



Тактика лечения раннего детского аутизма

Проблема медикаментозной терапии раннего детского аутизма (РДА) имеет свой исторический путь, связанный как с эволюцией взглядов на эту патологию, динамикой отношений к ее лечению, так и с традициями медицины, прежде всего, детской психиатрии в разных странах. В 2010 г. был разработан клинический протокол «Надання медичної допомоги дітям із розладами загального розвитку», утверждённый Приказом МЗ Украины № 108 от 15.02.2010. Данный документ значительно облегчил работу детских психиатров, а также диагностику РДА у детей, а вот при выборе лечения трудности по-прежнему имеются.

При детском аутизме медикаментозная терапия облегчает психолого-педагогическую коррекцию, способствует снятию продуктивной болезненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений), а также поднимает общий и психический тонус. Лекарственная «подушка» делает ребенка, больного аутизмом, более доступным к психотерапии, воспитанию и обучению. Объединение биологической и социальной коррекции способствует их взаимному потенцированию. С точки зрения основной цели – реконструкции психического развития, возможности адекватного воспитания и обучения – главной задачей медикаментозного лечения детей с аутизмом является стимуляция энергетического потенциала и снятие сенсоаффективной гиперестезии. Это осуществляется комплексом нейролептиков, антиконвульсантов и транквилизаторов.

Важным фактором является роль «почвы», или «фона», на котором развивается РДА. Прежде всего, речь идет об органической недостаточности ЦНС. Часто в самом начале лечения нейролептиками (даже оригинальным рисперидоном в малых дозах) наблюдаются выраженные побочные эффекты, например экстрапирамидные. Очевидно, здесь имеет место суммация органически обусловленных побочных действий препарата с вероятной (судя по особенностям моторной

сферы) экстрапирамидной недостаточностью, свойственной самому РДА. Поэтому обязательными остаются методы аппаратной диагностики: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), эхоэнцефалограмма, электрокардиограмма.

Фактор «почвы» касается и соматических особенностей аутистичного ребенка. Ряд признаков позволяет предположить, что раннему детскому аутизму присущ свой соматический облик в плане как конституциональных физиологических особенностей, так и врожденной склонности к недостаточности ряда систем. Значительная часть аутичных детей имеют астеническое телосложение, бледность кожных покровов, пониженный тургор мышц и кожи, общую гипотрофичность. Многим свойственна склонность к аллергическим реакциям, в том числе лекарственным. Нередка общая задержка в физическом развитии. Слабость и извращенность аппетита, парадоксальные реакции на определенные медикаменты, «необъяснимые» желудочно-кишечные расстройства и другие симптомы достаточно часто позволяют заподозрить ферментативную недостаточность неясного характера и происхождения. Это требует не только повышенной осторожности в выборе психотропных средств, но и поисков в каждом отдельном случае адекватной симптоматической терапии ферментосодержащими, антигистаминными препаратами, а также поддерживающего общеукрепляющего лечения.

При гипотрофии и общей задержке физического развития во избежание передозировки следует также помнить об ориентации дозы препарата не на календарный возраст, а на фактический вес ребенка.

Согласно теории амигдаларного киндинга, у лиц с резидуально-органической патологией при длительном воздействии неспецифических социально-стрессовых, экзогенно-органических астенизирующих факторов происходит избыточная стимуляция лимбической системы с истощением энергетического потенциала ГАМК-ергических

Таблица. Лекарственные средства для лечения ведущих симптомов РДА

Симптомы	Тактика			
	леветирацетам	сертралин	рисперидон	карбамазепин
Соматовегетативная недостаточность	+			
Симптом тождества, неофобии, импульсивность	+			
Стереотипные игры	+		+	
Расстройства экспрессивной речи			+	
Аффективные проявления	+		+	
Патологические фантазии			+	
Психопатоподобные проявления			+	+
Нейролептическая депрессия	+	+		

нейронов и формированием либо ирритативно-пароксизмального, либо эпилептиформного очага. Это можно корригировать, назначая тимоизолептические и противозлептические препараты (ПЭП) (Бикшаева, 2003).

В литературе имеются данные по применению различных ПЭП (карбамазепина, ламотриджина, вальпроевой кислоты, топирамата, леветирацетама) у детей с аутизмом. Обычно они используются в комбинации с атипичными антипсихотиками 2-го поколения, в частности с рисперидоном. Назначая ПЭП в сочетании с рисперидоном, необходимо учитывать следующие моменты.

Карбамазепины являются довольно мощными индукторами ферментов печени. Известно, что карбамазепин снижает концентрацию рисперидона и его активного метаболита в плазме крови (Besag, Berry, 2006). Если к рисперидону добавить карбамазепин, при хроническом совместном применении препаратов концентрация рисперидона уменьшается, причем иногда довольно значительно. Этот факт необходимо учитывать при титровании доз рисперидона.

Что касается топирамата, в литературе описана эффективность сочетанного применения рисперидона и топирамата у детей с аутизмом. Rezaei et al. провели 8-недельное исследование, включавшее 40 детей в возрасте 4-12 лет. Пациенты были рандомизированы на группы, одна из которых получала комбинацию топирамата и рисперидона в дозах 100-200 и 2-3 мг/сут соответственно, вторая – рисперидона и плацебо. Результаты лечения оценивали по изменению исходных показателей пяти общепринятых субшкал по шкале аберрантного поведения (ABC). В конце исследования у пациентов, получавших топирамат и рисперидон, отмечено статистически достоверное уменьшение баллов по субшкале ABC-I на 9,25 по сравнению с исходным уровнем, а у детей при применении рисперидона и плацебо показатели снизились на 1,5 балла. Статистически достоверные различия в пользу комбинации рисперидона и топирамата были отмечены по другим субшкалам ABC – стереотипного поведения и гиперактивности/некомплаентности (Rezaei et al., 2010).

Некоторые зарубежные исследователи указывают на эффективность других противосудорожных препаратов, в частности леветирацетама, в терапии симптомов аутизма.

Так в исследовании, проведенном Rugino et al., оценивали влияние леветирацетама на такие симптомы

аутизма, как гиперактивность, импульсивность, эмоциональная нестабильность и агрессивность. В исследовании длительностью 4 недели было включено 10 детей в возрасте 4-10 лет. Эффективность терапии в отношении симптомов аутизма оценивали по общепринятым шкалам. Согласно полученным результатам, применение леветирацетама приводило к статистически значимому улучшению показателей шкал по сравнению с исходным уровнем. Отмечено улучшение в отношении дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности, определявшимся по шкале внимания опросника Ахенбаха, оценочной шкале Коннера и шкале индекса расстройства дефицита внимания и гиперактивности. Наблюдалась также стабилизация настроения по шкалам глобального индекса эмоциональной лабильности Коннера и глобального индекса Коннера. Кроме того, отмечалось улучшение по шкале агрессии опросника Ахенбаха у детей, безуспешно лечившихся от аутизма рисперидоном, карбамазепином и дезипрамином. Авторы, однако, предупреждают, что при назначении леветирацетама не следует отменять предшествующую терапию (Rugino, Samsoc, 2002).

Учитывая особую роль эпилептической дисфункции мозга в развитии аутизма, леветирацетам может с успехом использоваться у данной категории больных (Зенков, 2006). Кроме того, положительный эффект леветирацетама в отношении когнитивных и, в частности, речевых функций делает его препаратом выбора у пациентов с трудностями обучения, задержкой развития, нарушениями речи, психическими расстройствами, при лечении которых отмечается улучшение настроения, внимания, речевых функций, сна, аппетита, ясности сознания, поведения, исчезает психотическая симптоматика (Jain et al., 2000; Bell et al., 2003; Tan et al., 2004; Khalafalla et al., 2005).

Леветирацетам по своей химической структуре является аналогом пирарцетама. Он не оказывает негативного влияния на когнитивные функции, а в ряде случаев ему присущ стимулирующий эффект. В отличие от некоторых других ПЭП, леветирацетам не влияет на концентрацию других препаратов, поэтому добавление к нему медикаментов не вызывает клинически значимых колебаний их концентрации в плазме крови. Данная положительная характеристика леветирацетама связана с тем, что его метаболизм не зависит от печеночного цитохрома P450, кроме того, препарат не стимулирует микросомальные ферменты печени. Известно, что леветирацетам не оказывает влияния на концентрацию

рисперидона – основного средства для лечения аутизма у детей. Учитывая данные об эффективности леветирацетама при некоторых симптомах РДА (таблица), была поставлена цель оценить клиническую эффективность совместного применения рисперидона и леветирацетама у детей с РДА.

В Днепропетровской клинической психиатрической больнице в детском отделении лечение рисперидоном в сочетании с леветирацетамом (левицитам, ООО «Фарма Старт») прошли 17 детей с аутизмом в возрасте от 4 до 10 лет. Обязательным условием назначения препаратов, как раствора рисперидона, так и леветирацетама, было предоставление письменного информированного согласия родителей ребенка на каждый препарат.

Рекомендуемый режим дозирования леветирацетама и титрования его доз у детей несколько отличается от такового у взрослых. Так, если ребенок весит от 20 до 40 кг, то одновременно назначается по 250 мг леветирацетама два раза в сутки, затем в течение 3-4-й недели – по 500 мг дважды в сутки и если необходимо – далее по 750 мг два раза в сутки. Уже на первой терапевтической дозе 500 мг/сут часто имеет место клинический эффект в виде уменьшения соматовегетативной недостаточности, аффективных проявлений, улучшения настроения при нейролептической депрессии, то есть стартовая доза препарата может оказаться терапевтической.

Рисперидон назначался в дозах 0,5-1,5 мг/сут у детей до 6 лет и 1,0-2,5 мг/сут у детей старше 6 лет.

Ниже приводится описание двух клинических случаев совместного применения рисперидона и леветирацетама у детей с РДА.

Клинический случай 1. Пациент А., 2006 г. р., мужского пола. Наследственную отягощенность психическими расстройствами родители отрицали. Мать – с высшим педагогическим образованием, по характеру активная, деятельная. Отец – специалист по компьютерному программному обеспечению, необщительный. Старший брат пациента в раннем детстве испытывал страхи, которые впоследствии редуцировались. Беременность у матери и перинатальный период мальчика протекали благополучно, родился доношенным с весом 3400 кг, закричал сразу, состояние по шкале Апгар оценено в 9-10 баллов. В период новорожденности патологических состояний не отмечено. На грудном вскармливании находился до года. В развитии от сверстников не отставал.

К двум годам мать заметила, что сын пользуется речью для общения только с ней и старшим братом. Наряду с избирательностью в общении появились такие симптомы, как нарушение сна, избирательность в еде. Ребенок был отдан в детский сад, где воспитателей также беспокоило отсутствие вербального контакта с ними и с другими детьми при сохранности невербальных средств коммуникативной деятельности (жесты, мимика, поза, игровое поведение) и реакции на них. Мать прилагала все усилия к социализации ребенка, уделяя ему достаточно времени для воспитания и развития, однако настоятельные уверения

воспитателей «он не такой, как все» заставили ее обратиться к детскому психиатру. Занятия с частным психологом также не дали эффекта, мальчик выполнял все задания правильно, но общение проходило на невербальном уровне.

К пяти годам ребенок освоил чтение, счет и письмо. В шесть лет мальчик прошел психотерапевтический курс стационарного лечения, где применялась методика психофизиологического (тактильного) воздействия – без эффекта. Затем был госпитализирован в детское отделение Днепропетровской областной психиатрической больницы, где находился вместе с мамой. При поступлении: охотно выполнял невербальные инструкции. Зрительный контакт устанавливал на короткое время. Эмоциональные реакции слабо дифференцированы. Соматический и неврологический статусы без особенностей. Клинические лабораторные анализы – без патологических изменений. По результатам психологического обследования, показатели невербального интеллекта – 86. По шкале РДА – 34 балла (средняя степень аутизации). На энцефалограмме – повышение интенсивности волн медленных диапазонов в лобных отделах. В отделении быстро адаптировался к режиму и детскому коллективу. Выполнял все инструкции медперсонала, но речью при этом не пользовался, поведение носило строго стереотипный характер и не менялось. Учитывая данные клинического и психолого-патологического обследования, состояние было расценено как высокофункциональный аутизм.

Согласно клиническим протоколам лечения аутизма, пациенту был назначен рисперидон в растворе для питья в дозе 0,5 мг/сут. Из немедикаментозных методов лечения проводился тренинг коммуникативных навыков, эмоций и социальных навыков. На третьей неделе терапии в состоянии мальчика начала проявляться положительная динамика – появились эмоциональные реакции, соответствующие ситуациям. Спустя один месяц лечения рисперидоном пациент начал разговаривать и описывать окружающее во время прогулок по городу с матерью, в общественном транспорте обращался к пассажирам, на улице – к прохожим. Однако соматовегетативная недостаточность сохранялась, в связи с чем был назначен леветирацетам в дозе 500 мг/сут. Через два месяца лечения у ребенка нормализовался сон, улучшился аппетит. Спустя четыре месяца после начала терапии мальчик пошел в первый класс. В школе пел на линейке и общался с учителем. С программой обучения справлялся отлично, замечаний преподавателей о каких-либо «проблемах в общении» не было.

Клинический случай 2. Пациент Е., 2005 г. р., женского пола, от первой беременности, первых родов. Беременность протекала на фоне токсикоза в 1-й половине и угрозы прерывания в сроке трех месяцев. Роды срочные, вес при рождении – 3500 кг, оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей. Раннее развитие: 3 месяца – держит голову, 7 месяцев – сидит, 1 год – ходит, первые слова – до года. Затем ребенок замолчал,

в 3 года появлялись целые предложения, отставленные во времени, иногда речь была в виде фонограммы, ребенок постоянно бегал по кругу, гипердинамичен, в речи отмечены эхоталии. Навыки самообслуживания привиты частично, опрятности – в полном объеме.

В 2008 г. при первом обращении к психиатру девочку обследовали в детском отделении ДКПБ, был выставлен диагноз «детский аутизм». Клинические лабораторные анализы – без патологических изменений. По результатам психологического обследования, показатели невербального интеллекта – 76. По шкале РДА – 43 балла (тяжелая степень аутизации). Отмечены умеренные изменения ЭЭГ с преобладанием островолновой активности, признаки ирритации нейронов.

Лечение начиналось с монотерапии раствором рисперидона. Титрование рисперидона проводилось согласно клиническим протоколам, до дозы 1,5 мг/сут. На фоне проводимого лечения и психолого-педагогической реабилитации ребенок обучался во вспомогательной школе, в течение 5 дней находился в интернате. Осенью 2012 г. появились раздражительность, расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, которые не поддавались лечению рисперидоном. Был назначен левитирацетам в дозе 20 мг/кг/сут, разделенной на два приема, под контролем клинической и ЭЭГ-картины. Совместный прием рисперидона и левитирацетама в течение трех месяцев привел к нормализации сна и аппетита. При нейропсихологическом обследовании отмечено улучшение внимания, произвольной регуляции поведения и настроения, уменьшение раздражительности, вялости, утомляемости, повышение подвижности и активности. Описанные изменения создали предпосылки для психологической коррекции изолированных нарушений высших психических функций и улучшения школьной успеваемости. Ребенок окончил 3 класса, перешел в 4-й.

Опыт работы детским психиатром показал, что достаточно крупной терапевтической мишенью является комплекс «возрастных» симптомов, сопутствующих специфической симптоматике РДА, которые требуют различных подходов к назначению медикаментозного лечения. Тактика ведения таких пациентов может быть следующей.

1. У детей первых трех лет жизни неспецифические проявления аутизма связаны с соматовегетативной недостаточностью: отмечаются нарушения сна в виде сокращения продолжительности и уменьшения его глубины, прерывистости, затрудненного засыпания, стойкие расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, общее беспокойство и беспричинный плач (Башина, 1974). В этом случае возможно назначение левитирацетама в дозе 250 мг дважды в сутки с последующим увеличением до 500 мг два раза в сутки на 3-4-й неделе терапии.

2. В раннем возрасте дети часто бывают равнодушными к близким, не дают адекватной эмоциональной реакции на их появление и уход. Стойкий симптом тождества, страх новизны, достигающий значительной

интенсивности, можно считать проявлением болезненно обостренного инстинкта самосохранения (Ковалев, 1979). В данном случае возможно сочетание левитирацетама с антидепрессантами, в частности с сертралином в дозе 25-30 мг/сут.

3. Однообразное поведение, когда дети с расстройствами спектра аутизма могут часами совершать одни и те же действия (стереотипные игры), интерес к предметам, не имеющим обычно игрового назначения, является выражением особой одержимости. Все это можно рассматривать как эволютивный рудимент сверхценных образований. Медикаментозная терапия проводится раствором рисперидона в дозах 0,5-1,5 мг/сут у детей до 6 лет и 1,0-2,5 мг/сут у детей после 6 лет.

4. У детей с аутизмом отмечаются нарушения формирования экспрессивной речи и главным образом недостаточность коммуникативной функции речи. Дети редко активно обращаются с вопросами, часто не отвечают на обращенные к ним вопросы или дают односторонние ответы. В то же время могут иметь место достаточно развитая «автономная речь», разговор с самим собой, отставленное дословное воспроизведение ранее услышанного в виде фонограммы (Nissen, 1974). Тактика лечения состоит в назначении рисперидона в виде раствора в дозах 0,5-1,5 мг/сут у детей до 6 лет и 1-2,5 мг/сут у детей после 6 лет (согласно клиническому протоколу лечения аутизма).

5. Аффективные проявления у детей раннего и дошкольного возраста бедны, однообразны, своеобразным эквивалентом положительных аффективных переживаний могут быть стереотипные движения (подпрыгивания, потряхивания кистями рук и др.). Двигательные стереотипии расцениваются как патологические образования и подлежат терапевтическому снятию. Их медикаментозная ликвидация целесообразна тогда, когда они достигают уровня насильственности, тяжелой одержимости, препятствуют целенаправленной деятельности и осуществлению коррекции. Тактика лечения – комбинированная терапия рисперидоном и левитирацетамом в дозах, описанных выше.

6. Через фабулу патологических фантазий психологу и педагогу облегчается вход в эмоциональный контакт с ребенком, в совместную деятельность, прежде всего, игру. В дальнейшем направленное специалистом видоизменение сюжета такой фантазии поможет ему постепенно «развернуть» интересы ребенка на окружающий его мир. Если работа психолога и педагога не дают результатов, подключается медикаментозная терапия. Назначается рисперидон в растворе согласно клиническому протоколу лечения аутизма.

7. При психопатоподобных проявлениях, агрессивных высказываниях и действиях, аутоагрессии показаны нейролептические препараты. Однако нередко агрессия ребенка с аутизмом обусловлена психогенно, как реакция на обиду, ущемление, как попытка самоутверждения в ответ на чувство собственной неполноценности. Назначение нейролептиков в этом случае малоэффективно. Более результативным является комбинированное лечение – назначение карбамазепина с рисперидоном. Доза рисперидона составляет 0,5-1,5 мг/сут,

а карбамазепина – 20-60 мг/сут, повышать которую следует на 20-60 мг через день, поддерживающая доза – 10-20 мг/кг массы тела в сутки.

8. Под дистимическими расстройствами настроения, трактуемыми как следствие соматической астении, нередко маскируется депрессия, развивающаяся в процессе лечения нейрорепрессантами. Тактика лечения – совместное применение леветирацетама с антидепрессантами (сертралин) в дозах 250-500 мг два раза в сутки и 25-30 мг/сут соответственно.

В детском возрасте очень незначительна разница не только между дозами, вызывающими терапевтический и угнетающий эффект, но и токсическими. Поэтому необходимы осторожность и терпение при наращивании доз, лечение всегда целесообразно начинать с минимальных доз.

Нередко соматические особенности аутичного ребенка оправданно сужают круг применяемых медикаментов. Неблагополучие соматоневрологической почвы повышает вероятность побочных эффектов и осложнений психотропных препаратов, суммирует их неблагоприятные действия. Поэтому при одновременном применении

таких средств следует предельно внимательно наблюдать за ребенком.

Таким образом, антиконвульсанты, в частности леветирацетам, могут рассматриваться как средства для дополнительной терапии лечения РДА в комбинации с атипичными антипсихотиками, например с рисперидоном, у определенной группы пациентов с органической недостаточностью ЦНС. Чрезвычайно значимыми для практического врача являются два аспекта леветирацетама при лечении детей, страдающих аутизмом: он не нарушает функции печени и не оказывает негативного влияния на когнитивные функции пациентов (в частности, на память и внимание). Все сказанное выше делает особенно актуальной задачу индивидуализации терапии при РДА, а также свидетельствует о частой неприемлемости стандартных схем и методик лечения. Лабильность психосоматического статуса ребенка с аутизмом, потребность в частых коррективах терапии указывают на необходимость повышения требований к динамике наблюдений за такими детьми.

①

Аутисты смогут учиться в обычных детсадах

Впервые дети с особыми потребностями могут получить возможность учиться в обычных детских садах. В Верховную Раду подан проект закона о внесении изменений в Закон Украины «О дошкольном образовании» относительно внедрения инклюзивного дошкольного образования. Главным достижением этого документа станет доступность обучения, особенно для аутистов, и возможность обучения по индивидуальной программе. Такая практика позволит ребенку подготовиться к школьному периоду.

Так, директор Фонда помощи детям с аутизмом «Дитина з майбутнім» Л. Рыбченко рассказывает: «Данный законопроект вводит две очень важные для аутистов и других детей с особыми потребностями должности: помощник ребенка и методист по специальному дошкольному образованию. Помощник ребенка закрепляется именно за ребенком и сопровождает его в течение всего времени его пребывания в саду. Это может быть как мама, или любой родственник, так и сторонний специалист, которого подбирает семья ребенка. Методист – это человек, который отвечает за координацию между всеми вовлеченными в обучение специалистами и помогает разрабатывать индивидуальные программы».

В настоящее время закон «О дошкольном образовании» не позволяет детям с

особыми потребностями учиться в обычных садах, только в специальных – для детей с физическими или умственными недостатками, или в отдельных центрах развития. Такая практика фактически изолирует таких детей от общества и затрудняет их взаимодействие с ним. Введение нового законопроекта в действие научит обычных детей понимать особенности других, быть толерантными и равнодушными, ликвидирует проблему социализации особенных детей на ранних стадиях развития.

Министерство образования и науки Украины включило программу для детей с аутизмом «Розквіт» в инструктивно-методические рекомендации по работе в дошкольных учебных заведениях. Соответствующее письмо было разослано по всем управлениям в регионах.

«Главной целью программы является повышение компетенции всех, кто взаимодействует с детьми с аутизмом», – считает автор программы Т. Скрыпник. По ее словам, на разработку документа ушло более двух лет. Но программа вряд ли была бы так оперативно рассмотрена и утверждена на уровне Министерства, если бы не активная позиция общества. Именно в этом году родители детей с аутизмом, общественные организации и вся экспертная среда провели серию публичных мероприятий и продемонстрировали обществу, что аутисты

обучаемы и могут вести нормальную жизнь среди обычных людей.

Л. Рыбченко утверждает, что эксперты уже давно работают над различными документами, которые позволили бы решить главную проблему для маленьких аутистов – обучить воспитателей, как с ними общаться и работать. Однако только сейчас удалось настолько привлечь внимание к проблеме, что Министерство всерьез занялось внедрением необходимых программ».

При разработке комплексной программы развития детей дошкольного возраста с аутизмом «Розквіт» особое внимание было уделено прикладным аспектам работы с особенными детьми. «Это не требования, это – подсказки, комментарии, как взаимодействовать с ребенком, как правильно его развивать. Ведь мы уверены, что самое главное – это не изолировать, а создать необходимые условия и подходы к детям с аутизмом», – считает Т. Скрыпник.

Напомним, что в апреле 2013 г. во дворе Министерства образования и науки Украины Фонд «Дитина з майбутнім» организовал акцию «Аутисты должны учиться в школе!», на которой общественные организации, родители и их дети требовали право на образование в стенах обычных школ.

www.cwf.com.ua