивному или импрессивному типу (F 80.1; F80.2) испытывают трудности при понимании речи и/или произношении слов, предложений.

Отношение представителей научного и профессионального сообщества к постановке диагноза при речевых нарушениях варьируется в широких пределах. Осторожная позиция ряда авторов во многом связана с опасениями стигматизации, а также риске смещения фокуса внимания при анализе речевых расстройств на медицинские аспекты проблемы с недооценкой роли индивидуальных особенностей развития, социума, семьи и образования.

Противоположное мнение строится на том, что использование общепринятых нозологических единиц и выверенных критериев диагностики необходимо для определения той категории пациентов, которые нуждаются в комплексной лечебно-педагогической помощи и юридически закрепляют за ними право на создание специальных условий образования, профильное лечение и реабилитацию. Наряду с этим унифицированные подходы к диагностике речевых расстройств позволяют обеспечить более корректный и соотносимый по разным показателям учёт заболеваемости и, как следствие, улучшение качества и достоверности научных исследований [91].

В отечественной психиатрической литературе утвердилось деление речевых нарушений на парциальные задержки речевого развития и общие формы речевого недоразвития (алалии) [18, 43]. В опубликованных за последние десять лет российских руководствах по детской и подростковой психиатрии речевые задержки рассматриваются в рамках описания нарушений психического развития (пограничной интеллектуальной недостаточности) [18], [60]. Авторы Национального руководства по психиатрии акцентируют внимание на противоречии между термином «алалия» и СРРР [61].

В современной российской медицинской научной и практической литературе часто встречается термин дисфазия развития (developmental dysphasia) [22, 53], который активно используется в детской неврологической практике. Диагностика и лечение данных речевых расстройств представлены в федеральном руководстве по детской неврологии [70]. При этом группа данных состояний на практике кодируется в подрубрике МКБ-10 G 96.8 Другие уточнённые поражения центральной нервной системы.

В зарубежных источниках встречается множество определений, соответствующих критериям СРРР:

- инфантильная речь (infantile speech) [129],
- отставание в развитии речи (delayed speech) [126],
- расстройство языка (language disorder) [138];
- нарушение коммуникации (communication impairment) [127]
- нарушение развития речи (developmental language impairment) [117];
- расстройство развития речи (developmental language disorder) (Laasonen M. Et al., 2018). [120]

Авторы мультинационального мультидисциплинарного исследования, проведенного методом «Дельфи» в отношении диагностических критериев СРРР, обращают внимание на проблему смешения в наименованиях речевых нарушений таких разнородных понятий, как

язык, речь и коммуникация, считая, что разделение этих понятий имеет практическое значение [89]. Языковая функция при этом включает в себя восприятие и воспроизведение слов и предложений с целью обмена мыслями и информацией, который может происходить в устной, письменной и знаковой модальностях. Речь – способность к корректному воспроизведению используемых для языкового общения звуков. Коммуникация – широкое понятие, охватывающее различные вербальные и невербальные способы передачи информации. Язык – система знаков и набор правил их использования для построения высказываний. Речь – форма реализации этих правил посредством порождения высказываний в звуковой форме [44].

Участники консенсусного исследования CATALISE [89] считают некорректным использование для обозначения речевых расстройств термина «задержка», которая предполагает отставание параметров речевого развития на определённое количество стандартных отклонений и постепенное выравнивание темпов развития до нормативных значений по мере созревания ЦНС. СРРР же, как иные нарушения нейроразвития, предполагают сохранение остаточных проявлений не только в границах детского возраста, но и на более поздних этапах онтогенеза, о чём свидетельствуют данные катамнестических исследований [97, 116].

Не умаляя важности раннего выявления речевых и иных нарушений психического развития [143], некоторые исследователи обращают внимание на то, что у детей с замедленным темпом речевого развития («late talkers»): с ограниченным активным словарным запасом в возрастном интервале от 18-24 месяцев, - речевые функции часто восстанавливаются в нормативных границах без коррекционного вмешательства, подчёркивая тем самым, что темповая задержка речевого развития не всегда коррелирует с СРРР [139]. По мнению Ньюкиктьен Ч., диагноз задержки речи может быть поставлен до двух с половиной лет [53].

В то же время многие авторы делают акцент на важность раннего скрининга нарушений со стороны речи и иных параметров психики с установлением для каждого возрастного этапа тех тревожных сигналов («красных флагов»), которые должны служить сигналами для родителей, врачей, педагогов, определяя необходимость углублённого обследования ребёнка у профильных специалистов [90, 111].

Большинство исследователей сходятся во мнении, что использование при формулировке диагноза СРРР термина «специфический» подчёркивает первичный (идиопатический) характер речевых нарушений, противопоставляя их вторичным речевым расстройствам, возникающим в структуре иных психоневрологических нарушений, а также



возникающих вследствие дефекта слухового анализатора [91]. Вместе с тем данная группа расстройств имеет полиморфную этиологию, весомую роль в которой играют биологические факторы [6, 49, 26, 134, 135]

## **1.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

По вопросу об этиологии (причинах) СРРР и ее патогенезу (мозговых механизмах) в нет единства мнений. В настоящее время СРРР, как и прочие нарушения нейроразвития, рассматривается как патология, имеющая полиморфную этиологию. Среди основных этиологических факторов можно выделить наследственные, церебрально-органические и социально-средовые [26, 79, 84, 87, 135]. В виду полиморфизма этио-патогенетических факторов и клинических особенностей речевых нарушений на сегодняшний день не существует надёжных рутинных лабораторных и инструментальных методов, которые с высокой достоверностью позволяли бы диагностировать СРРР [91].

### **Этиология**

#### ***Наследственность***

На наследственную природу СРРР указывают результаты изучения семейного анамнеза. Процент встречаемости детей с СРРР в семьях с отягощенным анамнезом по СРРР составляет около 20%-30%, тогда как в общей популяции достоверно ниже СРРР отмечаются в 40%-60% случаев у одного из близких родственников («семьи FH+»). Риск развития СРРР при этом 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-») [96]. От 50% до 70% детей с СРРР имеют в близком окружении не менее одного члена семьи с подобным нарушением [153].Monozygotic близнецы мужского пола демонстрируют более высокий риск развития речевых нарушений (70%) по сравнению с dizygotic близнецами (46%) [92].

Опубликованы данные исследований, в которых делается попытка установить участки хромосом, заключающие гены, ответственные за речевые нарушения у детей: FOXP2, CNTNAP2, ATR2C2, CMIP [133]. Так, например, локус в хромосоме 16 предположительно ассоциирован с низкой способностью выполнения теста на повторение набора слогов, тогда как локус в хромосоме 19 - с низкой способностью выполнять тесты на экспрессивную речь [88, 106].

Из более ранних работ интерес представляет теория правостороннего смещения

Аннетт, согласно которой предпосылкой для возникновения отклонений обычного левополушарного паттерна латерализации в отношении речи и сопутствующего мануального предпочтения является отсутствие гена «правого сдвига», или RSGена [98].

### ***Церебрально-органические***

Факторами риска СРРР являются резидуально-органические церебральные нарушения [1, 109, 154]. Анамнестические указания на наличие у детей с СРРР вредностей антенатального, перинатального и раннего постнатального периодов, по данным ряда авторов, встречаются в 75-85% случаев. Они представлены следующими осложнениями: токсикозами беременности, угрожающими выкидышами вследствие резус-конфликта, соматическими заболеваниями у матери в стадии декомпенсации, недоношенностью, инфекциями, гипоксически-ишемическим поражением и травмами ЦНС в перинатальном периоде [44, 76]. Катамнестические исследования недоношенных детей выявили у данной категории пациентов задержку речевого развития, а в школьном возрасте – трудности обучения, проблемы с чтением и письмом, концентрацией внимания и контролем поведения [30]. У детей, родившихся в тяжелой асфиксии, сроки проявления первого лепета и первых слов запаздывают на 3-6 месяцев [64]. Представленном в научной литературе мета-анализе оценка по шкале Апгар ниже 5 баллов рассматривается как достоверный фактор риска развития СРРР [142].

### ***Социально-средовые факторы***

Негативное влияние на речевое развитие может оказывать социально-педагогическая запущенность, сенсорная депривация, воспитание в семье с низкой речевой составляющей коммуникации, недостаточный контакт и игры со сверстниками, воспитание в билингвальных семьях [89]. Наибольшая чувствительность к депривационным воздействиям наблюдается в том возрастном диапазоне, который является сенситивным периодом для развития речевых способностей [14].

Преципитирующими экзогенными факторами задержки когнитивного развития могут служить разнообразные соматические заболевания ребенка, которые усложняют течение заболевания и затрудняют их коррекцию. Так имеются данные о негативном влиянии на развитие когнитивных (и в тч речевых) навыков гипотиреоза [37, 82], синдрома обструктивного апноэ сна СОАС [8, 46]. Учет этих факторов необходим для корректной верификации СРРР при проведении диагностических мероприятий и построении комплексной программы лечения.

### **Патогенез**

При обычном неврологическом обследовании и использовании традиционных лабораторных методов (электроэнцефалография, нейровизуализация) по меньшей мере у половины детей с речевыми нарушениями не выявляется каких-либо отклонений, что, однако, не даёт оснований отрицать их нейробиологическую природу. В процессе онтогенеза, начиная с самого рождения, система мозговых структур, обеспечивающая функции, связанные с устной речью, подвержена динамическим изменениям, среди которых можно отметить ретракцию аксонов и образование синаптических связей, утверждение к 4-5 годам доминантности левого полушария, формирование адекватных межполушарных связей посредством мозолистого тела и др. Различные нарушения пренатального развития (например, процессы клеточной миграции, физиологической эмбриональной гибели клеток), поражения мозговых структур в пре- и постнатальном периоде могут негативно сказываться на нейроразвитии [53].

Полезный материал для дальнейших исследований дают результаты инструментальных методов диагностики. Приводимые в научной литературе данные электроэнцефалографических исследований фиксировали проявления морфофункциональной незрелости биоэлектрической активности мозга у детей с СРРР, которые, однако, нельзя рассматривать в качестве специфического феномена [44, 76]. Исследования методом акустических вызванных потенциалов выявили у пациентов атипичный электрофизиологический ответ на аудиторные стимулы [19]. МРТ-исследование с оптимизированной морфометрической оценкой на основе вокселей у детей с СРРР показало меньший объем серого вещества по сравнению с контрольной группой в правой постцентральной теменной извилине, а также увеличение объёмов спинномозговой жидкости [108]. Данные функциональной МРТ выявили у пациентов с СРРР атипичную латерализацию и функционирование основных языковых областей головного мозга [99].

### **1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Частота встречаемости СРРР у детей варьируется в пределах 4-8% [23, 61, 76, 83, 153]. У детей дошкольного возраста этот показатель чуть выше 5-10% [93]. СРРР чаще отмечается у мальчиков, их преобладание, по данным литературы, характеризуется величинами от 1,3:1 до 5,9:1 [44, 149, 152].

Распространенность наименее сложных и сравнительно легко устранимых вариантов СРРР – дислалий (специфическое расстройство речевой артикуляции) имеет тренд к росту распространенности с 8–17 % в 1950-е годы до 52,5 % к концу XX века [72].

Вариабельность используемых при определении речевых нарушений терминов, низкий уровень обращаемости с речевыми нарушениями к медицинским специалистам или использование номенклатуры речевых диагнозов в тех случаях, когда речевая патология представлена в структуре иных заболеваний и состояний и носит вторичный характер, затрудняют адекватную оценку заболеваемости.

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

#### **1.4.ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ**

В МКБ-10 СРРР включены в рубрику F80 - F89. Общими признаками расстройств данной рубрики являются:

- а) начало обязательно в младенчестве или детстве;
- б) повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- в) постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

##### **F80 Специфические расстройства развития речи и языка**

Это расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояния нельзя объяснить неврологическим или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами. Ребенок может быть более способен общаться или понимать в определенных, хорошо известных ситуациях, по сравнению с другими, но речевая способность всегда повреждена.

*Формально в раздел F80.x включены несколько диагностических категорий, которые описывают вторичные речевые расстройства и должны учитываться с целью проведения дифференциальной диагностики. Как было указано выше – лечебная стратегия при вторичных речевых расстройствах должна определяться течением основного заболевания. В данных клинических рекомендациях данные категории подробно не разбираются и включены с целью напоминания о необходимости дифференциальной диагностики. К таким диагностическим категориям относятся:*

***F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера) - расстройство,***

*при котором ребенок, имея предшествующее нормальное развитие речи, теряет навыки как рецептивной, так и экспрессивной речи, сохраняется общий интеллект; начало расстройства сопровождается пароксизмальной патологией на ЭЭГ (почти всегда в области височных долей, обычно билатерально, но часто с более широкими нарушениями) и в большинстве случаев эпилептическими приступами. Этиология состояния неизвестна, но клинические данные предполагают возможность воспалительного энцефалитического процесса. Учитывая данные обстоятельства, речевые расстройства при данном синдроме носят вторичный характер, а лечебная стратегия должна включать в себя мероприятия с первичной эпилептической энцефалопатией*

#### ***F80.81 Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией***

*Данная группа представлена речевыми нарушениями, задержкой формирования высших психических функций, которые обусловлены социальной депривацией или педагогической запущенностью. Клиническая картина проявляется в ограниченности словарного запаса, несформированности фразовой речи и др. Лечебная стратегия должна включать в себя мероприятия по ликвидации социальной депривации*

#### ***F80.82 Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков***

*Диагностическая категория используется для характеристики речевых расстройств у детей с умственной отсталостью или с нарушениями школьных навыков. В этих случаях необходимо использовать второй код из рубрик F70.xx - F79.xx или F81.x.*

#### ***Общие рекомендации:***

Когда задержка речи является частью общего отставания умственного развития или общей задержки развития, то данное состояние нельзя кодировать как F80.-. Должно использоваться кодирование умственной отсталости F70 - F79.

В тех случаях когда речевые нарушения являются более серьезными, чем задержка невербальных навыков и определяют в заметной степени расстройства социального функционирования, то специфическое нарушение развития речи должно кодироваться в дополнение к кодированию рубрики умственной отсталости (F70-F79).

Вторичные речевые расстройства при нарушениях слуха должны быть исключены из F80 - F89, если тяжесть поражения слуха существенно объясняет задержку речи, но включены, если парциальная потеря слуха - только осложняющий фактор, но не прямая причина. Тем не менее, строго определенное разграничение провести невозможно. Сходный принцип применяется относительно неврологической патологии и анатомических дефектов. Так, патология артикуляции, обусловленная расщелиной неба, или дизартрия вследствие

церебрального паралича должны быть исключены из этого раздела. С другой стороны, наличие легкой неврологической симптоматики, которая бы не могла вызвать задержку речи, не является основанием для исключения.

Диагностические категории, включающие первичные речевые расстройства, имеющие общую природу (собственно СРРР, объединенные в общую группу в соответствии с типом течения, прогноза и единством лечебной тактики):

#### **F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции**

Включаются:

- связанное с развитием физиологическое расстройство;
- расстройство развития артикуляции;
- функциональное расстройство артикуляции;
- лепет (детская форма речи);
- дислалия (косноязычие);
- расстройство фонологического развития.

Исключаются:

- 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**

Включаются:

- моторная алалия;
- задержки речевого развития по типу общего недоразвития речи (ОНР) I – IV уровня;
- связанная с развитием дисфазия экспрессивного тип
- связанная с развитием афазия экспрессивного типа.

Исключаются:

- связанная с развитием дисфазия, рецептивный тип (F80.2);

- связанная с развитием афазия, рецептивный тип (F80.2);
- первазивные нарушения, связанные с развитием (F84.-);
- общие расстройства психологического (психического) развития (F84.-);
- приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера) (F80.3x);
- элективный мутизм (F94.0);
- умственная отсталость (F70 - F79);
- органически обусловленные речевые расстройства экспрессивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0); - дисфазия и афазия БДУ (R47.0).

### **F80.2 Расстройство рецептивной речи**

Включаются:

- дисфазия рецептивного типа, связанная с развитием;
- афазия рецептивного типа, связанная с развитием;
- невосприятие слов;
- словесная глухота;
- сенсорная агнозия;
- сенсорная алалия;
- врожденная слуховая невосприимчивость;
- афазия Вернике, связанная с развитием.

Исключаются:

- приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера) (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

### **F80.88 Другие расстройства развития речи и язык**

Включаются:

- сюсюканье;
- лепетная речь.

## **1.5. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Расстройства речевой функции на протяжении истории её изучения находилась в поле внимания представителей различных специальностей (психиатров, неврологов, психологов, логопедов, лингвистов) [4, 20, 36, 45, 48, 57, 72, 73]. Рассмотрение отдельных видов отклонений речевого функционирования от нормативных вариантов с различных научно-практических ракурсов повлекло за собой возникновение различных классификационных подходов и специфических терминов, прочно закрепившихся в практике отдельных специалистов, что вызывает затруднения при попытках формирования общего понятийного аппарата.

Исходя из практических, прикладных соображений представляется целесообразным выделение *первичных* нарушений речи, возникающих вследствие непосредственного повреждения (включая отклонения от вариантов нормативного развития) отделов головного мозга, обеспечивающих речевое функционирование и *вторичных* нарушений речи, которые возникают вследствие преимущественного поражения других органов и систем (прежде всего тугоухость, а также первичное интеллектуальное недоразвитие, состояния социально-педагогической запущенности, иные психические расстройства и нарушения психического развития (РАС и проч.), эпилепсии, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, острые нарушения мозгового кровообращения, нейродегенеративные состояния). Разделение речевых расстройств с этих позиций является принципиальным, в связи с различиями в проспективно-прогностической оценке и выборе терапевтических стратегий первой линии.

Если в случае «первичных» речевых расстройств оптимистичный прогноз исхода зависит от наиболее ранних сроков вмешательства и адекватного использования терапии (см. главу «лечение»), то в случае «вторичных» - успех преодоления ограничений речевого функционирования зависит от прогноза основного заболевания. Очевидно, что в случаях вторичных речевых расстройств, обусловленных заболеваниями, влекущими необратимые повреждения, либо аберрации развития определенных отделов головного мозга, которые приводят к комплексу стабильного психического дефицита, достижение нормативного уровня речевого функционирования становится маловероятным исходом, а лечебные стратегии определяются ведущим заболеванием.

При описании видов речевых расстройств для характеристики степени тотальности повреждения (недостаточного развития) различных сторон речи (понимание, порождение, произношение, лексико-грамматическое оформление), используются термины – «*системные*» и «*парциальные*».

Для понимания места СРРР среди других видов речевых расстройств, а так же связи



классификаций, применяемых в психолого-педагогической, логопедической практиках (клинико-педагогическая классификация [73], психолого-педагогическая классификация [45]) с медицинской систематизацией, отраженной в МКБ-10, ниже приводятся условные схемы, на которых жирным шрифтом выделены классификационные единицы (термины), соответствующие рассматриваемой патологии (СРРР) (Рисунок 1 и Рисунок 2))

Рисунок 1

### Место СРРР в клинико-педагогической классификации



Рисунок 2

### Место СРРР в психолого-педагогической классификации



## 1.6.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

**Специфическое расстройство речевой артикуляции (F80.0)** – парциальное первичное речевое расстройство, клиническая картина которого исчерпывается нарушением артикуляции (звукопроизношения), не затрагивает лексико-грамматическую сторону речи, при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. В неврологической практике используется под термином «дислалия». В заключениях медицинского логопеда обозначается терминами «дислалия», «фонетическое нарушение», «фонетико-фонематическое недоразвитие».

По механизмам возникновения выделяют два варианта специфического расстройства речевой артикуляции:

- механический – возникающий вследствие дефектов строения артикуляционного аппарата: аномалии прикуса (дистальный, мезиальный, открытый, глубокий, прямой), аномалии зубного ряда, особенности строения твердого и мягкого неба, губ, языка, подъязычной связки.

- функциональный – возникающий вследствие биологических и социальных причин.

Симптомы дислалии могут входить в состав клинической картины расстройства экспрессивной речи (F80.1) и расстройств рецептивной речи (F80.2) и в данном случае не квалифицируются отдельным кодом.

При несвоевременном устранении дислалии высок риск формирования специфического расстройства чтения (F81.0) (дислексии) и специфического расстройства письма/спеллингования (F81.1) (дисграфии).

**Основные симптомы:** изолированное мономорфное или полиморфное качественное нарушение звукопроизношения (элизии, субституции, смешения, искаженное произнесения звука/звуков (сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, каппацизм, гаммацизм, хитизм, йотацизм, дефекты озвончения, смягчения и проч.)

#### **Диагностические критерии:**

- наличие специфических качественных нарушений звукопроизношения
- отсутствие признаков нарушения лексико-грамматической стороны речи
- отсутствие признаков интеллектуального снижения
- отсутствие признаков других психических и неврологических заболеваний, которые могут сопровождаться речевыми расстройствами.

**Дифференциальная диагностика** специфического расстройства артикуляции должна проводиться:

- с возрастными особенностями звукопроизношения

- с дизартрией
- с акцентом и диалектом

**Расстройство экспрессивной речи (F80.1), дисфазия развития по экспрессивному типу** – системное первичное нарушение речи, сопровождающееся признаками несформированности всех структурных компонентов языковой системы (фонетико-фонематического, лексико-грамматического, семантического) вследствие нарушения функции речедвигательного анализатора.

В заключениях медицинского логопеда обозначается терминами «общее недоразвитие речи», «системное нарушение речи», «задержка речевого развития», «моторная алалия».

**Расстройство рецептивной речи (F80.2), дисфазия развития по импрессивному типу** – системное первичное нарушение речи, сопровождающееся признаками несформированности всех структурных компонентов языковой системы (фонетико-фонематического, лексико-грамматического, семантического) вследствие нарушения функции речеслухового анализатора при сохранном физическом слухе.

В заключениях медицинского логопеда обозначается терминами «общее недоразвитие речи», «системное нарушение речи», «задержка речевого развития», «сенсорная алалия».

Клиническая картина расстройств экспрессивной и рецептивной речи схожа. Для обеих форм расстройств речи характерно несоответствие уровня развития разговорной речи возрастной норме и умственному возрасту.

При этом в основе расстройств экспрессивной речи лежит несформированность языковых операций процесса порождения речевого высказывания при относительной первичной сохранности смысловых и сенсомоторных операций, что осложняет овладение системой языковых знаков и использование речи в качестве полноценного средства коммуникации.

В основе расстройств рецептивной речи нарушения лежит недостаточность работы центрального (мозгового) отдела речеслухового анализатора, приводящая к несформированности смысловых и сенсомоторных операций, вследствие чего нарушается процесс порождения речевого высказывания. Клинически это проявляется в виде симптомов нарушения фонематического слуха и восприятия речи, которая может колебаться от практически полного непонимания речи до сложностей в понимании сложных грамматических конструкций.

### **Основные симптомы:**

- отсутствие или позднее появление речи
- разнообразные нарушения звукопроизношения, нарушения слоговой структуры
- вербальные и литеральные парафазии
- недостаточность пассивного и активного словаря
- снижение фонематического слуха и восприятия (при расстройстве рецептивной речи)
- нарушенное использование и понимания грамматических категорий
- трудности словообразования

### **Дополнительные симптомы:**

- моторная неловкость, нарушение мелкой (ручной) моторики (ручная диспраксия), дискоординация движений
- гипер- или гипоактивность
- задержка в формировании высших психических функций (память, мышление, восприятие, внимание)
- транзиторные, нестойкие эмоциональные и поведенческие расстройства (тревожность, сензитивность, эмоциональная неустойчивость), нередко укладываемые в церебрастенический симптомокомплекс (повышенная утомляемость, истощаемость психической и физической активности, сонливость, снижение концентрации внимания, раздражительность, головная боль).
- Избегание речи и патохарактерологические реакции и коммуникативные самоограничения, вызванные реакцией ребенка на непонимание речи окружающими

Степень выраженности расстройств экспрессивной и рецептивной речи может варьировать от тяжелой до легкой и устанавливается на основании соответствия актуального состояния речи ребенка описанным в логопедической науке уровням речевого развития [45, 72] (Приложение А3.1).

### **Диагностические критерии расстройств экспрессивной и рецептивной речи:**

- несоответствие уровня развития речи возрастной норме (Приложение А3.2) и

уровню когнитивного функционирования

- отсутствие признаков интеллектуального снижения
- отсутствие признаков снижения слуха

**Дифференциальная диагностика** расстройств экспрессивной и рецептивной речи должна проводиться:

- отсутствие признаков других психических и неврологических заболеваний, которые могут сопровождаться речевыми расстройствами.
- с нарушениями слуха
- с аутизмом
- с умственной отсталостью.
- с афазиями
- с мутизмом

**Особые состояния, связанные с расстройством экспрессивной/рецептивной речи (дисфазией развития), и коморбидная патология**

- Вторичная задержка психического развития

Вследствие стойкого, выраженного речевого дефекта, особенно в рецептивном (импрессивном) компоненте, могут формироваться нарушение мышления, обеднение игровых и познавательных интересов, что приводит к вторичной задержке психического развития на исходно неизменном психическом фоне. Эта вторичная задержка психического развития на этапе её зарождения и формирования в значительной степени зависит от состояния первичного речевого расстройства, но по мере взросления ребенка трансформируется в самостоятельное, труднокорректируемое состояние, которое существенно утяжеляет общий исход заболевания вплоть до формирования умственной отсталости. Формирование вторичной задержки психического развития требует особых лечебных подходов, в связи с чем целесообразно указание данного сопутствующего состояния после основного диагноза например: «Расстройство рецептивной речи (F80.2), вторичная задержка психического развития». В случае формирования вторичной задержки психического развития допустимо указание данного нарушения без шифра МКБ-10. В случае сформированной вторичной задержки психического развития рекомендовано относить данное состояние к диагностической рубрике F80.82 (см. ниже)

В отдельных ситуациях могут возникать трудности в дифференциальной диагностике между вторичной задержкой психического развития вследствие речевого

расстройства и первичной задержкой психического развития, что требует углубленного исследования вербального и невербального интеллекта.

- Эмоционально -поведенческие расстройства

Клиническая картина всех видов СРРР часто сопровождается нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами [38]. Однако, указанные нарушения не носят стойкого и тотального характера, существенно не влияют на социальную адаптацию, проявляются избирательно в стрессовых ситуациях, например, при проведении коррекционных занятий с ребенком, у которого закрепился стереотип безречевого общения [67].

Непонятность речи ребенка с СРРР окружающим, включая родных и сверстников, способствует формированию стратегии избегания ситуаций общения, замыканию в себе. Неспособность полностью выразить свои мысли может быть причиной негативного эмоционального фона. Негативное влияние СРРР на эмоциональную сферу дошкольников находит отражение в выявляемых у них повышении уровня тревожности, агрессии или, наоборот, апатии, а также низкой степенью адаптации в обществе [69]. В подобных случаях оснований для постановки дополнительного психиатрического диагноза нет, так как именно речевая патология определяет сопутствующие нарушения поведения и эмоций. Однако эти нарушения требуют учета в построении максимально эффективной лечебной работы, кроме того в дальнейшем они могут осложниться более стойкими изменениями вплоть до своеобразия формирования личности. С целью фиксации этого важного для прогноза и лечения момента допускается указание данного сопутствующего состояния после основного диагноза, например: «Расстройство рецептивной речи, патохарактерологические агрессивные реакции». Для диагностики этих состояний обязательна консультация медицинского психолога.

- Нейродинамические, церебрастенические, парциальные когнитивные нарушения

У пациентов с указаниями в анамнезе на церебрально-органическую патологию могут наблюдаться парциальные нарушения психических функций: нейродинамические нарушения, высокий уровень истощаемости нервных процессов, которые существенно не влияют на показатели интеллекта и не подпадают под критерии психиатрического диагноза. [67]. Эти состояния могут расцениваться как церебрастенический синдром (в случае преобладания истощаемости) или парциальное когнитивное расстройство (в случае

преобладания замедления нейродинамики, флюктуации внимания без проявлений СДВГ). Допустимо указание данного сопутствующего состояния после основного диагноза (например: Расстройство рецептивной речи, парциальное когнитивное расстройство»).

В случае яркой выраженности клинической симптоматики явления гиперактивности могут быть квалифицированы отдельным диагнозом (F90.х), как сопутствующее коморбидное расстройство. [38, 67, 102].

**Дифференциальная диагностика СРРР**, главным образом, проводится со следующими заболеваниями и состояниями:

- Расстройствами речи, входящими в структуру тотальных нарушений развития интеллектуальной сферы (общими задержками психического развития, умственной отсталостью),

- РАС,

- расстройствами речи вследствие дефекта слухового анализатора,

- расстройствами речи вследствие приобретённых соматических и неврологических заболеваний, например, приобретённой афазии с эпилепсией (синдрома Ландау-Клеффнера).

***Общие задержки развития и умственная отсталость***

Дифференциальная диагностика, наряду с оценкой клинической картины, строится на результатах исследования развития ребёнка, в том числе его интеллектуальной сферы, с использованием различных валидизированных в Российской Федерации психометрических методик и тест-опросников (см. раздел, посвящённый методам диагностики). Для детей с тяжёлыми речевыми нарушениями показатели выполнения вербальных субтестов могут быть ниже нормативных, в связи с чем для данной категории пациентов предпочтительно использование методов оценки невербального интеллекта.

***Расстройство аутистического спектра***

У детей с тяжёлыми формами СРРР, особенно, когда они затрагивают рецептивную речь, могут наблюдаться сближающие их с детьми с РАС нарушения социального взаимодействия: изоляция от сверстников, подражательная речь с непониманием её смысла, ограниченность и стереотипность интересов [38, 53].

У детей с РАС, наряду с характерными для аутизма нарушениями речевой коммуникации, могут наблюдаться и характерные для СРРР симптомы. Особенно хорошо это заметно у пациентов с так называемым высокофункциональным аутизмом (синдромом Аспергера).

Диагноз аутизма ставится на основе выявляемых в клинической картине симптомов,

отвечающих критериям из соответствующих рубрик МКБ-10 (84.0-.9.), а также с использованием различных валидизированных в Российской Федерации психометрических методик и тест-опросников [62].

Нарушения речевой коммуникации у пациентов с РАС варьируются в широких пределах от отсутствия целенаправленного использования речи для коммуникации, обильного использования речевых штампов и эхоталий до отдельных нарушений, затрагивающих семантико-прагматическую сторону речи у детей с высокофункциональным аутизмом, которая выражается тем, что при формально хорошо развитых речевых навыках речь не несёт в себе достаточной коммуникативной направленности (имеет место увлечение отдельными речевыми формами, игра звуками, словами, рифмование). Для детей с РАС также характерны необычные темп, ритм, мелодика речи.

### ***Расстройства речи вследствие дефекта слухового анализатора***

На нарушение слуха, как возможного фактора нарушенного развития у детей раннего возраста, указывают различные отечественные и зарубежные авторы [7, 89].

Нарушения слуха у детей раннего возраста (1-2 года) неспецифичны и могут проявляться следующими признаками:

- отсутствие лепета,
- отсутствие реакции на звуки/речь,
- минимальный уровень (или отсутствие) стремления к социальному взаимодействию.

Наибольшие трудности могут возникнуть при разграничении СРРР с сенсорным компонентом и нарушениями речи при дефекте слухового анализатора. При проведении диагностики могут помочь следующие клинические особенности [7, 31, 50].

- слабослышащих бывает достаточно устойчивый порог восприятия, ниже которого восприятие речи становится невозможным, тогда как при сенсорных нарушениях отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции,

- увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание у слабослышащих детей, но приводит к обратному эффекту у детей с сенсорными нарушениями, которые тихую, спокойную речь обычно воспринимает лучше

- восприятие речи у детей с сенсорными нарушениями, в отличие от нормально слышащего ребенка или ребенка с тугоухостью, зависит от темпа подачи звуковых раздражителей (интервалов между ними), качества звуков (чистые тоны, шумы или звуки речи), эмоциональной подачи и, наконец, ситуации, в которой ребенок находится: тишина



успокаивает таких детей и делает более восприимчивыми к звуку, в домашней обстановке их реакция на тихие шумы бывает лучше,

- в отличие от слабослышащих детей, у детей с сенсорными нарушениями часто имеется гиперacusия – повышенная чувствительность к звукам, безразличным для окружающих (шум, шуршание, скрип и т.д.), при этом дети воспринимают такие звуки болезненно, возбуждаются и дают на них своеобразную поведенческую реакцию и др.

Диагноз нарушения слуха подтверждается врачом-сурдологом-оториноларингологом, при этом с целью уточнения степени снижения слуха применяются дополнительные инструментальные методы исследования (см. раздел, посвящённый диагностике).

***Расстройствами речи вследствие приобретённых соматических и неврологических заболеваний, например, приобретённой афазии с эпилепсией (синдрома Ландау-Клеффнера) (F80.3)***

Синдром Ландау-Клеффнера (СЛК) – синдром приобретенной эпилептической афазии, это редкая форма эпилептической энцефалопатии детского возраста. При СЛК в течение нескольких недель-месяцев (в очень редких случаях даже дней) на фоне появления постоянной продолженной диффузной эпилептиформной активности во сне, происходит нарастающий регресс речевых функций, нарушается поведение. Возраст дебюта заболевания обычно приходится на возраст от 3 до 7 лет. На ЭЭГ бодрствования типичны высокоамплитудные острые волны или комплексы острая-медленная волна, локализованные, преимущественно, в задневисочных или теменно-височных областях (доброкачественные эпилептиформные паттерны детства (ДЭПД)). Во время сна на ЭЭГ (в фазы быстрого и медленного сна) эпилептиформная активность распространяется диффузно, вытесняя при этом физиологические паттерны сна, занимая до 100% записи. Сложность в диагностике СЛК заключается в том, что у 20-25% пациентов на фоне постепенного ухудшения речи, не отмечается эпилептических приступов. Эпилепсия при СЛК проявляется полиморфными приступами: фокальные моторные (фарингооральные и гемифациальные), атипичные абсансы, атонические, билатеральные тонико-клонические приступы (БТКП) и миоклонические приступы [35, 53]

Связь по времени между началом эпилептических приступов и потерей речи вариабельна (от нескольких месяцев до 2 лет). В наиболее тяжёлых случаях дети утрачивают способность говорить (либо речь ограничивается отдельными звукокомплексами). При более легком дефиците страдает плавность речи, наблюдаются расстройства артикуляции. В небольшом числе случаев нарушается качество голоса с потерей нормальных модуляций [38].

Практически у всех пациентов при достижении пубертата происходит самостоятельное купирование приступов и эпилептиформной активности (даже без приёма противоэпилептических препаратов), однако речевые нарушения могут быть необратимыми при отсутствии своевременного купирования продолженной эпилептиформной активности во сне [35].

С целью дифференциальной диагностики важным является изучение анамнеза заболевания (наличие регресса в развитии с утратой речевых навыков), оценка клинической картины (эпилептические приступы, дефекты речи, эмоциональные и поведенческие нарушения и др.) и сопоставление её с данными энцефалографического исследования, включающего в себя запись биотоков мозга во время сна.

***Другие расстройства развития речи и языка (F80.8)*** – куда включаются: F80.81 - задержка речевого развития, обусловленная социальной депривацией (включает задержку в следствие социально-педагогической запущенности и физиологическую задержку развития речи), а так же F80.82 задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков.

В заключениях медицинского логопеда обозначается терминами «задержка речевого развития», «задержка психоречевого развития», «трудности овладения школьными навыками вследствие задержки речевого развития».

Клиническая картина задержки речевого развития, обусловленной социальной депривацией, характеризуется ограниченностью лексического запаса (как активного, так и пассивного), аграмматизмами в устной речи, несоответствием уровня развития фразовой речи возрасту и когнитивному статусу ребенка, при этом отчетливо выявляются признаки снижения или отсутствия у ребенка доступа к развивающей речевой среде.

Клиническая картина задержки речевого развития, сочетающейся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков, не ограничивается собственно речевой симптоматикой, а дополняется когнитивными расстройствами, выражающимися в нарушениях абстрактно-логического мышления, низком уровне познавательной активности, недостаточной обучаемости, нарушениях внимания, памяти и умственной работоспособности.

Речевые расстройства данной категории сопровождаются пограничными отклонениями от нормативных значений развития интеллекта, которые не достигают степени умственной отсталости.

***Элективный мутизм (F94.0)*** – расстройство, характерное для детского и подросткового возраста, включённое в МКБ10 раздел «Расстройство социального функционирования с

началом в детском и подростковом возрасте». Состояние характеризуется выраженной, эмоционально обусловленной избирательностью вербального контакта, когда ребенок демонстрирует нормальную речевую коммуникацию в одних ситуациях (чаще в домашней среде), но оказывается не в состоянии (отказывается) говорить в других (чаще с незнакомыми людьми, в детском саду, в школе). Наиболее часто расстройство впервые проявляется в раннем детстве, второй пик заболеваемости приходится на период начала обучения в школе. Длительность болезненного состояния колеблется от нескольких месяцев до 2 лет. Частота во всей популяции детей и молодежи составляет 0,02%. Чаще болеют девочки (1,9:1). Типичным является сочетание с социальной тревожностью, отгороженностью в общении, чувствительностью, склонностью к сопротивлению и пассивному протесту и др. Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям:

- 1) экспрессивная и рецептивная речь в пределах нормы (в пределах двух стандартных отклонений относительно нормативного для данного возраста уровня по тестовым данным);
  - 2) постоянная объективированная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, когда от ребенка ожидается речь (например, в школе), в других ситуациях речь возможна;
  - 3) длительность расстройства свыше 4 недель;
  - 4) неспособность говорить должна быть постоянной во времени и чтобы ситуации, в которых речь появляется или отсутствует, были постоянны и предсказуемы;
  - 5) отсутствуют общие расстройства развития (F84);
  - 6) расстройство не вызвано незнанием ребенком языка, на котором ожидается речь [38, 42].
- Для оценки состояния речи, доказательства сохранности речевой функции и возможности её использования для коммуникации, исключения иных нарушений, могут быть использованы методы аудио- и видеофиксации пациента в моменты, когда он использует речь в общении.

**Афазии (R47).** Следует отличать СРРР от афазий, представляющих собой частичную или полную утрату уже сформировавшейся речи, которая возникает вследствие поражения центральной нервной системы (инсульт, ЧМТ, опухоль головного мозга и т.п.) [3, 9, 47, 74, 75].

Критериями для постановки диагноза афазии в детском возрасте являются следующие:

- 1) предшествующий распаду период нормального речевого развития;
- 2) частичный или полный распад речевых функций, связанный с подтверждённым

заболеванием ЦНС;

3) характерный возраст для детских афазий – 3-7 лет [3, 66].

## **2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ), МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ**

В ходе диагностики СРРР необходимо учитывать, что ключевой особенностью детского возраста является непрерывный и неравномерный процесс онтогенетического развития структур и функций, обуславливающий адаптацию систем и функциональных возможностей детского организма к условиям внешней среды.

Речевой дизонтогенез, лежащий в основе СРРР является частью общего психического дизонтогенеза, который может протекать в виде ретардации (отставания), асинхронии (сочетания ускорения развития одних функций, систем или компонентов личности и задержки развития других) или регресса (оживления форм реагирования и функционирования нормальных для более раннего возраста, но архаичных для настоящего возраста ребенка).

Выявление признаков дизонтогенеза, являющихся «зарницами» речевых расстройств, которые позволяют отнести ребенка к группе риска по формированию СРРР, должно осуществляться, начиная со второго полугодия 1-го года жизни. Диагностические мероприятия, связанные с этим изложены в разделе 5 данных клинических рекомендаций.

### **Критерии установления диагноза/состояния**

Диагноз устанавливается на основании:

1. анамнестических данных,
2. оценки психического статуса,
3. физикального обследования,
4. оценки неврологического статуса,
5. лабораторных исследований,
6. инструментальных обследований,
7. медико-логопедического обследования,
8. психологического/нейропсихологического обследования.

### **2.1. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ**

Сбор анамнеза осуществляется при обращении родителей в медицинскую организацию с жалобами на задержку речевого развития и иные речевые расстройства, а также при специализированной диагностике по направлению других специалистов.

Важно уточнение информации: о течении беременности и родов, параметрах неврологического и соматического здоровья на первом году жизни, раннем психоречевом и моторном развитии, семейно-педагогических условиях (тактика воспитания и общения взрослых с ребенком, организация развивающей среды, «экранное время» и использование ребенком цифровых устройств, билингвизм/двуязычие в семье), использовавшихся ранее методах диагностики и лечения ребенка, развитии речевой и когнитивно-поведенческой симптоматики в динамике, социальной адаптации ребенка, сопутствующих заболеваниях, наследственном анамнезе.

## **2.2.ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Методы физикального обследования не являются специфичными и значимыми для диагностики СРРР, однако позволяют оценить общее состояние пациента и его физиологические показатели.

Осмотр включает:

- Оценку общего состояния.
- Оценку телосложения (конституции): (избыток или дефицит массы тела может свидетельствовать в пользу нарушений обмена веществ, эндокринной патологии, нарушений пищевого поведения).
- Оценку соответствия физического развития ребенка паспортному возрасту.
- Выявление стигм дизэмбриогенеза, которые могут указывать на наличие генетического заболевания.
- Изучение состояния кожных покровов: Наличие нейрокожных синдромов (например, при туберозном склерозе, нейрофиброматозе). Участки мацерации на коже лица вокруг губной каймы, эксориации на заусенцах пальцев и др. могут быть следствием часто встречающихся у детей навязчивых действий (облизывания губ, онихофагии). Возможные следы самоповреждений.
- Исследование соматического состояния по органам и системам.

При выявлении признаков соматического заболевания следует направлять пациентов к профильным специалистам для проведения углублённого обследования.

## **2.3.ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Специфические показатели инструментальных и лабораторных методов обследования, которые могли бы выявить патогномичные для СРРР маркеры отсутствуют. Использование лабораторной и инструментальной диагностики может быть обосновано:

- Необходимостью дифференциальной диагностики при подозрении на вторичный характер речевых расстройств с целью исключения иного ведущего заболевания.
- Клиническими показаниями в случае наличия признаков сопутствующих заболеваний, требующих использования лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Особенно следует подчеркнуть, что ценность нейровизуализационных исследований для постановки диагноза недостаточна, чтобы рекомендовать их рутинное проведение всем детям с подозрением СРРР. Показаниями для проведения нейровизуализации при СРРР являются клинические основания подозревать наличие иных расстройств, при которых нейровизуализация необходима (например, эпилепсия, подозрение на наличие опухоли или иные образования головного мозга, дегенеративное или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, регресс в развитии).

## **2.4.ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- **Рекомендуется проведение ЭЭГ со сном продолжительностью не менее 30-60 минут детям с подозрением на СРРР при указаниях на сведения, не позволяющих исключить эпилепсию (пароксизмальные приступы и их эквиваленты) [32]**

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

**Комментарии:** Рутинная ЭЭГ имеет очень низкую клиническую значимость, и может проводиться только при отсутствии иных возможностей. Главной задачей обследования является не подтверждение диагноза СРРР (отчётливой связи между изменениями на ЭЭГ и СРРР не выявлено), а исключение других расстройств (эпилепсии (в т.ч. СЛК), эпилептических энцефалопатий) для выбора оптимальной терапевтической тактики.

## **2.5.ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- **Рекомендуется проведение углубленного медико-логопедического обследования всем пациентам для диагностики типа СРРР (дисфазии развития) и последующей разработки программы речевой терапии [44, 45, 47, 72, 73, 89, 102]**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 4**

**Комментарии:** Медико-логопедическое обследование является базовым и основным методом диагностики СРРР. Оно направлено на исследование строения артикуляционного аппарата, подвижности органов артикуляции, звукопроизношения, фонематического восприятия, пассивного и активного лексического запаса, грамматического строя речи, уровня сформированности фразовой речи.

При подозрении на риск формирования СРРР вследствие социальных факторов (F80.81) особое внимание уделяется количественным и качественным характеристикам речевых контактов (правильность речи окружающих, билингвизм, полнота речевого общения со взрослыми и сверстниками и др.).

При классическом обследовании удобно использование Карты речевого профиля (Приложение Г3)

Для стандартизированной оценки речевого развития в возрасте от 3 до 11 лет может быть использована батарея тестов КОРАБЛИК («Клиническая оценка развития базовых лингвистических компетенций»), оценивающая речевые навыки на фонологическом, лексическом, морфосинтаксическом и дискурсивном языковых уровнях в двух модальностях (понимание и порождение устной речи). Предъявления заданий, регистрация ответов, протокол разметки ответов унифицированы и представлены в планшетном приложении. В него же интегрированы нормы по всем тестам и возрастам, сопоставление с которыми производится автоматически [55, 85, 86, 115].

- **Рекомендуется проведение приема (осмотра, консультации) врача-психиатра детского/врача психиатра детского участкового всем детям из группы риска по развитию СРРР для установления диагноза и всем детям с установленным диагнозом СРРР для выявления сопутствующих психических расстройств и принятия решения о необходимости медикаментозной терапии [20, 38, 61, 67].**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 4**

**Комментарии:** дети СРРР имеют больший риск развития сопутствующего психиатрического расстройства, чем популяция в целом. При каждом осмотре врачам-психиатрам целесообразно уточнять наличие симптомов, не относящихся к

проявлениям СРРР, в частности, недостаточности уровня когнитивного функционирования, наличие раздражительности, расторможенности, гиперактивности, агрессии, аутоагрессии, расстройств настроения, повышенной тревоги и других симптомов.

- **Рекомендуется проведение приема (осмотра, консультации) врача-невролога всем детям из группы риска по развитию СРРР и детям с установленным диагнозом СРРР при наличии регресса развития, подозрении на эпилепсию и другие неврологические заболевания для проведения дифференциальной диагностики, выявления сопутствующих неврологических расстройств, принятия решения о необходимости назначения медикаментозной терапии [23].**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 5**

**Комментарии:** Задачей невролога является выявление сопутствующих неврологических расстройств, выявление неврологических заболеваний, сопровождающихся вторичными речевыми расстройствами. Роль невролога крайне важна в диагностике и лечения эпилепсии, которая может сопровождаться речевыми расстройствами. Распознавание и, при необходимости, лечение этих заболеваний и состояний способствует правильному выбору мишени воздействия (первичного расстройства), а так же улучшить функционирование и качество жизни ребенка и повысить эффективность коррекционно-развивающих интервенций.

- **Рекомендуется проведение приема (осмотра, консультации) медицинского психолога (нейропсихолога) детям, с установленным диагнозом СРРР (дисфазия развития) при подозрении на наличие хотя бы одного из следующих сопутствующих признаков: задержка психического развития, когнитивные нарушения, эмоционально-поведенческие особенности; неблагоприятные семейно-педагогические условия (включая детско-родительские отношения). [51].**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 4**

**Комментарии:** На основании системной и дифференциальной медико-психологической/нейропсихологической диагностики может быть произведена дифференциальная диагностика СРРР и иных отклонений в психологическом развитии (например, задержки психического развития, расстройств аутистического спектра, социально-педагогической запущенности), а также получены данные для разработки индивидуальной программы коррекционно-развивающих интервенций. При



необходимости возможно углубленное обследование отдельного психического процесса с использованием специальных тестов. Подбор тестов производится специалистом индивидуально, на основании данных проведенного медико-психологического/нейропсихологического обследования.

- **Рекомендуется использовать опросник M-CHAT-R/F всем детям с подозрением на расстройство рецептивной речи в возрасте 16-30 месяцев для исключения РАС, симптомы которого часто маскируются тяжёлыми нарушениями речи [128].**

**Уровень убедительности рекомендаций – В**

**Уровень достоверности доказательств – 2**

**Комментарии:** в настоящее время M-CHAT-R/F является наиболее эффективным и изученным скрининговым инструментом первого уровня для оценки риска РАС у детей в возрасте 16-30 месяцев.

- **Рекомендуется оценка психомоторного развития и состояния интеллектуальной сферы всем пациентам с CPPP (дисфазия развития) стандартизированными методами диагностики [167].**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 5**

**Комментарий:** Для оценки степени интеллектуальной недостаточности могут быть использованы:

**Шкала развития MPR (Merrill-Palmer-Revised)** предназначена для объективной стандартизированной оценки психо-моторного развития детей от 1 месяца до 6,5 лет.

**Шкала интеллектуального Развития по Griffiths (GMDS)** – предназначена для для объективной стандартизированной оценки психо-моторного развития детей от 1 месяца до 2 лет.

**«Международная шкала продуктивности Лейтера третьего пересмотра» (Leiter-3)** используется для оценки вербального и невербального интеллекта у детей с 3 лет [140]

**«Тест Д. Векслера для исследования интеллекта у детей дошкольного и младшего школьного возраста четвертого пересмотра» (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, Fourth Edition; WPPSI-IV)** Применяется для оценки вербального интеллекта у детей с 5 лет. [2, 144].

- **Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-сурдолога-**

**оториноларинголога или оториноларинголога для специализированного исследования слуховой функции всем детям с расстройством рецептивной речи для исключения нарушений слуха [111, 138].**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 5**

**Комментарии:** нарушения слуха могут быть как сопутствующими СРРР расстройствами, так и приводить к схожей с проявлениями речевой патологии симптоматике, что требует проведения дифференциальной диагностики у каждого ребенка при выраженной задержке в понимании речи или ее отсутствии. Полная аудиологическая оценка проводится с помощью объективных методов: объективная аудиометрия, регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест), исследование коротколатентных вызванных потенциалов. Своевременная диагностика сопутствующих нарушений слуха важна для обеспечения эффективности коррекционно-развивающих интервенций. Предшествовать объективной диагностике слуха могут субъективные исследования слуховой функции: тональная и/или речевая аудиометрия, однако гарантировать надежность результатов может только объективная диагностика.

Согласно Приложению 1 к «Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. №514н, в перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних включены аудиологический скрининг новорожденных, детей в возрасте 1, 2, 3 месяцев (в случае отсутствия сведений о его проведении) [58].

- **Рекомендуется проведение приема (осмотра, консультации) врача-педиатра или специалиста узкой специализации по показаниям при наличии соответствующих жалоб и симптоматики, выявленных в ходе сбора жалоб/анамнеза и физикального осмотра для оценки наличия сопутствующих соматических расстройств [10, 37].**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 5**

**Комментарии:** наличие у ребенка с СРРР (дисфазии развития) сопутствующих соматических расстройств, в частности аллергических процессов, затруднения носового дыхания, хронической соматической и эндокринной патологии снижает эффективность реабилитационных и реабилитационных мероприятий. Для значительной части

соматических расстройств существуют эффективные методы терапии, которые могут значительно улучшить качество жизни детей с СРРР и повысить эффективность коррекционно-развивающих интервенций.

### **3. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИИ, ДИЕТОТЕРАПИЮ, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.**

Согласно сложившемуся среди ведущих исследователей и экспертов консенсусу, приверженность которому подтверждают и разработчики данных клинических рекомендаций, наиболее эффективным методом лечения СРРР являются логопедические и психологические способы воздействия [94, 107, 111, 117, 122, 123]. Специализированные логопедические и психологические тренинги в сочетании с семейно-педагогическими приемами и подходами являются базовым методом лечения СРРР.

Медикаментозную терапию и терапию путем аппаратного воздействия физическими факторами возможно использовать лишь в качестве дополнительных методов лечения.

Наиболее эффективна комплексная реабилитация детей с СРРР, которая включает: специализированные логопедические и психологические интервенции, семейно-педагогическую работу.

#### **3.1. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКИ-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

Базовым безальтернативным методом лечения детей с СРРР (дисфазией развития), воздействующим на ключевые симптомы, является комплексное медико-психолого-логопедическое воздействие, которое проводится постоянно на протяжении всего лечения [94, 107, 111, 117, 122, 123, 158]. Наибольшую эффективность показывают периодические (1-2 раза в год) интенсивные курсы речевой терапии, длительностью 3-6 недель. В курс лечения обязательно включаются занятия по обучению родителей для обеспечения поддерживающих речевых занятий между курсами интенсивной терапии. Курсы интенсивной терапии должны включать не менее 3 занятий в неделю.

- **Рекомендуется проведение медико-логопедических процедур всем детям с установленным диагнозом СРРР (дисфазией развития) [94, 107, 111, 117, 122, 123, 158].**

#### **Уровень убедительности рекомендаций – А**

#### **Уровень достоверности доказательств – 1**

**Комментарии:** проводится как в индивидуальном, так и в групповом формате с целью преодоления нарушений речевой функции. Содержание, организационная форма, периодичность и продолжительность процедур определяются медицинским логопедом по результатам диагностического обследования ребенка.

Принципами логопедического сопровождения детей с СРРР являются: максимальное использование различных анализаторов, опора на сохранные анализаторы, наглядность, осознанность, поэтапность и последовательность, учет социальной функции речи, учет закономерностей речевого онтогенеза, максимально раннее начало речевой терапии и абилитации, , последовательный выбор методик с опорой на уровень актуального развития ребенка и достижение поставленных терапевтических задач.

Рекомендуемые принципы и направления речевой терапии при СРРР см. **Приложение А3.5**

- **Рекомендуется проведение медико-логопедических тонально-ритмических процедур детям с установленным диагнозом СРРР (дисфазией развития), имеющим нарушения слоговой структуры [5, 11, 16].**

#### **Уровень убедительности рекомендаций – С**

#### **Уровень достоверности доказательств – 4**

**Комментарии:** занятия логоритмикой проводятся в групповом формате с целью преодоления нарушений слоговой структуры путем использования речевых упражнений, сочетающихся с движениями и музыкой. Содержание, периодичность и продолжительность процедур определяются медицинским логопедом по результатам диагностического обследования ребенка. Основными задачами логоритмических занятий являются преодоление нарушений речевого ритма (слогового, словесного, синтагменного), трудностей перестройки ритма речевых движений и звуконаполняемости слов, развитие восприятия и способности к воспроизведению речевых ритмов на уровне слога, слова и синтагмы, при этом музыкальный ритм следует рассматривать как инструмент формирования ритмических процессов в моторике и речи.

- **Рекомендуется проведение нейropsychологических процедур детям с установленным диагнозом СРРР (дисфазией развития), имеющим рецептивные (импрессивные) нарушения речи, нарушения гнозиса, праксиса и коммуникативной функции речи [15, 65].**

### **Уровень убедительности рекомендаций - С**

### **Уровень достоверности доказательств – 5**

**Комментарии:** Содержание, организационная форма (индивидуальная или групповая), периодичность и продолжительность процедур определяются медицинским психологом (нейропсихологом) по результатам диагностического обследования ребенка. В программу нейропсихологического включаются методики, направленные на стабилизацию эмоционального состояния, активацию энергетического потенциала, тренинг когнитивных функций, оптимизацию и коррекцию подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, формирование операционального обеспечения вербальных и невербальных психических процессов (Приложение А3.6). Специфическое психокоррекционное воздействие направляется на психические процессы, составляющие психологическую базу речи: внимание, восприятие, память различных модальностей и мышление. Развитие праксиса осуществляется по нескольким направлениям: общая и ручная моторика (координация движений, реципрокная координация, двигательная память), праксис лицевой мускулатуры, символический праксис, предметные действия, праксис позы руки, пространственный, динамический, конструктивный праксис.

- **Рекомендуется обучение всех родителей детей с СРРР доступным приемам работы с ребенком в домашних условиях с целью отработки речевых, познавательных навыков и развития коммуникативных компетенций [13, 68, 158]**

### **Уровень убедительности рекомендаций – В**

### **Уровень достоверности доказательств – 1**

**Комментарии:** включение родителей и/или лиц, осуществляющих уход за ребенком, повышает эффективность реабилитационных мероприятий. В контексте данной работы лица ближайшего окружения семья рассматриваются как важные участники лечебно-реабилитационной работы. В случае невыполнения данной рекомендации эффективность лечения и благоприятного прогноза снижается, о чем врач должен проинформировать родителей перед началом лечения.

## **3.2.МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ.**

В современной научной литературе отсутствуют убедительные данные об эффективности медикаментозного лечения при СРРР. Ноотропные средства (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) традиционно для отечественной медицины являются основным классом препаратов, рассматриваемым в связи с медикаментозным

лечением СРРР. В международном масштабе среди исследователей и клиницистов нет устоявшегося консенсуса о применении ноотропной терапии при СРРР: ноотропные препараты (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) традиционно применяются при лечении СРРР в России и некоторых странах Восточной Европы, но не используются в странах западной Европы и северной Америки. Публикации об эффективности тех или иных ноотропов (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) или церебропротекторов (N07XX Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы) основаны на отдельных отечественных исследованиях. Метаанализы и систематические обзоры исследований эффективности этих групп препаратов при лечении СРРР нами не обнаружены.

Часто специалисты, ответственные за принятие решений по лечению пациента, испытывают воздействие общего дискуссионного фона вокруг ноотропной терапии, выходящего за рамки терапии СРРР и наполненного аргументами различной степени научного обоснования, в том числе приписываемым к доказательной медицине или неverified клиническому опыту. В связи с этим разработчики рекомендаций считают необходимым зафиксировать положения, опирающиеся на научную фактологию, которые могут помочь объективизировать специалистам позиции для принятия ответственных решений.

1. Ноотропные препараты выделены как класс препаратов в международной системе классификации лекарственных средств - анатомо-терапевтическо-химической классификации (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System), принятой ВОЗ, а также Минздравом РФ: код АТХ - N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты.

2. В опубликованных исследованиях эффективности и безопасности ноотропной терапии, большинство из которых составляют зарубежные рандомизированные слепые плацебо контролируемые исследования, в качестве терапевтических мишеней определяются различные состояния: постинсультная реабилитация [103, 157], выживаемость при инсультах [159], предотвращение инвалидизации при инсультах [121], реабилитация после ЧМТ [95], постоперативные и постанестизиологические когнитивные дисфункции [104, 113, 136], когнитивные функции при коронарном шунтировании [150], легкие когнитивные нарушения у взрослых [137, 155], предотвращение снижения когнитивных функций у пожилых [101], деменции [105], паркинсонизм [146], синдром хронической усталости [119], когнитивные функции у здоровых взрослых [118, 130, 148], дислексии у детей [112, 151, 156], когнитивные функции при синдроме Дауна у детей [125], аффективно-

респираторные пароксизмы у детей [147] и другие состояния. Специалистам следует самостоятельно изучить результаты этих исследований, публикации которых общедоступны. Перечисленные состояния этиопатогенетически и возрастспецифически гетерогенны, изучаемые в них эффекты различных ноотропных средств (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) имеют целевые различия, в связи с чем рекомендуется формировать позицию относительно эффективности каждого из лекарственных веществ в отношении каждой конкретной нозологии, а не в целом.

3. Ниже представлены общие данные исследований эффективности различных лекарственных веществ ноотропного действия при расстройствах речи у детей.

Мишени лечения		Исследования, показавшие эффективность ноотропных средств (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты)
Симптомы СРРР	Зарубежные	-
	Отечественные	[25, 29, 34, 76]
С-мы нарушения речи в структуре других нозологических групп у детей	Зарубежные	-
	Отечественные	[54, 77, 79]
С-мы дислексии или расстройства учебных навыков у детей	Зарубежные	[112, 151, 156]
	Отечественные	[27, 33]
Речевые симптомы задержки психического развития при ПП ЦНС	Зарубежные	[145]
	Отечественные	[24]

Лишь немногие из приведенных исследований соответствуют высоко доверительному стандарту двойных слепых плацебо контролируемых исследований, достаточно широко представлены исследования с небольшим количеством участников. Проведенные исследования опираются на гипотезу стимуляция нейрональных процессов, лежащих в основе когнитивной, в том числе речевой деятельности препаратами с ноотропной активностью. Ограниченность количества и качества исследований предопределяет уровни В и С убедительности рекомендаций использования ноотропных средств (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) в лечении СРРР.

Исследований, показавших неэффективность ноотропных средств (N06BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) при лечении пациентов с СРРР в отечественных и зарубежных исследованиях не найдено.

Эксперты рабочей группы, основываясь на дизайнах большинства исследований, результатах отдельных работ и собственном клиническом опыте, обращают внимание на то, что при СРРР ноотропная терапия может быть использована исключительно как дополнительное средство на фоне базовых лечебных стратегий, основанных на речевой терапии. [100, 131]. Влияние изолированной ноотропной терапии на развитие речевой функции сомнительно.

Нет указаний на предпочтительный выбор ноотропных средств (N06ВХ Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) в зависимости от структуры нарушения речи и сопутствующих когнитивных расстройств при СРРР.

Нет указаний на возможность или невозможность сочетания нескольких ноотропных препаратов (N06ВХ Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) в ходе одного курса медикаментозного лечения.

В каждом индивидуальном случае целесообразность назначения ноотропной терапии определяет врач, в том числе с учетом её предположительной и исторической эффективности/безопасности у конкретного пациента.

При наличии у пациентов с СРРР коморбидных психических и неврологических расстройств, соответствующих критериям МКБ-10, они должны быть установлены как сопутствующее заболевание для обоснования назначения соответствующих лекарственных средств, предусмотренных рекомендациями по их терапии.

Указания на особые подходы к выбору лекарственных средств и способам их применения для лечения коморбидных с СРРР расстройств в рецензируемых источниках медицинской информации отсутствуют.

- **Рекомендуется курсовое медикаментозное лечение детей с СРРР лекарственным веществом #«полипептиды коры головного мозга скота, раствор для внутримышечного ВВЕДЕНИЯ»\*\* [29, 110] ([https://grls.rosminzdrav.ru/grls\\_view\\_v2.aspx?routingguid=23d155ec-7165-41fa-a79e-92506ad66ff2](https://grls.rosminzdrav.ru/grls_view_v2.aspx?routingguid=23d155ec-7165-41fa-a79e-92506ad66ff2))**

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 4**

**Комментарии:**

Препарат применяется off-label (вне инструкции).

Режим дозирования: детям рекомендованная разовая доза инъекции составляет 0,1-0,2 мл/кг веса.

Инъекции препарата выполняются в утреннее время. Проводятся курсы по 10 дней с интервалом 1,5-6 месяцев.



Описаны двоянные курсы (в течение первых 10 дней первого и в течение первых 10 дней второго месяца).

- Рекомендуется курсовое медикаментозное лечение лекарственным веществом «Гопантенвая кислота» детей с СРРР начиная с 1 года с целью стимуляции нейрональных процессов, лежащих в основе когнитивной, в том числе речевой деятельности [24, 77]  
([https://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=2877a932-64fe-48d4-b940-09786e302197](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=2877a932-64fe-48d4-b940-09786e302197)).

**Уровень убедительности рекомендаций – С**

**Уровень достоверности доказательств – 3**

**Комментарии:** Имеются две формы препарата для приёма внутрь: жидкие и таблетированные с разными вариантами содержания лекарственного вещества. Необходимо выбирать наиболее оптимальные формы, исходя из возраста ребёнка. Разовая доза для детей - 0.25-0.5 г. Суточная доза для детей - 0.75-3 г. Курс лечения - 1-4 мес.

### **3.3. ЛЕЧЕНИЕ АППАРАТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ.**

Так же как и лекарственная терапия, аппаратные методы лечения являются вспомогательными и не могут применяться как изолированный метод воздействия с целью лечения СРРР. Доказательная база применения аппаратных методов в лечении СРРР пока существенно ограничена. В этой связи описание способов аппаратного воздействия при лечении СРРР дается в данных клинических рекомендациях для обоснования возможности их применения специалистами в качестве методов, усиливающих эффект основной (речевой) терапии.

**ТМС (транскраниальная магнитная стимуляция)** – метод нейростимуляции и нейромодуляции структур головного мозга, основанный на электромагнитной индукции электрического поля в заданном участке головного мозга. С терапевтической целью возможно применение ритмической ТМС (repetitive tms). Американским управлением по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (FDA) одобрено применение ТМС для лечения большого депрессивного расстройства, определенного типа головной боли при

мигрени, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Исследований эффективности ТМС при СРРР за рубежом не проводилось. Три российских исследования указывают на эффективность ритмической ТМС в лечении СРРР у детей, результаты одного из них представлены в формате, позволяющем оценить эффективность метода с позиций доказательной медицины [52]. Эффективность технологии показана в сочетании с логопедическими и нейропсихологическими лечебно-коррекционными процедурами. Процедуру проводит исключительно врач: невролог, психиатр или другой специалист. Имеются противопоказания и условия неэффективности. Решение о назначении ТМС принимается в том числе и с учетом отдаленности проживания ребенка от места проведения процедур: регулярные длительные поездки ребенка до места проведения процедуры (в случае их отдаленного проживания) могут быть сопряжены с отсутствием лечебного эффекта ввиду переутомления ребенка.

Целесообразность проведения курса ТМС детям с СРРР определяет лечащий врач, который осуществляет наблюдение, назначение и контроль лечения. Следует рассматривать возможность применения процедур детям не ранее 3-х летнего возраста.

**ТКМП (транскраниальная микрополяризация)** основана на лечебном применении постоянного (гальванического) электрического тока небольшой силы (обычно не более 2 мА) на головной мозг. Механизмы воздействия данной лечебной методики пока до конца не изучены. Предполагается, что под влиянием анодной стимуляции происходит усиление синаптической передачи глутамата, подавление передачи гамма-аминомасляной кислоты, положительная или отрицательная модуляция трансмиссии дофамина, серотонина и ацетилхолина в коре головного мозга [160, 161]. Данные механизмы воздействия позволяют предположить, что метод перспективен в отношении клинических исследований при различных психиатрических и неврологических расстройствах в том числе и у детей [162, 163, 164, 165, 166]. Отдельные отечественные публикации представляют опыт использования ТКМП при речевых расстройствах у детей старше 3 лет [56, 81]. Однако работ, доказывающих эффективность и целесообразность назначения ТКМП при СРРР, авторами не найдено. Это свидетельствует о необходимости проведения качественных крупномасштабных рандомизированных клинических исследований.

#### **4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ**

## **ФАКТОРОВ**

**Проведение санаторно-курортного лечения** на основе использования естественных и преформированных природных ресурсов относится к вспомогательным компонентам абилитационно-реабилитационных программ для детей с установленным диагнозом СРРР. Терапия факторами внешней среды позволяет повысить общие адаптационные способности организма и саногенез, однако эффективность проводимых методик реабилитации в рамках санаторно-курортного лечения на данный момент не имеет достаточной доказательной базы, в связи с чем санаторно-курортное лечение может рассматриваться лишь как способ обогащения среды для отдыха и физического развития ребенка.

### **5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ**

СРРР является распространенным среди детей дошкольного и школьного возраста расстройством развития, специфических мер профилактики которого на данный момент не существует. В то же время раннее выявление признаков речевых расстройств, их возможной причины, сопутствующих заболеваний и состояний является необходимым условием для организации ранней комплексной помощи ребенку, улучшающей прогноз. Для этих целей служат скрининговые методики, позволяющие определить группу риска детей, нуждающихся в углубленной диагностике и лечении у профильных специалистов.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. 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» внесены дополнения, касающиеся проведения в рамках профилактического медосмотра скрининга на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития путем анкетирования родителей детям в возрасте 2-х лет. Врач-психиатр осматривает только тех детей, которые включены в указанную группу риска [41].

Для профилактики вторичных осложнений, производных от ключевых симптомов СРРР всем пациентам с данным расстройством целесообразно применение методик терапии и абилитации, описанных в разделе 3.2 клинических рекомендаций, важными компонентами которой является построенная принципах комплексности и преемственности логопедическая и нейропсихологическая коррекционная работа.

Важным компонентом вторичной и третичной профилактики является работа с родителями и близким окружением ребенка с СРРР. В рамках этого компонента необходимо проводить консультирование и психообразование родителей (законных представителей) по заболеванию, особенностям течения, лечения и абилитации, основываясь на современных научных данных и доказательствах эффективности, а также оказывать психологическую поддержку семье.

Центральную роль в выявлении детей с нарушениями развития, включая СРРР играет участковый педиатр. Подробно собранный анамнез, осмотр и физикальное обследование с оценкой нервно-психического (в том числе речевого и языкового) развития и использованием специальных скрининговых и стандартизированных тестов, проведение необходимых лабораторно-инструментальных исследований позволяют своевременно выявить имеющиеся проблемы у детей. Дети, у которых выявляются генетические, неврологические или психические расстройства, направляются к профильным специалистам (например, к медицинскому логопеду, врачу-неврологу, врачу-психиатру, врачу-сурдологу-оториноларингологу, врачу-генетику, врачу-челюстно-лицевому хирургу и др.) с целью обследования и лечения основного заболевания Ребенка до 11 мес жизни врач-педиатр участковый осматривает 14 раз (из них 3 патронажа новорожденного на дому), от 1 года до 2,5 лет — 6 раз, от 3 лет до 17 лет — ежегодно [10, 58].

Для выделения «групп специфического риска СРРР» врачу участковому педиатру может помочь использование «Адаптированного диагностического алгоритма раннего выявления нарушений психического развития» и (Приложение А3.1). Специалист должен быть осведомлен о нормах онтогенеза (Приложение А3.2).

Диспансерное обследование детей на первом году жизни врачом-неврологом проводится 2 раза (в 1 месяц и в 12 месяцев) [40, 59]. В ходе приема так же может использоваться «Адаптированный диагностический алгоритм раннего выявления нарушений психического развития» (Приложение А3.1). Специалист должен быть осведомлен о нормах онтогенеза (Приложение А3.2).

Профилактический медицинский осмотр врача психиатра детей проводится в следующие возрастные периоды: 2, 4, 14, 15, 16, 17 лет. Психиатрическое обследование ребёнка имеет ключевое значение для постановки диагноза СРРР, проведения дифференциальной диагностики с иными психическими заболеваниями и состояниями, выявления коморбидных расстройств психики, определения дальнейшей тактики

ведения пациентов, включая назначения дополнительных исследований, определение программы лечебных и реабилитационных мероприятий [17, 58, 63].

Для детальной диагностики структуры речевого дефекта необходимо проведение логопедического обследования медицинским логопедом с использованием протокола Карты речевого профиля. Балльная оценка предназначена для количественной фиксации актуального уровня развития речевой функции с целью дальнейшего динамического сравнения

## 6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Комплексная помощь детям с СРРР осуществляется в рамках амбулаторно-поликлинического и стационарного медицинского обслуживания, а также специальных коррекционных программ для детей с тяжёлыми нарушениями речи в образовательных учреждениях. Ведение пациентов с СРРР, как правило, включает в себя реализуемые на различных уровнях этапы, каждому из которых характерны зависящие от тяжести речевой патологии и сопутствующих нарушений организационные формы, перечень задействованных специалистов и реализуемых ими диагностических, коррекционных и лечебных мероприятий.

**Уровни оказания помощи детям с СРРР.**

**I уровень: амбулаторно-поликлиническая помощь.**

Виды помощи	Специалисты 1 линии	Специалисты 2 линии <sup>1</sup>	Контингент
А. Комплексное обследование развития ребёнка, включая оценку состояния речевой функции.	- врач педиатр участковый - врач невролог - медицинский логопед		- все дети (диспансеризация в установленные сроки, скрининг)). - приём детей по запросу родителей.
Б. Углублённая диагностика психоневрологического и речевого статуса.	- Врач-психиатр детский / врач психиатр детский участковый - медицинский логопед	- врач невролог - врач функциональной диагностики - медицинский психолог	- дети, с выявленными в результате скрининга нарушениями речевого развития.
В. Лечебно-коррекционная помощь.	- медицинский логопед	- Врач-психиатр детский / врач психиатр детский	- дети с первично выявленными лёгкими формами СРРР (ОНР III-

<sup>1</sup> К специалистам 2 линии пациенты попадают по направлению специалистов 1 линии.

		участковый - невролог - медицинский психолог	IV), без грубых сопутствующих психоневрологических нарушений.
Г. Проведение комиссии с целью выдачи заключения для ПМПК.	- врач педиатр участковый	- Врач-психиатр детский / врач психиатр детский участковый - медицинский логопед - медицинский психолог	- дети с различными по тяжести формами СРРР, которым требуется создание специальных условий образования.
Д. Медицинское сопровождение.	- Врач-психиатр детский / врач психиатр детский участковый детский - невролог	- врач функциональной диагностики	- дети с различными по тяжести формами СРРР, получающие коррекционную логопедическую помощь в условиях образовательного учреждения.

## II уровень: стационарная помощь.

Виды помощи	Специалисты 1 линии	Специалисты 2 линии	Контингент
А. Лечебно- абилитационная помощь в рамках специализированных центров патологии речи и нейрореабилитации	- медицинский логопед - Врач-психиатр детский / врач психиатр детский участковый - врач невролог - медицинский психолог	- воспитатель - специалист по эрготерапии - врач функциональной диагностики - врач физиотерапевт - врач ЛФК	- дети, направляемые ЛПУ, с тяжёлыми и средне-тяжёлыми, формами СРРР (ОНР I-II), нарушениями рецептивной речи, сочетанными речевыми нарушениями (+дизартрия, +заикание, +нарушения формирования учебных навыков) без грубых сопутствующих при оценке актуального статуса психоневрологических нарушений. - дети с различной тяжестью речевых нарушений, возникших вследствие очаговых поражений головного мозга, не требующие по своему состоянию лечения основного заболевания, не имеющие грубых отклонений со стороны психики,

			поведения и интеллекта.
Б. Лечебно-коррекционная помощь в рамках речевых и прочих отделений в структуре психиатрических (психоневрологических) стационаров.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Врач-психиатр детский / врач психиатр детский участковый</li> <li>- врач невролог</li> <li>- медицинский логопед</li> <li>- медицинский психолог</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дефектолог</li> <li>- воспитатель</li> <li>- специалист по эрготерапии</li> <li>- врач функциональной диагностики</li> <li>- врач физиотерапевт</li> <li>- врач ЛФК</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дети с различными по тяжести формами СРРР с тяжёлыми сопутствующими психоневрологическими нарушениями, существенно затрудняющими адаптацию в дидактических и прочих условий и требующие специального наблюдения и медико-психологической коррекции.</li> <li>- дети с вторичными речевыми расстройствами в структуре иных психоневрологических заболеваний и состояний.</li> </ul>

### III уровень: система образования

Виды помощи	Специалисты 1 линии	Специалисты 2 линии	Контингент
Коррекционная образовательная программа.	- учитель логопед	<ul style="list-style-type: none"> <li>- психолог</li> <li>- дефектолог</li> </ul>	- дети с различными по тяжести формами СРРР, прошедшие ПМПК.

### Модели пациентов и рекомендуемые для них объёмы лечебно-коррекционной помощи

М1 - Дети, имеющие не соответствующие возрастным нормативам изолированные лёгкие, преимущественно артикуляторные, речевые нарушения.

М2 - Дети с лёгкими, средне-лёгкими проявлениями СРРР, без грубых сопутствующих психоневрологических нарушений.

М3 - Дети с тяжёлыми, средне-тяжёлыми формами СРРР, без грубых сопутствующих психоневрологических нарушений.

М4 - Дети с различной тяжестью СРРР, имеющие тяжёлые сопутствующие психоневрологические нарушения.

М5 - Дети с различной тяжестью СРРР, имевшие тяжёлые сопутствующие психоневрологические нарушения, но достигшие качественно компенсации состояния/ремиссии.

**Матрица рекомендованных объемов помощи**

	<b>М1</b>	<b>М2</b>	<b>М3</b>	<b>М4</b>	<b>М5</b>
<b>IA</b>	+	+	+	+	+
<b>IB</b>	-	+	+	+	+
<b>IV</b>	+	+-	+-	-	+-
<b>IG</b>	+-	+	+	+-	+
<b>ID</b>	+-	+	+	+-	+
<b>IIA</b>	-	+-	+	-	+
<b>IIB</b>	-	-	-	+	+-
<b>III</b>	+-	+	+	+-	+

*Пояснения:*

+ обязательная рекомендация

+- факультативная (условная) рекомендация

– не рекомендовано (нет показаний или противопоказано)



## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

N	Критерии качества	Оценка выполнения Да/нет
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.	Да/нет
2.	Проведен прием (осмотр, консультация) Врач-психиатр детский / врач психиатр детский участковый всем детям из группы риска по развитию СРРР для установления диагноза и всем детям с установленным диагнозом СРРР для выявления сопутствующих психических расстройств и принятия решения о необходимости медикаментозной терапии.	Да/нет
3.	Проведено углубленное медико-логопедическое обследование всем пациентам для диагностики типа СРРР (дисфазии развития) и последующей разработки программы речевой терапии	Да/нет
4.	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-невролога всем детям из группы риска по развитию СРРР и детям с установленным диагнозом СРРР при наличии регресса развития, подозрении на эпилепсию и другие неврологические заболевания для проведения дифференциальной диагностики, выявления сопутствующих неврологических расстройств, принятия решения о необходимости назначения медикаментозной терапии	Да/нет
5.	Проведен прием (осмотр, консультация) медицинского психолога (нейропсихолога) детям, с установленным диагнозом СРРР (дисфазия развития) при подозрении на наличие хотя бы одного из следующих сопутствующих проявлений: задержки психического развития; отдельных когнитивных нарушений; эмоционально-поведенческих особенностей, влияющих на речь; семейно-педагогических условий (включая детско-родительские отношения), влияющих на речь - для оценки уровня психологического развития, дифференциальной диагностики нарушений в развитии речи и интеллекта, типологии когнитивного дизонтогенеза.	Да/нет
6.	Использован опросник М-СНАТ-R/F всем детям с подозрением на расстройство рецептивной речи в возрасте для исключения РАС, симптомы которого часто маскируются тяжёлыми нарушениями речи	Да/нет
7.	Проведена оценка психомоторного развития и состояния интеллектуальной сферы детей с СРРР (дисфазия развития) стандартизированными методами диагностики.	Да/нет
8.	Проведена консультация врача-сурдолога-оториноларинголога (в случае отсутствия такой возможности - консультация врача-оториноларинголога) для специализированного исследования слуховой функции всем детям с подозрением на наличие/установленным диагнозом расстройства рецептивной речи для исключения/выявления нарушений слуха	Да/нет
9.	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или специалиста узкой специализации по показаниям при наличии соответствующих жалоб и симптоматики, выявленных в ходе сбора жалоб/анамнеза и физикального осмотра для оценки наличия сопутствующих соматических расстройств	Да/нет
10.	Проведен ЭЭГ-мониторинг при подозрении на наличие пароксизмальных состояний	Да/нет

11.	Проведено ПСГ-обследование при наличии клинических признаков нарушений сна.	Да/нет
12.	Проведены медико-логопедические процедуры всем детям с установленным диагнозом СРРР (дисфазией развития)	Да/нет
13.	Проведены медико-логопедические тонально-ритмические процедуры детям с установленным диагнозом СРРР (дисфазией развития), имеющим нарушения слоговой структуры	Да/нет
14.	Проведены нейропсихологические процедуры детям с установленным диагнозом СРРР (дисфазией развития), имеющим рецептивные (импрессивные) нарушения речи, нарушения гнозиса и праксиса.	Да/нет
15.	Проведено обучение родителей доступным приемам работы с ребенком в домашних условиях с целью отработки речевых, познавательных навыков и развития коммуникативных компетенций в объеме, назначенном логопедом/психологом	Да/нет
16.	Проведена медикаментозная терапия	Да/нет

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асмолова Г.А., Заваденко А.Н, Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., Медведев М.И., Рогаткин С.О., Володин Н.Н., Шкловский В.М. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы. Метод. рекомендации, М.: Союз педиатров России, Рос. ассоц. специалистов перинатальной медицины, 2014. 57 с.
2. Базыльчик С. В. Пригодность русифицированных версий детского теста Векслера (WISC) для диагностики умственной отсталости // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2016. – №2. – С. 12-20.
3. Батышева Т. Т. и др. Дифференциальная диагностика речевых нарушений у дошкольников. – 2017.
4. Белова-Давид Р. А. К вопросу систематизации речевых расстройств у детей // Нарушение речи у дошкольников. – М.: Просвещение, 1969.
5. Белякова Л.И. Филатова Ю.О. Ритм речевых и неречевых процессов у детей в норме и при речевой патологии // Вопросы психолингвистики. – 2012. - № 2 (16). – С. 84-91.
6. Бобылова М. Ю. и др. Задержка речевого развития у детей: введение в терминологию //Русский журнал детской неврологии. – 2017. – №. 1. – С. 56-62.
7. Бобылова М. Ю. и др. Моторная и сенсорная алалия: сложности диагностики //Русский журнал детской неврологии. – 2017. – №. 4. – С. 32-42.
8. Бузунов Р.В., Легейда И.В., Царева Е.В., Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей: Практическое руководство для врачей. 2012 г. 124 с.
9. Бурлакова М.К. Речь и афазия. - М., 1997 г.
10. Волгина С. Я. и др. Роль участкового педиатра в ранней диагностике нарушений речевого развития у детей дошкольного возраста //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66. – №. 4. – С. 129-134.
11. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М., 2002. – 272 с
12. Волкова Л.С. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. выш. учеб.заведений – 5-е изд. перераб. и доп. – М.: Владос, 2006. – 703 с.
13. Волковская Т.Н., Юсупова Г.Х. Психологические особенности дошкольников с общим недоразвитием речи. – М.: 2004. – 96 с.
14. Выготский Л. С. Мышление и речь. – Directmedia, 2014. – 570 с.
15. Глозман Ж.М. Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми,

- испытывающими трудности в обучении. — М.: Генезис, 2019. — 337 с.
16. Гончарова Н.Н., Прокопенко Е.В., Филатова Ю.О. Логоритмика: технология развития моторного и речевого ритмов у детей с нарушениями речи: Учебно-методическое пособие / под редакцией Л.И. Беяковой. — М.: Национальный книжный центр, 2017.
  17. Гусарова В. А., Иванов М. В. Развитие и совершенствование системы психопрофилактики в детском возрасте //Психическое здоровье. — 2019. — №. 9. — С. 16-24.
  18. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко. - Москва : Мед. информ. агентство (МИА), 2011. - 925 с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-8948-1858-0
  19. Емелина Д. А., Макаров И. В., Гасанов Р. Ф. Методика вызванных потенциалов головного мозга в исследовании специфических расстройств речи у детей //Социальная и клиническая психиатрия. — 2019. — Т. 29. — №. 2. — С. 104-111.
  20. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. №3. С.11-16
  21. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Екатеринбург : АРД ЛТД. 1998.
  22. Заваденко Н. Н. и др. Дисфазия развития: возможности фармакотерапии в комплексной коррекции нарушений //Детская и подростковая реабилитация. — 2012. — №. 2. — С. 16-24.
  23. Заваденко Н. Н. Нарушения развития речи при неврологических заболеваниях у детей //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2019. — №. 1. — С. 101-107
  24. Заваденко Н. Н., Гузева В. И., Гайнетдинова Д. Д. [и др.] 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. — Т. 119, № 10. — С. 30-39.
  25. Заваденко Н. Н., Козлова Е. В. Лекарственная терапия дисфазии развития у детей ноотропными препаратами // Вопросы практической педиатрии. — 2013. — Т. 8, № 5. — С. 24-29.

26. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю. Задержки развития речи у детей: причины, диагностика и лечение //РМЖ. – 2016. – Т. 24. – №. 6. – С. 362-366.
27. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю., Румянцева М. В. Трудности школьного обучения: гиперактивное расстройство с дефицитом внимания и дислексия. Consilium medicum (Педиатрия). 2006; 2: 47–52.
28. Заваденко Н.Н. Расстройства развития речи у детей: ранняя диагностика и терапия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016; 116(12): 119-125.
29. Заваденко Н.Н., Давыдова Л.А., Суворинова Н.Ю. Дисфазия развития у детей: сравнение эффективности двух режимов пептидергической ноотропной терапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120(10): С. 38-44.
30. Заваденко Н.Н., Ефимов М.С., Заваденко А.Н., Щедеркина И.О., Давыдова Л.А., Дороничева М.М. Нарушения нервно-психического развития у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т. 94. № 5. С. 143–149.
31. Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., Щедеркина И.О. Дисфазия развития: исходы к школьному возрасту по данным ретроспективного исследования. Вопросы практической педиатрии 2013;8(6):56–9.
32. Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., Щедеркина И.О., Трепилец В.М., Трепилец С.В., Холин А.А. Нарушения развития речи у детей и эпилептиформная активность на ЭЭГ. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2014;114(4-2):11-17.
33. Заваденко Н.Н., Румянцева М.В., Толстова В.А. Дислексия: клинические, нейропсихологические и нейрофизиологические показатели на фоне терапии ноотропилом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 5. – С. 36-42.
34. Заваденко, Н. Н., Козлова Е. В., Колтунов И.Е. Дисфазия развития: оценка эффективности лекарственной терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 7-2. – С. 90-95.
35. Зайцев И. И. и др. Синдром Ландау-Клеффнера: клинический случай //Успехи современной клинической неврологии и нейрохирургии. – 2019. – С. 44-48.
36. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте. - Москва : Медгиз, 1962.
37. Зинин С. В. Определение общего количества эндокринных нарушений среди детей с нарушениями речи: социально-диспетчерская работа //Развитие образования. – 2020. – №. 2. – С. 26-31.

38. Казаковцев Б. и др. (ред.). Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ). – Litres, 2017.
39. Калашникова Т.П., Ястребова А.В. Клинические особенности и механизмы развития когнитивных нарушений при синдроме обструктивных апноэ сна у детей // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2019. №4.
40. Ким А. В. и др. Актуальные проблемы нормативно-правового регулирования первичной медико-санитарной помощи // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7. – №. 4. – С. 4-17.
41. Киргизова О. С., Окунева Л. И. Профилактика речевых нарушений у детей дошкольного возраста // Молодежь в XXI веке: философия, право, педагогика и менеджмент. – 2015. – С. 97-104.
42. Кириллина Н. К., Шевченко Ю. С. Лечение элективного мутизма у детей: современное состояние вопроса // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2002 (2), № 3. – 2002 – Т. 2 – №. 3 – С. 42.
43. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – Рипол Классик, 1979.
44. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь; 2006. – 380 с.
45. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. М. : Просвещение, 1968.
46. Лисовская Н.А., Коростовцева Л.С., Дубинина Е.А., Образцова Г.И, Свиричев Ю.В. Взаимосвязь синдрома обструктивного апноэ во время сна с когнитивными нарушениями у детей // АГ. 2015. №1.
47. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. — 680 с.
48. Ляпидевский С.С. Расстройства речи у детей и подростков. – М., Медицина, 1969.
49. Макаров И. В., Емелина Д. А. Нарушения речевого развития у детей // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – №. 4. – С. 101-105.
50. Мастюкова Е.М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии. Дефектология 1981;6:13
51. Мунтян О. В. Особенности коррекционной работы по развитию когнитивной сферы у детей дошкольного возраста с грубыми нарушениями речи // Современная дефектология: междисциплинарный подход к теоретическим и практическим проблемам нарушений развития у детей. – 2022. – С. 168-175.

52. Нестерова Ю. В., Каркашадзе Г.А., Яцык Л.М. [и др.] Лечение детей с расстройствами речи с применением транскраниальной магнитной стимуляции: нерандомизированное контролируемое исследование // Педиатрическая фармакология. – 2022. – т. 19, № 5. – с. 380-393.
53. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология. Том 2. – Теревинф, 2019. – 337 с.
54. Пантелеева М. В. , Овезов А. М. , Котов А. С. (и др.) Применение препарата гопантеновой кислоты для коррекции когнитивных нарушений в послеоперационном периоде у детей // Вопросы практической педиатрии. – 2017. – Т. 12, № 5. – С. 56-60.
55. Переверзева Д.С., Мамохина У.А., Давыдова Е.Ю., Лопухина А.А., Арутюнян В.Г., Хаустов А.В. Особенности понимания речи у детей с расстройствами аутистического спектра младшего школьного возраста // Клиническая и специальная психология. – 2021. - Том 10. № 4. С. 137–161.
56. Пинчук Д.Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология (20-летний опыт клинического применения) / Д.Ю. Пинчук. – Санкт-Петербург : Человек, 2007. – 496 с.
57. Правдина О.В. Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. — Изд. 2-е, доп. и перераб. — М.: Просвещение, 1973.
58. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. 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»
59. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 декабря 2012 г. N 1047н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "неврология" (с изменениями и дополнениями)
60. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. / под ред. Макарова И.В. – Санкт-Петербург: Наука и техника, 2019. 992 с.
61. Психиатрия: национальное руководство / под редакцией Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 976 с.
62. Расстройства аутистического спектра: Клинические рекомендации / Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ.: ID 524, 2020. URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/594\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/594_1).
63. Ревнова М. О. и др. К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения //Вопросы современной педиатрии. – 2017. – Т. 16. –

№. 3. – С. 249-253.

64. Резцова Е.Ю., Черных А.М. Современные представления о факторах риска в генезисе речевых расстройств дошкольников. // Новые исследования. 2010. С.95-115.
65. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М. : Академия, 2002.
66. Серебровская О. В., Елисеева Ю. А., Тимошенко Е. Г. Дифференциальная диагностика речевых нарушений в рамках амбулаторного приема //Московская медицина. – 2019. – №. 6. – С. 89-89.
67. Смирнов И. И., Портнова А.А., Черемин Р.А., Серебровская О.В. и др. Результаты психиатрической диагностики детей с речевой патологией // «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» сборник тезисов. - Санкт-петербург, 2021. - С. 537-538
68. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: учеб. Пособие. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318с.
69. Уварова А. Д. Влияние общего недоразвития речи на эмоциональную сферу дошкольников //Традиции и новации в дошкольном образовании. – 2020. – №. 1. – С. 44-47.].
70. Федеральное руководство по детской неврологии : руководство для врачей / под ред. проф. В. И. Гузевой. - Москва : ООО «МК», 2016. - 656 с.
71. Филатова Ю. О., Гончарова Н. Н., Прокопенко Е. В. Логоритмика: Технология развития моторного и речевого рит- мов у детей с нарушениями речи: Учебно-методическое пособие / под редакцией Л.И. Беляковой. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 208 с.
72. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии: учеб.пособие. М. : Просвещение, 1989.
73. Хватцев М. Е. Логопедия. Пособие для студентов педагогических институтов и учителей специальных школ. Изд. 5-е. М. : Учпедгиз, 1959.
74. Хомская Е. Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е издание, СПб.: Питер 2005. – 496 с.
75. Цветкова Л. С., Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методика оценки речи при афазии //М.: изд-во МГУ. – 1981.
76. Чутко Л. С. и др. Клинические и электроэнцефалографические особенности специфических расстройств речевого развития у детей и оценка эффективности применения церебролизина //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. –



2015. – Т. 115. – №. 7. – С. 98.
77. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Яковенко Е. А. [и др.] Оценка эффективности применения гопантеновой кислоты у детей с задержкой психического развития // РМЖ. – 2017. – Т. 25, № 9. – С. 612-617.
78. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И., Дидур М.Д., Чекалова С.А. Нарушения управляющих функций у детей с дислексией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(2):38-45.
79. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Сергеев А.В., Рожкова А.В., Аносова Л.В., Чистякова Н.П. Клинические и электроэнцефалографические особенности специфических расстройств речевого развития у детей и оценка эффективности применения церебролизина. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115(7):98-102.
80. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Сергеев А.В., Рожкова А.В. Последствия специфических расстройств речевого развития у детей. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(5):54-57.
81. Чутко, Л.С. Ливинская А.М., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Сурушкина, С.Ю., Сергеев А.В. Применение транскраниальной микрополяризации в лечении специфических расстройств развития речи / Вопросы курортологии и физиотерапии. — 2006. — № 6. — С. 42—44.].
82. Шарипова Ф. К., Ашурова Л. З. Возрастная динамика психических нарушений, возникших в отдаленном периоде врожденного транзиторного гипотиреоза //Психическое здоровье. – 2009. – Т. 7. – №. 7. – С. 34-35.
83. Шипкова К. М. и др. Эпидемиология обращений детей с речевым дизонтогенезом и особенности организации лечебного процесса в условиях специализированного речевого центра //Российский психиатрический журнал. – 2020. – №. 2. – С. 92-97.
84. Ягунова К. В., Гайнетдинова Д. Д. Речевые нарушения у детей раннего и дошкольного возраста //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63. – №. 6. – С. 23-30.
85. Arutiunian, V., Lopukhina, A., Minnigulova, A., Shlyakhova, A., Davydova, E., Pereverzeva, D., Sorokin, A., Tyushkevich, S., Mamokhina, U., Danilina, K., & Dragoy, O. (2021). Expressive and Receptive Language in Russian Primary-School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. Research in developmental disabilities, 117, 104042. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104042>.
86. Arutiunian, V., Lopukhina, A., Minnigulova, A., Shlyakhova, A., Davydova, E.,

- Pereverzeva, D., Sorokin, A., Tyushkevich, S., Mamokhina, U., Danilina, K., & Dragoy, O. (2022). Language Abilities of Russian Primary-School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder: Evidence from Comprehensive Assessment. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(2), 584–599. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04967-0>
87. Badcock N. A. et al. Co-localisation of abnormal brain structure and function in specific language impairment // *Brain and language*. – 2012. – T. 120. – №. 3. – C. 310-320.
  88. Bartlett C.W., Flax J.F., Logue M.W., Veland 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.
  89. Bishop D. V. M. et al. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children // *PLOS one*. – 2016. – T. 11. – №. 7. – C. e0158753.
  90. Bishop D. V. M., Edmundson A. Language-impaired 4-year-olds: Distinguishing transient from persistent impairment // *Journal of speech and hearing disorders*. – 1987. – T. 52. – №. 2. – C. 156-173.
  91. Bishop DV. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *Int J Lang Commun Disord*. 2014 Jul-Aug;49(4):381-415. doi: 10.1111/1460-6984.12101. PMID: 25142090; PMCID: PMC4314704.
  92. 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.
  93. Bonneau DI, Verny C, Uze J. Genetics of specific language impairments. *Arch Pediatr*. 2004;11(10):1213-1216.
  94. Broomfield J, Dodd B. Is speech and language therapy effective for children with primary speech and language impairment? Report of a randomized control trial. *Int J Lang Commun Disord*. 2011 Nov-Dec;46(6):628-640. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00039.x. Epub 2011 Jul 1. PMID: 22026565.
  95. Chen CC, Wei ST, Tsaia SC, Chen XX, Cho DY. Cerebrolysin enhances cognitive recovery of mild traumatic brain injury patients: double-blind, placebo-controlled, randomized study. *Br J Neurosurg*. 2013 Dec;27(6):803-7. doi: 10.3109/02688697.2013.793287. Epub 2013 May 8. PMID: 23656173.
  96. 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.

97. Conti-Ramsden G., Durkin K. Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). – 2008.
98. Davis A., Annett M. Handedness as a function of twinning, age and sex //Cortex. – 1994. – T. 30. – №. 1. – C. 105-111.
99. De Guibert C. et al. Abnormal functional lateralization and activity of language brain areas in typical specific language impairment (developmental dysphasia) //Brain. – 2011. – T. 134. – №. 10. – C. 3044-3058.
100. Deberdt W. Interaction between psychological and pharmacological treatment in cognitive impairment. Life Sci. 1994;55(25-26):2057-66. doi: 10.1016/0024-3205(94)00386-6. PMID: 7997065.
101. Dodge HH, Zitzelberger T, Oken BS, Howieson D, Kaye J. A randomized placebo-controlled trial of Ginkgo biloba for the prevention of cognitive decline. Neurology. 2008 May 6;70(19 Pt 2):1809-17. doi: 10.1212/01.wnl.0000303814.13509.db. Epub 2008 Feb 27. PMID: 18305231; PMCID: PMC2639649
102. Dyck M. J., Piek J. P., Patrick J. The validity of psychiatric diagnoses: The case of 'specific' developmental disorders //Research in developmental disabilities. – 2011. – T. 32. – №. 6. – C. 2704-2713.
103. Enderby P, Broeckx J, Hospers W, Schildermans F, Deberdt W. Effect of piracetam on recovery and rehabilitation after stroke: a double-blind, placebo-controlled study. Clin Neuropharmacol. 1994 Aug;17(4):320-31. doi: 10.1097/00002826-199408000-00003. PMID: 9316679.
104. Fesenko UA. Piracetam improves children's memory after general anaesthesia. Anestezjol Intens Ter. 2009 Jan-Mar;41(1):16-21. PMID: 19517672.
105. Flicker L, Grimley Evans G. Piracetam for dementia or cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD001011. doi: 10.1002/14651858.CD001011. PMID: 11405971
106. 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.
107. Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L, Widen J, Brandel J, Friel-Patti S. The efficacy of Fast ForWord Language intervention in school-age children with language impairment: a randomized controlled trial. J Speech Lang Hear Res. 2008 Feb;51(1):97-119. doi: 10.1044/1092-4388(2008/007). PMID: 18230858; PMCID: PMC2361096.

108. Girbau-Massana D. et al. Gray–white matter and cerebrospinal fluid volume differences in children with specific language impairment and/or reading disability //Neuropsychologia. – 2014. – T. 56. – C. 90-100.
109. Harrison L. J., McLeod S. Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4-to 5-year-old children. – 2010.
110. Hassanein S. M. A. et al. Safety and efficacy of cerebrolysin in infants with communication defects due to severe perinatal brain insult: a randomized controlled clinical trial //Journal of Clinical Neurology. – 2016. – T. 12. – №. 1. – C. 79-84.
111. Haynes C., Naidoo S. Children with specific speech and language impairment. – Cambridge University Press, 1991. – 289 p.
112. Helfgott E, Rudel RG, Kairam R. The effect of piracetam on short- and long-term verbal retrieval in dyslexic boys. *Int J Psychophysiol.* 1986 May;4(1):53-61.
113. Holinski S, Claus B, Alaaraj N, Dohmen PM, Neumann K, Uebelhack R, Konertz W. Cerebroprotective effect of piracetam in patients undergoing open heart surgery. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;17(2):137-42.
114. Ivanova MV, Akinina YS, Soloukhina OA, Iskra EV, Buivolova OV, Chrabaszcz AV, Stupina EA, Khudyakova MV, Akhutina TV, Dragoy O. The Russian Aphasia Test: The first comprehensive, quantitative, standardized, and computerized aphasia language battery in Russian. *PLoS One.* 2021 Nov 18;16 (11): e0258946.
115. Ivanova, Maria & Dragoy, Olga & Akinina, Yulia & Soloukhina, Olga & Ekaterina, Iskra & Khudyakova, Mariya & Akhutina, Tatiana. (2016). AutoRAT at your fingertips: Introducing the new Russian Aphasia Test on a tablet. *Frontiers in Psychology.* 7. 10.3389/conf.fpsyg.2016.68.00116.
116. Johnson CJ, Beitchman JH, Brownlie EB. Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *Am J Speech Lang Pathol.* 2010 Feb; 19 (1): 51-65.
117. Justice LM, Skibbe LE, McGinty AS, Piasta SB, Petrill S. Feasibility, efficacy, and social validity of home-based storybook reading intervention for children with language impairment. *J Speech Lang Hear Res.* 2011 Apr; 54 (2): 523-538.
118. Kennedy DO, Haskell CF, Mauri PL, Scholey AB. Acute cognitive effects of standardised Ginkgo biloba extract complexed with phosphatidylserine. *Hum Psychopharmacol.* 2007 Jun;22(4):199-210.
119. Kupats E., Vrublevska J., Zvejniece B., Vavers E., Stelfa G., Zvejniece L., Dambrova

- M. Safety and tolerability of the anxiolytic and nootropic drug phenibut: A systematic review of clinical trials and case reports. *Pharmacopsychiatry*. 2020;53:201–208.
120. Laasonen M. et al. Understanding developmental language disorder-the Helsinki longitudinal SLI study (HelSLI): a study protocol // *BMC psychology*. – 2018. – T. 6. – №. 1. – C. 1-13.
  121. Lang W, Stadler CH, Poljakovic Z, Fleet D; Lyse Study Group. A prospective, randomized, placebo-controlled, double-blind trial about safety and efficacy of combined treatment with alteplase (rt-PA) and Cerebrolysin in acute ischaemic hemispheric stroke. *Int J Stroke*. 2013 Feb;8(2):95-104. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00901.x. Epub 2012 Sep 26. PMID: 23009193
  122. Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;2003(3):CD004110. doi: 10.1002/14651858.CD004110. PMID: 12918003; PMCID: PMC8407295.
  123. Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2004 Aug;47(4):924-43. doi: 10.1044/1092-4388(2004/069). PMID: 15324296.
  124. Leonard. L. B. *Children with Specific Language Impairment*. Second Edition. MIT Press. 2014. 480p.
  125. Lobaugh NJ, Karaskov V, Rombough V, Rovet J, Bryson S, Greenbaum R, Haslam RH, Koren G. Piracetam therapy does not enhance cognitive functioning in children with down syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Apr;155(4):442-8. doi: 10.1001/archpedi.155.4.442. PMID: 11296070
  126. Lovell K., Hoyle H. W., Siddall M. Q. A study of some aspects of the play and language of young children with delayed speech // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1968. – T. 9. – №. 1. – C. 41-50.
  127. McLeod S., Press F., Phelan C. The (in) visibility of children with communication impairment in Australian health, education, and disability legislation and policies // *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*. – 2010. – T. 13. – №. 1. – C. 67-75.
  128. McPheeters M. L. et al. Screening for autism spectrum disorder in young children: A systematic evidence review for the U.S. preventive services task force. Evidence Synthesis No. 129. – Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.
  129. Menyuk P. Comparison of grammar of children with functionally deviant and normal speech // *Journal of Speech and Hearing Research*. – 1964. – T. 7. – №. 2. – C. 109-121

130. Mix JA, Crews WD Jr. An examination of the efficacy of Ginkgo biloba extract EGb761 on the neuropsychologic functioning of cognitively intact older adults. *J Altern Complement Med.* 2000 Jun;6(3):219-29. doi: 10.1089/acm.2000.6.219. PMID: 10890330.
131. Morè L, Lauterborn JC, Papaleo F, Brambilla R. Enhancing cognition through pharmacological and environmental interventions: Examples from preclinical models of neurodevelopmental disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020 Mar;110:28-45. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.02.003. Epub 2019 Apr 10. PMID: 30981451.
132. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics.* 2006 Feb;117(2):e298-319. doi: 10.1542/peds.2005-1467. Erratum in: *Pediatrics.* 2006 Jun;117(6):2336-7. PMID: 16452337.
133. Newbury D.F., Monaco A.P. Genetic advances in the study of speech and language disorders//*Neuron.* – 2010. - Vol.68, N2. – P.309-320.
134. Nilsson K. K., de Lopez K. J. Theory of mind in children with specific language impairment: A systematic review and meta-analysis //*Child development.* – 2016. – T. 87. – №. 1. – C. 143-153.
135. Nudel R. et al. Genome-wide association analyses of child genotype effects and parent-of-origin effects in specific language impairment //*Genes, brain and behavior.* – 2014. – T. 13. – №. 4. – C. 418-429.
136. Ovezov AM, Lobov MA, Panteleeva MV, Lugovoi AV, Miatchin PS, Gus'kov IE. Correction of early cognitive disorders in school-age children operated under total intravenous anaesthesia. *Anesteziol Reanimatol.* 2012 May-Jun;(3):25-9. Russian. PMID: 22993919
137. Park SK, Jung IC, Lee WK, Lee YS, Park HK, Go HJ, Kim K, Lim NK, Hong JT, Ly SY, Rho SS. A combination of green tea extract and l-theanine improves memory and attention in subjects with mild cognitive impairment: a double-blind placebo-controlled study. *J Med Food.* 2011 Apr;14(4):334-43. doi: 10.1089/jmf.2009.1374. Epub 2011 Feb 8. PMID: 21303262.
138. Rees N. S. Auditory processing factors in language disorders: The view from Procrustes' bed //*Journal of Speech and Hearing Disorders.* – 1973. – T. 38. – №. 3. – C. 304-315.
139. Reilly S. et al. Predicting language outcomes at 4 years of age: findings from Early Language in Victoria Study //*Pediatrics.* – 2010. – T. 126. – №. 6. – C. e1530-e1537.].
140. Roid G. H., Koch C. Leiter: Nonverbal cognitive and neuropsychological assessment //

Handbook of Nonverbal Assessment / ed. by McCallum R. S. – New York, NY: Springer Berlin Heidelberg, 2017. – C. 127-150

141. Ronski M, Sevcik RA, Adamson LB, Cheslock M, Smith A, Barker RM, Bakeman R. Randomized comparison of augmented and nonaugmented language interventions for toddlers with developmental delays and their parents. *J Speech Lang Hear Res.* 2010 Apr;53(2):350-64. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0156). PMID: 20360461.
142. Rudolph J. M. Case history risk factors for specific language impairment: A systematic review and meta-analysis //American journal of speech-language pathology. – 2017. – T. 26. – №. 3. – C. 991-1010.
143. Rudolph J. M. Case history risk factors for specific language impairment: A systematic review and meta-analysis //American journal of speech-language pathology. – 2017. – T. 26. – №. 3. – C. 991-1010.
144. Saar V., Komulainen E., Levänen S. The significance of nonverbal performance in children with developmental language disorder //Child Neuropsychology. – 2023. – T. 29. – №. 2. – C. 213-234.
145. Samir A, Nasef N, Fathy K, El-Gilany AH, Yahia S. Effect of cerebrolysin on neurodevelopmental outcome of high risk preterm infants: A randomized controlled trial. *J Neonatal Perinatal Med.* 2022;15(1):37-45. doi: 10.3233/NPM-200659.
146. Sano M, Stern Y, Marder K, Mayeux R. A controlled trial of piracetam in intellectually impaired patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1990;5(3):230-4. doi: 10.1002/mds.870050308. PMID: 2388639
147. Sawires H, Botrous O. Double-blind, placebo-controlled trial on the effect of piracetam on breath-holding spells. *Eur J Pediatr.* 2012 Jul;171(7):1063-7. doi: 10.1007/s00431-012-1680-1. PMID: 22302459
148. Solomon PR, Adams F, Silver A, Zimmer J, DeVeaux R. Ginkgo for memory enhancement: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002 Aug 21;288(7):835-40. doi: 10.1001/jama.288.7.835. PMID: 12186600
149. Stanton-Chapman DA, Bainbridge NL, Scott KG. Identification of early risk factors for language impairment. *Res developmental disabilities.* 2002;23(6):390-405.
150. Szalma I, Kiss A, Kardos L, Horváth G, Nyitrai E, Tordai Z, Csiba L. Piracetam prevents cognitive decline in coronary artery bypass: a randomized trial versus placebo. *Ann Thorac Surg.* 2006 Oct;82(4):1430-5. doi: 10.1016/j.athoracsur.2006.05.005. PMID: 16996947
151. Tallal P, Chase C, Russell G, Schmitt RL. Evaluation of the efficacy of piracetam in

- treating information processing, reading and writing disorders in dyslexic children. *Int J Psychophysiol.* 1986 May;4(1):41-52. doi: 10.1016/0167-8760(86)90049-8. PMID: 3522509.
152. Tallal P, Ross R, Curtiss S. Unexpected sex-ratios in families of language/ learning-impaired children. *Neuropsychology.* 1989;27 (7):987-998.
  153. 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].
  154. Vohr B. Speech and language outcomes of very preterm infants // *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine.* – WB Saunders, 2014. – T. 19. – №. 2. – C. 78-83.
  155. Waegemans T, Wilsher CR, Danniau A, Ferris SH, Kurz A, Winblad B. Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: a meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2002;13(4):217-24. doi: 10.1159/000057700. PMID: 12006732
  156. Wilsher CR, Bennett D, Chase CH, Conners CK, DiIanni M, Feagans L, Hanvik LJ, Helfgott E, Koplewicz H, Overby P, et al. Piracetam and dyslexia: effects on reading tests. *J Clin Psychopharmacol.* 1987 Aug;7(4):230-7. PMID: 3305591.
  157. Zhang J, Wei R, Chen Z, Luo B. Piracetam for Aphasia in Post-stroke Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *CNS Drugs.* 2016 Jul;30(7):575-87. doi: 10.1007/s40263-016-0348-1. PMID: 27236454
  158. Zhang Z, Xu Q, Joshi RM. A meta-analysis on the effectiveness of intervention in children with primary speech and language delays/disorders: Focusing on China and the United States. *Clin Psychol Psychother.* 2021 May;28(3):585-605. doi: 10.1002/cpp.2522. Epub 2020 Nov 27. PMID: 33068068.
  159. Ziganshina LE, Abakumova T, Hoyle CH. Cerebrolysin for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jul 14;7(7):CD007026.
  160. Yamada Y., Sumiyoshi T. Neurobiological mechanisms of transcranial direct current stimulation for psychiatric disorders; neurophysiological, chemical, and anatomical considerations // *Frontiers in human neuroscience.* – 2021. – T. 15. – C. 631838,
  161. Chase H. W. et al. Transcranial direct current stimulation: a roadmap for research, from mechanism of action to clinical implementation // *Molecular psychiatry.* – 2020. – T. 25. – №. 2. – C. 397-407
  162. Fregni F. et al. Evidence-based guidelines and secondary meta-analysis for the use of transcranial direct current stimulation in neurological and psychiatric disorders // *International Journal of Neuropsychopharmacology.* – 2021. – T. 24. – №. 4. – C. 256-



313,

163. Zettin M. et al. Transcranial direct-current stimulation and behavioral training, a promising tool for a tailor-made post-stroke aphasia rehabilitation: a review //Frontiers in human neuroscience. – 2021. – Т. 15. – С. 742136

164. Buchanan D. M. et al. Systematic review on the safety and tolerability of transcranial direct current stimulation in children and adolescents //Brain sciences. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 212,

165. Gallop L. et al. Effects of transcranial direct current stimulation in children and young people with psychiatric disorders: a systematic review //European child & adolescent psychiatry. – 2023. – С. 1-21,

166. Lee J. C. et al. Transcranial direct current stimulation in child and adolescent psychiatric disorders //Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2019. – Т. 28. – №. 1. – С. 61-78

167. Организационно-методические основы исследования нарушений психического развития у детей раннего возраста: методические рекомендации, утв. Департаментом здравоохранения города Москвы// Усачева Е.Л., Портнова А.А., Серебровская О.В., Безменов П.В., Хышиктыева Т.П. – Москва, 2014. 37 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПЕРЕСМОТРУ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

<b>Заваденко Николай Николаевич</b>	Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Пирогова, д.м.н., профессор, член Российского общества неврологов.
<b>Каркашадзе Георгий Арчилович</b>	Заведующий отделом развития мозга в онтогенезе, формирования когнитивных функций и нейробиологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. Б.В. Петровского», к.м.н., член Союза педиатров России.
<b>Милехина Алла Владимировна</b>	Старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦПИН им. В.П.Сербского» Минздрава России, к.м.н., член РОП
<b>Портнова Анна Анатольевна</b>	д.м.н., президент Ассоциации психиатров и психологов за научно обоснованную практику, член РОП,
<b>Серебровская Ольга Вячеславовна</b>	Заместитель главного врача по психолого-логопедической работе ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», член РОП.
<b>Смирнов Илья Игоревич</b>	Врач-психиатр, зав. КДО для детского населения ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», член РОП.
<b>Черёмин Роман Авенирович</b>	Главный врач ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», к.м.н., член РОП.
<b>Шипкова Каринэ Маратовна</b>	Ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ Пин им. В.П.Сербского» Минздрава России, к.псх.н, доцент, член РОП

## **ПРИЛОЖЕНИЕ А2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

врачи-психиатры.

врачи-неврологи.

врачи -педиатры.

врачи-психотерапевты.

медицинские психологи.

медицинские логопеды.

педагоги-психологи

Члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Таблица 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

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

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

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

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

Порядок обновления клинических рекомендаций. Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А3. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ВКЛЮЧАЯ  
СООТВЕТСТВИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ И  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, СПОСОБОВ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ  
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

**ПРИЛОЖЕНИЕ А3.1. ОПИСАНИЕ УРОВНЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПО Р.Е.  
ЛЕВИНОЙ, Т.Б.ФИЛИЧЕВОЙ**

**I уровень речевого развития**

Общая характеристика: отсутствие общеупотребительной речи.

Фразовая речь: отсутствует или представлена лепетными элементами, которые последовательно воспроизводят обозначаемую ими ситуацию с привлечением поясняющих жестов. Каждый используемый в такой «фразе» элемент может иметь разное значение и вне конкретной ситуации не может быть понят. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно расценить как однословные предложения.

Понимание речи: отсутствует или имеется ограниченное понимание значений грамматических изменений слова. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, дети оказываются не в состоянии различить формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение, а не грамматическая форма.

Лексический запас: активный состоит из ограниченного набора нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Дифференцированное обозначение предметов и действий практически отсутствует. Характерна многозначность употребляемых слов. Используются одни и те же комплексы для обозначения предметов, действий, качеств. Названия действий заменяются названиями предметов, и наоборот. Пассивный словарь обычно шире активного.

Грамматический строй речи: не используются морфологические элементы для передачи грамматических отношений; преобладают корневые слова, лишённые флексий (окончаний).

Фонетические и фонематические функции: звукопроизношение отсутствует или характеризуется полиморфными нарушениями.

Связная речь: отсутствует. В коммуникации активно используются указательные

жесты, мимика.

## **II уровень речевого развития**

Общая характеристика: начатки общеупотребительной речи.

Фразовая речь: представлена только простыми предложениями, состоящими из 2-3 (реже – 4) слов.

Понимание речи: повышается за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от 1-го уровня), дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смысловозначительное значение. Отмечается различие форм единственного и множественного числа существительных и глаголов (особенно с ударными окончаниями), форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени. Затруднения остаются при понимании форм числа и рода прилагательных.

Лексический запас: значительно отстает от возрастной нормы. Выявляется незнание многих слов, обозначающих части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий. Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков; не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова близкими по смыслу.

Грамматический строй речи: фиксируются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций. Отмечается смешение падежных форм, употребление существительных в именительном падеже, а глаголов - в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени; ошибки в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам; отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Фонетические и фонематические функции: звукопроизношение характеризуется наличием многочисленных специфических искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих. Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи.

Связная речь: дифференцированно обозначаются названия предметов, действий, отдельных признаков; возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предлогами в элементарных значениях. Доступны ответы на вопросы по картине, связанные с семьей и/или знакомыми событиями окружающей жизни.

## **III уровень речевого развития**

Общая характеристика: обиходная фразовая речь с проблемами лексико-

грамматического и фонетического строя.

Фразовая речь: развернутая фразовая речь с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Понимание речи: приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения. Неточно понимают значение низкочастотных слов, переносный смысл пословиц и метафор.

Лексический запас: в активном словаре преобладают существительные и глаголы. Недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности в использовании вариантов слов, не всегда доступен подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и приставок, подбор синонимов и антонимов. Нередко заменяют название части предмета названием целого предмета, нужное слово - сходным по значению.

Грамматический строй речи: аграмматизмы представлены ошибками в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Значительные трудности возникают при использовании как простых, так и сложных предлогов.

Фонетические и фонематические функции: характерным является недифференцированное произнесение звуков (особенно свистящих, шипящих, аффрикат, вибрантов и соноров), при котором один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы. Отмечаются нестойкие замены, смешения фонем: изолированно звук произносится нормативно, в словах и предложениях подвергается взаимозаменам.

Связная речь: преобладают простые распространенные предложения, крайне ограничено употребляются сложные конструкции. Присутствуют трудности при планировании своих высказываний и отборе соответствующих языковых средств.

#### **IV уровень речевого развития**

Общая характеристика: обиходная фразовая речь с остаточными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Фразовая речь: развернутая фразовая речь с отдельными элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Понимание речи: недостаточный уровень лексических средств языка на уровне слов



и фраз с переносным значением.

Лексический запас: при достаточно разнообразном предметном словаре отсутствуют слова, обозначающие некоторых животных и птиц, людей разных профессий, частей тела. При ответах смешиваются родовые и видовые понятия.

При обозначении действий и признаков предметов используются типовые названия и названия приблизительного значения. Имея определенный запас слов, обозначающих разные профессии, дети испытывают значительные трудности при дифференцированном обозначении для лиц мужского и женского рода. Отмечаются единичные парафазии, перестановки звуков, реже слогов; незначительный процент - персеверации и добавления слогов и звуков.

Грамматический строй речи: ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа, сложных предлогов; в отдельных случаях отмечаются нарушения согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Фонетические и фонематические функции: звукопроизношение приближено к нормативному. Изолированно звуки произносятся нормативно, в речевом потоке могут подвергаться искажениям и заменам, создавая эффект некоторой «смазанности» звучания.

Связная речь: в беседе, при составлении рассказа могут быть нарушения логической последовательности, «застревание» на второстепенных деталях, пропуски главных событий, повтор отдельных эпизодов. Повествуя о жизненных событиях и составляя рассказ с элементами творчества, дети пользуются простыми малоинформативными предложениями. Сохраняются трудности при планировании своих высказываний и отборе соответствующих языковых средств.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А3.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ НОРМАТИВНОГО РАННЕГО ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

(Материалы CDC (Centers for Disease Control and Prevention) <https://www.cdc.gov>)

	Социально/эмоциональные навыки	Языковые/коммуникативные навыки	Когнитивные навыки (обучение, мышление, решение проблем)	Навыки моторного/физического развития
<b>2 месяца</b>	Успокаивается, когда с ним разговаривают или берут в руки Смотрит на лицо взрослого Радует, когда родитель подходит Улыбается, когда родитель с ним разговаривает или улыбается	Издает звуки, отличные от плача Реагирует на громкие звуки	Наблюдает за родителем, когда он перемещается Смотрит на игрушку в течение нескольких секунд	Держит голову поднятой, когда лежит на животе Двигает обеими руками и ногами Ненадолго разжимает руки
<b>4 месяца</b>	Улыбается сам по себе, чтобы привлечь внимание родителя Хихикает (еще не до конца), когда родитель пытается рассмешить его Смотрит на родителя, двигается или издает звуки, чтобы привлечь или удержать внимание	Издает звуки, похожие на “оооо”, “аахх” (гулит) Издает звуки в ответ, когда с ним разговаривают Поворачивает голову на звук голоса	Если голоден, открывает рот, когда видит грудь или бутылочку. С интересом разглядывает свои руки	Держит голову ровно без поддержки, когда находится на руках Держит игрушку, которую вкладывают ему в руку Использует свою руку, чтобы замахиваться на игрушки Подносит руки ко рту Опирается локти / предплечья, когда находится на животе
<b>6 мес</b>	Узнает знакомых людей Любит смотреть на себя в зеркало Смеется	По очереди издает звуки вместе с родителями Выдувает “малину” (высовывает язык и выдувает) Издает скрипучие звуки	Кладет предметы в рот, чтобы исследовать их Тянется, чтобы взять игрушку, которую хочет Поджимает губы, показывая, что больше не	Переворачивается с живота на спину Отжимается прямыми руками, когда находится на животе Опирается на руки, чтобы поддержать себя, когда сидит

			хочет есть	
<b>9 мес</b>	Застенчив или боится незнакомых людей Показывает несколько выражений лица (например счастливое, грустное, сердитое, удивленное). Отзывается взглядом на свое имя Реагирует, на уход матери (смотрит, тянется или плачет) Улыбается или смеется, когда мать играет в прятки	Издает много разных звуков, таких как “мамамама” и “бабабабаба” Поднимает руки вверх, чтобы его подняли	Ищет предметы, выпавшие из поля зрения (например, ложку или игрушку). Соединяет две вещи воедино	Самостоятельно принимает сидячее положение Перекладывает вещи из одной руки в другую. Использует пальцы, чтобы “подгрести” пищу к себе Сидит без поддержки
<b>1 год</b>	Играет в «ладошки»	Машет “пока-пока” Называет родителя “мама” или “папа” или другим специальным именем Понимает “нет” (делает короткую паузу или замолкает, когда вы это произносите)	Кладет что-то в контейнер. Ищет то, что, прячут у него на виду	Подтягивается чтобы встать Ходит, держась за мебель Пьет из чашки без крышки, когда вы держите ее в руках Берет предметы большим и указательным пальцами.
<b>15 месяцев</b>	Копирует других детей во время игры. Показывает объект, который ему нравится. Хлопает в ладоши, когда возбужден Обнимает куклу или игрушку Показывает свою привязанность (обнимает, тискает или целует родителя)	Пытается произнести одно или два слова, кроме “мама” или “папа” Смотрит на знакомый объект, когда мать его называет Следует указаниям, данным как жестом, так и словами. Например, дает игрушку, когда мать протягивает руку и говорит: “Дай мне игрушку”. Указывает на предмет, чтобы получить помощь	Пытается правильно использовать вещи, такие как телефон, чашка или фотоаппарат, книжка.  Складывает по крайней мере два небольших объекта, например блоки	Делает несколько шагов Использует пальцы, чтобы накормить себя едой
<b>18 месяцев</b>	Отодвигается от матери, но смотрит, чтобы убедиться, что она рядом	Пытается произнести три или более слов, кроме “мама” или “папа”.	Копирует, взрослого, когда он занимается домашними делами,	Ходит, ни за кого и ни за что не держась Рисует каракули карандашом или

	<p>Показывает что-то интересное</p> <p>Протягивает вам руки, чтобы вы помыли их.</p> <p>Просматривает несколько страниц в книге с помощью взрослого</p> <p>Помогает одевать его, просовывая руку в рукав или поднимая ногу</p>	<p>Выполняет пошаговые инструкции без каких-либо жестов, например, отдает игрушку, когда ему говорят: “Дай это мне”.</p>	<p>например, подметает метлой</p> <p>Играет с игрушками простым способом, например, толкает игрушечную машинку</p>	<p>ручкой</p> <p>Сам пьет из чашки без крышки и иногда может расплескать содержимое</p> <p>Берет еду пальцами, пробует пользоваться ложкой</p> <p>Забирается на диван или стул и слезает с них без посторонней помощи</p>
<b>2 года</b>	<p>Замечает, когда другие обижены или расстроены, например, делает паузу или выглядит грустным, когда кто-то плачет.</p> <p>Смотрит на ваше лицо, чтобы понять, как реагировать в новой ситуации</p>	<p>Верно указывает на предмет на картинке, когда его спрашивают, например: “Где медведь?”</p> <p>Произносит по крайней мере два слова вместе, например “Еще молока”.</p> <p>Указывает по крайней мере на две части тела, когда его спрашивают.</p> <p>Использует больше жестов, чем просто машет рукой и указывает пальцем, например, посылает воздушный поцелуй или утвердительно кивает</p>	<p>Держит что-то в одной руке, а другой пользуется; например, держит контейнер и снимает крышку</p> <p>Пытается использовать переключатели, ручки или кнопки на игрушках</p> <p>Играет с несколькими игрушками одновременно, например, кладет игрушечную еду на игрушечную тарелку.</p>	<p>Пинает мяч</p> <p>Бежит</p> <p>Поднимается по нескольким ступенькам с помощью или без нее</p> <p>Ест ложкой.</p>
<b>30 месяцев</b>	<p>Играет рядом с другими детьми и иногда с ними</p> <p>Показывает, на что способен, говоря: “Посмотри на меня!”</p> <p>Выполняет простые действия, когда ему говорят, например, помогает собрать игрушки, когда вы говорите: “Пора убирать”.</p>	<p>Произносит около 50 слов</p> <p>Произносит два или более слов вместе с глаголом, например “Собачка беги”.</p> <p>Называет предметы в книге, когда вы показываете пальцем и спрашиваете: “Что это?”</p> <p>Произносит такие слова, как “я”, “мне” или “мы”.</p>	<p>Использует разные вещи, чтобы притворяться, например, скормливает кукле кубик, как будто это еда</p> <p>Демонстрирует простые навыки решения проблем, например, встает на табурет, чтобы дотянуться до чего-то</p> <p>Следует двухэтапным инструкциям типа</p>	<p>Использует руки, чтобы крутить предметы, например, поворачивать дверные ручки или отвинчивать крышки</p> <p>Самостоятельно снимает какую-нибудь одежду, например, свободные брюки или расстегнутую куртку</p> <p>Прыгает на двух ногах</p> <p>Переворачивает страницы книги, одну за другой, когда вы читаете</p>

			<p>“Положи игрушку на пол и закрой дверцу”.</p> <p>Показывает, что он знает по крайней мере один цвет, например, указывает на красный карандаш, когда вы спрашиваете: “Какой из них красный?”</p>	
<b>3 года</b>	<p>Успокаивается в течение 10 минут после того, как мать уходит (например в детском саду)</p> <p>Замечает других детей и присоединяется к ним, чтобы поиграть</p>	<p>Общается в режиме разговора, используя по крайней мере два обмена сообщениями "туда-обратно".</p> <p>Задаёт вопросы “кто”, “что”, “где” или “почему”, например “Где мама/папа?”</p> <p>Говорит, какое действие происходит на картинке или в книге, когда его спрашивают, например “бежит”, “ест” или “играет”.</p> <p>Называет имя, когда его спрашивают</p> <p>Большую часть времени говорит достаточно хорошо, чтобы другие могли его понять</p>	<p>Рисует круг, когда вы показываете ему как.</p> <p>Избегает прикасаться к горячим предметам, например к плите, когда вы предупреждаете.</p>	<p>Нанизывает предметы друг на друга (крупные бусины, пирамидку)</p> <p>Самостоятельно надевает какую-нибудь одежду, например свободные брюки или куртку.</p> <p>Использует вилку</p>
<b>4 года</b>	<p>Притворяется кем-то другим во время игры (учителем, супергероем, собакой)</p> <p>Просит пойти поиграть с детьми, если никого нет поблизости, например: “Можно мне поиграть с Алексом?”</p> <p>Утешает других, которым больно или грустно, например, обнимает плачущего друга.</p>	<p>Произносит предложения из четырех или более слов</p> <p>Произносит несколько слов из песни, рассказа или детского стишка</p> <p>Рассказывает по крайней мере об одной вещи, которая произошла в течение дня, например: “Я играл в футбол”.</p> <p>Отвечает на простые вопросы:</p>	<p>Называет несколько цветов</p> <p>Рассказывает, что происходит дальше в хорошо известной истории</p> <p>Рисует человека с тремя или более частями тела</p>	<p>Ловит большой мяч</p> <p>Подает еду или наливает воду под наблюдением взрослых</p> <p>Расстегивает несколько пуговиц</p> <p>Держит мелок или карандаш между пальцами и (не кулаком)</p>

	Избегает опасности, например, не прыгает с большой высоты. Любит быть “помощником” Меняет поведение в зависимости от того, где находится (церковь, магазин, библиотека, игровая площадка).	“Для чего нужно пальто?” или “Для чего нужен карандаш?”		
<b>5 лет</b>	Соблюдает правила или играет по очереди, когда играет в игры с другими детьми. Поет, танцует или выступает для взрослых Выполняет простые домашние обязанности, например, подбирает носки или убирает со стола после еды.	Рассказывает историю, которую услышал или придумал, по крайней мере, о двух событиях. Например, «кошка застряла на дереве, и пожарный спас ее» Отвечает на простые вопросы о книге или рассказе после того, как вы прочитаете или расскажете их ему Поддерживает беседу с помощью более чем трех взаимных обменов репликами Использует или распознает простые рифмы	Считает до 10 Называет некоторые числа от 1 до 5, когда вы указываете на них Использует слова о времени, такие как “вчера”, “завтра”, “утро” или “ночь”. Удерживает внимание в течение 5-10 минут во время занятий. Называет некоторые буквы, когда вы указываете на них	Застегивает пуговицы Прыгает на одной ноге

**ПРИЛОЖЕНИЕ А3.3ГЗ. АДАПТИРОВАННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ  
АЛГОРИТМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ» И ВЫДЕЛЕНИЯ «ГРУПП СПЕЦИФИЧЕСКОГО РИСКА СРРР»**

		да	нет
<b>1. Двигательная сфера и поведение</b>			
1.1	Не может уверенно перешагнуть через препятствие, присесть, наклониться, долго ходить		
1.2	Не владеет предметными действиями (возить, катать, кормить куклу, надевать-снимать некоторые предметы одежды)		
1.3	Не пользуется ложкой для самостоятельного приема густой и жидкой пищи		
1.4	Не использует в игровой деятельности знакомые предметы в качестве предметов-заменителей, не воспроизводит в игре действия взрослых		
<b>2 Физиологическая сфера</b>			
2.1.	Трудное засыпание, сон прерывистый, просыпается с криком или плачем		
2.2	Частые срыгивания на 1 году жизни, отказывался от кормления материнской грудью, плохо сосал		
2.3	Выявляются нарушения приема пищи: избирателен в еде, ест только через соску, отмечается слюнотечение		
2.4	Неадекватно реагирует на дискомфорт (не реагирует или реагирует чрезмерно, с криком, плачем, долго не успокаивается)		
<b>3. Эмоциональная сфера</b>			
3.1	Эмоциональный фон снижен, часто плачет, беспричинно возбуждается		
3.2	Бойся некоторых звуков, предметов определенного цвета, пуглив и насторожен по отношению к окружающим людям (взрослым и/или сверстникам)		
3.3	Не дифференцирует близких, не дает ответной позитивной реакции на обращение, не «заражается» эмоциями родителей, не проявляет душевной привязанности		
3.4	Проявляет элементы агрессивного поведения (кусает, хватает за волосы и др.)		
<b>4. Коммуникация и речь</b>			
4.1	Не устанавливает и не поддерживает зрительный контакт, не стремится к общению, уклоняется от взаимодействия или остается безразличным при организации контакта извне		
4.2	Простые слова появились позже 12 месяцев, не произносит (или мало произносит) слова-предложения, словарь не накапливается, нет ни одного предложения из 2-х слов		
4.3	Не выполняет простые инструкции, не всегда реагирует на свое имя, не понимает значения предлогов «на», «под», «в»		
4.4	Не использует указательный жест с целью привлечения внимания другого человека к объекту		
За каждый ответ «да» - 1 балл		0 – 2 б. - норма 3 б. – группа риска (требуется динамическое наблюдение) 4- 8 б. – высокий риск (требуется консультация логопеда) Более 9 б. – очень высокий риск (требуется консультация логопеда и психиатра)	

# ПРИЛОЖЕНИЕ А3.4. КАРТА РЕЧЕВОГО ПРОФИЛЯ

Ф.И.О ребенка _____ Дата первичного логопедического обследования _____ Дата заключительного логопедического обследования _____			не нарушено /сформировано/доступно /безошибочно		в стадии формирования/ частично нарушено/ с единичными ошибками		нарушено/ недоступно /отсутствует	
			0 баллов		1 балл		2 балла	
			было	стало	было	стало	было	стало
Импрессивная речь	1.1.	Фонематическое восприятие						
	1.2.	Смыслоразличительная функция фонемы						
	1.3.	Языковой анализ и синтез	наличие звука (М) в словах					
			определение первого звука в слове					
			определение звука в начале, середине и конце слова					
			составление слова из слогов					
			составление слова из звуков					
			составление предложений из отдельных слов					
	1.4.	Понимание логико-грамматических конструкций	понимание флексивных конструкций					
			понимание предложных конструкций					
			понимание сравнительных конструкций					
			понимание пассивных конструкций					
			понимание атрибутивных конструкций					
			понимание отношений последовательности					
1.5.	Оценка грамматической нормативности							
1.6.	Показ серий из (*) предметов							
Баллы (было):								
Баллы (стало):								



Экспрессивная речь	2.1.	Автоматизированная речь	порядковый счёт						
			времена года						
			дни недели						
	2.2.	Рифмованная речь	точность передачи стихотворного текста						
			интонационная выразительность						
			объём и сложность стихотворного текста						
	2.3.	Повторная речь	объём (длина) ряда						
			удержание порядка элементов						
			повтор цепочки слов						
			повтор предложения						
	2.4.	Составление рассказа по серии сюжетных картин	соблюдение логической последовательности						
			выделение ключевых элементов рассказа						
			наличие в рассказе второстепенных деталей и событий						
			выделение главной мысли						
			использование выразительных средств языка						
	2.5.	Составление рассказа по сюжетной картине	передача эмоционального состояния героев						
			выделение основных объектов и действий						
			передача смысловой нагрузки сюжета						
			использование грамматически и синтаксически структурированных фраз (простых/сложных)						
	2.6.	Пересказ прослушанного текста	пересказ прослушанного текста в полном объеме						
самостоятельность пересказа (без помощи специалиста)									
выделение основной мысли, понимание									
Баллы (было):									
Баллы (стало):									

Лексический состав	3.1.	Наличие разных частей речи	существительные высокочастотные						
			существительные низкочастотные						
			глаголы высокочастотные						
			глаголы низкочастотные						
			прилагательные высокочастотные						
			прилагательные низкочастотные						
			наречия высокочастотные						
			наречия низкочастотные						
			местоимения						
			числительные						
			простые предлоги						
			сложные предлоги						
	3.2.	Обобщающие понятия	Игрушки						
			Продукты						
			Одежда						
			Посуда						
			Мебель						
			Овощи						
			Фрукты						
			Ягоды						
			Животные						
			Птицы						
			Транспорт						
			Насекомые						
	3.3.	Подбор антонимов							
	3.4.	Употребление слов	верификация (достоверность, точность)						
	3.5.	Словообразование	образование уменьшительно-ласкательных форм (диминутивов)						
			образование названий детенышей животных						
			образование относительных прилагательных						
			образование притяжательных прилагательных						
			образование приставочных глаголов						
	Баллы (было):								
	Баллы (стало):								

Грамматический строй речи	4.1.	Оценка на уровне словосочетания	согласование слов на уровне словосочетания в целом						
			употребление множественного числа существительных						
			употребление формы родительного падежа множественного числа						
			согласование прилагательных с существительными						
			согласование числительных с существительными						
	4.2.	Оценка на уровне предложения	употребление предложных конструкций						
			согласование слов на уровне предложения в целом						
наличие грамматической основы предложения (главных членов)									
соблюдение порядка слов в предложении									
			использование фразы в соответствии с возрастными требованиями						
Баллы (было):									
Баллы (стало):									
Гнозис и праксис	5.1.	Неречевой слуховой гнозис	оценка и воспроизведение ритмических структур						
			дифференциация неречевых слуховых стимулов						
	5.2.	Ведущая рука	предпочтение правой руки						
	Баллы (было):								
Баллы (стало):									
Готовность к овладению навыкам письменной речи	6.1.	Чтение		доступно - 0		Част. доступно - 1		недоступно - 2	
				было	стало	Было	стало	было	стало
			знает буквы						
			может читать по слогам						
			понимание прочитанного						
	6.2.	Письмо		доступно - 0		Част. доступно - 1		недоступно - 2	
				было	стало	было	стало	было	стало
			знает буквы						
			может писать печатными буквами						
			правильный захват карандаша						
Баллы (было):									
Баллы (стало):									

<b>Прогностическая сторона речи</b>	8.1.	<b>Строение органов артикуляции</b>	без патологии - 0		отдельные нарушения - 1		имеются значительные нарушения - 2	
			было	стало	было	стало	было	стало
	8.2.	<b>Прикус</b>	физиологический - 0		прогнатия, прогения, глубокий - 1		открытый боковой, передний, перекрест. - 2	
			было	стало	было	стало	было	стало
	8.3.	<b>Функционирование органов артикуляции</b>	Нарушений нет - 0		отдельные нарушения точности движения, переключаемости - 1		ограничения объема движений, тонуса, точности, синкинезии, тремор, девиация кончика языка - 2	
			было	стало	было	стало	было	стало
	8.4.	<b>Общая разборчивость речи</b>	не нарушена - 0		несколько снижена, речь смазана - 1		речь невнятная, малопонятная - 2	
			было	стало	было	стало	было	стало
	8.4.	<b>Звукопроизношение:</b>	не нарушено - 0		в пределах допустимых физиол. откл. - 1		нарушено - 2	
			было	стало	было	стало	было	стало

<i>*Оцениваются только нарушенные звуки</i>		Изолированно - 0		В словах - 1		В спонтанной речи - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
<b>гласные</b>	<b>А</b>						
	<b>О</b>						
	<b>У</b>						
	<b>Ы</b>						
	<b>Э</b>						
<b>переднеязычные</b>	<b>И</b>						
	<b>Т</b>						
	<b>ТЬ</b>						
	<b>Д</b>						
<b>заднеязычные</b>	<b>ДЬ</b>						
	<b>К</b>						
	<b>КЬ</b>						
	<b>Г</b>						
	<b>ГЬ</b>						
	<b>Х</b>						
<b>губно-зубные</b>	<b>ХЬ</b>						
	<b>В</b>						
	<b>ВЬ</b>						
	<b>Ф</b>						
<b>свистящие</b>	<b>ФЬ</b>						
	<b>С</b>						
	<b>СЬ</b>						

	з						
	зь						
	ц						
шипящие	ш						
	ж						
	ч						
сонорные	щ						
	й						
	н						
	нь						
	м						
	мь						
	л						
	ль						
	р						
	рь						
Баллы (было):							
Баллы (стало):							

8.5.	Слоговая структура	не нарушена - 0		нарушена в сложных словах - 1		нарушена в словах с простой слоговой структурой - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.6.	Интонационная выразительность в спонтанной речи	достаточная - 0		недостаточная - 1		отсутствует, назализация - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
	Интонационная выразительность в диалогической речи	достаточная - 0		недостаточная - 1		отсутствует, назализация - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
	Интонационная выразительность в ритмизированной речи	достаточная - 0		недостаточная - 1		отсутствует, назализация - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.7.	Сила голоса	сильный - 0		средний - 1		слабый, истощающийся - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.8.	Звучание голоса	чистое - 0		хриплое - 1		с назализацией - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.9.	Темп речи	норма - 0		ускорение, замедление - 1		неравномерность - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало

8.10.	Характер речевого дыхания	брюшное - 0		грудное - 1		верхнеключичное - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
	Ритм речевого дыхания	нормальный - 0		с отдельными нарушениями - 1		аритмичный - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
Характер выдоха	Нормальный - 0		Несколько укороченный - 1		Значительно укороч. (не соотв.кол-ву слов в синтагме) - 2		
	было	стало	было	стало	было	стало	

8.11.	Синхронизация дыхания, голосообразования и артикуляции	не нарушена - 0		с единичными нарушениями - 1		нарушена в словах с простой слоговой структурой - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.12.	Паузация речевого потока	не нарушена - 0		с единичными нарушениями - 1		нарушена в словах с простой слоговой структурой - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.13.	Запинки в речи	отсутствуют - 0		с единичные - 1		отмечаются - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
8.14.	Речевая активность	высокая - 0		средняя- 1		низкая - 2	
		было	стало	было	стало	было	стало
Баллы (было):							
Баллы (стало):							
Итог по всему обследованию (было):							
Итог по всему обследованию (стало):							

## ПРИЛОЖЕНИЕ А3.5. ПРОГРАММЫ РЕЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

### РЕЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ПРИ СРРР (F80.0)

Этап	Задача	Содержание
Подготовительный	Совершенствование артикуляционной моторики и кинестетических ощущений	Устранение (минимизация) анатомических дефектов артикуляторного аппарата (ортодонтическое и/или хирургическое лечение)
		Артикуляционные упражнения
		Логопедический массаж
	Формирование и развитие фонематического восприятия	
Основной	Постановка звука (при невозможности – формирование компенсаторной артикуляции)	Способы: По подражанию Механический смешанный
	Автоматизация звука	Последовательность: В слогах В словах В предложениях (фразах) В текстах В различных коммуникативных ситуациях
	Дифференциация звука	Последовательность: В слогах В словах В предложениях (фразах) В текстах В различных коммуникативных ситуациях

## РЕЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ПРИ СРРР (F80.1, F80.2)

### I уровень речевого развития

Имеющиеся речевые средства ребенка:	Ведущие симптомы нарушения:
лепетные слова слова, совпадающие с нормативным языком («да») звукокомплексы и звукоподражания обрывки лепетных аграмматичных фраз аморфные слова-заместители, не существующие в русском языке	не могут составить предложение не понимают и не используют в речи способы грамматического оформления слов, предлоги словарный запас ограничен бытовыми ситуациями не понимают значения большинства слов, выходящих за рамки знакомых ситуаций звуко-слоговое оформление речи существенно нарушено типична многозначность слов

### Направления логопедической реабилитации:

<b>1. Создание механизмов речевой деятельности: формирование мотива, коммуникативного намерения</b>	Поощрение вербального общения (вместо использования жестов) Развитие подражания на неречевом материале Сопровождение действий простыми речевыми комментариями (топ-топ, ам-ам, бай-бай)
<b>2. Развитие психологической базы речи</b>	Развитие восприятия (зрительного, тактильного, слухового) Развитие памяти (зрительной, тактильной, слуховой) Развитие мышления (наглядно-действенного, наглядно-образного, словесно-логического)
<b>3. Развитие импрессивной речи</b>	Последовательность работы: - понимание значения глаголов, прилагательных, существительных - понимание обобщающего значения слов - понимание грамматических категорий существительных, глаголов (число, время, вид) - дифференциация обращения к одному или нескольким лицам: (встань-встаньте, сядь-сядьте) - угадывание предмета по описанию



<b>4. Активизация подражательной речевой деятельности</b>	Последовательно формируется способность воспроизводить: <ul style="list-style-type: none"> <li>- наименования родных и близких (мама, папа, деда, баба и др.)</li> <li>- имена окружающих</li> <li>- подражание голосам животных</li> <li>- приказание «стой!», «иди!», объединяя их в короткие предложения без требования правильного фонетического оформления (Мама на. Мама дай. Маша, спи!)</li> </ul>
<b>5. Развитие внимания и памяти</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Нахождение предметов (их изображений) в ряду стимулов по названию</li> <li>- Установление заданной последовательности предметов (их изображений)</li> <li>- Нахождение нового предмета (изображения) в ряду (ребенок закрывает глаза, логопед добавляет предмет)</li> <li>- Определение исчезнувшего предмета (изображения) из ряда (ребенок закрывает глаза, логопед убирает предмет)</li> </ul>

## II уровень речевого развития

Имеющиеся речевые средства ребенка:	Ведущие симптомы нарушения:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Начальная аграмматичная фраза, состоящая из 2-3 (иногда из 4) слов с пропуском главных и второстепенных членов предложения;</li> <li>• Понимание категории единственного и множественного числа;</li> <li>• Знание простых предлогов (на, в);</li> <li>• Появление в самостоятельной речи появляются не только <b>названий предметов, действий</b>, но и отдельных <b>признаков, местоимений и наречий</b>;</li> <li>• Начальное овладение элементарными способами словообразования (образование уменьшительно-ласкательной формы существительных).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не могут самостоятельно составить рассказ, пересказ, описать какое-либо событие (заменяют на перечисление предметов или действий, нарушают логику повествования);</li> <li>• Неправильно употребляют окончания слов (сущ + прил, сущ + числ);</li> <li>• Пропускают предлоги;</li> <li>• Словарный запас недостаточен по качественным и количественным параметрам;</li> <li>• Не знают и не понимают значения многозначных слов;</li> <li>• Допускают типичные лексические замены:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ по видородовым признакам</li> <li>○ названия части предмета заменяют названием целого предмета</li> <li>○ по принципу сходства двух действий</li> </ul> </li> <li>• Затрудняются в образовании уменьшительно-ласкательной и увеличительной формы мн.ч. существительных;</li> <li>• Затрудняются в образовании притяжательных существительных;</li> <li>• Не могут подобрать синонимы, антонимы, слова с обобщающим значением;</li> <li>• Нарушена слоговая структура слов (пропуски, замены, перестановки, повторения, добавления, уподобления).</li> </ul>

## Направления логопедической реабилитации

<b>1. Развитие импрессивной речи</b>	<p>Последовательность работы по <b>развитию понимания речи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- различение слов, близких по звучанию, но разных по смыслу (квазиомонимов);</li> <li>- понимание категории рода прилагательных;</li> <li>- понимание категории падежа существительных;</li> <li>- понимание значения притяжательных прилагательных;</li> <li>- понимание предлогов, выражающих различное пространственное расположение предметов (под, над, в, за и др.).</li> </ul>
<b>2. Развитие лексического (словарного) запаса</b>	<p>Последовательное составляется словарь предметов, признаков, действий по каждой обобщающей теме; Слова изучаются не изолированно, а в речевом контексте. Используется прием наращивания одинаковых слогов (мис-ка, шап-ка, руч-ка). Последовательно отрабатывается воспроизведение <b>односложных слов</b> (мак, дом), <b>двусложных слов</b> (вата, ваза), <b>трехсложных слов</b> (молоко, машина).</p>
<b>3. Формирование двусоставного предложения и предложения из нескольких слов</b>	<p><b>Формирование двусоставного предложения</b> происходит в последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-составление предложения по картине;</li> <li>-составление предложения по демонстрации действий -составление предложения по вопросам.</li> </ul> <p><b>Формирование предложения из нескольких слов</b> последовательно отрабатываются 3-х модели предложения:</p> <p>Кто что делает что? (Аня читает книгу).</p> <p>Кто что делает чем? (Аня рисует карандашом).</p> <p>Кто что делает кому? (Аня дает книгу Оле).</p> <p>Далее - составленные предложения объединяют в короткие рассказы (по картинке; по вопросам). Включается заучивание стихов и потешек.</p>
<b>4. Развитие фонематического восприятия</b>	<p>Осуществляется с учетом этапа, на котором в данный момент находится ребенок, с учетом следующей последовательности:</p> <p><b>1 этап - узнавание неречевых звуков:</b></p> <p>что шумит за окном;</p> <p>какие звуки слышны из соседнего помещения;</p> <p>знакомство со звуками, которые издают различные предметы;</p> <p>узнавание направления звука.</p> <p><b>2 этап - различение высоты, силы, тембра голоса:</b></p> <p>на материале схожих неголосовых звуков (какая дудочка играет - большая или маленькая);</p> <p>на материале одинаковых звуков, издаваемых голосом (кто пел - мальчик или девочка);</p> <p>на материале сочетаний слов и фраз, произносимых голосом разной громкости, силы, тембра.</p>

	<p><b>3 этап - различение слов, близких по звуковому составу:</b>  Выделение ненормативного произнесения слова из ряда слов;  Различение слов, близких по звуковому составу (квазиомонимов);  Восстановление заданной последовательности изображений слов с похожим звуковым составом (рак, лак, мак, бак).</p> <p><b>4 этап - дифференциация слогов</b>  Выделение заданного слога в цепочке слогов (на-на-на-па; ка-ка-га-ка, па-ба-па-па и т.д.).</p> <p><b>5 этап - дифференциация фонем:</b>  Начинается с различения гласных звуков (поезд гудит - УУУ, девочка плачет - ААА, птичка поет – ИИИ...).</p> <p><b>6 этап - развитие навыков элементарного звукового анализа:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализ гласных звуков;</li> <li>- анализ согласных звуков, находящихся в конце слова;</li> <li>- анализ согласных звуков независимо от позиции в слове.</li> </ul>
<b>5.Развитие звукопроизношения</b>	<p><b>Этапы работы над звукопроизношением:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- постановка звука;</li> <li>- автоматизация звука;</li> <li>- дифференциация звука.</li> </ul>
<b>6.Формирование слоговой структуры</b>	<p>Определять кол-во слогов в слове и отхлопывать двух- и трехсложные слова</p>

### III уровень речевого развития

Имеющиеся речевые средства ребенка:	Ведущие симптомы нарушения:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Опираясь на вопросы и помощь взрослого, может составить короткий рассказ о событии, пересказать сказку.</li><li>• Согласовывает многие члены предложения в роде, числе, падеже.</li><li>• Правильно использует некоторые простые и сложные предлоги.</li><li>• Может подобрать обобщающие понятия, синонимы, антонимы.</li><li>• Овладевает навыками словообразования существительных, прилагательных, глаголов.</li><li>• Речь в целом разборчива и понятна для окружающих.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Фрагментарность рассказа;</li><li>• Пропуски главных и второстепенных деталей при пересказе;</li><li>• Тенденция к перечислению предметов и действий вместо связного повествования;</li><li>• Затруднения в формулировке вопросов и формулировке развернутых ответов;</li><li>• Нарушение конструкции предложения: пропуски и перестановки главных и второстепенных членов предложения;</li><li>• Аграмматизмы в согласовании различных частей речи, в использовании предлогов; в изменении по категориям рода, числа, падежа;</li><li>• Ограниченный объем словаря;</li><li>• Трудности в подборе слов синонимов, антонимов, однокоренных слов;</li><li>• Смешение названий частей тела человека, частей предмета;</li><li>• Трудности переноса сформированного словообразовательного навыка на новый лексический материал;</li><li>• Трудности преобразования одной части речи в другую (словообразования);</li><li>• Затруднения в образовании притяжательных и относительных прилагательных;</li><li>• Ошибочное использование словообразовательных аффиксов;</li><li>• Пропуски, замены, перестановки слогов, нарушения звуконаполняемости;</li><li>• Нарушение звукопроизношения от 2-3 звуков до множественных нарушений (преимущественно твёрдые-мягкие, звонкие-глухие, свистящие, шипящие)</li></ul>

## Направления логопедической реабилитации

<b>1. Практическое усвоение лексико-грамматических средств языка</b>	<p>Расширение лексики и грамматики осуществляется в следующей последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- предмет и его части, назначение;</li> <li>- направление действий и местонахождение предмета (предлоги в, на, под);</li> <li>- принадлежность предмета (мой, моя, твой, твоя);</li> <li>- образование существительных при помощи простых суффиксов (ик);</li> <li>- образование уменьшительно-ласкательных форм при помощи суффиксов (очк, -ечк);</li> <li>- образование сложных слов (самовар, светофор, самокат, пароход);</li> <li>- образование родственных слов (лес, лесной, лесник).</li> </ul>
<b>2.Формирование фонетической стороны языка (звукопроизношения)</b>	<p>Разделы работы:</p> <p>Совершенствование артикуляционных навыков (артикуляционная гимнастика);</p> <p>Совершенствование фонематического слуха (различение на слух оппозиционных звуков);</p> <p>Совершенствование звукопроизношения (автоматизация поставленных звуков);</p> <p>Совершенствование слоговой структуры.</p>
<b>3. Развитие элементарных навыков звукового анализа и синтеза</b>	<p><u>Последовательность работы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-выделение звука из ряда звуков;</li> <li>-выделение слога из ряда слогов;</li> <li>-определение наличия звуков в слове;</li> <li>- определение ударного звука в слове;</li> <li>- звуковой анализ односложных слов.</li> </ul>
<b>4. Овладение элементами грамоты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Деление слов на слоги;</li> <li>- Складывание слов из слогов (магнитная, разрезная азбука);</li> <li>- Вставление пропущенных букв.</li> </ul>
<b>5. Развитие осознанного восприятия речи и слухового внимания (умения правильно действовать на основе обращений, указаний)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Усвоение переходности глаголов на предметы с учетом их признаков и характеристик (собери все зеленое, дай мне красный карандаш, а Вове – зеленый);</li> <li>- Выполнение ступенчатых инструкций (возьми куклу, положи на кровать, укрой одеялом).</li> </ul>

## **ПРИЛОЖЕНИЕ А3.6 ПРИНЦИПЫ И НАПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СРРР**

**Цель** - формирование компенсаторных механизмов становления высших психических функций у детей с установленным диагнозом СРРР.

**Ведущие задачи:** формирование базовых основ познавательных функций и поддержка энергетического тонуса; развитие (или восстановление) межполушарного взаимодействия.

### **Направления работы:**

1. Формирование зрительного и слухового восприятия, сенсорно-перцептивной деятельности.
2. Формирование и коррекция базовых сенсомоторных (одновременных и реципрокных) взаимодействий.
3. Развитие зрительного, мануального кинестетического и сомато-пространственного гнозиса и праксиса.
4. Повышение темпа деятельности за счет автоматизации навыков и использования сохранных анализаторных систем.
5. Выработка навыков планирования собственной деятельности, формирование алгоритма самоконтроля и самокоррекции, процессов мотивационно-потребностного ряда в соответствии с возрастными требованиями.
6. Укрепление приоритета произвольной деятельности, повышение осознанности и дифференцированности, произвольности и опосредованности эмоций, эмоциональных переживаний, формирования адекватной самооценки и «образа Я».
7. Развитие модально-специфических видов внимания, памяти и преодоления стереотипов.
8. Коррекция и совершенствование адаптивных и коммуникативных навыков, формирование способности к установлению и поддержанию устойчивых и гибких взаимоотношений с эмоционально значимыми людьми.
9. Преодоление тревожно-фобических спонтанных реакций и их замена на конструктивные с аналитическим компонентом.

### **Направления работы, дифференцированные по уровням речевого развития**

#### ***1 УРОВЕНЬ***

- стимулирование ориентировочной активности путем привлечения внимания ребенка к предметам и явлениям и обеспечения положительной мотивации;
- совершенствование навыка фиксации взгляда на объекте, сосредоточения, прослеживания за его перемещением в малом пространстве;
- развитие способности узнавать предметы обихода и игрушки, по инструкции взрослого и показу выделять их в ряду разнородных объектов, находить идентичные;
- развитие зрительного внимания и зрительной памяти при наблюдении за двумя объектами;
- развитие слухового сосредоточения с использованием звучащих детских и музыкальных игрушек;
- формирование сомато-сенсорного гнозиса в играх на локализацию прикосновения;
- развитие зрительно-двигательной координации, обучение действиям хватания, ощупывания, перемещения предметов (сначала допускаются совместные движения, затем ребенок выполняет их самостоятельно);

- овладение орудийными действиями с предметами, имеющими фиксированное значение;
- побуждение к визуальному контакту, формирование умения слушать взрослого, реагировать на обращение, выполнять простую инструкцию;
- развитие умения обращать внимание и реагировать на мимику и жесты взрослого, его интонации;
- формирование способности к двигательному подражанию;
- формирование образа собственного Я, способности узнавать себя в зеркале, выбирать свое отражение из двух (в паре с другим ребенком);
- актуализация совместных эмоциональных переживаний в разных видах деятельности.

## **2 УРОВЕНЬ**

- выработка навыка идентификации объектов на основе целостного восприятия без анализа признаков и свойств;
- формирование способности соотносить предмет и его изображение, узнавать на картинке, различать два объекта по недифференцированному признаку величины;
- развитие внимания и памяти, функции прослеживания за движением и перемещением предметов по отношению к другим объектам;
- развитие способности к целостному восприятию объектов (работа с разрезными картинками без фона из двух частей, с парными картинками);
- развитие пространственной ориентировки, прежде всего - в собственном теле;
- развитие слухового восприятия при различении неречевых звучаний (последовательный ряд из 2-3 звуков), узнавании на картинках предметов и животных с ориентиром на звукоподражания;
- совершенствование захвата щепотью, указательным и большим пальцем в играх на сортировку, переноску предметов, разных по величине и форме;
- обучение соотносящим действиям в играх с вкладышами, побуждение к ориентировке в величине;
- формирование способности совмещать фигурку с прорезью, действовать последовательно, целенаправленно, поддерживать предмет другой рукой, согласовывать движения обеих рук (реципрокная координация);
- овладение орудийными действиями с использованием вспомогательных средств или орудий в проблемных ситуациях;
- закрепление готовности к совместной с взрослым деятельности;
- развитие способности подражать выразительным движениям и мимике взрослого в игровых ситуациях;
- понимание жестов и выразительных движений, сочетающихся со словесной инструкцией и без нее;
- формирование способности узнавать себя и своих близких на фотографиях;
- формирование готовности взаимодействовать со сверстниками в играх с одним общим предметом.

## **3 УРОВЕНЬ**

- формирование зрительного восприятия при дифференциации предметов по форме и идентификации предмета и формы образца-эталона;
- побуждение к практическому примериванию, сличению с помощью речевой инструкции, обобщения и оречевления действий;
- развитие представлений о количестве, форме и величине;
- формирование целостного зрительного восприятия;
- совершенствование ориентировки в собственном теле, а также частях тела другого

человека, куклы, игрушечных животных и их изображениях;

- развитие умения узнавать и различать неречевые звучания в ряду из 3-4 сигналов;
- развитие умения узнавать и различать гласные звуки;
- развитие ориентировки в громкости и длительности звучания в играх;
- совершенствование тактильного гнозиса путем ощупывания предметом и их контуров;
- развитие стереогноза, узнавания предметов, разных по величине, фактуре и форме, на ощупь;
- совершенствование соотносящих действий в играх с пирамидкой, матрешкой;
- развитие способности соотносить пары предметов по величине;
- совершенствование орудийных действий в проблемных ситуациях;
- обучение изготовлению простейшего орудия или вспомогательного средства;
- совершенствование зрительно-моторной координации, закрепление навыков обследования предмета: ощупывание, обведение контура пальцем;
- уточнение умения узнавать предметы по обводящему движению руки и показывать их;
- развитие конструктивного праксиса при воспроизведении простых конструкций по подражанию и образцу;
- побуждение к речи в различных коммуникативных ситуациях;
- имитация артикуляционных движений и выразительных движений в подвижных играх;
- овладение готовностью к «игре рядом», побуждение детей к взаимодействию в ходе игровой деятельности.

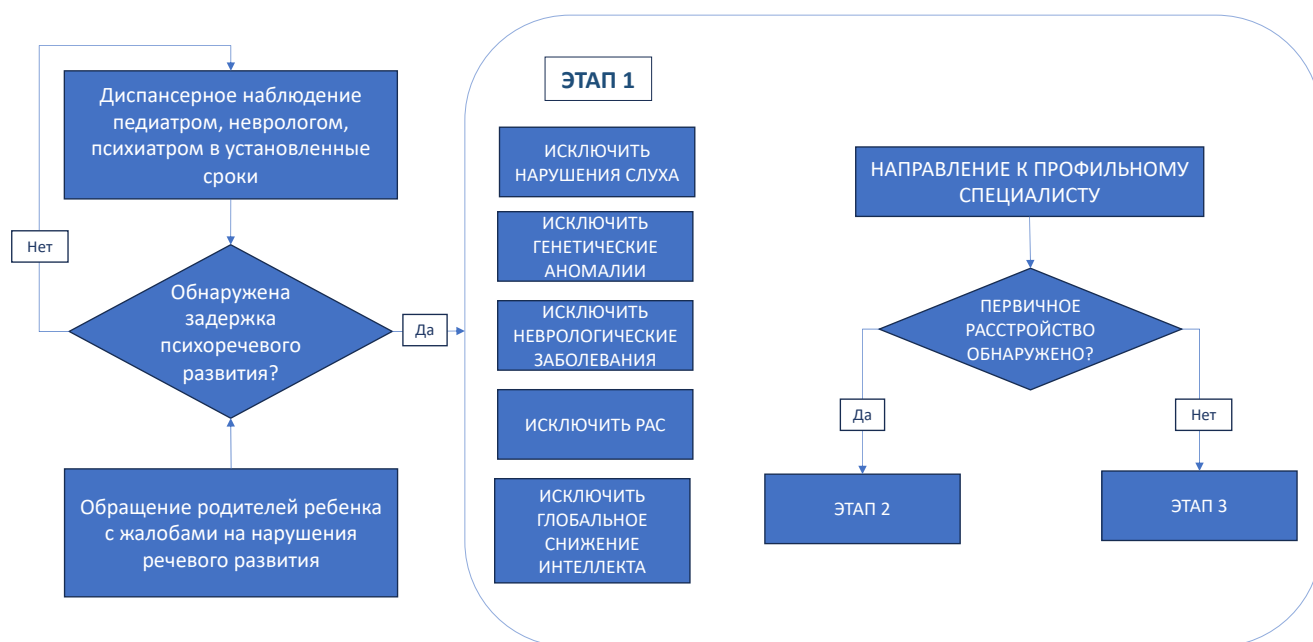
#### **4 УРОВЕНЬ**

- формирование и совершенствование цветового зрительного гнозиса;
- обучение приемам практического примеривания (прикладывания) с дальнейшим комментированием и обобщением действий;
- развитие оптико-пространственных функций в дидактических играх с разрезными картинками (изображение на белом фоне);
- совершенствование восприятия формы при подборе объемных геометрических тел и плоскостных фигур более сложной конфигурации (звездочка, овал, многоугольник);
- совершенствование восприятия формы в играх с дидактическими игрушками: пирамидкой, матрешкой, матрицами;
- развитие пространственного гнозиса в конструировании по подражанию и образцу с использованием настольного строительного материала и арифметических палочек;
- формирование сложных пространственных ориентировок;
- слуховая ориентировка в звучании музыкальных инструментов: дудочка, колокольчик, бубен, барабан, металлофон;
- формирование способности воспринимать и воспроизводить итеративный ритм (ритм повтора, звуки предъявляются с одинаковыми временными промежутками) не более двух сигналов;
- обучение ориентировки в высоте, силе, тембре голоса, а также местонахождение источника звука;
- закрепление умения ориентироваться на звучание гласных звуков и выполнять те или иные действия по звуковому сигналу;
- развитие способности дифференцировать интонации и громкость звучания голоса взрослого;
- совершенствование тактильного гнозиса (температурные свойства);
- обучение практическому различению на ощупь особенностей фактуры, нахождению на ощупь парных предметов по фактуре, по величине;



- закрепление навыка конструирования по подражанию и по образцу;
- совершенствование соотносящих и орудийных действий в играх с предметами;
- овладение предметно-игровым действиям в соответствии с возрастными нормативами;
- расширение диапазона совместной со взрослым деятельности в играх с элементами сюжета;
- совершенствование навыка выразительных движений в играх-драматизациях;
- формирование способности взаимодействовать со сверстниками в процессуальных и сюжетных играх.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА



### ЭТАП 3

ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ЛЕЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

ДИАГНОСТИКА ТИПА СРРР, РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ РЕЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (МЕДИЦИНСКИЙ ЛОГОПЕД)

ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БАЗЫ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

F80.0

Программа речевой терапии в соответствии с профилем речевых расстройств

F80.1

Нейропсихологическая коррекция

Медикаментозная терапия коморбидных расстройств

F80.2

Обучение родителей приемам речевой терапии

Рекомендуется проведение курсового лечения в амбулаторных условиях (дневной стационар) с интенсивностью посещений от 3 до 5 раз в неделю длительностью 3-4 недели.

Курс включает групповые и индивидуальные занятия с медицинскими логопедом и психологом.

Проведение речевой терапии предпочтительней в группах по 2-5 человек, сходных по возрасту и уровню речевого развития.

Частота и кратность индивидуальных занятий определяется специалистом

## **ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

Родителям или законным представителям пациента с СРРР необходимо в доступной форме объяснить природу, проявления, способы диагностики и методы вмешательств для данной группы расстройств.

Нарушения речи многообразны, они проявляются в нарушении произношения, грамматического строя речи, ограниченности словарного запаса.

Полноценная речь ребенка является одним из основных условий его развития. Тяжелые нарушения устной речи могут стать причиной отставания в развитии познавательной сферы, трудностей овладения навыками письменной речи (чтением и письмом), повлиять на социализацию ребенка.

Во многих случаях детям с нарушениями речи необходима помощь не только логопеда, но и других специалистов – медицинского психолога, психиатра, невролога. Необходимо создать систему коррекционно-развивающих занятий, направленных на устранение симптомов речевого расстройства и формирование способности к полноценному речевому общению, развитие познавательной сферы, основных психических процессов, навыков самоконтроля, общей и мелкой моторики.

Диагностика СРРР включает в себя сбор анамнестических данных, а также оценку текущего психиатрического статуса и уровня развития речи. Для уточнения диагноза и повышения точности клинической диагностики возможно использование количественных тестов, однако их применение полезно не столько для оценки состояния речевой функции, сколько для отслеживания динамических изменений, возникающих в результате комплексной терапии. Медикаментозного лечения данной группы заболеваний на данный момент не существует, а существующее медикаментозное лечение направлено на решение различных неспецифических проблем, таких как нарушения поведения, снижение волевых побуждений, утомляемость и др.

Методы с доказанной эффективностью и безопасностью описаны в настоящих клинических рекомендациях. Эти вмешательства эффективны для большинства детей с СРРР, и ассоциированы с лучшими результатами.

Использование интенсивной речевой терапии на ранних этапах развития речи (в возрасте 1,5-2 года и ранее) приводит к оптимальному исходу, то есть нормализации развития. Чем раньше начинает оказываться помощь, тем лучше прогноз развития ребенка.

Важно предостеречь родителей от неоправданных ожиданий, связанных с использованием методов лечения, не имеющих исследований, подтверждающих их

эффективность, а также от выжидательной позиции, при которой они рассчитывают на самопроизвольное исчезновение симптоматики и не обращаются к специалистам до достижения ребенком определенного возраста (чаще – старшего дошкольного). Так, к методам с недоказанной эффективностью относятся иппо- и дельфинотерапия, медикаментозное лечение, не сочетающееся с целенаправленными коррекционно-развивающими занятиями, метод биоакустической коррекции головного мозга (БАК), нейросенсорная слуховая стимуляция по методу Томатиса (MethodeTomatis), метод сенсорной стимуляции Forbrain («Форбрейн») и другие. В случае если родители настаивают на продолжении применения данных методов, важно подчеркнуть, что они не должны использоваться вместо основной программы абилитации, включающей методы и подходы с научно доказанной эффективностью.

Важно убедить родителей или законных представителей пациента с СРРР в том, что от их активного участия в абилитационном процессе зависит его успешность. Устранение речевой патологии требует систематических продолжительных занятий не только в условиях кабинета специалиста, но и дома. Родители обязательно должны следовать всем рекомендациям, организовать дома условия, способствующие речевому развитию ребенка. Не следует ограждать его от общения со сверстниками, имеющими нормативно развивающуюся речь. Важно поддерживать мотивацию ребенка к речевому общению. С учетом того, у детей с СРРР нередко отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности (восприятие, память, внимание, мышление, речь), необходимо создавать ребенку такую среду, которая стимулировала бы развитие.

