



НАБЛЮДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ 4–6 ЛЕТ С РАС: АГРЕССИВНОСТЬ, СОН И КОММУНИКАТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Эргашева Н.Н.

*Д.м.н., доцент кафедры неврологии, детской неврологии и медицинской
генетики*

Эргашева Н.Н.

*К.м.н., ассистент кафедры физического воспитания и гражданской
защиты №1*

Отенбергена Г.Е.

*Магистр 3-го курса кафедры неврологии, детской неврологии и
медицинской генетики*

АННОТАЦИЯ

Проведено сравнительное клиническое наблюдение за 45 детьми 4–6 лет с расстройствами аутистического спектра (РАС), направленное на оценку динамики поведенческих и коммуникативных нарушений на фоне терапии. Основная группа (n=23) получала стандартную симптоматическую фармакотерапию в сочетании с курсом микротоковой рефлексотерапии (15 процедур за 3 недели), группа сравнения (n=22) — только медикаментозную коррекцию. До лечения в основной группе агрессивность встречалась у 78,3% детей, в группе сравнения — у 40,9%. После лечения в основной группе выявлены наиболее выраженные положительные изменения в коммуникативной сфере: выраженные коммуникативные трудности снизились с 30,4% до 8,6%, частота неиспользования местоимения «Я» — с 60,9% до 43,5%. Эхолалия и нарушения сна показали умеренную положительную динамику, тогда как навыки опрятности существенно не изменились в обеих группах. Клинический мониторинг конкретных проявлений



РАС позволяет уточнять индивидуальные лечебно-коррекционные стратегии и выявлять симптомы с разной чувствительностью к терапии, что особенно важно для оценки динамики коммуникации и поведенческой регуляции.

***Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, дети дошкольного возраста, микротоковая рефлексотерапия, коммуникативные нарушения, агрессивность, нарушения сна, клинический мониторинг.*

РАС у детей 4–6 лет в реальной клинической практике проявляются не только трудностями социального взаимодействия и коммуникации, но и целым спектром сопутствующих нарушений, которые определяют повседневное функционирование ребёнка и обращаемость семьи за помощью. Нередко именно поведенческие эпизоды, трудности произвольной регуляции, проблемы сна и выраженные ограничения общения становятся теми факторами, которые препятствуют включению ребёнка в образовательную среду и осложняют формирование базовых навыков самостоятельности. Поэтому клинически ориентированный мониторинг конкретных наблюдаемых проявлений до и после курса терапии остаётся важным инструментом, позволяющим фиксировать динамику и уточнять направления дальнейшего сопровождения. В рамках сравнительного клинического наблюдения были проанализированы изменения частоты ряда симптомов у 45 детей 4–6 лет с диагнозом РАС (МКБ-10: F84.0) на фоне терапии в двух группах. Основную группу составили 23 ребёнка (18 мальчиков и 5 девочек), группу сравнения — 22 ребёнка (14 мальчиков и 8 девочек). Средний возраст по выборке составил 5,0 года; в основной группе — 5,09 года, в группе сравнения — 4,91 года. Всем детям проводилась симптоматическая медикаментозная коррекция по клиническим показаниям: при судорожных проявлениях применялись противосудорожные средства, а при агрессии и/или



тревожности — нейрорептики с индивидуальным подбором схемы. Отличием основной группы было дополнительное применение микротоковой рефлексотерапии по схеме 15 процедур в течение трёх недель (по 5 процедур в неделю, 5 дней подряд), длительность одной процедуры составляла 15–20 минут. Для клинической оценки фиксировали наличие или отсутствие эхоталии, неиспользования местоимения «Я», дефицита навыков опрятности, нарушений сна с тревогой/фобиями, выраженных коммуникативных трудностей и агрессивности до и после курса терапии.

Исходно у детей основной группы чаще выявлялись проявления поведенческой дисрегуляции: агрессивность отмечалась у 18 из 23 детей (78,3%), тогда как в группе сравнения — у 9 из 22 (40,9%); различие между группами было статистически значимым ($p=0,016$). После курса терапии доля детей с агрессивностью уменьшилась в обеих группах и составила 15 из 23 (65,2%) в основной группе и 7 из 22 (31,8%) в группе сравнения; межгрупповое различие сохранялось ($p=0,038$), что указывает на исходную неоднородность контингента и необходимость осторожной интерпретации прямых сравнений по данному признаку. Наиболее отчётливые изменения в основной группе касались показателей, непосредственно связанных с функциональным общением: выраженные коммуникативные трудности уменьшились с 7 из 23 (30,4%) до 2 из 23 (8,6%), а частота неиспользования местоимения «Я» снизилась с 14 из 23 (60,9%) до 10 из 23 (43,5%). Эхоталические проявления изменялись умеренно (14 из 23; 60,9% до лечения и 13 из 23; 56,5% после), нарушения сна с тревогой/фобиями также сохраняли высокую распространённость, хотя отмечалась тенденция к уменьшению (с 14 из 23; 60,9% до 12 из 23; 52,2% после). Дефицит навыков опрятности в основной группе клинически значимой динамики не показал и оставался на уровне 7 из 23 (30,4%) как до, так и после лечения. В группе сравнения изменения были более умеренными: эхоталия уменьшилась с 13 из 22 (59,1%) до 11 из 22



(50,0%), неиспользование местоимения «Я» — с 13 из 22 (59,1%) до 11 из 22 (50,0%), нарушения сна с тревожно-фобическими проявлениями — с 8 из 22 (36,4%) до 6 из 22 (27,2%), выраженные коммуникативные трудности — с 2 из 22 (9,1%) до 1 из 22 (4,5%). При этом дефицит навыков опрятности сохранялся без изменений и составлял 11 из 22 (50,0%) до и после курса.

Полученные данные позволяют рассматривать клинический профиль детей с РАС как совокупность проявлений с различной чувствительностью к терапии. В основной группе наиболее выраженные сдвиги затронули показатели, отражающие коммуникацию и элементы речевой самореференции, что может свидетельствовать о повышении функциональной включённости ребёнка во взаимодействие и большей гибкости речевого поведения в ситуациях контакта. Одновременно эхολалические феномены и нарушения сна, хотя и демонстрировали снижение, оставались распространёнными, что подчёркивает их относительную устойчивость и необходимость длительного комплексного сопровождения. Отсутствие динамики навыков опрятности представляется закономерным: формирование самообслуживания требует повторяемого обучения, систематического закрепления в домашней среде и активного участия семьи, поэтому краткосрочного курса лечения может быть недостаточно без параллельных поведенческих программ. Важным обстоятельством является исходная неоднородность групп по агрессивности, поскольку в основной группе этот симптом встречался значительно чаще уже на старте и различия сохранялись после лечения; такая особенность типична для клинических выборок, где более интенсивное вмешательство чаще назначается детям с более выраженными поведенческими проблемами. Следовательно, межгрупповые сравнения по агрессивности следует трактовать с осторожностью, а в дальнейшем для повышения сопоставимости целесообразно применять подбор по исходной тяжести или стратификацию по ведущим симптомам и



дополнять клиническое наблюдение стандартизированными шкалами (например, АТЕС/CARS) с анализом парных изменений. В целом клинический мониторинг частоты значимых проявлений у детей с РАС до и после терапии может служить практической основой для уточнения индивидуальной коррекционно-лечебной стратегии, особенно при оценке динамики коммуникативной сферы и поведенческой регуляции.

Список литературы

1. ГОСТ Р 7.0.5–2008. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления. — М.: Стандартинформ, 2008. — 38 с.
2. Расстройства аутистического спектра: клинические рекомендации (одобрены Научно-практическим советом Минздрава РФ). — 2024. — Текст: электронный. — URL: ... (дата обращения: 21.01.2026).
3. Минздрав России утвердил новые клинические рекомендации по оказанию помощи детям с расстройствами аутистического спектра: новость от 23.07.2020. — Текст: электронный. — URL: ... (дата обращения: 21.01.2026).
4. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. — Текст: электронный. — URL: ... (дата обращения: 21.01.2026).
5. World Health Organization. Autism (Fact sheet). — 17.09.2025. — Текст: электронный. — URL: ... (дата обращения: 21.01.2026).
6. Kamp-Becker I. Autism spectrum disorder in ICD-11—a critical reflection of its possible impact on clinical practice and research // *Molecular Psychiatry*. — 2024. — Vol. 29. — P. 633–638. — DOI: 10.1038/s41380-023-02354-y.
7. Greaves-Lord K., Skuse D., Mandy W. Innovations of the ICD-11 in the Field of Autism Spectrum Disorder: A Psychological Approach // *Clinical*



Psychology in Europe. — 2022. — 15 Dec. — 4 (Special Issue): e10005. — DOI: 10.32872/сре.10005.

8. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс: учебное пособие для студентов. — М.: Практика, 2018. — 280 с.
9. Малькова С.В., Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Лорер В.В. Организация медико-социальной реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2021. — Т. 24, № 1. — С. 31–38. — DOI: 10.17816/MSER52812.