

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель председателя Ученого
медицинского совета Департамента
здравоохранения города Москвы

Г. Костомарова

« 24 сентября 2014 г. »



Первый заместитель руководителя
Департамента здравоохранения

г. Москва

А. И. Хрипун

« 24 октября 2014 г. »



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В
ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГА

Методические рекомендации № 36

Главный внештатный детский
специалист невролог
Департамента здравоохранения
города Москвы

Т.Т. Батышева

« 24 сентября 2014 г. »

Москва

2014

Учреждение-разработчик: ГБУЗ «Научно-практический Центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы

Составители: директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор **Т.Т. Батышева;** кандидат медицинских наук, кандидат медицинских наук, научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **Н.Н. Шатилова;** доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **О.В. Быкова;** врач-психиатр 8-го отделения ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **Н.Ю. Коровина.**

Рецензент: доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии НОУ ДПО Института психотерапии и клинической психологии **Т. Н. Горобец.**

Назначение: для педиатров, неврологов амбулаторных и стационарных лечебно - профилактические учреждения педиатрического профиля, клинических и медицинских психологов, логопедов и дефектологов.

Данный документ является собственностью Департамента Здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Введение

Аутизм является мультидисциплинарной проблемой, находящейся на пересечении множества дисциплин и специальностей. Исторически в России расстройствами аутистического спектра занимаются врачи психиатры, например, на базе ФГБУ "Научный центр психического здоровья" РАМН давно и успешно работает Отдел по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма под руководством профессора Н.В. Симашковой. В последнее десятилетие в оказание помощи детям с аутистическими расстройствами активно включились педагоги и психологи, например, один из первых и ведущих центров психолого-педагогической реабилитации больных аутизмом является Центр реабилитации инвалидов детства "Наш Солнечный мир" под руководством И.Л. Шпицберга функционирует с 1991 года. Эффективным оказалось вовлечение в борьбу с детским аутизмом, социальных служб и общественных организаций, например, Автономной некоммерческой организацией "Дети солнца" на базе ГБУЗ "НПЦ психического здоровья детей и подростков" ДЗМ развернут благотворительный проект "Оказание комплексного содействия лечению и реабилитации детей, страдающих аутизмом". Однако наиболее перспективными видятся проекты, объединяющие усилия специалистов различных профилей из различных областей медицины, психологии, педагогики, семейной, общественной и социальной поддержки, и т.п. с целью решения целого спектра задач, сопряженных с аутизмом, например, на такой основе создан Фонд содействия решению проблем аутизма в России "Выход".

Детские неврологи в своей клинической практике повседневно встречаются с расстройствами аутистического спектра. Это обусловлено тесным переплетением патологий нервной системы и психической сферы детского организма на этапе формирования личности как социальной единицы. Более того, в сферу профессиональной деятельности детского невролога попадают все пограничные нарушения развития детей аутистического типа, что обязывает специалиста в области детской неврологии иметь современные знания о международных стандартах диагностики и принципах лечения расстройств аутистического спектра у пациентов педиатрического возраста.

Актуальность проблемы

Аутизм представляет собой врожденное, нейробиологически обусловленное, патологическое формирование высшей нервной деятельности и психоэмоциональной сферы, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и

общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Аутизм – это расстройство развития ребенка, проявляющееся в области социального поведения, вербальной и невербальной коммуникации, познавательной деятельности.

Несмотря на то, что установлена связь между изменениями структуры и функции многих участков головного мозга и проявлениями аутизма, учёными до конца детально не изучены все факторы, вызывающие аутистические расстройства.

Аутизм – гораздо более распространенное заболевание, чем многие думают. По статистике, примерно один человек из ста имеет аутистические черты личности. Аутизм как отдельная нозология может встречаться у людей всех национальностей, культур, религий и социального происхождения. Результаты многочисленных исследований показывают, что эта болезнь поражает мужчин чаще, чем женщин.

Еще в середине прошлого века аутизм был довольно редким недугом. Но со временем выявляется все больше детей, страдающих им. Показательна статистика, приводимая в США, где этой болезнью занимаются долго и плодотворно. В 1970-х было соотношение – один ребенок с диагнозом аутизм на 10 000 детей, 10 лет назад – один на 250 детей, сейчас – один на 88 детей или один ребенок с диагнозом аутизм на 52 мальчика и 250 девочек.

Есть косвенные указания на то, что реальный уровень распространения расстройств аутистического спектра (РАС) в США, да и в других странах, может быть еще выше. Например, в 2011 году в Южной Корее проведено исследование среди школьников, в котором обследовали непосредственно детей, а не изучали записи о них. И в этом исследовании уровень распространения оказался – один из 38 школьников. Две трети детей, у которых во время исследования был выявлен аутизм, не имели никакого диагноза. Анализ амбулаторных карт и историй болезни не дал бы никакого результата.

Центр по контролю заболеваемости и профилактике США (CDC) опубликовал новый отчет, согласно которому у одного ребенка из 68 есть РАС. Это на 30% больше, чем аналогичный уровень два года назад, который составлял один из 88.

Новые данные основаны на проведенной CDC оценке медицинских и образовательных карт восьмилетних детей из одиннадцати американских штатов: Алабама, Висконсин, Колорадо, Миссури, Джорджия, Арканзас, Аризона, Мэриленд, Северная Каролина, Юта и Нью-Джерси. Случаи аутизма в этих штатах варьировали от низкого уровня – один из 175 детей в Алабаме, до высокого – один из 45 детей в Нью-Джерси.

Дети с аутизмом, как и раньше, по большей части были мужского пола. Согласно новому отчету CDC, аутизм был у одного из 42 мальчиков, что в 4,5 раза больше, чем среди девочек (одна девочка из 189).

Рост случаев аутизма у детей вызывает серьезные опасения, но до сих пор никак не мотивирован. Ученые сходятся лишь на том, что аутизм провоцируется комплексом факторов, а не одной-единственной причиной.

Термин «расстройства аутистического спектра» (РАС) используется для обозначения группы состояний, связанных с нарушениями нейроразвития и характеризующихся качественными отклонениями в реципрокном социальном взаимодействии, вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченными стереотипными или повторяющимися формами поведения, интересами и движениями. Симптомы РАС проявляются в возрасте до трех лет, чаще в 12–18 месяцев, но в отдельных психических сферах признаки первазивного развития не диагностируются на протяжении, по меньшей мере, еще нескольких лет.

В России официальных данных по количеству детей-аутистов нет, однако, по приблизительным неофициальным подсчетам, «детей дожда» в нашей стране десятки тысяч, и от Америки мы отличаемся мало.

Диагностика детского аутизма в нашей стране затруднена из-за отсутствия стандартов и соответствующего специализированного обучения медицинских кадров. Педиатр обычно не в состоянии заподозрить аутизм за нетипичным поведением ребенка, а родители нечасто и крайне неохотно сообщают о таких фактах. При подозрении на детский аутизм необходимо прохождение медицинской комиссии, где кроме лечащего врача (как правило, педиатра), должны быть невролог, психиатр, психолог, желательно присутствие специалиста по расстройствам аутистического спектра, а также родителей, воспитателей (если ребенок посещает дошкольное учреждение).

При диагностике аутизма очень сложно бывает дифференцировать его от заболеваний со схожими симптомами, особенно для раннего детского возраста. Путаница в диагнозах – еще одна из проблем российской медицины. Проблема серьезная, потому что аутизм у детей лечится совсем не так, как умственная отсталость или шизофрения, и неправильное лечение навсегда лишает аутиста надежды на нормальную жизнь.

В США Американская академия педиатрии рекомендует скрининг всех детей на признаки аутизма дважды до возраста 24 месяцев. Авторы исследования подчеркивают, что сразу после диагноза очень важно предоставить семье доступ к эффективной поведенче-

ской терапии для таких маленьких детей. На данный момент Денверская модель – это единственная модель раннего вмешательства при аутизме, прошедшая клинические испытания.

Ранняя Денверская модель является единственной всеобъемлющей моделью раннего вмешательства, действенность которой подтверждена рандомизированными клиническими испытаниями для работы с аутичными детьми в возрасте 18 месяцев. Она признана эффективной для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) с самыми разнообразными стилями обучения и способностями. Было доказано, что дети с серьезными проблемами обучения получают такой же положительный эффект от участия в этой программе, как и дети, не имеющие особых проблем в обучении.

Рандомизированное клиническое исследование, опубликованное в журнале *Pediatrics*, показало, что дети, которые получали терапию по Ранней Денверской модели в течение двадцати часов в неделю (пятнадцать часов со специально обученными специалистами и пять часов с родителями), в течение двухлетнего периода продемонстрировали более существенное улучшение когнитивных и речевых способностей и адаптивного поведения, а также уменьшение проявлений симптомов аутизма, чем дети, лечившиеся по традиционным методикам.

Ранняя диагностика РАС крайне важна, так как позволяет своевременно начать терапию. Программы раннего вмешательства позволяют улучшить прогноз у большей части детей с вышеописанной патологией. Максимально ранняя диагностика также позволяет родителям ребенка быстрее преодолеть растерянность и выработать стратегию эффективного поведения, направленного на решение проблемы. Также государство может адекватно и своевременно планировать необходимые ресурсы для проведения длительной медико-педагогической терапии, социальной поддержки, организации пребывания детей в дошкольных учреждениях и школах с учетом их особых потребностей.

История вопроса

В 1912 году швейцарский психиатр Юджин Блойлер впервые применил термин «аутизм» в одном из английских медицинских журналов. Тогда под аутизмом он подразумевал трудности, возникающие у больных шизофренией при общении с другими людьми. Употреблять термин «аутизм» в нынешнем его значении начали в клинической психиатрии около 30 лет тому назад, после того как австрийский педиатр Г. Аспергер (1938) использовал его в лекции по аутистической психопатии, прочитанной в Венском университет-

ском госпитале. Позднее, в 1944 г., Аспергер опубликовал свою вторую кандидатскую диссертацию, в которой подробно описал группу детей и подростков с дефицитом общения, социальных навыков и ограниченными, повторяющимися формами поведения.

В то же время, в 1943 г. Л. Каннер, американский психиатр австрийского происхождения, известный первым описанием детского аутизма и последующими работами в этой области, один из основателей детской психиатрии, работавший в университетском госпитале Джонса Хопкинса (Нью-Йорк, США), не зная об исследовании Аспергера, в своей классической работе «Аутистические нарушения аффективного контакта» описал 11 детей, которые имели поведенческие нарушения, подобные описанным Аспергером при аутистической психопатии.

Многие клинические проявления расстройства, описанные Каннером, такие как аутистичная отчужденность, настаивание на одинаковости, специфические нарушения внимания, в настоящее время являются частью диагностических критериев аутизма в МКБ-10 и DSM-5. Дети, описанные Аспергером, отличались от описанных Каннером тем, что не имели значительных задержек в когнитивном и речевом развитии.

Исторически сложилось так, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила собственную систему классификации психических расстройств, которая, в основном, использовалась с целью страховых выплат и сбора национальных и международных статистических данных. Однако после 1982 года, когда в Копенгагене состоялась международная конференция по классификации психических расстройств, во всем мире появилось осознание того, что МКБ должно предложить более четкие диагностические критерии психических расстройств по аналогии с теми, которые возникли в DSM-III в 1980 г. В дальнейшем в течение десяти лет продолжались консультации между Американской психиатрической ассоциацией (АПА), которая работала над DSM-IV, и ВОЗ, которая разрабатывала МКБ-10.

Пятое издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-V) знаменует собой первый значительный пересмотр данного документа с 1994 года, когда появилось DSM-IV. Изменения в классификации были в первую очередь обусловлены достижениями в области нейронаук, клиническими и общественными запросами и обозначили проблемы, связанные с системой классификации и критериями, вошедшими в обращение со времени выхода DSM-IV. Многие решения также диктовались желанием обеспечить лучшую согласованность

с международной классификацией болезней и ее предстоящим одиннадцатым пересмотром (МКБ-11).

Итак, говоря о классификационных нововведениях в мировой психоневрологии и психиатрии, остановимся на изменениях, затрагивающих педиатрический контингент.

Главные изменения, касающиеся проблемы диагностики и наблюдения за пациентами с РАС:

- тяжесть расстройств нейроразвития (neurodevelopmental disorders) определяют не по IQ, а по уровню адаптивного функционирования;
- речевые расстройства вошли в новую категорию «расстройство социальной коммуникации», у которой часть синдромов совпадает с «расстройством аутистического спектра»;
- категория «расстройства аутистического спектра» появляется взамен существовавших диагнозов аутизма, синдрома Аспергера, дезинтегративного расстройства детского возраста и неуточненного общего расстройства развития – все они прекращают свое существование в качестве самостоятельных диагнозов;
- расстройства обучения и двигательные расстройства реорганизованы и отчасти объединены.

Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детском возрасте

Согласно международной классификации болезней МКБ-10, к собственно аутистическим расстройствам относятся:

- детский аутизм (F84.0) (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера);
- атипичный аутизм (с началом после трех лет) (F84.1);
- синдром Ретта (F84.2);
- синдром Аспергера – аутистическая психопатия (F84.5).

Хотя всех людей с аутизмом объединяют трудности в определенных сферах, это расстройство по-разному отражается на каждом отдельном человеке. Некоторые люди с аутизмом могут жить относительно независимой жизнью, в то время как другие могут иметь дополнительные нарушения обучения и нуждаются в пожизненной поддержке со стороны специалистов. Кроме того, люди с аутизмом обычно отличаются гипер- или гипочувствительностью к звукам, прикосновениям, вкусам, запахам, освещению или цвету, о чем пойдет речь в данной главе, а также о самых ранних симптомах, возникающих у малыша с периода новорожденности.

Особенности развития ребенка: норма и РАС

3 месяца

Физиологическое развитие	РАС
Моторное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и хорошо удерживая голову. • Тянется за предметом, но, как правило, промахивается. 	<ul style="list-style-type: none"> • Неуверенная опора на предплечья. • Неуверенно удерживает голову, лежа на животе. • Одновременное движение головы и плечевого пояса (в горизонтальной плоскости: то в одну, то в другую сторону). • Периодами одновременное подтягивание ног к животу, биение обеими ножками по постели. • Расщеплённый захват большим и указательным пальцами, нередко волос матери с кручением их двумя первыми пальцами, напоминающим «сучение пряжи». • В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные.
Слух	
<ul style="list-style-type: none"> • Поворачивает голову к источнику звука. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отвержение слухового восприятия, отсутствие готовности к прислушиванию.
Зрение	
<ul style="list-style-type: none"> • Взгляд внимательный, фиксирует взгляд с расстояния 20–25 см. Следит за объектом несколько секунд. • Наблюдает за движением рук. Рассматривает мелкие объекты на расстоянии более 25–30 см. 	<ul style="list-style-type: none"> • «Взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, зрительное сосредоточение.
Социальное поведение и понимание	
<ul style="list-style-type: none"> • Комплекс оживления на говорящее лицо. • Смеётся, когда с ним играют. Узнаёт мать. • Распознаёт знакомые повторяющиеся ситуации (кормление, купание). Выказывает неудовольствие, когда оставляют одного. • Рассеивает гласные звуки. 	<ul style="list-style-type: none"> • Тенденция к принятию эмбриональной позы. • Плач, сменяющийся состояниями безучастности, вялости. Зажмуривание и отстранение от прильнувшей к нему матери. • Не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании). • Не приспосабливается, когда мать держит его на руках.

Описав характерные изменения в поведении трехмесячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о возможных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Например, **неуверенная опора на предплечья, плохой контроль положения головы, лежа на животе**, может свидетельствовать о задержке моторного развития в структуре:

1. перинатального поражения ЦНС различной этиологии, о чем свидетельствуют данные отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери ребенка в совокупности с тяжестью состояния ребенка после рождения;
2. органического поражения ЦНС, что может быть подтверждено данными нейровизуализации в сочетании с данными

- оценки неврологического статуса;
3. гидроцефалии, диагноз которой устанавливается на основании данных КТ/МРТ и в ряде случаев после проведения спинномозговой пункции;
 4. миопатии – структурные, врожденные, митохондриальные;
 5. спинальные мышечные атрофии (например, СМА 1-го типа или болезнь Верднига-Гофмана, для которой характерно: раннее начало (до 6 месяцев), симптомокомплекс «вялого ребенка», выраженная гипотония, фасцикуляции языка);
 6. генетических синдромов, сопровождающихся темповой задержкой моторного развития;
 7. патологии сердечно-сосудистой системы;
 8. патологии желудочно-кишечного тракта;
 9. заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, так, например, большинство аминокислородопатий в раннем возрасте дебютируют с задержки моторного развития, в дальнейшем присоединяя специфическую симптоматику (как соматическую, так и психоневрологическую);
 10. текущего инфекционного процесса;
 11. других патологических состояний со схожей клинической картиной.

При отсутствии слухового и /или зрительного сосредоточения в первую очередь необходимо исключить органическую природу данных изменений, необходимы консультации ЛОР-врача, офтальмолога, при необходимости, проведение аудиограммы, исследование вызванных зрительных и слуховых потенциалов.

Когда очевидными становятся движения в кистях рук, в трёх крайних пальцах, и/или периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные, необходимо проведение видео-ЭЭГ-мониторинга для исключения эпилептического генеза гиперкинезов.

Плач, сменяющийся состояниями безучастности, вялости может оказаться симптомом кишечных колик, купирующийся диетой матери или приемом лактозы при установленном диагнозе «лактазная недостаточность».

Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:

1. не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании);
2. не приспосабливается, когда мать держит его на руках;
3. «взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, зрительное сосредоточение.

6 месяцев

Физиологическое развитие	РАС
Моторное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Переворачивается с живота на спину, со спины на живот, повторяет одно и то же действие с предметами. • Ползает. • Садится с минимальной поддержкой. 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет попыток взять игрушку или что-то ещё и манипулировать этим: недостаточно стремление к деятельности, недостаточно успешна и сама деятельность. • Имеющиеся элементы деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности. • Часто раскачиваются на локтях и коленях, многие не ползают.
Мелкая моторика	
<ul style="list-style-type: none"> • Всё хватает, тянет в рот. • Перемещает предметы из одной руки в другую, держит бутылочку. 	<ul style="list-style-type: none"> • Не может ухватить игрушку. • Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет.
Слух	
<ul style="list-style-type: none"> • Локализует звук справа и слева, реагирует на источник звука, находящийся под углом 45°, поворачивает голову в сторону источника звука. 	<ul style="list-style-type: none"> • Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения. • У некоторых – гиперсенситивность к отдельным звукам.
Зрение	
<ul style="list-style-type: none"> • Проследивает взгляд взрослого, проследивает объект на расстоянии до 1 м по дуге 180°, следит за шариком Ø 6 мм на расстоянии 3 м. 	<ul style="list-style-type: none"> • У многих – зрительная гиперсенситивность, испуг при включении света.
Речь	
<ul style="list-style-type: none"> • «Напевает», используя согласные. 	<ul style="list-style-type: none"> • У многих нет гуления, достаточно чётких фонем, не появляются первые слоги. • Сохраняется низкий горловой, похожий на утробный, крик. • Дети беспокойны, много плачут.
Социальное поведение, коммуникация и игра	
<ul style="list-style-type: none"> • При виде матери беспокоится или оживляется. • Тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки. • Отмечаются первые попытки подражания. • Хорошо ест из ложки. Любит играть с бумагой и другими шуршащими предметами. Улыбается отражению в зеркале. Играет в «ку-ку», при этом смеётся. К незнакомым людям дружелюбен, при приближении знакомых радуется. 	<ul style="list-style-type: none"> • Задержка узнавания лица матери. Не дифференцирует мать. • Не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки. • Не пытается подражать. • Не различает живое и неживое (протодиакризис). • Возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»). • Своих и чужих дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции, то же – в отношении «позы готовности».

Описав характерные изменения в поведении шестимесячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Например, то, что **ребенок не может ухватить игрушку**, может быть расценено как темповая задержка развития мелкой моторики, которая может купироваться массажем, занятиями, направленными на развитие мелкой и крупной моторики.

Испуг при включении света может быть простым парциальным приступом эпилепсии и требует проведения видео-ЭЭГ-мониторинга для верификации диагноза и решения вопроса о проведении адекватной терапии. Это крайне важно, особенно учитывая, что некоторое время назад было установлено, что у людей, страдающих аутизмом, достоверно выше риск эпилепсии. По данным Центра по контролю заболеваемости США, эпилепсия развивается у 7–46% больных аутизмом. Более того, больным как эпилепсией, так и аутизмом сложнее контролировать эпилептические приступы с помощью медикаментозных препаратов, так как на фоне этих препаратов могут усугубляться клинические проявления аутизма.

С другой стороны, **продолжающаяся задержка моторного и предречевого развития** может являться одним из первых проявлений заболевания из группы врожденных наследственных мозжечковых атаксий. Симптомы данной патологии, как правило, неспецифичны в данной возрастной категории и маскируются именно задержкой двигательного развития. Так, например, при атаксии Каймана дебют приходится на один год жизни, и первоначально обращает на себя внимание задержка психомоторного развития, к которой в дальнейшем присоединяется мозжечковая дисфункция непрогрессирующего типа, включающая в себя интенционный тремор, дизартрию и атактическую походку.

Характерная картина на МРТ головного мозга: гипоплазия полушарий и червя мозжечка. При мозжечковой атаксии с аниридией и умственной отсталостью (синдром Джиллеспи) также характерны: мозжечковая атаксия непрогрессирующего типа, умеренно выраженная задержка психического развития, дизартрия и широкие ареактивные зрачки с зазубренными краями вследствие гипоплазии радужки. На МРТ головного мозга: гипоплазия мозжечка (особенно каудальной части червя), моста мозга, супратенториальных структур, выявляют также очаговые изменения в белом веществе больших полушарий.

Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:

1. имеющиеся элементы деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности;
2. частое раскачивание на локтях и коленях;
3. не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения;
4. гиперсенситивность к отдельным звукам;
5. у многих – зрительная гиперсенситивность, испуг при включении света;
6. задержка узнавания лица матери;
7. не дифференцирует мать;

8. не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки;
9. не пытается подражать;
10. возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»);
11. «своих» и «чужих» дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции.

12 месяцев

Физиологическое развитие	РАС
Двигательное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Садится самостоятельно из положения лёжа. • Ползает на четвереньках. • Пытается вставать или самостоятельно приседает и встаёт. • Ходит, держась за руку, ходит самостоятельно. • Указывает на объект указательным пальцем. • Поднимает шарик Ø 3 мм пинцетным захватом между большим пальцем и кончиком указательного пальца. 	<ul style="list-style-type: none"> • Большинство ходят, держась за руку взрослого, долго не переходят к самостоятельной ходьбе. • Походка «деревянная», порывистая, некоординированная. • Часто ходьба на цыпочках. • Ходьба и бег часто появляются фактически одновременно. • Мышечный тонус чаще снижен, реже изменён по гипертоническому или дистоническому типу. • Актуальный уровень развития моторики в сравнении с 6 мес. растёт медленно, увеличивается разрыв с возрастной нормой.
Слух	
<ul style="list-style-type: none"> • Поворачивается, когда слышит собственное имя. • Дифференцирует тон голоса. • Локализует источник звука по вертикали. 	<ul style="list-style-type: none"> • На собственное имя часто не реагирует. • У части детей – гиперсенситивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуховой сенсорной системы.
Зрение	
<ul style="list-style-type: none"> • Видит и следит за шариком Ø 3 мм, поднимающимся на высоту 3 м. • Сравнивает (подбирает в пару) два разных объекта. 	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксирует взгляд на объектах со спокойной, монотонной динамикой: текущая вода, сыплющийся песок и т.п. • Глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»). • Настойчивый поиск определённых зрительных ощущений.
Речь	
<ul style="list-style-type: none"> • Лепет, имитирующий структуру предложений. • Подражание звукам. • Первые слова («мама», «папа», «баба», «дай», «на» и т.п., реже названия предметов). • Понимает отдельные слова, инструкции, сопровождаемые жестами, простую обращённую речь. 	<ul style="list-style-type: none"> • Мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» («папа», «баба»), «дай» редко и без обращения. • Задержка понимания обращённой речи, избирательная реакция на речь.
Социальное поведение и игра	
<ul style="list-style-type: none"> • Имитирует звуки и движения (например, хлопает в ладоши). • Пьёт из чашки, ест пальцами, ищет спрятанную игрушку. • Указывает на объект, который хочет получить. • Обращает внимание на лицо говорящего. • Аффективно реагирует на непонимание взрослыми своих желаний, выражает несогласие с ситуацией. • Демонстрирует совместное внимание, исследовательское поведение. • Беспокоится, когда к знакомым взрослым подходят незнакомые. • Выполняет простейшие бытовые действия (ест ложкой, пытается причёсываться). • Играет с водой, мелкими предметами, проявляет интерес к простым механизмам, устройствам. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отношения с матерью иногда по типу «симбиоза», некоторые «не видят» мать. • Обследует людей как неодушевлённые предметы. • Детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним. • Не указывают пальцем на интересующий объект. • Не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими. • Примитивные манипуляции с нейтральными предметами или использование игрушек не по назначению. • О витальных потребностях могут сигнализировать, но без обращения. • Задержка формирования навыков опрятности.

Описав характерные изменения в поведении 12-месячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Длительно несамостоятельная, некоординированная ходьба – данные симптомы могут быть первыми проявлениями таких патологических состояний как:

1. миопатия, наследственная атаксия – для исключения данных заболеваний необходима консультация генетика;
2. болезни накопления.

Говоря о наследственных атаксиях, дифференциальный диагноз следует проводить с атаксией – телеангиоэктазией (синдром Луи-Бар), для которой характерно начало на первом году жизни, темповая задержка моторного развития, в дальнейшем отмечается «смазанность» речи, гипомимия, нарушение психического развития. Типичными являются хореоатетоидные гиперкинезы, создающие впечатления постоянного двигательного беспокойства ребенка. Специфический симптом в виде телеангиоэктазий появляется позднее неврологических симптомов, как правило, после трех лет;

3. ортопедические и ревматологические нарушения, которые необходимо исключить путем проведения специальных функциональных и лабораторных тестов.

Снижение или изменения мышечного тонуса по дистоническому или гипертоническому типам может явиться симптомом:

1. недифференцированной дисплазии соединительной ткани (особенно в сочетании с гипермобильностью в крупных и мелких суставах, пролапсом в клапанном аппарате сердца);
2. заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, и многих других патологических состояний.

Изолированная ходьба на цыпочках может оказаться единственным симптомом заболевания – идиопатическая ходьба на пальцах.

Задержка понимания обращенной речи или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, данные симптомы могут сопутствовать:

1. течению когнитивной эпилептиформной дезинтеграции. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция (КЭД) – симптомокомплекс приобретенных нарушений высших психических функций у детей, ассоциированный с выраженной эпилептиформной активностью на ЭЭГ, при отсутствии эпилептических приступов. При этом допускается возможность

единичных эпилептических приступов в анамнезе.

Термин КЭД не идентичен понятию «эпилептическая энцефалопатия», так как в последнем случае когнитивные нарушения могут быть обусловлены частыми эпилептическими приступами, как, например, при синдромах Веста, Драве, Леннокса-Гасто и многих других. При КЭД глобальные приобретенные нарушения когнитивных, речевых функций и поведения у детей обусловлены разрывом нейрональных связей развивающегося мозга в результате постоянной продолженной эпилептиформной активности в условиях «врожденного нарушения процессов созревания мозга», которое, по-видимому, генетически детерминировано и нередко сочетается с внутриутробной гипоксией;

2. аномалиям развития головного мозга;
3. последствиям перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (особенно важно дифференцировать в случае ангиографически подтвержденного кровоизлияния в непосредственной близости от речевых центров, в частности, восприятие звуков речи, за которое отвечает центр Вернике (находится в слуховой коре височной доли), а воспроизведение звуков, слов, фраз – речедвигательная функция, которая обеспечивается центром Брока (располагается в нижних отделах лобной доли). По современным данным, у правойшей речь обычно (в 95–97% случаев) контролируется левым полушарием, у левойшей – чаще правым (примерно в 70%), а иногда обоими (примерно в 13–15%; у остальных левойшей языком управляет, как у большинства правойшей, левое полушарие).

Симптомы речевых нарушений при повреждении различных зон мозга

Поврежденная область мозга	Симптомы	Название афазии
Лобная доля левого полушария, третья лобная извилина – зона Брока.	Затруднения в произнесении слов. Понимание речи, чтение и письмо не нарушены. Больной осознает свой дефект.	Афазия Брока
Височная доля левого полушария, задняя часть первой височной извилины или зона Вернике.	Затруднения в произнесении звуков и слов отсутствуют, речь беглая, но бессмысленная, содержит несуществующие слова, ритм, интонации, грамматические формы сохранены. Понимание речи, чтение и письмо сильно нарушены. Больной не осознает дефект.	Афазия Вернике
Нервные волокна, соединяющие третью лобную и заднюю часть височной извилины (зоны Брока и Вернике).	Речь беглая, бессмысленная, повторение фразы затруднено. Сохранена некоторая способность к пониманию речи и чтению	Проводниковая афазия

Область между первичной слуховой корой и зоной Вернике.	Понимание устной речи нарушено. Устная речь и письмо не нарушены. Понимание письменной речи сохранено.	Словесная глухота
Угловая извилина – место соединения височной, теменной и затылочной долей левого полушария.	Неспособность назвать предметы, имя человека, нарушение памяти на слова в их связи с предметами.	Анатомическая афазия (аномия – неспособность вспомнить слово и дать название предметам и явлениям)
Обширное поражение левого полушария.	Нарушение всех языковых функций.	Глобальная афазия

Для предварительного топического определения зоны возможного повреждения важно помнить, что участие левого полушария необходимо для обнаружения и опознания артикулированных звуков речи, а правого – для опознания интонаций, транспортных и бытовых шумов, музыкальных мелодий. Восприятие и генерация звуков речи, а также более высокий уровень общей речевой активности обеспечиваются левым полушарием, а улучшение выделения сигнала из шума – правым.

Правое полушарие не способно реализовывать команду для продуцирования речи, но оно обеспечивает понимание устной речи и написанных слов. Понимание речи, осуществляемое правым полушарием, ограничено конкретными именами существительными, в меньшей степени – отглагольными существительными, еще в меньшей степени – глаголами. Правое полушарие обеспечивает понимание эмоционального содержания интонаций, опознание по голосу, участвует в модуляции частот голоса.

Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:

1. на собственное имя часто не реагирует;
2. у части детей – гиперсенситивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуховой сенсорной системы;
3. глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»);
4. мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» («папа», «баба»), «дай» редко и без обращения;
5. детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним;
6. не указывают пальцем на интересующий объект;
7. не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими;
8. о витальных потребностях могут сигнализировать, но без обращения.

18 месяцев

Нормальное развитие	РАС
Двигательное и сенсорное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Ходит, бегаёт. • Перестаёт бросать игрушки на пол с расчётом, что поднимут и вернут, перестаёт тащить игрушки в рот. • Поднимает шарик Ø 3 мм точным пинцетным захватом. • Ест ложкой, пьёт из чашки самостоятельно. • Различает мелкие детали на картинках. • Демонстрирует хорошие возможности ототопики. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ходят либо крайне осторожно, либо порывисто, импульсивно. • Становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью. • Двигательные стереотипии носят вычурный характер. • Постукивания двумя первыми пальцами, три остальных прижаты к ладони. • Более высокий уровень ловкости в привычной обстановке, чем в непривычной. • Попытки развития навыков общей и тонкой моторики недостаточно успешны и неравномерны по результату. • У части детей – явное предпочтение использования периферического зрения. • Контакт «глаза в глаза» малодоступен. • Многие не любят яркого света, некоторые не боятся темноты, любят быть в тёмной комнате. • У многих сохраняется стремление к обнюхиванию и облизыванию.
Речевое развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Различает по назначению и названию многие предметы. • Выполняет простые инструкции, показывает части тела. • Использует в речи до двадцати и более слов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Речевое развитие искажено и нарушено в разной степени: мутизм; отдельные слова, слабо соотносимые с предметом; эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов. • В речи отсутствует обращение. • Понимание обращённой речи отстаёт от нормы, но иногда маскируется ассоциативными реакциями. • Отставание формирования речевого слуха.
Коммуникативное развитие	
<p>Протодекларативно указывает на объект, выражая интерес (совместное внимание), просит о помощи, использует жест, мимическую экспрессию.</p>	<p>Вместо обращения за помощью – констатация потребностей. Речь, жесты, мимика, позные реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно. Иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания. У некоторых развиваются симбиотические отношения с матерью, у части детей – «не замечает», «не видит» мать.</p>
Социальное поведение и игра	
<p>Копирует действия взрослых, любит сидеть на коленях и чем-нибудь заниматься (например, рассматривать книги). Начинает проситься на горшок. Эмоционально зависим от взрослых. Осмысленно играет с игрушками, в играх есть социо-имитативные и сюжетные элементы.</p>	<p>Отвержение помощи при обучении и в быту или, наоборот, чрезмерная зависимость от неё; стремление к постоянству в окружающем. Неразвито двигательное подражание. Запоздывание формирования бытовых навыков, навыков самообслуживания и опрятности. Диссоциация в применении навыков в спонтанной и произвольной ситуациях. Игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишенная подражательности и элементов сюжета, часто используются неигровые предметы.</p>

Описав характерные изменения в поведении 18-месячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Крайне осторожная, либо порывистая, импульсивная ходьба свойственна детям:

1. с наследственными атаксиями;
2. синдром Мартина Бела.

Мутизм – может являться симптомом такого заболевания, как «приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)». При синдроме Ландау-Клеффнера ранее нормально развивавшийся ребенок теряет способность понимать обращенную к нему речь и говорить. В некоторых случаях потеря речи происходит постепенно и может растягиваться во времени до полугода, но чаще случается внезапно. Слух и невербальный интеллект при этом не страдают.

Наряду с указанными нарушениями возникают пароксизмальные изменения на ЭЭГ, чаще всего двусторонние, в области височной коры. При этом развернутые судорожные пароксизмы наблюдаются далеко не всегда. Период между появлением изменений на ЭЭГ или судорожных припадков и потерей речи может быть разным. Одно событие может опережать другое на срок от одного месяца до двух лет. Для данного синдрома особенно характерно тяжелое поражение рецептивной (импрессивной, сенсорной) стороны речи, т.е. нарушение способности понимать обращенную речь. Обычно это нарушение является первым проявлением болезни.

Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:

1. становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью;
2. у части детей – явное предпочтение использования периферического зрения;
3. контакт «глаза в глаза» малодоступен;
4. эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов;
5. в речи отсутствует обращение;
6. речь, жесты, мимика, позные реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно;
7. иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания;
8. игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишенная подражательности и элементов сюжета, часто используются

нейгровые предметы – игрушки могут заменять бытовые предметы, очень часто это бывают веревочки, провода и т.п.

24 месяца

Нормальное развитие	РАС
Двигательное и сенсорное развитие, действия с предметами	
<ul style="list-style-type: none"> • Бегаёт, может пинать мяч ногой, поднимается и спускается по ступенькам, держась за руку или за перила. • Пробует ловить мяч. • Строит башню из 6-7 кубиков, рисует карандашом или фломастером круговые караули. • Выявляется, как правило, право/леворукость, определяет и называет картинки и предметы при проверке остроты слуха, выполняет простые команды. 	<ul style="list-style-type: none"> • В части случаев регресс в двигательной сфере. Практически всегда отставание от уровня возрастной нормы. • В произвольных движениях мешковатость, неуклюжесть, хотя в спонтанной двигательной активности нередко пластичность в сочетании с дисметричностью. • Много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекладывания из руки в руку и др. • В части случаев – несоответствие успешности выполнения трудностям моторного задания. • В сенсорном развитии – то же, что и в 18 мес., иногда обострение нетипичных проявлений и страхов, связанных с сенсорным восприятием. • Отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях).
Речевое развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Использует не менее пятидесяти слов. • Распознаёт и называет части тела и часто встречающиеся объекты. • В речи появляются двух- и трёх-сложные фразы. 	<ul style="list-style-type: none"> • У части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма. • В других случаях – слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и частоagramматичные, редко – «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь.
Коммуникативное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> • Обращается за помощью, задаёт вопросы об окружающем. • Опознаёт и называет близких людей на фотографии. • В общении использует не только речь, но и жест, мимику. 	<ul style="list-style-type: none"> • В части случаев регресс речевого развития до мутизма или отдельных слов-штампов или фраз-штампов, увеличение доли эхололий, аgramматизмов, обеднение просодики. • Основное: недоразвитие и/или нарушение коммуникативной функции речи, неиспользование в целях общения невербальных средств. • Многие не узнают на фотографиях близких и себя.
Социальное поведение и игра	
<ul style="list-style-type: none"> • Играет в подражательные социально-имитативные игры с игрушками (например, заварить чай, налить его в чашки и напоить чаем кукол), иногда в игре есть элементарный сюжет. • Играет чаще вблизи других детей, чем с ними. • Требует внимания родителей, эмоционально зависим от них, негативно реагирует на невыполнение просьб и требований. Частично может одеваться и раздеваться, владеет навыками опрятности. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отношение к контакту с другими людьми амбивалентное, контакты с детьми игнорируются, нередко отмечается страх детей. Даже с близкими общение в основном формальное и ограниченное. • Реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует. • Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённом объекту, сам к интересующим его объектам привлечь внимание других не стремится). • В части случаев приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков. • Стремление к самостоятельности отсутствует или ослаблено и (или) искажено. • Приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков.

Описав характерные изменения в поведении 24-месячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Регресс в двигательной сфере – один из самых неоднозначных симптомов в детской неврологии и может являться симптомом таких разноплановых состояний как:

1. синдром Ретта;
2. новообразования в головном мозге, тогда возникающий двигательный дефицит будет связан с топическим расположением опухоли;
3. нарушения аминокислотного обмена, при болезни кленового сиропа, например, приступы атаксии могут быть расценены как регресс в двигательном развитии. Эпизоды атаксии при данном заболевании часто провоцируются инфекцией, хирургическими вмешательствами и др. В дальнейшем же развиваются умственная отсталость, дистония, атетоз, дизартрия, аксональная полинейропатия;
4. митохондриальная энцефаломиопатия;
5. болезнь накопления, в частности, при мукополисахаридозах;
6. нейродегенеративны процессы с ранним началом;
7. крайне редко, но может свидетельствовать о начинающейся демиелинизации.

Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:

1. много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекладывания из руки в руку и др.;
2. отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях);
3. у части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма. В других случаях – слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко – «нормально» развитая некоммunikативная «взрослая» речь;
4. с близкими общение в основном формальное и ограниченное;
5. реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует.

Диагностический алгоритм в отношении детей из группы риска по РАС

Итак, нами определена группа риска по развитию РАС, безусловно, часть детей может со временем самостоятельно компенсироваться и примкнуть к многочисленной когорте «субнормы», а часть детей будет требовать повышенного внимания следующих специалистов:

1. психоневролога (невролога);
2. педиатра;
3. психиатра;
4. психолога;
5. логопеда-дефектолога.

Динамическое наблюдение за ребенком из группы риска по развитию РАС должно включать не только своевременный динамический осмотр пациента, но и при необходимости видеофиксацию патологических состояний как в семье, так и в медицинских учреждениях для более детальной оценки.

Таким образом можно сформировать диагностический алгоритм в отношении детей из группы риска по РАС, разделив симптоматику на возможную для выявления во время планового осмотра как неврологом, так и педиатром и на дополнительные показатели, наличие которых надо уточнить у родителей ребенка.

3 месяца	
Патологический симптом, доступный оценке при осмотре в декретированные сроки	Дополнительные данные от родителей ребенка
<ul style="list-style-type: none"> • Зрительное сосредоточение отсутствует • Темповая задержка моторного развития (неуверенно держит голову) 	<ul style="list-style-type: none"> • Расщеплённый захват большим и указательным пальцами, нередко волос матери с кручением их двумя первыми пальцами, напоминающим «сучение пряжи». • В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные.
6 месяцев	
<ul style="list-style-type: none"> • Не может ухватить игрушку. • Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет. • Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения. • Нет гуления. 	<ul style="list-style-type: none"> • Задержка узнавания лица матери. Не дифференцирует мать. • Не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки. • Не пытается подражать. • Часто раскачиваются на локтях и коленях.
12 месяцев	
<ul style="list-style-type: none"> • Нарушено понимание обращенной речи, не выполняет простые инструкции. • Походка «деревянная», порывистая, некоординированная. • Задержка развития мелкой моторики. • На собственное имя не реагирует. 	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксирует взгляд на объектах со спокойной, монотонной динамикой: текущая вода, сыплющийся песок и т.п. • Глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»). • Настойчивый поиск определённых зрительных ощущений. • Детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним. • Не указывают пальцем на интересующий объект. • Не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими. • Отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом.

18 месяцев	
<ul style="list-style-type: none"> • Речевое развитие искажено и нарушено в разной степени: мутизм; отдельные слова, слабо соотносимые с предметом; эхолалии. • Понимание обращённой речи отстаёт от возрастной нормы. • В речи отсутствует обращение. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отмечаются серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью. • Двигательные стереотипии носят вычурный характер. Постукивания двумя первыми пальцами, три остальных прижаты к ладони. • Более высокий уровень ловкости в привычной обстановке, чем в непривычной. • Слова-штампы, фразы-штампы. • Запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов. • Стремление к постоянству в окружающем. • Не развито двигательное подражание. • Запаздывание формирования бытовых навыков, навыков самообслуживания и опрятности.
24 месяца	
<ul style="list-style-type: none"> • Много повторяющихся манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекалывания из руки в руку. • Увеличение доли эхолалий, аграмматизмов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Много повторяющихся манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекалывания из руки в руку. • Увеличение количества эхолалий, аграмматизмов. • Дети не узнают на фотографиях близких и себя. • Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённому объекту, сам к интересующим его объектам привлечь внимание других не стремится). • В части случаев приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков. • Стремление к самостоятельности отсутствует или ослаблено и (или) искажено.

Безусловно, данный алгоритм может быть дополнен достаточно простым в использовании опросником, разработанным американскими специалистами – М-СНАТ (см. приложение) и более затратный по времени и методическим пособиям – детский тест расстройств спектра аутизма (CAST), ранее известный как детский тест синдрома Аспергера.

Заключение

В настоящее время не существует медикаментозных методик для лечения расстройств аутистического спектра. В этом можно быть совершенно уверенными, так как с момента описания аутизма на детях, подростках и взрослых с аутизмом попробовали все препараты, какие только можно. Это относится и к препаратам, которые активно назначаются в России – нейрорептиками, ноотропы, но ничто из них не действует на ключевые симптомы аутизма. Препараты не могут развить речь, улучшить социальное поведение, нет лекарств, которые научат пользоваться туалетом, дружить и играть с другими детьми.

ООН очень четко определила суть проблемы – чем больше будет известно об этом состоянии, тем сильнее консолидируются все силы – и общественные, и профессиональные, и властные – в решении этой проблемы. Аутисты очень перспективны, они поддаются успешной коррекции, адаптации, обучению.

А от рождения ребенка с аутизмом не застрахована ни одна семья.

Приложение М-ЧАТ

Пожалуйста, заполните анкету об обычном поведении Вашего ребенка. Попробуйте ответить на каждый вопрос. Если какое-то поведение встречается редко (вы наблюдали его только один-два раза), то правильно ответить отрицательно, т.е. что такое поведение не наблюдается.

Нравится ли Вашему ребенку играть в «ехали с орехами» или просто, когда его раскачивают на колене?	Да	Нет
Проявляет ли Ваш ребенок интерес к другим детям?	Да	Нет
Любит ли Ваш ребенок лазить, карабкаться, забираться на предметы и вверх по лестнице?	Да	Нет
Любит ли Ваш ребенок играть в прятки?	Да	Нет
Нравится ли Вашему ребенку играть «понарошку», например, как будто он говорит по телефону, заботится о кукле или повторяет какое-то другое поведение?	Да	Нет
Использует ли Ваш ребенок указательный палец, чтобы указать или попросить что-либо?	Да	Нет
Использует ли Ваш ребенок указательный палец, чтобы указать или проявить интерес к чему-либо?	Да	Нет
Играет ли Ваш ребенок с маленькими игрушками (например, машинкой или кубиками) по назначению, или только кусает, бросает и крутит их?	Да	Нет
Приносит ли иногда Ваш ребенок что-нибудь показать Вам (родителю)?	Да	Нет
Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем одной-двух секунд?	Да	Нет
Кажется ли Вам, что Ваш ребенок чрезмерно чувствителен к шуму? (Например, затыкает уши.)	Да	Нет
Отвечает ли Ваш ребенок улыбкой, когда видит Ваше лицо или в ответ на Вашу улыбку?	Да	Нет
Подражает ли Ваш ребенок Вам? (Например, если Вы сгримасничаете, будет ли Ваш ребенок имитировать Ваше лицо?)	Да	Нет
Отзывается ли Ваш ребенок на имя, когда Вы зовете его/ее?	Да	Нет
Если Вы указываете на игрушку, находящуюся на другой стороне комнаты, посмотрит ли Ваш ребенок на нее?	Да	Нет
Умеет ли Ваш ребенок ходить?	Да	Нет
Смотрит ли Ваш ребенок на вещи, если Вы сами смотрите на них?	Да	Нет
Любит ли Ваш ребенок производить необычные движения пальцами близко к его/ее лицу?	Да	Нет
Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он/она занимается?	Да	Нет
Казалось ли Вам когда-нибудь, что Ваш ребенок глухой?	Да	Нет
Понимает ли Ваш ребенок, о чем говорят окружающие?	Да	Нет
Смотрит ли иногда Ваш ребенок в никуда, бродит ли без цели?	Да	Нет
Проверяет ли Ваш ребенок реакцию на Вашем лице, если сталкивается с чем-то новым?	Да	Нет

Инструкция по интерпретации М-ЧАТ

Ребенок не проходит тест при двух или более несовпадающих ответах на критические вопросы или трех несовпадающих ответах на любые вопросы. Ответы **Да/Нет** преобразуются в **прошел/не прошел**. Ниже перечислены ответы, соответствующие коду «не прошел» по каждому вопросу М-ЧАТ. **Жирный** заглавный шрифт относится к критическим вопросам.

Не все дети, которые не прошли тест М-ЧАТ, удовлетворяют критериям для диагностики заболеваний из спектра аутизма. Однако детям, которые не прошли тест, требуются углубленное обследование врачом или направление на проверку развития к специалисту.

1. Нет	6. Нет	11. Да	16. Нет	21. Нет
2. НЕТ	7. НЕТ	12. Нет	17. Нет	22. Да
3. Нет	8. Нет	13. НЕТ	18. Да	23. Нет
4. Нет	9. НЕТ	14. НЕТ	19. Нет	
5. Нет	10. Нет	15. НЕТ	20. Да	