

Задержка речевого развития у детей: введение в терминологию

М.Ю. Бобылова¹, Т.Е. Браудо^{1, 2}, М.В. Казакова³, И.В. Винярская⁴

¹ООО «Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки»;

Россия, 143397 Москва, пос. Первомайское, дер. Пучково, ул. Светлая, 6;

²ФГБУ «Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха)» Минздрава России;

Россия, 142190 Москва, Троицк, ул. Нагибина, 4, стр. 1;

³ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; Россия, 115522 Москва, Каширское шоссе, 34;

⁴ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России;

Россия, 119991 Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1

Контакты: Мария Юрьевна Бобылова maria_bobylova@mail.ru

В настоящее время увеличилось число детей с диагнозом задержки речевого развития. С возрастом задержка компенсируется, но легкая недостаточность часто остается на всю жизнь. Задержка в развитии речи чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. В большинстве случаев ее этиология неизвестна, поэтому для точной диагностики необходимо динамическое наблюдение ребенка. Нередко на развитие речи влияют наследственная предрасположенность или средовые факторы. Течение задержек различно. При ряде расстройств (дезинтегративное расстройство детского возраста, синдром Ландау–Клеффнера) в анамнезе есть указания на нормальное развитие речи до определенного возраста, а затем развитие речи приостанавливается или даже регрессирует. Для сравнения: при аутизме речевое развитие, как правило, изменено еще на доречевом этапе (не формируется комплекс оживления, гуление бедное, малоэмоциональное, «птичий» язык, в то же время ребенок произносит целые фразы, при этом не используя их для общения). Такие расстройства речи определяют не как задержку, а как отклонение в развитии. Диагностировать нарушения речи у детей надо как можно раньше, чтобы вовремя начать коррекционные мероприятия. При этом диагностику проводит врач, а коррекционную работу — специальный педагог. От успешного сотрудничества и взаимопонимания специалистов этих направлений зависит качество жизни ребенка в будущем. Данная статья посвящена терминологии и классификации задержек речи, необходимых, чтобы врачи и педагоги правильно понимали друг друга.

Ключевые слова: задержка речевого развития, моторная алалия, сенсорная алалия, афазия

DOI: 10.17650/2073-8803-2017-12-1-56-62

DELAYED SPEECH DEVELOPMENT IN CHILDREN: INTRODUCTION TO TERMINOLOGY

M. Yu. Bobylova¹, T. E. Braudo^{1, 2}, M. V. Kazakova³, I. V. Vinyarskaya⁴

¹Svt. Luka's Institute of Child Neurology and Epilepsy;

6 Svetlaya St., Puchkovo Village, Pervomayskoe Settlement, Moscow 143397, Russia;

²Rehabilitation Center (for Children with Hearing Impairment), Ministry of Health of Russia;

Build. 1, 4 Nagibina St., Troitsk, Moscow 142190, Russia;

³Mental Health Research Center; 34 Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia;

⁴Children's Health Research Center, Ministry of Health of Russia;

Build. 1, 2 Lomonosovskiy Prospekt, Moscow 119991, Russia

There has been recently an increase in the number of children diagnosed with delayed speech development. There is delay compensation with age, but mild deficiency often remains for life. Delayed speech development is more common in boys than in girls. Its etiology is unknown in most cases, so a child should be followed up to make an accurate diagnosis. Genetic predisposition or environmental factors frequently influence speech development. The course of its delays is various. In the history of a number of disorders (childhood disintegrative disorder, Landau–Kleffner syndrome), there is evidence for the normal development of speech to a certain period and then stops or even regresses. By way of comparison, there are generally speech developmental changes in autism even during the pre-verbal stage (a complex of revival fails to form; babbling is poor, low emotional, gibberish; at the same time, the baby recites whole phrases without using them to communicate). These speech disorders are considered not only as a delay, but also as a developmental abnormality. Speech disorders in children should be diagnosed as early as possible in order to initiate corrective measures in time. In this case, a physician makes a diagnosis and a special education teacher does corrective work. The successful collaboration and mutual understanding of the specialists in these areas will determine quality of life for a child in the future. This paper focusses on the terminology and classification of delays, which are necessary for physicians and teachers to speak the same language.

Key words: delayed speech development, motor alalia, sensory alalia, aphasia

В настоящее время заметно увеличивается число детей, в анамнезе у которых имеется диагноз задержки речевого развития. Как правило, в структуру онтогенеза таких детей добавляется нарушение моторного, а иногда и психомоторного развития. Исторически термин «задержка» применяли для выделения особой группы детей при оценке их готовности к школьному обучению. Однако сегодня он все чаще употребляется для описания состояния высших психических функций у детей с различного рода органической, генетической и психологической патологиями развития [5].

Целью данной статьи является систематизация накопленного медицинского и педагогического опыта осмысления структуры вышеуказанной проблемы.

Сама идиома «задержка речевого развития», на наш взгляд, не может быть диагнозом, а является фактом констатации необходимости медицинского и педагогического вмешательства в развитие ребенка.

В большинстве случаев выраженная задержка речевого развития сопровождается нарушением зрительно-пространственных навыков и/или двигательной неловкостью. Характерно улучшение речевого развития по мере взросления ребенка, однако легкая недостаточность развития часто остается на всю жизнь. Задержка в речевом развитии в несколько раз чаще отмечается у мальчиков, чем у девочек. При задержке развития характерна наследственная отягощенность подобными или родственными расстройствами, что предполагает важную роль генетических факторов в этиологии многих (но не всех) случаев. Средовые факторы часто вызывают задержку развития, но чаще всего они не имеют первостепенного значения. В большинстве случаев этиология задержки развития неизвестна, поэтому без постоянного динамического наблюдения невозможно прогнозировать возможности дальнейшего развития.

Выделяют 2 типа задержки развития (что не полностью отвечает широкому концептуальному определению, приведенному выше, но позволяет облегчить их систематизацию). Во-первых, это расстройства, при которых была несомненная фаза предшествующего нормального развития, такие как дезинтегративное расстройство детского возраста, синдром Ландау–Клеффнера, некоторые случаи аутизма. Эти состояния отнесены к 1-му типу потому, что хотя их начало различно, но характерные особенности и течение во многом сходны с группой нарушений речевого развития; кроме того, они могут иметь сходную этиологию. Во-вторых, существуют расстройства, прежде всего определяемые как отклонения, а не задержка в развитии функций; это особенно применимо к аутизму. Хотя аутистические расстройства и определены как отклонения, задержка развития некоторой степени при них обнаруживается почти постоянно, поэтому развитие речи при аутизме — особая тема, на которой мы не будем останавливаться подробно в данной статье.

Суммарная распространенность задержки психического развития в общей структуре психических заболеваний у детей составляет 8–10 % [7]. Задержка речевого развития — это один из видов задержки психоречевого развития. В настоящее время наблюдается рост распространенности задержки речевого развития, но точных статистических данных, позволяющих оценить ее, нет.

Когда мы говорим о «нормальном течении развития», необходимо уточнять, был ли сформирован этап, когда речевая функция ребенка несла социальную нагрузку. Если ребенок просто повторял отдельные слоги или даже словосочетания и предложения, но не наполнял их социальным смыслом: обращался в пустоту, не использовал относительно какой-то конкретной жизненной ситуации, мы не можем говорить о задержке речевого развития. Скорее, можно констатировать девиантный путь формирования высших психических функций, так как основная функция речи — знаковая поддержка мыслительных процессов и их социальная реализация.

Принято подразделять задержку психоречевого развития на первичную и вторичную. Первичная задержка формируется при структурных повреждениях головного мозга или нарушении его функции в силу различных причин. Вторичная задержка возникает на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях (порок сердца и проч.), сопровождающихся церебральной недостаточностью [10]. Как правило, такая задержка носит системный характер и отличается алгоритмом: «норма минус 1, в редких случаях минус 2 эпикризных срока», тогда как для первичной задержки свойственно неравномерное развитие.

Также существуют термины общее и системное недоразвитие речи. Общее недоразвитие речи — задержка речевого развития у ребенка с нормальным интеллектом. Системное недоразвитие речи — нарушение речи на фоне недоразвития других высших психических функций.

В первые годы жизни в силу незрелости нервной системы у детей чаще наблюдаются особенности созревания двигательных и психоречевых функций. Поэтому обычно в раннем детстве можно говорить об общей задержке психомоторного развития с большей выраженностью отставания психоэмоциональной или психоречевой сферы [1].

У детей старше 3 лет клиническая картина становится более очевидной. Главными клиническими признаками задержки психического развития (по М.Ш. Вроно) являются: запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения); эмоциональная незрелость; неравномерность развития отдельных психических функций; функциональный, обратимый характер нарушений.

Если интеллектуальная недостаточность в дошкольном возрасте маскируется речевыми расстройствами, то в школьном возрасте она проявляется отчетливо и выражается в бедном запасе сведений об окружающем мире, медленном формировании понятий о форме и величине предметов, трудностях счета, пересказа прочитанного, в непонимании скрытого смысла простых рассказов. У таких детей преобладает конкретно-образный тип мышления. Психические процессы инертны. Выражены истощаемость и пресыщаемость. Поведение незрелое. Уровень наглядно-образного мышления довольно высок, а абстрактно-логического, неразрывно связанного с внутренней речью, оказывается недостаточным [8].

В.В. Ковалев в отдельную форму выделяет интеллектуальную недостаточность, возникшую в результате дефекта анализаторов и органов чувств (в случае отсутствия адекватного и своевременного коррекционного вмешательства) при детском церебральном параличе и синдроме раннего детского аутизма.

Рассмотрим вышеуказанную проблему в ракурсе действующей классификации [9].

F80. Специфические расстройства развития речи и языка

Нарушения речевого развития характеризуются недоразвитием вербального интеллекта по сравнению с другими когнитивными функциями.

Задержка речевого развития формируется у неврологически здорового ребенка с нормальным перинатальным анамнезом. У него отсутствуют поражения слуха или зрения. Он воспитывается в нормальной среде. Ребенок может быть способен общаться или понимать в определенных, хорошо известных ситуациях, но речь нарушена.

Как и при других нарушениях развития, первая трудность в диагностике заключается в дифференциации от нормальных вариантов развития. Норма развития и темп прочного усвоения речевых навыков — очень широкое понятие, возраст первого может варьировать от 1 года до 3 лет. Такие вариации во времени приобретения речевых навыков имеют незначительное или неклиническое значение, так как большинство «поздно говорящих» продолжают развиваться совершенно нормально. В отличие от них дети со специфическими нарушениями развития речи и языка, хотя и достигают удовлетворительного развития речи, но и во взрослом возрасте сохраняют черты своеобразия личности: задержка развития речи часто сопровождается трудностями в чтении и письме, нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Поэтому ранняя и тщательная диагностика специфических нарушений развития речи очень важна. При диагностике задержки

развития речи придерживаются следующих критериев: тяжесть, течение, тип и сопутствующие проблемы.

Задержка речи считается патологической, когда выявляется отставание на 2 стандартных отклонения. Обычно при такой степени задержки имеются сопутствующие проблемы. Однако чем старше ребенок, тем степень задержки меньше, так как, к счастью, речь улучшается при естественном развитии человека.

При патологической задержке речи полезно учитывать критерий «течение». Если текущий уровень нарушения относительно легкий, но в анамнезе имеется тяжелая степень нарушения, то более вероятно, что текущее развитие представляет собой последствие серьезного расстройства, а не вариант нормы.

Необходимо обращать внимание на тип речевого функционирования. Речь может быть просто задержанной, как у ребенка более младшего возраста, а может быть патологически задержанной, если качественно отличается от нормальной. Например, содержит эхолалии, персеверации или штампы. Более того, если задержка в некоторых специфических аспектах развития речи сопровождается недостаточностью школьных навыков (специфическое отставание в чтении и письме), нарушениями в межперсональных взаимоотношениях и/или эмоциональными или поведенческими расстройствами, то маловероятно, что это вариант нормы.

Вторая трудность диагностики — отличить задержку речевого развития от умственной отсталости или задержки развития в контексте психических расстройств. При умственной отсталости речь нарушена в равной степени с другими психическими функциями. А при специфическом нарушении развития речь и интеллект могут быть развиты в достаточной мере, но на первый план выступают нарушения поведения и коммуникации.

Таким образом, при общей или специфической задержке психического развития нельзя диагностировать задержку речевого развития F80. Должен выставляться соответствующий диагноз умственной отсталости (F70–F79).

Из диагнозов, укладываемых в F80–F89, должны быть исключены состояния речи, характерные для детей с нарушением слуха, так как закономерность их речевого развития носит специфический характер.

Тем не менее строго определенное разграничение диагнозов, особенно в раннем возрасте, провести невозможно. Сходный принцип применяется относительно неврологической патологии и анатомических дефектов. Так, патология артикуляции, обусловленная расщелиной неба, или дизартрия вследствие церебрального паралича должны быть исключены из этого раздела. С другой стороны, наличие легкой неврологической симптоматики не является основанием для исключения.

F80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции

Нарушение тонуса речедвигательных мышц называется *дизартрией* и характеризуется наличием артикуляционных расстройств. В зависимости от вида преобладающего мышечного тонуса выделяют дизартрию спастическую, гиперкинетическую, гипотоническую и атактическую. Все перечисленные виды дизартрий входят в симптомокомплекс бульбарного или псевдобульбарного синдрома. При дизартрии ребенок использует в речи недостаточное для своего возраста количество звуков, но уровень речевого развития (навыков) соответствует возрасту. Возраст приобретения ребенком речевых звуков и порядок, в котором они развиваются, подвержены значительным индивидуальным колебаниям.

В норме в возрасте 4 лет ошибки в произнесении звуков речи являются общими, но речь ребенка понятна незнакомым людям. Большинство речевых звуков приобретает к возрасту 6–7 лет. Хотя могут оставаться трудности в определенных звуковых комбинациях, они не ведут к проблемам в общении. К возрасту 11–12 лет почти все речевые звуки должны быть приобретены.

При патологическом развитии приобретение ребенком звуков речи задержано и/или отклоняется, при этом возникают сложности при общении с людьми из-за того, что они не понимают речь ребенка. Отмечаются пропуски, искажения или замены речевых звуков; нарушено произношение звуков в зависимости от их сочетания (т. е. в некоторых словах ребенок может произносить фонемы правильно, а в других – нет).

Диагноз может быть поставлен только тогда, когда тяжесть нарушения артикуляции находится за пределами границ нормальных вариаций, соответствующих умственному возрасту ребенка, невербальный интеллектуальный уровень в пределах нормы, навыки экспрессивной и рецептивной речи в пределах нормы, патология артикуляции не может быть объяснена сенсорной, анатомической или невротической аномалией, неправильное произношение является несомненно аномальным, исходя из особенностей употребления речи в субкультуральных условиях, в которых находится ребенок.

F80.1. Расстройство экспрессивной речи

Нарушение речевого развития в результате несформированности функции речи в коре большого мозга называется *алалией*. Моторная алалия – отсутствие активной речи у человека с развитым пассивным словарным запасом и ненарушенным объемом понимаемой речи. Сенсорная алалия – неспособность воспринимать и понимать обращенную речь. Тотальная (сенсомоторная) алалия – нарушение восприятия и воспроизведения речи. Тотальная

алалия характерна, например, для дисгенезий мозга. При всех видах алалии тонус мышц языка, глотки, гортани и мимических мышц, как правило, не нарушен.

Как уже говорилось выше, нормальное речевое развитие имеет широкие границы становления речи как высшей психической функции. Однако отсутствие отдельных слов или близких к ним речевых образований к 2 годам, либо простых выражений или фраз из 2 слов к 3 годам должно быть расценено как значительный признак задержки. Поздние нарушения включают: бедность словарного запаса, чрезмерное использование небольшого набора речевых штампов; трудности в подборе подходящих слов и синонимов; сокращенное произношение; незрелую структуру предложений; синтаксические ошибки, особенно пропуски словесных окончаний или приставок; неправильное использование или отсутствие грамматических признаков, таких как предлоги, местоимения, и спряжений глаголов или склонений имен существительных. Могут наблюдаться чрезмерно обобщенное употребление правил, а также отсутствие плавности предложений и трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого. Часто недостаточность разговорной речи сопровождается задержкой или нарушением словесно-звукового произношения.

Диагноз устанавливается, когда тяжесть задержки в развитии экспрессивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка (хотя часто она может быть немного ниже среднего уровня). Использование невербальных реплик (таких как улыбки и жесты) и «внутренней» речи, отраженной в воображении или ролевой игре, относительно интактно; способность к социальному общению без слов не повреждена. Ребенок будет стремиться к общению, несмотря на речевое нарушение, и к компенсированию недостатка речи жестами, мимикой или неречевыми вокализациями. Однако нередко встречаются сопутствующие нарушения во взаимоотношениях со сверстниками, эмоциональные нарушения, поведенческие расстройства и/или повышенная активность и невнимательность. Реже регистрируется парциальная (часто избирательная) потеря слуха, но она не должна быть столь значительной степени, чтобы вести к задержке речи. Депривация и воспитание в асоциальных условиях (дети-маугли) также играют важную или способствующую роль в генезе нарушенного развития экспрессивной речи. В этом случае средовой причинный фактор следует указывать в диагнозе. Нарушение разговорной речи становится очевидным с младенчества, однако нередко встречается явно нормальное вначале использование нескольких отдельных слов, сопровождаемое речевым регрессом или отсутствием прогресса.

F80.2. Расстройство рецептивной речи (сенсорная алалия)

Сенсорная алалия — специфическое нарушение развития, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, экспрессивная речь также заметно нарушена, нередко является дефект словесно-звукового произношения.

Диагностические критерии:

- неспособность реагировать на знакомые названия (в отсутствие невербальных реплик) с 1-го дня рождения;
- неспособность идентифицировать по крайней мере несколько обычных предметов к 18 мес;
- неспособность следовать простым инструкциям в возрасте 2 года.

Поздние нарушения включают: неспособность к пониманию грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т. д.), непонимание более тонких аспектов речи (тон голоса, жесты и т. д.). Диагноз может быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии рецептивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка и когда нет критериев общего расстройства развития. Почти во всех случаях развитие экспрессивной речи также серьезно задержано, и часто встречаются нарушения словесно-звукового произношения. Из всех вариантов специфических нарушений развития речи при данном варианте отмечается наиболее высокий уровень сопутствующих социо-эмоционально-поведенческих расстройств. Эти расстройства не имеют каких-либо специфических проявлений, но гиперактивность и невнимательность, социальная неприспособленность и изоляция от сверстников, тревога, чувствительность или чрезмерная застенчивость встречаются достаточно часто. У детей с более тяжелыми формами нарушения рецептивной речи может отмечаться довольно выраженная задержка в социальном развитии; возможна подражательная речь с непониманием ее смысла, может проявляться ограничение интересов. Однако, в отличие от детей с аутизмом, у детей с сенсорной алалией обычно не нарушены навыки социального взаимодействия, ролевых игр, общения с родителями. Нередко регистрируется некоторая степень потери слуха на высокие тона, но степень глухоты недостаточна, чтобы вызвать нарушение речи.

Разница между речью при алалии и речью при дизартрии. При дизартрии ребенок произносит и повторяет все слова, но с нарушением артикуляции, нечетко, заикается, шепелявит. Нередко понять такую речь могут только родители. При алалии уменьшено количество употребляемых слов и укорочены фразы (если они сформированы). Письменная речь также нарушается, характеризуется аграмматизмами.

Задержка речевого развития, особенно алалия, часто первоначально принимается за глухоту. Эти состояния дифференцируют с помощью аудиометрии. Ребенку предъявляют различные звуки и, если он их слышит, просят нажимать на клавишу, что и регистрирует датчик. Изменения при аудиометрии характерны для нейросенсорной тугоухости. Однако это исследование не всегда достоверно, так как требует от ребенка активного участия. У детей с негативным настроением, недопониманием задания, синдромом гиперактивности с дефицитом внимания аудиограмма неинформативна.

F80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау–Клеффнера)

Приобретенная афазия возникает после начала формирования речи, а именно после 2 лет. В прошлом к приобретенным афазиям у детей чаще всего приводили гнойные менингиты, в настоящее время среди причин преобладают травмы и инсульты с поражением доминантного полушария. Если повреждение не двустороннее, то у детей с приобретенной афазией более вероятно восстановление устной речи по сравнению со взрослыми, причем речь восстанавливается тем лучше, чем младше ребенок. От афазии следует отличать утрату спонтанной речи при стрессе — мутизм.

В случае приобретенной афазии ребенок, имея предшествующее нормальное развитие речи, теряет навыки как рецептивной, так и экспрессивной речи, сохраняется общий интеллект. Начало расстройства сопровождается эпилептиформными изменениями на электроэнцефалограмме (почти всегда в области височных долей, обычно билатерально, но часто с диффузным распространением) и иногда эпилептическими приступами. Типично начало в возрасте 3–7 лет, но может возникать раньше или позже в детстве. Устная речь нарушается в большей степени, чем письменная. Невербальный интеллект соответствует норме. У 70 % детей отмечаются поведенческие нарушения, например гиперактивность, импульсивность и негативизм. Степень тяжести заболевания зависит от глубины речевых нарушений. В 1/4 случаев потеря речи возникает постепенно, на протяжении нескольких месяцев, но более часто происходит резкая потеря навыков в течение нескольких дней или недель. Связь по времени между дебютом приступов и распадом речи довольно вариабельна, один из этих признаков может предшествовать другому за несколько месяцев (до 2 лет). Очень характерно, что нарушение рецептивной речи довольно глубокое, часто с трудностями в слуховом понимании при первом проявлении состояния. Некоторые дети становятся немыми, другие ограничиваются жаргоноподобными звуками, хотя у некоторых выявляется

более легкий дефицит в плавности, и речевая продукция часто сопровождается расстройствами артикуляции. В небольшом числе случаев качество голоса нарушено с потерей нормальных модуляций. Иногда на ранних фазах расстройства речевые функции появляются волнообразно. Поведенческие и эмоциональные нарушения являются обычными в первые месяцы после начала потери речи, но отмечается тенденция к их улучшению по мере того, как дети приобретают некоторые способы коммуникации. Течение состояния совершенно различно; у 2/3 детей сохраняются более или менее серьезный дефект рецептивной речи, около 1/3 полностью выздоравливают. Диагностический метод — электроэнцефалограмма сна, на которой в 90 % случаев обнаруживается билатеральная височная или височно-теменная спайк-активность или активность пик—медленная волна. Методы нейровизуализации не выявляют патологических изменений. Афазия тем тяжелее, чем в более раннем возрасте она развивается. Отдаленный прогноз неблагоприятный, несмотря на противосудорожную терапию.

Таким образом, диагностика речевых нарушений должна опираться на результаты диагностического обучения и следующий алгоритм обследования.

1. Консультация невролога, неврологический статус.
2. Консультация психолога, оценка интеллектуального развития, оценка невербального интеллекта.
3. Аудиометрия и слуховые вызванные потенциалы.
4. Электроэнцефалография (рутинная и с включением сна) в целях выявления некоторых случаев субклинических эпилептических приступов, неблагоприятно влияющих на когнитивные функции.
5. Нейровизуализация (магнитно-резонансная томография головного мозга, компьютерная томография черепа, височных костей).
6. Консультация генетика с проведением специальных генетических тестов.

На фоне развивающихся и коррекционных занятий детям с задержкой развития речи, как правило, время от времени требуется медикаментозная поддержка, которая достоверно улучшает результаты коррекционной работы [2]. Целесообразность медикаментозного сопровождения детей с речевыми задержками связана с наличием у них большого количества сопутствующих неврологических и поведенческих особенностей [6].

Детям с повышенной возбудимостью, тревожностью рекомендуется назначать фитосборы, обладающие седативным действием: валериану, пустырник, шалфей, боярышник, мяту, Melissa, хмель, корень пиона. Курс лечения обычно проводят длительно, в течение 3–12 мес. Препараты необходимо чередовать каждые 2–4 нед (с 2-недельным перерывом между курсами). При вегетативных расстройствах по парасимпатикотоническому типу применяют растительные стимуляторы, повышающие активность симпатической нервной системы: настойки женьшеня, лимонника китайского, элеутерококка, родиолы розовой, заманихи. Все эти препараты назначают по 1–2 капли на 1 год жизни 2 раза в день в первой половине дня за 30 мин до еды в течение 1–2 мес, чередуя их между собой, с перерывами по 2–3 нед. При выраженном дефиците внимания доказана эффективность разрешенных в детском возрасте биотиков (глицин и биотредин). При более серьезной задержке показаны препараты ноотропного действия (гопантеновая кислота и др.) [3].

Также по показаниям назначают витаминно-минеральные комплексы, нейротрофические препараты и корректоры поведения (нейролептики-антипсихотики) и антидепрессанты [4].

Данная статья, раскрывающая терминологию и классификацию задержки речевого развития, является введением к дальнейшему изучению проблемы, которое, как мы надеемся, найдет отражение в серии публикаций, посвященных отдельным видам речевых расстройств у детей и проблемам их совместной медико-педагогической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Венгер А.А., Выгодская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. М.: Просвещение, 1972. 143 с. [Venger A.A., Vygodskaya G.L., Leongard E.I. Selection of children for special preschools. Moscow: Prosveshchenie, 1972. 143 p. (In Russ.)].
2. Вильшанская А.Д., Прилуцкая М.И., Протченко Е.М. Психолого-медико-педагогический консилиум в школе: взаимодействие специалистов в решении проблем ребенка. М.: Генезис, 2012. 256 с. [Vil'shanskaya A.D., Prilutskaya M.I., Protchenko E.M. Psychological, medical, and pedagogical consultation at school: specialists' collaboration in solving the problems of a child. Moscow: Genesis, 2012. 256 p. (In Russ.)].
3. Гузева В.И., Гузева В.В., Гузева О.В. и др. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста с эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2015;115(10):51–5. [Guzeva V.I., Guzeva V.V., Guzeva O.V. et al. Diagnosis and correction of cognitive impairment in preschool age children with epilepsy. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry 2015;115(10):51–5. (In Russ.)].

4. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей. Под ред. С.Г. Шевченко. М.: Аркти, 2001. 244 с. [Diagnosis and correction of retardation of mental development in children. Ed. by S.G. Shevchenko. Moscow: Arkti, 2001. 244 p. (In Russ.)].
5. Журба Л.Н., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития у детей первого года жизни. М.: Просвещение, 1981. 192 с. [Zhurba L.N., Mastyukova E.M. Abnormal psychomotor development disorders in babies during the first year of life. Moscow: Prosveshchenie, 1981. 192 p. (In Russ.)].
6. Инновационные подходы к профилактике нарушений развития. Под ред. М.И. Лынской, Ю.А. Покровской. В 2 ч. Ч. 2. М.: ЛОГОМАГ, 2013. 124 с. [Innovative approaches to preventing developmental abnormalities. Eds. by M.I. Lyskaya, Yu.A. Pokrovskaya. In 2 parts. Part 2. Moscow: LOGOMAG, 2013. 124 p. (In Russ.)].
7. Кузнецова Л.В. Особенности мотивационно-волевой готовности детей с задержкой психического развития к школьному обучению. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1986. 21 с. [Kuznetsova L.V. Features of motivational and volitional readiness for school education in children with mental retardation. Thesis ... of candidate of medicine. Moscow, 1986. 21 p. (In Russ.)].
8. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2003. 400 с. [Mamaychuk I.I. Psychocorrective technologies for children with developmental problems. Saint Petersburg, 2003. 400 p. (In Russ.)].
9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1995. [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health, 10th revision. World Health Organization. Geneva, 1995. (In Russ.)].
10. Петрухин А.С. Детская неврология. В 2 т. Т. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 560 с. [Petrukhin A.S. Child neurology. In 2 vol. Vol. 2. Moscow: GEOTAR-Media, 2012. 560 p. (In Russ.)].