

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ АУТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Гаврилов А.П., Гаврилова Т.А., Маджидова Ё.Н., Хусенова Н.Т., Турсунходжаева С.Ш., Эргашева Н.Н.

Клиника «Реацентр» Самара, Россия, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ключевые слова: детский аутизм, психомоторное развитие, генетические факторы, синдромы Аспергера и Каннера.

АУТИЗМ БОР БОЛАЛАРДА НЕВРОЛОГИК СТАТУСНИНГ ХАРАКТЕРЛИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Гаврилов А.П., Гаврилова Т.А., Маджидова Ё.Н., Хусенова Н.Т., Турсунходжаева С.Ш., Эргашева Н.Н.

Калит сўзлар: болалар аутизми, психомотор ривожланиш, генетик омиллар, Аспергер ва Каннер синдроми.

Аутизм бор болаларда неврологик статус ўрганилганда неврологик синдромлар асаб тизимини перинатал даврда юқори частотали субклиник зарарланишлари оқибатида келиб чиқиши мумкинлиги аниқланди.

CHARACTERISTIC FEATURES OF THE NEUROLOGICAL STATUS IN AUTISM IN CHILDREN

Gavrilov A.P., Gavrilova T.A., Madjidova Ya.N., Khusenova N.T., Tursunkhodjaeva S.Sh., Ergasheva N.N.

Key words: childhood autism, psychomotor development, genetic factors, Asperger and Kanner syndrome.

When studying the characteristics of neurological status in children with autism, it was found that neurological syndromes can be a consequence of a sufficiently high frequency of subclinical forms of damage to the central nervous system in the perinatal period.

Детский аутизм (ДА) является одной из актуальных проблем здравоохранения в мире, которая определяется не столько частотой детского аутизма в детской популяции - от 4 до 26 на 10 000 детей [3,8], а социальной значимостью и также недостаточной изученностью этиологии и патогенеза данного заболевания [2].

ДА относится к группе расстройств психологического развития, проявляющегося нарушением в социальном взаимодействии, нарушением коммуникабельности и воображения, сужением интересов и активности. Из-за сложности диагностики ДА и недостатка знаний об этой аномалии предполагается, что частота заболеваний значительно больше и каждый десятый ребенок с умственной отсталостью страдает ДА [4, 9].

В ходе клинического обследования детей с расстройствами аутистического спектра следует обращать внимание не только на основные клинические проявления, но и на сопутствующие неврологические нарушения. Во многих случаях именно неврологические симптомы делают характерным облик пациента с аутизмом. При этом одни и те же мозговые механизмы могут выступать в качестве причин как основных проявлений расстройств аутистического спектра, так и сопутствующих неврологических нарушений [1, 3]. Спектр неврологических расстройств у этих детей довольно широк и может включать: замедленное и дисгармоничное раннее психомоторное развитие; особенности сенсорного восприятия/обработки; ригидность и монотонность двигательной и психических реакций; двигательную расторможенность и повышенную возбудимость; двигательные стереотипии; нарушения координации движений; нарушения формирования праксиса (диспраксия); нарушения экспрессивных двигательных навыков; расстройства развития речи и нарушения артикуляции; тики; эпилепсию [5, 9].

Моторика детей с расстройствами аутистического спектра отличается несовершенством и дисгармонией движений. Неслучайно в детской психиатрии для обозначения подобных отклонений ранее применялись такие необычные для неврологии термины, как «моторная дебильность», «двигательный инфантилизм», «лобная моторная недостаточность» [1, 3, 6]. В публикациях по двигательным нарушениям при аутизме постоянно отмечаются такие симптомы, как мышечная дистония, необычность походки (в том числе ходьба на носках), трудности с контролем равновесия, координации и выполнением сложных движений, но все эти проявления не рассматриваются в качестве ключевых клинических признаков расстройств аутистического спектра [7]. Моторные «манеризмы», стереотипные или повторяющиеся механические действия (размахивание или вращение пальцами, руками или комплекс движений телом) включены в диагностические критерии расстройств аутистического спектра [4].

Таким образом, неврологические нарушения относятся к характерным сопутствующим расстройствам при аутизме. Вслед за замедленным и дисгармоничным ранним психомоторным развитием у детей с аутизмом формируется своеобразный спектр выраженных в разной степени двигательных расстройств и нарушений формирования высших психических функций. Их выявление имеет большое значение при определении тактики оказания комплексной помощи пациентам с расстройствами аутистического спектра.

Цель исследования - изучить особенности неврологического статуса детей при аутизме.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленной цели и решения задач были сформированы следующие группы. Контрольную группу составили 35 детей, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту, посещающих образовательные учреждения и не имеющие аутистических расстройств (табл. 1). Основную группу разделили на две подгруппы: 1-ю составили 36 детей с синдромом Аспергера (СА), 2-ю - 38 детей с синдромом Каннера (СК).

Таблица 1
Распределение детей с аутизмом и контрольной группы по полу и возрасту

Возраст, лет	Контрольная группа	Синдром Аспергера	Синдром Каннера
Число детей	35	36	38
3-6	22 (62,9)	19 (52,8)	22 (57,9)
7-10	13 (37,1)	17 (47,2)	16 (42,1)
Мальчики	20 (57,1)	25 (69,4)	25 (65,8)
Девочки	15 (42,9)	11 (30,6)	13 (34,2)

Примечание. Здесь и в табл. 2 и 3 в скобках указан процент.

Диагноз ДА в группах определялся с использованием критериев DSM-IV для диагностики аутичного расстройства. Синдром Аспергера — F84.5, синдром Каннера — F84.0. Для достоверного подтверждения диагноза ДА должны иметь место по меньшей мере 8 из перечисленных 16 признаков, причем 2 признака из группы А, 1 — Б и 1 — В.

Критериями исключения из указанных групп являлись: текущие органические поражения центральной нервной системы (ЦНС); наследственные нарушения обмена веществ (фенилкетонурия, тирозинемия, гиперглициурия и др.); хромосомные заболевания; прочие (другие) расстройства аутистического спектра.

Результаты и обсуждение

При изучении наследственной предрасположенности (табл. 2) выявлена отягощенность анамнеза в отношении психических заболеваний среди детей с ДА ($p < 0,05$). Эти

данные представляют определенный интерес, так как еще раз доказывают, что имеются генетические факторы предрасположенности в развитии аутизма.

Таблица 2

Частота встречаемости психических и дегенеративных заболеваний ЦНС у родственников детей из обследуемых групп

Группы	Число детей	Неотягощен	Отягощенность по психическим заболеваниям	Отягощенность по дегенеративным заболеваниям
Контрольная	35	30 (85,7)	3 (8,6)	2 (5,7)
Дети с ДА	74	51 (68,9)	20 (27,1)*	3 (4,1)

Примечание. Здесь и в табл. 3 звездочкой отмечены статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Неврологический статус на момент осмотра детей характеризовался рассеянной микросимптоматикой в виде диссоциации тонуса, изменением рефлексов (легкой асимметрии сухожильных и периостальных рефлексов), низкой речевой продукцией и наличием дефекта в социальном общении.

Со стороны черепно-мозговых нервов — недостаточность черепной иннервации в форме асимметрии и сглаженности носогубных складок, асимметрии глазных щелей, отклонения языка от средней линии и др.; нарушение конвергенции и аккомодации было у 15,6% детей, сглаженность и меньшая подвижность носогубной складки: правой — у 17,2%, левой — у 12,4%; отклонение языка от средней линии у 2% (у большинства детей — отказ от выполнения данной инструкции), не было выявлено бульбарных и псевдобульбарных симптомов, но у 14 % детей отмечено длительное удержание пищи во рту при сохранном глотательном рефлексе.

Диссоциация тонуса, патологические рефлексы, координационные нарушения были у 35,5-41,1%, а в группе клинического сравнения — у 9,1%.

Неврологическая симптоматика была более выражена у детей с аутизмом в возрастной группе 3-6 лет и сглаживалась, но не исчезала, в возрасте 7-10 лет.

В структуре неврологической патологии (табл. 3) рассматривались отдельные неврологические синдромы, такие, как периферическая цервикальная недостаточность, синдром мышечной дистонии, синдром пирамидно-экстрапирамидной недостаточности, энурез и прочие синдромы (тики, судорожный синдром, гипертонзионно-гидроцефальный синдром).

Таблица 3

Структура неврологических синдромов (в процентах от общего числа детей с данными заболеваниями)

Неврологические формы	Контрольная группа	Синдром <u>Аспергера</u>	Синдром <u>Каннера</u>
Число детей	35	36	38
Синдром периферической цервикальной недостаточности	5 (14,2)	7 (19,4)	8 (21,05)
Синдром мышечной дистонии	7(20)	9(25)	11 (28,9)
<u>Пирамидно-, экстрапирамидная симптоматика</u>	2 (5,7)	6 (16,6)	7 (18,4)

<u>Энурез</u>	1 (2,8)	3 (8,3)	3 (7,8)
Расстройства сна	2 (5,7)	15 (41,6)*	21 (55,2)*
Прочие синдромы	5(14,2)	2 (5,5)	3 (7,8)
Без патологии ЦНС	15 (42,8)	3 (8,3)*	4 (10,5)*

У детей с синдромом Аспергера и Каннера выявлена значимо ($p < 0,05$) выше частота расстройств сна (диссомнии, инсомнии, сомнолонгия, сомнамбулизм, ночные кошмары) — соответственно у 41,6 и 55,2%.

В контрольной группе у 42,8% детей не было патологических изменений в ЦНС ($p < 0,05$), а при СА — у 8,3%, при СК — у 10,5%.

На основании изложенного можно предположить, что согласно полученным результатам данные синдромы (синдром пирамидной, экстрапирамидной недостаточности, синдром мышечной дистонии, энурез и прочие) могут являться следствием достаточно высокой частоты субклинических форм поражения центральной нервной системы в перинатальном периоде.

Выводы

1. Неврологическая симптоматика у детей с аутизмом зависит от возраста и характеризуется наличием рассеянной микросимптоматики в виде диссоциации тонуса, изменением рефлексов (легкой асимметрии сухожильных и периостальных рефлексов), низкой речевой продукцией и наличием дефекта в социальном общении.

2. Неврологические синдромы (синдром пирамидной, экстрапирамидной недостаточности, синдром мышечной дистонии, энурез и прочие), могут являться следствием достаточно высокой частоты субклинических форм поражения центральной нервной системы в перинатальном периоде.

Литература

1. Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Юров Ю.Б. Элект. журн. «Психологическая наука и образование» PSYEDU.ru., 2010, №5, с. 277-285.
2. Горюнова А.В. Рос. педиатр. журн., 2007, №5, с. 35-40.
3. Красноперова М.Г. Журн. неврол. и психиатр., 2004, №2, с. 5-10.
4. Переверзева Д.С., Горбачевская Н.Л. Журн. неврол. и психиатр., 2008, т. 108, №2, с. 71—81.
5. Симашкова Н.В. Журн. неврол. и психиатр., 2006, №10, с. 17-26.
6. Caronna EB, Milunsky JM, Tager-Flusberg H. Autism spectrum disorders: clinical and research frontiers // Arch. Dis. Child. — 2008. Vol. 93, N 6. — P. 518-523.
7. Penn H.E. Neurobiological correlates of autism: a review of recent research // Child. Neuropsychol. 2006. — Vol. 12, N 1. — P. 57-79.
8. Prenatal, perinatal and neonatal factors associated with autism spectrum disorders / M.D: Bilder et al. // Pediatrics. 2009. — Vol. 123. — P. 12931300.
9. The prevalence of obesity in children with autism: a secondary analysis using nationally representative data from the National Survey of children, s Health / C. Cutrin et al. // BMC Pediatrics. 2010. — Vol. 10-11. — P. 15741580.