Специфические расстройства развития речи у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F80.0, F80.1, F80.2, F80.8 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

СРРР — группа расстройств развития речи, включающая первичные нарушения формирования произношения, понимания и/или порождения речи; для первичных форм характерны сохранный слух и интеллект и начало нарушений на ранних этапах развития. Рекомендация посвящена раннему выявлению, дифференциальной диагностике и комплексной помощи, где основой служат логопедические и психологические вмешательства, а лекарства и аппаратные методы имеют вспомогательное значение.

Главное

- СРРР диагностируют при раннем и стойком нарушении речевого развития, если оно не объясняется снижением слуха, интеллектуальным снижением, аутизмом, эпилепсией, поражением ЦНС, черепно-мозговой травмой, нейроинфекцией или неблагоприятными условиями овладения речью.
- Основные варианты: F80.0 — изолированное нарушение звукопроизношения; F80.1 — расстройство экспрессивной речи; F80.2 — расстройство рецептивной речи; F80.88 — другие расстройства развития речи и языка.
- Для F80.0 характерно качественное нарушение произношения при сохранных лексико-грамматической стороне речи, слухе и иннервации речевого аппарата. Если артикуляционные нарушения входят в структуру экспрессивного или рецептивного расстройства, отдельный код F80.0 не используют.
- СРРР встречается примерно у 4–8% детей; среди мальчиков расстройство выявляют чаще, соотношение с девочками в разных исследованиях составляет 1,3:1–5,9:1.
- Диагноз устанавливают комплексно: учитывают анамнез, психический и неврологический статус, физикальное обследование, медико-логопедическую и психологическую оценку, а лабораторные и инструментальные методы используют главным образом для исключения вторичных причин.
- Основное лечение — постоянное медико-психолого-логопедическое сопровождение. Наиболее эффективны интенсивные курсы речевой терапии 1–2 раза в год по 3–6 недель, не менее 3 занятий в неделю, с обучением родителей домашней работе.
- При подозрении на СРРР не следует ограничиваться медикаментами: убедительных данных об эффективности лекарственной монотерапии нет, а ноотропная терапия может применяться только как дополнение к речевой терапии.

Диагностика

1. Соберите анамнез беременности, родов и раннего психоречевого и моторного развития, динамику речи, семейный анамнез, условия общения, билингвизм, экранное время, прежнюю диагностику и лечение, а также сопутствующие заболевания.
2. Проведите общий и соматический осмотр: оцените физическое развитие, признаки генетической или соматической патологии, состояние органов и систем. При выявлении соматических признаков направьте ребенка к профильному специалисту.
3. Выполните углубленное медико-логопедическое обследование: оцените артикуляционный аппарат, подвижность органов артикуляции, звукопроизношение, фонематическое восприятие, активный и пассивный словарь, грамматический строй и фразовую речь. Это базовый метод диагностики СРРР (УУР С, УДД 4).
4. Оцените психомоторное развитие и интеллектуальную сферу стандартизированными методами диагностики.
5. Исключите снижение слуха. При расстройстве рецептивной речи всем детям показана консультация сурдолога-оториноларинголога или оториноларинголога; надежность результатов обеспечивают объективные методы аудиологического исследования (УУР С, УДД 5).
6. При подозрении на рецептивное расстройство в возрасте 16–30 месяцев используйте M-CHAT-R/F для исключения риска РАС (УУР В, УДД 2); при задержке психического развития, когнитивных или

эмоционально-поведенческих особенностях привлекайте медицинского психолога/нейропсихолога (УУР С, УДД 4).

7. ЭЭГ со сном длительностью не менее 30–60 минут выполняйте при пароксизмальных приступах или их эквивалентах, когда нельзя исключить эпилепсию (УУР С, УДД 4). Рутинную ЭЭГ и нейровизуализацию не рекомендуется проводить для подтверждения СРРР; нейровизуализацию проводят при регрессе, подозрении на эпилепсию, опухоль, дегенеративное или демиелинизирующее заболевание.

Лечение

- Медико-логопедические процедуры рекомендуются всем детям с установленным диагнозом СРРР (УУР А, УДД 1); комплексное медико-психолого-логопедическое воздействие является базовым методом лечения и проводится постоянно на протяжении всего лечения.
- Планируйте интенсивные курсы речевой терапии 1–2 раза в год продолжительностью 3–6 недель, не менее 3 занятий в неделю. Между курсами родители проводят поддерживающие занятия дома.
- Обучайте родителей приемам домашней работы над речевыми и познавательными навыками и коммуникацией (УУР В, УДД 1); отсутствие участия семьи снижает эффективность и ухудшает прогноз.
- При нарушении слоговой структуры добавляйте логоритмику в групповом формате (УУР С, УДД 4). При рецептивных нарушениях, расстройствах гнозиса, праксиса и коммуникативной функции показаны нейропсихологические процедуры (УУР С, УДД 5).
- Ноотропы и другие лекарственные средства не заменяют речевую терапию; убедительных данных об эффективности лекарственного лечения СРРР нет, а влияние изолированной ноотропной терапии на речь сомнительно.
- В тексте допускается курсовое применение полипептидов коры головного мозга скота внутримышечно off-label: 0,1–0,2 мл/кг за инъекцию утром, курс 10 дней, интервалы между курсами 1,5–6 месяцев; возможны сдвоенные курсы в первые 10 дней первого и второго месяца (УУР С, УДД 4).
- Гопантеновую кислоту допускается назначать детям с 1 года: разовая доза 0,25–0,5 г, суточная 0,75–3 г, длительность курса 1–4 месяца; выбор жидкой или таблетированной формы зависит от возраста (УУР С, УДД 3).
- Аппаратные методы, включая ТМС, допустимы только как дополнение к речевой и нейропсихологической терапии. ТМС рассматривают не ранее 3 лет, назначает и контролирует ее врач; доказательств эффективности ТКМП при СРРР авторы не нашли.

Когда направить и как наблюдать

- Направляйте к детскому психиатру всех детей группы риска для установления диагноза и всех детей с установленным СРРР для выявления сопутствующих психических расстройств и решения вопроса о медикаментозной терапии (УУР С, УДД 4).
- Консультация невролога нужна при регрессе развития, подозрении на эпилепсию или другое неврологическое заболевание; при пароксизмальных состояниях требуется обследование с ЭЭГ во сне.
- В специализированные стационарные центры направляют детей с тяжелыми и среднетяжелыми формами СРРР, нарушениями рецептивной речи и сочетанными речевыми нарушениями без грубых сопутствующих психоневрологических нарушений.
- В речевые или иные отделения психиатрических и психоневрологических стационаров направляют детей с тяжелыми сопутствующими психоневрологическими нарушениями, существенно нарушающими адаптацию, а также со вторичными речевыми расстройствами в структуре других психоневрологических заболеваний.
- На ПМПК направляют детей с различной тяжестью СРРР, которым нужны специальные условия образования; после прохождения комиссии коррекционная помощь организуется в системе образования.

Частые вопросы

Какие признаки отличают СРРР от обычной задержки темпа речи?

СРРР предполагает первичное и стойкое нарушение формирования речи, начинающееся в раннем возрасте и не объясняемое снижением слуха, интеллектуальным снижением, аутизмом или другим заболеванием. У части детей с ограниченным активным словарем в 18–24 месяца речь может нормализоваться без коррекционного вмешательства, поэтому диагноз требует комплексной оценки.

Нужна ли ЭЭГ каждому ребенку с СРРР?

Нет. ЭЭГ со сном 30–60 минут проводят при приступах или их эквивалентах, когда нельзя исключить эпилепсию. Рутинная ЭЭГ не подтверждает СРРР и имеет низкую клиническую значимость.

Как обследовать ребенка с нарушением понимания речи?

Нужно провести медико-логопедическую оценку, исследовать интеллект и исключить аутизм; в возрасте 16–30 месяцев используют M-CHAT-R/F. Всем детям с расстройством рецептивной речи показано специализированное исследование слуха у сурдолога-оториноларинголога или оториноларинголога.

Что является первой линией лечения СРРР?

Постоянная комплексная логопедическая и психологическая помощь. Наиболее эффективны интенсивные курсы по 3–6 недель 1–2 раза в год, не менее 3 занятий в неделю, с обязательной домашней работой родителей.

Можно ли лечить СРРР только ноотропами?

Нет: убедительных данных об эффективности лекарственной монотерапии нет, а ее влияние на речевое развитие сомнительно. В тексте ноотропная терапия рассматривается только как дополнительная к базовой речевой терапии; конкретные препараты и дозы приведены с уровнями УУР С.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/170-specificheskie-rasstrojstva-razvitiya-rechi-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/170_3