

С. Ю. Бенилова
Москва, Россия

S. Y. Benilova
Moscow, Russia

**ДЕТСКИЙ АУТИЗМ И СИСТЕМНЫЕ
НАРУШЕНИЯ РЕЧИ:
ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ**

**CHILDREN'S AUTISM AND SYSTEMIC
SPEECH DISORDERS:
PECULIARITIES AND PRINCIPLES
OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS**

Аннотация. В статье представлены результаты более чем двадцатилетней научно-практической работы с неговорящими детьми с отсутствием вербальных средств общения и расстройством аутистического спектра (РАС). Цель исследований — выявление диагностически значимых клинических проявлений, характерных для специфических расстройств развития речи и детского аутизма, фиксирование сроков появления позитивных новообразований в психоречевом развитии и редукции психопатологических симптомов. Использовались методы: клиническое наблюдение (общее клиническое, неврологическое, психопатологическое, логопедическое), психологический, нейропсихологический, статистический. Дети прошли полное обследование у психиатра, невролога, логопеда, дефектолога, нейропсихолога, психолога. Проводилась функциональная диагностика: электроэнцефалография, эхоэнцефалография, рэоэнцефалография или ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, по показаниям — магнитно-резонансная или компьютерная томография головного мозга. Все данные верифицированы. Полученные данные продемонстрировали обоснованность предложенной комплексной нейрореабилитации неговорящих детей с синдромом РАС: по прошествии 18—24 месяцев от начала проведения нейрореабилитации диагноз детского аутизма подтвержден у 16,9 % детей, у 83,1 % изменен на системное нарушение речи, в основном — сенсорную алалию.

Ключевые слова: диагностика; аутизм; системные нарушения речи; клинические проявления.

Abstract. The article presents the results of more than two decades of practical work with non-speaking children possessing no means of verbal communication and having autism spectrum disorder (ASD). The research is aimed at revealing diagnostically significant clinical symptoms typical of specific developmental speech disorders and children's autism, and at determination of the time of emergence of positive new features in psycho-linguistic development and reduction of psychopathological symptoms. The author uses the method of clinical observation (general clinical, neurological, psychopathological, and logopedic), and the psychological, neuropsychological and statistical methods. The children were subject to complete observation by a psychiatrist, neurologist, logopedist, defectologist, neuropsychologist and psychologist. Functional diagnostics including electroencephalography, echo-encephalography, rheoencephalography or Doppler echocardiography of the *cerebrovascular system* and, if necessary, magnetic resonance imaging or computed tomography of the brain. All data have been verified. The data obtained corroborated the importance of the suggested complex neuro-rehabilitation of non-speaking children with ASD: 18—24 months after the beginning of neuro-rehabilitation, the diagnosis of children's autism was confirmed in 16.9% of children; in 83.1% of children it was changed into systemic speech disorder — in most cases sensory-motor alalia.

Keywords: diagnostics; autism; systemic speech disorders; clinical manifestations.

Сведения об авторе: Бенилова Светлана Юрьевна, кандидат медицинских наук, врач-психиатр высшей квалификационной категории.

Место работы: центр развития речи «АиБ», Москва.

Контактная информация: 127437, Москва, 2-й Самотечный пер., д. 1.

E-mail: sveta09ben@yandex.ru.

About the author: Benilova Svetlana Yur'evna, Candidate of Medicine, Psychiatrist of Highest Qualification Category.

Place of employment: Center for Speech Development "A&B", Moscow, Russia.

За последние десятилетия как за рубежом, так и в нашей стране прослеживается отчетливая тенденция к увеличению числа детей с детским аутизмом (ДА) и системными нарушениями развития речи (СНРР). По нашим наблюдениям, диагностирование проводится нередко на основании только внешних проявлений у ребенка, без углубленного изучения клинико-анамнестических данных, состояния микро- и макросреды и детско-родительских отношений, конституциональных особенностей, без наблюдения за пациентом в динамике на фоне комплексной нейрореабилитации.

В становлении ДА, по данным отечественных авторов, выделены «донозологический, доканнеровский и каннеровский этапы:

- Донозологический этап (конец XIX — начало XX в.). К этому периоду относятся единичные описания детей с поведением, отличающимся стремлением к одиночеству, отказу от взаимодействия с окружающими.

- Доканнеровский этап (20—40-е гг. XX вв.). ...Было сформулировано понятие „аутизма как основного признака шизофрении у взрослых больных“, ...показана возможность формирования аутизма в рамках детской шизофрении.

- Каннеровский этап (40—90-е гг.

XX вв.) назван по имени американского психиатра Каннера, который в 1943 году описал детей, не способных к речевому и аффективному контакту с окружающими. Эти дети с первых лет жизни не могли общаться даже с близкими людьми, отличались однообразным поведением, расстройствами речи и задержкой психического развития» [24, с. 700—701]. Позже, опираясь на исследования, Каннер отграничил ранний детский аутизм от шизофренического психоза.

В последующие годы представления о природе и сущности аутизма изменялись неоднократно. Некоторые исследователи считали, что детский аутизм имеет психогенную природу, другие дискутировали о связи аутистического синдрома и шизофрении. В дальнейшем исследования аутизма показали, что это достаточно специфическое расстройство с клинически выраженным синдромом РАС, но так же может быть и при других заболеваниях, обусловленных хромосомной, эндокринной и ранней патологией головного мозга органического генеза, а также после тяжелых черепно-мозговых травм и нейроинфекций [9; 13; 2]. При постановке диагноза должны присутствовать признаки нарушения развития в течение первых 3 лет жизни [17]. Сей-

час считается очевидным, что кроме классического синдрома аутизма существуют расстройства, которые имеют характеристики, сходные с основным синдромом. В настоящее время группу аутистических и похожих на аутизм заболеваний относят к РАС [18]. Все основные диагностические критерии (DSM-III-R, DSM-IV и, согласно международной классификации болезней МКБ-10, принятой в России, класс V, шифр F84.0) сходятся в том, что для постановки диагноза ДА должны присутствовать три основных нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения [28]. Это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, стереотипные формы поведения, деятельности, интересов, игр и активности, нарушения эмоционального развития, когнитивных процессов и речевого развития. ДА включен в группу первазивных расстройств, т. е. охватывающих все области психики. Распространенность ДА, по данным большинства исследователей, составляла 4—5 случаев на 10 000 детей, эти показатели достаточно стабильные: в первом эпидемиологическом исследовании, проведенном V. Lotter в 1966 г., распространенность ДА была на этом же уровне [34]. К. С. Лебединская уже в 1992 г. отмечала повышение распространенности до 12—15 на 10 000 детей [21]. За последние десятилетия количество детей с аутизмом, по разным источникам, выросло в 10 раз [23; 31]. В

нашей стране статистика показывает, что за последнее время количество страдающих ДА детей увеличилось более чем в 3 раза. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем. По данным обращаемости детей в ЦПРН и центр развития речи «АиБ», увеличилась и распространенность системных нарушений развития речи (СНРР), а именно экспрессивно-импрессивной речи, с 10,7 % в 2004 г. до 37,5 % в 2016 г. (данные верифицированы). Такое увеличение распространенности ДА и СНРР свидетельствуют о большой актуальности диагностики данных расстройств и поиска новых комплексных путей нейрореабилитации для этих категорий детей.

Именно выраженные гендерные различия в распространенности ДА. Большинство исследователей указывают, что аутизм в 2,5—4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, тогда как нарушения у девочек носят более деструктивный характер [3; 29]. Многие исследователи в клинической картине ДА выделяют наиболее характерные и постоянно присутствующие симптомы, но считают, что не все из них нозологически специфичны [1; 3; 30; 33; 36; 37; 38]. Как указывает В. М. Башина с соавторами [4], ДА — это группа состояний эндогенного, конституционального и органического генеза. По данным И. А. Скворцова [26], отмечаются незрелость нейронов во фронтальной коре, расширение желудочковой системы. Также на ЭЭГ регистрируются изменения в частотных характеристиках электрической активности мозга, преобладание десинхронизации основного ритма и усиление медленноволновых ритмов.

Мы наблюдаем такие же изменения у детей с ранним органическим поражением и СНРР.

Согласно МКБ-10, выделяются следующие диагностические критерии ДА.

1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия зрительный контакт, мимику, жестикуляцию; неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками; отсутствие социоэмоциональной зависимости, модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

2. Качественные аномалии в общении, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей: задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой; относительная неспособность к диалогу; повторяющаяся и стереотипная речь; отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или подражательных игр.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность; поглощенность стереотипными интересами; внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам; стереотипные моторные манеризмы; повышенное внимание к частям предметов или к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации.

Нарушения речи при ДА нередко являются первым проявлением заболевания и носят стойкий характер. Особенно это проявляется в раннем

дошкольном возрасте, когда речевая деятельность у этих детей не формируется и отсутствуют вербальные средства общения. Для детей с аутистическими проявлениями характерны следующие особенности: недифференцированный плач, вызывающий трудности в интерпретации, малоактивное или необычное гуление, напоминающее визг или крик, отсутствие звуковой имитации, выраженного нарушения понимания обращенной к ребенку речи и его понимания [2; 17]. Речевые расстройства весьма разнообразны, наиболее отчетливо заметны после 3 лет [35; 39]. Исследователи выделяют следующий спектр речевых расстройств: первичный мутизм; формально «правильное» развитие речи до 2—2,5 лет с последующим глубоким распадом; формально «правильное» развитие речи до 2—2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5 — 6 лет) и регрессивно-искаженной динамикой после 5—7 лет; нарушение слухового внимания; недоразвитие речи в сочетании с искажением ее развития; нарушение понимания обращенной речи; разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи: при бытовом понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью; наличие эхолалий [2; 5; 13]. Если при диагностике ДА формально опираться только на данные критерии, существуют риски недооценки состояния пациента и невозможность выявить другое возможное заболевание (системные нарушения развития экспрессивно-импрессивной речи, умственная отсталость, эндогенные психические заболевания, эндокринные, некоторые наследственные и хромосомные

и т. д.), которое также сопровождается РАС. В результате для ребенка определяется одно-единственное направление коррекционной помощи, базирующейся на формировании определенных правил поведения в окружающей среде. Такое положение приводит к тому, что нарушения развития раннего и дошкольного возраста расценивают только как ДА. Как следствие, неправильный диагноз в дальнейшем приводит к снижению социального статуса ребенка, ухудшению качества жизни, к инвалидности. Системные нарушения развития экспрессивной и экспрессивно-импрессивной речи по типу афазии развития (моторные и сенсомоторные алалии) представлены в МКБ-10 в рубриках нарушения психологического/психического развития — соответственно F80.1 и F80.2. В литературе отмечена высокая распространенность нарушений речевого развития у детей — от 15 % до 43 %, а у пациентов с церебральной дефицитарностью — у 83 % [6; 8; 16; 22; 27; 32]. Различия по частоте встречаемости в зависимости от пола такие же, как и при ДА: у мальчиков в 2,5—4 раза чаще. Для клинической картины СНРР, отмечает В. В. Ковалев [19] и другие исследователи, характерно снижение внимания, памяти и интеллектуальной деятельности; инертность психических и интеллектуальных процессов; церебральная истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках; трудность переключения активного внимания и его узорость; аффективные нарушения — лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфо-

риями, нередко апатия и безразличие; расстройства волевой сферы — слабость побуждений, вялость или расстройственность поведения, болтливость, усиление примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость; социальная дезадаптация. Отличительной особенностью СНРР, особенно импрессивной речи, является отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций, бедность и невыразительность звукопроизношения, рудиментарность предречевых этапов [20; 25]. На фоне измененного развития речевых навыков наблюдаются эхолалии, речевые стереотипии и неологизмы. Эти проявления отличаются частотой, не имеют игровой окраски, не направлены на общение, однообразны: вне связи с окружающим повторяются одни и те же слова или бессмысленные неологизмы. Основные клинические характеристики речевых расстройств при СНРР по типу сенсомоторной алалии: слабовыраженный лепет и его отсутствие; запаздывание речевых реакций в раннем возрасте; появление первых слов с 2—3 лет, а иногда и позднее; фразовая речь не формируется самостоятельно или появляется к 5—6 годам и состоит из упрощенных предложений, включающих 2—3 слова; грубые расстройства всех сторон речи — фонематические, фонетические, лексические, грамматические; затруднение понимания обращенной речи при сохранности слуха; нарушение слухового внимания; выраженный разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи — при бытовом понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью; дети часто называют, но не

понимают на слух слова, обозначающие любимые ребенком или знакомые ему предметы [6; 14; 25]. На основе вышесказанного со всей очевидностью можно говорить о вероятной гипердиагностике ДА, связанной с тем, что при ДА и СНРР с выраженным сенсорным компонентом имеются *широкий спектр расстройств аутистического круга* (эхолалии, наличие моторных и речевых стереотипий, «манежное поведение», бесконечные манипуляции каким-либо предметом, однообразные монотонные игры и пр.); *специфические нарушения формирования речи* (отсутствие вербальной речи, полное или недостаточное понимание обращенной речи, отсутствие или непостоянство отклика на обращение, на собственное имя, заметная реакция на слабые звуки и ее отсутствие в ответ на звуки более громкие, неинтонированные вокализации, факты однократного произнесения некоторых слов без дальнейшего их употребления); *нарушения коммуникативной сферы* (отсутствие потребности в общении, избирательные контакты, интровертные реакции); *нарушения эмоционально-поведенческой сферы* (эмоциональная неустойчивость, раздражительность, неустойчивость эмоциональных реакций от аффективных до безучастных, психомоторное возбуждение, слабость побуждений, вялость или расторможенность поведения, усиление примитивных влечений); *нарушение формирования высших психических функций (ВПФ) и интеллектуальной деятельности* (снижение уровня активного внимания и объема кратковременной памяти, повышенная инертность психических процессов,

церебральная истошаемость, особенно при психических нагрузках); *проблемы социальной адаптации; сложности дифференциальной диагностики, особенно ранней; отсутствие рекомендаций по оптимальному сочетанию психофармакотерапии, психологической, педагогической, логопедической коррекции и работы с родителями* [9; 13; 14; 15; 25]. Таким образом, остро стоит вопрос о проведении дифференциальной диагностики этих расстройств, в клинической картине которых имеются общие клинические проявления [24].

В связи с этим с опорой на теории Л. С. Выготского, А. Р. Лурия в детском отделении ЦПРН была разработана *система фиксации диагностически значимых показателей* у детей с отсутствием вербального общения, которая исключает возможность диагностики без продолжительных наблюдений за характером формирования ВПФ. Фокус внимания смещается с констатации состояния ребенка на прослеживание динамики его развития, на анализ зоны ближайшего развития, т. е. проводится *следающая диагностика* в динамике: структурированное наблюдение по определенным параметрам в процессе комплексной нейрореабилитации; обобщение данных (диагностико-прогностические выводы и принятие решения о направлениях коррекции). Основная задача такой диагностики — не только констатация состояния и прослеживание, до какого уровня развития может быть доведен ребенок, а наблюдение за тем, как он переходит с одного уровня формирования ВПФ на другой; прогнозирование обучаемости. С детьми работала бригада специалистов-единомышлен-

ников, обеспечивалось взаимодействие специалистов и родителей: логопеда, психолога, педиатра, психиатра, невролога, нейропсихолога, логопедиста. Данная система диагностики с 1991 г. использовалась для неговорящих детей, поступающих на первичную консультацию в Центр с диагнозом «умственная отсталость», начиная с 1997 г. — для детей, обратившихся с диагнозом ДА. Если у детей на первичном приеме отсутствовала экспрессивная речь, но они использовали невербальные средства коммуникации, были способны к осмысленной игре, участвовали в эмоциональном общении в специально созданных ситуациях, проявляли познавательный интерес, то они сразу поступали на основной курс комплексной нейрореабилитации. Дети, в отношении которых на первичном приеме трудно было однозначно решить вопрос, обусловлено отсутствие вербальных средств общения патологическим формированием языковой системы, или умственной отсталостью, или детским аутизмом, направлялись на диагностический курс (ДК), в рамках которого проводилась дифференциальная диагностика. Продолжительность курса — от 6 до 12—18 месяцев, в отдельных случаях — 24 месяца. На основном курсе характер происходящих изменений отмечался каждые 10 занятий, на ДК диагностически значимые показатели фиксировались после каждого занятия. *Содержание ДК:* 1) логопедические занятия; психологические занятия по развитию коммуникативной сферы, игровой деятельности и бытовых навыков; 2) укрепление адаптационных механизмов; 3) фармако-

терапия по системе курсовой патогенетической медикаментозной терапии (КПТМ), основанной на одновременном воздействии на все звенья патогенеза и направленной на купирование психопатологических проявлений, неврологических нарушений, восстановление нейрометаболизма, стимулирование когнитивных функций, снятие речедвигательных нарушений, стимуляцию психоэмоциональной сферы [6; 11; 14]; 5) психотерапевтическая поддержка родителей по системе «Особые дети — особое общение» в процессе обследования, в процессе динамического наблюдения, в процессе непосредственного комплексного и опосредованного нейрореабилитационного воздействия, на основе когнитивно-поведенческого подхода (коррекция детско-родительских отношений, их гармонизация, создание позитивной комфортной атмосферы для ребенка и родителей, создание ситуации успешности для пациента, превращение родителей в равноправных партнеров нейрореабилитации) [7; 10]; 6) согласованность действий специалистов. Направления комплексной нейрореабилитации в рамках ДК: 1) согласованное взаимодействие специалистов, 2) углубленный анализ речевого и социального поведения детей, 3) изучение условий развития ребенка, языковой среды, воспитания, микросоциального окружения, 4) изучение эмоциональной сферы личности ребенка и эмоциональной стороны речи, 5) нейросенсорная коррекция, 6) эрготерапия, 7) психологические занятия по преодолению эмоционально-поведенческих нарушений, 8) развитие коммуникативной сферы, 9) формирование игровой

деятельности, 10) выработка бытовых навыков, 10) логопедические занятия с включением обучения чтению с учетом особенности восприятия информации у ребенка — глобального или аналитического [12; 25], 11) фармакотерапия по системе КПМТ, 12) соблюдение принципов психотерапевтической поддержки родителей и детей, 13) коррекция детско-родительских отношений, 14) включение родителей в коррекционно-развивающий процесс. *Методы исследования:* 1) клиническое наблюдение; 2) нейропсихологический; 3) психологический; 4) неврологическое обследование; 5) функциональные исследования — ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, УЗДГ сосудов ГМ; 6) биохимический; 7) генетический; 8) МРТ в ангио- и без ангиорежима, КТ по показаниям. *Критерии включения детей в исследование:* 1) дети с отсутствием вербальных средств общения; 2) возраст детей — от 2 лет 6 мес. до 6 лет; 3) информированное согласие родителей; 4) отсутствие комплексных коррекционных реабилитационных мероприятий последние два месяца перед обращением.

ДК проводился по трем направлениям: **I — дифференциальная диагностика умственной отсталости с СНРР, II — ДА с СНРР, III — сравнительный анализ эмоционально-поведенческих проявлений в дифференциальной диагностике ДА и СНРР** [12; 14]. Во всех группах соблюдались единые принципы, направления обследования, содержание следящей диагностики.

I. Дифференциальная диагностика СНРР с умственной отсталостью. На ДК принято 153 ребенка с предварительным диагнозом «умственная отсталость» (из них у 27 % поставлена ПМПК) и 1 ребенок с диагнозом «шизофрения». Возрастной диапазон от 2,5 до 6 лет, 98 мальчиков и 55 девочек. Продолжительность курса — от 6 до 12 месяцев. Через 1 год поставлены следующие диагнозы: *сенсомоторная алалия* (экспрессивно-импрессивная афазия развития) — у 1 ребенка; *моторная алалия* (экспрессивная афазия развития) — у 14 детей; *задержки темпов речевого развития* (дисфазия развития) — у 131 ребенка (см. табл. 1).

Таблица 1

Диагноз при поступлении	Всего детей	Окончательные диагнозы при выписке с ОДК					
		Задержка темпов речевого развития	Моторная алалия	Сенсомоторная алалия	ДА	Шизофрения	Тот же диагноз
Глубокая УО	1	----	----	1	----	----	---
Умеренная УО	16	----	14	----	1	----	1
Легкая УО	135	130	----	----	----	1	4
Шизофрения	1	1	----	----	----	----	----
Итого детей	153	131	14	1	1	1	5

Таблица 2

Общие клинические проявления	Динамика появления новообразований и купирования общих клинических проявлений							
	системное недоразвитие речи, %				детский аутизм (абсол. числа)			
	60 дней	120 дней	180 дней	360 дней	60 дней	120 дней	180 дней	360 дней
появление речевых форм	31,9	17	19,2	21,3	0	0	0	1*
появление коммуникативных реакций	25,6	55,3	6,4	2,1	0	0	1**	1***
купирование психомоторного возбуждения	27,7	48,6	19,1	0	0	0	1	1
купирование «манежного поведения»	17	57,9	21,3	0	0	0	1****	1*****
купирование стереотипий	6,4	34	29,8	19,2	0	0	0	1
купирование эхолалий	4,3	8,5	55,3	21,3	0	0	0	1

Прим. * — до 10 слов, ** — формальные и кратковременные реакции, *** — реакция на обращение, **** — проявления стали значительно реже, ***** — снизилась интенсивность.

Таким образом, по окончании ДК **диагноз «Умственная отсталость» был снят у 95,4 %** (146 человек) наблюдавшихся детей и изменен на **системное нарушение речи, а 4,6 %** (7 детей) переведены в специализированные профильные учреждения: у пятерых подтвержден **диагноз «умственная отсталость»**, двум поставлены диагнозы **шизофрения** (1 ребенок) и **ДА** (1 ребенок).

II. Дифференциальная диагностика ДА с СНРР. ДК проводился в детском отделении ЦПРиН г. Москвы и центре развития речи «АиБ» г. Москвы с 2001 по 2016 г. у 119 неговорящих детей (82 мальчика, 37 девочек, возраст — от 2,5 до 6 лет), поступивших без вербальных средств общения и с выраженными проявлениями РАС. Выявлены клинико-анамнестические данные: осложнения антенатального периода (системные нарушения речи — 87,4 %, детский аутизм — 15,6 %); осложнения

интранатального периода (системные нарушения речи — 78,4 %, детский аутизм — 9,8 %); осложнения неонатального периода (системные нарушения речи — 52,3 %, детский аутизм — 8,1 %); заболевания на 1-м году жизни (системные нарушения речи — 100 %, детский аутизм — 41,0 %). Зафиксирована динамика показателей «эмоционально-поведенческие реакции», «понимание речи», «соотношение названия предметов с самими предметами», «формирование совместной игровой деятельности», «появление коммуникативных жестов», «состояние экспрессивной речи», «способность к произвольной невербальной деятельности», «появление чувства юмора», «уровень принятия помощи», «самостоятельное выполнение заданий», «способность к переносу полученных навыков», «способность ориентироваться в ситуации занятия, реагировать действием или репликой, вовлекаться в

игры», «умение ждать очереди в совместной игре», «появление интереса к занятиям», «снижение уровня персеверативных реакций». При проведении ДК регистрировались зарождение речи, процесс ее активизации, нормализация эмоционально-поведенческой и коммуникативной деятельности. Диагноз ДА снимался, когда были четко зафиксированы изменения. Сроки изменения диагноза ДА на СНРР (сенсомоторную алалию): через 4 месяца — у 6,7 % наблюдаемых, через 6 мес. — у 43,7 %, через 12 мес. — у 19,3 %, через 18 мес. — у 5,0 %, через 24 мес. — у 8,4 %. Из 119 детей, поступивших с диагнозом ДА и прошедших ДК, **у 83,1 % детей диагноз был изменен на СНРР (сенсомоторная алалия); у 16,9 % подтвержден диагноз детского аутизма** (см. табл. 2).

III. Сравнительный анализ эмоционально-поведенческих проявлений в дифференциальной диагностике ДА и СНРР. В рамках ДК осуществлялась дифференциальная следящая диагностика с выявлением значимых эмоционально-поведенческих нарушений, общих для СНРР и ДА, фиксирование сроков появления позитивных новообразований в психоречевом развитии и редукции психопатологических проявлений, к которым относятся двигательная расторможенность и импульсивность, нару-

шение активности внимания и церебральная истощаемость, тревожно-фобические расстройства, негативизм и отказ от продуктивной деятельности, нарушение детско-родительских отношений, неорганический энурез. В течение 2012—2016 гг. в детском отделении ЦПРН ДЗМ и центра развития речи «АиБ» г. Москвы проводилось наблюдение за 59 неговорящими детьми (41 мальчик, 18 девочек, возраст — от 2 лет 8 мес. до 6 лет), поступивших без вербальных средств общения, с выраженными проявлениями расстройств аутистического спектра. Оценка динамики эмоционально-поведенческих расстройств проводилась по пятибалльной шкале: от 0 баллов (отсутствие патологических проявлений) до 5 баллов (грубо выраженные психопатологические проявления). Выраженность и частота эмоционально-поведенческих нарушений у детей, которым через 18 мес. проведения ДК диагноз был изменен на СНРР, существенно уменьшилась и стала менее актуальной. Уровень этих расстройств у детей с ДА оставался таким же выраженным, как и при поступлении. Сравнительный анализ частоты эмоционально-поведенческих нарушений *при поступлении и через 18 месяцев* при ДА и СНРР представлен в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Сравнительный анализ частоты нарушений при детском аутизме

Нарушения	При поступлении — баллы (%)						Через 18 месяцев — баллы (%)					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
двигательная расторможенность и импульсивность	---	---	---	---	---	100	---	---	---	---	---	100
нарушение активности внимания и церебральная истоцаемость	---	---	---	---	---	100	---	---	---	---	---	100
тревожно-фобические расстройства	---	---	---	---	---	100	---	---	---	---	---	100
негативизм и отказ от продуктивной деятельности	---	---	---	---	---	100	---	---	---	---	---	100
нарушение детско-родительских отношений	---	---	---	---	---	100	30,0	---	30,0	10,0	30,0	---
низкая самооценка и неуверенность в своих возможностях	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
депрессивное поведение	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
социально-тревожное расстройство	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
тикозное расстройство	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
неорганический энурез	---	---	---	---	---	10,2	---	---	---	10,2	---	---

Таблица 4. Сравнительный анализ частоты нарушений при сенсорной алалии

Нарушения	При поступлении — баллы (%)						Через 18 месяцев — баллы (%)					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
двигательная расторможенность и импульсивность	---	---	---	---	---	100	24,5	32,7	42,8	---	---	---
нарушение активности внимания и церебральная истоцаемость	---	---	2,0	14,3	24,5	59,2	14,3	34,7	30,6	20,4	---	---
тревожно-фобические расстройства	---	---	---	6,1	28,6	65,3	22,4	18,4	24,5	34,7	---	---
негативизм и отказ от продуктивной деятельности	---	---	6,1	14,3	32,7	46,9	18,4	34,7	24,5	14,3	8,1	---
нарушение детско-родительских отношений	---	---	2,0	8,2	59,2	26,5	40,8	16,3	20,4	8,2	4,1	6,1
низкая самооценка и неуверенность в своих возможностях	---	---	---	16,3	42,9	36,7	10,2	34,7	20,4	30,6	---	---
депрессивное поведение	---	---	---	---	8,2	79,5	55,1	22,4	10,2	---	---	---
социально-тревожное расстройство	---	---	---	---	8,2	79,5	12,2	16,3	24,5	34,7	---	---
тикозное расстройство	---	---	---	6,4	8,5	16,3	12,2	10,2	8,2	---	---	---
неорганический энурез	---	---	---	4,1	8,1	4,1	6,1	10,2	---	---	---	---

Через 18 месяцев с начала проведения нейрореабилитации диагноз «детский аутизм» снят у 16,9 % детей, диагноз «сенсомоторная алалия» поставлен 83,1 % пациентов.

Сравнительный анализ приведенных данных исследования достоверно показал обоснованность аргументации проведения предложенной системы дифференциальной диагностики.

Литература

1. Башина, В. М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера / В. М. Башина // Невропатология и психиатрия. — 1974. — Т. 74. — Вып. 10.
2. Башина, В. М. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом / В. М. Башина, Н. В. Симашкова. // Исцеление : альманах. — М., 1993.
3. Башина, В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. — М. : Медицина, 1999.

4. Башина, В. М. Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика / В. М. Башина, М. Г. Красноперова // Психиатрия и психотерапия. — 2004. — Т. 6. — № 1.
5. Белоусова, М. В. Расстройства аутистического спектра в практике детского врача / М. В. Белоусова, В. Ф. Прусаков, М. А. Уткузова // Практическая медицина. Неврология : сб. тр. — Казань, 2009. — № 06 (09).
6. Бенилова, С. Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 : защищена 23.12.2044 / Бенилова Светлана Юрьевна. — М., 2004.
7. Бенилова, С. Ю. Особые дети — особое общение / С. Ю. Бенилова // Воспитание и обучение детей с нарушением развития. — М., 2006. — № 2.
8. Бенилова, С. Ю. Сравнение клинико-анамнестических данных у дошкольников с дисфазией и афазией развития / С. Ю. Бенилова // Логопедия сегодня. — М., 2009. — № 1 (23).
9. Бенилова, С. Ю. Дифференциальная диагностика системных нарушений речи с детским аутизмом (опыт работы с неговорящими детьми) / С. Ю. Бенилова // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья : сб. трудов V Междунар. конгр. (17—20 сент. 2013 г., г. Москва). — М., 2013.
10. Бенилова, С. Ю. Влияние стиля общения с детьми на их развитие, деятельность и интеграцию : учеб. пособие для педагогов, дефектологов, психологов и детских врачей / С. Ю. Бенилова. — М. : Секачев, 2014.
11. Бенилова, С. Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы : пособие для врачей / С. Ю. Бенилова // Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия : пособие для врачей / С. Ю. Бенилова. — М. : Секачев, 2016
12. Бенилова, С. Ю. Ориентировочно-диагностический курс медико-педагогического воздействия для детей с тяжелыми нарушениями речи / С. Ю. Бенилова, Т. С. Резниченко // Дефектология. — 1999. — № 6.
13. Бенилова, С. Ю. Новые подходы к проблеме дифференциальной диагностики системных нарушений речи и детского аутизма / С. Ю. Бенилова, Т. С. Резниченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — М., 2010. — № 1.
14. Бенилова, С. Ю. Логопедия. Системные нарушения речи (этиопатогенез, классификации, коррекция, профилактика) / С. Ю. Бенилова, Л. Р. Давидович. — М. : МПСУ ; Воронеж : МОДЭК, 2014.
15. Вакула, И. Н. Место атипичных нейрелептитов в реабилитации детей с аутизмом в рамках системного подхода / И. Н. Вакула, Ю. Ш. Васянина, З. Х. Горбунова, И. Ю. Мальфина, З. И. Цику // Психиатрия и психофармакотерапия. — М., 2007. — Т. 9. — № 3.
16. Волкова, Л. С. Логопедия / Л. С. Волкова, Р. И. Лалаева, Е. М. Мاستюкова. — М. : Просвещение : Владос, 1995.
17. Гилберг, К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты // К. Гилберг, Т. Питерс. — СПб. : ИСПиП, 1998.
18. Гилберт, К. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты : кн. для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс ; пер. с англ. О. В. Деряевой ; под науч. ред. Л. М. Шипицыной, Д. Н. Исаева. — М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003.
19. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. — М. : Медицина, 1995.
20. Козловская, Г. В. Нарушения речи, специфические для раннего онтогенеза / Г. В. Козловская // Раннего онтогенеза психические нарушения : справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб., 1999.
21. Лебединская, К. С. Ранний детский аутизм / К. С. Лебединская // Детский

- аутизм : хрестоматия / Междунар. ун-т им. Р. Валленберга. — СПб., 1997.
22. Матвеева, Н. А. Гигиенические вопросы реабилитации детей с нарушениями речи / Н. А. Матвеева, А. В. Леонов // Гигиена специальных учреждений для детей с отклонениями в состоянии : сб. науч. трудов. — Л., 1990.
23. Попов, Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. — М. : Экспертное бюро, 1997.
24. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
25. Резниченко, Т. С. Обучение чтению как средство коррекции системных нарушений речи у дошкольников : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 : защищена 21.05.2007 / Резниченко Татьяна Семеновна. — М., 2007.
26. Сворцов, И. А. Роль перивентрикулярной области мозга в нейроонтогенезе ребенка (в норме и при церебральном параличе) / И. А. Сворцов // Исцеление : альманах. — М., 1995. — Вып. 2.
27. Сухотина, Н. К. Состояние здоровья учащихся начальной школы / Н. К. Сухотина // Охрана психического здоровья и подростков : матер. 4-го съезда педиатров России (Москва, 17—18 нояб. 1998). — М., 1998.
28. Чуркин, А. А. Краткое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин. — М. : Трианда-Х, 1999. — 232 с.
29. Campbell, M. Pervasive Developmental Disorders / M. Campbell, J. Schay // Comprehensive Textbook of Psychiatry. — 6th ed. / eds. H. I. Kaplan, B. J. Sadock. — Baltimore : Williams and Wilkins, 1995.
30. Eisenmajer, R. Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder / R. Eisenmajer, M. Prior, S. Leekam, L. Wing. [et al.] // J. Amer. Acad. Child. Ad-Mesc. Psychiatry. — 1996. — № 35.
31. Gillberg, C. Medical work-up in children with autism and Asperger syndrome / C. Gillberg // Brain disfunction. — 1990. — № 3.
32. Gwerder, F. Das Syndrom der leichten frühkindlichen Hirnsschädigung / F. Gwerder. — Bern, 1976.
33. Krevelen, A. D. van. On the relationship between early infantile autism and autistic psychopathy / A. D. van Krevelen // Acta paedopsychiat. — 1963. — Vol. 30.
34. Lotter, V. Epidemiology of autistic conditions in young children / V. Lotter // Prevalence, Social Psychiatry. — 1966. — No 1.
35. Rutter, M. The treatment of autistic children / M. Rutter // J. Child Psychol. Psychiat. — 1985. — Vol. 26.
36. Schopler, E. Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children / E. Schopler, R. J. Reichler. — Baltimore : Univ. Park Pr., 1979. — Vol. 1 : Psychoeducational Profile.
37. Schopler, E. The Children Autism Rating Scale (CARS) / E. Schopler, R. J. Reichler, B. R. Renner. — Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 1988.
38. Szatmari, P. Dev Med Child Neurology / P. Szatmari, G. Bartolucci, R. Bremner. — 1989. — № 31.
39. Trevarthen, G. K. Children with autism / G. Trevarthen, K. Aitken, D. Papoudi, J. Roberts. — London, 1996.

References

1. Bashina, V. M. O sindrome rannego detskogo autizma Kannera / V. M. Bashina // Nevropatologiya i psikiatriya. — 1974. — T. 74. — Vyp. 10.
2. Bashina, V. M. K osobennostyam korrektsii rechevykh rasstroystv u bol'nykh s rannim detskim autizmom / V. M. Bashina, N. V. Simashkova. // Ist'selenie : al'manakh. — M., 1993.
3. Bashina, V. M. Autizm v detstve / V. M. Bashina. — M. : Meditsina, 1999.
4. Bashina, V. M. Detskiy autizm protsesual'nogo geneza: voprosy patogeneza, klinika i differentsial'naya diagnostika / V. M. Bashina, M. G. Krasnoperova // Psi-khiatriya i psikhoterapiya. — 2004. — T. 6. — № 1.
5. Belousova, M. V. Rasstroystva autisticheskogo spektra v praktike detskogo vracha / M. V. Belousova, V. F. Prusakov, M. A. Utkuzova // Prakticheskaya. meditsina.

Nevrologiya : sb. tr. — Kazan', 2009. — № 06 (09).

6. Benilova, S. Yu. Kursovaya patogeneticheskaya medikamentoznaya terapiya v kompleksnom lechenii tyazhelykh rechevykh rasstroystv u detey doshkol'nogo vozrasta : avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.00.09 : zashchishchena 23.12.2044 / Benilova Svetlana Yur'evna. — M., 2004.

7. Benilova, S. Yu. Osoby deti — osoboe obshchenie / S. Yu. Benilova // Vospitanie i obuchenie detey s narusheniem razvitiya. — M., 2006. — № 2.

8. Benilova, S. Yu. Sravnenie kliniko-anamnesticheskikh dannyykh u doshkol'nikov s disfaziey i afaziey razvitiya / S. Yu. Benilova // Logopediya segodnya. — M., 2009. — № 1 (23).

9. Benilova, S. Yu. Differentsial'naya diagnostika sistemnykh narusheniy rechi s detskim autizmom (opyt raboty s negovoryashchimi det'mi) / S. Yu. Benilova // Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy sotsial'no-psikhologicheskogo zdorov'ya : sb. trudov V Mezhdunar. kongr. (17—20 sent. 2013 g., g. Moskva). — M., 2013.

10. Benilova, S. Yu. Vliyaniye stilya obshcheniya s det'mi na ikh razvitiye, deyatelnost' i integratsiyu : ucheb. posobie dlya pedagogov, defektologov, psikhologov i detskikh vrachey / S. Yu. Benilova. — M. : Sekachev, 2014.

11. Benilova, S. Yu. Patogeneticheskie podkhody k kompleksnomu lecheniyu narusheniy rechi u detey i podrostkov s posledstviyami organicheskogo porazheniya tsentral'noy nervnoy sistemy : posobie dlya vrachey / S. Yu. Benilova // Kursovaya patogeneticheskaya medikamentoznaya terapiya : posobie dlya vrachey / S. Yu. Benilova. — M. : Sekachev, 2016.

12. Benilova, S. Yu. Orientirovochno-diagnosticskiy kurs mediko-pedagogicheskogo vozdeystviya dlya detey s tyazhelymi narusheniyami rechi / S. Yu. Benilova, T. S. Reznichenko // Defektologiya. — 1999. — № 6.

13. Benilova, S. Yu. Novye podkhody k probleme differentsial'noy diagnostiki sistemnykh narusheniy rechi i detskogo autizma /

S. Yu. Benilova, T. S. Reznichenko // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. — M., 2010. — № 1.

14. Benilova, S. Yu. Logopediya. Sistemnye narusheniya rechi (etiopatogenez, klassifikatsii, korrektsiya, profilaktika) / S. Yu. Benilova, L. R. Davidovich. — M. : MPSU ; Voronezh : MODEK, 2014.

15. Vakula, I. N. Mesto atipichnykh neyroleptikov v reabilitatsii detey s autizmom v ramkakh sistemnogo podkhoda / I. N. Vakula, Yu. Sh. Vasyanina, Z. Kh. Gorbunova, I. Yu. Mal'fina, Z. I. Tsiku // Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. — M., 2007. — T. 9. — № 3.

16. Volkova, L. S. Logopediya / L. S. Volkova, R. I. Lalaeva, E. M. Mast'yukova. — M. : Prosveshchenie : Vlado, 1995.

17. Gilbert, K. Autizm: meditsinskie i pedagogicheskie aspekty // K. Gilbert, T. Pitters. — SPb. : ISPIP, 1998.

18. Gilbert, K. Autizm. Meditsinskie i pedagogicheskie aspekty : kn. dlya pedagogov-defektologov / K. Gilbert, T. Pitters ; per. s angl. O. V. Deryaevoy ; pod nauch. red. L. M. Shipitsynoy, D. N. Isaeva. — M. : Gumanit. izd. tsentr «VLADOS», 2003.

19. Kovalev, V. V. Psikhiatriya detskogo vozrasta / V. V. Kovalev. — M. : Meditsina, 1995.

20. Kozlovskaya, G. V. Narusheniya rechi, spetsificheskie dlya rannego ontogeneza / G. V. Kozlovskaya // Rannego ontogeneza psikhicheskie narusheniya : spravochnik po psikhologii i psikhii detskogo i podrostkovogo vozrasta / pod red. S. Yu. Tsirkina. — SPb., 1999.

21. Lebedinskaya, K. S. Ranniy detskiy autizm / K. S. Lebedinskaya // Detskiy autizm : khrestomatiya / Mezhdunar. un-t im. R. Valenberga. — SPb., 1997.

22. Matveeva, N. A. Gigenicheskie voprosy reabilitatsii detey s narusheniyami rechi / N. A. Matveeva, A. V. Leonov // Gigiena spetsial'nykh uchrezhdeniy dlya detey s otkloneniyami v sostoyanii : sb. nauch. trudov. — L., 1990.

23. Popov, Yu. V. Sovremennaya klinicheskaya psikhiatriya / Yu. V. Popov, V. D. Vid. — M. : Ekspertnoe byuro, 1997.

24. Psikhatriya : natsional'noe rukovodstvo / pod red. T. B. Dmitriyevoy, V. N. Krasnova, N. G. Neznanova, V. Ya. Semke, A. S. Tiganova. — M. : GEOTAR-Media, 2009.
25. Reznichenko, T. S. Obuchenie chteniyu kak sredstvo korrektsii sistemnykh narushe-niy rechi u doshkol'nikov : avtoref. dis. ... kand. ped. nauk : 13.00.03 : zashchishchena 21.05.2007 / Reznichenko Tat'yana Seme-novna. — M., 2007.
26. Skvortsov, I. A. Rol' periventrikulyarnoy oblasti mozga v neyroontogeneze rebenka (v norme i pri tserebral'nom paraliche) / I. A. Skvortsov // Istselenie : al'manakh. — M., 1995. — Vyp. 2.
27. Sukhotina, N. K. Sostoyanie zdorov'ya uchashchikhsya nachal'noy shkoly / N. K. Su-khotina // Okhrana psikhicheskogo zdorov'ya i podrostkov : mater. 4-go s"ezda peditrov Rossii (Moskva, 17—18 noyab. 1998). — M., 1998.
28. Churkin, A. A. Kratkoe rukovodstvo po primeneniyu MKB-10 v psikhii i narko-logii / A. A. Churkin. — M. : Triada-Kh, 1999. — 232 s.
29. Campbell, M. Pervasive Developmental Disorders / M. Campbell, J. Schay // Com-prehensive Textbook of Psychiatry. — 6th ed. / eds. H. I. Kaplan, B. J. Sadock. — Baltimore : Williams and Wilkins, 1995.
30. Eisenmajer, R. Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder / R. Eisenmajer, M. Prior, S. Leekam, L. Wing. [et al.] // J. Amer. Acad. Child. Ad-Mesc. Psychiatry. — 1996. — № 35.
31. Gillberg, C. Medical work-up in children with autism and Asperger syndrome / C. Gillberg // Brain disfunction. — 1990. — № 3.
32. Gwerder, F. Das Syndrom der leichten fruhkindlichen Hirnsschadigung / F. Gwer-der. — Bern, 1976.
33. Krevelen, A. D. van. On the relationship between early infantile autism and autistic psychopathy / A. D. van Krevelen // Acta paedopsychiat. — 1963. — Vol. 30.
34. Lotter, V. Epidemiology of autistic con-ditions in young children / V. Lotter // Preva-lence, Social Psychiatry. — 1966. — No 1.
35. Rutter, M. The treatment of autistic chil-dren / M. Rutter // J. Child Psychol. Psy-chiat. — 1985. — Vol. 26.
36. Schopler, E. Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children / E. Schopler, R. J. Reichler. — Baltimore : Univ. Park Pr., 1979. — Vol. 1 : Psychoeducational Profile.
37. Schopler, E. The Children Autism Rat-ing Scale (CARS) / E. Schopler, R. J. Reichler, B. R. Renner. — Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 1988.
38. Szatmari, P. Dev Med Child Neurology / P. Szatmari, G. Bartolucci, R. Bremner. — 1989. — № 31.
39. Trevarthen, G. K. Children with autism / G. Trevarthen, K. Aitken, D. Papoudi, J. Roberts. — London, 1996.