



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-021.3. 616.8-085.851

АУТИСТИК СПЕКТР БУЗИЛИШИДА ПСИХО-НЕВРОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Саноева Матлюба Жахонкуловна <https://orcid.org/0000-0003-1680-9886>

e-mail: matlyubadoct70@mail.ru

Назаров Алишер Илхомович <https://orcid.org/0009-0006-9364-1238>

e-mail: alisher_nazarov@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ушбу мақола неврология ва психиатрия амалиётида болаларда аутистик спектр бузилиши (АСБ) касалликларида психо-неврологик ўзгаришларни реабилитация қилиш усуллари тақомиллаштиришга бағишланган. Мақола касалликни ўз вақтида аниқлаб комплекс тиббий-ижтимоий, педагогик даволаш, реабилитация усуллари эрта қўллаш болани ижтимоий ҳаётга тайёрлайди, жамиятга мойиллигини оширади, ҳамда ўз-ўзини бошқариш, чуқур ногиронлик даражасини камайтириш, бирламчи соғлиқни сақлаш тизими ва стационар шароитда тиббий муҳтожликни камайтириш, умумтаълим мактаб ва мактабгача бўлган муассасаларда ўқитиш, оилада улар билан боғлиқ муаммоларни имкон қадар камайтириш, оғир асоратлар профилактикасини тизимли йўлга қўйиш, даволаш самарадорлигини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимининг ҳар учала босқичида (бирламчи, стационар, реабилитация) жорий этиш, махсус неврологик ва психиатрик хизмат сифатини тақомиллаштириш имконини беради ва катта амалий-илмий аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. АСБ билан азият чеккан болаларда “аутизм триадаси”даги ижтимоий муносабат, атрофдаги одамлар билан мулоқот, сенсор бузилиш, ҳатти-ҳаракат, ҳулқ-атвор шакллариининг чекланганлиги ва стереотиплигини эътиборга олиб реабилитация усуллари тақомиллаш-тиришдан иборат бўлди.

Натижалар таснифи. Таклиф этилган комплекс реабилитация усуллари эрта болалик давридан бошлаш, боланинг балоғат ёшига етгунга қадар даврий реабилитация ўтказиш, тиббий, ижтимоий, педагогик, психологик, тиббий психологик, жисмоний комплекс тикловчи муолажаларни қўллаш беморни ижтимоий ҳаётга тайёрлаш, кундалик амалиётидаги фаолиятини яхшилаш, ўзини бошқара олиш, ўзаро муносабатларни тиклашга имкон беради ва оилавий муаммолар, боланинг боғча ва мактабларга интеграция босқичини ҳал қилишда катта аҳамият касб этади. Неврологик белгилар, махсус тест ва шкалаларни қўллаш АСБда реабилитациянинг динамикасини назорат қилишга қўмаклашди.

Хулоса. Албатта, таклиф этилган ушбу усуллар болада АСБ таъхисини эрта қўйиш, эрта реабилитациянинг муҳим йўналишини танлаш, имкон қадар болани эрта болалик даврида ижтимоий ҳаётга тайёрлаш, онги, нутқи, артикуляцияси, ҳаракат, сезги ва ҳулқ атворидаги ўзгаришларни ўз вақтида тиклаш, оғир асоратларнинг олдини олиш учун муҳим аҳамият касб этади ҳамда ижтимоий-тиббий, иқтисодий самарадорликка ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: аутистик спектр бузилишлари, таъхислаш, реабилитация, психологик, тиббий, педагогик, жисмоний, ижтимоий ёрдам

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАС

Саноева Матлюба Жахонкуловна <https://orcid.org/0000-0003-1680-9886>

E-mail: matlyubadoct70@mail.ru

Назаров Алишер Илхомович <https://orcid.org/0009-0006-9364-1238>

e-mail: alisher_nazarov@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Данная статья посвящена совершенствованию методов реабилитации психоневрологических признаков расстройств аутистического спектра (РАС). Своевременная диагностика и комплексный медико-социальный и педагогический лечебно-восстановительный подход способствует подготовке ребенка с РАС к социальной жизни, повышению адаптации к обществу, развитию навыков самоуправления, снижению уровня инвалидности, уменьшению потребности в медицинской помощи, обеспечению учебы в общеобразовательных учреждениях, а также максимально сокращает проблемы, возникающие в семье. Статья имеет особое научно-практическое значение для совершенствования качества специализированных неврологических и психиатрических услуг, систематического внедрения эффективной профилактики тяжелых осложнений во всех звенах (первичное, стационарное, реабилитационное) здравоохранения.

Цель исследования. Совершенствование методов реабилитации детей, страдающих РАС, с учетом "триады аутизма", социальной несостоятельности отношений в общении с окружающими людьми, сенсорных нарушений, ограниченности и стереотипности форм поведения.

Результаты исследования. Ранний комплексный метод реабилитации с применением медицинских, социальных, педагогических, психологических, медико-психологических, физических комплексных восстановительных процедур позволяет подготовить пациента к социальной жизни, улучшить его деятельность в повседневной практике, самоконтроль, восстановить взаимоотношения с окружающими, и имеет большое значение в решении семейных проблем, этапа интеграции ребенка в детский сад и школу. Применение неврологических исследований, специальных тестов и шкал способствует контролю динамики восстановления при РАС.

Заключение. Безусловно, предложенные методы имеют важное значение для ранней диагностики РАС у ребенка, выбора комплексной ранней реабилитации, подготовки ребенка к социальной жизни в раннем детстве, своевременного восстановления изменений сознания, речи, артикуляции, движений, чувств и поведения, профилактики тяжелых осложнений и оказывают положительное влияние на социально-медицинскую и экономическую эффективность.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, диагностика, реабилитация, психологическая, медицинская, педагогическая, физическая, социальная помощь.

PRINCIPLES OF REHABILITATION OF PSYCHO-NEUROLOGICAL CHANGES IN AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Sanoeva Matlyuba Jaxonkulovna <https://orcid.org/0000-0003-1680-9886>
e-mail: matlyubadoct70@mail.ru

Nazarov Alisher Ilkhomovich <https://orcid.org/0009-0006-9364-1238>
e-mail: alisher_nazarov@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This article is dedicated to improving methods for rehabilitating psychoneurological signs of autism spectrum disorders (ASD). Timely diagnosis and a comprehensive medical-social and pedagogical treatment-restorative approach contribute to preparing a child with ASD for social life, improving their social adaptation, developing self-governance skills, reducing disability, reducing the need for medical care, ensuring their education in general education institutions, and minimizing problems arising within the family. The article is of particular scientific and practical importance for improving the quality of specialized neurological and psychiatric services, systematically implementing effective prevention of severe complications in all healthcare institutions (primary, inpatient, rehabilitation).

Purpose of the research. *Improvement of rehabilitation methods for children suffering from ASD, taking into account the "autism triad," social inadequacy of relationships with others, sensory impairments, limitations, and stereotypical behavioral patterns.*

Research results. *Early comprehensive rehabilitation method using medical, social, pedagogical, psychological, medical-psychological, physical comprehensive restorative procedures allows for patient preparation for social life, improvement of their activity in daily practice, self-control, restoration of relationships with others, and is of great importance in solving family problems, the stage of child integration into kindergarten and school. The use of neurological studies, special tests, and scales contributes to monitoring the recovery dynamics in ASD.*

Conclusion. *Undoubtedly, the proposed methods are important for early diagnosis of ASD in children, choosing comprehensive early rehabilitation, preparing children for social life in early childhood, timely restoration of changes in consciousness, speech, articulation, movements, feelings, and behavior, prevention of severe complications, and have a positive impact on socio-medical and economic efficiency.*

Keywords: *autism spectrum disorders, diagnostics, rehabilitation, psychological, medical, pedagogical, physical, social assistance*

Долзарблғи

Аутистик спектр бузилишлари (АСБ) тарқалганлиги жиҳатидан ўсиш тенденциясига эга бўлиб аввалги статистика бўйича 10 000 нафар болага 4-5 та бола тўғри келган бўлса, сўнгги 30-40 йил ичида ушбу миқдор кўп мамлакатларда 50-116 нафаргача ошиб кетди, бу эса ушбу муаммонинг юқори даражадаги долзарблғини белгилайди [2; 7]. Ушбу беморларга клиник текширувлар ўтказишда, уларнинг натижасини таҳлил этишда, ташхис қўйишда, даволаш ва реабилитация муолажаларини танлашда нафақат асосий клиник белгиларга, балки ҳамкор келувчи неврологик ўзгаришларга ҳам эътибор қаратиш зарур. Кўп ҳолларда айнан неврологик белгилар аутизм билан азият чеккан беморларда касалликнинг ўзига хос хусусиятини белгилаб беради. Бунда бош мияда содир бўладиган жараён касалликнинг ҳам асосий белгилари, ҳам ҳамкор неврологик хусусиятларини намоён қилишда катта роль ўйнайди. АСБ да асосий ва неврологик белгилар кенг қўламли бўлиб тил ва нутқ ривожланишида сезиларли даражада қийинчиликлар пайдо бўлади, уларнинг яқинлари билан мулоқоти қийинлишади, сўз бойлиги чекланади, мулоқотнинг новербал шакллари (имо-ишора, пиктограмма) кўпроқ ишлатилади [3; 9]. Шу билан бирга, ҳид, таъм ва ёруғликни ўта кучли қабул қилиш, баъзи товушларни эшитмаслик учун қулоғини қаттиқ ёпиб олиш (сонофобия), самолёт, пылесос ва шунга ўхшаш буюмлар овози, бирор нарсанинг баданига тегилишига нисбатан ўта кучли кўркув ҳисси мавжуд бўлиб, сенсор бефарқлик – отини чақирганда эшитмаслик, баъзи кучли товушларга эътибор бермаслик ёки “карлик”, ўзига зарар етказиш, одамлар мимикасини ажрата олмаслик, синестезия (бир турдаги сезгини қўзғатганда бошқа турдаги сезгига таъсир қилиши, масалан эшитишни қўзғаш орқали кўрув ёки таъм билишга таъсир қилиш), ҳаракатнинг номукамаллиги ва номутаносиблиги, ҳаракат бузилишининг полиморфизми кузатилади [1; 8]. Бунда, мушак дистонияси, ғайритабиий юриш (оёқ учида юриш), мувозанат, ҳаракат координацияси, мураккаб ҳаракатлар назоратсизлиги, стереотип ва такрорий механик ҳаракатлар (бармоқлар, қўл, танани силкитиш ёки айланма ҳаракатлар), «одатийлик», ҳаракат тизими ривожланишининг пастлиги, мушак гипотонияси, ҳаракатларни режалаштириш ва ташкиллаштиришнинг зарарланиши (диспраксия), ноадекват постурал реакциялар, статик ва динамик координация, мураккаб ҳаракатларда ритм ва тезликнинг бузилганлиги кузатилади [4; 10]. Юрганда секин, номутаносиб ҳаракат орқали, бош олдинга букилган, қўллар синергияси мавжуд эмас, тик турганда мувозанат сақлай олмаслик ҳолатлари аниқланади. Ушбулар билан бирга стереотип хулқ атвор таҳлил қилиниб, нутқ ривожланиши, гаплашиш артикуляцияси, ғайри табиий, ўзига шикаст етказувчи хатти ҳаракат, тутқаноқлар, тиклар намоён бўлади [5; 12].

Дастлабки ташхис “аутизм триадаси” белгилари мавжудлиги билан асосланади. Ушбу “аутизм триадаси” турли хил типда намоён бўлиб қуйидаги гуруҳларга бўлинади [4; 8; 16]:

- ижтимоий ўзаро муносабатларнинг чекланганлиги;
- атрофдагилар билан мулоқотнинг чекланганлиги;
- ҳатти-ҳаракатлар шакллариининг чекланганлиги ва стереотиплиги.

“Аутизм триадаси” жағи ҳар бир гуруҳига кирадиган белгиларни кўриб чиқадаган бўлсак, жуда қизиқарли ҳолатга дуч келамиз:

Ижтимоий ўзаро муносабатларнинг чекланганлигида – исмга жавоб бермаслик; болага нисбатан йўналтирилган нутққа эътибор бермаслик; тактил алоқа ва товушлардан қўрқиш; одамлар орасида бўлишда қўрқувнинг ошиши сабаб яққаланиш; ҳис-туйғуларнинг атипик намоён бўлиши; мимиканинг сустлиги; тана тили ва имо-ишораларни тушунмаслик; кўз алоқасини ўрнатишда қийинчиликлар туғилишини кузатиш мумкин [5; 8].

Мулоқотнинг чекланганлигида – ёлғизликка мойиллик; дўстларнинг йўқлиги; нутқ ривожланишининг секинлиги; вазиятга қараб хатти-ҳаракатларни мослаштира олмаслик; ўйинларга қизиқишнинг йўқлиги; ўйинчоқларнинг фақат ўзига ёққани билан ўйнаш, бошқасига эътибор бермасликни аниқлаш мумкин [1; 16].

Хатти-ҳаракат шакллариининг чекланганлиги ва стереотиплиги – такрорланувчи ҳаракатлар; муайян кун тартибига риоя қилиш; оддий сўзларни назоратсиз такрорлаш; энг кичик ўзгаришлардан қўрқиш; қизиқишларнинг бир нарсасига қатъий боғланганлиги; илгари эгалланган кўникмаларни йўқотиш билан характерланади [2; 15].

Аутизм спектри бузилишининг бир неча турлари мавжуд, ушбу турлар касалликнинг ўзига хос белгиларига кўра ажратилади. Халқаро касалликлар 11-нашри таснифи бўйича аутизм турлари интеллектуал ривожланиш ва тилнинг функционал қобилияти бузилиши ёки нутқнинг йўқлиги асосида ажратилади. Халқаро касалликлар 10-нашридаги таснифи бўйича қуйидаги турлари ажратилган [6; 11; 19].

1. Эрта болалик аутизми – моториканинг ривожланишида кечикиш, ғайри табиий ҳаракатлар, атрофдагилар билан мулоқотдан қочиш, сўз бойлигининг сустлиги (янги туғилган чақалоқ 8 ойлик даврида ўз исмига жавоб бермайди, 12 ойлигида имо-ишоралар сонининг камлиги, ҳаракатининг йўқлиги; 18 ойлигида – мулоқотдан қочиш, нутқни тушунмаслик, ғайриоддий ўйинлар; 24 ойлигида – хатти-ҳаракатларни таклид қилолмаслик, ижтимоий ўзаро муносабатнинг йўқлиги, чекланган сўзлар тўпламидан фойдаланиш, аммо ушбу ёшда келажакда АСБнинг оғирлик даражасини айтиш ҳали қийин) [2; 6; 13].

2. Каннер синдроми – ўз ички дунёсига қамалиб олиш, ташқи дунё билан алоқанинг йўқлиги, сўзларни такрорлаш (ривожланиши ҳам мумкин, бу эса одамга жамиятда тўлиқ яшашга имкон бермайди ва доимий назоратни талаб қилади) [14].

3. Аспергер синдроми – эгоцентризм, мулоқотни аҳамиятсиз деб билиш, ғайриоддий қизиқишлар, эмпатиянинг пастлиги (моториканинг секинлиги ушбу синдромни билинтирмайди, кўпинча у оддий эксцентриклик деб қабул қилинади) [17].

4. Ретт синдроми илгари АСБ га киритилган бўлса-да, ҳозир у генетик мутациялар билан боғлиқ мустақил касаллик сифатида қаралади. У фақат аёлларда учрайди ва кўпинча мақсадли ҳаракатларнинг йўқолиши билан тавсифланади [3; 20].

5. Катталар аутизми (икки хил кўринишда бўлиб биринчиси – болаликдаги аутизм узок йиллар давомида сақланиб қолади, аломатлар оғирлашиши ёки енгиллашиши мумкин, бунда психотерапевтик ёрдам катта аҳамиятга эга бўлади; иккинчи кўриниши – аутизм белгилари стресс ёки бошқа психологик омиллар таъсирида катта ёшда пайдо бўлади, буни депрессия деб ҳисоблаш мумкин, вақт ўтиши билан беморнинг ижтимоий ҳаёти жиддий зарар кўради, сўзлашувдан ҳар қандай йўл билан қочади; яқинларини эътиборсиз қолдиради, улар билан учрашишдан қочади; диққати тарқоқ ва пассив бўлиб қолади; қизиқиш ҳисси йўқолади; янги одамлар билан танишиш ва муносабатлар ўрнатиш қобилиятига эга бўлмай қолади). Шу билан бирга, бундай одамлар мулоқот қилишдаги қийинчиликларга қарамай, карерасида муваффақиятга эришади. Катталар аутизми кўпинча атипик кечади, яъни триаданинг барча аломатлари бўлмаслиги мумкин [18].

6. Юқори функционал аутизм (YFA) (ақл-идрокнинг юқори даражаси билан ажралиб туради, Савант синдромининг бир тури бўлиб, унда юқори IQ турли руҳий бузилишлар билан бирга келади. Юқори функционал аутизм АСБнинг бошқа турлари билан биргаликда келиши мумкин (Каннер, Аспергер синдроми ва бошқалар) [20].

Шундай қилиб, адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, АСБ турларининг хилма хиллиги, клиник кўринишларининг асосий белгилари ва неврологик белгиларининг полиморфизми, касалликнинг мураккаб кечиши, кўпроқ онг, руҳий ҳолат ўзгаришларининг намоён бўлиши,

ижтимоий ҳаётга ўта кучли таъсири, даво муолажаларида фармакотерапия тамойилларига бўйсинмаслиги, реабилитация муолажаларини танлашнинг қийинчиликлари, касалликнинг бошқа ҳолатлар билан ўхшаш томонлари, касаллик эрта даврида тиббий, нейропсихологик, педагогик даволаш ва реабилитация усулини такомиллаштириш, болаларни ижтимоий ҳаётга тайёрлаш ва ногиронликни камайтиришга имкон яратади.

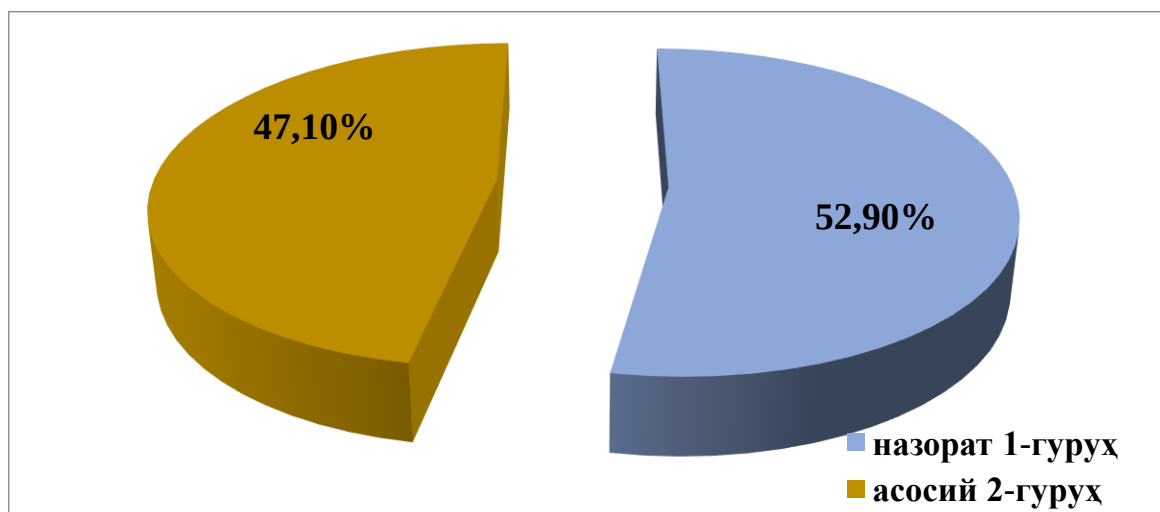
Услубий тавсиянома мақсади – Аутистик спектр бузилиши билан азият чеккан болаларда “аутизм триадаси”даги ижтимоий муносабатларнинг, атрофдаги одамлар билан мулоқотнинг, сенсор бузилишлар, ҳатти-ҳаракат, хулқ-атвор шакллариининг чекланганлиги ва стереотиплигини эътиборга олиб реабилитация усуллариини такомиллаштиришдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари

Илмий тадқиқот иши аутистик спектр бузилиши (АСБ) билан оғриган болаларда касалликни таҳлил қилиб хулоса асосида реабилитация усуллариини танлашга бағишланди. Илмий ишимизда 68 (100%) нафар АСБ билан азият чеккан қиз ва ўғил болаларда аниқланган клиник кўринишлар асосида комплекс реабилитация усуллариини қўладик. Ўрганилган болалар Республика руҳий саломатлик маркази, Бухоро филиалида ва “Alfa Medical Center” хусусий клиникасида стационар ҳамда амбулатор шароитида 2022-2024 йиллар давомида даволанган. Илмий тадқиқотнинг ҳақиқийлиги ва тўғри олиб борилишини таъминлаш учун ўрганилган 68 нафар бола 2 гуруҳга бўлинди: 1-асосий гуруҳ – 36 (52,9%) нафар таклиф этилган комплекс реабилитация усули қўлланилган, 2-назорат гуруҳи – 32 (47,1%) нафар АСБ билан азият чеккан, анъанавий даволанган болаларни ташкил этди (1-расм).

1-расмдан кўриниб турганидек, 1- ва 2-гуруҳ беморлар сони деярли бир хил бўлиб улар орасида аҳамиятли фарқ бўлмаган. Болаларнинг ёши халқаро стандартларда қабул қилинган нормативга кўра тақсимланди (1-жадвал).

1-жадвалга кўра, эрта болалик даври (1-3 ёш)даги қиз ва ўғил болалар сони ҳамда ушбу ёшдаги умумий болалар сони назорат гуруҳидан кўра аҳамиятли кўпроқ бўлган ($P<0,05$; $P<0,01$); мактабгача (3-6/7 ёш) ёшдаги болаларнинг умумий сони иккала гуруҳда ҳам деярли бир хил бўлиб, асосий гуруҳда ўғил болалар сони назоратдаги ўғил болалар сонига нисбатан аҳамиятли камроқ бўлган ($P<0,05$); кичик мактаб ёши (6/7-10/11 ёш)даги умумий болалар сони ҳам мактаб ёшигача бўлган болалар сони каби асосий ва назорат гуруҳлари орасида аҳамиятли фарқ топилмади, бунда, қиз ва болалар сони таққосланганда аҳамиятли фарқ қилмади.



1-расм. Беморларнинг гуруҳларга тақсимланиши

Умумий таҳлилда 1- ва 2-гуруҳларда ўғил ва қиз болалар сони орасида аҳамиятли фарқ топилмади. Бундан келиб чиқиб, АСБ касаллиги қизлар ва ўғил болалар орасида деярли бир хилда тақсимланиши ёки бир хил миқдорда тарқалиши мумкинлигига амин бўлдик. Ушбу, 1-

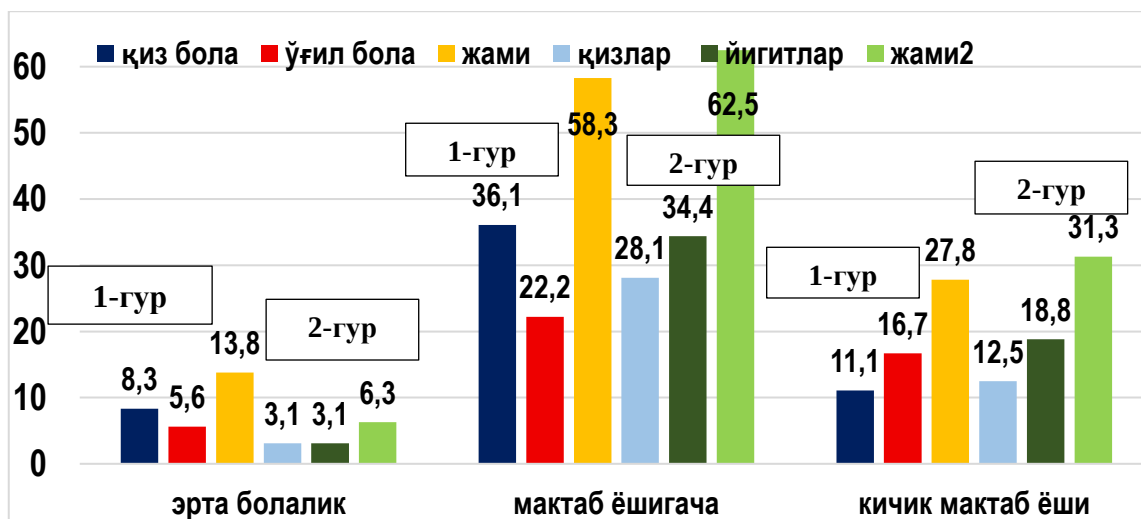
жадвалдаги кўрсаткичлар расмга туширилганда яққолроқ тасвирга эга бўлди (2-расм). 2-расмга кўра, ҳар иккала гуруҳда энг кўп тарқалган ёш бу мактаб ёшигача бўлган болалар бўлган. Уртача сонни кичик мактаб ёшидагилар ва энг кам миқдорни эрта болалик ёшидагилар ташкил этди. Қиз ва ўғил болалар нисбати ёшга кўра жадвалдаги сонларга кўра таҳлил этилгани билан бир хил бўлди.

1-жадвал

Болалар ёши ва жинсига кўра тақсимланиши

1-гуруҳ (асосий) n=36								
Болалар/ жинси	Ёши (йилларда)						Жами:	
	Эрта болалик даври (1-3 ёш)		Мактаб ёшигача (3- 6/7 ёш)		Кичик мактаб (6/7- 10/11) ёши			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Қиз бола	3	8,3**	13	36,1	4	11,1	20	55,6
Ўғил бола	2	5,6*	8	22,2*	6	16,7	16	44,4
Жами:	5	13,8**	21	58,3	10	27,8	36	100
2-гуруҳ (назорат) n=32								
Болалар/ жинси	Ёши (йилларда)						Жами:	
	Эрта болалик даври (1-3 ёш)		Мактаб ёшигача (3- 6/7 ёш)		Кичик мактаб (6/7- 10/11) ёши			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Қиз бола	1	3,1	9	28,1	4	12,5	15	46,9
Ўғил бола	1	3,1	11	34,4	6	18,8	17	53,1
Жами:	2	6,3	20	62,5	10	31,3	32	100

Изоҳ: * - фарқлар 1-назорат гуруҳига нисбатан аҳамиятли
(* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)



2-расм. Гуруҳларда болаларнинг ёш ва жинсга нисбатан тарқалиши

АСБ билан азият чеккан болаларда клиник кўринишининг оғирлик даражаси, қолаверса, касаллик оғирлик даражасига кўра кенг қамровли терапевтик таъсир, ижтимоий, коммуникатив ва маиший кўникмаларни ривожлантириш, номақбул хатти-ҳаракатларни даволаш, шунингдек, бола ва оиласининг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган комплекс реабилитация усули тадбиқ

этилди. Амалий реабилитация усули хулқ-атвор таҳлили (АБА терапияси), сенсор интеграция, логопедик фаолият, нейропсихологик ва когнитив хулқ-атвор машқлари каби турли усулларни ўз ичига олди. Ундан ташқари невролог-реабилитолог, дефектолог, психолог, даволаш жисмоний тарбияси бўйича шифокор (эрготерапевт) мутахассисларнинг маслаҳатини олиб дарсларига қатнашишди, яна бир тикловчи реабилитацион инструмент сифатида транскраниал магнит стимуляция (бош мия пўстлоғининг маълум қисмларидаги нерв ҳужайраларига қисқа муддатли магнит импульсларини оғриқсиз ва ноинвазив юбориш)си қўлланилди. Олиб борилган комплекс реабилитация усуллари ва одатий даволаш ўтказилган беморлардан олинган 3-4 ойлик натижани солиштириб кўрдик (2-жадвал).

2-жадвал

АСБ “триада белгиларини” реабилитация жараёнида гуруҳлараро таққослаш

АСБ белгилари	Давога қадар	1-гуруҳ (n=36) асосий		2-гуруҳ (n=32) назорат	
	%	абс	%	абс	%
Ижтимоий ўзаро муносабатларнинг чекланганлиги					
Исмга жавоб бермаслик	94,1	12	33,3***	21	65,6*
Нутққа эътибор бермаслик	76,5	6	16,7***	19	59,4*
Тактил алоқа, товушдан кўрқиш	97,1	9	25,0***	22	68,8*
Кўрқув ошиши сабаб яққаланиш	82,3	7	19,4***	18	56,3*
Хис-туйғуларнинг атипиклиги	92,6	13	36,1**	19	59,4*
Мимиканинг сустлиги	70,6	7	19,4***	14	43,8*
Имо-ишораларни тушунмаслик	77,9	11	30,6**	19	59,4*
Мулоқотнинг чекланганлиги					
Ёлғизликка мойиллик	91,2	12	33,3***	21	65,6*
Дўстларнинг йўқлиги	75,0	6	16,7***	17	53,1*
Нутқ ривожланишининг секинлиги	98,5	17	47,2**	24	75,0*
Хатти-ҳаракатларни мослаштиролмаслик	70,6	9	25,0***	16	50,0*
Ўйинларга қизиқишнинг йўқлиги	76,5	9	25,0***	18	56,3*
Ўйинчоқларнинг фақат ўзига ёққани билан ўйнаш	67,6	7	19,4***	17	21,4**
Хатти-ҳаракат шакллариининг чекланганлиги ва стереотиплиги					
Такрорланувчи ҳаракатлар	69,1	8	22,2***	15	46,9*
Муайян кун тартибига риоя қилиш	77,9	11	30,6**	17	53,1*
Оддий сўзларни назоратсиз такрорлаш	72,1	8	22,2***	19	59,4*
Энг кичик ўзгаришлардан кўрқиш	98,5	12	33,3***	21	65,6*
Қизиқишларнинг бир нарсага қатъий боғланганлиги	89,7	9	25,0***	19	59,4*
Илгари эгалланган кўникмаларни йўқотиш	85,3	7	19,4***	21	65,6*

* - фарқлар давогача бўлган натижаларга нисбатан аҳамиятли
Изоҳ: (*- P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

2-жадвал натижаларини таҳлил қилганда асосий, комплекс тиббий, педагогик, нейропсихологик, ижтимоий реабилитация усуллари қўлланилган беморлар 3 ойдан кейин ижтимоий ўзаро муносабатлардаги белгиларнинг аҳамиятли тикланганлиги, мулоқот чекланишидаги ўзгариш ишончли яхшиланганлиги, ғайри табиий хатти ҳаракатларнинг камайганлиги гувоҳи бўлди, бунда назорат гуруҳи билан таққосланганда ушбу ўзгаришлар анча юқорилиги кузатилди. Масалан,

давогача бўлган даврга нисбатан асосий ва назорат гуруҳларида реабилитация усуллари қўллаганда таъсир доираси куйидагича тақсимланди: қаратилган нутққа эътибор бермаслик 78,2% ва 22,4%; ҳис туйғуларнинг атипиклиги 61,0% ва 35,9%; имо-ишораларни тушунмаслик 60,7% ва 23,7%; ёлғизликка мойиллик 63,5% ва 28,1%; ҳатти-ҳаракатни мослаштириш 64,6% ва 29,2%; ўйинчоқларни танлаб фақат ёққани билан ўйнаш 71,3% ва 21,4%; такрорланувчи ҳаракатлар 67,9% ва 32,1%; муайян кун тартибига риоя қилиш 60,7% ва 31,8%; оддий сўзларни назоратсиз такрорлаш 69,2% ва 17,6%; энг кичик ўзгаришлардан қўрқиш 66,2% ва 33,4%; қизиқишларнинг бир нарсага қатъий боғланганлиги 72,1% ва 33,8%.

Илгари эгалланган кўникмаларни йўқотиш 77,3% ва 23,1% самара билан ижобий натижа кўрсатган.

Ушбу таҳлилдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳ, яъни такомиллаштирилган комплекс реабилитацион усул беморларга назорат гуруҳига нисбатан анча аҳамиятли ижобий натижани кўрсатган ($P<0,001$), бундай натижалар таъсир доираси юқори самарадорлик деб баҳоланган.

Кейинги текширувимиз М-CHAT/F (Robins, Fein, & Barton, 2009) шкаласи бўйича давогача ва даводан кейинги ҳолатда, гуруҳларнинг худди юқоридагидек бўлинган кўринишида олиб бордик. М-CHAT/F шкаласи боланинг чақалоқлик давридан бошлаб қўлланилди (6 – 24 ойлик давр).

3-жадвал

М-CHAT/F (Robins, Fein, & Barton, 2009) бўйича касаллик динамикасини аниқлаш

бал	1-гуруҳ (n=36) асосий											
	Давога қадар						Даводан кейин					
	1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11		1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0-2 б.	2	5,6	0	0,0	0	0,0	4	11,1*	7	19,4***	5	13,9***
3-7 б.	2	5,6	12	33,3	4	11,1	1	2,8*	11	30,5	3	8,3*
8-20 б.	1	2,8	9	25,0	6	16,7	0	0,0*	3	8,3**	2	5,6***
Жам и	5	13,9	21	58,3	10	27,8	5	13,9	21	58,3	10	27,8
бал	2-гуруҳ (n=32) назорат											
	Давога қадар						Даводан кейин					
	1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11		1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0-2 б.	1	3,1	0	0,0	0	0,0	2	6,3**	2	6,3**	1	3,1**
3-7 б.	1	3,1	11	34,4	3	9,4	0	0,0**	11	34,4	4	12,5*
8-20 б.	0	0,0	9	28,1	7	21,9	0	0,0	7	21,9*	5	15,6*
Жам и	2	6,3	20	62,5	10	31,3	2	6,3	20	62,5	10	31,3

Изоҳ: * - фарқлар давогача бўлган натижаларга нисбатан аҳамиятли (*- $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$)

Ушбу шкаладаги натижалар қуйидагича талқин қилинди (3-жадвал). 3-жадвал натижалари бўйича 3 ойлик комплекс реабилитация натижаларининг ижобий таъсирини аниқладик. Асосий гуруҳда эрта болалик ёшидагиларда АСБ белгиларининг кескин пасайиб касаллик ривожланишининг жуда паст хавфига шўтганлиги, мактаб ёшидагиларнинг 20%, кичик мактаб ёшидагиларнинг 14% да ҳам худди шундай ижобий ўзгаришларни кузатдик. АСБ ривожланишининг ўта кучли хавфи таклиф этилган реабилитация усуллари ёрдамида 8% ва 5,6% (мактабгача ва кичик мактаб ёшидаги) беморларда аниқланди ва улар тикланиш муолажаларини давом эттириш учун мутахассисларга йўналтирилди. Анъанавий реабилитация усуллари билан даволанган болаларда анча паст натижаларга эришилди, улар ҳам ота-онасининг талабига кўра 3 ойдан кейин комплекс реабилитация усуллари қўллаш учун мутахассисларга юборилди.

Кейинги босқичда АСБ ва коммуникатив бузилиш оғирлик даражасини динамикада баҳолашга эришдик, ушбу фаолият CARS (Schopler E, Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., 1980) шкаласи бўйича ўтказилди (4-жадвал).

CARS шкаласи бўйича АСБ ва коммуникатив бузилиш оғирлик даражаси реабилитация динамикасида асосий гуруҳ болаларида анча самарали натижа берди, унга кўра, 4 (11,1%) нафар болада АСБ белгилари буткул камайиб амалий соғлом тоифага киритилди; 25 (78,1%) нафар болада аутизмнинг энгил ёки ўрта оғирликдаги шакли (АСБ оғир шаклининг энгил шаклига ўтиш муносабати билан давога қадар даврга кўра 1,5 баравар кўпайган); 6 (16,7%) нафар болада эса АСБнинг оғир аутизм шакли аниқланган, давога қадар даврда ушбу микдор 17 (47,2%) нафарни ташкил этиб 2,8 бараварга камайган. Албатта ушбу таҳлил 2-назорат гуруҳи билан таққосланганда анча фарқ қилади, яъни бемор болаларга комплекс реабилитация муолажалари юқори самарадолигини кўрсатганлигининг гувоҳи бўламиз (4-жадвал).

АСБ билан оғирган беморлар неврологик ўзгаришларини ҳам реабилитация динамикасида кузатиш тадқиқотимиз доирасидан четда қолмади. Бунда бир хил миёдаги ўзгаришлар АСБнинг ҳам асосий белгилари, ҳам неврологик ҳамкор зарарланишларидан далолат берган эди. Неврологик зарарланиш кўлами АСБ касаллигида жуда кенг, улар психомотор ҳолатнинг эрта зарарланиши, сезувчанлик ва уни қайта ишлаш хусусиятининг бузилиши, ҳаракат ва руҳий реакцияларнинг монотонлиги, ўта ҳаракатчанлик, кучли кўзгалувчанлик. ҳаракат стереотиплари, ҳаракат координацияси бузилиши, диспраксия, экспрессив ҳаракат кўникмалари, нутқ ривожланиши, артикуляция бузилишлари, тиклар, тутқаноқ сингари белгилар билан кузатилди. Реабилитациянинг 3 ой давом этган даврида эса болаларда анча ижобий, сезиларли ўзгаришларни аниқладик (5-жадвал).

4-жадвал

CARS шкаласи бўйича АСБ ва коммуникатив бузилиш оғирлик даражасини динамикада баҳолаш

бал	1-гуруҳ (n=36) асосий											
	Давога қадар						Даводан кейин					
	1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11		1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
15-30	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,6*	2	5,6***	1	2,8**
30-36	3	8,3	12	33,3	4	11,1	3	8,3*	15	41,7*	7	19,4*
36-60	2	5,6	9	25,0	6	16,7	0	0,0*	4	11,1**	2	5,6**
Жами	5	13,9	21	58,3	10	27,8	5	13,9	21	58,3	10	27,8
бал	2-гуруҳ (n=32) назорат											
	Давога қадар						Даводан кейин					
	1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11		1-3 ёш		3-6/7 ёш		6/7-10/11	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
15-30	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
30-36	1	3,1	11	34,4	3	9,4	2	6,3**	13	40,6*	6	18,8*
36-60	1	3,1	9	28,1	7	21,9	0	0,0	7	21,9*	4	12,5*
Жами	2	6,3	20	62,5	10	31,3	2	6,3	20	62,5	10	31,3

Изоҳ: * - фарқлар давогача бўлган натижаларга нисбатан аҳамиятли (*- P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

5-жадвалдан кўриниб турибдики, АСБ билан азият чеккан болаларда аниқланган кенг кўламли неврологик белгилар асосий гуруҳда реабилитация ўтказилгандан кейин аҳамиятли камайган, иккинчи, назорат гуруҳида ҳам ишончли пасайиш бўлган, аммо ушбу пасайиш 1-гуруҳ билан таққосланганда анча фарқ бўлган.

Масалан, сезги тизимидаги ўзгаришлар орасида сонобия (30,6%) 1,5 баравар; фонофобия (36,1%) 2,1 баравар; гиперосмия (33,3%) 1,6 баравар; сенсор бефарқлик (38,9%) 2,2 баравар; синестезия (44,4%) 1,4 баравар; кузатув бузилишлари (38,9%) 2,3 баравар камроқ натижа берганлигининг гувоҳи бўлдик. Тахминан шундай фарқ ҳаракат тизими патологияси ва стереотип хулқ атвор борасида ҳам кузатилди.

Энди ушбу кузатилган неврологик белгиларнинг ўзига хос хусусиятларига тўхталадиган бўлсак, тадқиқотда олинган болалар хид, таъм ва ёруғликни ўта кучли қабул қилган, баъзи товушларни

эшитмаслик учун кулоғини каттиқ ёпиб олган (сонофобия), самолет, пылесос ва шунга ўхшаш буюмлар овози, бирор нарсанинг баданига тегилишига нисбатан ўта кучли қўрқув ҳисси мавжуд бўлиб, шу билан бирга, сенсор бефарқлик – отини чакирганда эшитмаслик, баъзи кучли товушларга эътибор бермаслик ёки “карлик”, ўзига зарар етказиш, одамлар мимикасини ажрата олмаслик, синестезия (бир турдаги сезгини кўзгатганда бошқа турдаги сезгига таъсир қилиши, масалан эшитишни кўзгаш орқали қўрув ёки таъм билишга таъсир қилиш) ҳолатлари кузатилган бўлиб 3 ой реабилитация давомида ушбу ўзгаришларнинг анча пасайганлиги гувоҳи бўлди.

АСБ билан азият чеккан болаларда ҳаракатнинг номукамаллиги ва номутаносиблиги, ҳаракат бузилишининг полиморфизми кузатилди. Бунда, мушак дистонияси, ғайритабиий юриш (оёқ учида юриш), мувозанат, ҳаракат координацияси, мураккаб ҳаракатлар назоратсизлиги, стереотип ва такрорий механик ҳаракатлар (бармоқлар, қўл, танани силкитиш ёки айланма ҳаракатлар), «одатийлик», ҳаракат тизими ривожланишининг пастлиги, мушак гипотонияси, ҳаракатларни режалаштириш ва ташкиллаштиришнинг зарарланиши (диспраксия), ноадекват постурал реакциялар, ҳаракат мутаносиблиги, статик ва динамик координация, мураккаб ҳаракатларда ритм ва тезликнинг бузилганлиги кузатилди.

5-жадвал

АСБ реабилитациясида неврологик белгиларнинг динамик ўзгаришлари

АСБ белгилари	1-гурух (n=36) асосий				2-гурух (n=32) назорат			
	давогача		даводан к-н		давогача		даводан к-н	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сезги тизими патологияси								
Гиперосмия	28	77,8	12	33,3**	21	65,6	17	53,1*
Сонофобия	24	66,7	11	30,6**	19	59,4	15	46,9*
Фонофобия	31	86,1	13	36,1**	30	93,8	24	75,0*
Тактил кўзгатувчидан қўрқиш	21	58,3	9	25,0**	22	68,8	18	56,3*
Сенсор бефарқлик	31	86,1	14	38,9**	32	100	27	84,4*
Оғриқни инкор қилиш	26	72,2	9	25,0**	22	68,8	14	43,8*
Синестезия	26	72,2	16	44,4*	25	78,1	19	59,4*
Кузатув бузилиши	33	91,7	14	38,9**	32	100	29	90,6*
Ҳаракат тизими патологияси								
Мушак дистонияси	31	86,1	15	41,7**	31	96,9	27	84,4*
Мушак гипотонияси	23	63,9	17	47,2*	20	62,5	17	47,2*
Ғайритабиий юриш	25	69,4	13	36,1**	26	81,3	18	56,3*
Мураккаб ҳаракат зарарланиши	31	86,1	16	44,4**	30	93,8	24	75,0*
Стереотип ҳаракат	26	72,2	13	36,1**	31	96,9	27	84,4
Диспраксия	28	77,8	12	33,3**	20	62,5	18	56,3*
Ноадекват постурал реакциялар	24	66,7	9	25,0***	14	43,8	10	31,3*
Номувофик ҳаракат	20	55,6	11	30,6*	21	65,6	18	56,3*
Мувозанат бузилиши	21	58,3	7	19,4***	22	68,8	18	56,3*
Ҳаракат ритми ва тезлигининг бузилиши	24	66,7	14	38,9*	27	84,4	21	65,6*
Стереотип ҳулк-атвор								
“Пешана” зарарланиши	24	66,7	11	30,6**	14	43,8	11	34,4*
Персеверация	27	75,0	13	36,1**	21	65,6	17	53,1*
Мақсадсиз ҳаракатлар	27	75,0	12	33,3***	31	96,9	26	81,3*
Ёпишқоқлик	35	97,2	9	25,0***	31	96,9	24	75,0*
Муайян натижаларга эришиш хатти-ҳаракати	31	86,1	19	52,8*	30	93,8	26	81,3*
Ўзига шикаст етказиш	19	52,8	7	19,4**	17	53,1	11	34,4*
Нутқ бузилиши	35	97,2	24	66,7*	32	100	28	87,5*
Артикуляция бузилиши	33	91,7	18	50,0**	31	96,9	26	81,3*
Тутқаноқ синдроми	11	30,6	3	8,3***	7	21,9	3	9,4**
Тиклар	21	58,3	13	36,1*	7	21,9	4	12,5*

Изоҳ: * - фарқлар давогача бўлган натижаларга нисбатан аҳамиятли (*- P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Юрганда секин, номутаносиб ҳаракат орқали, бош олдинга букилган, қўллар синергияси мавжуд эмас, тик турганда мувозанат сақлай олмаслик ҳолатлари аниқланди.

Ушбулар билан бирга стереотип хулқ атвор таҳлил қилиниб, нутқ ривожланиши, гаплашиш артикуляцияси, ғайри табиий, ўзига шикаст етказувчи ҳатти ҳаракат, тутқаноқлар, тиклар мавжудлигининг гувоҳи бўлди. Реабилитациядан кейин ушбу ўзгаришларнинг баъзи болаларда сақланганлиги касалликнинг оғир кечиши, узоқ давом этиши, эрта реабилитация муолажалари керакли даражада ўтказмаганлиги, баъзи ҳолларда эса ота-онасининг муолажаларга нисбатан лоқайдлиги билан боғлиқ бўлди.

Хулоса

1. Таклиф этилган комплекс реабилитация усуллари эрта болалик давридан бошлаш, боланинг балоғат ёшига етгунга қадар даврий реабилитация ўтказиш, тиббий, ижтимоий, педагогик, психологик, тиббий психологик, жисмоний комплекс тикловчи муолажаларни қўллаш беморни ижтимоий ҳаётга тайёрлаш, кундалик амалиётидаги фаолиятини яхшилаш, ўзини бошқара олиш, ўзаро муносабатларни тиклашга имкон беради ва оилавий муаммолар, боланинг боғча ва мактабларга интеграция босқичини ҳал қилишда катта аҳамият касб этади. Неврологик белгилар, махсус тест ва шкалаларни қўллаш орқали аутистик спектр бузилишида олиб борилаётган муолажаларни тизимли назорат қилишга қўмаклашди.

2. Таклиф этилган ушбу усуллар болада АСБ ташхисини эрта қўйиш, эрта реабилитациянинг муҳим йўналишини танлаш, имкон қадар болани эрта болалик даврида ижтимоий ҳаётга тайёрлаш, онги, нутқи, артикуляцияси, ҳаракат, сезги ва хулқ атворидаги ўзгаришларни ўз вақтида даволаш, оғир асоратларнинг олдини олиш учун муҳим аҳамият касб этади ҳамда ижтимоий-тиббий, иқтисодий самарадорликка ижобий таъсир кўрсатади.

3. Таклиф этилган комплекс реабилитация усули эрта малакали неврологик, тиббий психологик, педагогик, жисмоний тикланишга имкон яратади, беморларни чуқур ногиронлик ривожланишдан сақлаб қолади, ўз-ўзига хизмат қилиш, жамиятда ўз йўлини топиш, маиший фаолиятга имкон қадар актив қатнашишда ёрдам беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ткачук Е. А., Мартынович Н. Н., Рычкова Л. В., Поляков В. М. Проблемы диагностики расстройств аутистического спектра у детей. Тихоокеанский медицинский журнал. 2020;(4):35–43. <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2020-4-35-43>.
2. Alshaban F., Aldosari M., Al-Shammari H. et al. Prevalence and correlates of autism spectrum disorder in Qatar: a national study. J Child Psychol Psychiatry 2019;60:1254-68. doi:10.1111/jcpp.13066.
3. Anita Thapar, Michael Rutter (2021). Genetic Advances in Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 51:4321–4332 <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04685-z>.
4. Arvidsson O., Gillberg C., Lichtenstein P., Lundström S. Secular changes in the symptom level of clinically diagnosed autism. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59:744–51.
5. Bi, X., Wang, Y., Shu, Q., Sun, Q., & Xu, Q. (2018). Classification of autism spectrum disorder using random support vector machine cluster. Frontiers in Genetics, 9, 18.
6. Bora E., Aydın A., Saraç T., Kadak M.T., Köse S. Heterogeneity of subclinical autistic traits among parents of children with autism spectrum disorder: identifying the broader autism phenotype with a data-driven method. Autism Res. 2017;10:321–6.
7. Bosl W.J., Tager-Flusberg H., Nelson C.A. EEG analytics for early detection of autism spectrum disorder: a data-driven approach. Sci Rep 2018;8:6828. doi:10.1038/s41598-018-24318-x.
8. Concetta de Giambattista, Patrizia Ventura, Paolo Trerotoli, Mariella Margari, Roberto Palumbi, Lucia Margari. Subtyping the autism spectrum disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders (2019) 49:138–150. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3689-4>.
9. C Yuen R.K., Merico D., Bookman M. et al. Whole genome sequencing resource identifies 18 new candidate genes for autism spectrum disorder. Nat Neurosci 2017;20:602-11. doi:10.1038/nn.4524.

10. Dai Y.G., Miller L.E., Ramsey R.K., Robins D.L., Fein D.A., Dumont-Mathieu T. Incremental utility of 24-month autism spectrum disorder screening after negative 18-month screening. *J Autism Dev Disord* 2019. doi:10.1007/s10803-019-03959-5.
11. Dinkler, L., Lundström, S., Gajwani, R., Lichtenstein, P., Gillberg, C., & Minnis, H. (2017). Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: A co-twin control analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(6), 691–701.
12. Elsabbagh M. Linking risk factors and outcomes in autism spectrum disorder: is there evidence for resilience? *BMJ*. 2020;368:l6880.
13. Emberti Gialloreti L., Mazzone L., Benvenuto A. et al. Risk and protective environmental factors associated with autism spectrum disorder: evidence-based principles and recommendations. *J.Clin.Med* 2019;8:217. doi:10.3390/jcm8020217.
14. Faridi, F., & Khosrowabadi, R. (2017). Behavioral, cognitive and neural markers of Asperger syndrome. *Basic and Clinical Neuroscience*, 8(5), 349–359.
15. Fernandez, B. A., & Scherer, S. W. (2017). Syndromic autism spectrum disorders: Moving from a clinically defined to a molecularly defined approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(4), 353–371.
16. Fombonne E. Editorial: the rising prevalence of autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59:717–20.
17. Grove J., Ripke S., Als T. D., Mattheisen M., Walters R.K., Won H., et al. (2019). Identification of common genetic risk variants for autism spectrum disorder. *Nature Genetics*, 51(3), 431–444.
18. Hahn L.J., Brady N.C., McCary L., Rague L., Roberts J.E. Early social communication in infants with fragile X syndrome and infant siblings of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil* 2017;71:169-80. doi:10.1016/j.ridd.2017.10.004 .
19. Happe F., Frith U. Annual Research Review: Looking back to look forward - changes in the concept of autism and implications for future research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61:218–32.
20. Harris, J. (2018). Leo Kanner and autism: A 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 30(1), 3–17.

Қабул қилинган сана 20.08.2025