

Клинические рекомендации

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

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

F 80 Специфическое расстройство развития, речи
и языка

Возрастная группа: дети

Год утверждения: 2019

Разработчик клинической рекомендации:

Российское общество психиатров

Коллектив авторов:

| | |
|------------------------------------|---|
| 1. Шкловский Виктор Маркович | Доктор психологических наук, профессор, академик РАО, руководитель отдела патологии речи и нейрореабилитации ФГБУ «НМИЦПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России |
| 2. Шипкова Каринэ Маратовна | к.псх.н, в.н.с.отдела патологии речи и нейрореабилитации ФГБУ «НМИЦ ПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России, доцент кафедры нейро-и патопсихологии факультета клинической психологии РГГУ |
| 3. Милехина Алла Владимировна | психиатр, к.м.н., ст.н.с. отдела патологии речи и нейрореабилитации ФГБУ «НМИЦПиН им. В.П.Сербского» Минздрава России |
| 4. Черёмин Роман Авенирович | Главный врач ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ |
| 5. Серебровская Ольга Вячеславовна | Заместитель главного врача по психолого-логопедической работе ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ |

| | |
|---------------------------------|--|
| 6. Аханькова Татьяна Евгеньевна | Психиатр, зав. детским отделением ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ |
| 7. Волкова Светлана Валерьевна | к.пед.н., логопед детского отделения ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ |
| 8. Зиборова Елена Викторовна | медицинский психолог ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ |
| 9. Ларина Ольга Даниловна | с.н.с. ФГБУ "Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава РФ", доцент кафедры логопедии МПГУ |
| 10. Смирнов Илья Игоревич | Психиатр, заведующий консультативно-диагностическим отделением ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ |

Оглавление

| | |
|--|----|
| Оглавление..... | 3 |
| Список сокращений..... | 4 |
| Термины и определения..... | 5 |
| Этиология и патогенез..... | 6 |
| Эпидемиология..... | 8 |
| Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем..... | 11 |
| Классификация..... | 14 |
| Клиническая картина..... | 18 |
| Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики..... | 19 |
| Жалобы и анамнез..... | 20 |
| Физикальное обследование..... | 20 |
| Лабораторная диагностика..... | 20 |
| Инструментальная диагностика..... | 20 |
| Иная диагностика..... | 21 |
| Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения..... | 22 |
| Медикаментозная терапия..... | 22 |
| Нелекарственная терапия..... | 25 |
| Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики..... | 28 |
| Организация медицинской помощи..... | 33 |
| Список литературы..... | 39 |
| Приложения..... | 45 |

1. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МКБ10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра.

ОНР- общее недоразвитие речи.

ЗРР – задержка речевого развития

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

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

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

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

Specific language impairment (SLI) - Специфическое нарушения развития речи

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

1.1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

Специфическое расстройство развития речи (СРРР) - нарушение развития речи, которое рассматривается как нарушение, не вызванное неврологической и иной мозговой патологией, психологической травмой, нарушением слуха или интеллектуальным дефицитом.(Leonard L.V., 2014). В эту категорию не входят дизартрия, ринолалия, афазия, речевые нарушения, обусловленные нарушением остроты слуха, умственной отсталостью, аутизмом, эпилепсией.

СРРР(F-80) по МКБ-10 рассматривается как «расстройство, при котором нормальный характер приобретения языковых навыков страдает уже на ранних стадиях развития. Эти состояния непосредственно не соотносятся с нарушениями неврологических или речевых механизмов, сенсорной недостаточностью, умственной отсталостью или факторами окружающей среды. Специфические расстройства развития речи и языка часто сопровождаются смежными проблемами, такими, как трудности при чтении, правописании и произношении слов, нарушения межличностных отношений, эмоциональные и поведенческие расстройства.[МКБ10]

Синонимы: инфантильная речь (infantile speech) (Menyuk, 1964), отставание в развитии речи(delayed speech)(Lovell, Hoyle& Siddall,1968), расстройство языка (language disorder)(Rees,1973); нарушение развития языка (developmental language impairment)(Justice,Skibb, McGinty, Piasta&Petrill, 2011); дисфазия развития (developmental dysphasia) (Заваденко Н.Н. и соавт.,2012; Ньюкиктъен Ч., 2013; Billard С., 2006). В практической деятельности, в МКБ-10 включены задержка речевого развития. Наиболее часто в клинической практике встречается диагноз алалии (сенсорной, моторной, смешанной).

Алалия — тяжелое нарушение развития речи, возникающее в «доречевой» период, имеющее системный характер и обусловленное, как правило, последствиями гипоксически-ишемического поражения ЦНС(Володин Н.Н., 2004). Сводится к отсутствию речи или ее значительной ограниченностью. Выражается в отсутствии/нарушении либо экспрессивной речи – моторная алалия, либо в нарушении понимания устной речи и грубым нарушением фонетического строя собственной речи - сенсорная алалия. (Визель Т.Г.,2005).

Разделение алалий на сенсорную и моторную основана на выделении выделение дефицита в работе определенного анализатора: либо двигательного, либо слухового анализаторов, либо смешанного типа (Ковшиков В.А., 2006).

1.2.ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

По вопросу об этиологии (причинах) алалии и ее патогенезу (мозговых механизмах) в литературе не имеется единства мнений.

Перинатальный фактор.

Вредности антенатального, перинатального и раннего постнатального периодов встречаются у детей с речевыми расстройствами в 75-85% случаев. Они представлены следующими осложнениями: токсикозами беременности, угрожающими выкидышами вследствие резус-конфликта, соматическими заболеваниями, недоношенностью, нейроинфекциями, травмами головы(Бенилова С.Ю.,2003). Гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС в перинатальном периоде в виде формирования церебральной атрофии в сочетании с темповой задержкой развития на первом году жизни (Сагаутдинова Э.Ш., Степаненко Д. Г.,2010). Родовая травма встречается у 47% детей с выраженными речевыми нарушениями(Шабалов Н.П., 2002). У детей, родившихся в тяжелой асфиксии, сроки проявления первого лепета и первых слов запаздывают на 3-6 месяцев (Резцова Е.Ю., Черных А.М., 2010).

В настоящее время перинатальная гипоксия рассматривается в качестве одного из основных патогенетических факторов повреждения мозга плода и новорожденного, составляя 60-80% всей неврологической патологии.

Абсолютное большинство детей с нарушениями речи имеют в анамнезе родовую травму - асфиксию новорожденных (Набиева Т.Н., 2003). Наиболее чувствительными и ранимыми по отношению к асфиксии являются пирамидальные клетки двигательной зоны коры головного мозга, что является причиной моторных нарушений у детей.

Наследственность. Процент встречаемости СРРР в семьях с отягощенным анамнезом по СРРР около 20%-30%, тогда как в популяции достоверно ниже (Choudhury N., Benasich A.A. et al., 2003). СРРР отмечаются в 40%-60% случаев у одного из близких родственников (FH+). Риск развития СРР у детей из семей FH+ повышается до 28%, что в 4 раза выше, чем у детей из семей FH. (Choudhury N., Benasich A.A., 2003). От 50% до 70% детей с СРРР имеют ни менее одного члена семьи с подобными нарушениями (Tomblin J.V. et al., 1997).

Различные речевые нарушения у родителей (задержка развития связной речи, косноязычие, заикание, тахилалия, ринолалия) были в 16,3% случаев. Причем задержка в сроках появления связной речи отмечалась только у 6,0% (Ковшиков В.А., 2006). Пораженные родственники детей с моторной алалией чаще встречались при неосложненных ее формах (около 60%) и значительно реже — при осложненных (около 30%). В 15% случаев речевая патология обнаруживалась и у сиблингов (Корнев А.Н., 2006).

Хромосомные стигмы. Идентифицирован ряд хромосом ответственных за речевые нарушения у детей. Локус на хромосоме 16 ассоциирован с низкой способностью выполнения теста на повторение набора слогов, тогда как локус на хромосоме 19 - с низкой способностью выполнять тесты на экспрессивную речь (Gathercole S.E., 1994; C.W. Bartlett с соавт. (2002) выявили специфичные локусы на 13 хромосоме (13q21). По данным SLI Consortium (2002) 2 региона на 16q хромосоме и 19q хромосоме являются основным фактором риска для развития речевых нарушений. В этой связи особое внимание уделяется специфическим генам FOXP2, CNTNAP2, ATP2C2, CMIP (Newbury D.F., Monaco A.P., 2010).

Сиблинги. Монозиготные близнецы мужского пола демонстрируют более высокий риск развития речевых нарушений(70%) по сравнению с дизиготными близнецами(46%). (Bishop DVM, North T, Donlan C., 1995).

Гендер. Анализ гендерных особенностей группы детей с речевой патологией, проведенный выявил существенное преобладание в ее составе мальчиков (около 76%)(Рожкова Л.А.,2000). У мальчиков такая патология встречается в 2-4 раза чаще, чем у девочек (Ковшиков В.А., 2006)

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

2.2.ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В общей популяции данное расстройство составляет среди 6- летних детей около 4%.

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

В настоящее время нет достоверных данных о распространенности нарушений речи у детей в Российской Федерации, данные в Федеральную службу государственной статистики (Росстат) не поступают.

Отсутствуют организационно-методические структуры, которые могли бы проводить анализ распространения нарушений речи у детей и взрослых, координировать работу специалистов, разрабатывать нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность специалистов. Логопеды детских поликлиник исключены из перечня обязательных специалистов, участвующих в диспансеризации детского и подросткового населения. В Москве оргметод отдел по логопедии ликвидирован в 2014 году, еще раньше Департаментом

здравоохранения города Москвы была упразднена должность главный внештатный детский логопед.

Данные Центра патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ по количеству детей, получивших комплексную помощь в консультативно-диагностическом отделении представлены в таблице №1.

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

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

Из таблицы видно, что преобладают дети младшей возрастной группы. Суммарно их число составляет не менее 60%, в том числе:

дети раннего возраста (до 3 лет включительно) – 30%

дети младшего дошкольного возраста – 30%

Детей дошкольного возраста (включая младший и средний) суммарно 75%.

Младших школьников (7-8 лет) суммарно 5%.

Таблица №2

Распределение обратившихся по нозологиям

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

Динамические показатели эпидемиологии нейроинфекций также свидетельствуют об увеличении их численности среди детей дошкольного возраста: отмечается эпидемический характер менингококковой инфекции в детском возрасте (4,43–5,1 на 100 000 детей), увеличение среди дошкольников показателей заболеваемости энцефалитами и энцефаломиелитами до 19–22% в 2014 г. по сравнению с 10–15% в 2005–2010 гг. (Н.В. Скрипченко и др., 2014). Результаты исследования системы вторичных нарушений при нейроинфекциях показывают, что в 12–16,6% случаев у детей возникает специфическое системное расстройство речевой функции – афазия (Н.В. Скрипченко и др., 2014). Кроме того, важно учитывать, что нейроинфекции у дошкольников характеризуются быстрым

развитием тяжелых неотложных состояний, обуславливающих летальный исход или грубое органическое повреждение мозговых структур, приводящее к стойким трудно преодолимым отдаленным последствиям (в том числе и в коммуникативно-речевой сфере).

2.3. ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

| Шифр по МКБ-10 | Тип расстройства. Симптоматология | Включено | Исключено |
|----------------|--|---|--|
| F 80.0 | Специфическое расстройство речевой артикуляции: использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту, при нормальном уровне речевых навыков | <ul style="list-style-type: none"> - связанное с развитием физиологическое расстройство; - расстройство развития артикуляции; - функциональное расстройство артикуляции; - лепет (детская форма речи); - дислалия; - расстройство фонологического развития. | <ul style="list-style-type: none"> афазия БДУ (R47.0); - дизартрия (R47.1); - апраксия (R48.2). - нарушения артикуляции, сочетающегося с расстройством развития экспрессивной речи (F80.1); - нарушения артикуляции, сочетающегося с расстройством развития рецептивной речи (F 80.2); - расщепления неба и других анатомических аномалий ротовых структур, участвующих в речевом функционировании (Q35—Q38); - расстройство артикуляции вследствие потери слуха (H90—H91); |

| | | | |
|-------|--|---|---|
| | | | - расстройство артикуляции вследствие умственной отсталости (F70 — F79). |
| F80.1 | Расстройство экспрессивной речи: способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; понимание речи находится в пределах нормы; возможно сочетание с расстройством артикуляции. | моторная алалия; - задержка речевого развития по типу общего недоразвития речи (ОНР) I—III уровня; - связанная с развитием дисфазия экспрессивного типа | - первазивные нарушения, связанные с развитием (F84.0- F84.9); - общие расстройства психологического (психического) развития (F84.0- F84.9). - приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клеффнера) (F80.3x); - элективный мутизм (F94.0); - умственная отсталость (F70—F79); - органически обусловленные речевые расстройства экспрессивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0); - дисфазия и афазия БДУ (R47.0). |
| F80.2 | Расстройство рецептивной речи: понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту; экспрессивная речь также значительно нарушена; возможно сочетание с расстройством артикуляции | дисфазия рецептивного типа, связанная с развитием; - алалия рецептивного типа, связанная с развитием; - не восприятие слов; - словесная глухота. | - приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера) (F80.3x); - аутизм (F84.0x, F84.1x); - элективный мутизм (F94.0); - умственная отсталость (F70—F79); - задержка речи вследствие глухоты (H90—H91); - дисфазия и афазия экспрессивного типа (F80.1); - органически обусловленные речевые расстройства экспрессивного типа у |

| | | | |
|--------|--|--|--|
| | | | <p>взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0);</p> <p>- органически обусловленные речевые расстройства рецептивного типа у взрослых (F06.82x со вторым кодом R47.0);</p> <p>- дисфазия и афазия БДУ (R47.0).</p> |
| F80.3 | <p>Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера): на фоне предшествующего нормального развития речи, потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи, при сохранении общего интеллекта, сопровождающаяся эпилептиформной активностью на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками</p> | | <p>афазия:</p> <p>- БДУ (R47.0)</p> <p>- вследствие дезинтегративных расстройств детского возраста (F84.2-F84.3)</p> <p>- при аутизме (F84.0-F84.1)</p> |
| F80.8 | <p>Другие расстройства развития речи и языка:</p> | | |
| F80.81 | <p>Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией или педагогической запущенностью</p> | | |
| F80.82 | <p>Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков; степень интеллектуальной недостаточности требует уточнения в динамике для уточнения диагноза</p> | | |
| F80.9 | <p>Расстройства развития речи и языка неуточненные: требуют</p> | | |

| | | | |
|--|-------------------------------|--|--|
| | уточнения вида нарушения речи | | |
|--|-------------------------------|--|--|

2.4. КЛАССИФИКАЦИЯ

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

Американская ассоциация речи и слуха и предлагает следующую классификацию нарушений рецептивной и экспрессивной речи:

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

| Причины(триггеры) | Расстройства рецептивной речи | Расстройства экспрессивной речи |
|--|---|--|
| Психосоциальные проблемы, насилие, унижение, оскорбление ребенка | | Не разговорчивые, меньше сформированы разговорные навыки, высказывания короче, чем у сверстников; редко выдвигают идеи или обсуждают чувства; |
| Расстройство аутистического спектра | Трудности анализа, интеграции и переработки информации; неправильное толкование социальных сигналов/знаков | вариативность речевой продукции от функционально- невербальной или эхολалической речи до почти нормальной речи; использование речи в социальных ситуациях является более сложной задачей, чем использование языковых форм (артикуляция звуков речи, использование синтаксиса) ; склонность использовать словесные сценарии(штампы); трудности подбора правильного слова по его значению ; часто механистическая просодика речи |
| Травма головного мозга | Сложность установления связей, умозаключений и использования информации для решения проблем; проблемы внимания и памяти, которые влияют на языковую переработку; проблемы в понимании образного языка (метафор и др.) и многозначности слов | Трудность монологической и диалогической речи(рассказ, диалог |
| Церебральный паралич | Звуковая дискриминация речи, обработка информации и внимание могут быть проблемными областями; понимание языка зависит от когнитивного статуса | Дизартрическая речь - более медленная скорость, с более короткими фразами или длительными паузами; артикуляция часто неточна при искаженном производстве |

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

В DSM-5 есть попытка строить главы на основе отражения эволюции расстройств в течение жизни. Заболевания, обычно впервые диагностируемые в детстве и относящиеся к нарушениям развития ЦНС, и в частности, специфические расстройства речи и школьных навыков, находятся в начале систематики и объединены в диагностическую категорию «нарушения

нейроразвития». Данная группа сформирована из диагностических категорий на основании представлений об их общих нейробиологических особенностях. Речевые расстройства вошли в новую категорию «расстройства социальной коммуникации», где часть синдромов совпадает с «расстройствами аутистического спектра».

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

1. Интеллектуальная недостаточность

2. Расстройства коммуникации:

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

3. Расстройства спектра аутизма

4. Расстройство внимания и гиперкинетическое расстройство

5. Специфические расстройства обучения

6. Двигательные нарушения:

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

В России в **клинико-педагогической** классификации (Левина Р.Е., 1968), учитываются, какие компоненты речи нарушены, в какой степени и служит основой для направления детей в логопедические группы соответствующего типа:

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

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

3. **ОНР** (общее недоразвитие речи) – системное недоразвитие речи, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне при нормальном слухе и интеллекте. В зависимости от степени тяжести ОНР соответствует I, II, III, IV уровням речевого развития (Филичева Т.Б. и др., 2011)

Уровни речевого развития ребенка (ОНР):

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

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

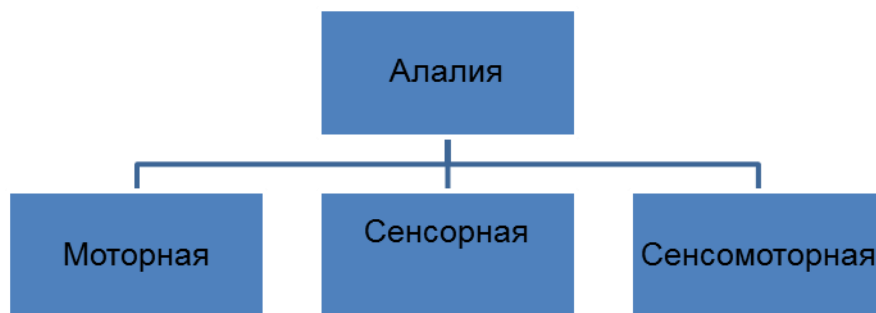
ОНР 3 уровня - отставание грамматического и фонематического развития речи: неустойчивое произношение звуков, замена звуков на близкие по звучанию (ш-с, т-д и т.п.). Экспрессивная речь довольно активна, доступно построение простых фраз, при этом есть трудности в формировании сложных фраз.

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

В психолого-педагогической классификации аналогом понятию «специфические нарушения развития речи» соответствует понятие алалия (Хватцев М.Е., 2009).

Классификация алалии.

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



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

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

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

2.5.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основное клиническое проявление – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка (Национальное руководство по психиатрии, 2009).

3. ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

3.1. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

Анамнез болезни должен помочь установить характер начала болезни (острое или постепенное), ее дальнейшее течение (прогрессирующее, ослабевающее или прерывистое) и проведенное ранее лечение.

Анамнез жизни должен содержать те особенности биографии ребенка и условий его жизни, которые могли явиться причиной развития настоящего заболевания.

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

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

Могут быть жалобы на отсутствие вербальных средств общения и сформированности речи на уровне доречевого развития (проречи) – крики, вокализация, звуко-комплексы, лепет, фрагменты слов.

У детей с более высоким уровнем речевого развития родители предъявляют жалобы другого характера: выраженное нарушение звуко-прозношения («каша во рту»): перестановки звуков/слогов в слове, упрощение слова, нарушение слухового восприятия, бедный словарный запас, аграмматизм(ошибки в окончаниях,

согласовании слов в роде/падеже/ времени, ошибки в использовании предлогов, непонимание простых и сложных предложений. (См. Приложение №3).

3.1.2 ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

При обследовании необходимо обращать внимание на соответствие физического и паспортного возраста. Эндокринные нарушения часто сопровождаются задержками психоречевого развития, поэтому нужно обращать внимание на внешний вид ребенка, выражение лица и наличие стигм дизэмбриогенеза.

3.1.3. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

3.1.4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) – метод, который находит широкое применение в диагностике различных заболеваний, связанных с поражением головного мозга. Изменения на ЭЭГ нозологически неспецифичны и результаты, полученные нейрофизиологом без клинических данных, не являются достаточными для постановки диагноза. С помощью записи биопотенциалов можно объективно исследовать функциональное состояние и выявить степень и локализацию поражений мозга. Электроэнцефалография отражает уровень зрелости и функциональной активности мозга, позволяет констатировать эпилептиформную активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга. При наличии пароксизмальных состояний необходимо проведение ЭЭГ – видеомониторинга с записью как во

время бодрствования, так и во время сна. Главным условием является верификация пароксизмального состояния.

Эхоэнцефалографическое исследование (ЭхоЭГ) позволяет выявить наличие внутренней гидроцефалии, при которой наблюдается увеличение размеров боковых и третьего желудочков мозга, появление высокоамплитудных сигналов.

Компьютерная томография (КТ), магнитно резонансная томография головного мозга (МРТ) являются в настоящее время основными методами прижизненной неинвазивной визуализации и выявления различных структурных аномалий головного мозга. Проводится при подозрении на наличие всевозможных органических внутричерепных изменений, в том числе дегенеративного характера. КТ и МРТ головного мозга позволяют точно локализовать имеющийся очаг поражения головного мозга, оценить его размеры и топографию, объективизировать состояние ликворной системы и определить прогноз заболевания (Малинина Е.В., Макушкин Е.В. «Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте». Клинические рекомендации (протокол лечения), 2015).

Пороговая тональная аудиометрия (аудиограмма). Назначается в случаях, когда развитие речи у ребенка отстает от нормы. Необходимо исключить нарушение физического слуха, для подбора дальнейшего лечебно-коррекционного маршрута ребенка. У детей со специфическими расстройствами развития речи часто нет снижения физического слуха, но при этом имеют место нарушения фонематического слуха.

3.1.5. ИНАЯ ДИАГНОСТИКА

Логопедическое обследование:

Для того чтобы провести диагностику нарушения речи ребенка нужно знать норму развития речи в каждый возрастной период (см. приложение №4). Обследование проводится по разработанной схеме (см. приложение №5)

Нейропсихологическое обследование:

Нейропсихологический метод оценивает и описывает те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения, понять механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

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

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

При проведении нейропсихологической диагностики детей 3-4 лет может быть использована схема нейропсихологического обследования, предложенная Ж.М.Глозман, А.Ю.Потаниной, А.Е.Соболевой (2008). (см приложение№2)

4. ЛЕЧЕНИЕ

4.1. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ:

Современные подходы к психолого-педагогической реабилитации и восстановительному обучению детей с последствиями инсультов, нейроинфекций и ЧМТ основаны на концепции нейропластичности, благодаря которой достигается наибольшая активизация потенциальных возможностей пациентов для преодоления их коммуникативно-речевых, двигательных, когнитивных и эмоционально-личностных нарушений (С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев, Ф.А. Сыроежкин, 2009; Hertz-Pannier L., 1999 и др.).

Адекватная медикаментозная терапия таких синдромов раннего периода последствий перинатальных неврологических нарушений является первым этапом речевой абилитации (Володин Н.Н., Шкловский В.М.).

При назначении курсовой медикаментозной терапии необходимо:

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

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

Патогенетическая терапия обращена на основные механизмы формирования органических психических расстройств (токсикоз, гипоксия, отек мозга,

дисциркуляторные нарушения, атрофические и спастические изменения тканей головного мозга) и включает дегидратацию, средства, влияющие на мозговой метаболизм (ноотропы, церебропротекторы), улучшающие мозговое кровообращение (сосудистые препараты). (Малинина Е.В., Макушкин Е.В., 2015). Энцефабол (Пиритинол) суспензия 0,2—0,25 мг в день (12—15 мг/кг в сут), в 2 приема: утром (после завтрака) и днем (после дневного сна и полдника). 2 месяца. Для снижения вероятности возникновения побочных эффектов рекомендуется постепенное наращивание дозы энцефабола в первые 7—10 дней приема. Применение в режиме монотерапии позволило достичь достоверного улучшения показателей экспрессивной и импрессивной речи, а также речевого внимания, увеличения объема активного словаря и количества фраз. общим недоразвитие речи 1-2 уровня, обусловленным моторной алалией.

(Градация достоверности В. Уровень убедительности доказательств 2b) (Заваденко Н.Н. с соавт. (2012).

Церебролизин в средней суточной дозе 0,1 мл/кг массы тела (от 1,5 до 2,5 мл), в утренние часы, через день, внутримышечно (30 инъекций на курс). Для снижения вероятности возникновения побочных эффектов в начале курса рекомендовалось постепенное наращивание дозы церебролизина в течение 6—10 дней. При использовании церебролизина было достигнуто достоверное улучшение показателей экспрессивной и импрессивной речи, а также речевого внимания. Объем активного словаря вырос в 3,5 раза, количество произносимых фраз — в 5 раз, Как показало анкетирование родителей, у детей отмечалось уменьшение церебрастенических нарушений, моторной неловкости, гиперактивности, улучшались внимание, эмоциональный контроль и характеристики поведения. Было установлено также положительное влияние церебролизина на двигательную сферу и формирование моторных навыков. ((Градация достоверности В. Уровень убедительности доказательств 2b). (Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., 2013)

Кортексин (Полипептиды коры головного мозга крупного рогатого скота)

0,01 г. в.м., №10, ежедневно или через день. ((Градация достоверности В. Уровень убедительности доказательств 2b) (Чутко Л.С., Ливинская А.М.,2006).

Пантогам, пантокальцин (Гопантенная кислота)- 2 г в сутки, в течение 2 месяцев. (Градация достоверности С. Уровень убедительности доказательств 4). (Кузенкова Л.М., Маслова О.И., 2007)

Пантогам-сироп (гопантенная кислота, сироп 100 мг/мл) в средней суточной дозе 500-600мг (30-35мг/кг) 2 раза в день в течение 2 месяцев в режиме монотерапии (Градация достоверности В. Уровень убедительности доказательств 2b). (Гузева В.И., Чутко Л.С., 2016)

4.2. НЕЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Логопедическая коррекция: Может быть проведена как в индивидуальном, так и групповом формате специалистом логопедом. Одна из разновидностей логопедии- **логоритмика** - это система двигательных упражнений, в которых различные движения сочетаются с произнесением специального речевого материала, с музыкальным сопровождением. Это форма активной терапии, по преодолению речевых и сопутствующих нарушений, путем развития и коррекции неречевых и речевых психических функций, и в конечном итоге адаптация ребенка к условиям внешней и внутренней среды.

Занятия логоритмики направлены на всестороннее развитие ребенка, совершенствование его речи, овладение двигательным навыкам, умения ориентироваться в окружающем мире, понимании смысла предлагаемых заданий, на способность преодолевать трудности, творчески проявлять себя.

Занятия логоритмикой являются эффективным методом преодоления речевых нарушений через движение, дыхание и музыку. Они тренируют слуховое восприятие, внимание, память, влияют на двигательные и речевые расстройства, отклонения в поведении, помогают при коммуникативных затруднениях.

Программа Floortime - используется в коррекции специфических расстройств развития речи активно, которая лежит в основе терапевтической модели DIR

(терапевтический подход, основанный на диагностике уровней функционального эмоционального развития ребенка (D – Developmental), учитывающий индивидуальные особенности ребенка и социальной среды, в которой он развивается (I – Individual differences), базирующийся на взаимоотношениях между ребенком и значимыми для него людьми (R – Relationship-based), которая рассчитана на детей дошкольного возраста (данные ЦПРН). Помимо программы Floortime терапевтическая модель DIR включает в себя также работу со специалистом по развитию речи, эрготерапевтом, физическим терапевтом, различные образовательные программы, программы консультирования и поддержки родителей, интенсивные программы для занятий дома и в школе. Программа базируется на 2 принципах:

1. Следовать за ребенком
2. Вовлекать ребенка в совместное пространство для того, чтобы развивать его функциональные способности («Что такое программа Floortime — чем она на самом деле является, а чем нет».
<http://www.icdl.com/dirFloortime/overview/documents/WhatFloortimeisandisnot.pdf>. Перевод: Ю. Донькина, редактор: Е. Багарадникова).

Концепция DIR выделяет 9 стадий развития. Их называют Функциональными Эмоциональными Ступенями Развития (ФЭСР). Освоение этих стадий важно для нормального эмоционального и умственного развития.

Тренинг по ритмическому движению Blomberg (автор метода Харальд Бломберг, доктор медицины, специалист по психиатрии)- программа двигательных тренировок, разработанная на основе спонтанных ритмических движений, которые обычно делают младенцы. Доктор Харальд Бломберг основал свою программу на ритмических упражнениях, которые он выучил в 1985 году у шведского врача-терапевта Керстина Линде.

Нейропсихологическая коррекция:

После проведения нейропсихологического обследования и выявления "западающих" факторов встает вопрос о комплексной нейропсихологической

коррекции и абилитации детей. При осуществлении данного направления деятельности используются телесно-ориентированные методы (или методы двигательной (психомоторной) коррекции) и когнитивные методы. Данные методы направлены на стабилизацию и активацию энергетического потенциала организма, повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов, оптимизацию функционального статуса глубинных структур мозга, формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, а также формирование операционального обеспечения вербальных и невербальных психических процессов, оптимизацию и коррекцию межполушарных взаимодействий и установления специализации правого и левого полушарий мозга.

Психотерапия:

Целью является снятие напряжения, волнения, стеснения, проблем в общении со сверстниками; для корректировки агрессивного и гиперактивного поведения; для развития внимательности, усидчивости, старательности у детей. Активно используется метод игротерапии. По результатам пройденного курса (длительность от 6-12 месяцев) у ребенка появляется стремление устанавливать контакт со взрослым; использовать эти коммуникации для решения различных задач, а также прогресс игровой деятельности - ее развитие и усложнение. Поведение детей становится более упорядоченным, возрастает произвольность их деятельности, улучшается саморегуляция. Достигается прогресс в развитии речи. Также снижается уровень тревожности родителей (Федосова Е. Г., Азбукина О. Д., Половнева Н. А).

Проблемы общего недоразвития речи детей дошкольного возраста решаются с помощью метода сказкотерапии, т.к. как именно дошкольный возраст является сензитивным периодом речевого развития и творчества детей. Работа со сказкой строится следующим образом: 1) чтение или рассказ самой сказки; ее обсуждение. Причем, в обсуждении ребенок должен быть уверен, что он может высказывать любое свое мнение, т. е. все что он ни говорит не должно подвергаться осуждению. 2) рисунок наиболее значимого для ребенка отрывка; 3) драматизация, т. е.

проигрывание сказки в ролях. Ребенок интуитивно выбирает для себя "исцеляющую" роль. И здесь надо отдавать роль сценариста самому ребенку, тогда проблемные моменты точно будут проиграны. (Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М.).

ЛФК (Лечебная физическая культура): подтвердили свою эффективность коррекционно-развивающие программы на развитие мелкой моторики у детей дошкольного возраста с нарушением речи. ЛФК можно применять в дальнейшей профилактике и развитии речевых нарушений и нарушений развития мелкой моторики (Монич Е.Н., Дворянинова Е.В.).

5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Обязательными этапами динамического неврологического контроля за детьми на 1-м году жизни являются: 1 мес. жизни (неонатальный период), 1–3 мес. жизни, 3–6 мес., 6–9 мес., 9–12 мес. Оценка неврологического статуса и психомоторного развития на 1-м году должна проводиться по следующим критериям.

- Общемозговые симптомы (характер активного бодрствования, наличие и характер судорог).
- Состояние черепных нервов.
- Общая двигательная активность (поза, объем активных и пассивных движений, мышечный тонус), сухожильные и периостальные рефлексы.
- Безусловные (врожденные) рефлексы, степень выраженности и редукция.
- Психо-эмоциональные и предречевые реакции.

Выделяют следующие направления профилактической и развивающей работы с детьми раннего возраста:

- развитие зрительного и слухового восприятия,
- эмоциональных реакций,

- нормализация мышечного тонуса и работы органов артикуляционного аппарата, кистей и пальцев рук,
- развитие общих движений и действий с предметами,
- нормализация дыхания,
- развитие понимания речи и предпосылок активной речи, развитие взаимодействия взрослого и ребенка.

Основные направления работы по профилактике речевых нарушений у детей раннего возраста:

1. Медицинское сопровождение детей «группы риска».
2. Развитие моторной сферы: нормализация мышечного тонуса (общий массаж, физкультурные занятия, дифференцированный массаж лицевой и оральной мускулатуры; дифференцированный массаж кистей и пальцев рук, самомассаж биологически активных точек); формирование кинестетического и кинетического ощущения ручных и артикуляторных движений (восприятие схемы тела, формирование пространственного чувства, пальчиковые игры, упражнения на определение положения губ, языка, челюсти); упражнения для развития общей, мелкой и артикуляционной моторики (комплекс игр); развитие зрительно-моторной координации; развитие навыков самообслуживания.
3. Развитие высших психических функций: сенсорно-перцептивной деятельности и эталонных представлений, памяти (речеслуховой, зрительной, двигательной), внимания (зрительного, слухового, двигательного), восприятия (зрительного, слухового), мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи (познавательной активности, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, мыслительных операций, умения действовать целенаправленно), творческих способностей, межанализаторного взаимодействия; формирование ведущих видов деятельности (предметной, игровой); обеспечение устойчивой положительной мотивации в различных видах деятельности.

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

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

6. Ознакомление с окружающим миром: роль образовательной среды.

7. Работа с родителями: совместное обсуждение программ профилактического обучения и воспитания; знакомство с результатами обследования, особенностями и возможностями ребенка, с планом развивающей работы с ребенком; анкетирование родителей; согласование тем, содержания, методов обучения ближайших занятий; посещение занятий; консультации для родителей о причинах, особенностях речевых нарушений у детей и способах их преодоления; занятия - консультации для родителей по развитию моторной, познавательной сфер, импрессивной и экспрессивной речи; просветительская работа (подготовка памяток, подбор и распространение логопедической и психолого-педагогической литературы). В работе необходимо применять практические и наглядные методы и приемы: массаж, гимнастика, подражание, вслушивание, рассматривание, манипуляции с предметами, картинками, предметно-игровые действия с игрушками, рисование, конструирование и др. Вышеизложенное подтверждает важную роль профилактики нарушений речи у детей с задержкой речевого развития «группы риска». Раннее начало коррекционного воздействия будет способствовать успешному преодолению нарушений речи в дошкольном возрасте, что исключит различные проблемы и трудности в школьном обучении.

Задачи логопеда:

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

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

На первичном приеме исследуется не только тот компонент речи, на который обратили внимание родители, но и состояние речи ребенка в целом. Чаще всего родители слышат неправильное произношение отдельных звуков и не обращают внимание на понимание ребенком обращенной речи, умение пользоваться грамматическими категориями и формами, строить контекстную речь. Для полноценной диагностики речевой патологии и оказания оптимальной помощи необходимо детально исследовать речевую функцию ребенка.

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

1. Понимание логико-грамматических связей в контекстной речи

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

2. Понимание вопросных форм

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

3. Понимание предлогов

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

4. Состояние словарного запаса

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

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

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

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

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

7. Умение составить рассказ, пересказ

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

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

8. Состояние фонетического оформления

Звукопроизношение проверяется при проведении всех вышеперечисленных тестов. Можно также проверить произнесение ребенком того или иного звука, используя картинки или в сопряженно-отраженной форме.

9. Строение артикуляционного аппарата Обращается внимание на строение зубного ряда, прикуса, мягкого и твердого нёба, исследуется подвижность губ и языка, амплитуда движений языка. Следует обратить внимание на саливацию.

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

Наиболее эффективна коррекционная помощь, оказываемая в сенситивный для формирования речи возрастной период, когда идет ее активное становление (Володин Н.Н., Шкловский В.М.).

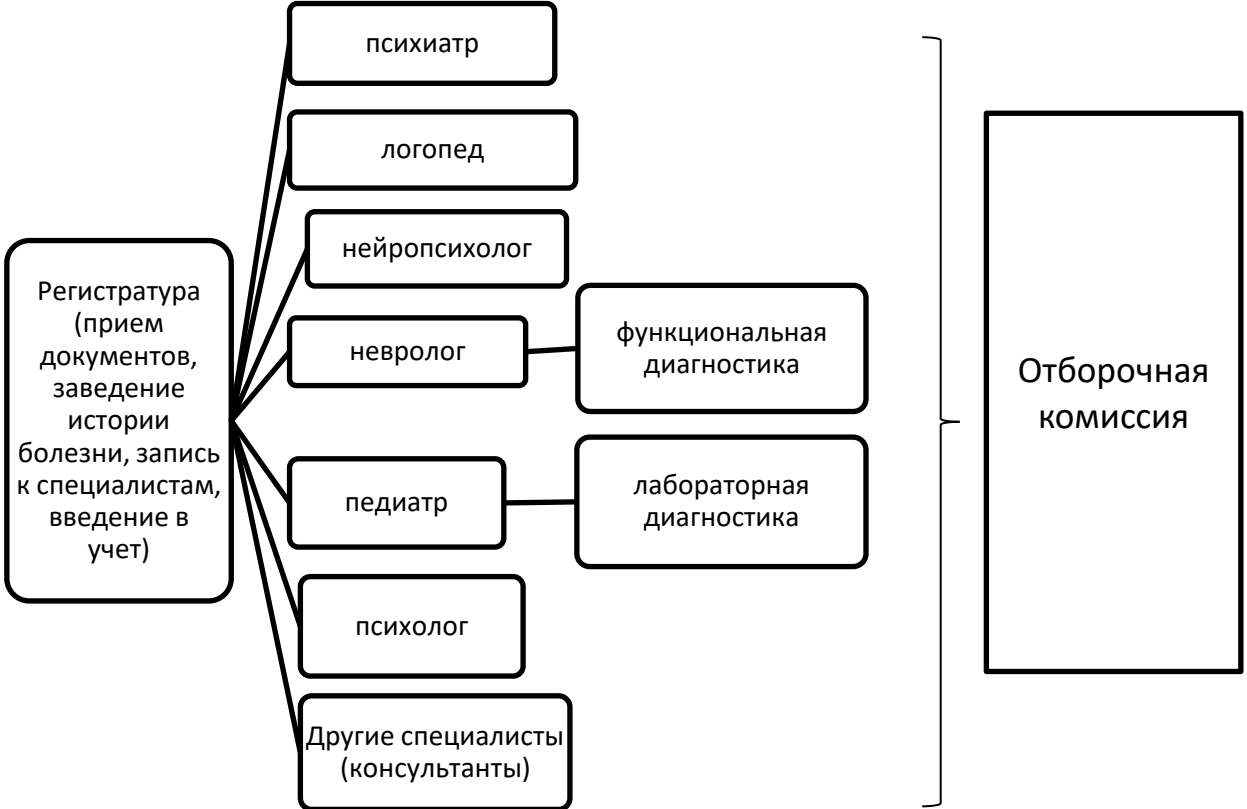
6. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

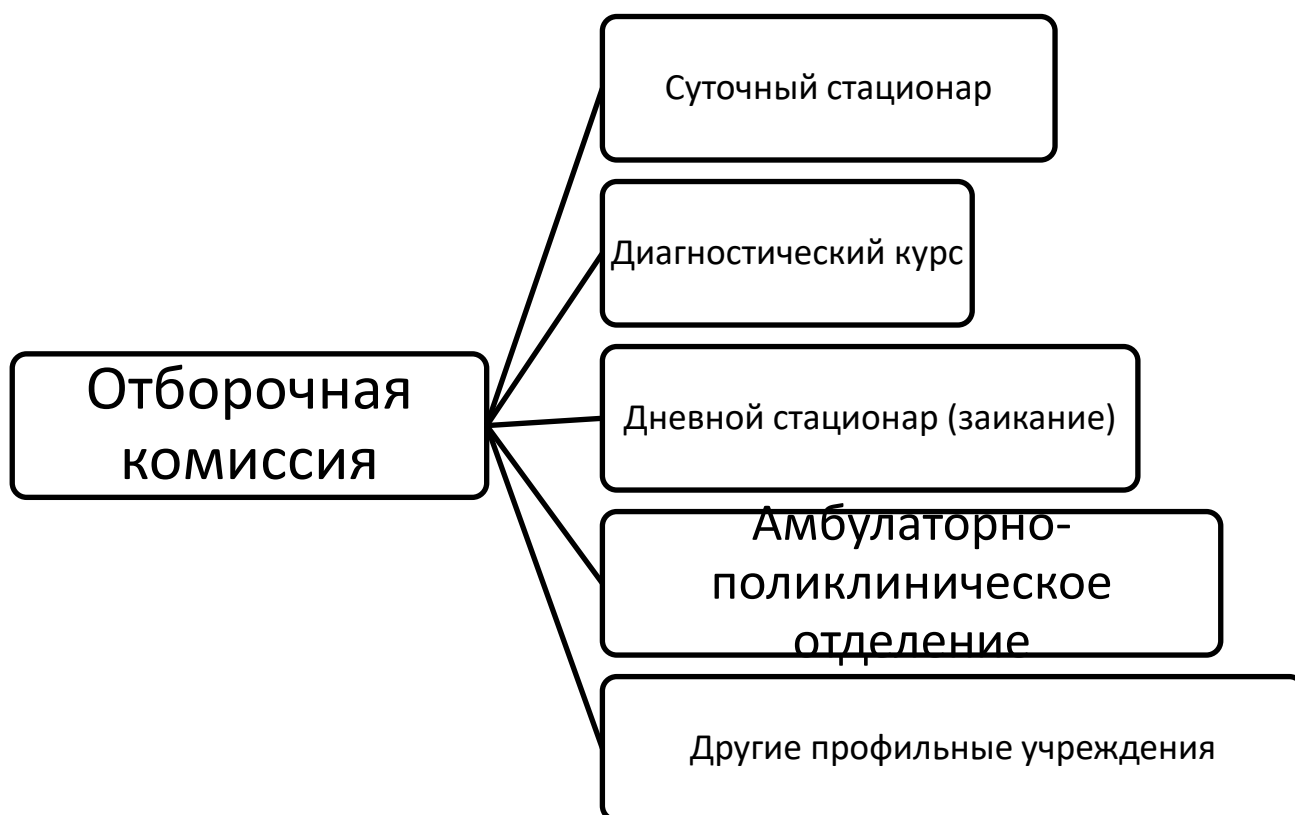
Работа осуществляется на основании Приказа Минздрава РФ от 28.12.1998 N 383 "О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций" (вместе с "Положением о логопедике", "Положением об организации работы логопедического кабинета", "Положением об организации работы дневного стационара для больных с афазиями, дизартриями и логоневрозами", "Положением об организации работы стационарного отделения для лечения нарушений речи и других высших психических функций", "Положением об организации работы стационара на дому для больных с

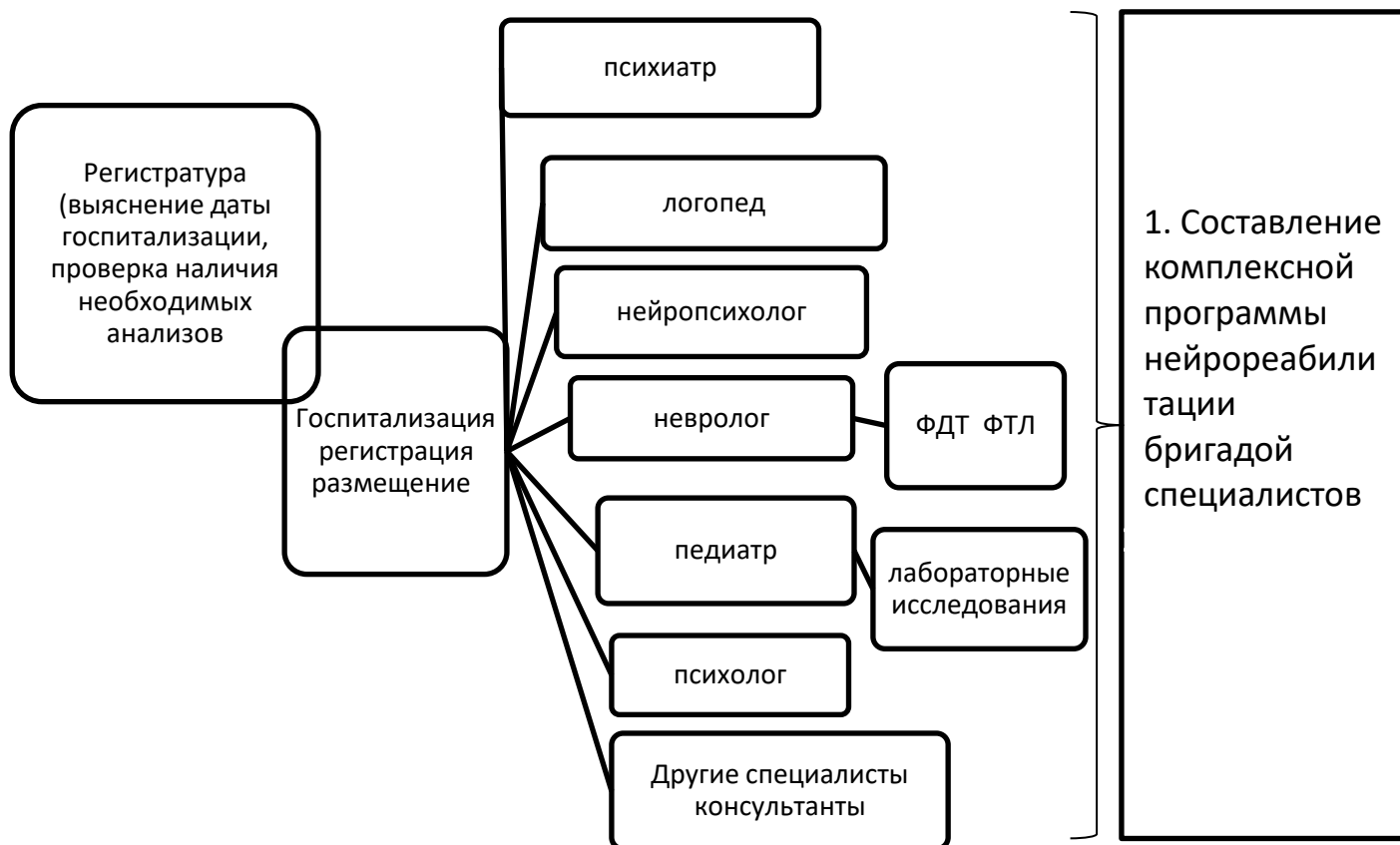
нарушениями речи и других высших психических функций (с последствиями перенесенных церебральных инсультов и тяжелых черепно-мозговых травм)", "Положением об организации работы Центра патологии речи и нейрореабилитации", "Программой подготовки на курсах тематического усовершенствования специалистов по патологии речи и нейрореабилитации", "Методическими рекомендациями "Организация специализированной службы по оказанию помощи больным с патологией речи (комплексная система лечения и нейрореабилитации)".

Организация работы детского консультативно-диагностического отделения осуществляется следующим образом:

Маршрутизация консультативно-диагностического детского отделения:

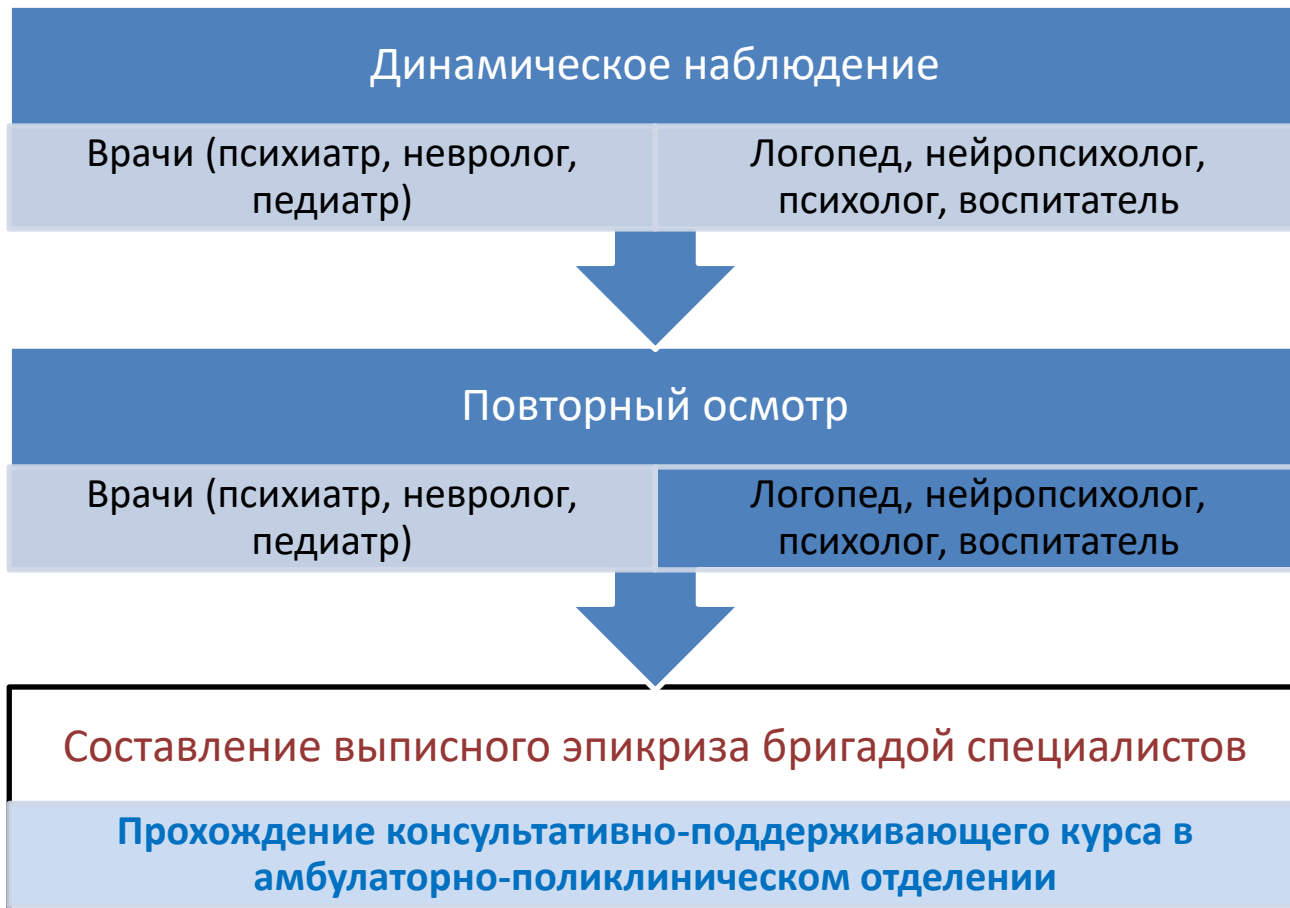




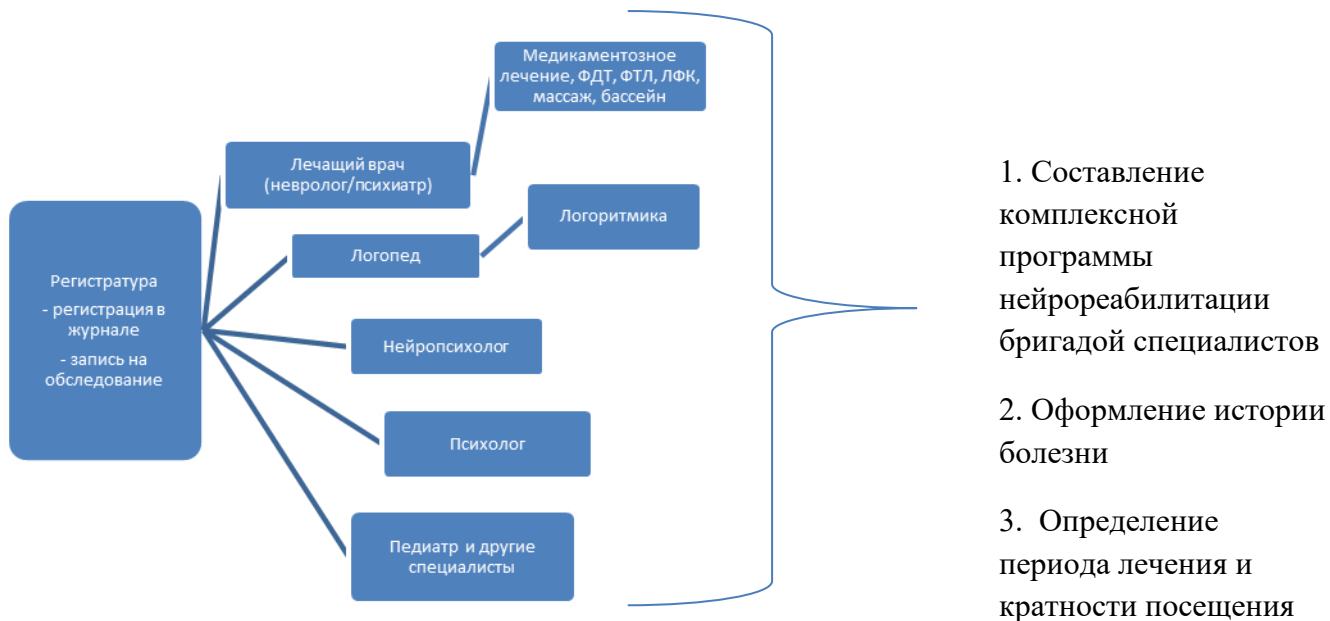


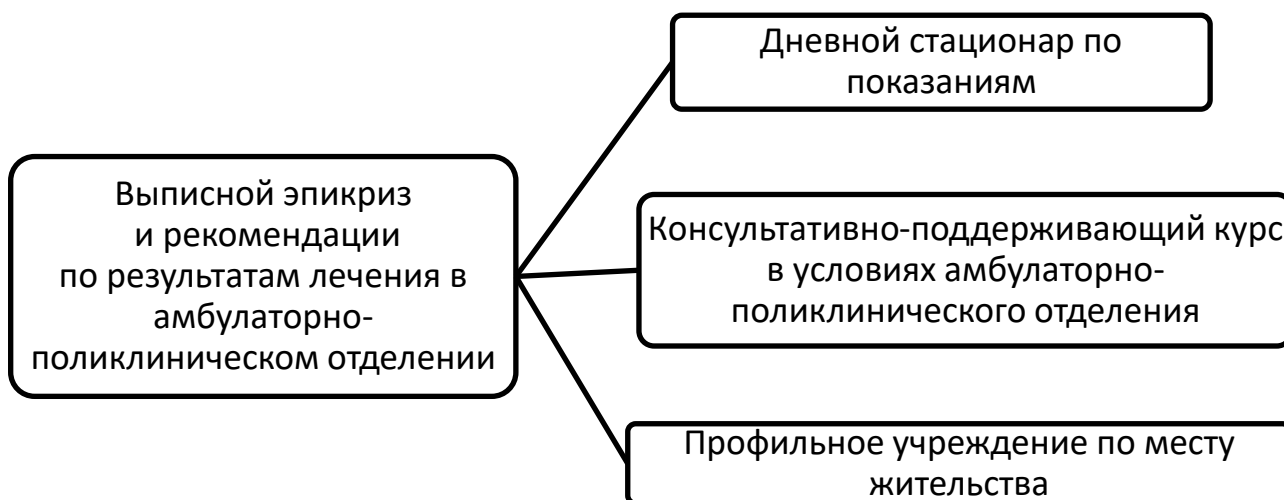
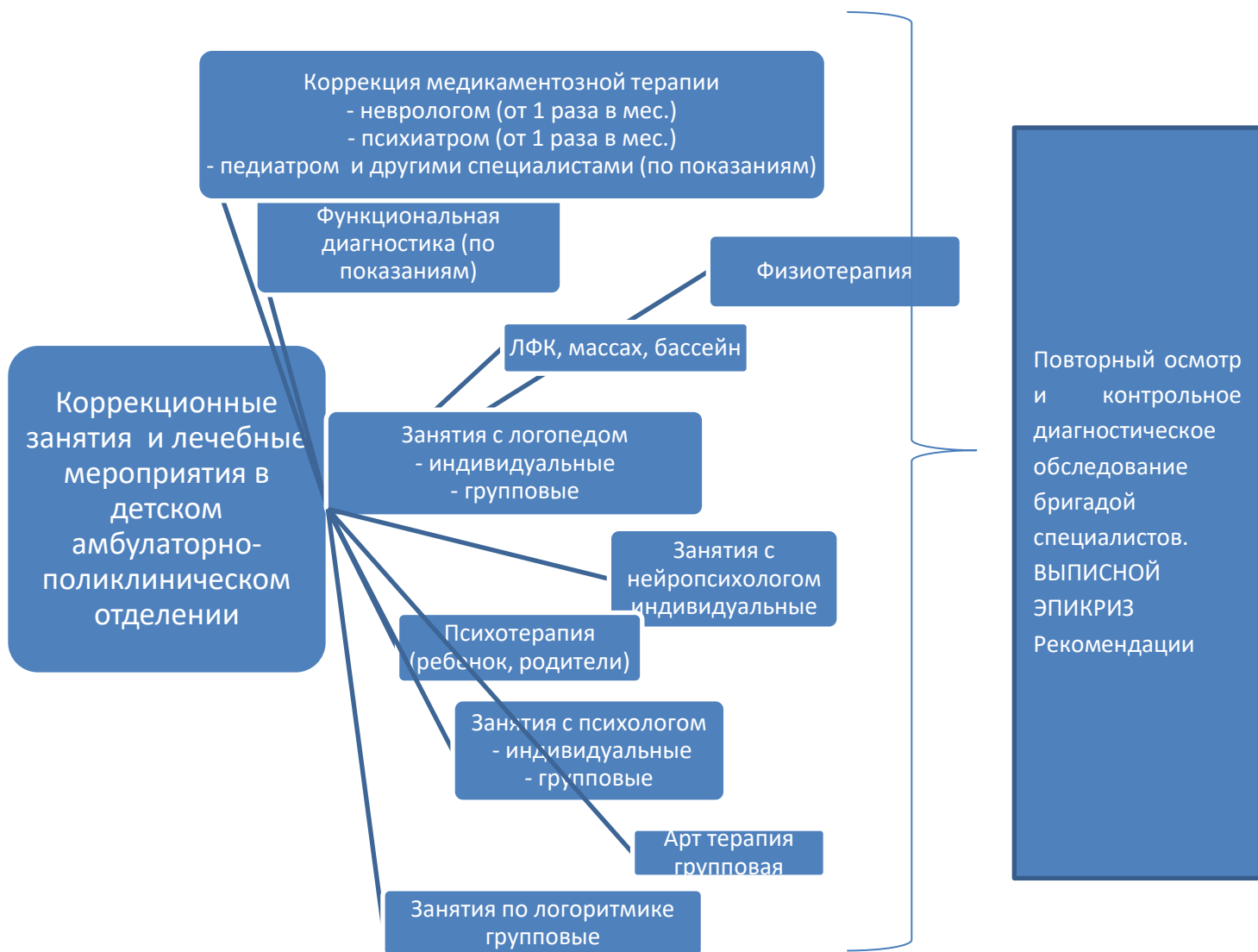
Нейрореабилитация в детском стационаре включает:

1. Медикаментозную терапию
2. Функциональную диагностику
3. Физиотерапию
4. ЛФК, массаж, бассейн
5. Занятия с логопедом (индивидуальные и групповые)
6. Занятия с нейропсихологом индивидуальные
7. Психотерапия (ребенок, родители)
8. Занятия с воспитателем
9. Арт-терапия групповая
10. Занятия по логоритмике групповые



Маршрутизация работы амбулаторно-поликлинического отделения





Список литературы:

1. Национальное руководство по психиатрии. Редакторы: Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Семке В.Я., Тиганов А.С., Гэотар-медиа, 2009, стр. 683.
2. Бенилова С.Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы: Пособие для врачей М.: Прометей; Книголюб, 2003. 32 с.
3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М.: АСТ Астрель 2005. 384с.
4. Володин Н.Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения.// Педиатрия.2004.№5С.18-23.
5. Володин Н.Н., Шкловский В.М. «Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы». Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. 2015.
6. Гузева В.И., Чутко Л.С. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению специфических расстройств речи у детей. -2016.
7. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. СПб.: Питер, 2008.80с.
8. Живолупов, С.А. Современная концепция нейропластичности (теоретические аспекты и практическая значимость) / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев, Ф.А. Сыроежкин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 10. – С. 102–108.
9. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у детей.Екатернбург.2011.
10. Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., Колтунов И.Е. Дисфазия развития: оценка эффективности лекарственной терапии.//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. №7. вып.2 С. 74-76.
11. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. Игры в сказкотерапии. - СПб., Речь, 2006. 208 стр.

- 12.Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. Спб: КАРО. 2006. 298с.
- 13.Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты.2006.СПб.: Речь. 380 с.
- 14.Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии. М.:Прсвещение.1968.
- 15.Малинина Е.В., Макушкин Е.В. «Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте». Клинические рекомендации (протокол лечения), 2015, Москва-Челябинск.
- 16.Монич Е.Н., Дворянинова Е.В. Программа развития мелкой моторики средствами ЛФК у детей дошкольного возраста с нарушениями речи. Актуальные проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации: материалы VI Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф. студентов и аспирантов, г. Томск, 19 апр. 2018 г./Нац. исслед. Том. гос. ун-т, Фак. физ. культуры; под ред.: АН Захаровой, АВ Кабачковой.-Томск, 2018.-С. 78-80.
- 17.Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. - СПб.: Питер, 2008.
- 18.Набиева Т.Н. Поведенческая терапия тиков у детей с использованием метода отрицательного подкрепления / Т.Н. Набиева, Е.И. Мухин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Т. 103, № 9. С. 59–62.
- 19.Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 2. М: Теревинф. 2010; 336 с.
- 20.Резцова Е.Ю., Черных А.М. Современные представления о факторах риска в генезисе речевых расстройств дошкольников. //Новые исследования.2010.С.95-115.
- 21.Рожкова Л.А. Особенности реактивности полушарий при восприятии зрительной вербальной информации у детей с нарушениями речи и памяти // Дефектология. 2000. № 2. С. 13–22.
- 22.Сагутдинова, Э. Ш. , Степаненко Д. Г. О классификациях нарушений речи в детском возрасте // Электр. науч.журн. “Системная интеграция в здравоохранении”. 2010. №2(8). С.32-43.

23. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. - М.: Генезис, 2005.
24. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: Академия, 2002.
25. Скрипченко, Н.В. Нейроинфекция у детей / Н.В. Скрипченко, Ю.В. Лобзин, Г.П. Иванова и др. // Детские инфекции. – 2014. – № 1. – С. 8–18.
26. Федосова Е.Г., Азбукина О.Д., Половнева Н.А. Комплексный подход к лечению детей с нарушениями речи и роль в нем игровой терапии. Антология российской психотерапии и психологии. Материалы Международного конгресса. Статья в сборнике трудов конференции. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига и Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов». 2017
27. Издательство: Общероссийская общественная организация «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига» (Москва)
28. Хватцев М.Е. Логопедия. М: ВЛАДОС. 2009. 272с.
29. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб. 2002. 1088с.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p. — ISBN 978-0-89042-554-1. — ISBN 978-0-89042-555-8. — ISBN 0-89042-554-X.
31. American Speech-Language Hearing Association. Definitions of communication disorders and variations. ASHA. 1993;35(Suppl 10):40–41. [PubMed].
32. Bartlett C.W., Flax J.F., Logue M.W., Vieland V.J., Bassett A.S., Tallal P., Brzustowicz L.M. A major susceptibility locus for specific language impairment is located on 13q21. // Am. J. Hum. Genet. – 2002. – Vol. 71, №1. – P. 45-55.
33. Billard C. What should be done when a child cannot learn to read? // *Archives of pediatrics*. 2006. V.13(7);1071-1075.

34. Bishop DVM, North T, Donlan C. Genetic basis of specific language impairment: Evidence from a twin study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1995;37:56–71. [PubMed: 7828787].
35. Boudreau DM, Chapman R. The relationship between event representation and linguistic skills in narrative of children and adolescents with Down syndrome. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43:1146–1159. [PubMed] [Google Scholar]
36. Brinton B, Fujiki M, Powell JM. The ability of children with language impairment to manipulate topic in a structured task. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 1997;28:3–11. [Google Scholar]
37. Chapman SB, Watkins R, Gustafson C, Moore S, Levin H, Kufera JA. Narrative discourse in children with closed head injury, children with language impairment, and typically developing children. *Am J Speech Lang Pathol.* 1997;6:66–76. [Google Scholar]
38. Choudhury N., A. Benasich A. A. The Influence of Family History and Other Risk Factors on Language Development. *J Speech Lang Hear Res.* 2003; V.46(2): 261–272/
39. 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.
40. Justice L.M., Skibbe L.E., McGinty A.S., Piasta Sh.B. , Petrill S. Feasibility, Efficacy, and Social Validity of Home-Based Storybook Reading Intervention for Children With Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2011;V.54(2);523-538. doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0151)
41. Kamhi A. Trying to make sense of developmental language disabilities. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 1998;29:35–44. [PubMed] [Google Scholar]
42. Leonard. L. B. Children with Specific Language Impairment. Second Edition. MIT Press. 2014. 480p. [Google scholar]
43. Lord C. Enhancing communication in adolescents with autism. *Topics Lang Dis.* 1988;9:72–81.

44. Lovell K., Hoyle H. W., Siddall M. Q. A study of some aspects of the play and language of young children with delayed speech. *The journal of child psychology and psychiatry*. 1968. V.9(1);41-50. doi.org/10.1111/j.1469-7610.1968.tb02206.x.
45. Mentis M, Lundgren K. Effects of prenatal exposure to cocaine and associated risk factors on language development. *J Speech Hear Res*. 1995;38:1303–1318. [PubMed] [Google Scholar]
46. Menyuk P. Comparison of Grammar of Children with Functionally Deviant and Normal Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1964. V.7(2);109-121.
47. Miller JF, Chapman R, MacKenzie H. Individual differences in the language acquisition of mentally retarded children. *Proceedings of the 2nd Wisconsin Symposium Research Child Language*; Madison, Wis: University of Wisconsin; 1981. [Google Scholar]
48. Miller CA, Kail R, Leonard LB, Tomblin JB. Speed of processing in children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*. 2001;44:416–433. [PubMed] [Google Scholar]
49. Newbury D.F., Monaco A.P. Genetic advances in the study of speech and language disorders // *Neuron*. – 2010. - Vol.68, N2. – P.309-320.
50. Owens RE, Metz DE, Haas A. *Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective*. 2nd ed. Boston, Mass: Allyn & Bacon; 2003
51. Rees N.S. Auditory Processing Factors in Language Disorders: The View from Procrustes' Bed. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1973. V.38(3);304-315. doi.org/10.1044/jshd.3803.304
52. SLI Consortium: A genome wide scan identifies two novel loci involved in specific language impairment // *Am. J. Hum. Genet.* - 2002; Vol. 70 P. 384-398
53. Weismer SE, Hesketh LJ. Lexical learning by children with specific language impairment: Effects of linguistic input presented at varying speaking rates. *J Speech Lang Hear Res*. 1996;39:177–190. [PubMed] [Google Scholar]

54. Tomblin J.B., Smith E., Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors // Journal of Communication Disorders. – 1997. - Vol.30, P.325-344.
55. Weismer SE, Evans J, Hesketh LJ. An examination of verbal working memory capacity in children with specific language impairment. J Speech Lang Hear Res. 1999;23:1234–1248. [PubMed] [Google Scholar]

Приложение №1
Методические рекомендации по логопедической диагностике.
(Сост. Р. И. Лалаева)

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | логопедического воздействия), однако отмечаются ограниченный словарный запас, нарушение грамматического строя речи. | |
| Общее недоразвитие речи (ОНР I, II и III уровня), а также невыраженное общее недоразвитие речи (НОНР). | моторная алалия, сенсорная алалия, сенсомоторная алалия, дизартрия стертая дизартрия, по типу задержки речевого развития, -при ЗПР невыясненного патогенеза. | нарушены все компоненты языковой (речевой) системы: фонетико-фонематическая сторона речи, лексика, грамматический строй. | 1.Общее недоразвитие речи (I уровень). Моторная алалия. 2.Общее недоразвитие речи (I уровень). Сенсорная алалия. 3.Общее недоразвитие речи (I уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. 4.Общее недоразвитие речи (I уровень). Моторная алалия, заикание. 5.Общее недоразвитие речи (I уровень). Сенсомоторная алалия. 6.Общее недоразвитие речи. Детская афазия. 7.Общее недоразвитие речи (II уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. 8.Общее недоразвитие речи (II уровень). Моторная алалия. 9.Общее недоразвитие речи (II уровень). Моторная алалия, заикание. |

Приложение №2

Схемы нейропсихологического обследования детей 4-5 лет.

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

I. Праксис:

- кинестетический праксис,
- кинетический праксис,
- в том числе особенности динамической организации движений, связанные с межполушарным взаимодействием,

- конструктивный праксис,

- оральный праксис/

II. Гнозис:

- зрительно-предметный гнозис,

- акустический гнозис.

III. Память.

- Зрительная;

- слухоречевая память.

IV. Работоспособность и внимание.

V. Речевые функции: импрессивная и экспрессивная речь.

VI. Интеллектуальные функции.

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

1. Беседа с ответами на простые вопросы: сколько тебе лет? где ты живешь? какое сейчас время года? в какую группу детского сада ты ходишь?
2. Установление латерализации функций.
3. Исследование умственной работоспособности и внимания (корректирующая проба).
4. Проба на реципрокную координацию при сопряженном ее выполнении.

5. Простой вариант пробы на динамический праксис (2 серии по 2 движения).
6. Проба на праксис позы пальцев.
7. Простые пробы на оральный праксис.
8. Рисунок 3 простых фигур: круг, квадрат, треугольник (копирование по образцу).
9. Узнавание реальных, перечеркнутых и наложенных изображений.
10. Узнавание (соединение линиями) пространственно ориентированных простых фигур (модифицированный тест Бентона).
11. Понимание простых логико-грамматических конструкций.
12. Воспроизведение упроченных речевых рядов (счет до 10 в прямом порядке).
13. Оценка простых ритмических структур, предъявляемых в медленном темпе.
14. Называние реальных изображений.
15. Показ реальных изображений по слову-наименованию.
16. Запоминание одной серии из 3 реальных изображений и выбор их из дистракторов.
17. Запоминание серии из 7 слов.
18. Запоминание серии из 2 движений и перенос программы на другую руку.
19. Составление рассказа по картинке и серии предварительно разложенных картинок.
20. Пересказ текста по вопросам.
21. Простые пробы на исключение понятий (четвертый лишний).

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

1. Беседа с ответами на вопросы: фамилия, имя, имена родителей?
сколько тебе лет? где ты живешь? какое сейчас время года? в какую группу детского сада ты ходишь?
2. Пробы на латерализацию функций.
3. Исследование умственной работоспособности и внимания
4. Проба на реципрокную координацию.

5. Пробы на динамический праксис (2 серии по 3 движения и графическая проба).
6. Пробы на праксис позы пальцев.
7. Простые пробы на оральный праксис.
8. Копирование 4 простых фигур: круг, квадрат, ромб и треугольник и 3 фигур из теста Денманна.
9. Узнавание перечеркнутых и наложенных реальных изображений.
10. Узнавание (соединение линиями) пространственно- ориентированных простых фигур (модифицированный тест Бентона).
11. Оценка и воспроизведение по инструкции простых ритмических структур.
12. Идентификация эмоционального состояния (выбор картинки с аналогичной эмоцией).
13. Воспроизведение речевых рядов (порядковый счет до десяти) в прямом и в обратном порядке.
14. Называние реальных изображений, в том числе низкочастотных слов.
15. Показ пар реальных изображений по слову-наименованию .
16. Понимание логико-грамматических отношений.
17. Запоминание 2 серий из 3 реальных изображений и выбор их из дистракторов.
18. Запоминание серии из 7 слов.
19. Составление рассказа по картинке и серии сюжетных картинок.
20. Пересказ текста с опорой на вопросы.
21. Проба на исключение понятий (четвертый лишний).
22. Проба на понимание аналогий.

Приложение №3

Алгоритм сбора анамнеза у детей со специфическими расстройствами развития речи (авт. Аханькова Т.Е.)

1). Дата:

Осмотр врача психиатра

На приеме с мамой.

Фамилия: ...

Возраст – ... (....г.р.)

Жалобы при осмотре: не говорит, недостаточно понимает инструкции, отстаёт в психоречевом развитии

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

Анамнез заболевания.

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

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

После обследования поставлен диагноз – указать (*последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС, задержка психоречевого развития*).

Даны рекомендации, назначено лечение (*перечислить*)

Наблюдаются у врача: *систематически, не регулярно, не наблюдаются*. Лечение давали: *регулярно, не регулярно*.

С логопедом, дефектологом занимаются с ... лет, в течение ... мес, до н\времени. Отмечено улучшение в речевом и общем состоянии.

С психологом: *занимались, не занимались*.

В настоящее время: сам умеет – частично одеваться, есть сам, но предпочитает, чтобы кормили, опрятен, ночью спит в памперсах (*перечислить*).

Знает и показывает - части тела, близких, предметы, животных, большой-маленький (*перечислить*).

В речи чаще присутствует жестовая речь, лепетные фразы, отдельные слова - (*перечислить*).

Анамнез жизни :

Семья состоит из человек, родители и ребенок; родители и детей. Ребенок старший, средний, младший из детей.

Отношения с сестрой/братом спокойные, чаще доброжелательные, чаще конкурентные.

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

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

Мать лет, образование -, работает/не работает по профессии -... . По характеру – спокойная, уравновешенная, эмоциональная, раздражительная,

склонна к тревожным состояниям и пониженному настроению, импульсивная, ранимая, обидчивая (*описать*).

Отец ... лет, образование - ..., работает, не работает. По характеру – спокойный, уравновешенный, раздражительный, строгий, авторитарный, чаще все разрешает ребенку(*описать*).

Взгляды на воспитание у родителей: чаще одинаковые, чаще разные. Воспитанием занимается: больше мать, воспитывается дома мамой, няней, бабушкой.

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

В 1 половине беременность протекала: без токсикоза, с легким, со средним, с тяжелым токсикозом; была угроза выкидыша в нед; повышенный тонус матки в нед; проводилось лечение амбулаторное, стационарное; получала гормоны; перенесла ОРВИ в нед.

Во 2 половине беременность протекала: с токсикозом; была угроза выкидыша в нед; повышенный тонус матки в нед; проводилось лечение амбулаторное, стационарное; получала гормоны; перенесла ОРВИ в нед. была анемия, небольшие отеки в конце беременности; гистоз, большая прибавка в весе, повышенное пониженное АД

Роды на неделе; вызваны, начались самостоятельно с отхождения вод; начались самостоятельно со схваток; проводилась амниотомия, стимуляция, обезболивание, механическое выдавливание.

Длительность родов ... час. Вес ; Длина см.; Апгар 8\9 ;

К груди приложили на сутки.

Выписан на сутки, переведен в отделение

Роды на нед; оперативные плановые, внеплановые, по показаниям из-за слабости родовой деятельности. Вес.... ; Длина см; Апгар 8\9 ; К груди приложили насутки.

Ребенок выписан насутки, переведен в отделение.....

В раннем возрасте: ребенок был достаточно спокойным, не очень спокойным, беспокойным. Отмечались нарушения сна, чуткий сон, срыгивания, отмечался гипертонус мышц. Неврологом не наблюдался, наблюдался.

Грудью мама кормила домес ; ребенок спит в своей кровати, часто спал в постели родителей до лет; часто ночью перебирается в кровать к родителям.

Психомоторное развитие : голову держит с .. мес.; сидит с .. мес.; ползал - да, мало, нет

самостоятельно пошел в ... мес.

Речевое развитие: гуление с ... мес; лепет с ... мес.; первые слова с ... мес.; простая фраза с ... мес.; Развернутая фраза с ... мес. С ... лет говорил много, охотно, не понятно.

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

Фразовая речь формировалась: постепенно, сформировалась быстро, медленно.

Перенесенные заболевания: ОРВИ часто, отит, бронхит, обструктивный бронхит, ангина, в\о.

Профилактические прививки: по возрасту; по индивидуальному графику, не делались. ЧМТ и операций не было; операции – аденотомия.

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

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

Состояние сна: спокойный, беспокойный со сноговорением со снохождением, энурез.

Страхи: перечислить.

Ребенок воспитывается:

-дома.

- Ребенок начал посещать д\сад: с ... лет; массовый, специализированный, частный, логопедический.

Адаптировался со слов матери: легко, не очень тяжело, трудно; расставался с матерью с трудом;

в д\саду ребенок успокаивался быстро, долго не успокаивался;

с детьми играл, предпочитал играть один; стал часто болеть. Логопедический д\сад посещает с ... лет. Сейчас посещает д\с охотно.

Кроме д\сада ребенок посещает занятия танцами, гимнастикой, бассейн, в Центре развития (указать). Занятия посещает с интересом.

Во время беседы с мамой ребенок:

- самостоятельно занимается игрушками;

-к игрушкам интереса не проявляет,

-чаще слушает ответы матери,

-сидит рядом с ней,

-пассивен;

-очень подвижный,

-суетлив,

-без разрешения берет предметы со стола,

-перебивает взрослых,

-своим поведением обращает на себя внимание.

2). Дата:

Осмотр врача психиатра

На приеме с мамой.

Фамилия имя ребенка:

Возраст – ... (...г.р.)

Жалобы при осмотре: отсутствие вербальных средств общения, не говорит, недостаточно понимает инструкции, отстает в психоречевом развитии, особенности поведения, трудности адаптации, нарушение внимания

Ребенок направлен на лечение в ЦПРиН врачом по договору
Наследственность: психические заболевания и речевые нарушения отрицаются
Анамнез заболевания. На отстаивание в развитии речи стали обращать внимание с лет.

Впервые обратились к врачу в возрасте лет, поставлен диагноз: последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС, задержка психоречевого развития, расстройство аутистического спектра.

Наблюдаются у врача систематически, не регулярно, не наблюдаются, последний курс лечения -

Консультация логопеда в лет, даны рекомендации. С логопедом занимаются с лет, раз в неделю, до н\времени. Отмечено улучшение в речевом и общем состояниях. С психологом, нейропсихологом не занимались.

В настоящее время ребенок – раздевается, частично одеваться, но чаще одевает мать, есть сам, но чаще кормит мать, предпочитает есть жидкую, протертую пищу, избирателен в еде. Опрятен, ночью спит в памперсах.

Знает близких, выделяет при встрече, не обращается, говорит - Себя не обозначает, на вопрос «где Миша» - не показывает на себя. На свое имя: не реагирует, иногда откликается.

Предметы бытовые – ориентирован, приносит чашку, садится на стул, инструкции выполняет избирательно пожеланию, часто игнорирует. Животных – избирательно показывает, не оречевляет – мяу, авв, муу. Цвета и геометрические фигуры не знает, в стадии формирования, знает, показывает избирательно. Большой-маленький сформировано, не сформировано.

Указательные и коммуникативные жесты отсутствуют, имеются, используются.

В речи чаще присутствует

-крик, визг, лепетные слова,

-слова – предложения,

-преобладает свой язык, простые фразы, использует фразу.

В речи присутствуют лепетные слова и отмечается звукоподражания, при этом активно используются невербальные средства общения (выразительная мимика, жесты, интонация).

Речевая активность не высокая, низкая, игру не комментирует.

Игра –

-перекладывает предметы,

-складывает – выкладывает,

-манипулирует,

-любит веревочки, песок, ролевые игры в стадии формирования,

-не любит кукол.

Анамнез жизни.

Семья состоит из ... человек, родители и ребенок; родители и детей. Ребенок старший, средний, младший из детей. Отношения с сестрой, с братом чаще доброжелательные, чаще конкурентные.

Родители в разводе ... лет.

Проживает с мамой и отчимом, отношения с которым спокойные, хорошие, не очень хорошие.

С отцом встречается редко, часто, еженедельно.

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

Мать лет, образование - , работает, не работает по профессии - . По характеру – общительная, избирательно общительная, сдержанная, уравновешенная, эмоциональная, раздражительная, склонна к тревожным состояниям ранимая, обидчивая, педантичная.

Отец лет, образование -..., работает, не работает. По характеру – общительный, избирательно общителен, спокойный, уравновешенный.

Взгляды на воспитание у родителей чаще одинаковые, иногда чаще разные. Воспитывается дома мамой, няней, бабушкой.

Родители чаще не наказывают ребенка,

-наказывают лишением гаджетов, телевизора, тайм – аут;

-читают нотации; ругают

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

В 1 половине беременности легкий средний тяжелый токсикоз; угроза выкидыша в нед; повышенный тонус матки в нед; проводилось лечение амбулаторное, стационарное; получала гормоны; перенесла ОРВИ в нед.

Во 2 половине беременности легкий средний тяжелый токсикоз; угроза выкидыша в нед; повышенный тонус матки в нед; проводилось лечение амбулаторное, стационарное; анемия, небольшие отеки в конце беременности; гистоз, большая прибавка в весе, повышенное пониженное АД

В 1 и 2 половинах беременность протекала физиологично.

Роды 1 2 на неделе; вызваны, после осмотра начались самостоятельно с отхождения вод; начались самостоятельно со схваток; проводилась амниотомия, стимуляция, обезболивание, механическое выдавливание. Длительность родов час. Вес . Длина см.; Апгар 8\9 ; К груди приложили на 1 , 2 сутки. Выписан на сутки, переведен в отделение

Роды 1 2, на нед; оперативные плановые, внеплановые, по показаниям из-за слабости родовой деятельности. Вес . Длина см; Апгар 8\9 ; К груди приложили на 1 , 2 сутки. Ребенок выписан на сутки, переведен в отделение.

В раннем возрасте ребенок был достаточно спокойным, не очень спокойным, беспокойным, отмечались нарушения сна.

Грудью мама кормила до мес ; ребенок спит в своей кровати, спит в постели до н\времени спал с родителями до лет; часто ночью перебирается в кровать к родителям.

Психомоторное развитие: голову держит с мес. сидит с мес.; ползал - да, мало, нет.

самостоятельно пошел в ... мес.

Речевое развитие: гуление с мес; лепет с мес.; первые слова с мес.; простая фраза с мес. развернутая фраза с мес. С лет говорил много, охотно, не понятно.

С до лет часто использовала жестовую речь.

Перенесенные заболевания: ОРВИ часто, отит, бронхит, обструктивный бронхит, ангина, в\о. Профилактические прививки по возрасту; по индивидуальному графику. ЧМТ и операций не было; операции – аденотомия. Судороги, снохождение, сноговорение отрицаются; тиков, энуреза не было. Тики с лет; лечение. Энурез до лет, не лечились.

Ночное засыпание: не затруднено, долго не засыпает, засыпает чаще в присутствии матери. Режимные моменты в семье соблюдаются. Аппетит не нарушен, снижен, избирателен. Днем не спит с лет.

Состояние сна: спокойный, беспокойный, энурез.

Страхи: не выражены, тревожен

На учете у специалистов не состоит. Аллергических реакций не отмечалось.

Ребенок начал посещать д\сад с ... лет; массовый, частный, логопедический. Адаптировался со слов матери легко, не очень тяжело, трудно; расставался с матерью не очень трудно, с трудом. В д\саду предпочитал играть один; стал часто болеть. Логопедические занятия в д\сад с лет. Сейчас посещает д\с охотно. Кроме д\сада ребенок посещает развивающие занятия, танцами, гимнастикой, бассейн, в Центре развития.

Приложение №4

Общее недоразвитие речи 1 уровня

Нарушение такой степени означает практически полное отсутствие речи у ребенка.

В чем проявляется:

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

Общее недоразвитие речи 2 уровня

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

На что обратить внимание:

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

Общее недоразвитие речи 3 уровня

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

1. Общение с окружающими в основном в присутствии родителей, которые выступают в качестве помощников-переводчиков.
2. Неустойчивое произношение звуков, которые ребенок научился произносить отдельно. В самостоятельной речи они все равно звучат пока нечетко.

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

Общее недоразвитие речи 4 уровня

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

Характерные признаки:

1. Проблема неправильного звукопроизношения отсутствует, звуки «поставлены», однако речь несколько невнятна, невыразительна и отличается нечеткой артикуляцией.
2. Периодически встречаются нарушения слоговой структуры слова, элизии (пропуск слогов — например, «моток» вместо «молоток»), замене одного звука другим, перестановке их местами.

3. Еще характерная ошибка — неправильное использование слов, означающих признак предмета. Ребенок не очень четко понимает значение таких слов. Например, «дом длинный» вместо «высокий», «мальчик короткий» вместо «низкий» и т. д.).
4. Затруднения вызывает также образование новых слов при помощи суффиксов. («зайцевый» вместо «заячий», «платенко» вместо «платице»).
5. Аграмматизмы встречаются, но не очень часто. В основном сложности могут вызывать согласования имен существительных с прилагательными («пишу синИМ ручкОМ») или при употреблении существительных во множественном числе именительного или родительного падежа («В зоопарке видели медведЕВ, птицЕВ»).

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

Приложение №4

Таблица.

Основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста.

| Возраст | Речевые навыки |
|-----------------------|---|
| 1-й год жизни | |
| 1 месяц | Крик, кряхтение |
| 1 – 3 месяца | Формирование гуления, появление «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций, «экспериментирование» с гласными звуками. |
| 3 – 6 месяцев | Активное гуление, (отличающегося от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонаций), появление губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету. |
| 6 – 9 месяцев | Активный лепет, усложнение и расширением объема движений губ, языка, мягкого неба, совершенствование функции дыхания, удлинение произвольный выдоха. Способность к регуляции громкости и тембра своего голоса, в зависимости от эмоционального состояния. Ситуационное понимание обращенной речи. |
| 9 – 12 месяцев | Переход лепета в слоги, появление способности понимать и выполнять простые инструкции «дай», «на» (способность |

| | |
|--|--|
| | воспринимать функцию обращенной речи регулирующую поведение), первые односложные слова «ба-ба», «ма-ма». |
| 2-ой год жизни | |
| 1 год | Появление однословных предложений. |
| | |
| 1 год 3 месяца | Увеличение запаса слов до 30. |
| 1 год 6 месяцев | Увеличение запаса слов до 40-50, легко повторяет часто слышимые слова. |
| 1,5 – 2 года | Появление фраз, двухсловных предложений. |
| 2 года | Появление вопросов: «Что это?», «Куда?», «Где?» |
| 2 года | Увеличение запаса слов до 200-300. |
| 3-й год жизни | |
| | |
| 2 года | Начинает пользоваться прилагательными, местоимениями и предлогами. |
| 2 года | Появление трехсловных предложений. |
| 2 года 6 месяцев | Появление многословных предложений. |
| 2 года 6 месяцев – 3 года | Активная речь с использованием сложноподчиненных предложений, при этом могут сохраняться трудности звукопроизношения (свистящие, шипящие). |
| 3 года | Запас слов до 800-1000. Появление вопросов: «Когда?», «Почему?» |

Звукопроизношение. О произносительной стороне речи ребенка можно судить лишь тогда, когда у него накопится значительный запас слов. Время и порядок появления звуков у разных детей неодинаковы. На третьем году жизни ребенок имеет право на неправильное звукопроизношение. Так, свистящие звуки (С, З, З', Ц), шипящие (Ш, Ж, Ч, Щ) и сонорные (Р, Р', Л) он обычно пропускает или заменяет (С-С'; З-З', В; Ц-Т'; Ш-С', Т'; Ж-С', Д'; Ч-Т'; Щ-Т'; Р-Л'; Р'-Л'; Л-Л') (Володин Н.Н., Шкловский В.М. «Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы». Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. 2015).

Приложение №5

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

Образовательное учреждение _____

РЕЧЕВАЯ КАРТА

Дата заполнения «__» _____ 201__ г.

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____

Родители (законные представители)

1. Рече-языковое развитие

1.1. Понимание обращенной к ребенку речи (импрессивная речь)

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

3. Познавательное развитие

3.1. Внимание

3.2. Познавательная активность и мотивация деятельности

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

3.4. Запас знаний об окружающем мире

3.5. Сенсорное развитие

Зрительное восприятие

Слуховое восприятие

Восприятие пространственных отношений

4. Двигательное развитие

4.1. Развитие основных двигательных навыков и координаторной сферы

4.2. Сформированность целенаправленных движений (праксис)

5. Состояние артикуляционного аппарата

5.1. Строение артикуляционного аппарата

5.2. Двигательные функции артикуляционного аппарата

5.3. Речевое дыхание, голосообразование, просодика

6. Дополнительная информация

6.1. Особенности доречевого развития

6.2. Специфические особенности речи и речевого поведения

6.3. Особенности речевой среды, в которой воспитывается ребенок

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

6.5. Сведения о настоящих и перенесенных заболеваниях

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦІИ

Логопед _____