

# НАРУШЕНИЯ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

И.В. Макаров<sup>1,2</sup>, Д.А. Емелина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России  
<sup>2</sup>ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

В последние годы отмечается увеличение количества детей с нарушениями речевого развития [34], на что мы уже также обращали внимание [7]. По данным некоторых отечественных источников, распространенность нарушений речевого развития составляет до 25% среди детей школьного возраста [9, 13]. В иностранной литературе приводимые цифры несколько меньше, но все равно весьма значительны – от 3,8 до 15,6 % [27, 33]. При этом выраженные речевые расстройства требуют дифференциальной диагностики не только с задержками психического развития, но и в целом ряде случаев с умственной отсталостью [12].

Расстройства речевого развития находятся на стыке многих специальностей. Речевая функция является ключевой для развития мышления ребенка и интеллекта в целом, поэтому нарушение формирования речи неизбежно влечет за собой отставание в развитии мышления, нарушение общения и социализации, возникновение поведенческих нарушений и школьную неуспеваемость [29]. Нарушения речевого развития могут наблюдаться при широком спектре заболеваний, встречающихся в общей педиатрической практике. Так, их причиной могут быть хронические отиты и другие состояния, приводящие к нарушению слуха, эпилепсия и бессудорожные эпилептические энцефалопатии, аномалии в развитии артикуляционного аппарата, ДЦП и многие другие состояния.

## Классификации расстройств речевого развития

Изучением данной патологии занимаются педиатры, неврологи, психиатры, оториноларингологи, сурдологи, логопеды, психологи, специалисты-дефектологи. Это обуславливает разность подходов к пониманию и классификации речевых расстройств и сложности междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Специалистами не врачебного профиля (логопедами, дефектологами, психологами) используются

классификации, основанные на качественной и количественной характеристиках речевых нарушений, а врачами – основанные на этиологических и патогенетических механизмах и нозологической принадлежности.

Так, в неврологии используется классификация, разработанная Л.О.Бадаляном [2], основанная на этиологических факторах.

I. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы:

1) алалии – отсутствие или недоразвитие речи у ребенка (при нормальном слухе и интеллекте) в результате поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем довербальном периоде развития;

2) афазии – полная или частичная утрата сформированной речи в результате поражения корковых речевых зон и их связей;

3) дизартрии – нарушение произносительной стороны речи в результате поражения структур центральной или периферической нервной системы, осуществляющих иннервацию речевой мускулатуры;

4) речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС: заикание, мутизм и сурдомутизм.

II. Речевые нарушения, связанные с анатомическими дефектами строения артикуляционного аппарата: механические дислалии, ринолалия.

III. Задержки речевого развития различного происхождения (при недоношенности, при тяжелых заболеваниях внутренних органов, педагогической запущенности и т.д.).

Среди врачей имеется тенденция подразделять все нарушения речевого развития на первичные и вторичные. Первичные расстройства развития речи наблюдаются при сохранном слухе, зрении и интеллекте, при отсутствии четко определенного этиологического фактора. Предполагается, что данные нарушения имеют под собой генетическую основу [18].

Вторичные нарушения речевого развития обусловлены другими заболеваниями, такими как умственная отсталость, органические поражения ЦНС, тугоухость, врожденные или приобретенные дефекты артикуляционного аппарата.

В DSM-5, используемой в США и некоторых других странах, все речевые расстройства делятся на две большие группы: расстройства речи в связи с нарушениями в артикуляционном аппарате (включая голосовые связки и гортань) и расстройства языкового развития и общения [19, 21, 23, 30, 31.]. Расстройства языкового развития и общения включают в себя расстройство экспрессивной речи, расстройство импрессивной речи и смешанное расстройство импрессивной и экспрессивной речи. Также некоторые источники в отдельную группу выделяют семантически-прагматическое нарушение речи.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра первичные речевые нарушения подразделяются в рамках рубрики «расстройства психологического (психического) развития» и делятся на следующие: 1) специфическое расстройство речевой артикуляции, 2) расстройство экспрессивной речи, 3) расстройство рецептивной речи, 4) приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера), 5) другие расстройства развития речи и языка.

МКБ-10, также как и DSM-5, выносит нарушения речевого развития за пределы общего интеллекта, подчеркивая в диагностических критериях, что для постановки диагноза, например, расстройство рецептивной речи, интеллектуальное развитие должно соответствовать норме. Тем не менее, представляется маловероятным, что интеллектуальное развитие ребенка 3–4 лет, непонимающего обращенную речь, будет соответствовать норме. Более того, применение стандартизированных методик для определения уровня интеллекта у таких детей чаще всего оказывается невозможным. Во многих иностранных источниках можно встретить пояснение, что следует учитывать только лишь уровень невербального интеллекта [23, 26]. Тем не менее, по данным одного из широко используемых англоязычных руководств по детской психиатрии, многие дети с замедленным речевым развитием демонстрируют низкие показатели невербального интеллекта, но не могут быть диагностированы как умственно отсталые [32]. В то же время, у детей с ЗПР развитие речи может протекать нормально или с незначительными отклонениями. Очевидно, что наличие в структуре ЗПР речевых синдромов, будет значительно усугублять тяжесть состояния и мешать адаптации.

### **Наиболее часто встречающиеся варианты нарушений речевого развития у детей**

Специфическое расстройство речевой артикуляции (дислалия). Данное расстройство подразумевает нарушение приобретения ребенком звуков речи, приводящее к дизартуляции и искажению звуков

и слов. Причем это состояние не может быть объяснено органическим повреждением головного мозга, интеллектуальной недостаточностью, нарушением слуха или особенностями строения артикуляционного аппарата. В качестве причины рассматривается задержка в формировании нейрональных связей речевых областей головного мозга. Частая встречаемость аналогичных расстройств у родственников позволяет также предполагать генетическую основу данного расстройства. Как правило, у детей, страдающих дислалией, не отмечается других нарушений языковой сферы – они демонстрируют наличие достаточного пассивного и активного словаря, уровня понимания обращенной речи для своего возраста. Специфическое расстройство речевой артикуляции встречается приблизительно у 10% детей в возрасте до 8 лет и у 5% детей старше 8 лет. Как правило, коррекция подразумевает систематические занятия с логопедом.

Надо отметить, что расстройства экспрессивной и рецептивной речи, во многом соответствуют описанным ранее отечественными психиатрами синдромам алалии [5, 6, 8, 10, 14].

Расстройство экспрессивной речи. При экспрессивном расстройстве речи или моторной алалии понимание речи обычно сохранно. Резко запаздывает произнесение первых слов (2–3 года), фразы либо не появляются вовсе, либо возникают в очень упрощенном виде в 5–6-летнем возрасте. В целом все стороны речи (произносительная, лексическая и грамматическая) оказываются нарушенными. Ребенок с моторной алалией отличается крайне низкой речевой активностью, более всего страдают звукопроизношение и фразовая речь, а возможности усвоения норм родного языка стойко нарушены [8]. Но наряду с этим даже дошкольники любознательны, интересуются происходящим вокруг, сами пытаются занять себя. Они способны к простейшим обобщениям, справляются со многими невербальными заданиями. В основном дети не избегают общения, часто довольно успешно используют жестовую речь. Коммуникативные трудности все более нарастают по мере того, как с возрастом речевая деятельность требует все большей автоматизации речевого процесса [11].

Расстройство рецептивной речи. Расстройство импрессивной речи (или синдром сенсорной алалии) подразумевает нарушение понимания речи при сохраненных механизмах ее продукции. Но по данным большинства литературных источников, расстройство импрессивной речи редко встречается изолировано, гораздо чаще имеет место сочетание нарушений понимания и воспроизведения речи – смешанное расстройство импрессивной и экспрессивной речи или синдром сенсомоторной алалии. Связано это с тем, что при нарушении восприятия речи наблюдается недостаточный слуховой контроль за собственной речью, медленное накопление как

пассивного, так и активного словаря, неправильное звукопроизношение [15, 3]. Таким образом, при сенсомоторной алалии отсутствует понимание речи, и вторично страдает ее экспрессивная функция. У детей с сенсомоторной алалией при сохранном слухе имеется явное непонимание речи – «замыкательная акупатия», причем у одних больше страдает слуховое внимание, а у других – способность дифференцировать фонемы и слова. У ребенка с сенсомоторной алалией имеют место нарушения произвольного внимания, обусловленные истощаемостью слуховой функции; дети не умеют «прислушиваться», быстро утомляются, теряют интерес. Часто ребенок вступает в контакт только с близкими людьми, что обусловлено такими особенностями в общении, как выраженная интонационная окрашенность, жестовое сопровождение речи матери. Характерна избирательность реакции на изменение высоты голоса говорящего. На стадии возрастания речевой активности, приобретающей характер общения, выраженными становятся проявления эхолалии. При этом ребенок с сенсомоторной алалией может участвовать в подвижных играх со сверстниками, не требующих вербализации [10]. Дети могут демонстрировать очень хорошие конструктивные способности, неплохо справляться с математическими заданиями, и совершенно неуспешны в тех областях, где требуется достаточное развитие вербального интеллекта. Чаще всего таким пациентам на медико-педагогических комиссиях выставляется диагноз умственная отсталость, несмотря на высокие цифры невербального интеллекта. Однако, такие дети не могут освоить даже программу коррекционного класса, так как в данном случае для успешного усвоения материала необходим совершенно другой подход к обучению.

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера). Синдром Ландау-Клеффнера (СЛК) – это достаточно редкая форма эпилепсии детского возраста с началом в 3–7 лет. При СЛК ранее нормально развивавшийся ребенок теряет способность понимать обращенную речь и говорить. В некоторых случаях потеря речи происходит постепенно и может растягиваться во времени до полугода, но чаще это происходит достаточно внезапно. Считается, что слух и невербальный интеллект при афазии Ландау-Клеффнера сохранены. Стоит оговориться, что интеллект должен соответствовать норме на момент начала заболевания, однако же по мере течения расстройства у части пациентов может отмечаться снижение интеллекта в связи с развивающейся афазией. Наряду с указанными нарушениями отмечаются пароксизмальные изменения на ЭЭГ, чаще всего двусторонние, в области височной коры. Развернутые судорожные приступы возникают не всегда. Различным может быть и период между появлением пароксизмальной активности на ЭЭГ или приступов и возникновением речевого расстройства. Это время может составлять от 2 месяцев до

1–2 лет. Речевое нарушение проявляется в грубом расстройстве рецептивной речи и является первым проявлением болезни. Степень речевого нарушения также бывает разной – от почти полной немоты до легкого обеднения речи, дефицита ее плавности и нарушений артикуляции. По данным некоторых источников, нарушенная речевая функция крайне редко восстанавливается до нормального уровня [24, 25]. По мнению D.V.M.Bishop [20], чем старше ребенок на момент дебюта болезни, то есть чем лучше сформирована речевая функция, тем лучше прогноз.

Другие расстройства развития речи и языка. В США и Австралии широко используется еще один термин применительно к нарушениям рецептивной речи – расстройство обработки аудиторной информации (auditory processing disorder). Он объединяет разнообразные состояния, при которых имеется нарушение обработки аудиостимулов корой головного мозга при сохранном слухе [16]. По данным Американской ассоциации речи, языка и слуха [17], данное расстройство проявляется нарушением в одной или нескольких функциях:

1. Способность локализовать источник звука в пространстве.
2. Способность различать отдельные звуки из множества звучащих.
3. Способность распознавать сходства и различия между звуками.
4. Способность распознавать последовательность звуков, интегрировать эту последовательность в слова и воспринимать стимулы отдельно, когда они быстро следуют друг за другом.
5. Способность распознавать речь или другие звуки на фоне конкурирующего аудиостимула.
6. Способность распознавать аудиостимул даже если он изменен или укорочен.

Данные нарушения выявляются посредством аудиологического тестирования. Клинические проявления этой группы расстройств у детей широко варьируют в зависимости от возраста индивидуума и сопутствующих состояний. По данным M.L.Young [35], в раннем детстве такие дети могут либо вовсе не реагировать на звучащую рядом с ними речь и обращения, либо демонстрировать гиперчувствительность к некоторым звукам. Часто создается впечатление о возможном нарушении слуха у таких детей. Наибольшие сложности с распознаванием речи у таких детей возникают в шумных помещениях, что осложняет адаптацию в детском коллективе и обучение в группах. Они могут любить музыку, но испытывают сложности с запоминанием слов. В детском саду педагоги обращают внимание, что дети не слушают, когда им читают, не понимают инструкцию, нуждаются в зрительном подкреплении. Часто можно услышать от родителей или педагогов, что ребенок «сам по себе», «в своем мире», предпочитает собирать пазлы или смотреть видео, не

включается и не поддерживает диалог. По мере взросления такие дети начинают понемногу компенсировать имеющееся расстройство путем распознавания невербальных подсказок (выражение лица, интонация, язык тела, контекст ситуации). Могут даже успешно начать обучение в школе, однако к 3–4 классу становится очевидным нарушение понимания развернутых речевых конструкций и соответственно, неуспеваемость по большинству гуманитарных предметов.

Исходя из клинического описания, расстройство переработки аудиторной информации у детей соответствует более широко используемому в Европейских странах импрессивному расстройству речи и описанному ранее советскими психиатрами синдрому сенсорной алалии. Однако надо отметить, что в отличие от США и Европейских стран, в России имеет место спад интереса к речевым расстройствам у детей со стороны психиатров. Часть пациентов, имеющих синдром сенсомоторной алалии диагностируется в рамках расстройств аутистического спектра, так как часто можно наблюдать сходство отдельных симптомов [22]. Также это может быть связано с тем, что интеллектуальное развитие таких пациентов невозможно назвать нормальным, что противоречит критериям МКБ-10.

*Семантически-прагматическое расстройство речи.* Еще одним интересным и дискуссионным вопросом является принадлежность семантически-прагматического расстройства речи, так же называемого «социальным коммуникативным (прагматическим) расстройством». Семантически-прагматическое расстройство речи впервые было описано в 1983 году I. Rapin и D. Allen, и в дальнейшем довольно быстро стало популярным у речевых терапевтов [1]. Данное нарушение в DSM-5 имеет название расстройство социальной коммуникации, включено в группу нарушений нервно-психического развития, и подразумевает под собой нарушение прагматических аспектов речи, таких как осведомленность о нуждах и потребностях собеседника и приспособление собственной речи под них [4]. Среди критериев данного расстройства перечисляются следу-

ющие: 1) редкое использование речи в коммуникативных целях, 2) неспособность подстраиваться под нужды собеседника и особенности ситуации в процессе коммуникации, 3) сложности с поддержанием диалога, использованием и распознаванием невербальных знаков в процессе коммуникации, 4) затруднения в понимании переносного и скрытого смысла.

Пациенты с этим расстройством часто используют слишком формальный оттенок речи вне зависимости от социального контекста, сложные и нестандартные грамматические конструкции. Отмечается неспособность задавать уместные вопросы, адаптировать высказывания под реакцию собеседника. Также описывается такая особенность, как неумение лгать и хитрить, связанная, вероятнее всего с неспособностью понять цель обмана [28]. Данные нарушения неизбежно приводят к ограничению в социальном взаимодействии и адаптации. В связи с этим в литературе широко дискутируется принадлежность данного состояния к расстройствам аутистического спектра. По мнению D.V.M. Bishop [19], данный термин может быть полезным для обозначения пациентов, которые не соответствуют полностью критериям аутистического расстройства, но у которых нарушения речи приводят к выраженным нарушениям социального взаимодействия и контактности.

### Заключение

Таким образом, расстройства речевого развития у детей могут являться симптомом самых разнообразных состояний. Выявление этиологии и патогенетических механизмов речевых нарушений является важной задачей врача любой специальности и необходимо для определения дальнейшей тактики лечения пациента. Разность подходов к пониманию речевых расстройств в отечественной и зарубежной литературе и отсутствие единой общепринятой классификации осложняет своевременное выявление и лечение данных состояний. Необходимой могла бы стать разработка общей классификации, объединяющей как медицинские, так и психолого-педагогические аспекты данных нарушений.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / пер. с англ. Д. В. Ермолаева. М.: Теревинф, 2013. 216 с.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология: Учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 608 с.
3. Белоусова М.В., Меркулова В.А. Сенсорная алалия: речевой онтогенез, клинические проявления, подходы к диагностике и коррекции // Практическая медицина. 2016. №8(100). С. 13-18.
4. Виноградова К.Н. Речь и коммуникация при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2015. № 2(47). С. 17-28.
5. Головань Л.И., Крыжановская И.Л., Зайдель Г.С. Об отношении к пограничной умственной отсталости некоторых синдромов с нарушениями познавательной деятельности и поведения // Тр. МНИИП МЗ РСФСР. 1975. Т.69. С. 45-55.
6. Демьянов Ю.Г. Клинико-психологическое исследование детей с затруднениями в усвоении элементарных школьных навыков: Дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1970. 240 с.
7. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 3. С. 11-16.
8. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. СПб.: КАРО, 2006. 304 с.
9. Кондракова Э.В. Распространенность ограничений слуха и речи у детей: динамика и региональные особенности // Справочник врача общей практики. 2005. № 9. С.19-26.
10. Мальцева Е.В. Особенности нарушения речи у детей с ЗПР // Дефектология. 1990. №6. С. 10-18.
11. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М.:

- Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. 307 с.
12. Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Глава 30. Умственная отсталость / Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 653-681.
  13. Степаненко Д.Г., Сагутдинова Э.Ш. О классификациях нарушения речи в детском возрасте // Клиническая медицина. 2010. № 2. С. 32-43.
  14. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Москва, 1965. 336 с.
  15. Чутко Л.С., Ливинская А.М. Специфические расстройства речевого развития у детей: учебно-методическое пособие. СПб, 2006. 48 с.
  16. American Academy of Audiology. Clinical Practice Guidelines: Diagnosis, Treatment and Management of Children and Adults with Central Auditory Processing Disorder. Retrieved 16 January 2017 [электронный ресурс]. URL: [http://audiology-web.s3.amazonaws.com/migrated/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf\\_539952af956c79.73897613.pdf](http://audiology-web.s3.amazonaws.com/migrated/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf_539952af956c79.73897613.pdf) (дата обращения 16.10.2017).
  17. American Speech-Language-Hearing Association. Task Force on Central Auditory Processing Consensus Development. Current status of research and implications for clinical practice // American Journal of Audiology. 1996. Vol. 5, № 2. pp. 41-54.
  18. Bishop D.V.M. Specific language impairment: diagnostic dilemma / In book: Classification of developmental language disorders: theoretical issues and clinical implications. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 2004. pp. 309-326.
  19. Bishop D.V.M. Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? / In D. V. M. Bishop, & L. B. Leonard (Eds.), Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome. Hove: Psychology Press. 2000. pp. 99-114.
  20. Bishop D.V.M. Age of onset and outcome in „acquired aphasia with convulsive disorders“ (Landau - Kleffner syndrome) // Developmental Medicine and Child Neurology. 1985. Vol. 27. pp. 705-712.
  21. Botting N. Non-verbal cognitive development and language impairment // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2005. V.46, № 3. pp. 317-326.
  22. Cohan S.L., Chavira D.A., Stein M.B. Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005 // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. V.47, №11. pp. 1085-1097.
  23. Dale P.S., Price T.S., Bishop D.V.M. et al. Outcomes of early language delay. I. Predicting persistent and transient delay at 3 and 4 years // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2003. V. 46. pp. 544-560.
  24. Deonna T., Peter C.L., Ziegler A.L. Adult follow-up of the acquired aphasia – epilepsy syndrome in childhood. Report of seven cases // Neuroepidemiology. 1989. Vol. 20. pp. 132-138.
  25. Deonna T., Beaumanoir A., Gaillard F., Assal G. Acquired aphasia in childhood with seizure disorders: a heterogeneous syndrome // Neuropädiatrie. 1977. Vol. 8. pp. 263-273.
  26. Howlin P., Mawhood L., Rutter M. Autism and developmental receptive language disorder: A follow-up comparison in early adult life. II. Social, behavioural, and psychiatric outcomes // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2000. V.41. pp. 561-578.
  27. Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature // International Journal of Language & Communication Disorders. 2000. Vol. 35, № 2. pp.165-188.
  28. Leekam S.R., Prior M. Can autistic children distinguish lies from jokes? A second look at second order belief attribution // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1994. Vol. 35. pp. 901-915.
  29. McLaughlin M.R. Speech and Language Delay in Children // American family physician. 2011. Vol. 83, № 10. pp. 1183 – 1188.
  30. Paul R. Predicting outcomes of early expressive language delay: Ethical implications / In D.V.M. Bishop, & L. B. Leonard (Eds.), Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome. Hove, UK: Psychology Press, 2000. pp. 195-209.
  31. Robinson R.J. Causes and associations of severe and persistent specific speech and language disorders in children // Developmental Medicine and Child Neurology. 1991. Vol. 33. pp. 943-962.
  32. Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition / Edited by M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine et al. Blackwell Publishing Limited, 2008. 882 pp.
  33. Speech and Language Disorders in Children. Implications for the Social Security Administration’s Supplemental Security Income Program / Edited by Sara Rosenbaum and Patti Simon. Washington, DC 20001, 2016. 231 pp.
  34. Yasin A. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review // ENT Updates. 2017. V.7, №1. Pp. 22-27.
  35. Young M.L. Recognizing and Treating Children with Central Auditory Processing Disorders. Scientific Learning [электронный ресурс]. URL: <http://www.scilearn.com/alldocs/mktg/10035-952MYoung-CAPD.pdf> (дата обращения 16.10.2017).

## НАРУШЕНИЯ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

И.В. Макаров, Д.А. Емелина

В обзоре научной литературы проведен анализ данных, касающихся расстройств развития речи у детей. Авторы анализируют особенности международных и российских классификаций нарушений развития речи в детском возрасте, приводят наиболее часто встречающиеся клинические варианты этой патологии. Параллельно рассматривается этиология задержки развития речи в зависимости от их варианта и того

заболевания. В структуре которого они наблюдаются. Отмечается, что на сегодняшний день нет единой типологии нарушений развития речи у детей, которая объединила бы как медицинский, так и психолого-логопедический подход.

**Ключевые слова:** расстройства речи – дети – задержки развития речи – классификация нарушений речи.

## DEVELOPMENTAL LANGUAGE DISORDERS IN CHILDREN

I.V. Makarov, D.A. Emelina

The review of scientific literature provides data analysis concern specific language disorders in children. Authors consider features of international and native classifications of speech and language disorders in childhood and outline the most frequently encountered clinical types of this pathology. This paper also analyzes the etiology of language impairment in accordance with

the clinical type and the underlying disorder. It is highlighted that there is not universal typology of speech and language disorders in children, which would embrace both medical and speech-therapeutic approaches.

**Key words:** language disorders – children – language delay – classification of language disorders.

---

**Макаров Игорь Владимирович** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном ФО, Председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров; e-mail: ppsy@list.ru или dashaberkos@mail.ru

**Емелина Дарья Андреевна** – младший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; e-mail: ppsy@list.ru или dashaberkos@mail.ru