


Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ «СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО
РАЗВИТИЯ РЕЧИ»**

ТАШКЕНТ – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РСНПЦЗ
З.Ш.Ашуров



« » 202__ год

**«
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
»
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ
РЕЧИ»**

Ташкент-2025

1. Вводная часть

Коды по МКБ 10/11

F80.0	Специфическое расстройство речевой артикуляции: использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту, при нормальном уровне речевых навыков
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
F80.2	Расстройство рецептивной речи: понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его паспортному возрасту; экспрессивная речь также значительно нарушена; возможно сочетание с расстройством артикуляции
F80.3	Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера): на фоне предшествующего нормального развития речи, потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи, при сохранении общего интеллекта, сопровождающаяся эпилептиформной активностью на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками
F80.8	Другие расстройства развития речи и языка
F80.1	Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией или педагогической запущенностью
F80.2	Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков; степень интеллектуальной недостаточности требует уточнения в динамике для уточнения диагноза
F80.2	Расстройства развития речи и языка неуточненные: требуют уточнения вида нарушения речи
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
6A01	Расстройства развития языка или речи
6A01.0	Расстройство развития звукопроизношения
6A01.1	Расстройство развития плавности речи
6A01.2	Расстройство развития языка
6A01.20	Расстройство развития языка с нарушением рецептивного и экспрессивного (речевого) компонентов
6A01.21	Расстройство развития языка с преимущественным нарушением его экспрессивного компонента (речи)

6A01.22	Расстройство развития языка с преимущественным нарушением коммуникативного(прагматического) его компонента (речи)
6A01.23	Расстройство развития языка, наряду с другим уточненным нарушением речи
6A01.Y	Другие уточненные расстройства речи и языка
6A01.Z	Расстройства развития речи и языка неуточненные
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#33269655	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический центр психического здоровья

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

Алимов У.Х. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Абдуллаева В.К. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Список авторов:

Ашуров З.Ш. - д.м.н., проф., директор РСНМЦПН заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр и нарколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Президент Ассоциации психиатров Узбекистана.

Чембаев Б.Р.- PhD, заместитель директора РСНПМЦПЗ по психиатрии.

Рогов А.В. – PhD, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Рецензенты:

Сиволап Ю.П. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Велиляева А.С.-заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандского государственного медицинского

Руководитель рабочей группы- д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров. Директор РСНПЦПЗ

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Психического Здоровья №3 15 май 2025г.

Председатель Ученого Совета – Директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович - Ташкентская Медицинская Академия
2. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений:

ЗРР	–	задержка речевого развития
СРРР	–	специфическое нарушения развития речи, расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах речевого онтогенеза
Семья «FH+»	–	наличие специфических нарушений речевого развития у близких родственников ребенка
Семья «FH-»	–	семья, в которой у родственников не было нарушений речевого развития
СМА	–	сенсомоторная алалия, возникает при поражении рече-двигательного и речеслухового анализатора в центральном отделе коры головного мозга. Проявляется в нарушении в экспрессивной и импрессивной речи
ФН	–	фонетические нарушения - нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков
ФФН	–	фонетико-фонематическое недоразвитие - нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков, а также недоразвитие фонематических процессов (фонематического слуха, фонематического восприятия).
ФЭСР	–	функциональные эмоциональные ступени развития
ОНР	–	общее недоразвитие речи
ОНР 1 уровня	–	нарушение такой степени означает практически полное отсутствие речи у ребенка
ОНР 2 уровня	–	присутствие в речи ребенка определенного количества общеупотребительных слов, не сформировано звукопроизношение, нарушение слоговой структуры слова. Отставание в формировании экспрессивной грамматики
ОНР 3 уровня	–	отставание грамматического и фонематического развития речи: неустойчивое произношение звуков, замена звуков на близкие по звучанию (ш-с, т-д и т.п.). Экспрессивная речь довольно активна, доступно построение простых фраз, при этом есть трудности в формировании сложных фраз
ОНР 4 уровня	–	характеризуется невнятной речью, с нечеткой артикуляцией, нарушением звукопроизношения, единичными грамматическими ошибками и словообразования. Присутствует критичность к речи, формирование грамматического строя приближено к возрастной норме. Эти нарушения задерживают овладение навыками чтения и письма
КДО	–	консультативно-диагностическое отделение
DSM5	–	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition — диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания
SLI	–	Specific language impairment (специфическое нарушения развития речи)

Оглавление:

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ РЕЧИ» 6-19
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ РЕЧИ» 18-20
3. Национальный клинический протокол профилактики и реабилитации по нозологии «СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ РЕЧИ» 20

Пользователи протокола:

1. Врачи-психиатры;
2. Врачи-детские психиатры
3. Психоневрологи
4. Врачи-психотерапевты
5. Клинические психологи
6. Врачи общей практики;
7. Организаторы здравоохранения
8. Врачи общей практики
9. Врачи-терапевты
10. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, магистры, докторанты

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

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

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

Определения

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

Классификация

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

Классификация Американской ассоциации речи и слуха нарушений рецептивной и экспрессивной речи

Причины (триггеры)	Расстройства рецептивной речи	Расстройства экспрессивной речи
Психосоциальные проблемы, насилие, унижение, оскорбление ребенка		Неразговорчивые, меньше сформированы разговорные навыки, высказывания короче, чем у сверстников; редко выдвигают идеи или обсуждают чувства;
Расстройство аутистического спектра	Трудности анализа, интеграции и переработки информации; неправильное толкование социальных сигналов/знаков	Вариативность речевой продукции от функционально- невербальной или эхолалической речи до почти нормальной речи; использование речи в социальных ситуациях является более сложной задачей, чем использование языковых форм (артикуляция звуков речи, использование синтаксиса) ;

		склонность использовать словесные сценарии(штампы); трудности подбора правильного слова по его значению; часто механистическая просодика речи
Травма головного мозга	Сложность установления связей, умозаключений и использования информации для решения проблем; проблемы внимания и памяти, которые влияют на языковую переработку; проблемы в понимании образного языка (метафор и др.) и многозначности слов	Трудность монологической и диалогической речи (рассказ, диалог)
Церебральный паралич	Звуковая дискриминация речи, обработка информации и внимание могут быть проблемными областями; понимание языка зависит от когнитивного статуса	Дизартрическая речь - более медленная скорость, с более короткими фразами или длительными паузами; артикуляция часто неточна при искаженном производстве гласных; качество голоса может быть хриплым или резким, гиперназальным с низким или монотонным тоном; речевая апраксия - замены звуков по близости артикуляции, отсутствие автоматизированной речевой артикуляции, медленный темп речи, без беглости; на развитие языка влияет постановка дыхания и когнитивный статус ребенка
Подверженность наркотикам и алкоголю во внутриутробном периоде	Трудность в понимании речи на слух, особенно абстрактных понятий, многозначных слов и слов, обозначающих время и пространство	Меньше вокализации в младенчестве, плохое использование жестов и задержки в развитии устной речи; слабый поиск слов, короткие предложения и менее развитые разговорные навыки
Расстройства беглости речи		Трудности в скорости и ритмеречи; фальстарты; повторы звуков, слогов и слов; может сопровождаться нетипичным поведением (например, гримасы, покачивание головы)
Нарушение слуха	Сложности восприятия и дифференцировки звука, распознавание голоса и понимания обращенной речи, особенно при затрудняющих восприятие условиях	Произнесение звуков происходит до 6 месяцев; ограниченный точность артикулирования звуков зависит от степени потери слуха; при устном общении часто усилен вокальный резонанс, страдает точность произнесения речевого

		звука и синтаксическая структура речи
Интеллектуальная недостаточность	Понимание языка часто ниже когнитивных способностей; трудности с организацией и категоризацией информации, услышанной для последующего поиска; сложность с абстрактными понятиями; Трудность интерпретации информации, представленной в аудитории	Продукция часто ниже нормативных показателей когнитивных способностей; более медленный путь развития, чем у сверстников; тенденция использовать более незрелые языковые формы; тенденция производить более короткие и менее продуманные высказывания
Специфические нарушения речи	Более медленная и менее эффективная обработка речевой информации; ограниченная способность понимать язык	Короткие, не сложные предложения, чем у типичных сверстников; трудности в использовании правил в употреблении слов и построении предложений, неэффективное использование языковых форм в социальном контексте, иногда приводящее к неуместным высказываниям; плохо развитая лексика

В **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

Уровни речевого развития ребенка (ОНР):

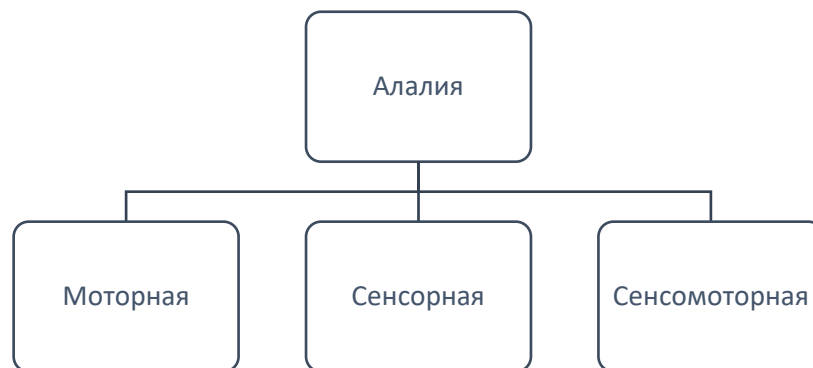
ОНР 1 уровня - нарушение такой степени означает практически полное отсутствие речи у ребенка.

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. 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».

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. Гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС в перинатальном периоде в виде формирования церебральной атрофии в сочетании с темповой задержкой развития на первом году жизни. Родовая травма встречается у 47% детей с выраженными речевыми нарушениями. У детей, родившихся в тяжелой асфиксии, сроки проявления первого лепета и первых слов запаздывают на 3-6 месяцев.

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. 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. СРРР отмечаются в 40%-60% случаев у одного из близких родственников (FH+). Это так называемые «семьи FH+» - семьи, в которых имеются специфические нарушения речевого развития у близких родственников в семье ребенка. Риск развития СРРР у детей из семей FH+ повышается до 28%, что в 4 раза выше, чем у детей из семей, в которых у родственников не было нарушений речевого развития (семья «FH-»). От 50% до 70% детей с СРРР имеют не менее одного члена семьи с подобными нарушениями.

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%. 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.

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 выявили специфические 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.

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

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

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

Клиническая картина

Основное клиническое проявление – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка. Несмотря на достижения в понимании нейробиологии и генетики СРРР, диагностика этого расстройства по-прежнему основывается на выявлении и описании поведенческих клинических симптомов.

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

Диагностика

2А	Рекомендован для диагностики речевого и коммуникативного развития у детей раннего возраста (1-4 года) тест применяемый во всем мире «The MacArthur Communicative Development Inventory@ (MacArthur CDI) - «МакАртуровский тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста» (см. приложение).
-----------	---

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

Критерии установления диагноза

- анамнестические данные,
- психический статус,
- физикальное обследование,
- лабораторные исследования,
- инструментальное обследование и др.

Жалобы и анамнез

Родителями предъявляются разнообразные жалобы в отношении качества речи у ребенка:

- отсутствие речи,
- задержку речевого развития,
- выраженное нарушение звукопроизношения («каша во рту»): перестановки звуков/слов в слове, упрощение слова,
- бедный словарный запас,
- аграмматизмы (ошибки в окончаниях, согласовании слов в роде/падеже/времени, ошибки в использовании предлогов, непонимание простых и сложных предложений).

Целью сбора анамнеза является получение данных о:

- наследственной отягощенности психическими заболеваниями;

- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей в постнатальном периоде;
- перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах;
- об особенностях протекания возрастных кризисов;
- о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;
- об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций);
- особенностях динамики заболевания (характере течения заболевания);
- аккуратности выполнения родителями и близкими родственниками больного реабилитационных рекомендаций;
- переносимости проводимой лекарственной терапии;
- соматическом и неврологическом статусе.

2А

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

Для понимания клинической картины необходимо на приеме собрать информацию о семье, в которой живет ребенок, особенностях характера родителей, методах воспитания. Данные о течении беременности, особенностях родов, раннем психомоторном развитии, особенностях речевого онтогенеза. Они являются основополагающими в понимании механизмов болезненных процессов. Активные жалобы родителей могут быть более скудными, чем действительные проблемы в речи у ребенка, которые зависят от уровня речевого развития ребенка и уровня понимания обращенной речи.

При описании психического статуса пациента оцениваются:

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

Физикальное обследование

Физикальное обследование пациента позволяет оценить общее состояние пациента и его физиологические показатели. Соматическое и неврологическое обследование пациента

производится психиатром, направлено на выявление возможных сомато-неврологических нарушений у пациента, данных свидетельствующих о психических расстройствах и характере их течения. Общий осмотр включает расспрос о ранее перенесенных заболеваниях, истории развития настоящего заболевания. Измерение АД, РS, измерение веса. При обследовании необходимо обращать внимание на соответствие физического и паспортного возраста. Эндокринные нарушения часто сопровождаются задержками психоречевого развития, поэтому нужно обращать внимание на внешний вид ребенка, выражение лица и наличие стигм дизэмбриогенеза. Уточнение приема лекарственных препаратов пациентом на момент осмотра и ранее.

Общий осмотр включает:

- оценка общего состояния больного
- соответствие физического развития ребенка – паспортному возрасту
- телосложение (конституция)
- антропометрические данные
- выявление стигм внутриутробного дисэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие);
- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);
- исследование соматического состояния по органам и системам.

При неврологическом исследовании определяются:

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

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

Лабораторные исследования

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

Инструментальные исследования

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

4С	Рекомендуется электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) для диагностики задержки речевого развития у детей раннего возраста, дошкольного и школьного возрастов, при необходимости оценки общего функционального состояния мозга; уровня зрелости его биоэлектрической активности и соответствия ее характера возрасту пациента; оценки тяжести и локализации патологических изменений на ЭЭГ. Выявляет степень и локализацию поражений мозга, позволяет констатировать эпилептиформную активности, а также регистрирует косвенные признаки органического поражения головного мозга.
-----------	---

4С	Рекомендовано проведение электроэнцефалографии с видеомониторингом при наличии пароксизмальных состояний в анамнезе с записью как во время бодрствования, так и во время сна. Главным условием является верификация пароксизмального состояния.
-----------	---

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

4С	Рекомендуется проведение нейровизуализации (магнитно-резонансная томография головного мозга) детям с СРПП в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы.
-----------	---

При СРПП отмечается увеличение объема белого вещества мозга, corona radiata и выраженной правополушарной асимметрии.

Иные диагностические исследования

Медико-логопедическое исследование

3С	Для выявления нарушений речевого развития у детей с года жизни: задержки, нарушения звукопроизношения, аграмматизмов, «смазанной» дикции рекомендовано комплексное медико-логопедическое обследование, которое проводится в соответствии с разработанными нормативами. Для того чтобы провести диагностику нарушения речи ребенка нужно знать норму развития речи в каждый возрастной период (см. приложение).
-----------	--

Клинико-психологическое нейропсихологическое обследование/ специализированное нейропсихологическое обследование

5С	Рекомендовано проведение обследования медицинским психологом для выявления нарушений в психологическом развитии функционального и органического генеза, для
-----------	---

дифференциальной диагностики речевого развития и типологии когнитивного дизонтогенеза у детей раннего и школьного возраста, Клинико-психологическое, нейропсихологическое обследование позволяют установить не только нарушенные звенья психической деятельности, но и ее сохранные элементы.

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

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

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

При проведении нейропсихологической диагностики детей 4-5 лет может быть использована схема нейропсихологического обследования, предложенная в приложении (см. приложение).

Лечение

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.

Медикаментозное лечение

2С

Гопантевая кислота рекомендуется в терапии детей со специфическими расстройствами развития речи. Применяется в растворе для приема внутрь 100 мг/мл 2

	раза в день в суточной дозе 30-50 мг на 1 кг массы тела. Продолжительность терапии 2-3 месяца.
--	--

5С	Пиритинол рекомендуется к применению при СРРР. В форме суспензии (флакон 200 мл, 100 мг/5 мл) с 3-го дня рождения по 1 мл суспензии в день в течение месяца, доза принимается утром. Начиная со 2 месяца жизни дозировку увеличивают по 1 мл суспензии в неделю, до тех пор, пока суточная дозировка не достигнет 5 мл (1 чайной ложки). Дети до 1 года: по ½ -1 чайной ложке суспензии 1-3 раза в день (50-300 мг пиритинола в день). Дети от 7 лет по ½ -2 чайной ложке суспензии 1-3 раза в день (50-600 мг пиритинола в день). Принимать препарат следует во время или после еды. При нарушениях сна последнюю дневную дозу не следует принимать вечером или на ночь. Курс лечения от 3-4 недель до 6-12 недель зависит от клинической картины заболевания. Через 3 месяца следует проверить наличие показаний для дальнейшего лечения.
-----------	---

По данным анкетирования родителей, у детей после лечения пиритинолом отмечалось уменьшение выраженности моторной неловкости, психосоматических нарушений, улучшились характеристики внимания, наблюдался регресс эмоциональных нарушений. На фоне лечения достигнуто достоверное улучшение показателей экспрессивной и импрессивной речи, а также речевого внимания. Объем активного речевого запаса и числа фраз в разговорной речи вырос в 3 раза, тогда как в контрольной группе — в 1,5.

Немедикаментозное лечение

Медико-логопедическая процедура

5С	Рекомендована для коррекции речи всех детей с общим недоразвитием речи (ОНР).
-----------	---

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

Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций

5С	Рекомендовано для всех пациентов с СРРР. После проведения клинико-психологического нейропсихологического обследования или дополнительного, в случае необходимости, специализированного нейропсихологического обследования и выявления "западающих" факторов должна быть подобрана программа комплексных нейро-психологических коррекционно-восстановительных процедур при нарушениях психических функций. По результатам обследования медицинским психологом составляется программа психолого-
-----------	--

педагогического сопровождения детей младшего возраста, младшего и среднего школьного возраста. Используются телесно-ориентированные методы (или методы двигательной (психомоторной) коррекции) и когнитивные методы.

Телесно-ориентированные (методы двигательной (психомоторной) коррекции) и когнитивные методы направлены на стабилизацию и активацию энергетического потенциала организма, повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов, оптимизацию функционального статуса глубинных структур мозга, формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, формирование операционального обеспечения вербальных и невербальных психических процессов, оптимизацию и коррекцию межполушарных взаимодействий и установления специализации правого и левого полушарий мозга.

Групповая нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура у пациентов

5С

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

Психотерапия

4С

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

4С

Сказкотерапия. Вид игротерапии. Рекомендована для детей дошкольного возраста для решения проблем общего недоразвития речи детей. Количество сессий подбирается индивидуально, продолжительность каждой сессии 30-40 минут.

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.

Лечебная физическая культура (ЛФК)

5С

Рекомендуется с целью профилактики нарушений развития речи и нарушений развития мелкой моторики у дошкольников. Подбирается индивидуальный коррекционный курс ЛФК. В индивидуальном маршруте физического развития ребенка учитываются все результаты обследования специалистов.

Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций Программа Floortime

5С

Рекомендовано для коррекции специфических расстройств развития речи детей дошкольного возраста. Включает в себя комплексный междисциплинарный подход с

	<p>привлечением специалистов разного профиля: логопеда, эрготерапевта, физический терапевт, а также различные образовательные программы, программы консультирования и поддержки родителей, интенсивные программы для занятий дома и в школе. Программа базируется на 2 принципах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Следовать за ребенком 2. Вовлекать ребенка в совместное пространство для того, чтобы развивать его функциональные способности.
--	--

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

Реабилитация

5С	<p>Всем пациентам с установленным диагнозом CPPP в период реабилитации рекомендованы занятия с воспитателем и психотерапия с целью повышения эффективности проведенной терапии и закрепления приобретенных речевых и социальных навыков. Рекомендуется проведение медицинской реабилитации в сенситивный для формирования речи возрастной период, когда идет ее активное становление.</p>
-----------	---

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

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

Профилактика

5С	<p>Рекомендовано диспансерное наблюдение всех детей врачом-неврологом с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием. Проводится на 1-м году жизни: в 1 месяц жизни и в 12 месяцев. Врач психиатр проводит диспансерное наблюдение в 2 года.</p> <p>Оценка неврологического статуса и психомоторного развития на 1-м году проводится по критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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.
-----------	--

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

- познавательная функция (возраст развития);
- моторная функция (возраст развития);
- эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития);
- предречевое и речевое развитие (возраст развития).

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

Оценивается:

1. Развитие моторной сферы: нормализация мышечного тонуса (общий массаж, физкультурные занятия, дифференцированный массаж лицевой и оральной мускулатуры; дифференцированный массаж кистей и пальцев рук, самомассаж биологически активных точек); формирование кинестетического и кинетического ощущения ручных и артикуляторных движений (восприятие схемы тела, формирование пространственного чувства, пальчиковые игры, упражнения на определение положения губ, языка, челюсти); упражнения для развития общей, мелкой и артикуляционной моторики (комплекс игр); развитие зрительно-моторной координации; развитие навыков самообслуживания.
2. Развитие высших психических функций: сенсорно-перцептивной деятельности и эталонных представлений, памяти (речеслуховой, зрительной, двигательной), внимания (зрительного, слухового, двигательного), восприятия (зрительного, слухового), мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи (познавательной активности, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, мыслительных операций, умения действовать целенаправленно), творческих способностей, межанализаторного взаимодействия; формирование ведущих видов деятельности (предметной, игровой); обеспечение устойчивой положительной мотивации в различных видах деятельности.
3. Развитие импрессивной речи: понимания слов, обозначающих предметы, действия, признаки, грамматических категорий и предложных конструкций, инструкций, вопросов, несложных текстов.
4. Развитие экспрессивной речи: лексического запаса (называние слов, обозначающих предметы, признаки, действия и т.д.); фразовой речи, звукопроизношения, фонематических процессов, активизация словаря, совершенствование процессов поиска слов, перевода слова из пассивного в активный словарь, формирование речевого и предметно-практического общения с окружающими, развитие знаний и представлений об окружающем мире.
5. Знакомство с окружающим миром: роль образовательной среды.
6. Работа с родителями.

5С

Рекомендуется оказание участковым врачом-психиатром всех видов амбулаторной психиатрической помощи в условиях психоневрологического диспансера лицам с умственной отсталостью.

Задачи логопеда:

При диспансеризации логопеду следует разделить детей на несколько подгрупп, состоящих из 3—5 человек, и провести с ними беседу на свободную тему, в процессе которой выявляется, как дети понимают вопросы и задания логопеда, как отвечают на эти вопросы.

У детей, в речи которых проявились те или иные отклонения, логопед, используя методические пособия, проверяет состояние звукопроизношения, словарного запаса, грамматического оформления речи, а также ее ритм и темп.

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

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

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

1. **Понимание логико-грамматических связей в контекстной речи.** Следует прочитать или рассказать ребенку текст, используя сюжетную картинку или серии последовательных картинок, а затем задать вопросы, требующие устного ответа (для говорящих детей) или показа ответа по картинке (для неговорящих детей). Тексты или картинки должны быть подобраны с учетом возрастных требований.
2. **Понимание вопросных форм.** Используя картинки с действиями, выявить понимание простейших вопросов (кто это? или что делает?) и вопросные формы косвенных падежей (кого? кому? что? кем или чем? о чем?).
3. **Понимание предлогов.** Для определения умения пользоваться предлогами в собственной речи задается вопрос, где лежит тот или иной предмет. Используя картинки либо имеющиеся под рукой предметы, логопед дает задание: «Положи карандаши на тетрадь, в тетрадь, под тетрадь, около тетради». Для определения понимания предлогов используется просьба: «Покажи карандаш, который лежит на книге, под книгой, перед книгой».
4. **Состояние словарного запаса.** Для исследования состояния импрессивного словарного запаса неговорящим детям предлагается набор картинок из различных логико-тематических групп, а также с изображением действий. По просьбе логопеда ребенок должен указать на названную логопедом картинку. Говорящие дети, используя те же картинки, должны назвать изображенные на них предметы или действия. Задачи логопеда: выявить уровень словарного запаса (лепетный, обиходный, бытовой, соответствующий возрастным требованиям); исследовать словарный запас по составу (по частям речи); определить, владеет ли ребенок словами-обобщениями.
5. **Состояние слоговой структуры слова в экспрессивной речи.** Используются картинки, на которых изображены предметы, обозначаемые словами с разной слоговой структурой. При выявленных нарушениях следует определить, к какому типу они относятся (сокращения, перестановки, упрощения, замена).
6. **Состояние грамматического оформления речи.** Предлагаются картинки с действиями, для описания которых необходимо использовать существительные в разных падежах, глаголы разных видов, прилагательные в сочетании с существительными разных родов и чисел.
7. **Умение составить рассказ, пересказ.** Для составления рассказа используются серии последовательных картинок. Логопед может разложить составляющие серию картинки в правильном порядке или предложить ребенку сделать это самому, а затем составить рассказ. Для составления пересказа логопеду следует рассказать ребенку текст с простым содержанием без скрытого смысла.
8. **Состояние фонетического оформления.** Звукопроизношение проверяется при проведении всех вышеперечисленных тестов. Проверка произнесения ребенком того или иного звука, используя картинки или в сопряженно-отраженной форме.

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Выполнено
1.	Проведен скрининг (анкетирование) всех детей в возрасте двух лет для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в т.ч. уровня речевого развития, в рамках профилактических медицинских осмотров в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.	Да/Нет
2.	Проведен прием (осмотр, консультация) врача- психиатра детского всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития, в том числе расстройства речевого развития, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза.	Да/Нет
3.	Выполнена электроэнцефалография всем детям с СРПП для диагностической оценки активного течения болезни, выявления косвенных признаков органического поражения ЦНС, обнаружения признаков эпилепсии и диагностики СРПП.	Да/Нет
4.	Выполнена нейровизуализация (МРТ) детям с СРПП в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание ЦНС.	Да/Нет
5.	Проведены медико-логопедическое исследования, восстановительный курс детей с СРПП.	Да/Нет
6.	Проведены клиничко-психологическое нейро-психологические исследования и коррекционно- восстановительные процедуры всех детей с СРПП.	Да/Нет
7.	Проведены групповые нейро-психологические коррекционно-восстановительные процедуры всех детей с СРПП.	Да/Нет
8.	Проведена психотерапия детям при СРПП в целях улучшения речевых функций.	Да/Нет
9.	Проведено диспансерное наблюдение врачом- психиатром с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием.	Да/Нет
10.	Проведено диспансерное наблюдение врачом- неврологом с целью своевременного контроля за уровнем речевого развития и психическим состоянием.	Да/Нет

Рекомендации по применению классификаций по диагностике речевых нарушений

Психолого-педагогическая классификация	Варианты пересечения двух классификаций	Характеристика речевых нарушений	Примерные формулировки логопедического заключения
Фонетическое нарушение речи (ФНР) или нарушение произношения отдельных звуков (НПОЗ).	дислалия, дизартрия (или стертая дизартрия)	При ФНР нарушены фонетическая сторона речи (звукопроизношение, звуко-слоговая структура слова, просодика) в комплексе или какие-либо отдельные компоненты фонетического строя речи (например, только звукопроизношение или звукопроизношение и звуко-слоговая структура слова).	Фонетико-фонематическое нарушение речи. Стертая псевдобульбарная дизартрия.
Фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР).	дислалия, дизартрия (или стертая дизартрия)	При ФФНР наряду с нарушением фонетической стороны речи имеется и недоразвитие фонематических процессов: фонематического восприятия (слуховой дифференциации звуков), 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 логопедического воздействия), однако отмечаются ограниченный словарный запас, нарушение грамматического строя речи.	Лексико-грамматическое недоразвитие речи. Выход из моторной алалии.
Общее недоразвитие речи (ОНР I, II и III уровня), а также невыраженное общее недоразвитие речи (НОНР).	моторная алалия, сенсорная алалия, сенсомоторная алалия, дизартрия стертая дизартрия, по типу задержки речевого развития, -при ЗПР невыясненного патогенеза.	Нарушены все компоненты языковой (речевой) системы: фонетикофонематическая сторона речи, лексика, грамматический строй.	Общее недоразвитие речи (I уровень). Моторная алалия. Общее недоразвитие речи (I уровень). Сенсорная алалия. Общее недоразвитие речи (I уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. Общее недоразвитие речи (I уровень). Моторная алалия, заикание. Общее недоразвитие речи (I уровень). Сенсомоторная алалия. Общее недоразвитие речи. Детская афазия. Общее недоразвитие речи (II уровень). Стертая псевдобульбарная дизартрия. Общее недоразвитие речи (II уровень). Моторная алалия. Общее недоразвитие речи (II уровень). Моторная алалия, заикание.

Схема клинико-психологического нейропсихологического обследования детей 4-5 лет

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

1. Праксис:
 - кинестетический праксис,
 - кинетический праксис,
 - в том числе особенности динамической организации движений, связанные с
 - межполушарным взаимодействием,
 - конструктивный праксис,
 - оральный праксис
2. Гнозис:
 - зрительно-предметный гнозис,
 - акустический гнозис.
3. Память.
 - зрительная;
 - слухоречевая память.
4. Работоспособность и внимание.
5. Речевые функции: импрессивная и экспрессивная речь.
6. 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:

- Беседа с ответами на простые вопросы: сколько тебе лет? где ты живешь? Какое сейчас время года? в какую группу детского сада ты ходишь?
- Установление латерализации функций.
- Исследование умственной работоспособности и внимания (корректирующая проба).
- Проба на реципрокную координацию при сопряженном ее выполнении.
- Простой вариант пробы на динамический праксис (2 серии по 2 движения).
- Проба на праксис позы пальцев.
- Простые пробы на оральный праксис.
- Рисунок 3 простых фигур: круг, квадрат, треугольник (копирование по образцу).
- Узнавание реальных, перечеркнутых и наложенных изображений.
- Узнавание (соединение линиями) пространственно ориентированных простых фигур (модифицированный тест Бентона).
- Понимание простых логико-грамматических конструкций.
- Воспроизведение упроченных речевых рядов (счет до 10 в прямом порядке).
- Оценка простых ритмических структур, предъявляемых в медленном темпе.
- Называние реальных изображений.
- Показ реальных изображений по слову-наименованию.
- Запоминание одной серии из 3 реальных изображений и выбор их из дистракторов.
- Запоминание серии из 7 слов.
- Запоминание серии из 2 движений и перенос программы на другую руку.
- Составление рассказа по картинке и серии предварительно разложенных картинок.
- Пересказ текста по вопросам.
- Простые пробы на исключение понятий (четвертый лишний).

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

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

Общее недоразвитие речи 1 уровня

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

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

Общее недоразвитие речи 2 уровня

Основным ярким отличием от 1 уровня становится постоянное присутствие в речи ребенка

определенного количества общеупотребительных слов, хоть пока и не очень правильно произнесенных. При этом заметны зачатки формирования грамматической связи между словами, хотя еще непостоянные.

На что обратить внимание:

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

Общее недоразвитие речи 3 уровня

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

1. Общение с окружающими в основном в присутствии родителей, которые выступают в качестве помощников-переводчиков.
2. Неустойчивое произношение звуков, которые ребенок научился произносить отдельно. В самостоятельной речи они все равно звучат пока нечетко.
3. Сложные для произнесения звуки заменяются другими. Труднее даются свистящие, шипящие, сонорные и аффрикаты. Один звук может заменять сразу несколько. Например, мягкий «с» нередко выступает в разных ролях («сянки» — санки, «сюба» — «шуба», «сяпина» — «царапина»).
4. Активный словарный запас заметно расширяется. Однако ребенку пока не известна малоупотребительная лексика. Заметно, что в своей речи он использует в основном слова бытового значения, которые часто слышит вокруг.
5. Грамматическая связь слов в предложениях, что называется, оставляет желать лучшего, но при этом ребенок уверенно подступает к построению сложносочиненных и сложноподчиненных конструкций. («Папа писёл и пйинесйа Мисе падаик, как Мися хаасе себя вей» — Папа пришел и принес Мише подарок, ТАК

как Миша хорошо себя вел. Как мы видим, сложная конструкция уже «просится с языка», однако грамматическое согласование слов пока не дается).

6. Из таких, не правильно оформленных предложений, ребенок уже может составить рассказ. Предложения будут пока еще описывать лишь конкретную последовательность действий, однако проблемы с построением фраз уже нет.
7. Характерной чертой становится непостоянство грамматических ошибок. То есть в одном случае ребенок может правильно согласовать слова между собой, а в другом — употребить неправильную форму.
8. Имеются сложности в правильном согласовании имен существительных с числительными. Например, «три кошкАМ» — три кошки, «много воробьи» — много воробьев.
9. Отставание в формировании фонематических способностей проявляются в ошибках при произнесении «трудных» слов («гинасты» — гимнасты), в наличии проблем при анализе и синтезе (ребенок затрудняется подобрать слова, начинающиеся на конкретную букву). Это, помимо прочего, задерживает готовность ребенка к успешной учебе.

Общее недоразвитие речи 4 уровня

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

Характерные признаки:

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

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?»

Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста

«The MacArthur Communicative Development Inventory» (MacArthur CDI) - данный опросник представляет собой адаптированную для русского языка версию американского опросника, предназначенного для определения уровня речевого развития детей раннего возраста (The MacArthur Communicative Development Inventory).

ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА 6 МЕСЯЦЕВ ДО 3 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО)

ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ОПРОСНИКА СОВЕТУЕМ:

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

<i>Информация о ребенке:</i>	<i>Данные заполняющего опросник:</i>
Фамилия, имя:	Фамилия, имя, отчество:
Пол:	Кем являетесь ребенку:
Дата рождения (число, месяц, год – цифрами):	Образование:
Возраст (количество полных месяцев на момент заполнения опросника):	Специальность:
Посещает ли ребенок какое-нибудь дошкольное учреждение?	Город:
Есть ли у Вашего ребенка серьезные заболевания? Какие:	Телефон:
На какой неделе беременности родился?	

Дата заполнения _____

1. СЛОВА

Укажите, если сможете, как ребенок произносит слово. Если это Вас затрудняет, просто поставьте знак ✓. Отмечайте только те слова, которые есть в самостоятельной речи ребенка, а не те, которые он повторяет за вами. (Если в одной графе даны два слова, отмечайте ее и в том случае, когда ребенок произносит только одно из них.)

1. Звукоподражания (отметьте один из 3 пунктов: а, б или в)

а) Ваш ребенок употребляет звукоподражательные слова для обозначения предметов и действий	
б) Часть звукоподражаний уже заменилась нормативными словами, например, вместо <i>биби</i> или <i>ввв</i> ребенок говорит <i>машина</i>	
в) Ребенок уже не использует звукоподражания. При положительном ответе на этот вопрос сразу переходите к пункту 2.	

Слово	Значение	✓	Слово	Значение	✓
1. а-а-а	качать; качаться		20. кукареку	о петухе	
2. ав	о собаке		21. ля-ля-ля	петь	

3. алё	о телефоне		22. ме	о козе	
4. ам-ам, ням-ням	есть		23. му	о корове	
5. бе	о баране, овечке		24. мяу	о кошке	
6. биби	о машине		25. пи-пи	о мышке, о цыпленке	
7. бл-бл	об индюке		26. прыг	прыгать	
8. брр, ввв и т.п.	о машине		27. ррр	о медведе; льве и др.	
9. бух, бах, бам	падать		28. тик-так	о часах	
10. га-га	о гусях		29. топ-топ	идти, ходить	
11. динь-динь	звенеть, о колокольчике		30. тсс	тише!	
12. жж	о насекомых		31. тук-тук	стучать; стучаться	
13. иа	об ослике		32. ту-ту, чух-чух	о поезде, паровозе	
14. иго-го, цокающий звук	о коне, лошади		33. уу	о волке	
15. кап-кап	о дожде, воде		34. фу	о горячем; о запретном	
16. кар	о вороне		35. хрр, хрю	о поросенке	
17. ква	о лягушке		36. чик	включить	
18. ко-ко	о курице		37. шш	о змее	
19. кря	об утке				

Заполняя опросник дальше, не отмечайте слово, если ребенок произносит звукоподражание (вместо собака говорит *ав*).

2. Животные (реальные или игрушечные)

1. бабочка		7. ворона		13. заяц	
2. баран		8. голубь		14. звери	
3. бегемот		9. гусь		15. змея	
4. белка		10. ёж		16. коза	
5. волк		11. жираф		17. комар	
6. воробей		12. жук		18. конь	
19. корова		28. муха		37. свинка	
20. кошка		29. мышка		38. слон	
21. крокодил		30. обезьяна		39. собака	
22. курица		31. овечка		40. сова	
23. лев		32. ослик		41. тигр	
24. лиса		33. петух		42. утка	
25. лошадь		34. поросенок		43. цыпленок	
26. лягушка		35. птичка		44. черепаха	
27. медведь		36. рыбка			

3. Транспорт

1. автобус		6. кораблик		11. самолет	
2. велосипед		7. машина		12. санки	
3. вертолет		8. паровоз		13. трактор	
4. грузовик		9. поезд			
5. коляска		10. пожарная машина			

4. Игрушки, книжки и т.п.

1. альбом		10. кубики		19. сказка	
2. ведро		11. кукла		20. фломастер	
3. грабли		12. лопатка		21. формочка	
4. игрушка		13. мозаика/пазл		22. фотографии	
5. карандаш		14. мяч		23. шарик	
6. кисточка		15. песенка		24. юла	
7. клей		16. пластилин			
8. книга		17. ручка			
9. краски		18. совок			

5. Еда

1. апельсин		17. картошка		33. мед	
2. арбуз		18. каша		34. молоко	
3. банан		19. кефир		35. морковка	
4. блины		20. киви		36. мороженое	
5. булка		21. колбаса		37. мясо	
6. варенье		22. компот		38. огурец	
7. виноград		23. конфета		39. оладьи	
8. витамины		24. котлета		40. печенье	
9. вода		25. кофе		41. пирог	
10. груша		26. кукуруза		42. помидор	
11. горох		27. курица		43. пряник	
12. грибы		28. лук		44. рис	
13. еда		29. макароны		45. рыба	
14. изюм		30. малина		46. сахар	
15. йогурт		31. мандарин		47. свекла	
16. капуста		32. масло		48. слива	
49. сметана		56. торт		63. чипсы	
50. сок		57. тыква		64. чупа-чупс	
51. соль		58. фасоль		65. шоколад	
52. сосиска		59. фрукт		66. яблоко	
53. суп		60. хлеб		67. ягода	
54. сыр		61. чай		68. яйцо	
55. творог		62. черника			

6. Одежда и обувь

1. босоножки		12. майка		23. свитер	
2. ботинки		13. носки		24. тапки	
3. брюки		14. обувь		25. трусы	
4. бусы		15. одежда		26. туфли	
5. валенки		16. пальто		27. шапка	
6. варежки/рукавицы		17. перчатки		28. шарф	
7. колготки		18. пижама		29. шорты	
8. комбинезон		19. платье		30. штаны	
9. кофта		20. пуговица			
10. кроссовки		21. рубашка			
11. куртка		22. сапоги			

7. Части тела

1. брови		10. лицо		19. рот	
2. волосы		11. лоб		20. рука	
3. глазки		12. нога		21. спина	
4. голова		13. ногти		22. ушки	
5. губы		14. нос		23. шея	
6. живот		15. палец		24. щека	
7. зубы		16. плечи		25. язык	
8. колено		17. пупок			
9. ладонь		18. ресницы			

8. Дома: утварь, бытовые предметы, техника

1. банка		13. компьютер		25. мыло	
2. бумага		14. корзина		26. нож	
3. бутылочка		15. коробка		27. ножницы	
4. веник		16. кошелек		28. одеяло	
5. вилка		17. кружка		29. платок	
6. гвоздь		18. лампа		30. плита	
7. горшок		19. лекарство		31. подушка	
8. деньги		20. ложка		32. полотенце	
9. картинка		21. магнитофон		33. посуда	
10. кастрюля		22. молоток		34. пылесос	
11. ключи		23. монетка		35. радио	
12. коляска		24. мусор		36. расческа	
37. свет		44. таз		51. холодильник	
38. совок (для мусора)		45. тарелка		52. чайник	
39. соска		46. телевизор		53. часы	
40. стакан		47. телефон		54. чашка	
41. стиральная машина		48. тряпка		55. шампунь	
42. сумка		49. утюг		56. швабра	

43. таблетка		50. фотоаппарат			
--------------	--	-----------------	--	--	--

9. Квартира, мебель

1. балкон		10. кран		19. печка	
2. ванна		11. кресло		20. пол	
3. дверь		12. кровать		21. стол	
4. диван		13. кухня		22. стул	
5. душ		14. лестница		23. ступеньки	
6. зеркало		15. лифт		24. туалет	
7. ковер		16. манеж		25. шкаф	
8. комната		17. мебель			
9. коридор		18. окно			

10. На улице, в парке, на даче

1. береза		12. куст		23. снеговик	
2. ветер		13. лед		24. солнце	
3. грязь		14. лужа		25. сосна	
4. дерево		15. луна		26. сосулька	
5. дождь		16. мороз		27. трава	
6. дорога		17. небо		28. цветы	
7. дрова		18. палка		29. облако	
8. елка		19. парник			
9. звезда		20. песок			
10. камень		21. скамейка			
11. колодец		22. снег			

11. Места, где бывает ребенок

1. баня		10. детский сад		19. площадка (детская)	
2. бассейн		11. дом		20. работа	
3. гараж		12. зоопарк		21. река	
4. горка		13. качели		22. сад, садик	
5. город		14. лес		23. улица	
6. гости		15. магазин		24. церковь	
7. группа		16. озеро			
8. дача		17. парк			
9. двор		18. песочница			

12. Люди

1. мама		12. мальчик		23. имя ребенка	
2. папа		13. малыш		24. имя мамы	
3. бабушка		14. ребенок		25. имя папы	
4. дедушка		15. дети		26. имя брата	
5. брат		16. гость		27. имя сестры	
6. сестра		17. друг		28. имя воспитательницы/няни	
7. дочка		18. подруга		29. имена знакомых детей	

8. сын		19. дядя		30. клички домашних животных	
9. воспитательница		20. тетя		31. люди	
10. няня		21. доктор		32. человек	
11. девочка		22. клоун			

13. Распорядок дня ребенка, этикетные и игровые слова

1. пока		8. пожалуйста		15. давай пойдём	
2. до свидания		9. нельзя		16. пусть/ пускай	
3. доброе утро		10. можно		17. завтрак	
4. здравствуй/те		11. не буду		18. обед	
5. привет		12. не хочу		19. полдник	
6. спокойной ночи		13. да		20. ужин	
7. спасибо		14. нет		21. Кто там?	

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

14. Действия

1. бегать, бежать		15. достать		29. катать, кататься	
2. бояться		16. дуть		30. качать, качаться	
3. брать		17. есть		31. кидать	
4. бросать		18. ездить, ехать		32. класть	
5. варить		19. ждать		33. копать	
6. взять		20. закрыть		34. кормить	
7. видеть		21. залезть		35. красить	
8. включить		22. звать		36. кричать	
9. вставать		23. звонить		37. купать, купаться	
10. вытирать		24. играть		38. кусать, кусаться	
11. говорить		25. идти, пойти		39. кушать	
12. гулять		26. искать		40. лежать	
13. дать		27. какать		41. лезть	
14. делать		28. капать		42. летать, лететь	
43. лизать		63. поймать		83. ставить	
44. ломать		64. показать		84. стирать	
45. любить		65. покупать		85. стоять	
46. мазать		66. положить		86. стричь	
47. мыть, мыться		67. ползать		87. строить	
48. назвать, называться		68. помнить		88. стучать, стучаться	
49. нести		69. помогать		89. танцевать	
50. нравиться		70. причесать, причесаться		90. тащить	
51. облить		71. прыгать		91. толкать	
52. обнимать		72. прятать,		92. улыбаться	

		прятаться			
53. одевать		73. работать		93. устать	
54. открыть		74. резать		94. хватать	
55. падать		75. рисовать		95. хлопать	
56. петь		76. сидеть		96. хотеть	
57. писать		77. слушать, слышать		97. ходить	
58. писать		78. смеяться		98. целовать	
59. пить		79. смотреть		99. чистить	
60. плавать, плыть		80. снимать		100. читать	
61. плакать		81. собирать		101. чихать	
62. подметать		82. спать		102. щекотать	

15. Признаки

Какой?		18. красивый		36. сухой	
1. больной		19. маленький		37. теплый	
2. большой		20. медленный		38. тихий	
3. быстрый		21. мокрый		39. толстый	
4. веселый		22. мягкий		40. тяжелый	
5. вкусный		23. настоящий		41. умный	
6. высокий		24. непослушный		42. холодный	
7. голодный		25. новый		43. хороший	
8. голый		26. плохой		44. чистый	
9. горький		27. полный		45. белый	
10. горячий		28. похожий		46. желтый	
11. громкий		29. пустой		47. зеленый	
12. грязный		30. сильный		48. коричневый	
13. длинный		31. сладкий		49. красный	
14. добрый		32. сломанный		50. оранжевый	
15. игрушечный		33. соленый		51. синий	
16. кислый		34. старый		52. черный	
17. короткий		35. страшный			

Как?		63. красиво		74. темно	
53. больно		64. мокро		75. тепло	
54. быстро		65. мягко		76. тихо/тише	
55. весело		66. никак		77. тяжело	
56. вкусно		67. опять		78. холодно	
57. вместе		68. осторожно		79. хорошо	
58. горько		69. плохо		80. чисто	
59. горячо		70. сильно			
60. громко		71. сладко			
61. грязно		72. совсем			

62. кисло		73. сухо			
-----------	--	----------	--	--	--

16. Время

1. вечер		7. ночью		13. сейчас	
2. день		8. утром		14. поздно	
3. ночь		9. вчера		15. рано	
4. утро		10. сегодня		16. скоро	
5. вечером		11. завтра			
6. днем		12. потом			

17. Местоимения

Кто? Что?		Кого? Чего?		Кому? Чему?		Чей?			
1. я		8. меня		15. мне		22. мой, моя		29. такой/ такой же	
2. ты		9. тебя		16. тебе		23. твой		30. тот/ та/ те	
3. мы		10. нас		17. нам		24. наш		31. это, этот, эти	
4. вы		11. вас		18. вам		25. ваш		32. сам/ сама	
5. он		12. его		19. ему		26. его			
6. она		13. ее		20. ей		27. ее			
7. они		14. их		21. им		28. их			

18. Вопросы

1. где?		5. когда?		9. сколько?	
2. зачем?		6. кто?		10. чей?	
3. как?		7. куда?		11. что?	
4. какой?		8. почему?			

19. Местонахождение

1. в (напр., в магазин, в доме)		8. вверх/верху/		15. назад	
2. за (напр., за папой)		9. наверх/наверху		16. низко	
3. из (напр., из чашки)		10. вниз/внизу		17. отсюда	
4. к (напр., к маме)		11. вон		18. оттуда	
5. на (напр., на столе)		12. вот		19. рядом	
6. перед (напр., перед домом)		13. вперед/вперед		20. сюда	
7. по (напр., по столу)		14. высоко		21. там	
22. под (напр., под стулом)		25. далеко		28. туда	
23. у (напр., у Ани)		26. домой		29. тут	
24. близко/ближе		27. здесь			

20. Количество

1. все		6. много		11. один	
2. всё (в знач. <i>нет кончилось</i>)		7. несколько		12. два	
3. еще		8. нет		13. три	
4. другой		9. хватит		14. четыре	
5. мало		10. чуть-чуть		15. пять	

21. Союзы (Использует ли уже Ваш ребенок выделенные слова?)

1. а (Куплю бабушке цветы, а маме колготки.)	
2. где (Положи, где она лежала.)	
3. если (Если нарисовать так, то будет кузнечик.)	
4. и (Медведь придет и съест Машу.)	
5. или (Мама дай тигра или зайца.)	
6. как (Красный, как солнышко.)	
7. какой (Мама, смотри, какие деревья красивые.)	
8. когда (Когда будет теплее, тогда наденем.)	
9. который (Дай шоколадку, которую Валя давала.)	
10. но (Надо идти, но на улице дождик.)	
11. потому что (Я плакал, потому что мама ушла)	
12. тоже (У меня тоже есть кроссовки.)	
13. что (Я вижу, что солнышко спряталось.)	
14. а то (Дайте конфетку, а то плакать буду)	
15. чтобы (Леечку возьму, чтобы цветочки поливать)	

Как ребенок использует слова?

	Еще нет	Иногда	Часто
1. Говорит ли Ваш ребенок об уже прошедших событиях, предметах и людях?			
2. Были ли случаи, когда ребенок говорил о событиях, которые должны случиться в ближайшем будущем, например, говорил <i>ту-ту</i> или <i>би-би</i> перед тем, как вы отправитесь в поездку?			
3. Говорит ли Ваш ребенок об объектах, отсутствующих в данный момент в поле зрения (о любимой игрушке, домашнем животном).			
4. Называет ли ребенок обладателя вещи в его отсутствие, когда видит эту вещь? (Например, ребенок видит мамины туфли и говорит <i>мама</i> .)			

II. ГРАММАТИКА

1. Предложения из двух или более слов

	Еще нет	Иногда	Часто
Начал ли уже Ваш ребенок строить из слов предложения, например: <i>Дай мячик, Папа бай-бай</i> или <i>Папа спит; Киса там?</i>			

2. Умеет ли уже ваш ребенок отвечать на вопросы?

Как, скорее всего, ответит на вопрос Ваш малыш?

1. Где книжка?		6. Чем ты ешь?	
Вот.		Ложка.	
Вот книжка, (на) столе.		Ложкой.	
2. Кого мы встречать пойдём?		7. Что там дядя делает?	
Баба.		Читать.	
Бабу.		Читает.	
3. От чего эта крышка?		8. Что с тобой случилось?	
Чайник.		Бах.	
(От) чайника.		Упал(а).	
4. Кому мы эту конфетку дадим?		9. Почему ты плачешь?	
Мишка.		Бобо.	
Мишке.		Ударил ногу.	
5. На чем папа приехал?		10. Чей это портфель?	
Поезд. (Ту-ту).		Мама.	
(На) поезде.		Мамин.	

3. Три самых длинных предложения

1.
2.
3.

4. Как, скорее всего, скажет Ваш ребенок?

1. А. Нет мама.		11. А. Баба сумка.	
Б. Нет мамы		Б. Бабина (бабушкина) сумка.	
2. А. Папа бай-бай.		12. А. Мама хлеб.	
Б. Папа спит.		Б. Мама пошла за хлебом.	
3. А. Ам-ам нет!		13. А. Мама суп.	
Б. Не буду есть!		Б. Мама варит суп.	
4. А. Пальчик бо-бо!		14. А. Стучать молоток.	
Б. У меня пальчик болит.		Б. Буду стучать молотком.	
5. А. Ляля бах.		15. А. Нет работа!	
Б. Кукла упала.		Б. Не уходи на работу!	

6. А. Кукла кроватка.		16. (О себе) А. Аня спать.	
Б. Куклу надо положить в кроватку.		Б. Аня спит.	
7. А. Дай ам-ам.		В. Я сплю.	
Б. Дай мне кушать.		Г. Ты спишь.	
8. А. Кофту снять.		17. А. Молоко кисе!	
Б. Кофту сними.		Б. Надо дать молоко кисе!	
9. А. Папа би-би!		18. А. Папа книжка читать.	
Б. Папина машина!		Б. Папа книжку читает	
10. А. Строить дом.		19. А. Мама дает.	
Б. Хочу (будем) строить дом.		Б. Мама дает Пете мячик.	

5. Употребляет ли Ваш ребенок предложения, включающие вводные слова?

		Примеры предложений
1. Наверно		
2. Конечно		
3. По-моему		

РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ИЗМЕНЯТЬ СЛОВА

6. Существительные и глаголы

		Примеры из речи Вашего ребенка
1 Употребляет ли Ваш ребенок существительные в разных падежах, например: Дам маме , Дай книжку , Нет кроватки , Пойду (с) папой ?		
2 Употребляет ли существительные во множественном числе, например: мячики , собачки , кубики ?		
3 Употребляет ли глаголы в форме настоящего времени: гуляет , стоят , говорит ?		
4 Употребляет ли формы прошедшего времени: гуляла , пошла ?		
5 Употребляет ли формы будущего времени (простого или сложного): нарисую , скажет , буду рисовать , буду говорить ?		
6 Употребляет ли, говоря о себе, глаголы в 1 лице: рисую , смотрю ?		
7 Употребляет ли, говоря о собеседнике, глаголы во 2 лице: рисуешь , смотришь ?		

Одним из проявлений нормального языкового развития ребенка является самостоятельное конструирование им форм, не существующих в языке взрослых. Среди приведенных ниже рядов форм отметьте те, которые слышите в речи своего ребенка в настоящее время. Разумеется, ребенок может аналогичным образом изменять и другие глаголы – впишите, если сможете, подобные формы в свободные клетки таблицы.

7. Детские грамматические формы (глаголы)

1. Искай, искает (вместо <i>ищи, ищет</i>)		10. нажмать, нажмал (вместо <i>нажать, нажал</i>)	
2. плакай, плакает (вместо <i>плачь, плачет</i>)		11. нажмишь, нажмил (вместо <i>нажать, нажал</i>)	
3. встает (вместо <i>встает</i>)		12. рисуй, рисул (вместо <i>рисовать, рисовал</i>)	
4. дает (вместо <i>дает</i>)		13. даду, дадешь или дадишь, дадит (вместо <i>дам, дашь, даст</i>)	
5. рисуй, рисует (вместо <i>рисуй, рисует</i>)		14. вижу или виду (вместо <i>вижу</i>)	
6. целуй, целует (вместо <i>целуй, целует</i>)		15. люблю или любу (вместо <i>люблю</i>)	
7. возьми, взял (вместо <i>взять, взял</i>)		16. чистю (вместо <i>чищу</i>)	
8. ищи, ищил (вместо <i>искать, искал</i>)		17. возьму, возьмешь или возьму, возьмешь (вместо <i>возьму, возьмешь</i>)	
9. сниму, снимил (вместо <i>снять, снял</i>)		18. не смеись (вместо <i>не смейся</i>)	

8. Детские грамматические формы (существительные)

1. водѹ (вместо <i>воду</i>)		11. ушов (вместо <i>ушей</i>)	
2. головѹ (вместо <i>голову</i>)		12. в тапочков (вместо <i>в тапочках</i>)	
3. дѹмы (вместо <i>дома</i>)		13. помазала мазем (вместо <i>мазью</i>)	
4. кусоки, кусока, кусоку и т.п. (вместо <i>куски, куски, куску</i>)		14. ножница (вместо <i>ножницы</i>)	
5. рота (вместо <i>рта</i>)		15. ребенки (вместо <i>дети</i>)	
6. вилком (вместо <i>вилкой</i>)		16. котенки (вместо <i>котят</i>)	
7. испечем пирожка (вместо <i>пирожок</i>)		17. человеки (вместо <i>люди</i>)	
8. другая ведѹрка (вместо <i>другое ведѹрко</i>)		18. одна носочка (вместо <i>один носочек</i>)	
9. стулы (вместо <i>стулья</i>)		19. кроватя (вместо <i>кровать</i>)	
10. уши (вместо <i>уши</i>)		20. в пальте (вместо <i>в пальто</i>)	

9. Слова, самостоятельно сконструированные детьми

	Примеры из речи Вашего ребенка
<p>Дети в возрасте "от двух до пяти" нередко придумывают новые слова, например: братикина книжка, грибик (маленький гриб), колокольчить (звонить в колокольчик), бананная (банановая) кожура и т.п.</p> <p>Есть ли подобные образования у Вашего ребенка?</p>	

Запишите, пожалуйста, несколько примеров.	
---	--

10. Использование предметов понарошку

1. Переливает воображаемую жидкость из одной емкости в другую.	
--	--

2. Понарошку мешает что-то в кастрюле или чашке.	
--	--

3. Во время игры Ваш ребенок иногда использует один предмет вместо другого. Например, он может понарошку кормить игрушечного мишку кубиком вместо яблока или использовать карандаш вместо градусника. Опишите несколько таких ситуаций:	
---	--

Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p.
2. 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)
3. Leonard. L. B. Children with Specific Language Impairment. Second Edition. MIT Press. 2014. 480p. [Google scholar]
4. Newbury D.F., Monaco A.P. Genetic advances in the study of speech and language disorders // *Neuron*. - 2010. - Vol.68, N2. - P.309-320.
5. Duvelleroy-Hommet C. et al., Sleep EEG and developmental dysphasia: lack of a consistent relationship with paroxysmal EEG activity during sleep. *Neuropediatrics*. 1995; 26(1):14 (Laasonen M. Et al., 2018)
6. Justice L.M., Skibbe L.E., McGinty A.S., Piasta Sh.B., Petrill S. Feasibility, Efficacy, and Social Validity of Home-Based Storybook Reading Intervention for Children With Language Impairment. // *Speech, Language, and Hearing Research*. 2011. V.54. N2. P.523-538. doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0151).
7. Kasper J., Kreis J., Scheibler F., Moller D., Skipka G., Lange S., von dem Knesebeck OI. Population-Based Screening of Children for Specific Speech and Language Impairment in Germany: A Systematic Review // *Folia Phoniatica et Logopeadica*/2011; 63:247-263. DOI: 10.1159/000321000
8. Reisinger LM, Cornish KM, Fombonne E: Diagnostic differentiation of autism spectrum disorders and pragmatic language impairment. *Autism and Developmental Disorders*. 2011. V.41. P. 1694-1704.
9. Laasonen M. et al. Understanding developmental language disorder - the Helsinki longitudinal SLI study (HelSLI): a study protocol. // *BioMedCentral Psychology*. 2018. v.6. article.24. doi.org/10.1186/s40359-018-0222-7.
10. Giammarco N. MacArthur-Bates Communicative Developmental Inventories (CDI): A Research Synthesis Evaluating Children at 2-36 months. - 2020.