

УДК 614.253.8

DOI 10.24412/2312-2935-2025-4-382-399

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА СЕМЬИ НА РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

И.А. Родионов, В.С. Ступак

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение: ранняя диагностика расстройств аутистического спектра играет решающую роль в эффективности коррекционных мероприятий. Вместе с тем сроки выявления РАС существенно различаются в зависимости от социально-экономического статуса семьи. Уровень образования родителей и материальное положение влияют на их осведомлённость о признаках нарушений развития и готовность активно искать диагноз. Изучение этих факторов необходимо для разработки дифференцированных подходов информирования и совершенствования системы ранней диагностики.

Цель: изучить влияние социально-экономического статуса семьи на раннюю диагностику расстройств аутистического спектра у детей в Московской области

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование 375 детей с РАС (возраст 2–8 лет) на базе ГБУЗ Московской области «Детская психоневрологическая больница» Министерства здравоохранения Московской области. В работе использована разработанная анкета для родителей, одобренная этическим комитетом по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Статистический анализ: рассчитан критерий Колмогорова-Смирнова, медиана (Q1–Q3), χ^2 Пирсона, V Крамера. Значимость: $p < 0,05$. Анализ проводился с использованием программного обеспечения StatTech v. 4.9.5 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Результаты: выявлена значимая связь между образованием родителей и возрастом диагноза РАС ($\chi^2 = 44,726$, $p = 0,002$, $V = 0,20$). Семьи с высшим образованием получали диагноз в среднем в 4,2 года, со средним специальным — в 4,7 лет. Установлена также значимая связь между доходом семьи и сроками диагностики ($\chi^2 = 54,354$, $p = 0,020$, $V = 0,17$): семьи с доходом ≤ 40 т.р. на одного члена семьи получали диагноз на 1 год позже семей с доходом > 100 т.р. (медиана 5 лет против 4 лет).

Обсуждения: результаты показали связь между образованием и материальным положением семьи с возрастом диагноза РАС. При этом доступ к системе здравоохранения одинаков для всех, однако выявленные различия связаны с мотивацией и активностью семей при поиске диагноза. Родители с более высоким уровнем образования быстрее замечают ранние признаки отклонений, чаще обращаются к специалистам и демонстрируют более высокую приверженность рекомендациям врача. На популяционном уровне эти различия создают неравенство в сроках диагностики. Задача системы здравоохранения – снизить эти различия через повышение информированности родителей и совершенствование процессов раннего выявления заболевания в системе первичной медико-санитарной помощи.

Заключение: исследование показало, что социально-экономический статус семьи влияет на раннюю диагностику РАС. Эта связь обусловлена различиями в информированности и активности семей. Для нивелирования этих различий на популяционном уровне необходимо

широкое информирование родителей и активное выявление детей в системе первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, аутизм, ранняя диагностика, социально-экономический статус семьи

THE IMPACT OF FAMILY SOCIOECONOMIC STATUS ON EARLY DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER IN CHILDREN

I.A. Rodionov, V.S. Stupak

Federal State Budgetary Institution "Central Scientific Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare". Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Introduction: early diagnosis of autism spectrum disorder plays a critical role in the effectiveness of corrective interventions. However, the timing of ASD identification varies significantly depending on the family's socioeconomic status. Parental education level and financial situation influence their awareness of developmental disorders and willingness to actively seek diagnosis. Investigating these factors is essential for developing differentiated approaches to family education and improving the system of early diagnosis.

Objective: investigate the impact of family socioeconomic status on early diagnosis of autism spectrum disorder in children in the Moscow region.

Materials and methods: a retrospective study was conducted involving 375 children with ASD (aged 2–8 years) at the Children's Psychoneurological Hospital of the Moscow Region Ministry of Health, Russia. Data were collected using a standardized parent questionnaire approved by the Ethical Committee for Sociological Research in Public Health at the Central Research Institute for Organization and Informatization of Healthcare of the Russian Ministry of Health. Statistical analysis included the Kolmogorov-Smirnov test, median (Q1–Q3), Pearson's chi-square (χ^2), and Cramér's V. Statistical significance was defined as $p < 0.05$. All analyses were performed using StatTech v. 4.9.5 software (developer: LLC "StatTech", Russia).

Results: a significant association was found between parental education and age of ASD diagnosis ($\chi^2 = 44.726$, $p = 0.002$, $V = 0.20$). Families with higher education received a diagnosis at a median age of 4.2 years, while those with specialized secondary education received diagnosis at 4.7 years. Additionally, a significant association was identified between family income and timing of diagnosis ($\chi^2 = 54.354$, $p = 0.020$, $V = 0.17$): families with income $\leq 40,000$ rubles per family member received diagnosis one year later than families with income $> 100,000$ rubles (median 5 years versus 4 years).

Discussions: the findings demonstrate a relationship between family education and financial status with the age of ASD diagnosis. Despite equal access to the healthcare system, the observed differences are associated with family motivation and activity in pursuing diagnosis. Parents with higher education levels recognize developmental abnormalities earlier, seek specialist consultation more frequently, and demonstrate greater adherence to medical recommendations. At the population level, these differences create inequalities in diagnostic timing. The healthcare system must address these disparities by increasing parental awareness and enhancing early detection processes in primary health care.

Conclusion: the study demonstrates that family socioeconomic status influences early diagnosis of autism spectrum disorder. This relationship is mediated by differences in parental awareness and

engagement. To reduce these disparities at the population level, comprehensive parental education and active case identification in primary health care systems are necessary.

Keywords: autism spectrum disorder, autism, early diagnosis, socio-economic status of the family

Введение: расстройство аутистического спектра (РАС) — это нарушение нейроразвития, которое проявляется в раннем детстве и характеризуется трудностями в социальном взаимодействии и коммуникации, а также ограниченными интересами и стереотипным поведением [1].

История изучения РАС начинается с работ Эугена Блейлера, который в 1908 году впервые использовал термин "аутизм" для описания социальной отстранённости, наблюдаемой у пациентов с шизофренией. Однако именно американский психиатр Лео Каннер в 1943 году выделил аутизм как самостоятельное расстройство, описав детей с трудностями общения и социального взаимодействия, у которых отсутствовали признаки шизофрении или других психических заболеваний. Каннер обратил внимание на характерные для этих детей проявления: трудность в коммуникации, стремление к уединению и привязанность к повторяющимся, однообразным действиям и интересам [2].

В Советском Союзе и России систематическое изучение аутизма началось в 1960-х годах с работ детских психиатров. На ранних этапах аутизм рассматривали как проявление детской шизофрении или как один из вариантов шизоидного расстройства личности (Симсон, 1929, 1948; Сухарева, 1925, 1937, 1959; Гуревич, 1927, 1932). Это понимание было характерно и для исследователей 1960-1980-х годов (Мнухин, Зеленецкая, Исаев — 1967; Юрьева — 1970; Вроно и Башина — 1975-1976; Каган — 1981; Лебединская — 1981). Важный поворот произошёл, когда специалисты начали понимать, что аутизм — это не просто симптом психического заболевания, а самостоятельное нарушение развития. В. М. Башина сыграла ключевую роль в этом переосмыслении: она не только описала особенности аутизма на разных этапах развития ребёнка, но и выделила его врождённые (конституциональные) формы, которые проявляются независимо от других заболеваний [3].

Более полувека исследований в области нейробиологии, анатомии мозга и генетики показали, что РАС — это сложное расстройство нейроразвития, в возникновении которого важную роль играют генетические, семейные и экологические факторы. Полученные данные подтверждают, что нарушения социального и коммуникативного развития при РАС отражают глубокие изменения в функционировании мозга и имеют значительное влияние на адаптацию, развитие навыков и качество жизни человека [4].

Распространённость РАС во всём мире достигла более 1%, что в настоящее время привлекает к этой проблеме повышенное внимание исследователей, ученых и практикующих специалистов. За последнее десятилетие фиксируется тенденция роста диагностики РАС [5]. Если в 2018 году ВОЗ сообщала о распространённости 1:160, то к 2023 году этот показатель возрос до 1:44 [6].

Диагностика расстройства аутистического спектра в настоящее время остаётся сложной задачей, так как основывается исключительно на анализе поведенческих характеристик и особенностей развития ребёнка, в то время как специфичных биологических маркеров для его выявления не существует, что значительно затрудняет диагностический процесс и увеличивает риск задержки выявления [5]. Также ранняя диагностика РАС — это ключевое условие для предотвращения глубоких нарушений социального развития ребёнка. Однако на практике существует критическое несоответствие между рекомендациями и реальностью: диагноз часто устанавливается поздно — в большинстве случаев после 5 лет, нередко в возрасте 6-7 лет. Это резко контрастирует с международными рекомендациями, согласно которым диагноз аутизма может и должен быть установлен в первые 24 месяца жизни ребёнка. Такая задержка диагностики приводит к упущению критического периода раннего развития, когда ранние интервенции наиболее эффективны [7,8].

В ответ на возрастающую распространённость и «запоздалую» диагностику расстройств аутистического спектра Министерство здравоохранения провело переоценку существующей системы раннего выявления и обновило нормативно-правовую базу для проведения профилактических осмотров. Ключевым изменением стал пересмотр возраста проведения скрининга на выявление групп риска нарушения психического развития. Если в соответствии с документами 2019 года скрининг проводился на втором году жизни — в возрасте 24 месяцев [Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2019 г. № 396н], то в актуальном регламенте от 2025 года, возраст проведения обследования сдвинут на 18 месяцев [Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 г. № 211н]. Это изменение демонстрирует осознание государственными органами здравоохранения того, что максимально раннее выявление расстройств существенно повышает эффективность ранних коррекционных программ. Суть подхода состоит в том, чтобы обнаружить признаки возможного расстройства в период максимальной нейропластичности, что позволяет начать лечение в наиболее благоприятное время и значительно улучшить прогноз заболевания.

Одним из факторов поздней диагностики может быть низкий уровень образования родителей, который действительно наблюдается в ряде исследований, но он является сложным и опосредованной. Прямой причинно-следственной связи "низкое образование – аутизм" нет. Скорее, низкое образование является маркером целого комплекса неблагоприятных социальных, экономических и биологических факторов (низкий СЭС, стресс, плохое здоровье), которые в совокупности могут повышать риск нарушений нейроразвития у ребенка. Кроме того, действует генетический фактор и серьезный диагностический уклон, который может маскировать истинную картину. Таким образом, современная наука рассматривает низкий уровень образования родителей не как причину аутизма, а как один из элементов сложно взаимосвязанных социально-экономических и биологических рисков [9]. Напротив, родители с более высоким уровнем образования могут иметь больше шансов получить знания о расстройстве аутистического спектра, раньше заметить симптомы, и следовательно, своевременно обратиться за помощью и получить диагноз [10,11].

Материальное положение семьи может быть важным фактором, влияющим на возраст диагностики РАС. Семьи с низким доходом часто испытывают ограничения в доступе к информационным ресурсам о развитии ребёнка и признаках аутизма, что затрудняет своевременное распознавание проблемы. Кроме того, недостаток финансовых средств может препятствовать частым визитам к врачам, проведению необходимых обследований или консультациям у нескольких специалистов, что удлиняет путь к установлению диагноза и приводит к упущению периода максимальной нейропластичности, когда ранние вмешательства наиболее эффективны [12].

Коррекционные мероприятия, начатые в любом возрасте, будут иметь положительный эффект у детей с РАС, но более раннее их начало, а именно младше 3 лет имеет колоссальный эффект в силу высокой пластичности мозга у детей данного возраста. Более позднее начало помощи детям с РАС достоверно будут иметь меньший эффект [13].

Таким образом, ранняя диагностика РАС остаётся одной из наиболее значимых проблем современной педиатрии и психиатрии. Несмотря на предпринимаемые государством шаги по совершенствованию системы раннего выявления, в практике продолжает наблюдаться задержка диагностики, обусловленная рядом социально-демографических факторов. В частности, остаются недостаточно изученными механизмы влияния образования и материального положения семьи на своевременность выявления расстройства в российской популяции.

Цель: изучить взаимосвязь между образовательным уровнем родителей и доходом семьи с возрастом установления диагноза РАС у детей и выявить механизмы социально-экономического неравенства в доступе к своевременной диагностике.

Материалы и методы: проведено ретроспективное поперечное (кросс-секционное) исследование с целью выявления возможных социальных, средовых и семейных факторы, влияющие на раннее выявление расстройств аутистического спектра у детей.

Обследовались дети с расстройством аутистического спектра. Сбор данных проводился в период с 2024 по 2025 год путём проведения анкетирования родителей детей, страдающих расстройством аутистического спектра на базе ГБУЗ Московской области «Детская психоневрологическая больница». В исследовании участвовали 375 детей в возрасте от 2 до 8 лет. Выборка формировалась методом направленного отбора в соответствии со следующими критериями: письменное информированное согласие родителя или законного представителя пациента на участие в исследовании; наличие диагноза «расстройство аутистического спектра» (детский аутизм, F84.0) в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра; возраст 2-8 лет. Критериями исключения считали отсутствие документального подтверждения диагноза, возраст ребёнка <2 или >8 лет на момент опроса, невозможность получения достоверной ретроспективной информации, отказ от участия в исследовании.

В работе была использована анкета для выявления и анализа социально-средовых и семейных факторов, влияющих на раннее выявление расстройств аутистического спектра у детей, одобренная этическим комитетом по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Для расчётов были применены методы описательной статистики: Количественные показатели оценивались с помощью критерия Колмогорова-Смирнова для проверки соответствия нормальному распределению, медианы (Me) и квартилей (Q1–Q3) для описания распределений без нормальности, средних значений, стандартных отклонений и диапазонов для количественных переменных; категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей, 95% доверительных интервалов, рассчитанных по методу Клоппера-Пирсона. Анализ связей для сравнения категориальных переменных с использованием расчета критерия хи-квадрат Пирсона с апостериорными сравнениями с поправкой Холма. Оценка размера эффекта (сила связи) между категориальными показателями оценивалась с помощью V Крамера, с интерпретацией по

рекомендациям Rea & Parker (2014). Программное обеспечение: анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.9.5 (разработчик - ООО "Статтех", Россия). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: в исследовании участвовали 375 родителей детей с установленным диагнозом расстройства аутистического спектра, преобладающее количество опрошенных являются матерями детей (93,1%, $n = 349$), отцов (6,9%, $n = 26$) (Таблица 1).

Таблица 1

Степень родства респондента с ребёнком

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Степень родства респондента с ребёнком	Мама	349	93,1	90,0 – 95,4
	Отец	26	6,9	4,6 – 10,0

Выборка была репрезентативна по гендерному составу, однако отмечалось значительное преобладание мальчиков — 287 детей (76,5%) против 88 девочек (23,5%), что соответствует общепринятым международным показателям 3–4:1 (Таблица 2).

Таблица 2

Половая структура детей

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Пол ребёнка	Мальчик	287	76,5	71,9 – 80,7
	Девочка	88	23,5	19,3 – 28,1

На момент проведения опроса возраст детей варьировал от 2 до 8 лет. Большинство участников исследования составили дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста: почти треть детей (32,3%, $n = 121$) была в возрасте 8 лет, а ещё 26,4% ($n = 99$) — семилетние. Это распределение обусловлено критериями включения в исследование и отражает естественное смещение выборки в сторону старших возрастов, поскольку к этому времени диагноз обычно уже установлен. Медианный возраст детей составил 7 лет (интерквартильный диапазон: 5–8 лет), средний возраст — 6,3 года (Таблица 3).

Таблица 3

Возрастные показатели детей

Показатели	Me	$Q_1 - Q_3$	n	min	max
Возраст ребёнка	7,00	5,00 – 8,00	375	2,00	8,00

Большинство опрошенных родителей имели среднее специальное образование (52,3%, n=196), высшее образование было у 44,5% (n=167). Полное среднее и среднее основное образование встречались значительно реже — у 2,4% (n=9) и 0,8% (n=3) соответственно. Распределение уровня образования среди супругов было несколько иным: среднее специальное образование имели 43,5% (n=163), высшее — 40,5% (n=152). При этом доля лиц с полным средним (11,7%, n=44) и средним основным образованием (4,3%, n=16) среди супругов была выше, чем среди опрашиваемых родителей (Таблица 4).

Таблица 4

Распределение родителей по уровню образования

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Образование респондента	Среднее основное (9 классов)	3	0,8	0,2 – 2,3
	Полное среднее	9	2,4	1,1 – 4,5
	Среднее специальное	196	52,3	47,1 – 57,4
	Высшее	167	44,5	39,4 – 49,7
Образование супруга	Среднее основное	16	4,3	2,5 – 6,8
	Полное среднее	44	11,7	8,7 – 15,4
	Среднее специальное	163	43,5	38,4 – 48,7
	Высшее	152	40,5	35,5 – 45,7

Следующим шагом нами был выполнен анализ возраста диагноза в зависимости от образования опрашиваемого (Таблица 5).

При сравнении возраста диагноза в зависимости от образования опрашиваемого, нами были установлены статистически значимые различия ($p = 0,002$) (используемый метод: *Хи-квадрат Пирсона*). Связь образования опрашиваемого и возраста установления диагноза (V Крамера = 0,2) (Рисунок 1).

Пиковые показатели возраста установления диагноза приходились на возраст 4 года (23,5%, n = 88) и 5 лет (20,5%, n = 77). Ранняя диагностика до 2 лет была зафиксирована лишь в 3,7% случаев (n = 14), что указывает на необходимость совершенствования существующих подходов к скринингу и их адаптации для различных социально-экономических групп населения. Средний возраст установления диагноза составил 4 года, находясь в диапазоне 3–5 лет (Таблица 6).

Таблица 5

Анализ возраста диагноза в зависимости от образования опрашиваемого

Показатель	Категории	Образование опрашиваемого				χ^2	df	p
		Среднее основное (9 классов)	Полное среднее	Среднее специальное	Высшее			
Возраст диагноза	До 2 лет	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,5)	11 (6,6)	44,726	21	0,002* Р _{Среднее специальное – Высшее} = 0,014
	2 года	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (5,6)	18 (10,8)			
	3 года	0 (0,0)	1 (11,1)	28 (14,3)	34 (20,4)			
	4 года	0 (0,0)	4 (44,4)	47 (24,0)	37 (22,2)			
	5 лет	0 (0,0)	4 (44,4)	51 (26,0)	22 (13,2)			
	6 лет	1 (33,3)	0 (0,0)	30 (15,3)	29 (17,4)			
	7 лет	1 (33,3)	0 (0,0)	22 (11,2)	10 (6,0)			
	8 лет	1 (33,3)	0 (0,0)	4 (2,0)	6 (3,6)			

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

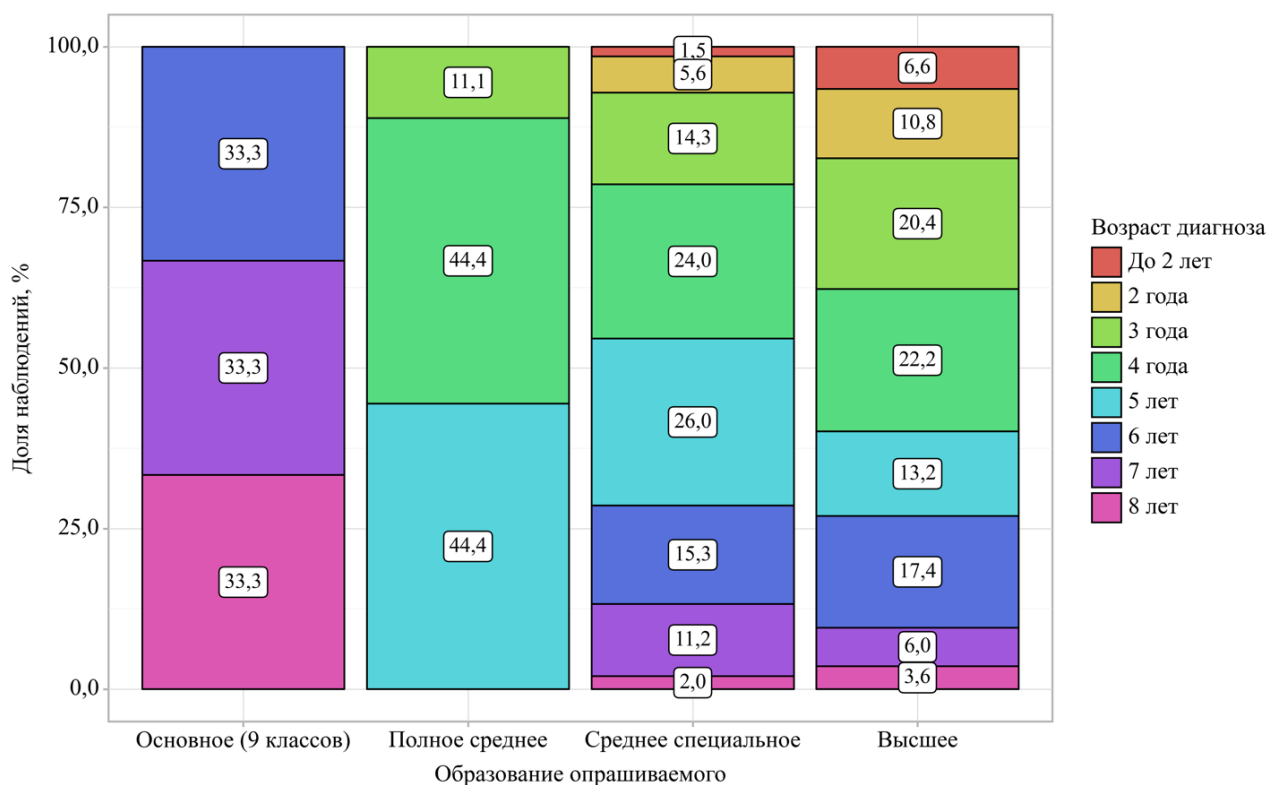


Рисунок 1. Анализ возраста диагноза в зависимости от образования опрашиваемого

Таблица 6

Возраст установления диагноза

<i>Показатели</i>	<i>Категории</i>	<i>Абс.</i>	<i>%</i>	<i>95% ДИ</i>
Возраст установления диагноза	До 2 лет	14	3,7	2,1 – 6,2
	2 года	29	7,7	5,2 – 10,9
	3 года	63	16,8	13,2 – 21,0
	4 года	88	23,5	19,3 – 28,1
	5 лет	77	20,5	16,6 – 25,0
	6 лет	60	16,0	12,4 – 20,1
	7 лет	33	8,8	6,1 – 12,1
	8 лет	11	2,9	1,5 – 5,2

Однако возраст установления диагноза не полностью отражает проблему задержки выявления РАС. Более информативным показателем является время, в течении которого происходит диагностический поиск и установление верного диагноза, так как это время напрямую определяет упущенный период, в течение которого ребёнок не получал необходимых ранних вмешательств.

Средний интервал от появления первых симптомов до установления диагноза оказался весьма существенным. Более половины семей (48,3%, $n = 181$) ждали постановки диагноза свыше 3 лет. Значительная часть (23,5%, $n = 88$) получила диагноз в сроки 2–3 года от первых проявлений. Лишь 11,5% ($n = 43$) имели возможность получить диагноз в течение первого года наблюдения. Такая задержка не только продлевает период неопределённости для семьи, но и упускает критические окна для раннего вмешательства (Таблица 7).

Таблица 7

Время до установления диагноза

<i>Показатели</i>	<i>Категории</i>	<i>Абс.</i>	<i>%</i>	<i>95% ДИ</i>
Время до установления диагноза	Менее года	43	11,5	8,4 – 15,1
	1-2 года	63	16,8	13,2 – 21,0
	2-3 года	88	23,5	19,3 – 28,1
	Более 3 лет	181	48,3	43,1 – 53,5

Этот длительный период ожидания может быть объяснён влиянием материального положения семьи. Доход семьи влияет на способность родителей оперативно мобилизовать ресурсы (время, деньги и информационные источники) для поиска специализированной помощи, что непосредственно определяет сроки начала диагностического процесса и, следовательно, длительность периода от первых симптомов до постановки диагноза.

Распределение семей по доходам было относительно равномерным в средне-верхних категориях. Наиболее многочисленными оказались группы с ежемесячным доходом 60 000–80 000 руб. (29,9%, $n = 112$) и 80 000–100 000 руб. (25,3%, $n = 95$). Семьи с низким доходом (до 40 000 руб. в месяц) составили 12,6% ($n = 47$), а семьи с доходом свыше 100 000 руб. — 9,9% ($n = 37$). Это распределение позволило оценить влияние социально-экономического статуса на сроки диагностики (Таблица 8).

Таблица 8

Среднемесячный доход семьи на 1 человека

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Среднемесячный доход семьи на 1 человека	20 т.р. или менее	19	5,1	3,1 – 7,8
	20–40 т.р.	28	7,5	5,0 – 10,6
	40–60 т.р.	84	22,4	18,3 – 27,0
	60–80 т.р.	112	29,9	25,3 – 34,8
	80–100 т.р.	95	25,3	21,0 – 30,1
	Более 100 т.руб.	37	9,9	7,0 – 13,3

Таблица 9

Анализ возраста диагноза в зависимости от среднемесячного дохода семьи на 1 человека

Показатель	Категории	Среднемесячный доход семьи на 1 человека						χ^2	df	p
		20 т.р. или менее	20–40 т.р.	40–60 т.р.	60–80 т.р.	80–100 т.р.	Более 100 т.руб.			
Возраст диагноза	До 2 лет	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,8)	4 (3,6)	3 (3,2)	3 (8,1)	54,354	35	0,020*
	2 года	0 (0,0)	1 (3,6)	5 (6,0)	4 (3,6)	12 (12,6)	7 (18,9)			
	3 года	1 (5,3)	6 (21,4)	9 (10,7)	19 (17,0)	22 (23,2)	6 (16,2)			
	4 года	5 (26,3)	5 (17,9)	25 (29,8)	27 (24,1)	19 (20,0)	7 (18,9)			
	5 лет	9 (47,4)	6 (21,4)	22 (26,2)	25 (22,3)	10 (10,5)	5 (13,5)			
	6 лет	3 (15,8)	5 (17,9)	11 (13,1)	22 (19,6)	14 (14,7)	5 (13,5)			
	7 лет	1 (5,3)	2 (7,1)	8 (9,5)	8 (7,1)	12 (12,6)	2 (5,4)			
	8 лет	0 (0,0)	3 (10,7)	0 (0,0)	3 (2,7)	3 (3,2)	2 (5,4)			

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Также был выполнен анализ возраста диагноза в зависимости от среднемесячного дохода семьи на 1 человека. Согласно полученным данным при оценке возраста диагноза в зависимости от среднемесячного дохода семьи на 1 человека, были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,020$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона) (Таблица 9). Связь среднемесячного дохода семьи на 1 человека и возраста диагноза (V Крамера = 0,17) (Рисунок 2).

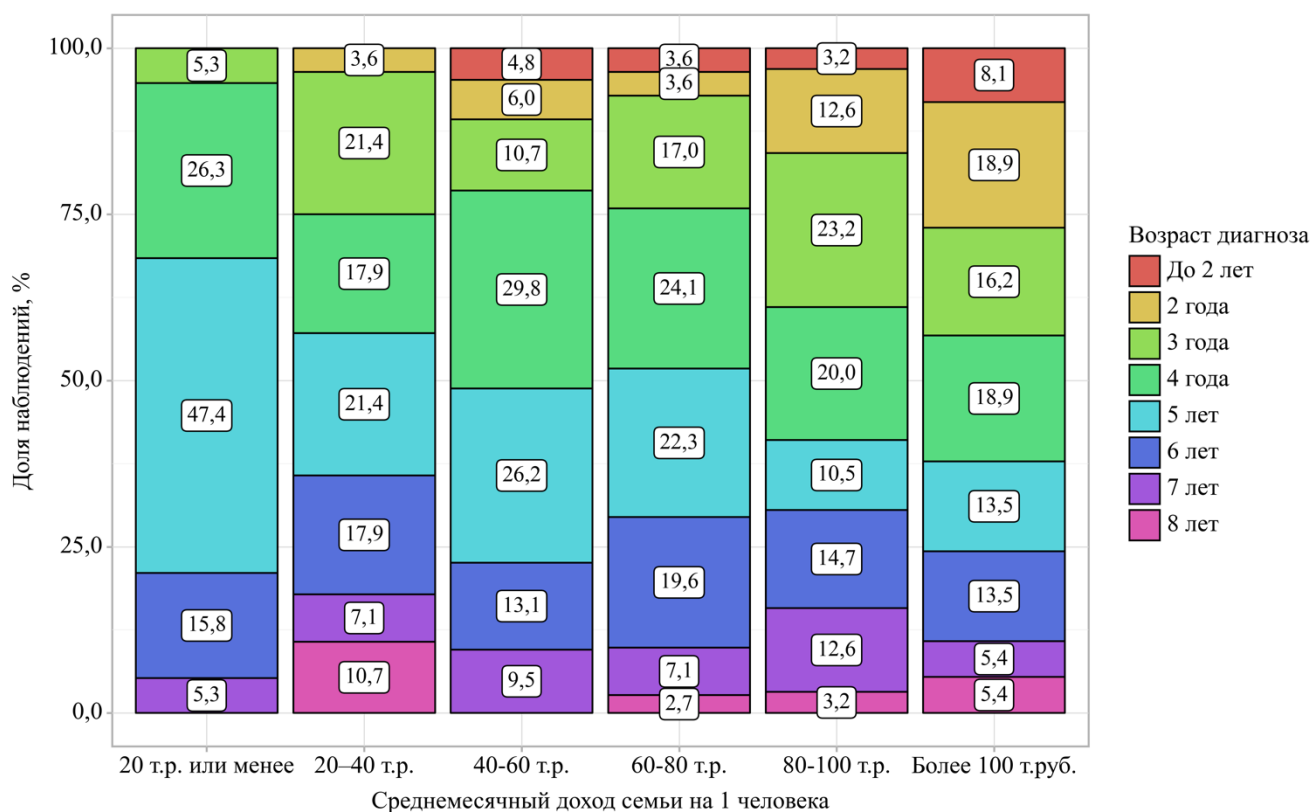


Рисунок 2. Связь среднемесячного дохода семьи на 1 человека и возраста диагноза

Обсуждение: исследование выявило значимую связь между социально-экономическим статусом семьи и возрастом установления диагноза РАС. Хотя статистические связи характеризуются слабой и средней силой (V Крамера = 0,20 для образования, V Крамера = 0,17 для дохода), они имеют серьёзное клиническое значение. Семьи с высшим образованием получали диагноз на 5 месяцев раньше, чем семьи со средним специальным образованием. Разница в доходе влияет ещё более существенно: дети из семей с низким доходом (≤ 40 тыс. р. на члена семьи) получали диагноз на целый год позже, чем их сверстники из обеспеченных семей.

Эти результаты согласуются с данными международных исследований, однако требуют важного уточнения. Различия в сроках диагностики обусловлены не отсутствием доступа к медицинской помощи, а различиями в реализации этого доступа. Родители с более высоким уровнем образования обладают лучшей информированностью о признаках расстройств развития, располагают большим объёмом информационных ресурсов и демонстрируют большую активность при поиске помощи. Это способствует более быстрому распознаванию проблемы и настойчивости в получении диагноза.

Задержка на 1 год имеет существенные последствия. Ранние коррекционные вмешательства, начатые в возрасте до 3 лет, показывают значительно лучшие результаты благодаря высокой пластичности детского мозга в этом периоде. Упущение этого критического окна означает, что ребёнок теряет возможность получить наиболее эффективные программы коррекции и обучения, что может сказаться на долгосрочном прогнозе развития.

Важно отметить, что выявленные различия, скорее всего, отражают не различия в распространённости РАС между социальными группами, а диагностический уклон — более раннее выявление в семьях с высоким социально-экономическим статусом. В менее обеспеченных семьях расстройство может быть столь же распространено, но диагностируется позже, когда симптомы становятся очевидны.

Важно отметить, что Министерство здравоохранения Российской Федерации признаёт важность проблемы. Сокращение возраста проведения скрининга с 24 месяцев (2019) до 18 месяцев (2025) отражает понимание значимости максимально раннего выявления и может со временем улучшить показатели ранней диагностики РАС.

Основным ограничением является ретроспективный характер исследования, опирающийся на воспоминания родителей о времени диагноза, что может привести к систематической ошибке воспоминания.

Необходимо повысить информированность родителей о признаках РАС через доступные информационные ресурсы и образовательные программы в медицинских учреждениях и СМИ. Одновременно следует совершенствовать систему раннего выявления в первичной медико-санитарной помощи.

Заключение: проведённое нами исследование выявило значимую связь между социально-экономическим статусом семьи и возрастом установления диагноза расстройства аутистического спектра у детей Московской области. Дети из семей с более высоким уровнем

образования родителей и материальным благосостоянием получают диагноз раньше, чем их сверстники из менее обеспеченных семей.

Выявленные различия обусловлены не отсутствием доступа к системе здравоохранения, который является одинаковым для всех слоёв населения России, а различиями в информированности, мотивации и активности семей при поиске диагноза. Родители с более высоким уровнем образования и достаточным материальным положением располагают большим объёмом информационных ресурсов, имеют больше времени для обращений к врачам и демонстрируют большую настойчивость при получении диагноза.

На популяционном уровне эти различия создают неравенство в сроках диагностики, которое имеет серьёзные медицинские последствия. Задержка диагностики на 1 год означает упущение критического периода раннего развития ребёнка, когда ранние коррекционные вмешательства наиболее эффективны и могут существенно улучшить долгосрочный прогноз развития.

Для преодоления выявленного неравенства необходимо проведение комплекса мер:

1. На уровне информирования: развитие доступных и понятных информационных ресурсов о признаках РАС для всех групп населения, особенно для родителей с низким уровнем образования. Проведение образовательных программ в детских поликлиниках и в средствах массовой информации.

2. На уровне системы здравоохранения: совершенствование организации раннего выявления РАС в рамках первичной медико-санитарной помощи. Обучение врачей первичного звена (педиатров, врачей общей практики) методам ранней диагностики РАС.

3. На уровне научных исследований: проведение дополнительных исследований для более полного понимания механизмов влияния социально-экономических факторов на возраст диагностики, включение других социально-демографических переменных, проведение проспективных исследований для оценки долгосрочных эффектов задержки диагностики на исходы развития заболевания.

Результаты исследования подтверждают, что ранняя диагностика РАС требует системного подхода с учётом различных социально-экономических факторов, влияющих на поведение семей при поиске медицинской помощи. Для обеспечения более своевременного выявления РАС у всех детей необходимо развивать программы по информированию родителей, совершенствовать систему скрининга и обеспечивать его проведение для всех

возрастных групп. Такой комплексный подход может значительно улучшить раннюю диагностику РАС и эффективность последующих коррекционных мероприятий.

Предложенные дальнейшие исследования:

Проведение многоцентрового исследования в разных регионах России для оценки обобщаемости полученных результатов.

Качественное исследование (фокус-группы, интервью) с родителями для выявления конкретных барьеров к ранней диагностике в менее обеспеченных семьях.

Проспективное исследование для оценки эффекта новых норм скрининга (18 месяцев) на возраст диагностики и исходы развития.

Анализ качества реализации государственных программ по ранней диагностике в разных регионах и выявление лучших практик.

Ключевые выводы для практики:

Социально-экономический статус семьи значимо влияет на раннюю диагностики РАС

Необходимо активизировать усилия по информированию родителей о ранних признаках РАС

Следует усилить контроль за выполнением скрининга в рекомендуемые сроки для всех детей

Список литературы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России, Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику. Клинические рекомендации: Расстройства аутистического спектра (ID: 594_3). 2024.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr.* 1968;35(4):100-136.
3. Мальтинская НА. История развития учения об аутизме. Концепт. 2017;(S11):53-61.
4. Sezerol MA, Davun S. Autism spectrum disorder: evaluation of community-based screening program. *Turk J Med Sci.* 2024;54(3):555-562. Published 2024 Jan 24. doi:10.55730/1300-0144.5822
5. Wang M, Zhang X, Zhong L, Zeng L, Li L, Yao P. Understanding autism: Causes, diagnosis, and advancing therapies. *Brain Res Bull.* 2025;227:111411. doi:10.1016/j.brainresbull.2025.111411
6. Родионов ИА, Ступак ВС. Динамика заболеваемости и инвалидности детей аутизмом на современном этапе. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.* 2024;(4):364-383.

7. Альбицкая ЖВ. Ранний детский аутизм - проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии. Медицинский альманах. 2016;2(42):108-111.

8. Cianfa A, Guerrera S, Fucà E, et al. Clinical and sociodemographic factors related to the timing of autism diagnosis in an Italian cohort of children. *Front Psychiatry*. 2025;16:1638341. Published 2025 Sep 4. doi:10.3389/fpsy.2025.1638341

9. Ronald A, Pennell CE, Whitehouse AJ. Prenatal Maternal Stress Associated with ADHD and Autistic Traits in early Childhood. *Front Psychol*. 2011;1:223. Published 2011 Jan 19. doi:10.3389/fpsyg.2010.00223

10. Thomas P, Zahorodny W, Peng B, et al. The association of autism diagnosis with socioeconomic status. *Autism*. 2012;16(2):201-213. doi:10.1177/1362361311413397

11. Cao M, Li L, Raat H, et al. Socioeconomic factors and autism among 16- to 30-month-old children: Evidence from a national survey of China. *Autism*. 2023;27(5):1283-1294. doi:10.1177/13623613221132743

12. Prahbjot M, Singhi P. Age at diagnosis for autism spectrum disorders: Does it differ by place of residence?. *Indian J Public Health*. 2022;66(2):166-170. doi:10.4103/ijph.ijph_1801_21

13. Anixt JS, Ehrhardt J, Duncan A. Evidence-Based Interventions in Autism. *Pediatr Clin North Am*. 2024;71(2):199-221. doi:10.1016/j.pcl.2024.01.001

References

1. Ministry of Health of the Russian Federation, Union of Pediatricians of Russia, Association of Psychiatrists and Psychologists for Evidence-Based Practice. Clinical Guidelines: Autism Spectrum Disorders (ID: 594_3). 2024. Russian.

2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr*. 1968;35(4):100-136

3. Maltinskaya NA. Istoriya razvitiya ucheniya ob autizme [History of the development of the doctrine of autism]. *Koncept [Concept]*. 2017;(S11):53-61. Russian.

4. Sezerol MA, Davun S. Autism spectrum disorder: evaluation of community-based screening program. *Turk J Med Sci*. 2024;54(3):555-562. Published 2024 Jan 24. doi:10.55730/1300-0144.5822

5. Wang M, Zhang X, Zhong L, Zeng L, Li L, Yao P. Understanding autism: Causes, diagnosis, and advancing therapies. *Brain Res Bull.* 2025;227:111411. doi:10.1016/j.brainresbull.2025.111411
6. Rodionov IA, Stupak VS. Dinamika zabolevaemosti i invalidnosti detey autizmom na sovremennom etape [Dynamics of morbidity and disability in children with autism at the present stage]. *Sovremennye problemy zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki* [Modern Problems of Public Health and Medical Statistics]. 2024;(4):364-383. Russian.
7. Albitskaya ZhV. Ranniy detskiy autism - problemy i trudnosti pervichnoy diagnostiki pri mezhdisciplinarnom vzaimodeystvii [Early childhood autism - problems and difficulties of primary diagnosis in interdisciplinary interaction]. *Medicinskiy almanah* [Medical Almanac]. 2016;2(42):108-111. Russian.
8. Cianfa A, Guerrera S, Fucà E, et al. Clinical and sociodemographic factors related to the timing of autism diagnosis in an Italian cohort of children. *Front Psychiatry.* 2025;16:1638341. Published 2025 Sep 4. doi:10.3389/fpsyt.2025.1638341
9. Ronald A, Pennell CE, Whitehouse AJ. Prenatal Maternal Stress Associated with ADHD and Autistic Traits in early Childhood. *Front Psychol.* 2011;1:223. Published 2011 Jan 19. doi:10.3389/fpsyg.2010.00223
10. Thomas P, Zahorodny W, Peng B, et al. The association of autism diagnosis with socioeconomic status. *Autism.* 2012;16(2):201-213. doi:10.1177/1362361311413397
11. Cao M, Li L, Raat H, et al. Socioeconomic factors and autism among 16- to 30-month-old children: Evidence from a national survey of China. *Autism.* 2023;27(5):1283-1294. doi:10.1177/13623613221132743
12. Prahbjot M, Singhi P. Age at diagnosis for autism spectrum disorders: Does it differ by place of residence?. *Indian J Public Health.* 2022;66(2):166-170. doi:10.4103/ijph.ijph_1801_21
13. Anixt JS, Ehrhardt J, Duncan A. Evidence-Based Interventions in Autism. *Pediatr Clin North Am.* 2024;71(2):199-221. doi:10.1016/j.pcl.2024.01.001

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Родионов Игорь Александрович – аспирант, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: gosha.rod2017@yandex.ru; ORCID 0000-0003-4879-376X.

Ступак Валерий Семенович – доктор медицинских наук, доцент, начальник отдела общественного здоровья и демографии, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: vsstupak@rambler.ru; ORCID 0000-0002-8722-1142; SPIN: 3720-1479.

About the authors

Rodionov Igor Aleksandrovich – graduate student Russian Research Institute of Health, 127254, Russia, Moscow, Dobrolyubova str. 11; e-mail: gosha.rod2017@yandex.ru; ORCID 0000-0003-4879-376X

Stupak Valery Semyonovich – MD, PhD, Head of the Department of Public Health and Demography, Russian Research Institute of Health, 127254, Russia, Moscow, Dobrolyubova str. 11; e-mail: stupak@mednet.ru, ORCID 0000-0002-8722-1142; SPIN-code: 3720-1479

Статья получена: 10.09.2025 г.
Принята к публикации: 27.11.2025 г.