Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 года № \_\_\_\_\_

Клинические рекомендации

**«Расстройства аутистического спектра**

**у детей»**

**Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** F84.0 – F84.9

**Год утверждения (частота пересмотра):** 2022 (пересмотр каждые 5 лет)

**Возрастная категория:** Дети

**Оглавление**

[Список сокращений 3](#_Toc90213753)

[Термины и определения 5](#_Toc90213754)

[1. Краткая информация 6](#_Toc90213755)

[1.1 Определение 6](#_Toc90213756)

[1.2 Этиология и патогенез 7](#_Toc90213757)

[1.3 Эпидемиология. 10](#_Toc90213758)

[1.4 Кодирование по МКБ-10 12](#_Toc90213759)

[1.5 Классификация 13](#_Toc90213760)

[1.6 Клиническая картина 14](#_Toc90213761)

[2. Диагностика 24](#_Toc90213763)

[2.1 Жалобы и анамнез. 25](#_Toc90213764)

[2.2 Физикальное обследование. 26](#_Toc90213765)

[2.3 Лабораторная диагностика 27](#_Toc90213766)

[2.4 Инструментальная диагностика 28](#_Toc90213767)

[2.5 Иная диагностика 28](#_Toc90213768)

[3.Лечение. 36](#_Toc90213771)

 3.1 Консервативное лечение………………………………………………………………………………….62

 3.2 Хирургическое лечение…………………………………………………………………………………..93

 3.3 Иное лечение……

[4. Реабилитация. 43](#_Toc90213772)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение 49](#_Toc90213773)

[6. Организация медицинской помощи. 50](#_Toc90213774)

[Критерии оценки качества медицинской помощи. 51](#_Toc90213775)

[Список литературы 53](#_Toc90213776)

[Приложение А1. Состав рабочей группы 58](#_Toc90213777)

[Приложение А2](#_Toc90213778) [Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.](#_Toc90213781) 59

[Приложение Б.](#_Toc90213785) [Алгоритмы действий врача 66](#_Toc90213786)

[Приложение В.](#_Toc90213787) [Информация для пациента. 67](#_Toc90213788)

[Приложение Г.](#_Toc90213789)[Шкалы оценки, опросники и так далее,](#_Toc90213790) [приведённые в тексте клинических](#_Toc90213791)

 [рекомендаций 70](#_Toc90213792)

# **Список сокращений**

АД – артериальное давление

АДП – атипичный детский психоз

АЛТ – аланин-аминотрансфераза

АООП НОО РАС – адаптивная основная образовательная программа начального общего образования для детей с расстройствами аутистического спектра

АСТ – аспартат-аминотрансфераза

БАР – биполярное аффективное расстройство

БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВРП – возраст разрешенного применения

ГНОМ – график нервно-психического обследования малыша

ДА – детский аутизм

ДП – детский психоз

ДШ – детская шизофрения

КД – когнитивный дефицит

КПР – коэффициент психического развития

КР – кататонические расстройства

ЛЭ – лейкоцитарная эластаза

МКБ, МКБ-10 – международная классификация болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра

НВ – нейровоспаление

НПР – нарушения психического развития О

БМ – основной белок миелина

ОКР – обсессивно-компульсивные расстройства

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

РАС – расстройства аутистического спектра

РКИ – рандомизированные клинические исследования

РПП – расстройство приема пищи

СА – синдром Аспергера

СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности

СК – синдром Каннера 5

СКД – средняя курсовая доза

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СР – синдром Ретта

ССД – средняя суточная доза

 УДД – уровень достоверности доказательств

 УМО – умственная отсталость

 УУР – уровень убедительности рекомендаций

 ЦНС – центральная нервная система

 ЧМТ – черепно-мозговая травма

 ШКОДА – шкала клинической оценки детского аутизма

 ЭКГ – электрокардиограмма

 ЭЭГ – электроэнцефалограмма

ABA (Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ поведения

APA (American Psychiatric Association) – Американская психиатрическая ассоциация BFCRS (Bush-Francis Catatonia Rating Scale) – Шкала оценки кататонических расстройств CARS (Child Autism Rating Scale) – рейтинговая шкала детского аутизма

CGI-S (clinical global impression scale) – Шкала общего клинического впечатления

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) – Лист родительского наблюдения за детьми второго года жизни

CNV – (copy number variation) – вариация числа копий генов D2-receptor (dopamine receptor) – дофаминовый рецептор

DSM-5 – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (APA) 5 пересмотра

FDA (Food and Drug Administration) – Американское управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов

IQ (intelligence quotient) – коэффициент интеллекта

 LE (leukocyte elastas) – лейкоцитарная эластаза

MBP (Myelin basic protein) – основной белок миелина

M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) – Модифицированный лист родительского наблюдения за детьми второго года жизни 6

 M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up) – Модифицированный Скрининговый Тест на Аутизм для Детей (пересмотренный, с дополнительным пошаговым интервью)

PDD-NOS (pervasive developmental disorder not otherwise specified) – первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений

PECS (Picture Exchange Communication System) – коммуникационная система обмена изображениями

PEP (Psychoeducational Profile) – Психолого-образовательный профиль

PPCE (prolonged parent-child embrace) – терапия детско-родительскими объятиями

PS – частота пульса

PSP (Personal and social function scale) – Шкала повседневного социального функционирования

TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) – программа структурированного обучения для детей с аутизмом и детей с особыми потребностями

WISC (The Wechsler Intelligence Scale for Children) – тест интеллекта Д. Векслер а α1-PI (alpha1–proteinase inhibitor) – альфа-1-антитрипсин 5-HT-receptor (5-hydroxytryptamine receptor) – рецептор серотонина

# **Термины и определения**

**Абилитация** – система и процесс формирования отсутствовавших способностей к бытовой, общественной и иной деятельности. При нарушениях психического развития это процесс, направленный на формирование несформированных, вследствие болезни, возникшей в раннем детстве, двигательных (моторных) и высших психических функций, а также на улучшение социализации, создание предпосылок к возможности обучения.

**Реабилитация** – система и процесс восстановления (полного или частичного) способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. При нарушениях психического развития у детей это процесс, направленный на восстановление нарушенных (утраченных), вследствие болезни, двигательных (моторных) и высших психических функций, а также на улучшение социализации, создание предпосылок к возможности обучения.

**Возрастные периоды развития** – раннее детство – период от 0 до 3 лет, включает младенчество от 0 до 1 года и ранний возраст от 1 до 3 лет; дошкольный возраст от 3 до 7 лет; младший школьный возраст от 7 до 10/11 лет; подростковый возраст от 11/12 до 16 лет (по Д.Б. Эльконину). Расстройства аутистического спектра (РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения. Включают при отдельных формах «неспецифические проблемы» (МКБ-10).

**Скрининг** – первичное выявление риска заболевания. Скрининг включает краткий сбор информации о психологическом, социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, и проведением оценки их потребности в дальнейшей углубленной клинической диагностике и оказании необходимой лечебно-коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы психических расстройств в детстве. Скрининг проводится специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими (клиническими) психологами) в раннем детском возрасте.

# **1. Краткая информация**

##  **1.1 Определение**

***Расстройства аутистического спектра (РАС)*** – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения. Таким образом, РАС-это группа расстройств, характеризующихся качественными аномалиями взаимных социальных взаимодействий и моделей общения, а также совокупностью повторяющихся интересов и деятельности, стереотипных, ограничительных. Эти качественные аномалии являются глубокой особенностью функционирования индивида во всех ситуациях. Включают при отдельных формах «неспецифические проблемы»: страхи, нарушения сна и приёма пищи, возбуждение, заторможенность, раздражительность и др. поведенческие нарушения Комментарии: Историческая справка. Термин «аутизм», как негативный синдром при шизофрении, был предложен швейцарским психиатром Eugen Bleuler (1911). Уход больного в мир фантазий он обозначил термином «аутизм» и диагностировал его у любых «психотиков» эндогенного и органического происхождения. В России в 1926 г. Г.Е. Сухаревой была описана клиническая картина «шизоидной психопатии» в детском возрасте, близкая к описанию «аутистической психопатии» Г. Аспергера в 1944 г. Leo Kanner (1943) впервые описал ранний детский аутизм как отдельное заболевание на группе 11 пациентов с «аутистическим одиночеством и с навязчивым стремлением к однообразности с рождения» В 1949 году L. Kanner писал: «Я не верю, что существует какая-либо вероятность того, что ранний детский аутизм в будущем будет отделен от шизофрении» [4, P. 416]. Со времени описания аутизма L. Kanner, ведутся непрерывные дискуссии о его нозологической принадлежности. M. Rutter во главе рабочей группы ВОЗ (1968) постарался разделить детский аутизм (ДА) и детскую шизофрению (ДШ), что нашло отражение в МКБ-9 (1975). В МКБ-10 (1994) разработана типология РАС, включены неспецифические проявления общих нарушений психологического (психического развития). В 80 годы ХХ столетия L. Wing ввела понятие «аутистический спектр» заболеваний, сопровождающихся нарушением общения, социального взаимодействия, 9 социального понимания и воображения («триада L. Wing») [6]. В аутистический континуум она включила генетически и клинически разнородные психические расстройства, объединенные признаком нарушенного социального взаимодействия. До настоящего времени в зарубежных работах продолжается дискуссия по теме так называемого «железного треугольника» (“iron triangle”) о соотношении между аутизмом, кататонией и шизофренией, что рассматривается также с привлечением биологических. С клинико-биологических и лонгитудинальных позиций описан «континуум аутистических расстройств», принятый и опубликованный в отечественной и зарубежной печати. Широко используемый термин «аутизм» в специальной литературе относят к «аутистическому расстройству», которое определено в Диагностическом руководстве по психиатрии IV-го издания, текстовой редакции (DSM-IV-TR), а также и к «расстройствам аутистического спектра», зонтично покрывающим весь спектр расстройств, определенных в DSM-5, объединяющем аутистическое расстройство с другими клинически сходными состояниями.

## **1.2 Этиология и патогенез**

Этиология и патогенез РАС точно не известны, предполагаются мультифакторные причины заболевания: биологические (генетические, дизнейроонтогенетические, нейрохимические, иммунные), психосоциальные.

Генетическая основа заболевания подтверждена семейными исследованиями близнецов и усыновленных детей. Во второй половине XX века различные авторы конкордантность у монозиготных близнецов оценивали как 36-90 %, в то время как у дизиготных – 0-24 %. Исследования близнецов подтвердили, что семейное накопление аутистических черт является следствием высокой наследуемости (h2:0.8) Семейные исследования показали, что риск повторения РАС у сибсов в 20 раз выше, чем в общей популяции. Частота встречаемости аутистических проявлений у родителей детей с аутистическими расстройствами составляет 25 % и более; 2-6 % сибсов детей-аутистов страдают тем же заболеванием, что в 60-100 раз превышает распространенность аутистических расстройств в популяции. Наследуется предрасположенность к болезни, которая может проявляться, в том числе, особой уязвимостью, которая, в свою очередь, определяет значительное влияние средовых факторов. В последнее время результаты геномных исследований, в том числе исследования участия редких CNV в формировании риска шизофрении показали, что те же CNV имеют отношения к риску УМО, РАС и СДВГ. Наиболее выражено обогащение «вредными» редкими вариациями при УМО, затем при РАС, затем при шизофрении, и незначительно выражено при СДВГ и БАР, что имеет доказательную базу. Существуют предположения, что шизофрения разделяет генетические риски и патогенетические механизмы с нейроонтогенетическими расстройствами детского возраста (УМО, РАС, СДВГ). Результаты подтверждают мнение о том, что все эти расстройства расположены по градиенту тяжести в нейроонтогенетическом континууме, в зависимости от некоторых количественных и качественных отличий.

 Нейродизонтогенетическая гипотеза рассматривает аутизм как заболевание, вызванное дефектами развития мозга на ранних онтогенетических этапах. Выявлено нарушение созревания нейронов во фронтальной коре, изменения перивентрикулярного белого вещества и увеличение объема боковых желудочков мозга. К возможным причинам могут быть отнесены различные внешние факторы – травма, инфекция или постинфекционное состояние матери во время беременности, родовая травма, первичное нарушение обмена веществ, отдельные лекарственные средства, промышленные токсины и др. Вместе с тем аутистические расстройства не могут связываться с поражением какого‑либо конкретного отдела мозга.

Дизнейроонтогенез сопровождается появлением распространенных диффузных изменений в мозге, следствием которых является нарушение межнейрональных контактов, комиссуральных и ассоциативных связей, что, вероятно, вносит определенный вклад в генез аутистических синдромов. Доказана патопластическая роль возрастного фактора в развитии РАС. Рассматривая аутизм как внешний фенотипический признак остановки или нарушения процесса развития ребенка, как признак нарушения онтогенеза, исследователи опираются на точку зрения, что онтогенез нервной системы включает критические периоды, когда происходят значительные структурно-функциональные перестройки, которые обеспечивают осуществление новых физиологических функций. Для этих периодов характерна особая чувствительность к повреждающим фкторам.

Нейрохимические гипотезы обсуждают нарушение обмена нейромедиаторов: избыточную активность дофаминовых центральных нервных структур в мезолимбической, нигростриатной, тубероинфундибулярной системах; гипотезу недостатка глутаматов (преимущественно в подростковом возрасте) и др.

Гипотеза окислительного стресса посвящена изучению роли окислительного стресса в развитии клинических проявлений аутизма. Известно, что окислительный стресс является одним из наиболее значимых механизмов повреждения нервной ткани, запускающий совокупность взаимосвязанных патологических реакций (так называемый метаболический каскад), необратимо повреждающих клетку .Убедительно показано, что на фоне разворачивающегося окислительного стресса в механизмах гибели нейронов при различных заболеваниях начинают играть дополнительную роль нарушения митохондрий — «энергетических станций» клетки, избыточный поток ионов кальция внутрь клетки в результате гиперстимуляции рецепторов глутаматом, а также недостаточность факторов роста нервных клеток. Все эти нарушения приводят к запуску генетически запрограммированной гибели нейронов – апоптозу. Показано, что митохондриальная дисфункция часто коморбидна раннему детскому аутизму. В клетках головного мозга детей, страдающих аутизмом, выявлено изменение энергетического обмена: снижены клеточная энергетика и запас энергии митохондрий, что может приводить к когнитивным нарушениям, проблемам с речью и аномальному клеточному энергообмену. Выявленная устойчивость клеток к окислительному стрессу в значительной степени определяется количеством копий активных рибосомных генов в геноме клеток.

 Аутоиммунные теории возникновения РАС рассматривают иммунный воспалительный процесс в качестве одного из звеньев патогенеза. Показано, что повреждение мозга плода циркулирующими специфическими материнскими антителами лежит в основе многих врожденных нарушений развития, в том числе аутизма. Выявлен высокий уровень аутоантител к нейроантигенам преимущественно у пациентов с наиболее тяжелыми формами РАС в стадии обострения заболевания, сопровождающимися психотическими реакциями.

 «Аффективная» и «когнитивная» гипотезы. Эти гипотезы рассматривают аутизм как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы. «Аффективная» гипотеза была предложена R. Hobson , который разделял представление L. Kanner о врожденном нарушении эмоциональных контактов – «первичном дефиците аффективности». Эта теория не получила широкого распространения, так как она оказалась недостаточной для объяснения дефицита социализации у аутичных детей. «Когнитивная» гипотеза, наоборот, в последние время активно развивается, касаясь в основном таких сфер РАС, как нарушения социализации и коммуникации. Эта теория тоже опирается в своих предпосылках на открытие в мозге высших животных и человека системы зеркальных нейронов (Mirror Neuron System, MNS). Поступающая из вне информация, распространяясь в области коры головного мозга (соматосенсорной и ассоциативной), не модифицируется зеркальными нейронами при выполнении произвольных действий, что препятствует формированию адекватного образа в нейронных сетях ассоциативной коры, и способствует развитию гипервозбудимости, раздражительности, повышенной зрительной и слуховой чувствительности, беспокойству и невозможности сформировать целостный образ на основе действий других людей. В многочисленных исследованиях последних лет показано, что работа системы зеркальных нейронов нарушена у людей с аутизмом, и это может влиять на их способность моделировать восприятие других индивидуумов. Неправильное функционирование MNS-систем возможно в результате комбинации генетических факторов и неблагоприятных факторов окружающей среды. Способность увидеть мир с точки зрения другого человека обозначают в литературе термином «theory of mind» — «модель психического состояния», или «понимание чужого сознания». Дети с аутизмом часто неправильно понимают желания и поведение окружающих, относятся к ним как к неодушевленным предметам. Они пребывают в растерянности в тех ситуациях, когда необходимо догадываться о намерениях, знаниях и эмоциях других. Отмечается снижение эмоциональной отзывчивости или эмпатии. Гипотеза зеркальных нейронов позволяет объяснять с сугубо естественно-научной точки зрения такие явления социальной жизни как подражание, эмпатия, понимание чужого сознания и вскрывает нейрофизиологические механизмы такого серьезного заболевания как аутизм.

Психосоциальные (перистатические) факторы скорее являются дополнительными, не влияют на происхождение РАС, но прослеживается связь во времени между конфликтом или стрессом и манифестацией болезни. Ранее существовали представления, что аутизм связан с эмоциональной холодностью чрезмерно интеллектуальной матери, которая была не способна подарить ребенку свое тепло и любовь.

Современные специалисты принимают в расчет генетические и другие факторы, учитывают опыт привязанности в системе «мать-дитя» в генезе психических и поведенческих нарушений.

## **1.3 Эпидемиология**

Клинические симптомы РАС варьируют по степени своей выраженности, что может приводить к противоречиям не только в диагностике, но и соответственно в эпидемиологических оценках, в последнее время число людей, у которых обнаружен аутизм, возросло отчасти из-за изменившихся диагностических подходов и появления новых нозологических классификаций. Исследования распространенности среди детей показывают, что аутизм встречается примерно у 1% населения и что на каждые три известных случая есть два не диагностированных лица, которым в какой-то момент их жизни может понадобиться диагноз Распространенность в зрелом возрасте была аналогичной 1,1% (Brugha et all.,2012.Это говорит о том, что в настоящее время аутизм встречается чаще, чем это было раньше, в 1978 году, доля аутизма была 4 к 10.000 (Rutter,1978) .Исследования, проведенные на взрослых, показали, что четверо из пяти взрослых с аутизмом испытывают трудности с диагностикой аутизма во взрослом возрасте (Taylor & Marrable, 2011) ,или вообще не будут диагностированы (Brugha et all. 2011). Ранние диагностические критерии отражали качественно выраженные поведенческие симптомы, связанные с серьезными задержками речевого развития и когнитивных навыков. Около трети всех детей с ранней диагностикой, внезапно начинают демонстрировать потерю речевых навыков во втором году, многие из них продолжают испытывать этот дефицит в последующие годы (Rogers & DiLalla, 1990).

 Первая работа по выявлению распространенности аутизма среди специфической педиатрической выборки была проведена в 1966 г. V. Lotter, распространенность аутизма составляла 4,1: 10 000 детей, в 1979 г., по данным L. Wing и J. Gould – 5: 10 000. Исследования, доступные в странах Северной Европы (Великобритания, Исландия, Дания, Швеция), предоставляют оценки для комбинированных Расстройств Аутистического Спектра (РАС). Гораздо меньше данных доступно из других европейских стран, а именно из Франции, Германии, Португалии и Израиля. Средний показатель аутизма в детстве по данным 16 исследований, опубликованных в период 1966-1991 годов, составил 4,4: 10 000, тогда как в других 16 исследованиях, опубликованных в период 1992-2001 годов, этот показатель уже составлял 12,7: 10 000. В начале 2000-х годов в трех национальных исследованиях Великобритании распространенность аутизма у детей и молодежи уже составляла приблизительно 100 : 10 000 .Большинство современных исследователей согласны с тем, что сообщаемое увеличение распространенности является артефактом и вряд ли отражает какое-либо истинное увеличение заболеваемости вследствие появления новых причин .По данным проведенных одиннадцати метаанализов в период 1966-2019 гг., в которых отражена распространенность аутизма, выявлено что граница между людьми с диагнозом аутизм и остальным населением сокращается в последнее десятилетие, что сказывается на увеличении цифр, отражающих распространенность аутизма . Авторы работ, которые были выполнены до введения диагностических критериев DSM и МКБ, исходили из диагностических критериев L. Kanner и M. Rutter. В исследованиях обнаружилось, что критерии L. Kanner в целом соответствуют критериям DSM-IV и МКБ-10 и тем не менее 55-67% детей по критериям L. Kanner не считались бы аутичными. Из этого следует, что более половины детей, которым в настоящее время ставят диагноз из группы аутистических расстройств, не имели бы этого диагноза годами ранее. Проведенное исследование по пересмотру данных отдельно взятого управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии США за 1992-2005 гг. привело к выводу, что рост распространенности аутизма в 26% случаев можно рассматривать за счет изменения диагноза «нарушения интеллектуального развития» на диагноз «аутизм». В последнем десятилетии XX века явно проявилась тенденция к расширению диагностических границ аутистических расстройств, в частности за счет диагноза «общие (первазивные) расстройства развития». Это началось с признания в DSM-III «атипичного аутизма» и в DSM-IV «Первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений» (PDD-NOS), синдрома Аспергера, болезни Ретта и «дезинтегративного расстройства детского возраста», а также включения атипичных форм аутизма, выявляемых при различных заболеваниях – шизофрении, умственной отсталости, детском церебральном параличе и др.

В этом случае фактически речь идет о признании нозологической гетерогенности и многофакторности аутистических расстройств. Ряд детских психиатров петербургской школы оспаривают понятие РАС и предлагают к «истинному» детскому аутизму относить только синдромы Каннера, Аспергера и органического аутизма, что покажет более низкую распространенность рассматриваемых расстройств в этом. В США Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) с 2000 г. проводится активный эпидемиологический мониторинг распространенности РАС среди детей в возрасте 8 лет на территории одиннадцати штатов (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, ADDM Network). Последняя оценка распространенности РАС составляет 185: 10 000 детей в возрасте 8 лет (данные за 2016 г.), из них в 33% случаев наблюдается выраженная умственная отсталость, в 24% – пограничная умственная отсталость и в 42% отмечается средний или высокий интеллект. Показано увеличение выявления случаев с РАС на 175% по сравнению с первыми данными за 2000 и 2002 гг. С 2010 года CDC организован эпидемиологический мониторинг распространенности РАС среди детей 4-х лет. В последнем отчете, обнародованном весной 2020 года, распространенность РАС составила 156: 10 000, из них у 53% зафиксирована умственная отсталость. 000 детей в возрасте от 3 до 17 лет за 2016 г По данным Национальной базы данных Великобритании (2013 г.) распространенность РАС среди детей 8 лет составляет 24 : 10 000 Данные пилотного проекта, проводимого в девяти субъектах Российской Федерации (2017 г. – н.в.) позволяют установить показатель распространенности РАС или общих расстройств психологического развития – по МКБ-10 рубрика F84, который составляет 18 : 10 000 детского населения в возрасте до 4 лет По данным Росстата показатели заболеваемости аутизмом (детским и атипичным введены в отчётные формы с 2014 г.) у детей в возрасте до 14 лет (с 2014 по 2018 гг.) – увеличились на 107,1% (с 5,3 до 11 : 10 000), у подростков 15-16 лет (с 1,8 до 5,78 : 10 000) – на 206,4% .Следует отметить, что увеличение числа диагностированных детей происходило одновременно в ряде стран мира с 1990-х годов, когда значительно расширились возможности диагностики для детей с РАС, и неизвестно как изменения диагностических критериев, введенных в DSM-5 и будущей МКБ-11, повлияют на оценку распространенности РАС в будущем. Между тем имеющиеся данные о распространенности напрямую взаимосвязаны с текущими и будущими потребностями в услугах и реабилитационных программах. Недавняя тенденция к росту показателей распространенности не может быть объяснена увеличением заболеваемости или «эпидемией аутизма»

 Исследования показывают, что только 5-17% из населения с аутизмом имеет удовлетворительную социальную жизнь и удовлетворительное функционирование в защищенной среде (Lotter, 1978; Venter, Lord & Schopler, 1992; Howlin et all., 2004).

**1.4 Кодирования по МКБ-10**

Для диагностики РАС используется МКБ-10 рубрика F84 «Общие расстройства психологического развития» («Первазивные нарушения развития»)

F84.0 Детский аутизм

F84.01 – обусловленный органическим заболеванием головного мозга;

F84.02 – вследствие других причин. Включаются:

а) аутистическое расстройство,

б) детский аутизм, − детский психоз,

в) синдром Каннера.

F84.1 Атипичный аутизм

F84.11 – с умственной отсталостью;

F84.12 – без умственной отсталости. Включаются:

а) умственная отсталость с чертами аутизма,

б) атипичный детский психоз.

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста. Включаются:

а) дезинтегративный психоз;

б) синдром Геллера;

в) детская деменция (dementia infantilis);

г) симбиотический психоз.

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5 Синдром Аспергера. Включает:

а) аутистическая психопатия;

б) шизоидное расстройство детского возраста.

F84.8 Другие общие расстройства развития.

F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное.

## **1.5 Классификация**

В настоящее время для диагностики аутизма используются две классификационные и диагностические системы: МКБ-10 и DSM-5.

Симптоматика аутизма в МКБ-10 поделена на три группы:

1 группа: качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия,

 2 группа: качественные аномалии в общении (коммуникации),

 3 группа: ограниченные повторяющиеся стереотипные шаблоны поведения и активности.

Согласно американской классификации DSM-5, название диагноза соответствует расстройству аутистического спектра. (299.0).

Одни из самых кардинальных изменений в диагностических критериях аутизма и связанных с ним расстройств произошли в последней версии диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам США. В процессе создания DSM-5 была утрачена «триада аутизма» из DSM-IV и МКБ-10, что привело к выделению двух кластеров дефицитов (DSM-5, APA, 2013): нарушения социальной коммуникации и ограниченные и повторяющиеся модели поведения и/или интересов (таблица 1):

 **Таблица 1**

**Изменений в диагностических критериях аутизма**

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV-TR** | **DSM-5** |
| Три категории симптомов | Две категории симптомов |
| Шесть диагностических пунктов, включенных в категорию «Нарушения социального взаимодействия» | Три диагностических пункта включены в категорию «Нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия» |
| Указывает начало заболевания до достижения 3-летнего возраста | Указывает на раннее развитие |
| Включает синдром Ретта, детское дезинтегративное расстройство, синдром Аспергера, PDD-NOS (первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений) | Подтипы исключены Добавлены параметры для обозначения тяжести заболевания |

## **1.6 Клиническая картина**

**F84 Общие расстройства психологического развития («Первазивные нарушения развития»)**

а) расстройства, характеризующиеся нарушениями социальной адаптации и общения в сочетании со стереотипными интересами и действиями;

б) расстройства развития возникают в младенческом возрасте, реже – в первые пять лет жизни;

в) часто сочетаются с расстройством, проявляющимся нарушениями в когнитивной сфере, независимо от наличия и отсутствия умственной отсталости;

г) в некоторых случаях расстройства сочетаются и предположительно обусловлены некоторыми патологическими состояниями, среди которых наиболее часты:

1) детские спазмы;

2) врождённая краснуха;

3) туберозный склероз;

4) церебральный липидоз;

5) фрагильность Х-хромосомы.

д) расстройство должно диагностироваться на основании поведенческих признаков, независимо от наличия или отсутствия патологических; любое из этих сопутствующих состояний должно кодироваться отдельно.

е) при наличии умственной отсталости, степень её выраженности кодируется отдельно (F70-F79), поскольку она не является обязательным признаком общих расстройств развития.

ж) у мальчиков расстройство развивается в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

**F84.0 Детский аутизм**

Диагностические критерии

а) расстройство, при котором всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки социоэмоциональных сигналов, что проявляется как:

1) отсутствие социо-эмоциональной взаимности (особенно характерно);

2) отсутствие реакций на эмоции других людей и/или отсутствие модуляций поведения в соответствии с социальной ситуацией;

3) отсутствие социального использования имеющихся речевых навыков, недостаточная гибкость речевого выражения и относительное отсутствие творчества и фантазии в мышлении;

4) нарушенное использование тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такое же отсутствие сопровождающей жестикуляции;

5) нарушения в ролевых и социально-имитационных играх.

б) характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью, что проявляется:

1) тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведённый порядок во многих аспектах повседневной жизни;

2) в особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера;

3) моторными стереотипиями;

4) особым интересом к нефункциональным элементам предметов (запах или осязательные качества поверхности).

в) аномалии развития должны отмечаться в первые три года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах.

г) отсутствие предшествующего, несомненно нормального развития

д) часто наблюдаются неспецифические для аутизма расстройства, такие как страхи (фобии), нарушения сна и приёма пищи, возбуждение, агрессивность, самоповреждения. F. Дефицит спонтанности, инициативности и творчества как при выполнении заданий и инструкций, так и в организации досуга;

е) характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребёнка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом схожими расстройствами.

**F84.01 Cиндром Каннера**

Клиническая картина

Классический детский аутизм – cиндром Каннера (СК) является врожденной формой аутизма, который проявляется в виде асинхронного дезинтегративного аутистического дизонтогенеза с неполным и неравномерным созреванием высших психических функций, неспособностью к формированию общения и характеризуется наличием «триады ядерных симптомов аутизма»: нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения (L. Wing, 1979). Рецептивная и экспрессивная речь развиваются с задержкой: отсутствует жестикуляция, гуление и лепет бедные. В экспрессивной речи первые слова (в форме эхолалий, повторов последних и первых слогов слов) появляются на 2-4 году жизни и сохраняются в последующие годы. Больные произносят их напевно, то четко, то смазано. Словарный запас пополняется медленно, после 3-5 лет отмечаются короткие фразы- 21 штампы, преобладает эгоцентрическая речь. Больные СК не способны к диалогу, пересказу, не используют личные местоимения. Коммуникативная сторона речи практически отсутствует. Недостаток взаимной коммуникации проявляется в отсутствии игры-имитации, творческой игры со сверстниками. Крупная моторика угловатая с двигательными стереотипиями, атетозоподобными движениями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечной дистонией. Эмоциональная сфера развивается с большой задержкой, отсутствует реакция оживления на попытки родителей взять их на руки (при выраженном симбиозе с матерью), не формируется различение своих и чужих. Комплекс оживления возникает спонтанно, в рамках аутистических интересов, и проявляется общим двигательным возбуждением. Нарушена инстинктивная деятельность в форме пищевого поведения. Происходит инверсия цикла «сон-бодрствование». Психическая деятельность обеднена, стереотипна с симптомами тождества и отсутствием подражания. У пациентов не формируется абстрактное мышление. У больных СК при выраженном отставании в развитии высших психических функций отмечается диссоциация, дезинтеграция внутри отдельных сфер психической деятельности. Дальнейшая возрастная клиническая динамика. Аутизм при СК в тяжелой форме (по шкале CARS – 37-45 баллов) сохраняется на протяжении жизни, останавливая психическое развитие ребенка. Послабление аутистической симптоматики отмечается во втором возрастном критическом периоде, протекающем отставлено в возрасте 6-8 лет, в это же время отмечается незначительная положительная динамика в развитии речи и мелкой моторики. Когнитивные нарушения отмечаются с первых лет жизни. К пубертатному возрасту интеллект в 75 % случаев снижен (IQ < 70). Распространенность СК в популяции 2 : 10 000 детей (орфанное заболевание) .

**F84.02 Детский психоз**

Клиническая картина

При детском психозе (ДП) в клинической картине, наряду с описанной ранее «триадой» Л. Винг, присутствуют «неспецифические» симптомы: кататонические, истероформные, психопатоподобные проявления, фобии. Болезнь развивается в первые 3 года жизни ребенка, с пиком заболевания от 1,5 до 2х лет, на фоне дизонтогенеза или нормального развития. Выраженность аутизма по шкале CARS составляет 37-45 баллов. Кататонические проявления носят «гиперкинетический» характер (бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, атетоз, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, изменчивый мышечный тонус) и 22 соответствуют «умеренной» и «тяжелой кататонии» (по шкале BFCRS – 30-37 баллов). Моторное возбуждение сопровождается негативизмом. Дети не замечают окружающих, часто «сохраняют собственную территорию», в случаях нарушения границ – возникает тревога, агрессия, плач, отторжение коммуникации. Речевое развитие в активном периоде болезни останавливается, не накапливается словарный запас, произношение смазанное, отмечаются персеверации, эхолалии. У больных присоединяются расстройства приема пищи (РПП): искажение пищевого инстинкта, особая чувствительность к новым видам пищи, имеющим неоднородную консистенцию. Задерживается формирование навыков жевания (до 3-3,5 лет). Также у пациентов отмечаются срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Больные не могут научиться пользоваться столовыми приборами (не удерживают ложку, чашку), отказываются принимать помощь взрослых в освоении моторных навыков. На фоне пика заболевания – полностью отказываются не только от еды, но и от приема жидкости, что приводит к развитию гипотрофии. Это утяжеляет течение основного заболевания и требует подключения многопрофильной группы специалистов. При приеме пищи предпочтение отдается, как правило, одному виду пищи и лишь спустя 1-3 месяца заменяется на другую. Пациенты строго следуют усвоенным пищевым предпочтениям и режиму кормления. При изменении режима возникает болезненная реакция. Пассивный отказ сопровождается отвращением к возрастному рациону, преимущественно к мясным продуктам, кашам, овощам и фруктам, отмечаются необычные пищевые предпочтения. При употреблении пищи больные подолгу удерживают пищу за щекой, также долго ее пережевывают, а затем выплевывают, в результате чего отмечается прогрессивное снижение веса. Также пациенты могут заглатывать пищу кусками, без предварительного пережевывания, т.е. отмечаются симптомы анорексии, булимии с оживлением влечений. В отдельных случаях пищевая «жвачка» приносит больным удовлетворение и удовольствие. Докармливание не всегда эффективно, повторно может возникнуть регургитация с усилением возбуждения у больных. У части детей отмечается изменение вкусового восприятия с непереносимостью многих блюд и стойкая приверженность одному или двум блюдам. Больным свойственны также стереотипные влечения (удерживание стула, запоры, задержка мочи), патологически привычные действия (сосание пальцев с закладыванием целой ладошки в рот, онихофагия, трихотилломания, яктация). Кататонические нарушения, тяжелый аутизм приостанавливают онтогенетическое развитие пациента в активном психотическом периоде болезни на протяжении 2-3 лет, способствуя формированию «нажитой» задержки психического развития 23. В ремиссии глубина кататонии смягчается (по шкале BFCRS в пределах 25-33 баллов, что соответствует – «умеренной кататонии»). Дети не могут усидеть на месте, крутятся на стуле во время занятий, совершают импульсивные поступки. Избыточная однообразная двигательная активность сочетается с нарушениями внимания. На данном этапе развития болезни при первичном обращении к врачу диагностируют «Гиперкинетическое расстройство» (F90, МКБ-10) или «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ, DSM-5). В ходе проведенной абилитации/реабилитации у больных к 7-9 годам гипердинамический синдром купируется. Только при эмоциональном напряжении возникает мимолетный «комплекс оживления» со стереотипными движениями, который удается прервать замечанием, переключением на другие виды движений. Пациенты испытывают трудности коммуникации в построении полноценного диалога, навязывают окружающим свое мнение. В 2/3 случаев попытки завести друзей выглядят «странными» и обычно заканчиваются неудачей. Дальнейшая возрастная клиническая динамика. Нажитая неравномерная задержка психического развития в большинстве наблюдений смягчается и преодолевается на фоне своевременно назначенной психофармакотератии и немедикаментозной коррекции. Развивается эмоциональная сфера. IQ у всех больных > 70, но сохраняется легкий когнитивный дизонтогенез. Выраженность аутизма смягчается до 33-36 баллов, что соответствует «легкому/умеренному» аутизму по шкале CARS. Возрастной фактор и факторы развития (положительные тенденции онтогенеза), реабилитация способствуют благоприятному исходу («практическое выздоровление» – в 10%; «высокофункциональный аутизм» – в 50%, регредиентное течение болезни – в 40%), что позволяет четко дифференцировать и дистанцировать ДП от ДШ]. По шкале социального функционирования (см. раздел 2.7 и Приложение Г), адаптированной для применения в детском возрасте, больные соответствовали промежутку от 60 до 41 балла, что означает наличие значительных затруднений социального функционирования, но с возможностью дальнейшей социальной адаптации.

 **F84.1 Атипичный аутизм**

Диагностические критерии

а) расстройство сходное с F84.0, однако отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев А-С, а именно:

1) достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия;

2) ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение;

3) тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

б) чаще возникает у детей с тяжёлым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью, наличие или отсутствие которой обозначается четвёртым знаком. Тогда вторым кодом указывается соответствующий диагноз F70.хх-F79.хх.

**F84.11 Атипичный аутизм по феноменологии с умственной отсталостью («атипичный аутизм синдромальный»).**

Атипичный аутизм с умственной отсталостью прослеживается при выделенных генетических синдромах Q00-Q99 (Мартина-Белл, Дауна, Вильямса, Ангельмана, Сотоса и более 30 других), болезнях обменного происхождения (фенилкетонурии, туберозном склерозе и др.), Аутистические симптомы проявляются у них исключительно на определенных этапах основного заболевания. В дальнейшем ведущей в клинической картине являются УМО и соматическая патология

**F84.12 Атипичный детский психоз по возрасту манифестации и феноменологии, без умственной отсталости.**

Клиническая картина.

В клинической картине АДП «неспецифические кататонические проявления» занимают ведущее место на фоне аутистической триады. Манифестирует заболевание на 3-5-м году жизни углублением аутистического дизонтогенеза, и достигает «крайне тяжелого» аутизма (50-60 баллов по шкале CARS) на пике заболевания. Гипокинетические и гиперкинетические проявления (по шкале BFCRS – 36-38 баллов), соответствуют «тяжелой кататонии». Больные периодами «замирают» в однообразных позах, ложатся на пол, «сползают» по мебели, затем вновь продолжают двигаться. В кистях рук отмечаются однообразные движения древнего архаического руброспинального и стриопалидарного уровня: «моющего», складывающего, потирающего типов, битье по подбородку, взмахи руками «как крыльями». Поведенческие фенотипы изменчивы и неотличимы от таковых в активном периоде болезни при других нозологиях. Кататонические проявления сопровождаются регрессом высших психических функций: речи, моторики (с частичной утратой ходьбы), игры. Неспецифические поведенческие нарушения: агрессия, аутоагрессия, РПП, вплоть до «пикацизма», утрата навыков опрятности сохраняются в течение 1,5-2 лет. В целом длительность АДП достигает 4,5- 5 лет. 25

 Дальнейшая возрастная клиническая динамика. В терапевтических низкого качества ремиссиях, сохраняется тяжелый аутизм (42-52 балла по шкале CARS), тяжелая «гипокинетическая» кататония с резидуальными стереотипиями (BFCRS – 36-38 баллов). Нарастают астения, когнитивный дефицит. У четверти пациентов собственная речь не формируется, мышление конкретное, абстрактные формы познания не доступны, эмоциональная сфера развивается с задержкой. Обострения возникают аутохтонно в структуре АДП, после соматических провокаций, с усилением вышеописанных «неспецифических проявлений». При своевременном усилении психофармакотерапии продолжительность обострений сокращается. Больные АДП обучаются в общеобразовательных школах по инклюзивной системе по адаптированным основным общеобразовательным программам для детей с РАС (см. АООП НОО РАС 8.3 и 8.4 [92- По шкале социального функционирования (см. раздел 2.7 и Приложение Г), больные соответствуют промежутку от 40 баллов и ниже, что означает наличие значительных или грубых нарушений социального функционирования со значительными трудностями социальной адаптации. Данным пациентам показан обязательный осмотр врача-психиатра подросткового при передаче во взрослую сеть, т.к. по данным лонгитудинальных исследований у них к 18 годам в 10-12% случаев диагностируется шизофрения. Больные нуждаются в медикаментозной и социальной поддержке на протяжении жизни.

**F84.2 Синдром Ретта.**

Диагностические критерии.

а) расстройство к настоящему времени описано только у девочек.

б) раннее развитие нормально или внешне нормально.

в) начало расстройства между 7 и 24 месяцами жизни.

г) парциальная или полная потеря мануальных навыков и речи.

д) замедление роста головы.

е) наиболее характерно:

1) потеря спонтанных движений рук;

2) стереотипное «заламывание», «мытьё» рук, смачивание слюной;

3) неполное пережёвывание пищи; 4. одышка.

ж) в среднем возрасте развитие атаксии, апраксии, сколиоза и кифосколиоза, хореоатетозных расстройств, нередко – эпилептических припадков.

 Клиническая картина Синдром Ретта (СР) является верифицированным дегенеративным моногенным заболеванием, обусловленном мутацией в гене-регуляторе МеСР2, который находится на длинном плече хромосомы Х (Xq28) и ответственен за 60-90% случаев СР. Распространенность СР: 1 на 15 000 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Классический СР начинается на 1-2 году жизни с пиком манифестации в 16-18 месяцев и проходит в своем развитии ряд стадий:

 В I «аутистической» стадии (продолжительностью 3-10 месяцев) появляется отрешенность, нарушается познавательная активность, останавливается психическое развитие.

 Во II стадии – «быстрого регресса» (от нескольких недель до нескольких месяцев) на фоне сохранения аутистической отрешенности в кистях рук возникают движения древнего, архаического уровня – «моющего» типа, потирающего вида; наблюдается регресс в деятельности всех функциональных систем; замедление роста головы.

III стадия «псевдостационарная» длится до 10 лет и более. Частично восстанавливаются коммуникация, понимание речи, произношение отдельных слов. Уходят проявления аутизма. Сохраняются регрессивные подкорковые стереотипии. Любая деятельность носит кратковременный характер, больные легко истощаются. В 1/3 случаев возникают эпилептические приступы

IV стадия – «тотальной деменции»: формируется деменция, неврологические расстройства: спинальная атрофия, спастическая ригидность, полная утрата ходьбы. Исход неблагоприятный, в 100% случаев тяжёлая психоневрологическая инвалидность. Смерть наступает в разные сроки (чаще через 12-25 лет после начала заболевания).

 **F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста**

 Диагностические критерии

 а) явное нормальное развитие до возраста, по крайней мере, 2-х лет.

 б) вслед за неспецифическим продромальным периодом – отчетливая потеря ранее приобретенных навыков и качественно нарушенное социальное функционирование:

1. глубокий регресс или потеря речи,
2. регресс игрового и адаптивного поведения,
3. потеря контроля функций кишечника или мочевого пузыря,
4. иногда ухудшается контроль двигательных функций,
5. вычурные движения и жесты,
6. сопровождается общей потерей интереса к окружающему и социальным контактам.

в) от органической деменции расстройство отличается следующими признаками:

1. отсутствие какого-либо распознанного органического заболевания или повреждения нервной системы,
2. временами возможно восстановление нарушенных или утраченных навыков,
3. нарушение поведения носит скорее характер девиации, нежели снижения интеллекта.

Клиническая картина

В код F84.3 включена деменция Геллера, которая представляет собой утрату или прогрессирующее ухудшение речи, интеллектуальных, социальных и коммуникативных способностей в детстве, в возрасте 2-4 лет. Для детей характерна повышенная раздражительность, уход в себя. Речь больных становится непонятной, отмечаются нарушения памяти и восприятия, появляется тревога или агрессивность. Больные не ориентируются в социальных ситуациях, часто утрачивают приобретенные ранее навыки опрятности; совершают стереотипные движения, что позволяет предполагать наличие аутизма. Постепенно развивается полная клиническая картина деменции. Несмотря на ее выраженность, черты лица грубыми у пациентов не становятся. В целом расстройство носит прогредиентный характер.

 **F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями**

Диагностические критерии

а) обязательное сочетание признаков:

1) выраженная, чрезмерная гиперактивность,

2) двигательные стереотипии, 3. выраженная умственная отсталость.

б) при выявлении диагностических критериев F84.0, F84.1 или F84.2 расстройство регистрируется в соответствующих рубриках;

в) вторым кодом указывается соответствующий диагноз F70.xx-F79.xx.

**F84.5 Синдром Аспергера**

Диагностические критерии

а) сочетание признаков:

1) расстройства, сходные с аутизмом («мягкий» вариант аутизма);

2) двигательные дисфункции (как в F82);

3) сохранные интеллект и речь.

б) встречаются чаще у мальчиков (в соотношении 8:1). Включаются: − аутистическая психопатия − шизоидное расстройство детского возраста.

Клиническая картина.

Эволютивно-конституциональный синдром Аспергера (СА) является врожденным заболеванием, но проявляется у больных обычно в ситуациях интеграции в социум (посещение детского сада, школы). Пациенты имеют отклонения в социальных коммуникациях, в невербальном поведении (жесты, мимика, манеры, зрительный контакт), не способны к эмоциональному сопереживанию. У них наблюдается раннее речевое развитие, богатый речевой запас, хорошее логическое и абстрактное мышление. Больным с синдромом Аспергера свойственны оригинальные идеи. Коммуникативная сторона речи страдает, они говорят тогда, когда хотят, не слушают собеседника, нередко ведут беседу с самим собой, для них типичны своеобразные отклонения интонационного оформления речи, необычные речевые обороты. Больные с СА не умеют устанавливать контакты со сверстниками, не соблюдают дистанции, не понимают юмора, реагируют агрессий на насмешки, не способны к эмоциональному сопереживанию. Выраженные нарушения внимания, моторная неуклюжесть, дисгармония в развитии, плохая ориентировка в людях, в социуме, бесцеремонность в реализации своих желаний приводят к тому, что они легко становятся объектом насмешек, вынуждены менять школу, несмотря на хороший интеллект. В подростковом возрасте у четверти больных присоединяются коморбидные, маскированные психопатоподобными проявлениями аффективные фазные расстройства, тики, которые купируются антидепрессантами без дальнейшего углубления личностного своеобразия. Стереотипный интерес к специфическим областям знаний, односторонние узко специфические интересы при направленном обучении могут лечь в основу будущей специальности. Дальнейшая возрастная клиническая динамика. У 40% больных с СА к 15-18 годам аутизм смягчается, но сохраняется «социальная неуклюжесть», сенситивность, 29 больные успешны в выбранной по интересам специальности. Только к 30-40 годам создают семью. Наблюдение консультативное. В 60% случаев у взрослых пациентов с СА в детском возрасте диагноз меняется на «шизоидное расстройство личности» (F60.1). Данные пациенты имеют лучшую социальную адаптацию, чем пациенты с СА и не нуждаются в наблюдении психиатра

**F84.8 Другие общие расстройства развития**

Данный диагноз является предварительным, выставляется в случае наличия качественных отклонений в общении, социальной адаптации, которые в полной мере не отвечают диагностическим критериям ни одной из других рубрик F84, требуется наблюдение врача-психиатра в динамике.

 **F84.9 Общее расстройство развития неуточненное**

Остаточная диагностическая рубрика для расстройств, отвечающих описанию общих расстройств развития, но вследствие отсутствия адекватной информации или наличия противоречивых данных, не удовлетворяющих диагностическим критериям ни одной из других рубрик F84.

## **Вопросы коморбидности**

РАС как психическое расстройство часто сопровождается другими психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. В этом отношении коморбидность при РАС скорее правило, чем исключение, что закреплено в DSM-5. Есть данные о ряде расстройств, взаимосвязанных с РАС, включая СДВГ (от 10% до 28% случаев); тики (от 1% до 50%); ОКР (от 8 до 28%); НПП (6-17%). Оценки на основе анкетирования, как правило, дают более высокие показатели, чем стандартизированные диагностические, клинические интервью. Эпилепсия встречается гораздо чаще при РАС, чем в общей популяции. Хотя показатели распространенности, о которых сообщают, широко варьируют (от 2% до 46%), частота особенно повышена у лиц с глубокой умственной отсталостью. В Отделе нейрофизиологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» было отмечено, что эпилептиформная активность наиболее часто (в 20-30% случаях) встречается при генетических формах (синдромальном аутизме). При других формах РАС эпилептическая активность отмечается не более чем в 4-5% случаев, но частота ее встречаемости может увеличиваться в подростковом и взрослом возрасте. Есть точка зрения, что появление эпилептиформной активности в ЭЭГ – 30 «электрический эпилептический статус» приводит к значительному регрессу в когнитивной и психических сферах, но эту точку зрения разделяют не все исследователи. Болтон и коллеги (2011) изучали частоту и типы судорог в выборке из 150 взрослых с РАС (средний возраст 32 года; средний IQ 73). Почти у четверти (22%) развилась эпилепсия, и приступы у них в большинстве случаев развивались спустя 10 лет от начала заболевания. Генерализованные тонико-клонические припадки у взрослых были наиболее распространенной формой. Эпилепсия чаще встречалась у женщин и лиц с низким IQ. Эпилепсия крайне редко встречается при синдроме Аспергера.

 Аффективные расстройства у пациентов с РАС. Еще в 1970 году M. Rutter [111] отметил риск возникновения депрессивных эпизодов у подростков и взрослых с аутизмом, а в более поздних генетических исследованиях сообщалось о высокой частоте аффективных расстройств как среди людей с аутизмом , так и в их семьях . Последующие исследования подтвердили, что наиболее распространенные расстройства связаны с тревогой и / или депрессией, хотя предполагаемые показатели варьируют от 20% до 58% для депрессии и от 22% до 39% для тревожных расстройств; также сообщалось о высоких показателях социальной тревоги (50-52%). Биполярные аффективные расстройства, как правило, встречаются реже (около 5-7%). Эпизоды мании без депрессии в целом относительно редко встречаются, хотя в одном из исследований они обнаружены у 21% пациентов с аутизмом (PDD). У людей с РАС нередко встречаются проблемы с пищеварением. Многочисленные симптомы желудочно-кишечных расстройств у лиц с РАС, связанные с низкой активностью ферментов, расщепляющих дисахариды (лактаза, мальтаза, сахараза), ферментов, расщепляющих изомальтулозу (палатинозу) и глюкоамилазу, наблюдались у 58% детей с аутизмом, и эта картина не менялась с возрастом. Так, у пожилых с РАС (у 65% всех страдающих РАС старше 65 лет) наблюдается дефицита лактозы. У пожилых лиц (старше 50 лет) с РАС была выявлена высокая частота ожирения (26-48% против 10% у лиц без РАС того же возраста), особенно часто у женщин и лиц, полностью себя обслуживающих и находящихся на лечении нейролептиками. При этом ожирение взаимосвязано с гипертонией, сахарным диабетом, повышенным содержанием липидов в крови (гиперхолестеринемией) и метаболическим синдромом. Сочетание перечисленных нарушений определяется у 45-96% одиноких пожилых больных РАС с нарушением интеллекта. Это указывает на то, что пожилые люди с РАС находятся в зоне повышенного риска развития сердечно-сосудистых и неврологических 31 заболеваний (инфаркты и инсульты), поэтому нуждаются в повышенном внимании медицинских работников.

# **2. Диагностика**

Первый уровень скрининга – анкетирование родителей детей на приеме у врача педиатра (при возникновении у врача педиатра подозрений на наличие у ребенка признаков психического дезонотгенеза). Если результаты анкетирования не выявят группу риска, то скрининг на этом завершится (см. Приложение Г) ((Известные современные зарубежные скрининговые методики в большинстве своем в России и ПМР на настоящий момент не проходили адаптации и официально не представлены.)

Второй уровень скрининга (клинический). В ПМР, как и во всем мире, диагностика РАС и других психических расстройств и расстройств поведения проводится врачом-психиатром детским c 5-летнего возраста на добровольной основе в соответствии с законодательством. Диагностика основывается на данных анамнеза и истории развития ребенка, полученных от родителей (законных представителей), а также наблюдений врача за поведением ребенка. Дополнительно используются данные параклинических, экспериментально-патопсихологического, психометрического исследований. Использование этих данных только дополняет, но не заменяет обоснованное клиническое суждение врача. Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития (НПР), в том числе РАС, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза. В с медицинскими стандартами в целях первичной верификации диагноза и определения дальнейшего маршрута ведения больного обследование детей раннего возраста должно проводиться преимущественно в амбулаторных условиях, в ряде случаев допускается обследование и лечение ребенка в условиях стационара, госпитализация совместно с матерью, ввиду, чего в связи с значительным ростом психических расстройств у детей, а главное их утяжеления, в ближайшее время требуется открытие специализированного психиатрического стационара.

 Врач-психиатр детский на основе анамнестических данных, данных истории развития и другой медицинской документации, осмотра больного, оценки клинической картины и дополнительных методов обследования верифицирует состояние по критериям МКБ-10.

В психиатрии, как и в других медицинских дисциплинах, большое внимание уделяют соматическому и неврологическому осмотру, а также данным лабораторных исследований.

Критерии установления диагноза на основании патогномоничных данных:

а) анамнестических данных;

б) психического статуса;

в) физикального обследования, 4. лабораторных исследований;

г) инструментального обследования и другое.

## **2.1 Жалобы и анамнез**

 Первичный осмотр врача-психиатра проводится с целью клинической диагностики состояния пациента, определения типа аутизма или другой патологии, уточнения диагноза, принятия решения о проведении абилитации/реабилитации, при необходимости, медикаментозного вмешательства. При диагностике РАС основным является клинический метод. В нем главное место принадлежит объективному наблюдению за поведением больного и клиническому интервью (при возможности самого больного и его представителей). Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, если таковая имеется, а также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом. Целью сбора анамнеза является получение данных о:

а) наследственной отягощенности психическими заболеваниями;

б) данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей в постнатальном периоде;

в) перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах; − об особенностях протекания возрастных кризов;

г) о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;

д) об особенностях формирования школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, включая занимаемое положение в детском коллективе, взаимоотношениях с другими детьми, педагогами, родителями и другими членами семьи; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций;

е) об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций);

ж) особенностях динамики заболевания (характере течения заболевания);

з) аккуратности выполнения родителями и близкими родственниками больного реабилитационных рекомендаций;

и) переносимости проводимой лекарственной терапии;

к) соматическом и неврологическом статусе.

Определение психического статуса является началом анализа заболевания, так как он несет в себе информацию о «прошлом и будущем заболевания» .

 Клинический осмотр врача-психиатра детского обеспечивает выявление основных симптомов РАС.

При описании психического статуса пациента оцениваются:

а) поведение больного; − уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт;

б) особенности развития крупной и тонкой моторики;

в) сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);

г) уровень знаний об окружающем мире, окружающего пациента социума;

д) у детей школьного возраста проводится оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию;

е) индивидуальное социальное поведение;

ж) особенности памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы;

з) сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования.

## **2.2 Физикальное обследование**

 Соматическое и неврологическое обследование пациента производится психиатром, направлено на выявление возможных соматоневрологических нарушений у пациента, данных, свидетельствующих о психических расстройствах и характере их течения. Общий осмотр включает расспрос о ранее перенесенных заболеваниях, истории развития настоящего заболевания. Измерение АД, РS, измерение веса. Уточнение приема лекарственных препаратов пациентом на момент осмотра и ранее.

Общий осмотр включает:

а) выявление стигм внутриутробного дисэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие);

б) выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);

в) исследование соматического состояния по органам и системам;

г) координации движений;

д) чувствительность и ее нарушения.

При неврологическом исследовании, проведенное детским неврологом обращает внимание на данные:

а) расстройства функций черепно-мозговых нервов;

б) рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

в) экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);

г) мозжечковая патология и расстройства;

д) расстройства функций вегетативной нервной системы.

Всем пациентам рекомендуются консультации педиатра, невролога, при доступности к осмотру – окулиста (если не были осмотрены указанными специалистами ранее). При наличии показаний и доступности пациента к осмотру назначаются консультации генетика, патопсихолога, сурдолога, нейропсихолога, детского гинеколога (для девочек).

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

## **2.3 Лабораторная диагностика**

Клинический анализ крови. Анализ, позволяющий оценить содержание гемоглобина в системе красной крови, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество лейкоцитов, тромбоцитов. Клинический анализ крови позволяет рассмотреть лейкограмму и скорость оседания эритроцитов (СОЭ). С помощью данного анализа можно выявить анемии (снижение гемоглобина – лейкоцитарная формула), воспалительные процессы (лейкоциты, лейкоцитарная формула) и т.д. Чаще всего проводится как один из диагностических общеклинических обследований больного.

Биохимический анализ крови (в т.ч. показатели глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы; тимоловой пробы) – для контроля фармакотерапии.

Метод лабораторной диагностики, который позволяет оценить работу внутренних органов (печень, почки, поджелудочная железа, желчный пузырь и др.), получить информацию о метаболизме (обмен липидов, белков, углеводов), выяснить потребность в микроэлементах.

Лабораторное исследование мочи, проводимое для нужд медицинской практики, как правило с диагностической целью, включает органолептическое, физико-химическое и биохимическое исследования, а также микробиологическое исследование и микроскопическое изучение мочевого осадка.

## **2.4 Инструментальная диагностика**

Рекомендуется *электроэнцефалография* всем детям с РАС для диагностической оценки активного течения болезни в гетерогенной группе РАС, для оценки динамики ЭЭГ 36 на фоне проводимой фармакотерапии, выявления косвенных признаков органического поражения ЦНС, обнаружения признаков эпиактивности и диагностики РАС. С помощью электроэнцефалографии можно обнаруживать связь определённых изменений в электрической активности мозга с клинической симптоматикой РАС, устанавливать степень их патогенетической значимости для решения вопросов диагностики, подбора терапии. Кроме того, ЭЭГ позволяет оценивать уровень зрелости и функциональной активности мозга. Метод включает регистрацию ЭЭГ от электродов, расположенных симметрично в затылочных, теменных, центральных, лобных и височных областях кожи головы над обоими полушариями мозга, а также по срединной линии в сагиттальных отведениях. В условиях бодрствования используется монополярная схема регистрации с референтными ушными электродами. Регистрирующие электроды устанавливаются по стандартной международной системе 10-20%. Общее количество электродов – 21. Допускается использование этой же схемы регистрации с уменьшенным до 16 количеством электродов. Запись ЭЭГ и дальнейший анализ осуществляются с помощью компьютерных систем, позволяющих проводить статистическую обработку полученных данных. Обработка включает спектральный анализ и ЭЭГ-картирование в диапазоне от 0.5 до 30 Гц с использованием метода быстрого преобразования Фурье. Проводится сравнение спектров мощности ЭЭГ каждого пациента с нормативной базой данных своего возраста (Z критерий).

Рекомендуется проведение *нейровизуализации* детям с РАС в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы. Однако, ввиду сложности организации проведения исследования пациентам в раннем и дошкольном возрасте с необходимостью введения наркоза в ряде случае., следует рекомендовать проведение нейровизуализации после комплексного осмотра совместно с неврологом .

## **2.5 Иная диагностика**

2.5.1 Донозологическая диагностика – скрининг

Скрининг (первичное выявление риска заболевания) риска нарушений психического развития, в том числе РАС.При необходимости проводится врачом педиатром. Скрининг проводится в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, достигших возраста 2 лет, в учреждениях первичного звена здравоохранения путем проведения анкетирования родителей (законных представителей) детей. Раннее выявление и своевременное психофармакотерапия при РАС у детей в возрасте до 36 месяцев способно приводить к положительным результатам. Проспективные когортные исследования показывают целесообразность проведения скрининговых обследований в раннем возрасте .Американская академия педиатрии (ААП) рекомендует проведение скрининга для выявления риска РАС детям в возрасте 18-24 месяцев жизни в учреждениях первичного звена здравоохранения . аналогичные тенденции в системе детского здравоохранения отмечаются в России и ряде стран мира. Рекомендуется проведение скрининга всем детям в возрасте двух лет для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в том числе РАС, в рамках профилактических медицинских осмотров в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

По результатам скринингового анкетирования родителям (законным представителям) детей попавшим в группу риска рекомендуется профилактическая консультация врача-психиатра с целью верификации состояния ребенка в соответствии с клиническими критериями МКБ-10 и/или проведение консультации по вопросам воспитания и развития ребенка .В качестве скринингового инструмента к использованию рекомендуется отечественная «скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.) [138-140] (см. Приложение Г). Анкета представляет собой перечень 38 из 35 вопросов, затрагивающих основные сферы психического и психологического развития ребенка: инстинктивно-вегетативную сферу; сенсорику; биопсихосоциальную систему «мать-дитя»; эмоции; познавательную деятельность (в том числе психомоторика и речь, а также навыки самообслуживания), социальное взаимодействие и психопатологические проявления. Психометрическое исследование анкеты показало высокую надежность и валидность: коэффициент ретестовой надежности варьирует в диапазоне 0,92-0,96 (при р временной интервал – 4-5 недель), установлена положительная корреляция (0,72, при рс коэффициентом психического развития по стандартизированной методике ГНОМ (график нервно-психического развития малыша) (Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. .Сопоставление с оценками по методике ГНОМ позволило квантифицировать уровень риска в баллах скрининговой анкеты. В России постепенно становятся популярными некоторые из зарубежных скрининговых инструментов, такие как CHAT, M-CHAT и M-CHAT-R/F и другие, сведения об адаптации и стандартизации этих методик в России отсутствуют. В сетиинтернет они зачастую представляются переводом текста методики без должного психометрического исследования и соблюдения авторских прав при рекомендации методики к широкому использованию на практике в Российской Федерации. Любой инструмент скрининга не предоставляет исчерпывающей информации о психическом развитии и психопатологических проявлениях у ребенка, поэтому не может использоваться для постановки диагноза

**Экспериментально-психологическое исследование**

* Рекомендуется проведение экспериментально-психологического исследования детей с РАС в возрасте 5-18 лет.

Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование является дополнительным методом исследования, показания к его проведению определяет лечащий врач. Патопсихологическое исследование проводится медицинским (клиническим) психологом и направлено на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и должно дать информацию об индивидуально- психологических свойствах и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и психофармакотерапевтических тактик.

Среди задач, которые стоят перед медицинским (клиническим) психологом в работе с детьми, страдающими РАС, выделяются как диагностические, так и коррекционные:

а) клинико-психологическая диагностика, включающая оценку различных сфер психической деятельности (когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационнопотребностной и т.п.). По результатам психологической диагностики проводится оценка состояния психических функций пациента, описание патопсихологического регистрсиндрома;

б) оценка динамики состояния когнитивной, эмоционально-личностной и мотивационной сфер в ходе лечения пациента;

в) разработка и проведение психокоррекционных мероприятий (индивидуальных и групповых занятий с психологом);

г) работа с родственниками пациентов с РАС.

При решении данных задач медицинский (клинический) психолог должен опираться на следующие клинико-психологические принципы:

а) ведение протокола обследования и написание заключения по его материалам;

б) использование индивидуального подхода к испытуемым в соответствии с возрастными, образовательными, социально-психологическими и иными особенностями, а также с учетом клинической картины и состояния пациента;

в) перекрестное использование дополняющих методик с целью объективизации полученных данных;

г) адаптация процедуры исследования и психокоррекции к возрастным особенностям испытуемых;

д) установление доверительного контакта по возможности с испытуемым и учет его отношения к проводимому обследованию и проводимым психокоррекционным мероприятиям;

е) сочетание качественных и количественных методов оценки отклонений в психическом состоянии с преимущественной опорой на качественный клиникопсихологический анализ;

ж) сопоставление полученных данных с нормативными данными о развитии тестируемой психологической функции;

з) системный подход в работе в команде с другими специалистами при оказании помощи пациенту.

Диагностическая и клинико-динамическая задачи при работе с пациентами больными РАС решаются посредством использования как стандартизированных психологических методик, так и с моделированием известных методик под специфику задач обследования. Материалы обследования анализируются в полном объеме, проводится оценка выполнения методик по их «широкой» и «узкой» направленности, данные сопоставляются с результатами наблюдения и анамнестическими сведениями. В зависимости от состояния пациента рекомендуется проводить обследование в несколько приемов, в том числе для решения задач динамического наблюдения. Проведению обследования должна предшествовать работа с имеющейся в наличии документацией. Также используются материалы беседы с родителями и материалы клинической беседы с пациентом. В рамках клинико-психологического обследования больных с РАС могут быть использованы как классические патопсихологические, так и нейропсихологические методики и приемы. В ряде случаев требуется количественная (психометрическая) оценка психической деятельности пациентов. Для этого используют классические тесты на IQ (детский вариант цветных прогрессивных матриц Дж. Равена для измерения невербального интеллекта, тест интеллекта Д. Векслера – оригинальный вариант WISC-IV и его отечественные модификации для детей от 5 лет до 15 лет 11 месяцев и для дошкольников от 4 до 6,5 лет .психологообразовательный тест и т.п.

 Медицинский (клинический) психолог должен провести тщательное клиникопсихологическое обследование и провести анализ нарушений психической деятельности, который предполагает системный качественный анализ деятельности испытуемого. Этот анализ включает оценку не только результата выполнения задания пациентом, но и всего процесса деятельности. Важно анализировать ошибки, допущенные пациентом, которые указывают на механизм нарушений психической функции.

Рекомендуемый список методик, которые могут использоваться для обследования ребенка с РАС по сферам:

а) исследование слухоречевого запоминания посредством методик «две группы по 3 слова», «10 слов»;

б) исследование ассоциативной памяти с помощью методики «парные ассоциации»;

в) исследование опосредованного запоминания с помощью методики «пиктограмма»;

г) исследование зрительного внимания посредством использования методик «таблицы Шульте», «тест Струпа», «корректурная проба», «совмещение признаков – методика Когана», «шифровка»; - исследование зрительного восприятия посредством методик «фигуры Липера», «идентификация формы», «фигуры Поппельрейтера»;

д) исследование мышления с помощью методик «малая предметная классификация» либо «классификация», «пересечение классов», «включение подкласса в класс», «конструирование объектов», «сравнение понятий», «вербальные ассоциации», «исключение 4-лишнего». Первые четыре методики направлены, в первую очередь, на оценку уровня сформированности операционной стороны мышления (логических операций), оставшиеся – преимущественно на анализ предметно-содержательных аспектов мышления и его избирательности;

е) исследование социальной перцепции и эмоциональной сферы проводится с помощью методик «распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов», «распознавание эмоций» и т.п. Помимо указанных методик, используются графические пробы «рисунок себя – автопортрет», «рисунок человека», «рисунок несуществующего животного» и тому подобное.

Когнитивное развитие при РАС В последние годы в мировой и отечественной научной литературе внимание исследователей обращено к когнитивным нарушениям. Ниже представлена дифференциация когнитивных патопсихологических нарушений в континууме РАС и детской шизофрении (таблица 2):

 **Таблица 2**

**Дифференциация когнитивных нарушений у детей в континууме РАС и детской шизофрении**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология | Вид когнитивного дизонтогенеза | Диссоциация психического развития  | Особенности когнитивных функций | Особенности социальной перцепции, эмпатии |
| F84.5 Синдром Аспергера | Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза | Асинхронное психическое развитие, в ряде случаев с опережением в развитии отдельных сфер | Наблюдается дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы при достаточно высоком уровне их развития, часто опережающее развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия своеобразие развития всех компонентов мышления, мелкой и крупной моторик, зрительно-двигательной координации. | Отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. |
| F84.0 Синдром Каннера | Дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза | Наличие когнитивных дефицитов во всех сферах, негрубые проявления диссоциации | Близкое к нормативному развитие восприятия. Изолированное «парциальное» развитие отдельных сфер в силу диспропорции развития межфункциональных связей. Выраженные дефициты в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций. | Выраженное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. |
| F84.02 Детский психоз (ДП) | Искаженный либо дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза | Выраженная диссоциация когнитивного развития, в ряде случаев развитие отдельных сфер может приближаться к нормативному, наряду с отставанием других сфер | Выраженная дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы, часто нормативное развитие по предметносодержательному и операционному компонентам зрительного восприятия, часто отставание по уровню развития всех компонентов мышления, мелкой и крупной моторик, зрительнодвигательной координации. | Выраженное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций, дефицитарное развитие «социального интеллекта» |
| F84.12 Атипичный детский психоз (АДП  | Выраженные проявления дефицитарного вида когнитивного дизонтогенеза, в ряде случаев (до 12%) – регрессивнодефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза | Сочетанное проявление выраженных когнитивных дефицитов и диссоциации психического развития. Иногда на первый план выступает регресс развития отдельных сфер | Выраженное отставание в развитии операционного компонента восприятия, наряду с близким нормативному развитием предметно-содержательного компонента зрительного восприятия. Выраженные дефициты в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций. | Выраженное отставание от возрастной нормы с дезинтеграцией в развитии эмпатии и социальной перцепции. Непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций, дефицитарное развитие «социального интеллекта» |
| F20.8хх3 Шизофрения детский тип | Регрессивнодефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза | Диссоциированная ретардация, регресс, наряду с грубыми нарушениями в большинстве сфер интеллектуального развития, быстрое формирование олигофреноподобного дефекта | Выраженное отставание в развитии всех компонентов восприятия, тотальный регресс в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций, дефект. | Грубое отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Регресс в развитии «социального интеллекта». |

## **Психометрические шкалы**

Наряду с классическими экспериментально-психологическими методиками необходимо использование диагностических стандартизованных шкал для квантификации уровня психического развития и психопатологических нарушений в детском возрасте. Использование таких диагностических инструментов только дополняет, но не подменяет обоснованное клиническое суждение врача-психиатра.

Рекомендуется использовать *тест Д. Векслера* (детский вариант, WISC) всем детям с РАС. Методика предназначена для оценки интеллектуального развития детей в возрасте от 5 до 16 лет. Тест Д. Векслера не рекомендуется использовать для детей, не пользующихся экспрессивной речью. Чаще используется модификация первой версии теста Векслера (1949 год, адаптированная и стандартизированная для детей от 5 до 16 лет на отечественной выборке (Панасюк, 1973) . Последняя адаптация данной версии теста была в 1991 г. (Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И., Институт практической психологии «Иматон»), которая несколько раз переиздавалась. В мире сейчас используются более усовершенствованные версии теста (WISC IV и WISC V), которые не прошли адаптацию в России. В силу данных обстоятельств используется версия теста в модификации Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеева. Тест Д. Векслера позволяет выявить вербальный, невербальный и общий интеллектуальный показатели, получить важную информацию относительно сформированных и недостаточно сформированных когнитивных навыков ребенка, включая информацию о том, действительно ли наблюдаемые различия статистически значимы.

Рекомендуется использовать *стандартизированную психодиагностическую методику* ГНОМ (график нервно-психического развития малыша) всем детям раннего возраста с РАС для оценки психического развития (от 1 месяца жизни до 3 лет включительно

ГНОМ позволяет оценить психическое развитие детей в соответствии с нормативными показателями по пяти сферам нервно-психического развития: сенсорика, моторика, эмоционально-волевая сфера, познавательная деятельность и поведение (биологическое и социальное поведение). Методика позволяет вычислить интегративный показатель КПР – коэффициента психического развития и квантифицировать результаты:

а) группа здоровья – КПР от 110 до 90 баллов;

б) группа риска – КПР 80-89 или выше 111 баллов;

в) группа нарушения развития – КПР ниже 80 баллов.

Рекомендуется использовать *«рейтинговую шкалу детского аутизма»* – CARS (Shopler E., et al., 1986) детям с РАС в возрасте от 2 до 15 лет для количественной оценки выраженности аутистической симптоматики. Рейтинговая шкала детского аутизма является диагностической и является одним из наиболее используемых стандартизированных инструментов для вторичного скрининга симптомов аутизма (проводится врачом-психиатром). Шкала основана на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях:

а) взаимоотношения с людьми;

б) имитация;

в) перцепция (зрительный контакт, реакция на слуховые раздражители, вкус, обоняние и осязание);

г) эмоциональный ответ;

д) тревожные реакции и страхи;

е) моторика, координация движений;

ж) игра (использование предметов);

з) адаптация к изменениям;

и) вербальная коммуникация;

к) невербальная коммуникация;

л) уровень активности;

м) уровень и постоянство интеллектуальных ответов;

н) общее впечатление.

Каждый из 15 параметров оценивается по 4-балльной шкале (1-4 балла), возможные итоговые суммарные оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, 30-36 баллов – легкому/умеренно выраженному аутизму, 37-60 – тяжелому. В диапазоне тяжелого аутизма в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм (42-60 баллов). Шкала применялась с научно-исследовательской целью в ряде отечественных исследований

Рекомендуется использовать «*шкалу клинической оценки детского аутизма»* –ШКОДА (Шапошникова А.Ф., 2013) детям с РАС в возрасте 6-12 лет для количественной оценки выраженности аутистической симптоматики, в том числе характерной для высокофункционального аутизма. Методика основывается на диагностических критериях рубрики F84 МКБ-10 для количественной оценки выраженности синдрома детского аутизма у детей 6- 12 лет. Шкала позволяет выявить наличие симптомов, характерных для РАС и установить их выраженность. Шкала состоит из 10 субшкал разделенных на 4 блока:

1 блок: нарушения социального взаимодействия,

2 блок: нарушения общения,

3 блок: наличие стереотипных моделей поведения,

4 блок: неспецифические дополнительные признаки.

Интерпретация результатов осуществляется по итоговой интегративной оценке:

а) до 16 баллов – признаки синдрома аутизма отсутствуют; 2

б) 6,5-20 баллов – слабая степень выраженности; 20,5-24 – умеренная степень выраженности;

в) 24,5-28 – сильная степень выраженности;

г) 28-40 баллов – тяжелая степень выраженности синдрома аутизма. Психометрическое исследование показало достаточно высокую надежность методики.

Рекомендуется использовать «*шкалу общего клинического впечатления»* (Clinical global impression scale, CGI-S Шкала состоит из 3 субшкал, отражающих оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения по 7-балльной системе и субшкалу индекса эффективности, который рассчитывается по совокупности одной из четырех степеней терапевтического эффекта (заметный, умеренный, минимальный, без изменений) и степени выраженности побочного эффекта препарата (отсутствует, незначительный, значительный, нивелирующий терапевтический эффект). Шкалу CGI используют после клинической оценки состояния больного по другим шкалам (сравнивают результаты оценки перед началом лечения и после завершения этапа или всего курса лечения). Универсальность субшкал тяжести и степени улучшения психического состояния позволяет использовать их при клинических испытаниях действия разных классов лекарственных средств

Рекомендуется использовать *«шкалу повседневного социального функционирования»,* адаптированную для применения в детском возрасте от 3-х до 16-ти лет (см. Приложение Г). При использовании данной шкалы измеряется степень затруднения в 4-х основных областях функционирования с учетом возраста ребенка:

а) способность к обучению и усвоению речевых навыков;

б) отношения с близкими и окружающими людьми;

в) самообслуживание;

г) возбуждение и агрессивное поведение.

Уровень нарушения функционирования оценивается по степени выраженности затруднений, испытываемых больным на протяжении последних 7-ми дней. На основании проведенной клинической оценки выбирают интервал, соответствующий уровню социального функционирования (в баллах). Адаптация данной шкалы для пациентов детского возраста представляет собой разработку ФГБНУ НЦПЗ РФ, основанную на «Шкале повседневного социального функционирования» (Morosini P.L. et al., 2000)

Рекомендуется использовать *«шкалу выраженности кататонических расстройств»* – BFCRS (Приложение Г) Это стандартизированный инструмент из 23 пунктов, предназначенный для диагностики и оценки тяжести состояния. При использовании BFCRS кататония может быть диагностирована при наличии двух или более пунктов из первых 17-ти. Серийные оценки кататонии полезны для детализации изменений с течением времени и для оценки изменений во время лечения в отдельных случаях и при контролируемых исследованиях.

# **3. Лечение**

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с психообразовательной и социальной работой с семьей пациента является одним из основополагающих принципов ведения больных с РАС. Высокая эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, межведомственном эстафетном взаимодействии специалистов: психиатров, неврологов, педиатров, психологов, педагогов, дефектологов и социальных работников. Чрезвычайно важным терапевтическим этапом является установление доверительного контакта в системе «врач – родитель ребенка», что повышает приверженность терапевтическим назначениям (повышает комплаентность) и положительно отражается на психологической атмосфере в семье ребенка с РАС.

Принципы терапии:

а) персонализация (индивидуальный подход);

б) партисипативность (партнерство врача, пациента и родителей);

в) предикция (предсказание на основе выявления факторов риска);

г) превентивность (снижение факторов риска);

д) комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения; отсутствие формирования зависимостей;

е) «мультимодальность» с участием в команде специалистов: врачей-психиатров, врачей-неврологов, врачей-педиатров, медицинских психологов, логопедов-дефектологов, педагогов и социальных работников.

**Методы терапии (на моделях пациентов):**

**Модель 1 –** больной СА (**F84.5)** с невыраженной специфической триадой аутистических проявлений, высоким интеллектом нуждается в проведении социальной коррекции. В редких случаях назначаются антидепрессанты в подростковом возрасте при возникновении коморбидных, маскированных психопатоподобными проявлениями, аффективных фазных расстройств.

**Модель 2** – больной классическим детским аутизмом СК (**F84.01**) со специфической триадой аутизма и без неспецифических проявлений нуждается в проведении абилитации/реабилитации, социальной коррекции в течение жизни; медикаментозная поддержка минимальная (преимущественно ноотропами) с учетом когнитивной специфики.

**Модель 3** – больной с ДП (**F84.02**) с выраженными специфическими и неспецифическими проявлениями аутизма нуждается в проведении комплексной немедикаментозной коррекции (реабилитации) и психофармакотерапии нейролептиками только в активном (остром) периоде течения болезни, в дальнейшем – в проведении социальной коррекции.

**Модель 4** – больной с АДП (**F84.12**) с выраженными неспецифическими проявлениями и специфическими аутистическими нарушениями нуждается в длительной психофармакотерапии нейролептиками, антидепрессантами, нормотимиками и др. Абилитация/реабилитация проводится изначально и на протяжении жизни, как и социальная поддержка.

**Модель 5** – больной с АА синдромальным (в т.ч. умственной отсталостью с аутистическими чертами (**F84.11**) с невыраженными аутистическими симптомами на определенном этапе течения болезни нуждается в проведении комплексной . (Клинические описания больных см. в разделе 1.6)

Абилитации/реабилитации в течение жизни, минимальной психофармакотерапевтической коррекции ноотропами, антиконвульсантами.

В случаях относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого больного РАС и окружающих тенденций у пациентов с РАС (модели 1, 2, 5), назначается преимущественно немедикаментозная коррекция в амбулаторных условиях. В случаях остроты состояния с выраженными неспецифическими кататоническими, поведенческими нарушениями, представляющими опасность для себя или окружающих, рекомендуется назначать психофармакотерапию, особенно атипичными нейролептиками, и проводить в условиях стационара, сочетая с немедикаментозной коррекцией. Дети раннего, дошкольного возраста госпитализируются совместно с матерью, по программе «мать-дитя» (модели 3, 4). В случаях средней степени тяжести состояния, а также для обеспечения преемственности в оказании помощи при переводе из стационара в амбулаторную сеть может применяться дневной полустационар, где также проводится психофармакотерапия (с учетом передвижения детей, смены обстановки назначаются препараты в минимальных дозировках), всем больным проводится абилитация/реабилитация, социальная коррекция. Рекомендуется назначение психофармакотерапии детям с РАС в целях коррекции неспецифических проявлений (с информацией по ВРП, УУР и УДД – см. табл. 3).

Этиотропной терапии для лечения ядерных симптомов аутизма: нарушения социализации и коммуникации, стереотипного поведения не существует (как и уровня убедительности рекомендаций – А). Однако, неспецифические проявления РАС (раздражительность, агрессия, расстройство приема пищи и другие влечения, возбуждение, заторможенность, нарушения сна, фобии, как и коморбидные проявления (см. раздел 1.7), нуждаются в медикаментозной коррекции. Назначение психофармакотерапии пациентам с РАС основывается на клинической (психопатологической) картине заболевания. Выбор психотропной терапии определяется наличием особенностей проявлений заболевания с учетом возможности наступления спонтанной трансформации синдромов в процессе лечения, что меняет тактику лечения и предполагает присоединение других форм и методов терапии.( при синдроме Мартина-Белл пациент получает их короткими курсами на «аутистическом» этапе течения болезни для купирования неспецифических кататонических, психопатоподобных проявлений). Выбор конкретного препарата осуществляется с учетом спектра психотропной активности препарата и возможностью возникновения нежелательных побочных эффектов. Коллегиально оценивается возможность назначения препаратов для каждого пациента. При этом учитываются противопоказания и возможные риски возникновения лекарственных взаимодействий, что также позволяет избежать полипрагмазии. Эффективность проводимой терапии оценивается на основании редукции психопатологических симптомов, что приводит к положительной динамике в состоянии больного. Значимыми показателями являются скорость развития положительной динамики состояния с наступлением или становлением терапевтической ремиссии и отсутствием нежелательных побочных явлений.

Основной группой психофармакологических средств, применяемых для лечения неспецифических проявлений при РАС в активном периоде течения болезни (модель 3), на протяжении жизни (модель 4) во многих странах являются **нейролептики**. Действие нейролептиков связывают преимущественно с блокадой D2-дофаминовых рецепторов и изменением дофаминергической нейротрансмиссии. В качестве побочных эффектов могут развиваться экстрапирамидные расстройства и гиперпролактинемия. Развитие тех или иных клинических эффектов блокады D2 рецепторов зависит от воздействия на различные дофаминергические пути в ЦНС. Угнетение нейротрансмиссии в мезолимбической системе ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области – за экстрапирамидные побочные эффекты (нейролептический псевдопаркинсонизм), а в тубероинфундибулярной зоне – за нейроэндокринные нарушения, в том числе гиперпролактинемию. Антипсихотические препараты не одинаково связываются с D2 рецепторами в разных структурах мозга. Одни вещества обладают сильным сродством и блокируют рецепторы на длительное время, другие, напротив, быстро высвобождаются из мест связывания. Если это происходит на уровне нигростриальной области и блокада D2 рецепторов не превышает 70%, то экстрапирамидные побочные эффекты (паркинсонизм, дистония, акатизия) либо не развиваются, либо выражены незначительно. Антипсихотики, обладающие антихолинергической активностью, реже вызывают экстрапирамидную симптоматику, поскольку холинергическая и дофаминергическая системы находятся в реципрокных отношениях, и блокада мускариновых рецепторов I типа приводит к активизации дофаминергической передачи. На том же механизме действия основана способность центральных антихолинергических препаратов (тригексифенидил, бипериден) корригировать нейролептические экстрапирамидные нарушения. Следует учесть, что за рубежом обычно отсутствует практика назначения корректоров экстрапирамидных расстройств с начала лечения; они назначаются только при появлении последних и периодически отменяются для проверки адаптации к лечению. Данный факт, по-видимому, может обуславливать более частое возникновение этих побочных эффектов в зарубежной практике, чем в отечественной, где корректоры назначаются сразу и непрерывно. Некоторые атипичные нейролептики в зависимости от применяемой дозы способны блокировать пресинаптические D2/3 рецепторы и парадоксально облегчать дофаминергическую нейропередачу, в том числе на корковом уровне (сульпирид). В клинике это может проявляться в виде дезингибирующего или активирующего эффекта. Атипичные нейролептики могут также блокировать 5-НТ2 серотониновые рецепторы, с чем связывают их способность уменьшать выраженность негативной симптоматики и когнитивных нарушений, поскольку серотониновые рецепторы 2 типа расположены преимущественно в коре головного мозга (особенно во фронтальных областях) и их блокада приводит к опосредованной стимуляции дофаминергической передачи. Частичные агонисты дофаминовых рецепторов (#арипипразол) нормализуют дофаминовую нейропередачу, уменьшая ее при гиперфункции D2 рецепторов и увеличивая – при гипофункции. Недавний Кокрановский обзор применения арипипразола при РАС показал, что по данным двух РКИ предполагается, что он эффективен в качестве краткосрочного лекарственного средства для снятия «раздражительности» при аутизме. В настоящее время имеются существенные возрастные ограничения при назначении нейролептиков. При лечении психических заболеваний, включая РАС, для выбора препарата следует руководствоваться современными и научно-обоснованными достижениями в области фармакологии, в соответствии с законами РФ и инструкциями к препаратам. Дифференцированный подход к назначению антипсихотиков осуществляется с учетом возраста, веса, соматического состояния больного с РАС и наличия психопатологической симптоматики, определяющей клиническую картину заболевания. Учитывается возможность индивидуальной непереносимости препаратов, риски возникновения побочных действий. Эффективность проводимой терапии оценивается на основании редукции клинических проявлений, становления терапевтической ремиссии. Основными показателями является безопасность проводимой терапии и купирование психопатологической симптоматики. Дозу нейролептика обычно назначают минимальную и повышают постепенно, при наличии показаний, до достижения терапевтического результата. При возникновении побочных явлений проводимая терапия корригируется. Необходимая доза препарата подбирается индивидуально эмпирическим путем. Вначале вводят минимально тестовую дозу и при отсутствии в течение 2 часов аллергических или других реакций (повышение температуры тела, острые дискинезии) дозу, при необходимости, постепенно увеличивают. В зависимости от тяжести заболевания, как правило, антипсихотический эффект развивается не ранее, чем через 2 недели от момента назначения терапии. Используют поочередное введение в схему препаратов, необходимых для купирования болезненного состояния. **Диазепины, бензамиды**, другие **антипсихотические средства**, с одной стороны, с «мягким действием» на экстрапирамидную систему, с другой стороны, вызывают осложнения со стороны эндокринной и сердечно-сосудистой системы . Разрешенные к применению в детском возрасте **антидепрессанты** включают: амитриптилин и cелективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флувоксамин, сертралин. Последние не эффективны для купирования повторяющегося поведения у детей с РАС и, фактически, часто вызывают активацию нежелательных явлений. Наиболее частой ошибкой при лечении РАС является назначение исключительно нейрометаболической терапии и ноотропов детям и подросткам с РАС, что может вызвать побочные и парадоксальные эффекты с углублением неспецифической продуктивной симптоматики. С осторожностью следует относиться к назначению препаратов с психостимулирующей активностью. Но для преодоления когнитивных нарушений при непсихотических формах РАС (модели 2, 5), показаны к назначению ноотропные препараты, параллельно с интенсивной абилитацией.

В табл. 3 перечислены лекарственные средства, рекомендуемые при РАС у детей и подростков

**Таблица 3**

**Рекомендуемая психофармакотерапия при РАС у детей и подростков**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Класс** | **Наименование** | **Возраст разрешенного применения** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности рекомендаций** |
| Алифатические производные фенотиазина | Левомепромазин | С 12 лет | В | 2 |
| Хлорпромазин | С 3 лет – 12 лет таблетки. Р-р для в/м применения с 6 мес | В | 2 |
| Пиперазиновые производные фенотиазина | Перфеназин | С 12 лет | В | 4 |
| Трифлуоперазин | С 3 лет с осторожностью | В | 3 |
| Пиперидиновые производные фенотиазина | Перициазин | С 3 лет – капли | В | 3 |
| Производные бутирофенона | Галоперидол | С 3 лет | В | 2 |
| Диазепины, оксазепины, тиазепины оксепины | Клозапин | С 5 лет | В | 2 |
| Бензамиды | Сульпирид | С 6 лет – капсулы | В | 3 |
| Другие антипсихотические средства | Арипипразол | С 18 лет в России, с 6 лет по FDA (не более 6 недель) | В | 2 |
| Рисперидон | С 5-лет – капли | В | 2 |
| Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов | Амитриптилин | С 6 лет | В | 2 |
| Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина | Сертралин | С 6 лет (ОКР), с 18 лет (депрессии) | В | 2 |
| Флувоксамин | С 8 лет (ОКР), с 18 лет (депрессии) | В | 2 |
| Производные фенотиазина | Алимемазин | С 7 лет | В | 3 |
| Психостимуляторы и ноотропные препараты другие | Гопантеновая кислота | С 1 года | В | 3 |
| Производные жирных кислот | Вальпроевая кислота | С 3 лет | В | 3 |
| Аминокислоты и их производные | Левокарнитин | С 1 года | В | 3 |
| Третичные амины | Тригексифенидил | С 12 лет | В | 3 |
| Бипериден | С 1 года | В | 2 |

При разработке дизайна клинических исследований, проблемой является генетическая и нейробиологическая гетерогенность, наблюдаемая при РАС, что означает малую вероятность того, что одно лекарство будет эффективным для всех пациентов. В настоящее время проводится разработка генетических, метаболических, иммунных и других биомаркеров для индивидуального подбора терапии при разных видах РАС (European Autism Interventions – Longitudinal European Autism Project). На сегодняшний день не существует независимо подтвержденного биомаркера для стратификации пациентов, и в исследованиях редко предпринимаются попытки включить биомаркеры, которые могли бы обеспечить стратификацию, т.о. в значительной степени неизвестно, есть ли подгруппы, которые показали лучший или худший ответ в прошлых РКИ. В РФ разработаны дополнительные клиникобиологические подходы к назначению персонализированной терапии у больных с РАС (см. Табл. 4). Предложен новый протокол диагностики (дополнительно к клинической) РАС, согласно которому диагностические и лечебные мероприятия основаны на оценке активности патологического процесса при РАС с применением набора биомаркёров, включая ЭЭГ и анализы крови. В протокол включены следующие иммунологические показатели: энзиматическая активность лейкоцитарной эластазы (LE), активность альфа1-протеиназного ингибитора (альфа1-PI), а также уровень аутоантител к нейроспецифическим белкам S-100 бета и основному белку миелина (ОБМ). Биологическая роль LE и её вклад в патологию мозга описана в обзоре. Альфа1-PI контролирует протеолитическую активность LE и других протеиназ, а также ограничивает очаг воспаления и деструкции. Определенный уровень аутоантител к белковым антигенам S-100 и ОБМ в сыворотке крови характерен для каждого возрастного диапазона, может изменяться при различных расстройствах и свидетельствуют об изменении активности приобретённого иммунитета Нейроиммунологические маркёры сертифицированы и запатентованы. Клинические оценки базируются на психометрических шкалах: CARS (Schopler E., 2010) и BFCRS (Bush G., 1996) для оценки тяжести аутизма и кататонии (таблица 4):

 **Таблица 4**

**Клинико-биологические подходы к назначению персонализированной терапии**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Типы РАС по МКБ-10 | Уровни тяжести аутизма по CARS (в баллах) | Тяжесть кататонии по BFCRS (в баллах) | Показатели иммунитета | Показатели ЭЭГ (спектральная мощность) | Терапия, межведомственное сопровождение |
| Врожденного | Приобретён- ного | Альфа-ритм | Бета-ритм | Тета-ритм |
| F84.5 Синдром Аспергера | легкий/умеренный 32-36 | N | N | N | N | N | N | Психосоциальная поддержка |
| F84.01 Cиндром Каннера | Тяжелый аутизм 37-45 | умеренные кататонические симптомы 25-35 | N | N | ↓, ↓↓ | N | N | Ноотропы; абилитация/реабилитация; социальное сопровождение |
| F84.02 Детский психоз | Тяжелый аутизм 40-46 | Тяжелая кататония (гиперкинетическая) более 36 | ↑, ↑↑ | N | N | ↑, ↑↑ | N | Нейролептики только в активном (остром) периоде болезни; психосоциальная поддержка |
| F84.11 АА синдромальный (в т.ч. умственная отсталость с аутистическими чертами) | Тяжелый аутизм 37-40 | Тяжелая кататония (гипер- и гипокинетические формы) 36-38 | N | N | ↓↓, ↓↓ ↓ | N | ↑↑↑ | Ноотропы, антиконвульсанты; абилитация/реабилитация; психосоциальносопровождение |
| F84.12 Атипичный детский психоз | Тяжелый аутизм 45-60 | Тяжелая кататония (гипер- и гипокинетические формы) 36-38 | ↑↑, ↑↑↑ | ↑↑ | ↓↓ | ↑↑ | ↑↑ | Нейролептики в течение жизни; абилитация/реабилитация; социальное сопровождение на протяжении жизни |

# **4. Реабилитация**

Абилитация/реабилитация – система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни. Под абилитацией понимается совокупность мероприятий, применяемых для становления и развития физического, личностного и социального статуса пациентов при врожденных и приобретенных в раннем детстве патологических состояний, то реабилитация – совокупность мероприятий восстановления (возвращения к исходному состоянию) физического, личностного и социального статуса при заболеваниях, возникших у пациентов остальных возрастных групп. Построение межведомственного абилитационного (реабилитационного) маршрута должно основываться на системном подходе и межведомственном взаимодействии. Реабилитационные мероприятия пациентов с РАС должны включать, помимо психотерапии, стимуляцию физической и социальной активности, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за ребенком с РАС. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психообразовательная работа с родственниками больных, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. Необходимо создание благоприятного климата в семье, правильный выбор формы, вида обучения и рода занятий. Реабилитация не может ограничиваться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо комплексное психолого-медико-социальное сопровождение ребенка с РАС вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с социальной работой с семьей пациента является одним из основополагающих принципов ведения больных с РАС. Высокая эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, эстафетном (межведомственном) взаимодействии психиатров, неврологов, педиатров, психологов, педагогов, дефектологов и социальных работников. Психотерапевтическая и психокоррекционная помощь является обязательной составляющей абилитации/реабилитации больных с РАС, так как направлена на формирование навыков социального взаимодействия и адаптации. Выбор реабилитационных методик, осуществляемых в отношении пациентов с РАС, зависит от совокупности исходных диагностических показателей: клинического диагноза (нозологически-ориентированные техники), типа психической дезадаптации и обусловленных им мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы (таргетно-ориентированные техники), ситуации в которой находится больной (ситуационно-ориентированные техники), актуальных профилактических задач (профилактические техники). Несомненным достоинством психотерапевтических и коррекционных техник является их высокая пластичность, приспособляемость под различные условия работы и особенности пациента. Все меньше становится роль отдельных, изолированных методов психотерапии, наблюдается интеграция отдельных методик в комплексы, если они принципиально не противоречат друг другу. Психотерапевтическая и психореабилитационная помощь выполняют разноуровневые задачи, начиная с развития личности самих пациентов, их социализации, и заканчивая работой с родственниками. Большая часть реабилитационной и психокоррекционной работы находится в компетенции медицинского (клинического) психолога, а непосредственно психотерапевтическая работа, как наиболее ответственный этап – в компетенции врача-психотерапевта. Одна из основных ролей в лечении детей с РАС с целью максимальной социализации отводится психолого-педагогической коррекции. Проводимые мероприятия заключаются в направлении ребенка в специализированные дошкольные и школьные учреждения (инклюзивное обучение, ресурсные классы и т.п.) с возможностью образования его по программе, доступной его интеллектуальному уровню, обучение жизненным и трудовым навыкам, выработка умения общаться с другими детьми и взрослыми. Поэтому значимо введение в штатное расписание специалиста педагогапсихолога. Полноценная работа требует, чтобы медицинский (клинический) психолог владел большим арсеналом диагностических средств, дополняющих и взаимозаменяющих друг друга. Прежде чем приступить к психокоррекционной работе, специалист – клинический (медицинский) психолог должен провести тщательное клинико-психологическое обследование и провести анализ нарушений психической деятельности, который предполагает системный качественный анализ деятельности испытуемого. Этот анализ включает оценку не только результата выполнения задания пациентом, но и всего процесса деятельности. Важно анализировать ошибки, допущенные пациентом, которые указывают на механизм нарушений психических функций. При разработке индивидуальной психокоррекционной программы для детей с РАС необходимо опираться на сохранные психические функции (сохранные формы вербальной и невербальной деятельности пациента). Занятия обязательно должны включать собственную деятельность пациента (как вербальную, так и невербальную) и проводиться с учетом опыта жизни и деятельности пациента, его мотивации. Большое значение имеют устойчивые эмоционально-личностные особенности ребенка, структура познавательной деятельности и навыки, наличие или отсутствие стратегий регуляции поведения, особенности когнитивного функционирования. Контроль может осуществляться в процессе деятельности, а также по окончании выполнения заданий. Самостоятельный контроль у больных РАС снижен, поэтому важно введение внешнего контроля со стороны специалиста (врача, клинического психолога, педагога). Включаются задания на хорошо упроченные, автоматизированные виды деятельности и произвольный уровень реализации психической деятельности. Работа строится «от простого к сложному», применительно к каждому пациенту, так как степень сложности задания зависит от возможностей пациента. Только в случае проведения регулярных психолого-педагогических коррекционных занятий и соблюдения рекомендации лечащего врача-психиатра в рамках междисциплинарного взаимодействия может быть достигнут положительный результат. Рекомендуется использование психолого-педагогических методик, основанных на поведенческом (бихевиоральном) подходе, в целях коррекции познавательного развития, а также коррекции дезадаптивного или нежелательного поведения и выработке навыков бытового и коммуникативного взаимодействия у детей с РАС. Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 3). Комментарии: Приоритетными считаются работы российских физиологов И.П. Павлова и И.М. Сеченова, заложивших основы поведенческой психологии и психотерапии во всем мире. Поведенческие приемы на протяжении многих десятилетий используются в отечественной специальной психологии и педагогике, например, при организации дефектологических занятий с детьми. Уникальным отечественным достоянием является дефектология (коррекционная педагогика), которая занимается непосредственным изучением проблемы обучения и воспитания детей с различными нарушениями психофизического развития и нарушениями эмоционально-волевой сферы, с детьми, имеющими сложную структуру дефекта (по Л.С. Выготскому) . Принципы поведенческой терапии активно используются в практической дефектологической работе с детьми с РАС . К данной группе методик относятся не только отечественные психологопедагогические (дефектологические) коррекционные подходы, но и зарубежные методики – «Прикладной анализ поведения», ABA-терапия или метод И. Ловааса, а также ТЕАССН-программа, РЕСS и другие методики. В методологии ABA-терапии любое поведение человека анализируется с точки зрения причин его возникновения и выявления функций, поддерживающих данное поведение. Затем, с помощью специально подобранной системы стимулов-подкрепителей, закрепляются положительные формы поведения и, соответственно, ослабляются негативные проявления поведения. Выполнение каждого действия отрабатывается с помощью системы поощрений и наказаний, а отработанные действия соединяются в цепь, и, таким образом, формируется определенный навык. На практике большинство АВА-программ представляют собой разнообразные сочетания естественного подхода и директивных техник. Отдельные приемы АВА-терапии могут быть эффективны в случаях детей с глубоким аутизмом, особенно с подростками и взрослыми при сочетании аутизма и УМО, для выработки конкретных навыков, например, простых навыков самообслуживания. Существенным недостатком АВА-терапии является проблема переноса выученного в жестко структурированных условиях навыка в другие условия, в другую. Следует учесть тот факт, что методика АВА-терапии является одной из самых дорогостоящих методик в мире. Так, по оценкам американских исследователей, работа с одним ребенком требует затрат до 3,2 миллиона долларов (в ценах 2003 года). Расходы на реабилитацию в подавляющем большинстве случаев ложатся на плечи родителей или финансируются за счет грантов благотворительных организаций. Если у ребенка отсутствует собственная речь, первостепенной задачей становится овладение средством коммуникации. Таким средством может быть устная речь, а также жесты или другие альтернативные способы. Удобной и хорошо зарекомендовавшей себя является система альтернативной коммуникации с помощью карточек PECS. Овладев этой системой, дети с РАС могут перейти на использование специальных коммуникаторов, которые работают на том же принципе общения, но с помощью изображений. PECS рекомендуется в качестве доказательного вмешательства для улучшения функциональных коммуникативных навыков людей с РАС. Однако, в одном из обзоров коррекционных программ для детей с РАС показано, что использование PECS приводит к кратковременным улучшениям усвоения слов, но эффекты не сохраняется во времени, По другим данным PECS не всегда приводит к положительным результатам для детей с РАС. Данная программа, по-видимому, оказывает наиболее благоприятное воздействие на детей младшего возраста с тяжелыми формами АА. При ДА – чаще тормозит развитие собственной речи. PECS лучше использовать в качестве методики на начальных этапах обучения коммуникации, как часть мультимодальной системы, когда коммуникация изображениями более социально приемлема .. Главной целью комплексной коррекционной работы ТЕАССН-программы является улучшение социальной адаптации детей дошкольного возраста. Смысл TEACCH-терапии как поведенческого метода заключается в помощи установления ассоциативных связей между собственными действиями и результатами этих действий. Желаемый результат достигается путем обучения ребенка с РАС различным социально-бытовым навыкам с помощью регулярной отработки их отдельных элементов. В рамках данной программы обучение речи считается целесообразным только при IQ>50% и не расценивается как обязательное, также как и обучение академическим и профессиональным навыкам. Идеальным считается развитие и жизнь ребенка только в семье, так как именно семья считается «естественной средой существования» для аутичного ребенка. Рекомендуется методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции, основанной на эмоционально-смысловом подходе к аутизму, как к расстройству с нарушением аффективной сферы (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др.). Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2). Комментарии: эмоционально-смысловой подход к абилитации/реабилитации детей с РАС многие годы разрабатывается в Институте коррекционной педагогики Российской академии образования. Этот подход направлен на развитие эмоциональных отношений с близкими, как необходимое условие успешной интеграции ребенка с РАС в социум. Коррекция аффективной сферы ребенка с РАС основана на эмоциональном тонизировании ребенка значимым взрослым, который вовлекает его в совместно разделенное переживание происходящего и помогает ему сформировать индивидуальный аффективный опыт как основу развития активных и дифференцированных отношений со средой и окружающими людьми. Рекомендуется комплекс сенсомоторных упражнений для детей с РАС (Т.Г. Горячева, Ю.В. Никитина) [238]. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4). Комментарий: сенсомоторная коррекция представляет собой комплекс двигательных упражнений – дыхательных, локомоторных, глазодвигательных и других, составленный по определенному принципу и направленный на нормализацию мозговой деятельности ребенка с РАС (cм. приложение А4). Авторы отмечают, что в основе метода сенсомоторной коррекции лежит представление о том, что «воздействие на базовый сенсомоторный уровень развития активизирует развитие всех высших психических функций». Данный метод разработан в первую очередь для детей с РАС и основывается на положения Л.С. Выготского о культурно-историческом опосредовании развития психики. Он обосновывает специфику коррекционной работы с опорой на сохранные звенья психики через построение новых систем (по А.Р. Лурия, Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной) с учетом представления А.В. Семенович о замещающем онтогенезе. Использование специально адаптированных нейропсихологических методов при коррекции речи у аутичных детей позволит сделать работу с ними более эффективной. Рекомендовано применение методики по формированию навыков речевой коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра (А.В. Хаустов, 2010). Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3). Комментарии: формирование коммуникативных навыков – одно из ведущих направлений психолого-педагогической коррекции у детей с РАС. Методика А.В. Хаустова направлена на формирование следующих коммуникативных навыков у детей с РАС: умений выражать просьбы/требования; социальную ответную реакцию; умений называть, комментировать и описывать предметы, людей, действия, события; привлекать внимание и задавать вопросы, а также позволяет оценить коммуникативные навыки и определить цели обучения. Данная методика может дополняться и углубляться методологией других смежных коррекционных подходов. Рекомендуется игротерапия, использование игр с правилами для установления сотрудничества и преодоления импульсивности в работе с детьми с РАС. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств –4) Комментарии: Игра является ведущим видом деятельности у детей дошкольного возраста, она формируется под влиянием социальных условий жизни и воспитания ребенка. Игровая детальность вызывает качественные изменения в психическом, интеллектуальном, эмоционально-волевом, нравственном развитии и становлении личности в целом, что показано в исследованиях Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина. Особенности игровой деятельности имеют большое значение в диагностике и коррекции нарушений психического развития. Игра провоцирует развитие подражания, речи и непроизвольного внимания. Существуют коррекционные программы для развития социальной направленности, интереса к общению и социальным оценкам у детей-аутистов через привлечение их к групповым играм с правилами. Не рекомендуется использования методики холдинг-терапии (англ. Holding Therapy) для детей с РАС. Комментарии: Холдинг-терапия (от англ. “hold” – держать) ранее широко используемая методика, разработана американским специалистом М. Welch в 80-е годы прошлого столетия, для лечения детей с аутизмом. Методика заключается в крепком удерживании ребенка матерью (или лицом ее замещающим) с целью установления зрительного и речевого контакта для восстановления нарушенного эмоционального контакта между матерью и ребенком-аутистом. По мнению отечественных исследователей, холдинг-терапия оказывает исключительно стрессовое воздействие на ребенка, а отнюдь не обучает и не развивает эмоциональные реакции и социальное взаимодействие с окружающим миром. В нашей стране холдинг-терапия применялась как в классическом, так и в модифицированном варианте, как для лечения аутизма, так и для реабилитации детей с отклонениями в поведении, усыновленных детей-сирот, однако широкого распространения не получила. Стоит отметить, что М. Welch в 2012 г. публикует заявление о неэффективности холдинг-терапии в отношении лечения аутизма и создает новый метод, основанный на холдинге, для лечения реактивного расстройства привязанности у детей (“prolonged parent-child embrace”, PPCE). Данная методика помимо слабого эмпирического обоснования, включает в себя элементы жестокости по отношению к детям, подвергается научной критике за рубежом и в России, а также отнесена к методикам, способным причинить потенциальный вред здоровью ребенка В докладе Американского профессионального сообщества по жестокому обращению с детьми (American professional society on the abuse of children’s), который был поддержан Американской психологической ассоциацией (American psychological association), отмечается спорное отношение к разновидностям подобных техник, связывая их с вредными последствиями для здоровья детей, вплоть до смертельных случаев .

# **5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

Профилактика является приоритетным направлением здравоохранении. Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление и установление причин, условий возникновения и развития, а также разработки методов, направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Рекомендуется: проведение профилактических мероприятий с детьми с РАС. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3) Комментарии Первичная профилактика психических расстройств направленная на выявление риска возникновения нарушений психического развития путем анкетирования родителей, способствует выявлению риска возможного развития заболевания, раннего начала заболевания и своевременному назначению профилактических и лечебноабилитационных мероприятий. Лица, имеющие определенные стигмы в психическом статусе и особенностях развития, уязвимы к повреждающему действию различных факторов внешней среды. Согласно современным представлениям, сочетанное воздействие неблагоприятных внутренних и внешних факторов может способствовать раннему развитию заболевания. Меры первичной профилактики позволяют минимизировать экзогенные психосоциальные стрессовые воздействия, способствующие раннему проявлению нарушений психического развития. Родителям, воспитывающим детей из группы риска возникновения НПР, в т.ч. из группы РАС, рекомендуется устранение неблагоприятно действующих психосоциальных факторов, коррекция родительской стратегии воспитания, семейное консультирование по вопросам развития и воспитания детей в рамках консультации клинического (медицинского) психолога. Вторичная профилактика РАС предполагает значимость ранней диагностики и своевременных мер терапевтического (медикаментозного и немедикаментозного) вмешательства для остановки активного периода течения болезни и дальнейшей социализации и восстановления психических функций за счет положительных тенденций онтогенеза в детском возрасте и коррекционного (психолого-педагогического) вмешательства, что должно способствовать предотвращению формирования дефекта (личностного и когнитивного). В этом случае необходимо эстафетное взаимодействие врача-психиатра с другими специалистами: клиническим (медицинским) психологом, педагогом-психологом, дефектологом, логопедом. Затем определяется комплекс необходимых мероприятий третичной профилактики, задачами которой является решение вопросов социальной защиты (социальной поддержки и социального обслуживания), определение маршрута реабилитации и социальной адаптации, определение профиля обучения, межведомственное взаимодействие (совместно с ПМПК, БМСЭ). Рекомендуется диспансерное наблюдение врача-психиатра детского участкового не реже 1 раза в год всем детям с установленным диагнозом РАС с целью своевременного контроля за психическим состоянием. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 5). Комментарии: основными регулирующими документами являются Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями) . Рекомендуется консультация клинического (медицинского) психолога с целью диагностики динамики познавательного развития и его коррекции, а также проведения психообразовательной (психопросветительской) работы с целью информирования родителей (законных представителей) и членов семьи о заболевании ребенка, способах и методах лечения, коррекции и реабилитации детей с РАС, и повышения приверженности к лечению (комплаентности). Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5). Комментарий: диагностика динамики познавательного развития и его коррекция проводятся в индивидуальной форме с использованием экспериментально психологических методик, а также стандартизированных психодиагностических шкал. Психообразовательная (психопросветительская) работа с родственниками пациента с РАС может проводиться как в индивидуальной, так и групповой форме клиническим (медицинским) психологом и / или врачом-психиатром (см. приложение В.)

# **6. Организация медицинской помощи**

Показания для диспансерного наблюдения и госпитализации в медицинскую организацию

1. Первичная верификация диагноза, определение маршрута ведения осуществляется врачом-психиатром детским амбулаторно (форма 1)

2. В случаях относительно упорядоченного поведения и отсутствия опасных для самого больного и окружающих тенденций психические нарушения купируются при диспансерном наблюдении (форма 2)

3. В случаях выраженности неспецифических кататонических и других проявлений остроты состояния, нарушения социально приемлемых форм поведения, а также в случае опасности для себя или окружающих, в целях подбора психофармакологического лечения, больные нуждаются в лечении в условиях стационара (дети раннего возраста госпитализируются совместно с матерью, по программе «мать-дитя») (форма 3);Что еше раз ставит остро вопрос об открытие детского психического стационара

4. В случаях средней степени тяжести (остроты) состояния, а также для обеспечения преемственности в оказании помощи при переводе из стационара в амбулаторную сеть применяется дневной полустационар (форма 4)

 Показания к выписке пациента из медицинской организации:

 Выписку пациентов из стационара или полустационара рекомендовано осуществлять после успешного завершения подбора психофармакологического лечения и нормализации психического состояния. Абилитация/реабилитация, проводимая во время пребывания пациента в стационаре и дневном полустационаре (психологопедагогические, дефектологические занятия, психообразовательная работа с родителями и ближайшим окружением ребенка), описанная в. главе 4 «Медицинская реабилитация» и главе 5 «Профилактика и диспансерное наблюдение»), должна быть продолжена в амбулаторных условиях. Комментарий: В стационаре и дневном стационаре (форма 3 и 4) осмотр врача-психиатра детского проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня; в амбулаторных условиях – 1 раз в 10 дней. В амбулаторных (диспансер, районная поликлиника) условиях (форма 2) повторный прием врача-психиатра детского проводится для окончательной дифференциальной диагностики РАС, определения и оценки динамики психического состояния, а также контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий. Особое внимание уделяется наличию сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменению психического состояния больного после проведенной терапии, а также отношения родителей (или опекунов) пациента к ней и соблюдению предписанного режима лечения. На протяжении всего наблюдения проводится контроль возможности развития побочных эффектов.

# **Критерии оценки качества медицинской помощи**

 Эффективность проводимой терапии оценивается на основании положительной динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрое развитие и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные клинического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений. Дополнительными критериями служат результаты экспериментальнопсихологического исследования в динамике больного РАС ребенка или подростка, ориентированные на анализ познавательной деятельности пациента, внимания, мышления. Эффективность купирования осложняющей симптоматики в мире оценивают по шкале общего клинического впечатления – Clinical Global Impression (CGI, National Institute of Mental Health Maryland, 1976) (смотри приложение Г). Критерии оценки качества помощи приведены в таблице 5:

 **Таблица 5**

 **Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности рекомендаций** |
| 1 | Проведен скрининг (анкетирование) всех детей в возрасте двух лет для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в т.ч. РАС, в рамках профилактических медицинских осмотров в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь | 2 | А |
| 2 | Проведен прием (осмотр, консультация) врачапсихиатра детского всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития, в том числе РАС, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза. | 2 | В |
| 3 | Выполнена электроэнцефалография всем детям с РАС для диагностической оценки активного течения болезни, выявления косвенных признаков органического поражения ЦНС, обнаружения признаков эпиактивности и диагностики РАС. | 3 | В |
| 4 | Выполнена нейровизуализация детям с РАС в случаях подозрения на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание ЦНС. | 3 | С |
| 5 | Проведено экспериментальнопсихологическое исследования всех детей с РАС. | 3 | В |
| 6 | Проведена психофармакотерапия детям при РАС в целях коррекции поведенческих и других неспецифических расстройств. | 2,3,4 | В |
| 7 | Выполнены профилактические мероприятия с детьми с РАС. | 3 | В |
| 8 | Проведено диспансерное наблюдение участковым врачом-психиатром детским с целью своевременного контроля за психическим состоянием. | 5 | В |
| 9 | Проведена консультация клинического (медицинского) психолога с целью диагностики динамики познавательного развития и его коррекции, а также проведения психообразовательной (психопросветительской) работы | 5 | С |

# **Список литературы**

 1. Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled “Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter” by Dr. G.E. Ssucharewa; scientific assistant, which appeared in 1926 in the Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 60:235- 261 // European Child & Adolescent Psychiatry. – 1996. – №5. – P. 119-132.

2. Симашкова Н. В. Рецензия – ответ на разбор случая Королевского медицинского общества. «Пропущенный диагноз – утраченная жизнь» // Современная терапия в психиатрии и неврологии (научно-практический журнал). – 2012. – №1. – С. 32-34

. 3. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // The Nervous Child. – 1943. – №2 (3). – P. 217-250

. 4. Kanner L. Problem of nosology and psychodynamics of early infantile autism // American Journal of Orthopsychiatry. 1949. – № 19 (3). – P. 415-420

5. Rutter M. Concepts of autism: A review of research // Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. – 1968. – № 9(1). P. 1–25.

6. Wing L. The continuum of autistic characteristics. In: E. Schopler and G. B. Mesibov (Eds.), Diagnosis and Assessment in Autism. – New York, NY: Plenum Press. – 1988, P. 91-110.

 7. Shorter E., Wachtel L.E. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an ‘iron triangle’? // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2013. – 128 (1). – 21-33.

8. Gilman S.R., Chang J., Xu B., et al. Diverse types of genetic variation converge on functional gene networks involved in schizophrenia // Nature Neuroscience. – 2012. – 15 (12). – 1723-1728.

9. Nivard M. G., Gage S.H., Hottenga J.J. et al. Genetic Overlap between Schizophrenia and Developmental Psychopathology: Longitudinal and Multivariate Polygenic Risk Prediction of Common Psychiatric Traits during Development // Schizophrenia Bulletin. – 2017. – 43 (6). – P. 1197-1207.

10. Owen M.J., O'Donovan M.C. Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum:evidence from genomics // World Psychiatry. – 2017 – 16 (3). – P. 227-235.

11. Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P. Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches. // Journal Autism and Developmental Disorders. – 2019. – Vol. 49 (9). – Р. 3906-3914. 76

12. Симашкова Н.В., Клюшник Т.П. Расстройства аутистического спектра. В кн.: Расстройства аутистического спектра у детей / под ред. Н. В. Симашковой. – М.: Авторская академия, 2013. – С. 13-38.

 13. Мукаетова-Ладинска Е.Б., Симашкова Н.В., Мукаетова М.С., Иванов М.В., Бокша И.С. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – 118 (12). – C. 92-99.

14. Le Couteur A., Rutter M., Lord C. et al. Autism diagnostic interview: a standardized investigator-based instrument // Journal Autism and Developmental Disorders. – 1989. – Vol. 19 (3). – P. 363-387.

15. Constantino J.N., Todd R.D. Genetic epidemiology of pervasive developmental disorders. In: J.J. Hudziac (Ed.), Developmental psychopatholgy and wellness: Genetic and environmental influences. American Psychiatric Publishing, Inc: Arlington, 2008.

16. Freitag, C. M. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature // Molecular psychiatry. – 2007, Jan. – Vol. 12 (1). – P. 2-22. 17. Lichtenstein, P., Carlstrom, E., Rastam et al. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood // American Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 167 (11). – P. 1357-1363.

 18. Owen M.J., O'Donovan M.C., Thapar A., Craddock N. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia // British Journal of Psychiatry. – 2011. – 198 (3). – P. 173-175.

 19. Скворцов И. А., Ермоленко И. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 368 с.

20. Piven J., Gayle J., Chase G., Fink В. еt al. A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals // Journal of the American Academy of Child Psychiatry. – 1990. – Vol. 29 (2). – P. 177-183.

21. Zilbovicius M. et al. Temporal lobe dysfunction in childhood autism: a PET study. Positron emission tomography // American Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 157 (12). – P. 1988-1993.

 22. Бокша И.С. Биохимические аномалии при аутизме // Аутизм и нарушения развития. – 2005. – Том 3 (2). – С. 1-24.

23. Lelord G. et al. Childhood autism: a relating deficiency due to a developmental disorder of the central nervous system // Bull. Acad. Natl Med. – 1993. – Vol. 177 (8). – P. 1423-1430. 77

 24. Hranilovic D. et al. Hyperserotonemia in autism: activity of 5HT-associated platelet proteins // Journal of Neural Transmission (Vienna) – 2009. – Vol. 116 (4). – P. 493-501.

25. Javitt D. C. et al. Translating glutamate: from pathophysiology to treatment // Science Translational Medicine. – 2011. – Vol. 28; 3 (102), 102mr2.

 26. Chauhan A., Chauhan V. Oxidative stress in autism // Pathophysiology. – 2006. – Vol. 13 (3). – P. 171-181.

 27. Иллариошкин С. Н. Конформационные болезни мозга. М.: Янус-К, 2003. – 248 с. 28. Ключников М. С., Самойлов А. С. Энерготропные препараты в терапии когнитивных нарушений при психических расстройствах // Эффективная фармотерапия. Педиатрия. – 2013. –5 (50). – С. 12-17

29. Frye R. E., Rossignol D. A. Mitochondrial dysfunction can connect the diverse medical symptoms associated with autism spectrum disorders // Pediatric Research. – 2011, May. – Vol. 69 (5 Pt 2). – P. 41R-47R.

30. Пороховник Л. Н., Ляпунова Н. А., Козловская Г. В. и др. Рибосомные гены как фактор, моделирующий развитие аутизма и шизофрении // Современная терапия в психиатрии и неврологии (научно-практический журнал). – 2015. – №1. – С. 41-47.

31. Вартанян М. Е., Коляскина Г. И. Точка зрения психиатра на нейроиммуномодуляцию: нейроиммунное взаимодействие и его механизмы // Биологическая психиатрия. – М.: РМ-Вести, 1999. – С. 323-331.

 32. Щербакова И. В., Краснолобова С. А., Хачатрян Л. Г., Лидеман P. P. и др. Иммунный статус детей с нарушениями психомоторного развития // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 6. – С. 43-46.

 33. Клюшник Т. П., Андросова Л. В., Симашкова Н. В., Зозуля С. А., Отман И. Н. и др. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Том 111 (8). – С. 41-45.

34. Torres A. R., Sweeten T. L., Cutler A., Bedke B. J. et al. The association and linkage of the HLA-a2 class I allele with autism // Human Immunology. – 2006. – Vol. 67 (4-5) – P. 346-351. 35. Johnson W. G., Buyske S., Mars A. E., Sreenath M. et al. HLA-DR4 as a risk allele for autism acting in mothers of probands possibly during pregnancy // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. – 2009. – Vol. 163 (6). – P. 542-546

36. Braunschweig D., Krakowiak P., Duncanson P. et al. Autism-specific maternal autoantibodies recognize critical proteins in developing brain // Translational Psychiatry. – 2013. – Vol. 3 (7). – P. 277.

37. Croen L. A., Braunschweig D., Haapanen L., Yoshida C. K. et al. Maternal midpregnancy autoantibodies to fetal brain protein: the early markers for autism study // Biological Psychiatry. – 2008. – Vol. 64 (7). – P. 583-588.

38. Hobson R. P. The autistic child’s appraisal of expressions of emotion: a further study // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1986. – Vol. 27 (5). – P. 671-680.

39. Rizzolatti G., Craighero L. The Mirror-Neuron System // Annual Review of Neuroscience. – 2004. – 27 – P. 169-192.

 40. Чернов А.Н. Патофизиологические механизмы развития аутизма у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – 120 (3). – С. 97-108.

 41. Oberman L. M., Ramachandran V. S. The simulating social mind: the role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders // Psychological Bulletin. – 2007. – Vol. 133 (2). – P. 310-327.

42. Baron-Cohen S. Theory of mind and autism: a review // Special Issue of the International Review of Mental Retardation. – 2001. – Vol. 23. – P. 169-204.

 43. Williams J. H.G., Whiten A., Suddendorf T., Perrett D. I. Imitation, mirror neurons and autism // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2001. – Vol. 25 (4). – Р. 287-295

 44. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press, 2002.

45. Gillberg C. Asperger syndrome and high-functioning autism // British Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 200-209.

46. Косоногов В. Зеркальные нейроны: краткий научный обзор. – Ростов-наДону, 2009. – 24 с.

47. Мерсер Дж. Что такое привязанность? Эмоциональное развитие, родительство, уход за детьми. – Пер. с англ.; ред. М.В. Иванов. – М.: Когито-Центр, 2019. – 282 с.

 48. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Дифференциальная диагностика больных расстройствами аутистического спектра. В кн.: Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Симашковой Н.В., Клюшник Т.П. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 97-106.

49. Cochran DM, Dvir Y, Frazier JA. «Autism-plus» spectrum disorders: intersection with psychosis and the schizophrenia spectrum. // Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. – 2013. – 22(4). – P. 609-627.

 50. Baghdadli A, Russet F, Mottron L. Measurement properties of screening and diagnostic tools for autism spectrum adults of mean normal intelligence: A systematic review // European Psychiatry. – 2017, Jul. – Vol. 44. – P. 104-124.

51. Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, Bebbing-ton P, Jenkins R, Meltzer H. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. // Arch Gen Psychiatry. –2011, May. – Vol. 68(5). – P. 459-465.

52. Mukaetova-Ladinska E.B, Perry E, Baron M, Povey C. Ageing in people with autistic spectrum disorder // Journal of Geriatr Psychiatry. – 2012. – Vol. 27(2). – P. 109-118.

53. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. // Soc Psychiatry. – 1966. – Vol. 1(3). – P. 124-137.

 54. Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // Journal Autism Dev. Disord. – 1979. – Vol. 9(1). – P. 11-29

 55. Baird G., Simonoff E., Pickles A. et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) // Lancet. – 2006. – № 368 (9531). – P. 210-215

56. Baron-Cohen S., Scott F.J., Allison C. et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study // British Journal of Psychiatry. – 2009. – № 194 (6). – P. 500-509.

57. Hill A.P., Zuckerman K.E., Fombonne E. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. In Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Fourth Edition. – Hoboken, New Jersey. – 2014 – P. 57-96.

 58. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 2. – С. 80-86.

59. Rødgaard E., Jensen K., Vergnes J. et al. Temporal Changes in Effect Sizes of Studies Comparing Individuals With and Without Autism: A Meta-analysis // Journal of the American Medical Association. Psychiatry. – 2019. – 76 (11). – P. 1124-1132.

60. Eisenberg L, Kanner, L. Childhood schizophrenia; symposium, 1955. VI. Early infantile autism, 1943-1955. Am J Orthopsychiatry. 1956. – Vol. 26(3). – P. 556-566. 80 61. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. // Journal Autism Child Schizophr. – 1978, Jun. – 8(2). – P. 139-161.

 62. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? In: Goldstein S., Naglieri J.A., Ozonoff (Eds.).Assessment of Autism Spectrum Disorders. New York, NY: Guilford Press; 2009. 63. King M, Bearman P. Diagnostic change and the increased prevalence of autism. // Int J Epidemiol. – 2009, Oct – Vol. 38(5). – P. 1224-1234.

64. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – Т. 105 (8). – С. 4-13. 65. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра. В кн.: Расстройства аутистического спектра у детей. Под ред. Симашковой Н.В. – М.: Авторская академия, 2013.

 66. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Тяжелые формы атипичного аутизма в детском возрасте // Аутизм и нарушения развития. – 2008. – Т. 6 (1). – C. 1-22.

 67. Воронков Б.В., Рубина Л.П., Макаров И.В. Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра» // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2017. – Т. 19(1). – С. 62-64.

68. Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016 // MMWR Surveill Summ. – 2020. – № 69 (4). – P. 1-12.

69. Shaw K.A., Maenner M.J., Baio J. et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years – Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Six Sites, United States, 2016 // MMWR Surveill Summ. – 2020. – № 69 (3). – P.1-11.

70. Kogan M.D., Vladutiu C.J., Schieve L.A. et al. The Prevalence of ParentReported Autism Spectrum Disorder Among US Children // Pediatrics. – 2018. – № 142 (6). – e20174161.

71. Zablotsky B., Black L.I., Blumberg S.J. Estimated prevalence of children with diagnosed developmental disabilities in the United States, 2014-2016 // NCHS Data Brief. 2017. – № 291. – P. 1-8.

72. Taylor B., Jick H., Maclaughlin D. Prevalence and incidence rates of autism in the UK: time trend from 2004-2010 in children aged 8 years // BMJ Open. – 2013. – Vol. 16. – 3 (10). – :e003219.

73. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G. et al. Total screening of the risk of developing mental illness of young children in primary health care in Russia (data 2017) // European Psychiatry. – 2019. – Vol. 56 (51). – S 54.

 74. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16-24 месяцев жизни (данные по России за 2015-2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2018. – Т. 118 (5). – С. 12-19.

75. Всемирная организация здравоохранения. Шестьдесят седьмая сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. A67/17. Пункт 13.4 предварительной повестки дня 21 марта 2014 г. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра.

76. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4-15.

77. Куприянова Т.А., Корень Е.В., Датуашвили М.Т., Корнева М.Ю., Красов В.А. Динамика показателей госпитализации детей с расстройствами аутистического спектра в детском психиатрическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29 (1). – С. 40-44.

78. Zablotsky B., Black L.I., Maenner M.J. et al. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017 // Pediatrics. – 2019, Oct – Vol. 144 (4).

 79. Brugha T.S., McManus S., Smith J., Scott F.J., Meltzer H., Purdon S., Berney T., Tantam D., Robinson J., Radley J., Bankart J. Validating two survey methods for identifying cases of autism spectrum disorder among adults in the community // Psychological Medicine. – 2012, Mar. – Vol. 42 (3). – P. 647-656

. 80. Pinborough-Zimmerman J, Bakian AV. Just under 1% of adults living in the community in England are estimated to have autism spectrum disorders // Evidence-Based Mental Health. – 2011, Nov. – Vol. 14 (4). – P. 89.

 81. Myers J., Chavez A., Hill A.P., Zuckerman K, Fombonne E. Epidemiological Surveys of Autism Spectrum Disorders. In book: Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd Edition. Ed. by F.R. Volkmar. Cambridge University Press, 2019. – P. 25-60.

82. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. – 132 с. 82

 83. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association. 2013. URL: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm (дата доступа 02.04.2020)

84. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и детская шизофрения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1975. – Т. 75 (9). – С. 1379- 1383.

 85. Скворцов И.А., Башина В.М. Нарушения развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. – Тула, 2013. – 320 с.

 86. Симашкова Н.В. Типология расстройств аутистического спектра. Клиникобиологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Клюшник. M., 2016. – С. 44-96.

87. Клюшник Т.П., Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Шушпанова О.В., Брусов О.С. Клинико-лабораторная диагностика расстройств аутистического спектра у детей // Лабораторная служба. – 2016. – Т. 5 (2). – С. 22-27.

88. Балакирева Е.Е., Зверева Н.В. Нарушения пищевого поведения у больных детского возраста с расстройствами аутистического спектра // II Всероссийская научнопрактическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Расстройства пищевого поведения у детей и подростков» 11-12 декабря 2018 г, г. Москва. Сборник статей под общей редакцией канд. мед. наук М.А. Бебчук, М., 2019. – С. 34-39.

89. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. Под редакцией С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, В.П. Новиковой. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2015, 296 с.

90. Марголина И.А., Проселкова М.Е., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Усачева Е.Л., Малышева Т.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возраста // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 5. – С. 49-53.

91. Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Якупова Л.П. и др. Мультидисциплинарная клинико-биологическая характеристика гиперкинетичеких расстройств при детском аутизме // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – Спецвыпуск № 2 (Когнитивные и другие нервно-психические расстройства). – С. 78-83.

 Приложение А1

Состав рабочей группы

1. Председатель рабочей группы: Кульчицкая Людмила Васильевна – главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, заведующая ПНД ГУ РКБ, врач психиатр высшей категории Шуканова Майя Юрьевна - заведующая психиатрическим отделением ГУРКБ, заведующая ССПЭ, врач психиатр высшей категории
2. Ахмедов Константин Анатольевич - заведующий отделением стационарной судебно-психиатрической экспертизы ГУ РКБ, врач психиатр-нарколог первой категории
3. Громацкая Юлия Александровна - участковый врач психиатр ПНД ГУ РКБ, врач психиатр высшей категории
4. Тукалова Александра Алексеевна - участковый врач психиатр ПНД ГУ РКБ, врач психиатр второй категории
5. Николаев Вячеслав Маркович - участковый врач психиатр ПНД ГУ РКБ, врач психиатр второй категории.
6. Кучинский Ян Юрьевич - врач ординатор психиатрического отделение ГУ БЦГБ

**Конфликт интересов** отсутствует.

Эксперт по клиническим направлениям: Коломан Борис Николаевич - заведующий психиатрическим отделением ГУ БЦГБ, врач психиатр высшей категории

**Конфликт интереса:** у члена экспертной группы отсутствует.

# **Приложение А2**

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата**

Настоящие клинические документы несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактической организации по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием, но не чаще 1 раза в 6 месяцев. Решение об обновлении принимает Министерство здравоохранения ПМР на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

* 1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года №29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» в текущей редакции.
	2. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 29 ноября 1994 года №560 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» в текущей редакции.

**Применение лекарственного препарата**

Большой проблемой при оказании медицинской помощи пациентам с РАС детского подросткового возраста является наличие возрастных ограничений к применению имеющихся препаратов ввиду отсутствия регистрации многих лекарств в данной возрастной группе. Это ставит больных детско-подросткового возраста в менее выгодное положение по сравнению с более старшими пациентами, так как нередко заметно ограничивает их в возможности использования достижений психофармакологии. При выборе терапии следует руководствоваться современными и научнообоснованными достижениями в области фармакологии, в соответствии с законами ПМР, при лечении психических заболеваний. До настоящего времени как в России и Молдове, так и за рубежом, при лечении РАС используются как типичные, так и атипичные нейролептики.. Рисперидон являются одобренными FDA атипичным антипсихотическим препаратом используемыми в США для лечения неспецифических нарушений поведения (раздражительности) у детей и подростков с аутизмом. Начальные дозы, средние суточные дозы подбираются индивидуально, согласно переносимости и ответу на терапию. Продолжительность терапии подбирается индивидуально. В таблице 6 представлена международная доказательность применения ряда психотропных средств в детстве при РАС.

Международная доказательность применения ряда психотропных средств при РАС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Класс** | **Механизм действия** | **Одобрен FDA\* для применения****у детей** |
| Хлорпромазин | Антагонистдофаминовых исеротониновыхрецепторовТипичныйантипсихотик,нейролептикфенотиазинового ряда | Блокирует дофаминовые D2рецепторы, уменьшаетвыраженность продуктивнойсимптоматики психозаСочетанная блокада дофаминовыхD2, гистаминовых Н1 ихолинергических М1 рецептороврвотного центра, может уменьшатьтошноту и рвоту | Тяжелые поведенческие нарушения, связанные с протестным, вызывающимили разрушительным поведениемСДВГ у детей с чрезмерной двигательнойактивностью и сопутствующимирасстройствами поведения (внутрь, в/мпри остром, выраженном возбуждении).Тошнота/рвота (внутрь, ректально, в/м, |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Галоперидол | Типичныйантипсихотик,нейролептик,производноебутирофенона | Блокада дофаминовых D2рецепторов в мезолимбическомпути приводит к уменьшениюпродуктивной симптоматики, атакже купированию взрывного,агрессивного поведенияБлокада дофаминовых рецепторовнигростриарного пути приводит кулучшению состояния при с-меТуретта | Тики и вокальные нарушения при с-меТуретта (внутрь)Препарат второй линии при коррекциивыраженных поведенческих расстройств,связанных с чрезмерной возбудимостью иагрессией (внутрь)Препарат второй линии длякраткосрочного лечения гиперактивностиу детей (внутрь в/в)Непрекращающаяся икота (подросткам:внутрь, в/м, в/в)Острая перемежающаяся порфирия(подросткам: внутрь, в/м) |
| Рисперидон | Атипичныйантипсихотик,стабилизаторнастроения | Блокирует дофаминовые D2рецепторы, уменьшаяпродуктивную симптоматикуБлокада серотониновых 2Арецепторов улучшаетвысвобождение дофамина в зонах,ответственных за развитиедвигательных осложнений, такимобразом предотвращая ихАнтагонизм в отношениисеротониновых 7 рецепторовиграет роль в развитииантидепрессивного эффекта | Шизофрения (от 13 лет)Острая мания/смешанная мания (от 10лет, в качестве монотерапии идополнения)Раздражительность при аутизме (от 5 до16 ле**т** |
| Сертралин | СИОЗС | Повышает высвобождениесеротонина путем блокады егообратного захвата, что проявляетсядесенситизацией серотониновыхрецепторов, особенно типа 1АтТакже обладает некоторойспособностью к блокаде обратногозахвата дофамина, что можетсказываться на терапевтическомэффектеОбладает умеренной аффинностью к сигме 1 рецепторам. | ОКР (с 6 лет**)** |
| Кломипрамин | ТЦА | Само лекарство является сильным ингибитором обратного захвата серотонина, в то время как его активный метаболит обладает свойствами ингибитора обратного захвата норадреналина, что приводит к десенситизации 1А серотониновых и бетаадренорецепторов. | ОКР (с 10 лет) |
| Флуоксетин | СИОЗС | Повышает высвобождениесеротонина путем блокады егообратного захвата, что проявляется десенситизацией серотониновых рецепторов, особенно типа 1АТакже проявляетьантагонистические свойства вотношении серотониновых 2Срецепторов, что может повышатьпередачу дофамина инорадреналин | Депрессивное р-во (с 8 лет)ОКР (с 7 лет**)** |
| Флувоксамин | СИОЗС | Повышает высвобождениесеротонина путем блокады егообратного захвата, что проявляется десенситизацией серотониновых рецепторов, особенно типа 1АОбладает умеренной аффинностьюк сигма 1 рецепторам | ОКР (с 8 лет |

\* FDA – Food and Drug Administration (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов – агентство Министерство здравоохранения и социальных служб США). **Справочные материалы по реабилитации**

# **Уровни сенсомоторного развития у детей с РАС** (по Горячевой Т.Г., Никитиной Ю.В.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Группы** | **Признаки дисбаланса в****сенсомоторной и****эмоционально-волевой****системах** | **Сенсорная область** | **Моторная область** | **Когнитивные функции** | **Эмоционально****-личностная****сфера** | **Отношения с****человеком** |
| 1. Сенсорныйуровень | Гипер- и гипотонус.Гиперактивность и ходьба нацыпочках.Атония, застывание в одной̆позе. Гипер- игипосензитивность квнутренним ощущениям.Гиперсензитивность кэмоциональному состояниюокружения. Реакции ярости напопытки вступить в контакт.Постоянный̆поиск сенсорныхощущений. Простыеаутостимуляции. Тревога истрахи к быстродвижущимсяобъектам. Страхи падения.Отсутствие чувства страха.Отсутствие речи – крик,вокализации. Эхолалии.Отсутствует латерализация | Восприятие(сенсорное)отдельныхколичественныхпризнаков внешней̆ивнутренней̆среды.Отсутствуетразделение помодальностям.Не разделяетсяграница междувнутренним ивнешним. Восприятиекак активный̆процессотсутствует(скользящий̆взгляд,периферический̆).Функционируеттолько по двумсенсорным каналам(взгляд и звук) | Руброспинальныйуровень (по Н.А.Бернштейну) –тоническая регуляциятела. Простаядвигательная разрядка.Реакции избегания иприближения взависимости отинтенсивности среды | Отсутствует временнаяи пространственнаяструктуры, либо плоское(двумерное). Научениекак привыкание.Когнитивные функциижестко сцеплены ссенсомоторнымифункциями по типуимпринтинга. Речь – ввиде крика какдвигательная разрядка.Графическиеспособностиотсутствуют (могутбыть отдельные линии) | Деление наотрицательныеиположительныеэмоциональныереакции взависимости отстепениоптимальной̆интенсивностисреды. Непереноситсяфрустрация | Человек как частьсреды (оцениваетсяпо параметраминтенсивности).Полностью зависитот организациипространства исвоевременногоудовлетворенияпотребностей̆отматери.Взаимодействие потипу «изоляция –слияние» |
| 2. Перцептивныйуровень | Сохраняются тоническиенарушения предыдущегоуровня. Усиливается оральнаястимуляция.Постоянное прилипание соспины, как поиск конверта,оболочки. Сохраняютсяявления сензитивности (но уже по отдельныммодальностям). Стереотипии.Неугомонность виспользовании объекта вопределённой̆модальности.Вертикальное расщеплениеобраза тела (часто хлопает владоши, чтобы соединить),игнорирование левой̆стороныпространства. Первыепризнаки латерализацииВозбуждение(гипоманиакальное) частопереходит в тревогу | Восприятие(перцептивное)реальности поотдельным качествам(модальностям). Естьвосприятиецелостного объекта,характеристики центра и периферии.Воспринимаетдвижение как ритм.Восприятие активно,изучающее. Можетдолго осматривать,ощупывать | Таламопаллидарныйуровень (по Н.А.Бернштейну).Вырабатываетсяпроизвольныйритмическийкомпонент моторики –(кружится, прыгает) Непроизвольныедвигательные реакцииносят стереотипный̆характер. Появляетсярисунок в видекаракулей | Внимание очень узкоепо объему:распределяется либо поцентру, либорассеивается попериферии,одновременно только поодной̆модальности Первое ощущениевремени какаффективная память нацепочку событий.Пространство –трехмерное. Собираетпазлы, доски Сегена.Речь – как повторение,ритм (гуляние, лепет) | Появляютсяаффективныестереотипы ипредпочтения,оценка внешнейсредыотносительновнутреннего состояния.Аффектначинаетпредвосхищатьпредполагаемые события.Появляетсяулыбка. Можетпереноситьнедолгуюфрустрацию,при условииположительного подкрепления.Радостьприносит ритм,повторение | Есть сенсорныйобраз матери.Активный̆поискконтакта и защиты уматери как наиболееаффективнопредпочитаемой̆.Контакт по типу прилипания (вначалетактильного, затемуже зрительного ислухового). Сматерью связь потипувосстановленной̆телесной̆оболочки |
| 3. Раннекорковыйуровень | Появляется нормальный̆глазной̆контакт. Сохраняютсяявления гипер- и гипотонуса,но чаще в графической̆деятельности. Ребенокначинает рисовать и писать.Сохраняется игнорированиепространства слева, но тожебольше в рисунке.Появляются страхи бытьраздавленным. Общий̆фоннастроения неустойчивый̆(маниакально-депрессивный).Жадное пополнение словаря,словотворчество. Простыефразы | Различает внутренниеи внешние ощущения.Появляетсяощущениесобственного тела.Полностьюсформирован гнозис.Может соотноситьодинаковыепредметы.Пространственныйгнозис (в координатах«вверх-вниз» | Пирамидностриальный уровень(по Н.А. Бернштейну).Движения начинаютносить целевой̆характер. Приноситрадость преодолениекаких-либо барьеровпри достижении целей̆.Появляютсяразличныесенсомоторныекоординации,пространственныйпраксис. Способенрисовать навертикальной̆поверхности. Врисунке появляетсячеловек. Начинаетимитировать. | Пространствовоспринимается кактрехмерное:характеристикиприближения иудаленности, глубины(высоты). Есть центр – яотсчет. Конструкторскаядеятельность. Вниманиеможет одновременнонаходиться как поцентру, так и попериферии. Способенсконцентрироватьвнимание на новой̆стимуляции различныхмодальностей̆. Естьдолговременная память.Установлениепричинно-следственныхсвязей̆. Речь каксредство смысловоговоздействия на другогочеловека | Появляетсяаффектагрессии – какактивности вдостижениицелей̆,преодолениипрепятствия.Прифрустрацииспособенсместить гневна другой̆объект.Появляетсянегативизм | Различает себя идругого (каквзрослого). Активностимулируетматеринскоеповедение, развиваетновые формыконтакта.Устанавливаетграницы и запреты.Становлениеграницы междусвоим – чужим,живым – неживым |
| 4. Эмоциональноволевой̆уровень | Сохраняется явление гипер- игипотонуса, но чаще вграфической̆деятельности.Реципрокные нарушения,динамического ипространственного праксиса.С предметами навязчивыеманипуляции. Фразовая речь.Аномалии в тоне, манерности,вычурности. Игнорированиелевой̆стороны пространства.Задержка в регулирующейфункции слова.Фонематические трудности.Либо трудности в освоенииматематическопространственных понятий.Эмоциональнаянеуравновешенность,склонность к «срывам» пристрессе. Трудностиприменения ориентировки наэмоциональный̆ гнозиc | Появляетсяаффективный гнозис.Понимание смыслакартин | Теменно-премоторныйуровень (по Н.А.Бернштейну). Уровеньзначимости предметов,действий̆спредметами.Развиваютсяреципрокныекоординации.Моторика какобщенациональноеобеспечение действий̆с предметами впространстве | Различает живое –неживое. Предсказанияповедения людей̆наоснове аффективнойинформации. Речь каксредство коммуникации.Слово имеет значение исмысл. Появлениефантазий как различениевнешнего и внутреннего | Появлениеэмпатии.Управлениесвоимповедением наосновеэмоциональнойинформации.Появлениеролевой игры.Появлениеслова «нет».Появление игрыв прятки. | Сформированавзаимнаяпривязанность среципрокнымивзаимодействиями.Появляютсясоциальные жесты.Появляетсяконкуренция совзрослым |

# **Приложение Б**

# **Алгоритмы действий врача**

|  |
| --- |
| **Расстройства аутистического спектра (РАС)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Соматическая и/или генетическая причина** |  | **Генетическая консультация** |

|  |
| --- |
| **Психообучение** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Информация и советы:**Информируйте и поддерживайте лицо(а) о нижеследующем* + 1. Диагностике
		2. Оценка жалоб и необходимости дополнительных обследований
		3. Возможности и ограничения в лечении, в обучении и в досуге
		4. Ожидания и прогноз
 |  | **Лечение и образование детей с РАС- подход основанный на*** + 1. Обеспечение структурированной среды роста и
		2. Снижение жесткости
		3. Лечение сопутствующей патологии
		4. Поддержка родителей
 |  | **Фармакологическое поддерживающее лечение** основных симптомов, вызывающих наибольший дискомфорт |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **В случае деструктивного поведения :**1. Рисперидон
2. Галоперидол или другие антипсихотики
 |  | **В случае гиперактивности :**1. Рисперидон
2. Сонопакс
 |  | **В случае компульсивности, тревоги или проблем с настроением:**1. Флуоксетин
2. Сертлалин
3. Флювоксамин
4. Рисперидон
 |

# **Приложение В**

# **Информация для пациента**

 В настоящее время в медицине большое внимание уделяется вопросам информирования пациентов и членов их семей о заболевании. Дефицит информации, недостаточная осведомленность родителей о возможностях лечения может вызывать у них тяжелые эмоциональные реакции в виде тревожности, реактивной депрессии, конфликтности, что в итоге приводит к сопротивлению или отказу от врачебных назначений и рекомендаций. Расстройства аутистического спектра представлены неоднородной группой нарушений нейроразвития, включающих разные заболевания (синдром Каннера, высокофункциональный аутизм, инфантильный психоз, атипичный детский психоз, детское дезинтегративное расстройство, синдром Аспергера, а также множество хромосомных и генетических синдромов). В МКБ-10 РАС входят в рубрику F84 «Общие расстройства психологического развития» и объединены триадой аутистических нарушений (социального взаимодействия, общения, стереотипным поведением, а также неспецифическими симптомами (фобии, возбуждение и другие проявления кататонии, агрессия, нарушения пищевого поведения и др.). Обращаясь к истории вопроса следует отметить, что Лео Каннер (1943) впервые описавший «ранний детский аутизм» как отдельное заболевание на группе 11 пациентов с «аутистическим одиночеством и с навязчивым стремлением к однообразности с рождения», уже в 1949 году отмечал, что он не верит в вероятность того, что «ранний детский аутизм в будущем будет отделен от шизофрении». Однако далее в 1973 году Л. Каннер отметил благоприятный прогноз у больных с аутизмом: при совпадении навыков и интересов в выборе профессии пациенты с РАС могут найти свою «нишу» в жизни, стать успешными в обществе. Современные данные показывают, что своевременно установленный клинический диагноз, раннее введение персонализированной психофармакотерапии, наряду с абилитацией/реабилитацией способствует благоприятному исходу. По данным Всемирной организации здравоохранения в 10% случаев больные полностью восстанавливаются, в клиническом состоянии примерно у 70% детей с РАС наблюдается стабильное посттерапевтическое улучшение. И только 20% больных с тяжелыми формами атипичного аутизма, синдромом Каннера имеют неблагоприятный прогноз, когнитивный дефицит и, соответственно, нуждаются в большем объеме помощи в зрелом возрасте. Профессор психиатрии из США Фред Волкмар в научно-практическом руководстве 2019 года «Аутизм – первазивные нарушения развития», обобщая данные исходов РАС в мире, обращает внимание на сохранность диагноза и симптомов РАС у детей и взрослых. Международный практический опыт показал, что более 60% больных с РАС в зрелом возрасте продолжают получать психофармакотерапию нейролептиками. Своевременно введенная психофармакотерапия и реабилитация в детском возрасте (вторичная профилактика) снижает проявления симптомов аутизма, смягчает стереотипы в поведении, вплоть до несоответствия диагностическим критериям болезни в зрелом возрасте. Пациенты, у которых речь сформировалась до 5-6 лет, имеют более благоприятный прогноз. Раннее выявление или скрининг осуществляется в детских поликлиниках врачом-педиатром, дети с 5 лет с первыми признаками нарушений психического развития маршрутизируются на профилактическую консультацию к врачу-психиатру. Скрининг, ранняя диагностика заболевания и своевременная психофармакотерапия и психологопедагогическая абилитация и реабилитация являются основой современной профилактической работы. Некоторые родители выступают против постановки диагноза их ребенку, опасаясь стигмы («преждевременных ярлыков»), хотя именно своевременно установленный диагноз дает ребенку возможность получить научно и практически выверенную помощь. Так же точный диагноз необходим при составлении индивидуального образовательного маршрута для ребенка и в ряде случаев для оформления инвалидности, получения социальных гарантий от государства. Место обучения и вид программы обучения составляется на основании рекомендациях ПМПК. При появлении необходимости в занятиях или специальных образовательных условиях, составлении индивидуальной программы обсуждается с администрацией школы, согласно умственному развитию ребенка и вида школы.

На основе межведомственного взаимодействия Министерством социальной защиты активно разрабатывается система комплексной абилитации и реабилитации инвалидов и детей-инвалидов при разных заболеваниях, включая психические расстройства и расстройства поведения.

 Все больше данных по исходам РАС в возрастном аспекте на основе длительных наблюдений за пациентами. Международные исследованиями в плане пересмотра диагноза по достижению совершеннолетия. Так диагноз «синдром Аспергера» (F84.5) у подростков с нормальным или высоким уровнем интеллекта (IQ) в ~ 60% случаев трансформируется в «шизоидное расстройство личности» (F60.1) (по МКБ-10 этот диагноз выставляется по достижении 15-лет), тогда как у остальных 40% детей диагноз остаётся неизменным – F84.5. Диагноз «детский аутизм» (F84.0) с наибольшей вероятностью останется неизменным (~90% случаев), в ~ 10% случаев наблюдается клиническое выздоровление пациентов. Напротив, «атипичный аутизм» (F84.1), который также может оставаться неизменным на протяжении жизни, у 8- 12% пациентов «трансформируется» в шизофрению. Пациентам с детским аутизмом при наличии клинической картины сохраняется ранее установленный диагноз РАС и после достижения ими совершеннолетия (18 лет). Для исключения каких-либо врачебных ошибок или нарушений прав лиц с РАС, рекомендуется обязательное проведение врачебной комиссии по достижении данными лицами 17 лет с целью окончательного подтверждения диагноза (при наличии клинической картины РАС у пациента) и проработки дальнейшего медико-социального маршрута.

# **Приложение Г**

# **Шкалы оценки, опросники и так далее****, приведенные в тексте клинических** **рекомендаций**

1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| **1** | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| **2** | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| **3** | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| **4** | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| **5**

|  |
| --- |
|  |

 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| **1** | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| **2** | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| **3** | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| **4** | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| **5** | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

4. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (М.В. Иванов, Н.В. Симашкова, Г.В. Козловская, 2018 [138-140])

**Дата заполнения**

**Ф.И.О. родителя**

**Ф.И.О. ребенка**

**Дата рождения Возраст ребенка Пол**

Родителям предлагается ответить на вопросы шкалы. Дается следующая инструкция: «Если Вы наблюдали (или не наблюдали) у своего ребенка нижеописанное поведение, выберите соответствующий ответ: «да», «нет», «затрудняюсь»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер****вопроса** | **Вопрос** | **Да** | **Нет** | **Затрудняюсь** |
|  | Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) илилице взрослого (со второго месяца жизни)? |  |  |  |
|  | Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или припривлечении внимания словом или прикосновением совторого мес. жизни? |  |  |  |
|  | Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни |  |  |  |
|  | Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители? 5 Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно? |  |  |  |
|  | Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители? 5 Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно? Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялсягрудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молокопринимал охотно? |  |  |  |
|  | Тянулся ли ребенок на руки матери или другим близким, радовался пребыванию на руках? |  |  |  |
|  | На первом году жизни в период бодрствования ребенок НЕтребовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке,не реагировать на уход матери, занимая себя предметами,игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивнолежал, не реагируя на окружение)? |  |  |  |
|  | Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость,удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.?  |  |  |  |
|  | Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительныйили игровой контакт? |  |  |  |
|  | Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.? |  |  |  |
|  | Соответствуют ли показатели моторного развития ребенканормативным срокам:- удерживает голову – с 2 мес., - сидит – с 6 мес., - ползает – с8 мес., - ходит без поддержки – с 12-14 мес |  |  |  |
|  | Соответствуют ли показатели речевого развития ребенканормативным срокам? - агуканье – с 1 мес. - гуление – с 2-3мес. - лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес.- первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие,адресованные к конкретному лицу) – к 1 году |  |  |  |
|  | Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни:нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания;запоры/поносы? не связанные с физическим заболеванием(имеющееся подчеркнуть) |  |  |  |
|  | Использует ли ребенок указательный жест? |  |  |  |
|  | Умеет ли ребенок пить из чашки? |  |  |  |
|  | Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне»,«дай мне») после года? |  |  |  |
|  | Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы извысказываний взрослых («как эхо»)? |  |  |  |
|  | Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность квнешним раздражителям (шум от бытовых приборов,фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенныйтон взрослых и др.)? |  |  |  |
|  | Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры(стрижка ногтей, волос, купание и др.)? |  |  |  |
|  | Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плоховидит»? |  |  |  |
|  | Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку:рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужноеподчеркнуть) |  |  |  |
|  | Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки,кастрюли) как игрушками, предпочитает ниточки, шнурки,пакетики, палочки и др.? |  |  |  |
|  | Есть ли предметы (игрушки) с которыми ребенок НЕрасстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)? |  |  |  |
|  | Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды(горизонтальные / вертикальные), однообразно возит, катаетпредметы (игрушки)? |  |  |  |
|  | Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке,предпочитает играть один? |  |  |  |
|  | Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам |  |  |  |
|  | Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические иличастые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования,частые пробуждения? |  |  |  |
|  | Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек,игрушек, предметов определенного цвета и т.п.) |  |  |  |
|  | Есть ли у ребенка однообразные движения (гримасы,повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружениена месте и др.)? |  |  |  |
|  | Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные проявленияв поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; нетерпит постороннего шума, однако сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)? |  |  |  |
|  | Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни? |  |  |  |
|  | Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетомвеличины, формы и цвета? |  |  |  |
|  | Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: (проходящиекосоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония,«ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцамиперед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистямирук? (имеющееся подчеркнуть) |  |  |  |
|  | Используете ли Вы для успокоения ребенка электронныегаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)? |  |  |  |
|  | Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера:- до 0,5 часа, - более 0,5 часа. (нужное подчеркнуть) |  |  |  |

«Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.) Анкета предназначена для использования в учреждениях здравоохранения, образования, оказывающих помощь детям раннего возраста, с целью организации системы ранней помощи, для использования в практической деятельности педиатрами, неврологами, клиническими (медицинскими) психологами, психиатрами, педагогами-психологами. Анкета рассчитана на родителей детей 1,5–4-летнего возраста, для детей старшего возраста, на основании воспоминаний. Анкета представляет собой перечень из 35 вопросов, затрагивающих психопатологические проявления в раннем возрасте и основные сферы психического и психологического развития ребенка:

а) инстинктивно-вегетативную сферу;

б) сенсорную сферу;

в) биопсихосоциальную систему (диаду) «мать-дитя»;

г) эмоциональную сферу;

д) познавательную сферу (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания);

е) социальное взаимодействие.

Психометрическое исследование показало достаточно высокую надежность и валидность клинико-психологической анкеты и подтверждает ее чувствительность к выявлению детей широкой группы риса, возможного возникновения психических расстройств (состояния предболезни). Процедура проведения: анкетирование (опрос) родителей детей раннего возраста начиная с 1,5 летнего возраста. Обработка результатов проводится специалистом при помощи подсчета совпадений ответов с ключом методики.

**Ключ к методике для подсчета ответов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Ответ** | **Вопрос** | **Ответ** | **Вопрос** | **Ответ** |
| 1 | нет | 13 | да | 25 | да |
| 2\* | нет | 14 | нет | 26 | нет |
| 3 | нет | 15 | нет | 27\* | да |
| 4 | нет | 16 | нет | 28\* | да |
| 5 | да | 17 | да | 29\* | да |
| 6 | нет | 18\* | да | 30 | да |
| 7 | нет | 19 | нет | 31 | нет |
| 8 | нет | 20 | да | 32 | нет |
| 9 | нет | 21 | Облизывает,обнюхивает | 33\* | да |
| 10 | нет | 22 | да | 34 | да |
| 11\* | нет | 23 | да | 35 | Более 0,5 ч |
| 12\* | нет | 24\* | да |  |  |

Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии со следующими нормативами:

а) при совпадении 1 ответа на вопросы, отмеченные звездочкой – «\*» в ключе

методики, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому), медицинскому (клиническому) психологу.

б) при совпадении 4 и более ответов на вопросы с ключом методики (не отмеченные – «\*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому). В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др. Результаты анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии.

5. Шкала повседневного социального функционирования (Personal and social functioning scale, PSP, Morosini, P. L., et al. 2000) (адаптированная для применения в детском возрасте от 3-х до 16-ти лет)

При использовании данной шкалы измеряется степень затруднения в 4-х основных

областях функционирования с учетом возраста ребенка:

а) способность к обучению и усвоению речевых навыков;

б) отношения с близкими и окружающими людьми;

в) самообслуживание;

г) возбуждение и агрессивное поведение.

Уровень нарушения функционирования оценивается по степени выраженности затруднений, испытываемых больным на протяжении последних 7-ми дней.

На основании проведенной клинической оценки выбирают интервал, соответствующий уровню социального функционирования (в баллах):

а) 100-91 баллов: Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны;

б) 90-81 баллов: Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди;

в) 80-71 баллов: небольшие затруднения в одной или более областях a-в

г) 70-61 баллов: заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях a-c или небольшие проблемы в области (в)

д) 60-51 баллов: значительные затруднения в одной из областей a-c или заметные проблемы в области d

е) 50-41 баллов: Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях а-с, или сильно выраженные затруднения в одной из областей a-c, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области (г)

ж) 40-31 баллов: сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей (a-в), или значительные проблемы в области (г);

з) 30-21 баллов: сильно выраженные затруднения в двух областях (a-в) или сильно выраженные проблемы в области (г), сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях (a-в);

и) 20-11 баллов: сильно выраженные нарушения во всех областях (a-г) или очень сильно выраженные проблемы в области (г), сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях (a-в). Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20-16 баллов; если нет, то – в интервал 15-11 баллов

к) 10-1 баллов: Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6-10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5-1).

Критерии для областей a-г:

Область (а)

Отсутствие проблем в области способности к обучению у детей характеризовалось

успешным усвоением ключевых навыков предметно-практической деятельности, доступных для данного возраста. Как правило, такие дети посещали общую группу детского сада, обучались по общеобразовательной программе школы либо могли быть определены в данные заведения

Слабая выраженность нарушений в этой области характеризовалась колебаниями работоспособности, ухудшением концентрации внимания при нагрузках, некоторыми трудностями при привлечении к целенаправленной деятельности. Детям данной групп требовалось приложить больше усилий для усвоения материала, однако они были способны справиться с этим без посторонней помощи.

Заметно выраженные затруднения проявлялись неравномерным темпом интеллектуальной деятельности, снижением успеваемости, быстрой истощаемостью отвлекаемостью, ограничением круга интересов. У части больных отмечались нарушении звукопроизношения, не соответствующие возрасту. Дети по-прежнему обучались по

общим стандартам, однако зачастую требовали дополнительной помощи специалистов: репетиторов, психологов, логопедов.

Значительные нарушения в данной области характеризовались нарастающей задержкой интеллектуального развития, заметным отставанием от сверстников, незрелостью или сверхценностью интересов, трудностью переключения внимания. Отмечались нарушения фразовой речи, трудности в усвоении навыков чтения, письма. Данным детям рекомендовалась дополнительная помощь специалистов, а также специализированные условия обучения с учетом возраста: посещение группы с общими нарушениями развития, индивидуальное обучение, переход на программу для детей с задержкой психического развития. Сильно выраженные нарушения способности к обучению предполагали наличие когнитивного дефицита, сопровождаемого выраженными нарушениями мышления, специфичными для данного заболевания. Отмечались выраженное недоразвитие речи. Дети дошкольного возраста посещали группу для детей с задержкой психического развития либо оставались неорганизованными. Дети школьного возраста обучались по коррекционным программам для больных УМО.

Очень сильно выраженная дезадаптация в данной сфере характеризовалась глубоким когнитивным дефектом, зачастую наблюдалось отсутствие речевых навыков, либо речь не несла коммуникативной функции. Дети школьного возраста из данной группы занимались по вспомогательной программе для лиц с тяжелой умственной отсталостью либо оставались неорганизованными, в отдельных случаях находились в рамках психоневрологического интерната.

Область (б)

Оценка по критерию взаимоотношения с близкими и окружающими производилась

следующим образа отсутствие проблем в данной сфере характеризовалась наличием эмоциональной привязанности к близким, активным коммуникативным взаимодействием, стремлением к расширению круга общения, умением понимать эмоции и невербальные сигналы окружающих (с учетом возраста), установлением дружеских связей. Дети с удовольствием общались в группе сверстников, хорошо адаптировались в коллективе.

Слабо выраженные нарушения отличались эмоциональной блеклостью, некоторой

формальностью в общении с окружающими, избирательностью поверхностностьюn контактов.

Заметно выраженные нарушения характеризовались ограничением круга контактов, трудностью или неспособностью в установлении дружеских связей, стремлением к одиночеству, предпочтением занятий с механизмами, а не с людьми, трудностью адаптации в новом коллективе, избеганием посещения группы, класса.

Значительно выраженные затруднения отмечались у детей, отличавшихся эмоциональным уплощением, эгоцентричностью, трудностью в распознавании и использованию невербальных сигналов в общении при сохранении экспрессивной речи, активным стремлением к одиночеству, ограничением круга контактов членами семьи, страхами, враждебностью или отсутствием интереса к другим детям. Отмечались значительные трудности нахождения в коллективе.

Сильные нарушения в данной сфере предполагали недоразвитие эмоционального реагирования вплоть до безразличия к близким либо выраженной симбиотической привязанности к матери, трудностей в дифференцировке «свой-чужой», избирательного реагирования на обращенную речь.

Очень сильные нарушения характеризовались отсутствием реакции на обращенную

речь, активным уходом от контакта с любыми людьми, однообразием эмоциональных реакций, отрешенностью от происходящего.

Область (в)

Нормой освоения навыков самообслуживания для детей:

а) 3-4х лет является умение пользоваться столовыми приборами, горшком, самостоятельное надевание и снятие одежды;

б) 6-7 лет – умение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, самостоятельно

соблюдать гигиенические процедуры;

в) 8-10 лет – умение следить за своими вещами, готовить простые блюда, считать сдачу;

г) от 10-11 лет – умение покупать в магазине, убирать по дому, пользоваться основной домашней техникой.

 Слабо выраженные нарушения в данной области характеризовались небольшими затруднениями в выполнении основных навыков (навыки были освоены по возрасту).

Заметно выраженные нарушения характеризовались неловкостью, трудностью при исполнении навыков (при своевременном развитии навыков). Значительные нарушения отмечались у детей, которым при самообслуживании требовалось руководство взрослых, навыки были освоены по возрасту, однако выполнялись частично или искаженно.

Сильно выраженные нарушения предполагали освоение навыков на уровне более младшего возраста, в быту и при самообслуживании в большинстве ситуаций требовалась помощь взрослого.

Очень сильно выраженные нарушения отмечались у детей, полностью не способных обслуживать себя самостоятельно, требовавших постоянного присутствия взрослого.

Область (г)

Критериями для области (г) являлись следующие параметры:

1. Нормой считалось отсутствие возбуждения и агрессивного поведения.

2. Слабо выраженными критериями являлись замкнутость, грубоватость, демонстративность поведения, активные жалобы на окружающих.

3. Заметно выраженными критериями считались бездистантность в поведении, развязность, проявления негативизма.

4. К значительно выраженным проявлениям относились: нецензурная брань в адрес

окружающих, порча вещей, социально неприемлемое поведение (с учетом возраста).

5. К сильно выраженным проявлениям относились: вербальные угрозы в адрес окружающих, агрессия к окружающим и/или аутоагрессия без намерения нанести серьезный физический ущерб.

6. Очень сильно выраженными критериями являлись агрессивные целенаправленные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб либо хаотичная нецеленаправленная агрессия и аутоагрессия.

6. Шкала общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI, Guy W., 1976)

*Шкала тяжести (CGI-S)* – степень тяжести представляет собой 7-балльную шкалу, которая требует от клинициста оценки тяжести заболевания пациента

 Возможные рейтинги:

1. Нормальный, совсем не болен

2. Граница психически больного

3. Легко болен 4. Умеренно болен

4. Заметно болен 6. Тяжело болен

5. Среди самых тяжелых пациентов

 *Шкала улучшения (CGI-I)* – улучшение представляет собой 7-балльную шкалу, которая требует, чтобы врач оценил, насколько состояние пациента улучшилось или ухудшилось по сравнению с исходным состоянием в начале лечения.

 Оценивается как:

1. Очень улучшилось

2. Намного улучшилось

3. Минимально улучшенный

4. Без изменений

5. Минимально хуже

6. Намного хуже

7. Очень сильно хуже

*Индекс эффективности*

Клинический глобальный показатель впечатления-эффективность – это шкала оценки 4 × 4, которая оценивает терапевтический эффект лечения психиатрическими препаратами и связанные с ним побочные эффекты.

|  |  |
| --- | --- |
| Терапевтическийэффект | Побочные эффекты |
| НЕТ | Не оказываютсущественноговлияния нафункционированиепациента | Значительновмешиваются вфункционированиепациента | Подавляюттерапевтическийэффект |
| Значительноеулучшение.Полная или почтиполная ремиссия всехсимптомов |  |  |  |  |
| Умеренноеулучшение.Частичная ремиссиясимптомо |  |  |  |  |
| Минимальное –незначительноеулучшение, котороене меняет состояниепациента |  |  |  |  |
| Без изменений илихуже |  |  |  |  |

# 7. Шкала оценки кататонических расстройств..(Bush-Francis Catatonia Rating cale, BFCRS, 1996)

Шкала оценивает выраженность кататонических расстройств и позволяет оценить их динамику по мере течения приступа, а также степень редукции под влиянием психофармакотерапии.

**1. Возбуждение** – усиление и ускорение различных проявлений психической деятельности – мышления, речи, моторики, не являющиеся проявлением акатизии или целью направленного влияния.

0 – проявления отсутствуют;

1 – чрезмерная двигательная активность, перемежающаяся периодами нормальной активности;

2 – постоянная чрезмерная двигательная активность, без периодов отдыха;

3 – развернутое кататоническое возбуждение с хаотичностью, бессмысленностью движений;

**2. Неподвижность/ступор** – чрезмерное снижение активности вплоть до полной обездвиженности, отсутствие реакции на внешние раздражители.

0 – проявления отсутствуют;

1 – принимает неестественные позы, с больным возможен недлительный контакт;

2 – фактически не реагирует на внешние стимулы;

3 – собственно ступор, состояние полной обездвиженности, отсутствует реакция на болевые стимулы;

**3. Мутизм** – отсутствие речевого контакта при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к ним речь;

0 – проявления отсутствуют;

1 – отсутствие вербального ответа на большинство вопросов, иногда неясно различимый шепот;

2 – употребляет менее 20 слов за 5 минут;

3 – полное отсутствие речевого контакта;

**4. Подвижность взора** – фиксация взгляда, минимальный или отсутствие визуального контакта с окружающей средой, снижение частоты моргания;

0 - проявления отсутствуют;

1 – недостаточный зрительный контакт, при переключении внимания фиксация взора на другой объект длится менее 20 секунд, редкое моргание;

2 – фиксация взора на объекте более 20 секунд, изредка, возможно, переключения внимания;

3 – фиксация взора, без реакции на внешние раздражители;

**5. Поза/каталепсия** – способность к длительному сохранению позы (в том числе сидеть или стоять длительное время без реакции).

0 – проявления отсутствуют;

1 – менее чем 1 минуту;

2 – более 1 минуты, но менее 15 минут;

3 – странные, причудливые позы или общепринятые позы, способные сохраняться без изменений более 15 минут;

**6. Гримасничанье** – странная, эксцентричная, необычная мимика пациента.

0 – проявления отсутствуют;

1 – длится менее 10 секунд;

2 - длится менее минуты;

3 – вычурная, причудливая экспрессия длительностью более минуты;

7.Эхопраксия/эхолалия – подражание речи, жестам, движениям исследователя.

0 - проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

**8. Стереотипия** – непроизвольное многократное повторение однообразных, лишенных смысла и ничем не вызванных движений (похлопывания, потирание рук).

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

**9. Манерность** – странные, утрированные, сохраняющие видимость целенаправленных движения (или общепринятые, но утрированные манеры, жесты, мимика).

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

**10. Вербигерация** – бессмысленное повторение слов, фраз или предложений (либо их написание).

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

**11. Ригидность** – недостаточная подвижность, инертность, необходимость приложения усилия к изменению позы, исключением является присутствие у больного феномена «зубчатого колеса», тремора.

0 - проявления отсутствуют;

1 – легкие проявления;

2 – умеренные проявления;

3 – серьезные проявления;

**12. Негативизм** – отрицательное отношение к идущим из вне побуждениям, просьбам, попыткам исследовать пациента, отгораживание от внешних впечатлений или действия, поведение больного противоположные инструкциям.

0 - проявления отсутствуют;

1 – не явно выраженное отрицательное отношение и /или изредка действия противоположные инструкциям;

2 – умеренная степень выраженности негативного отношения и /или часто действия противоположные инструкциям;

3 – серьезно выраженное отрицательное отношение и /или постоянное совершение действий противоположных инструкциям;

**13. Явления восковой гибкости** - застывание больного в принятой им позе, при изменении позы больного сохраняет приданное положение.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

**14. Отказ от сотрудничества** – отказ пациента принимать пищу, пить, соблюдать правила личной гигиены и т.п.

0 - проявления отсутствуют;

1 – проявления минимально выражены и сохраняются менее одного дня;

2 - проявления минимально выражены и сохраняются более одного дня;

3 – полное отсутствие контакта с пациентом более одного дня;

**15. Импульсивность** – внезапно возникающие поступки, действия больного, порой носящие нелепый характер, совершающиеся в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями (больные могут кричать, смеяться, бегать, в пункте не учитываются проявления агрессии). Впоследствии остающиеся без объяснений или объяснения носят формальный характер.

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

**16. Пассивная подчиняемость** – преувеличенное сотрудничество на просьбу исследователя или спонтанное продолжение просимого движения.

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

**17. Синхронность движений** - сгибание руки в ответ на легкое нажатие пальца, после инструкции к противоположному действию.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

**18. Противодействие** (пассивный негативизм) - сопротивление пассивным движениям, которое соизмеримо по силе со стимулами и являющееся скорее автоматическим, чем намеренным.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

**19. Амбивалентность/амбитендентность** – двойственность в принятии решений, поступков, антагонистическая реакция на внешние раздражители.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

**20. Хватательный рефлекс** – по данным неврологического обследования.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

**21. Персеверации** – склонность к повторению или к упорному продолжению однажды начатой темы или какого-либо рода деятельности.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

**22. Проявления внешней агрессии** – немотивированные вспышки с агрессивно разрушительными действиями, бессмысленны, впоследствии не объясняются или объяснения носят формальный характер

0 - проявления отсутствуют;

1 – проявления агрессии редки, низкая потенциальная опасность для окружающих (нанесению вреда, порчи);

2 - проявления агрессии часты, умеренно выраженная потенциальная опасность для окружающих;

3 – высокая опасность для окружающих;

**23. Состояние жизненно важных показателей** (температуры, артериального давления, пульса, состояние дыхательной систем, ЖКТ)

0 - проявления отсутствуют;

1 – нарушения одного показателя;

2 – нарушения двух показателей;

3 - нарушение 3 и более показателей;

Оценка пациента должна производиться на основе наблюдения за поведением больного в процессе лечения, непременно с учетом включение пунктов «отказ от сотрудничества» и «состояние жизненно важных показателей», которые могут быть основаны как на непосредственном наблюдении за больным, так и на данных медицинской документации. Общее правило, только в случае ясности симптома он оценивается как положительный, если симптом сомнителен, то его оценка производится как «0». Для констатации симптомов кататонии необходимо наличия 2-х и более критериев, постоянно, на протяжении 24 часов. На основании данных, полученных другими исследователями (Cohen D., 1999\* , Kinrys P., Logan K., 2001\*\* ) степень тяжести кататонии свыше 35 баллов определялась как тяжелая, 25-35 умеренная, и менее 25 легкая.

Для возможности более наглядного сопоставления анализа данных, указанная шкала была условно разбита по подшкалам по следующим градациям:

а) гиперкинетическая кататония, куда вошли пункты: 1- возбуждение, 8- стереотипии, 10-вербигерация, 14-отказ от сотрудничества, 15-импульсивность и 22 – проявление внешней агрессии.

б) гипокинетическая кататония – 2-неподвижность, 3-мутизм, 4-подвижность взора, 5-сохранение позы/каталепсия, 11-ригидность,12-негативизм, 13-явления восковой гибкости, 18-противодействие (пассивный негативизм), 20-хватательный рефлекс

в) «симптомы малой кататонии» – 6-гримасничанье, 7-эхосимтомы, 9-манерность, 17- синхронность движений, 19-амбивалентность/ амбитендентность, 21-персеверации.

г) соматовегетативные нарушения – 23, где учитывалось наличие нарушений 1-2- 3 и более показателей, отражаюccccщих состояние жизненно важных значений.