

В.Э.Пашковский, И.В.Макаров

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2023**

УДК 618.8

ББК 56.12

П22

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Рецензенты:

Гречаний Северин Вячеславович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.

Фесенко Юрий Анатольевич – доктор медицинских наук, заведующий психотерапевтическим отделением СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения “Детская психиатрия” им. С.С.Мнухина» Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Пашковский, Владимир Эдуардович

П22 Расстройства аутистического спектра / В.Э.Пашковский, И.В.Макаров. – Москва : МЕДпресс-информ, 2023. – 168 с. : ил.
ISBN 978-5-907632-70-7

Проблема расстройств аутистического спектра в настоящее время является одной из наиболее изучаемых в детской психиатрии. Представления об аутизме научного сообщества и социума в целом претерпевают значительные изменения в очень быстром темпе, что находит отражение в существенном изменении разделов, посвященных этому расстройству, новых международных классификациях. Данная книга написана в русле идей и методов основоположника санкт-петербургской школы детской психиатрии профессора С.С.Мнухина об органической природе аутизма и нарушении работы аппаратов, ответственных за энергетическое обеспечение головного мозга. В монографии представлены современные данные об этиологии и патогенезе аутизма, рассматриваются его клинические проявления в поперечном и продольном разрезах, приводятся диагностические критерии расстройства аутистического спектра в соответствии с DSM-5 и МКБ-11. Большое внимание уделяется регрессивным формам психического развития, дифференциальной диагностике аутизма и умственной отсталости, ошибкам в диагностике. Проведен анализ современных методов лечения. Кроме того, учитывая тот факт, что некоторые проявления аутизма встречаются и у обычных детей, в монографию включена глава о нейротипичном развитии.

Книга предназначена в первую очередь врачам-психиатрам, особенно детским, но будет интересна и широкому кругу специалистов разного профиля (врачам, психологам, тьюторам и т.д.), занимающихся проблемой расстройств аутистического спектра.

УДК 618.8

ББК 56.12

ISBN 978-5-907632-70-7

© Пашковский В.Э., Макаров И.В., 2023

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие (<i>В.Э.Паиковский</i>)	6
Глава 1. Современное состояние проблемы расстройств аутистического спектра (<i>В.Э.Паиковский</i>)	8
Глава 2. Нейротипичное развитие ребенка (<i>В.Э.Паиковский</i>)	16
Проблема психического развития ребенка в психоанализе	16
Культурно-историческая теория развития	18
Когнитивная теория развития	24
Глава 3. Этиология и патогенез детского аутизма (<i>В.Э.Паиковский</i>)	27
Генетические факторы	27
Нейроанатомия аутизма	29
Концепция синаптической обрезки	34
Иммунная система и аутизм	35
Нейровоспаление и аутизм	36
Эндокринная система и аутизм	36
Глава 4. Клиническая картина аутизма (<i>В.Э.Паиковский</i>)	38
Сенсорные аномалии	40
Двигательные аномалии	42
Социальное взаимодействие	43
Нарушения речи при РАС	44
Другие симптомы при РАС	46
Течение детского аутизма	51
Коморбидность	61
Аутизм у взрослых	62
Глава 5. Синдромальные формы детского аутизма (<i>В.Э.Паиковский</i>)	67
Синдром ломкой X-хромосомы	67
Синдром делеции 22q11.2	70
Комплекс туберозного склероза	71
Синдром Ретта	72
Синдром Ландау–Клеффнера	74

Глава 6. Синдром Аспергера, высокофункциональный аутизм, савантизм (<i>В.Э.Паиковский</i>)	77
Синдром Аспергера	77
Высокофункциональный аутизм	82
Синдром саванта	83
Глава 7. Обратимая психическая регрессия у детей (<i>И.В.Макаров</i>)	87
Глава 8. Психическая атония у детей и детский аутизм (<i>И.В.Макаров</i>)	92
Глава 9. Ошибки в диагностике детского аутизма (<i>И.В.Макаров</i>)	98
Глава 10. Профилактика и лечение аутизма (<i>В.Э.Паиковский</i>)	107
Профилактика	107
Лечение	108
Заключение	115
Приложения	116
Приложение 1. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста	116
Приложение 2. Классификация МКБ-10	120
Приложение 3. Классификация МКБ-11	123
Приложение 4. Классификация DSM-5	138
Литература	152

ПРЕДИСЛОВИЕ

Не будет преувеличением сказать, что проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является наиболее изучаемой в детской психиатрии. Параллельно с накоплением знаний в этой области возрастает количество нерешенных вопросов и белых пятен. Хочется провести аналогию с изучением Луны. До наступления космической эры о Луне, благодаря трудам Аристарха Самосского и Галилео Галилея, казалось, известно все. Но только после появления летательных аппаратов круг непознанного значительно расширился и продолжает расширяться: например, присланные космическим зондом на Землю фотоснимки вызвали бурю удивления в научной среде – оказалось, что на дне нескольких кратеров, расположенных в южном полушарии Луны, вероятно, находится... замерзшая вода!

Вернемся к аутизму. В МКБ-10 (1998) в диагностических указаниях отмечалось, что при аутизме предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет. Но появились работы, где указывается, что в ходе мониторинга ни один из детей, включенных в исследование, не соответствовал описанной L.Kanner (1943) модели раннего начала, включающей глубокие социально-аффективные нарушения, начинающиеся в первые месяцы жизни (Bryson S.E. et al., 2007). Если считать непреложным тот факт, что работ об аутизме публикуется очень много, каждый автор должен ответить на вопрос, чем отличается его труд от многих других. Данная книга написана в русле идей и методов основоположника санкт-петербургской школы детской психиатрии профессора С.С.Мнухина (1967) об органической природе аутизма и нарушении работы аппаратов, ответственных за энергетическое обеспечение головного мозга. В монографии представлены современные данные об этиологии и патогенезе аутизма, рассматриваются его клинические проявления в поперечном и продольном разрезах. Большое внимание уделяется регрессивным формам психического развития, дифференциальной диагностике аутизма и умственной отсталости, ошибкам в диагностике. Проведен анализ современных методов лечения. Кроме того, учитывая тот факт, что некоторые проявления аутизма встречаются и у обычных детей, в монографию включена глава о нейротипичном развитии.

Немного о термине «расстройство аутистического спектра». Он представляет собой «зонт», под которым то появляются, то исчезают вовсе различные нозологические единицы, например синдром Ретта или синдром Аспергера. Авторы присоединяются к мнению L.Mottron и D.Bzdok (2020)

о том, что широко признанная неоднородность спектра аутизма не является биологическим фактом природы, а понятие РАС не имеет силы научного факта, вытекающего из эмпирически и логически обоснованного исследования. Наше нынешнее представление о РАС отчасти является результатом нашего невежества, подкрепленного неконкретными критериями и стремлением к консенсусу.

Вместе с тем понятие РАС настолько сильно вошло в научный обиход, что авторы не смогли от него отказаться. В книге используется два термина: РАС, который понимается нами как объект, и «аутизм», или «детский аутизм», – как клинический фенотип.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В 2023 г. исполняется 80 лет со дня публикации классической работы L.Kanner «Аутистические нарушения аффективного контакта» (Kanner L., 1943). За эти годы произошло много событий. Увеличивалась распространенность, менялись диагностические рамки, на смену первоначальному термину «детский аутизм» пришел термин «расстройства аутистического спектра». Не совсем ясно, какие конкретные расстройства включаются в понятие РАС: то ли все общие расстройства развития в полном объеме, то ли некоторые из них. Уточнение было внесено в DSM-5 (2013). Согласно этой классификации лицам с диагнозами «аутистическое расстройство», «синдром Аспергера» или «общее расстройство развития, неуточненное» устанавливается диагноз «расстройство аутистического спектра». Какие же расстройства, включенные в РАС, преобладают? В статье E.Fombonne (2009), в которой были рассмотрены результаты 43 исследований, опубликованных с 1966-го по 2009 г., указано, что самым частым является PDD-NOS (общее расстройство развития, неуточненное; класс расстройств в DSM-IV) – 60–70/10 000. Итак, мы констатируем, что в структуре РАС наибольший удельный вес занимает не каннеровский аутизм, а PDD – самая неопределенная и неуточненная патология. По нашему мнению, высказанному на XVII съезде психиатров России, укоренение термина РАС имеет скорее социальные, чем медицинские, причины и малоприспособно для исследовательских целей. Вместе с тем, в связи с широким использованием термина РАС в литературе, мы не можем его полностью игнорировать (Пашковский В.Э., Макаров И.В., 2021). Поэтому, отдавая предпочтение термину «детский аутизм», мы используем РАС при цитировании и обсуждении литературных источников, где этот термин упоминается.

Современное состояние проблемы РАС отражено в резолюции 67-й сессии Всемирной организации здравоохранения (Sixty-seventh World Health Assembly, 2014).

1. РАС включают ряд нарушений развития, характеризующихся расстройством функций, связанных с созреванием центральной нервной системы (ЦНС). Этот общий термин охватывает такие состояния, как аутизм, детское дезинтегративное расстройство и синдром Аспергера. Эти расстройства характеризуются разнообразным сочетанием нарушенной способности к взаимному социально-коммуникативному взаимодействию

и ограниченного, стереотипно повторяющегося репертуара интересов и действий.

2. Лица с РАС могут иметь сниженные общие интеллектуальные способности и приступы эпилепсии в подростковом возрасте. Уровень интеллектуального функционирования чрезвычайно вариабелен: от глубоких нарушений до превосходных невербальных когнитивных навыков. Конкретные познавательные способности часто ассоциируются с музыкой или счетом. РАС начинаются в детстве, но имеют тенденцию сохраняться в подростковом и взрослом возрасте. В большинстве случаев развитие является аномальным с младенчества, и, лишь за немногими исключениями, эти состояния проявляются в течение первых пяти лет жизни.

3. Выявление РАС в возрасте около 12 мес. затруднено, но диагноз обычно возможен в возрасте двух лет. Характерные особенности начала включают задержку в развитии или временный регресс языковых и социальных навыков и повторяющиеся стереотипные модели поведения. Кроме того, основные расстройства сочетаются со страхами, другими фобиями, нарушениями сна и приема пищи, раздражительностью, приступами гнева и агрессии. Довольно распространены самоповреждения (например, укусы запястий), особенно когда есть ассоциированное нарушение интеллектуального развития.

4. Имеющиеся научные данные свидетельствуют о том, что различные факторы, как генетические, так и экологические, способствуют возникновению РАС, влияя на раннее развитие мозга. Доступные эпидемиологические данные убедительно доказывают отсутствие причинно-следственной связи между вакцинарованием против кори, эпидемического паротита и краснухи и РАС. Предыдущие исследования, предполагающие эту причинно-следственную связь, содержали серьезные методологические недостатки. Также нет никаких доказательств того, что какая-либо детская вакцина увеличивает риск развития у ребенка РАС.

5. Недавние обзоры оценивают глобальную медианную распространенность РАС в 62/10 000, т.е. у одного ребенка из 160 имеются РАС и последующая инвалидность. Эта оценка представляет собой среднее число, и сообщаемая распространенность существенно различается в разных исследованиях. Однако в некоторых хорошо контролируемых исследованиях заявленные показатели значительно выше. Региональные оценки распространенности РАС доступны для Европейского региона и регионов Северной и Южной Америки. Они статистически не различаются: для Европы средний показатель составляет 61,9/10 000 (диапазон 30,0–116,1/10 000), а для Америки медиана составляет 65,5/10 000 (диапазон 34–90/10 000). Напротив, во многих частях мира, включая Африку, оценки распространенности либо отсутствуют, либо носят предварительный характер. Исключение составляет Китай – страна с высокой доходностью и относительно большой доказательной базой.

В РФ государственный статистический учет детского аутизма ведется с 2015 г. Нами было проведено описательное эпидемиологическое исследование, в котором анализировалась общая заболеваемость в РФ и 4 регионах – Северо-Западном федеральном округе (СЗФО), Южном федеральном округе (ЮФО), Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО) и Приволжском федеральном округе (ПриФО) (Пашковский В.Э., Селиванова О.А., 2022). Материалом исследования послужили данные формы федерального статистического наблюдения №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» за период с 2015-го по 2020 г. Прирост (%) вычислялся по формуле:

$$P = [(N_{2020} \cdot 100) : N_{2015}] - 100,$$

где P – прирост, а N – число пациентов.

Общая заболеваемость по округам отражена в таблице 1.1.

Анализируя относительные показатели (на 100 тыс. детского населения), можно констатировать заметный прирост общей заболеваемости – от 103,8% (СКФО) до 141,8% (СЗФО). Однако показатель численности на 100 тыс. соответствующего населения колеблется в 2020 г. от 16,2 (СЗФО) до 30,9 (ЮФО).

Таким образом, полученные результаты подтверждают тенденцию увеличения распространенности аутизма с одной стороны и подверженности его колебаниям с другой. По данным E.Fombonne (2003; 2018), первые исследования аутизма представляли собой простой подсчет детей, у которых уже был диагностирован тяжелый фенотип аутизма и которые

Таблица 1.1. Общая заболеваемость детским аутизмом по федеральным округам РФ в 2015–2020 гг.

Регион	Показатель	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Прирост 2015/2020, %
СЗФО	Абс.	928	1095	1432	1636	1823	2265	141,8
	На 100 тыс.	6,7	7,9	10,3	11,7	13,0	16,2	
ЮФО	Абс.	2352	2989	3499	4006	4422	5093	114,6
	На 100 тыс.	14,4	18,2	21,3	24,4	26,9	30,9	
СКФО	Абс.	753	882	882	1093	1346	1579	103,8
	На 100 тыс.	7,8	9,0	9,0	11,1	13,6	15,9	
ПриФО	Абс.	2891	3615	4306	5000	5880	6644	134,0
	На 100 тыс.	9,7	12,2	14,6	17,0	20,0	22,7	
РФ	Абс.	17 819	22 365	26 633	31 415	36 634	42 365	136,9
	На 100 тыс.	12,2	15,2	18,1	21,4	25,0	28,9	

проживали в небольших, ограниченных географических районах. Распространенность была низкой: от 0,4 до 2/1000 в 1960-х и 1970-х годах. Сегодня методология опросов усложнилась; исследования включают большие популяции, стратифицированные выборки и полагаются на сложные наборы скрининговых мероприятий, за которыми следуют некоторые формы процедур подтверждения диагноза. Тем не менее, как это ни удивительно, стандартизированной методологии исследования аутизма не существует. Каждый опрос имеет уникальные особенности дизайна, которые отражают местную инфраструктуру образовательных и медицинских услуг и текущую социальную политику в отношении детей с ограниченными возможностями, разные опросы включают или не включают родителей, учителей и субъектов с РАС и полагаются на различные инструменты и методы скрининга и диагностики. Таким образом, оценивать различия в распространенности между исследованиями опасно и невозможно определить, вызваны ли наблюдаемые расхождения факторами метода или истинными различиями в популяционных параметрах. Эволюция американской классификации DSM сопровождалась 20-кратным увеличением зарегистрированной распространенности РАС за последние 30 лет, которая в настоящее время достигла в США более 2% (Kogan M.D. et al., 2018).

На первый взгляд, критерии, как в МКБ-11, так и в DSM-5 (табл. 1.2), отличаются друг от друга незначительно. Вместе с тем многие из этих критериев недостаточно прояснены. Во-первых, главным при РАС считается нарушение социального взаимодействия, диагностируемое в раннем детском возрасте. Социальная функция не возникает раз и навсегда. Она формируется в онтогенезе с 2 мес. в виде комплекса оживления, все время усложняясь. Поэтому диагностическую ценность данный признак будет иметь, если есть указания, в каком возрасте и какие элементы этой функции были нарушены. Во-вторых, заслуживает внимания пункт Е в определении DSM-5. Он означает, что диагностировать РАС следует только в том случае, если имеющиеся нарушения невозможно объяснить умственной отсталостью. Внедрение стандартизированных ретроспективных (Lord S. et al., 1994) и наблюдательных диагностических инструментов (Lord S. et al., 1989) в диагностический процесс не ограничило тенденцию расширительной диагностики и, возможно, даже способствовало ей в клинических условиях из-за их недостаточной специфичности по отношению к другим психическим заболеваниям детского возраста (Molloy S.A. et al., 2011).

Рассматривается много причин увеличения распространенности РАС. Суть наиболее сильной гипотезы, принадлежащей L.Mottron и D.Bzdok (2020), сводится к тому, что фрагментация фенотипа аутизма на многомерные «аутистические черты» приводит к предполагаемому распознаванию симптомов, подобных аутизму, при любом психическом расстройстве или нарушении развития нервной системы, а также у лиц, все более отдаленных от типичной популяции, и преждевременно игнорирует актуальность

Таблица 1.2. Определение РАС в международных классификациях (МКБ-11, 2021; ICD-11..., 2022; DSM-5, 2013)

МКБ-11	DSM-5
<p>РАС характеризуется стойким снижением способности инициировать и поддерживать социальные взаимодействия и коммуникацию, а также рядом ограниченных и повторяющихся негибких паттернов поведения, интересов или занятий, которые явно нетипичны или избыточны для возраста и социокультурного контекста. Дебют расстройства происходит на определенном этапе развития, обычно в раннем детстве, но симптомы могут полностью проявляться позднее, когда социальные потребности начинают превышать ограниченные возможности. Снижение является достаточно выраженным, чтобы вызвать нарушения в личной, семейной, учебной, профессиональной и других сферах функционирования, и обычно проявляется повсеместно, хотя могут быть различия в зависимости от социального, учебного или какого-либо другого контекста. В рамках данного спектра возможен целый ряд нарушений с учетом уровня интеллектуального развития и сохранности речевых функций</p>	<p>А. Стойкие дефициты социальной коммуникации и социального взаимодействия в различных контекстах, что проявляется в настоящее время или проявлялось в прошлом.</p> <p>В. Ограниченные, повторяющиеся модели поведения, интересов или действий, проявляющиеся в настоящее время или проявлявшиеся в прошлом.</p> <p>С. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития, но не проявляются, пока социальные требования не превышают ограниченные возможности.</p> <p>Д. Симптомы вызывают клинически значимые нарушения в социальной, профессиональной и других сферах жизни, затрагивают важные области текущего функционирования.</p> <p>Е. Эти нарушения нельзя объяснить умственной отсталостью (нарушением умственного развития) или общей задержкой развития</p>

диагностического порога. Со временем оказалось, что для клинической диагностики аутизма требуется значительно меньше симптомов, по крайней мере для тех детей, у которых диагноз был установлен после дошкольного возраста. Полученные данные подтверждают мнение о том, что наблюдаемое увеличение числа диагнозов аутизма является, по крайней мере частично, побочным продуктом изменений в клинической практике (Arvidsson O. et al., 2018). Некоторые авторы полагают, что улучшению диагностики будет способствовать широкое применение тестов. Однако среди многообразия скрининговых тестов, применяемых для подтверждения или исключения у ребенка аутизма, наиболее распространенными являются M-CHAT, CARS, CASD и др. Данные методики являются, по сути, развернутыми картами наблюдения и дают возможность выявить ключевые признаки эмоционального неблагополучия у детей. Однако широкое распространение среди отечественных специалистов осложняется необходимостью адаптации теста, инструкций к его проведению и правил применения

мать единой с ним/ней и, таким образом, исследует свое окружение, сохраняя при этом оптимальное расстояние. На восприятие ребенком мира, который он или она открывает, влияют реакции матери и ее готовность успокоить, когда переживания могут быть пугающими или болезненными;

в) сближение: 14–24 мес. В этот момент желание ребенка достичь независимости омрачено страхом быть покинутым. Поэтому ребенок стремится поддерживать близость к воспитателю, занимаясь исследованием. Этот этап необходим для развития устойчивого самоощущения;

г) постоянство объекта. Успешное завершение этого этапа знаменует собой развитие интернализированной ментальной модели матери, которая бессознательно сопровождает и поддерживает ребенка, даже когда они физически разлучены. Кроме того, начинает развиваться чувство индивидуальности. Степень амбивалентности интернализированной модели предполагает формирование здоровой самооценки и уверенности в себе.

Начало младенческого возраста совпадает с окончанием кризиса новорожденности. Демаркационная линия проходит между 2-м и 3-м месяцами жизни ребенка. Начинается деятельность, выходящая за пределы сна, питания, крика. В этом возрасте формируется комплекс оживления и появляется речевая деятельность. Комплекс оживления – это совокупность проявлений, подробно изученный Н.М.Щеловановым («Развитие и воспитание...», 1969) и описанный Н.Л.Фигуриным и М.П.Денисовой (1949): «Ребенок гулит, вскидывает руки, перебирает ногами – вот типичная картина реакции оживления».

Комплекс оживления включает четыре основных компонента:

- 1) замирание и зрительное сосредоточение – долгий, пристальный взгляд на взрослого;
- 2) улыбку, выражающую радостные эмоции ребенка;
- 3) двигательное оживление – движения головы, вскидывание ручек и ножек, прогибание спинки и пр.;
- 4) вокализации – вскрики, гуканье, гуление.

Началом оформления комплекса оживления может служить появление улыбки, приходящееся в среднем на первую неделю 2-го месяца жизни. Позднее к улыбке присоединяется гуление и еще один новый элемент – движение. К концу 2-го месяца формирование комплекса оживления уже обычно завершается. Начиная с 4-го месяца комплекс оживления, как правило, заменяется дифференцированными реакциями более сложного характера и перестает существовать как особая целостная структура. Своевременность появления и степень выраженности комплекса оживления – основной критерий нормативности психического развития ребенка в первом полугодии жизни.

В период от 0 до 3 лет формируются навыки самообслуживания. К 3 годам ребенок пользуется ложкой, незначительно проливая жидкую пищу, приобретает контроль над сфинктерами, пользуется горшком, имити-

ГЛАВА 7. ОБРАТИМАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ РЕГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ

Сложной проблемой в плане дифференциальной диагностики является приобретенное нарушение развития ребенка, следующее за условно благоприятным его этапом в течение первого, а иногда и второго года жизни. При этом достаточно часто от некоторых специалистов можно слышать, что подобное нарушение развития ребенка, по сути его отбрасывание назад в ряде уже приобретенных навыков и умений, а также в речевой функции, обусловлено исключительно детским аутизмом. Такая позиция вряд ли научно обоснована, а состояние каждого конкретного пациента требует всестороннего анализа возможных причин, динамики и симптоматики заболевания, вероятного прогноза.

Данные нарушения носили названия «обратимая деменция» (Винокурова А.И., 1936), «обратимое слабоумие» (Барыкина А.И., 1953), «расстройства регрессивного спектра» (Малинина Е.В., 2007), «аутистическая регрессия» (Ozonoff S., Iosif A.M., 2019; Thurm A. et al., 2014), «психический регресс» и «когнитивная регрессия» (Barger B.D. et al., 2013), «регрессивные психические расстройства» (Barger B. et al., 2017) и др. При этом явления обратимой психической регрессии оценивались по-разному: в рамках шизофрении (Симсон Т.П., 1948; Sahoo T. et al., 2011), раннего детского аутизма (Башина В.М. и др., 2003), детского дезинтегративного расстройства (Thomas M.S. et al., 2011; Westphal A. et al., 2013), деменции (Винокурова А.И., 1936), поствакцинальных осложнений (Thurm A. et al., 2014; Verity C. et al., 2010), инфекционных заболеваний (Гуревич М.О., 1934) и др.

Этиологическая классификация обратимой регрессии была описана неврологами T.Smith и D.Ram (2019):

1. Неврологические не дегенеративные заболевания:
 - а) опухоли головного мозга;
 - б) аутизм;
 - в) эпилепсия;
 - г) другие (интоксикации, дефицит витамина В₁₂, редкие случаи побочных эффектов от приема карбамазепина).
2. Неврологические дегенеративные заболевания:
 - а) приобретенные (энцефалиты, энцефалопатии);
 - б) нейрометаболические;
 - в) другие генетические нейродегенеративные состояния (синдром Ретта и т.п.).

3. Не неврологические:

- а) психологические (психотравмирующие ситуации);
- б) инфекционные заболевания.

Е.В.Малинина (2007) указала на регрессию у детей в четырех нозологических группах: ранняя детская шизофрения с кататоно-регрессивной симптоматикой, эпилепсия, регрессивный детский аутизм с синдромом Каннера и невротические расстройства. По итогу исследования автор пришла к выводу о нозологической неспецифичности обратимой регрессии, но отметила зависимость тяжести регрессии от возраста ее начала.

О.З.Хайретдинов и Л.И.Рубакова (2017) описали три типа регрессии у детей с детским аутизмом, синдромом Аспергера, детским типом шизофрении и атипичным аутизмом:

- 1) психогенно-реактивный;
- 2) экзогенно-органический;
- 3) эндогенно-процессуальный.

Несмотря на то что обзоры научной литературы обычно отмечают возникновение регрессии в период от 15 до 30 мес., до сих пор не проведено ни одного исследования, подтверждающего возрастные рамки данного феномена. Проблема заключается в так называемом эффекте телескопа (Lord C. et al., 2004), когда родители при опросе предоставляют неверную информацию о времени появления тех или иных симптомов, из-за чего точное установление временных рамок является затруднительным. В среднем при изучении обратимой регрессии отношение мальчиков к девочкам составляло 4,5:1, что коррелирует с гендерным соотношением детского аутизма.

V.Barger и соавт. (2013) провели масштабный метаанализ 85 статей и изучили 29 035 детей, страдающих аутизмом, из которых 32% были подвержены обратимой регрессии. Было показано, что регрессия происходит в среднем в 21 мес. на фоне относительного благополучия в первый год жизни. Они выяснили, что у детей с регрессией в 20% случаев наблюдается эпилептиформная активность на ЭЭГ, что свидетельствует о важности резидуально-органического фактора в развитии регрессии. Авторы отметили, что, хотя, обратимая регрессия не является специфичным симптомом ни для одного психического заболевания, она чаще встречается у детей с аутизмом, чем у детей с другими диагнозами.

Обратимая регрессия является постепенным длительным процессом и не относится к единовременной потере определенных функций организма, например в результате черепно-мозговой травмы (Holland J., Brown R., 2017). В отличие от задержки развития, при которой необходимые навыки не развиваются до момента, когда они должны наблюдаться в определенном возрасте, обратимая регрессия является процессом «обратного развития», при котором уже приобретенные навыки постепенно утрачиваются.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста

(Симашкова Н.В. и др., 2020)

Ф.И.О. родителя _____

Ф.И.О. ребенка _____

Возраст ребенка _____

Дата заполнения _____

Инструкция. Если вы наблюдали (или не наблюдали) у своего ребенка нижеописанное поведение, выберите соответствующий ответ: «да», «нет», «затрудняюсь ответить».

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1	Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со 2-го месяца жизни)?			
2	Смотрел ли ребенок в глаза в течение 1–2 с сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со 2-го месяца жизни?			
3	Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни?			
4	Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители?			
5	Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом сцеженное молоко принимал охотно?			

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
6	Тянулся ли ребенок на руки матери или другим близким, радовался пребыванию на руках?			
7	На 1-м году жизни в период бодрствования ребенок НЕ требовал к себе внимания матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д., или пассивно лежал, не реагируя на окружение)?			
8	Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.) начиная с возраста 5–6 мес.?			
9	Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт?			
10	Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам в 5–6 мес.?			
11	Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам: удерживает головку с 2 мес., сидит с 6 мес., ползает с 8 мес., ходит без поддержки с 12–14 мес.?			
12	Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам: агуканье с 1 мес., гуление с 2–3 мес., лепет («ба-ба-ба», «ма-ма-ма», «па-па-па», «та-та-та») с 6–8 мес., первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) к 1-му году?			
13	Отмечались ли у ребенка неоднократно на 1-м году жизни нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы, не связанные с физическим заболеванием? (имеющееся подчеркнуть)			
14	Использует ли ребенок указательный жест?			
15	Умеет ли ребенок пить из чашки?			
16	Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне») после 1 года?			
17	Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)?			

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
18	Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звуки, издаваемые животными; повышенный тон взрослых и др.)?			
19	Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)?			
20	Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»?			
21	Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужное подчеркнуть)			
22	Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли) как игрушками, предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.?			
23	Есть ли предметы (игрушки), с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)?			
24	Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные/вертикальные), однообразно возит, катает предметы (игрушки)?			
25	Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один?			
26	Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам?			
27	Имеются ли у ребенка 2-го года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения?			
28	Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)?			
29	Есть ли у ребенка однообразные движения (grimасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)?			
30	Замечали ли вы, что у ребенка имеются двойственные проявления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)?			

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
31	Задавал ли ребенок вопросы к концу 2-го года жизни?			
32	Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета?			
33	Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: переходящее косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, ходьба на цыпочках, кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистями рук? (имеющееся подчеркнуть)			
34	Используете ли вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)?			
35	Сколько времени в день ребенок проводит у телевизора/компьютера: до 0,5 ч, более 0,5 ч? (нужное подчеркнуть)			

Специалист проводит подсчет совпадений ответов с ключом методики.

Ключ методики

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	Нет	13	Да	25	Да
2*	Нет	14	Нет	26	Нет
3	Нет	15	Нет	27*	Да
4	Нет	16	Нет	28*	Да
5	Да	17	Да	29*	Да
6	Нет	18*	Да	30	Да
7	Нет	19	Нет	31	Нет
8	Нет	20	Да	32	Нет
9	Нет	21	Облизывает, обнюхивает	33*	Да
10	Нет	22	Да	34	Да
11*	Нет	23	Да	35	Более 0,5 ч
12*	Нет	24*	Да		

Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии со следующими нормативами:

- При совпадении одного ответа на вопросы, отмеченные звездочкой (*) в ключе методики, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям

дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру детскому, медицинскому (клиническому) психологу.

- При совпадении с ключом методики четырех и более ответов на вопросы, не отмеченные звездочкой, в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру детскому. В частных случаях – за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др.

Результаты анкетирования не могут использоваться для постановки медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии.

Приложение 2

Классификация МКБ-10

(МКБ-10, 1998)

F84.0 – Детский аутизм; F84.1 – Атипичный аутизм; F84.2 – Синдром Ретта; F84.3 – Другое дезинтегративное расстройство детского возраста; F84.4 – Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями; F84.5 – Синдром Аспергера; F84.8 – Другие общие расстройства развития; F84.9 – Общее расстройство развития неуточненное.

F84.0 Детский аутизм

Общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченным, повторяющимся поведением. У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Диагностические указания

Предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалии выявляются в возрасте до 3 лет. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

ЛИТЕРАТУРА

- Автенюк А.С., Макаров И.В.* Синдром психической атонии – клиническая реальность детской психопатологии? // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.* – 2011. – №1. – С. 60–63.
- Автенюк А.С., Макаров И.В.* Состояния психической атонии у детей (обзор литературы) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.* – 2012. – №1. – С. 13–21.
- Аттаева Л.Ж., Макаров И.В.* Стереотипии у детей // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2021. – Т. 31, №2. – С. 79–85.
- Барыкина А.И.* О состоянии обратимого слабоумия у детей // *IV годичная научная сессия: тез. докл.* – Л.: Ленинградский педиатрический медицинский институт, 1953.
- Бачина В.С.* К вопросу о диагностике расстройства аутистического спектра у детей // *Детство, открытое миру: сборник материалов XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Омск, 23 марта 2021 г.* – Омск: ОГПУ, 2021. – С. 269–272.
- Башина В.М.* Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999. – 236 с.
- Башина В.М.* О синдроме раннего детского аутизма Каннера // *Журн. невропатол. и психиатр.* им. С.С.Корсакова. – 1974. – Т. 74, №10. – С. 1538–1542.
- Башина В.М., Симашкова Н.В., Красноперова М.Г.* Атипичный аутизм в свете ICD-10 (1992), МКБ-10 (1999) // *Вопросы психического здоровья детей и подростков.* – 2003. – Т. 3, №1. – С. 97–101.
- Блонский П.П.* Педология: учеб. для высш. пед. учеб. заведений. – М.: Гос. учеб.-пед. изд-во, 1936. – 336 с.
- Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В.* Психотерапия в детской психиатрии. Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 304 с.
- Винокурова А.И.* О «Dementia infantilis» Геллера // *Вопросы психоневрологии детей и подростков.* Т. 3 / Под общ. ред. Э.Ю.Шурпе. – М.–Л.: Биомедгиз, 1936.
- Воронков Б.В.* Психиатрия детского и подросткового возраста. Психопатология. Диагностика. Клиника. – СПб.: Наука и техника, 2022. – 448 с.
- Выготский Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. – М.: Педагогика. – Т. 4: Детская психология, 1984. – С. 243–403.
- Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н.* Неврозы у детей и их лечение. – Л.: Медицина, 1977. – 272 с.
- Гомозова Е.С.* Базовые принципы методики Floortime // *Аутизм и нарушения развития.* – 2017. – Т. 15, №4. – С. 35–41. doi: 10.17759/autdd.2017150405.

- Гречаный С.В.* Семиотика речевых расстройств при детском аутизме и расстройствах аутистического спектра / В кн.: «Голосовой портрет ребенка с типичным и атипичным развитием». Под ред. Е.Е.Ляксо, О.В.Фроловой. – СПб.: Издательско-полиграфическая ассоциация высших учебных заведений, 2020. – С. 76–87.
- Гуревич М.О.* Последствия параинфекционных энцефалитов в детском возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т. 2 / Под общ. ред. Э.Ю.Шурпе. – М.: Государственное медицинское изд-во, 1934.
- Данилов И.В., Костенецкая Н.А., Купалов П.С.* Тонус и работоспособность мозга // Новое в биологии и медицине. – Л., 1964. – Вып. 3. – С. 3–16.
- Исаев Д.Н.* Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбика в их происхождении // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. науч. трудов Ленингр. педиатр. ин-та / Под ред. проф. С.С.Мнухина. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 91–102.
- Исаев Д.Н.* Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003. – 392 с.
- Каган В.Е.* Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981. – 206 с.
- Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
- Кравченко И.В., Краснощекоев С.А.* Динамический аспект регрессий раннего детского возраста: материалы 77-й Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины», Волгоград, 24–27 апреля 2019 г. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 110–111.
- Лебединская К.С.* Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
- Либлинг М.М.* Десять аргументов против АВА-терапии // Дефектология. – 2014. – №2. – С. 3–13.
- Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 384 с.
- Макаров И.В.* Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. – СПб.: Наука и техника, 2019. – 992 с.
- Макаров И.В., Автениук А.С.* Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, №3. – С. 74–81.
- Малинина Е.В.* Регрессивные психические расстройства у детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007. – Т. 7, №1. – С. 119–120.
- Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю.* Аутизм: история вопроса и современный взгляд. – СПб.: Издательство Н-Л, 2012. – 144 с.
- МКБ-10. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99) (класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общ. ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
- МКБ-11. Глава 6. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. – М.: КДУ, Университетская книга, 2021. – 432 с. doi: 10.31453/kdu.ru.91304.0143.