

УДК: 616.89-053.2

## РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ПРОБЛЕМЫ И ТРУДНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ

**Ж.В. Альбицкая,**

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

*Альбицкая Жанна Вадимовна – e-mail: zhanna051267@gmail.com*

Проблема раннего детского аутизма в настоящее время является одной из наиболее актуальных, что обусловлено, прежде всего, огромным ростом статистических показателей распространенности данного диагноза по всему миру. В статье рассматриваются клинические проявления раннего детского аутизма, описываются основные симптомы и синдромы раннего детского аутизма, на которые необходимо обращать внимание детским специалистам (педиатрам, неврологам) при первичном обращении таких пациентов, а также дается обобщенная характеристика диагностических проблем при выявлении раннего детского аутизма у детей в возрасте от 1 до 3 лет и основные дифференциально-диагностические критерии.

**Ключевые слова:** ранний детский аутизм, диагностика, коммуникативные нарушения, задержка психического и речевого развития, стереотипии, пищевые нарушения, эмоциональная сфера.

The problem of early infantile autism in children is currently one of the most urgent, due to the huge growth of statistical indicators of the prevalence of this diagnosis worldwide. The article discusses the clinical manifestations of early infantile autism, describes the main symptoms and syndromes of early infantile autism, which are necessary to pay attention to children's specialists (paediatricians, neurologists) in the primary treatment of such patients, as well as give a generalized description of the diagnostic problems in identifying early infantile autism in children aged 1 to 3 years and the main differential diagnostic criteria.

**Key words:** early infantile autism, diagnosis, communication disorders, delayed speech and mental development, stereotypes, nutritional disorders, emotional sphere.

### Актуальность

Проблема раннего детского аутизма (РДА) является одной из наиболее актуальных в мире и привлекает особое внимание врачей различных специальностей на протяжении многих десятилетий, начиная с 30–40-х годов прошлого века до настоящего времени [1, 2, 3, 4]. После работ Л. Каннер и Н. Аспергер вышло множество публикаций о раннем детском аутизме, но они не ознаменовали существенного прогресса в понимании проблемы аутизма. В настоящее время вновь возник значительный интерес, обусловленный, прежде всего, огромным ростом статистических показателей распространенности диагноза РДА по всему миру. По данным Всемирной организации аутизма в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей, а по результатам исследований 2012 года Центра по контролю заболеваемости и профилактике (CDC) и Государственного агентства по эпидемиологии (США) – 1 случай на 88 детей, что на 23% больше, чем предыдущая оценка [5, 6]. Известно, что важнейшей проблемой профилактики глубоких нарушений социального взаимодействия ребенка с РДА является ранняя диагностика, но на практике в России организация медико-социальной помощи детям с РДА не соответствует стандартам, принятым в мире: диагностика расстройства производится поздно (в большинстве случаев после 5 лет, часто в 6–7 лет), несмотря на то что диагноз РДА «...может и должен быть поставлен в первые 24 месяца...» [7, 8]. В настоящее время врачи общей практики (педиатры, неврологи) обычно не принимают участия в

раннем выявлении заболевания по причине недостаточности знаний об основных ранних симптомах аутизма. Общеизвестно, что в нашем обществе рейтинг врачей первичного звена выше, чем психиатра. Следовательно, именно эти специалисты должны первоначально заметить отклонения в развитии ребенка, так как основные жалобы большинства родителей практически точно соответствуют критерия РДА по МКБ-10 [9, 10]. Несвоевременная диагностика утяжеляет течение основного заболевания и увеличивает риск формирования коморбидных расстройств. В дальнейшем сопровождение ребёнка с аутизмом требует серьезных материальных, медицинских и социальных ресурсов со стороны государства и семьи. Раннее выявление таких расстройств даёт возможность эффективного профессионального «вмешательства», что заметно поможет минимизировать аутистические проявления в поведении. Существует корреляция начала терапии между возрастом и тяжестью проявления симптомов РДА и поведенческих нарушений во взрослом возрасте [11, 12, 13]. Наш клинический опыт свидетельствует, что около 20% детей с РДА, терапия которых была начата в возрасте 2–3 лет, в школьном возрасте смогли заниматься по программе общеобразовательной школы, 60% – по программе коррекционной школы. Таким образом, для 80% детей с рано диагностированным аутизмом были доступны интеграционные формы обучения. Из числа пациентов, которым диагноз аутизма был выставлен после достижения 6-летнего возраста, коррекционную

школу посещали с целью социальной адаптации только 25% детей. Большинство поздно диагностированных детей вынуждены были заниматься по индивидуальным программам вне школы. Похожая ситуация складывается во многих странах мира, где диагноз РДА выставляется в дошкольном возрасте лишь у 50–60% пациентов [14]. Проведя анализ особенностей этапной организации диагностической и лечебно-коррекционной помощи больным с РДА мы установили, что выявление, обследование и диагностика данных состояний в возрасте 1,5–2 лет практически не происходит. На раннем этапе развития ребенка (до 2 лет) такие характерные для РДА нарушения, как отрешенность ребенка от окружающего мира, отторжение тактильного контакта, невыразительность эмоциональных реакций и мимики, позднее формирование сюжетной игры, грубая задержка развития речи, трудности в общении со сверстниками, инверсия цикла сна и бодрствования и пищевые расстройства, практически нестораживают ни родителей, ни врачей. Как правило, подобные нарушения оцениваются ретроспективно, в 4–5-летнем возрасте, когда таких детей приводят к психиатру с жалобами на грубое отставание в психоречевом развитии или на нарушение поведения. В связи с вышесказанным назрела необходимость более широкого распространения знаний об основных симптомах раннего детского аутизма у детей до трёх лет среди педиатров и детских врачей смежных специальностей.

#### Критерии ранней диагностики аутизма у детей (клинический опыт).

Детский аутизм относится к группе первазивных (охватывающих все сферы психической деятельности) расстройств развития. В международной классификации болезней (МКБ-10) РДА относится к группе нарушений, обозначенных как «общие расстройства развития», которые определяются следующим образом: «группа расстройств, характеризующаяся качественными аномалиями в социальном взаимодействии, общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности». Детей с аутизмом характеризует особый склад личности, основной характеристикой которого является интроверсия, т. е. преобладание внутреннего мира, фиксация на внутренних переживаниях, погруженность в них и специфическое отношение к окружающей жизни. Именно об этом в свое время писал Е. Bleuler: «...жизнь в мире собственных грез и фантазий...». Нарушения при аутизме представлены группой симптомов («триада Wing»), при наличии которых выставляется диагноз РДА: это нарушение социального поведения, коммуникативных способностей и повторяющееся (стереотипное) поведение. Рассматривать все три симптома возможно только в тесной взаимосвязи друг с другом. При раннем детском аутизме способность к коммуникации и установлению социальных связей нарушена. Дети специфически реагируют на любые попытки вступить с ними в контакт. В раннем возрасте такой ребёнок часто производит впечатление глухого – он не откликается на своё имя, не реагирует на различные звуки, внешне он практически никак не реагирует на присутствие близких, игнорирует присутствие людей рядом с собой, не смотрит в глаза. У таких детей бедная, маловыразительная мими-

#### ТАБЛИЦА.

Тревожные симптомы раннего детского аутизма у детей от 1 года до 3 лет

1 год	1,52 года	2-3 года
<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие зрительного контакта</li> <li>• отсутствие радостного выражения лица</li> <li>• отсутствие обмена звуками между ребенком и родителями</li> <li>• отсутствие реакции на имя и голос</li> <li>• задержка появления лепета до 9 мес.</li> <li>• отсутствие доречевых жестов</li> <li>• остановка в развитии речи на 36 мес. после произнесения первых слогов и слов</li> <li>• нарушения сна</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• не знает названий предметов домашнего обихода</li> <li>• не имитирует слова и действия</li> <li>• не говорит как минимум 15-30 слов</li> <li>• не принимает участия в одевании</li> <li>• не отвечает на имя</li> <li>• не вступает в контакт</li> <li>• нет указательного жеста, «бедный» зрительный контакт, взгляд «мимо»</li> <li>• расстройства пищевого поведения</li> <li>• страх громких звуков и шумов (бытовых приборов) - закрывает уши</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• нет фразовой простой речи</li> <li>• отсутствие указательного жеста, звукоподражания,</li> <li>• не выполняет инструкции</li> <li>• нет контакта со сверстниками</li> <li>• не использует понятия «я», «ты», «они»</li> <li>• «завороженность созерцанием»</li> <li>• стереотипные игры, поведение, эхолалии</li> <li>• агрессия и аутоагрессия</li> <li>• отсутствие чувства эмпатии</li> <li>• стремление к постоянству, игровые «ряды», отсутствие «ролевой» игры</li> <li>• нарушения пищевого поведения</li> <li>• стереотипные игры, поведение</li> <li>• отсутствие навыков самоопрятности</li> </ul>

ка, застывшее выражение лица, часто называемое «зачарованность созерцанием». Дети не пользуются указательными жестами для привлечения взрослого к совместному эмоциональному переживанию от увиденного. Важно отметить, что аутичный ребёнок сам не способен адекватно воспринимать социальные сигналы окружающих людей – он смотрит на руку взрослого, а не на предмет, в сторону которого ему указывают. Дети с РДА лишены эмпатии (сопереживание эмоционального состояния другого человека) и, как следствие, не могут адекватно понимать и свое собственное эмоциональное состояние, и эмоции и чувства других людей. Аутичный ребёнок, испытывая боль, проявляет это плачем, криком или мимикой страдания, но, как правило, не обращается за утешением к матери; он также не умеет обращаться с просьбой к членам семьи, предпочитая самостоятельно удовлетворять свои актуальные потребности – открывать холодильник, извлекая необходимый продукт, включать телевизор, компьютер и т. д. Коммуникативные нарушения при детском аутизме первым образом проявляются в нарушениях речевого развития. Как правило, дети начинают говорить намного позже своих сверстников, но впоследствии практически не используют речь для общения с детьми и близкими. При произнесении слов «мама» и «папа» они не применяют их целенаправленно, часто произносят автоматически, не пытаясь привлечь к себе внимание. Важно отметить, что практически у всех детей с РДА после появления первых слогов и слов в возрасте 11–15 месяцев наступает мутизм на период от 6 месяцев до

1 года, после чего у ребенка появляется «лепетная» речь или «птичий язык». К трем годам у части детей происходит усиление речевой активности, которая выражается в простом повторении слова за окружающими, то есть в речи постоянно присутствуют «эхолалии». О себе ребенок, как правило, говорит во втором или третьем лице и никогда не употребляет местоимение «я». Высказывания детей содержат отрывки из мультфильмов, книг, песен. Большая часть аутичных детей в раннем возрасте вообще не пользуется речью. Вместо речи аутичный ребенок использует вокализации, похожие на «пение», «мычание» или «дельфиний визг». Одним из ведущих критериев является неспособность ребенка на полноценную и «ролевою» игровую деятельность, так как у него отсутствует воображение, способность понимать и представлять себе чувства и намерения других людей и саму суть игры. Поэтому аутичный ребенок раннего возраста не способен даже на имитативную игру (изобразить по просьбе какое-либо действие.). Дети предпочитают играть мелкими деталями, коллекционируют их, выстраивают игрушки в ряды или пирамидки, как вертикальные, так и горизонтальные, перекладывают игрушки из одной емкости в другую, длительно переливают воду, весь день крутят в руках веревочку или перебирают тряпочки, рвут бумагу. Специфическим поведенческим паттерном при аутизме является увлеченность ребенка различными мелкими предметами (детали конструктора, маленькие машинки, пазлы, палочки и листочки на прогулке, бумажные комочки, ключи, тубики). В некоторых случаях внимание ребенка привлекает не столько сам предмет, сколько отдельные его свойства. Например, ребенок манипулирует только игрушками прямоугольной формы и отвергает круглые, в других случаях его интересуют определенные звуки, которые он многократно извлекает из предметов, постукивая или вращая ими. Постоянство и «застерегаемость» на определенных действиях – одни из самых частых симптомов, которые замечают родители. Например, ребенок, надев шапку, не даёт её снять с себя в помещении; привыкнув к определенной одежде и обуви (по цвету, качеству, форме, сезонности), с упорством отвергает другие; запомнив купленную в определенном месте игрушку, с истерикой требует повторения покупки каждый раз, проходя мимо. Важным диагностическим критерием для диагностики РДА являются стереотипии, к которым относятся привычка длительно хлопать в ладоши или раскачиваться из стороны в сторону, хождение на носочках, игра с собственной тенью или перебирание пальцев перед глазами, потрясывания кистями рук, бег по кругу – «манежный бег». От таких действий детей оторвать практически невозможно.

Нарушение пищевого поведения – важный диагностический симптом, проявляющийся в стойком нежелании ребенка изменять привычным вкусовым ощущениям, не пробовать новые продукты, придерживаться определенного режима питания. Если ребенка с раннего возраста кормили протёртой пищей, то в дальнейшем он отказывается от других видов еды, часто предпочитая пищу одной консистенции, цвета, формы. В определенных случаях пищевой рацион ребенка может состоять исключительно из 2–3 продуктов, что в результате приводит к

нарушениям со стороны желудочно-кишечного тракта (запорам).

### Заключение

Таким образом, исходя из вышеизложенного и на основании нашего клинического опыта можно сделать выводы, что диагноз раннего детского аутизма должен быть заподозрен уже при достижении ребенком 1,5–2 лет, когда определяются признаки очевидной задержки психомоторного и речевого развития со специфическими паттернами или значительные нарушения в социальном взаимодействии, игре, поведении и пищевых особенностях. Речь идет, прежде всего, о совместной работе педиатров, неврологов, психологов и психиатров, учитывая то, что междисциплинарное взаимодействие в детском возрасте имеет давние традиции. Единство основных процессов функционирования всего организма ребенка, высшей нервной деятельности и психических процессов должно обуславливать тесную связь всех детских специалистов. Использование вышеназванных критериев поможет врачам первичного звена своевременно оценить отклонения в развитии ребенка, направить родителей по правильному пути и выделить группы специфического риска из общей популяции детей в возрасте 18–36 месяцев. Раннее выявление основных симптомов РДА при междисциплинарном взаимодействии и своевременно начатая медицинская и психолого-педагогическая коррекция существенно снижают уровень инвалидизации у детей с аутизмом и улучшают социальную адаптацию. Решение проблемы раннего детского аутизма невозможно без междисциплинарного подхода, помогающего решить в связи с ранней диагностикой важнейшие задачи – профилактика глубоких нарушений социальной адаптации ребенка, снижение показателей инвалидности и возможность интеграции ребенка с аутизмом в общество.



### ЛИТЕРАТУРА

1. Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism. *Am J Orthopsychiatry*. 1949. Vol. 19. № 3. P. 416-26.
2. Asperger H. Die «Autistischen Psychopaten» in kindersalter. *Arch. Psych. Nervenkrank.* 1944. Bel. 117. P. 76-136.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. С. 21-26.
4. Bashina V.M. *Autizm v detstve*. M.: *Medicina*, 1999. S. 21-26.
4. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. М. 2003. 120 с.  
*Remshmidt X. Autizm. Klinicheskie proyavleniya, prichinn i lechenie*. M. 2003. 120 s.
5. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему. *Соц. и клин. психиатрия*. 2014. Т. 24. № 3. С. 96-100.
5. Filippova N.V., Barilnik Yu.B. *Epidemiologiya autizma: sovremenniy vzglyad na problemu. Soc. i klin. psixhiatriya*. 2014. T. 24. № 3. S. 96-100.
6. Filipek P.A., Accardo P.J., Ashwal S. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000. Vol. 55. P. 468-479.
7. Wing L. *Early childhood autism*. 2-nd ed. Oxford. 1976. 342 p.
8. Лебединская К.С., Никольская О.С. Клинико-психологическая классификация. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991. С. 21-25.
8. Lebedinskaya K.S. *Nikol'skaya O.S. Kliniko-psikhologicheskaya klassifikatsiya. Diagnostika rannego detskogo autizma*. M.: *Prosveschenie*, 1991. S. 21-25.

9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике /Пер. на русский язык под ред. Ю.С. Нуллера и С.Ю. Циркина. ВОЗ. Россия. СПб.: Адис, 1994. 304 с.

*Mezhdunarodnaya klassifikaciya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikaciya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike / Per. na russkiy yazyk pod red. Yu.S. Nullera i S.Yu. Cirкина. VOZ. Rossiya. SPb.: Adis, 1994. 304 s.*

10. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington. DC: APA.

11. Rutter M. Progress in Understanding Autism: 2007–2010. J. Autism Dev. Disorders. 2011. Vol. 41. № 4. P. 395–404.

12. Jepsen B. Understanding autism. The physiological basis and biomedical intervention options of autism spectrum disorders. Utah. 2003. 47 с.

13. Honda H. Early intervention system for preschool children with autism in the community. Autism. 2002. Vol. 6. № 3. P. 239–257.

14. Myers S.M., Johnson C.P. Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2007. Vol. 120. № 5. P. 1162–1182.

УДК: 616.31-08-053.2/5+616.8-008

## ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР)

С.Ю. Косюга, Я.М. Осинкина, Ж.В. Альбицкая,  
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

*Косюга Светлана Юрьевна – e-mail: osinkina\_y@mail.ru*

В статье дается представление о проблеме оказания стоматологической помощи детям с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС), в том числе детским церебральным параличом (ДЦП) и эпилепсией. Представлены обзор исследований, посвященных данной тематике, и актуальность дальнейшего изучения этого вопроса.

**Ключевые слова:** перинатальные поражения нервной системы, детский церебральный паралич, стоматологическое здоровье, стоматологическая помощь.

The article gives insight on the problem of providing dental care to children with consequences of perinatal lesions of the Central nervous system (CNS), including cerebral palsy and epilepsy. Presents a review of studies devoted to this subject and the necessity of further examination of this issue.

**Key words:** perinatal lesions of the nervous system, cerebral palsy, oral health, dental care.

Лидирующее положение среди неврологических заболеваний в течение последних десятилетий занимают перинатальные поражения нервной системы. Частота перинатальной патологии в популяции составляет 15–20%, в структуре заболеваний новорожденных и детей первого года жизни – 60–80% и продолжает неуклонно расти [1].

Применение современных медицинских технологий позволило существенно снизить уровень младенческой смертности. На этом фоне стала еще более актуальной проблема инвалидности, возникающая вследствие перинатального поражения головного мозга [2].

Клиническая картина отдаленных последствий перинатальных поражений центральной нервной системы очень разнообразна, она проявляется неврозоподобными состояниями, вегетативными расстройствами и нарушением поведения на фоне микроочаговой неврологической симптоматики. Наиболее неблагоприятным исходом перинатальной патологии является детский церебральный паралич [3].

До середины двадцатого века дети, страдающие от церебрального паралича, как правило, не доживали до зрелого возраста. В настоящее время, благодаря постоянному совершенствованию медицинского обслуживания, реабилитационных и вспомогательных технологий, от 65 до 90% таких детей могут рассчитывать на нормальную взрослую жизнь. Такое увеличение продолжительности жизни часто

сопровождается увеличением медицинских и функциональных проблем, которые могут возникать в относительно раннем возрасте [4].

Данная категория больных обоснованно требует повышенного внимания и ответственности со стороны врача во время стоматологического приема, что определяется распространенностью заболевания, неблагоприятным взаимовлиянием патологий и тяжестью возможных осложнений.

Проведенные рядом ученых исследования, посвященные изучению стоматологического статуса детей с перинатальными поражениями ЦНС, свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов, патологии тканей пародонта, зубочелюстных деформаций. Зубочелюстные аномалии и дефекты зубных рядов у данной категории пациентов сочетаются с высоким уровнем частоты функциональных нарушений – жевания, глотания и речи [5].

Платонова Н.В. в 2007 году, исследуя стоматологический статус детей с ограниченными возможностями, указывает, что гигиеническое состояние полости рта данной категории больных зависит от ограничения двигательной функции верхних конечностей, снижения скоростных возможностей, связанных с особенностями мелкой моторики кистей рук, быстрой утратой приобретенных мануальных навыков по