

Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 15 червня 2015 р. № 341

В уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)», розробленому з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядаються особливості проведення діагностики та лікування РАС в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованих КН «Аутизм у дітей» та «Аутизм у дорослих», які ґрунтуються на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у КН – третинних джерелах, а саме:

1. NICE CG 128 – Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum, 2011.
2. NICE CG 142 – Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum, 2012.
3. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder, the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues, 2014.
4. Diagnostic criteria for research. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO, 1992.

Для лікування коморбідних станів також використані положення адаптованих КН «Епілепсії», «Депресія (легкий та помірний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом)» та «Рекурентні депресивні розлади».

Ознайомитися з адаптованими КН можна за посиланням www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html.

За формою, структурою і методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: ЛЗПСЛ, лікарі-педіатри, лікарі-психіатри, дитячі лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-неврологи, дитячі лікарі-неврологи, лікарі медичні психологи, а також інші спеціалісти, які надають медичну допомогу пацієнтам з РАС: практичні психологи та корекційні педагоги.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації, у ЗОЗ має бути наявний ЛПМД, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

Перелік скорочень, що використовуються у протоколі (в алфавітному порядку)

ADI-R – напівструктуроване інтерв'ю з батьками	PEP-3 – психоедукативний профіль, 3-тє видання
ADOS – напівструктуроване оцінювання аутистичних форм поведінки	PLS – шкала мовленнєвого розвитку для дошкільного віку
AGREE – опитувальник з експертизи та атестації керівництв	PRE-CELF – доклінічна оцінка передумов мовленнєвого розвитку
ASDS – опитувальник з оцінки розладів аутистичного спектра	RDLS – шкала Рейнела для оцінювання мовленнєвого розвитку
ASQ – опитувальник «Коефіцієнт розладів аутистичного спектра»	ROWPVT – тест для оцінювання сформованості словника розуміння мовлення
ASQ:SE – опитувальник для визначення соціально-емоційного розвитку	SBT-4 – тест Стенфорд – Біне, 4-те видання
BOS – ознакосклад для спостереження над поведінкою	SCQ – шкали самостійної поведінки, переглянуті
BSID-II – шкала Бейлі для оцінювання розвитку малюків, II видання	SIB-R – опитувальник із соціальної комунікації
CARS-2 – дитяча рейтингова шкала аутизму	SICD-R – послідовний кадастр комунікативного розвитку, переглянутий
CASD – дитячий тест розладів аутистичного спектра	WPPSI-IV – шкала Векслера для дошкільного та початкового шкільного віку
CAST – опитувальник розладів аутистичного спектра	ВМД – вторинна медична допомога
CHAT – список контрольних питань для діагностики аутизму у дітей	ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
DSM – посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів	КМП – клінічний маршрут пацієнтів
EOS – ознакосклад для етологічного аналізу поведінки	КН – клінічна настанова
EOWPVT – тест для оцінювання сформованості словника експресивного мовлення	ЛЗПСЛ – лікар загальної практики – сімейний лікар
KABC – батарея оціночних тестів для дітей Кауфмана	ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги
M-CHAT – модифікований список контрольних питань для діагностики аутизму у дітей раннього віку	МКХ-10 – міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (10-те видання)
M-P-R – розширена шкала Мерріл-Палмер для оцінки розвитку немовлят та дітей раннього віку	МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України
MSEL – шкала Маллен для оцінювання передумов формування шкільних навичок	НАПН України – Національна академія педагогічних наук України
	ПМД – первинна медична допомога
	РАС – розлади аутистичного спектра
	РЗР – розлади загального розвитку
	ТМД – третинна медична допомога
	УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: аутизм.

1.2. Код МКХ-10: загальні розлади психологічного розвитку (F84):

- дитячий аутизм (F84.0);
- атипичний аутизм (F84.1);
- інший дезінтеграційний розлад у дитячому віці (F84.3);
- гіперактивний розлад, асоційований з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4);
- синдром Аспергера (F84.5);
- інші загальні розлади розвитку (F84.8);
- загальний розлад розвитку, неуточнений (F84.9).

1.3. Протокол призначений для ЛЗПСЛ, лікарів-педіатрів, дитячих лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів, лікарів-терапевтів, лікарів-неврологів, дитячих лікарів-неврологів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів, корекційних педагогів, медичних сестер загальної практики – сімейної медицини та інших спеціалістів, які надають медичну допомогу пацієнтам з РАС.

1.4. Мета протоколу.

1.4.1. Впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, у процес надання медичної допомоги пацієнтам з РАС.

1.4.2. Забезпечення якості, ефективності й рівних можливостей доступу до медичної допомоги особам із РАС.

1.4.3. Встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з РАС відповідно до КН з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги, традицій клінічної практики й економічної ситуації в країні.

1.4.4. Обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання первинної, вторинної, третинної медичної допомоги й медичної реабілітації пацієнтам з РАС (наявність обладнання, інструментарію та інших ресурсів).

1.4.5. Покращання якості життя пацієнтів з РАС.

1.5. Дата складання протоколу: травень, 2015 р.

1.6. Дата наступного перегляду: травень, 2018 р.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Коломейчук В.М., в.о. директора Департаменту медичної допомоги МОЗ України, голова робочої групи.

Хотина С.Г., директор Департаменту медичної допомоги МОЗ України до 01.04.2015 р., голова робочої групи.

Хобзей М.К., директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України до 19.05.2014 р., д.мед.н., професор, голова робочої групи.

Марценковський І.А., завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, доцент кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «дитяча психіатрія» (відповідно до наказу МОЗ України від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами), заступник голови робочої групи з клінічних питань у дітей.

Пінчук І.Я., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «наркологія та психіатрія» (відповідно до наказу МОЗ України від 25.03.2015 р. № 83-к), заступник голови з клінічних питань у дорослих.

Ліщишина О.М., директор Департаменту стандартизації медичних послуг державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.с., заступник голови робочої групи з методології.

Бекетова Г.В., завідувач кафедри дитячих та підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «педіатрія» (відповідно до наказу МОЗ України від 18.09.2014 р. № 482-к).

Бурлачук Л.Ф., завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка, член НАПН України, д.психол.н., професор.

Бурлачук О.Л., генеральний директор першого Українського видавництва психологічних тестів «ОС України».

Волосовець І.П., головний спеціаліст відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги МОЗ України;

Горова Е.В., начальник відділу з питань якості надання медичної допомоги МОЗ України.

Гречанина О.Я., професор кафедри медичної генетики Харківського національного медичного університету, директор Харківського спеціалізованого медико-генетичного центру, д.мед.н., член-кореспондент НАМН України, академік Української екологічної академії наук.

Гречанина Ю.Б., завідувач кафедри медичної генетики Харківського національного медичного університету, д.мед.н.

Лерман Н.Г., завідувач Андріївської медичної амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, ЛЗПСЛ комунального закладу «Макарівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Макарівського району Київської області.

Мартинюк В.Ю., директор Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України, к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «дитяча неврологія» (відповідно до наказу МОЗ України від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами).

Марценковська І.І., провідний науковий співробітник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н., ст.н.с.

Матвієць Л.Г., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.

Матюха Л.Ф., завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «загальна практика – сімейна медицина» (відповідно до наказу МОЗ України від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами).

Мостовенко Р.В., завідувач дитячого інфекційного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України спеціальності за фахом «педіатрія» (відповідно до наказу МОЗ України від 10.12.2012 р. № 526-к).

Пилягіна Г.Я., завідувач кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор.

Пішель В.Я., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор.

Рибченко Л.К., аспірант Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.

Скритник Т.В., завідувач лабораторії корекції розвитку дитини з аутизмом Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, д.психол.н., ст.н.с.

Солодуха Б.М., лікар-педіатр дільничний центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 амбулаторії загальної практики – сімейної медицини № 3 Голосіївського району м. Києва.

Степаненко А.В., професор кафедри Української військово-медичної академії МЗС України, заступник голови Центрального формулярного комітету МОЗ України, д.мед.н., професор.

Стратович Ю.О., дитячий лікар-психіатр Центру дитячої психіатрії і неврології «Меділекс», завідувач відділення № 9 Донецької обласної психіатричної лікарні № 1.

Терещенко Л.С., начальник відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги МОЗ України.

Фільц О.О., професор кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, головний лікар Львівської обласної психіатричної лікарні, д.мед.н., професор.

Хаустова О.О., завідувач відділу психічних розладів похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор.

Яценко Ю.Б., завідувач наукового відділу організації медичної допомоги державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, професор кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «педіатрія» (відповідно до наказу МОЗ України від 25.03.2015 р. № 83-к).

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Є.Л., начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.

Мельник Є.О., начальник відділу доказової медицини державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Черницька М.В., експерт відділу доказової медицини державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Шилкіна О.О., начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування

Департамент стандартизації медичних послуг державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ; електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua. Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: www.moz.gov.ua та на сайті www.dec.gov.ua.

Рецензенти

Кожина Г.М., завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, академік Академії наук вищої освіти України, лікар-психіатр вищої категорії, д.мед.н., професор.

Глузман С.Ф., президент Асоціації психіатрів України.

Уррін Д. (Ougrin D.), лікар-консультант клініки Модслі, Лондон, Великобританія, викладач кафедри дитячої психіатрії Інституту психіатрії Королівського коледжу Лондона, член Королівського коледжу психіатрів (Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, Course Leader, MSc in Child and Adolescent Mental Health, Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, MBBS, MRCPsych, PGDip (Oxon), PhD).

1.8. Коротка епідеміологічна інформація.

Згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України, за п'ять років – з 2009 по 2013 рр. – захворюваність на РАС зросла на 194%: з 0,55 до 1,61 на 100 тис. дитячого населення. Показник первинної захворюваності стабільно збільшувався з 2006 р.: 2007 р. – на 28,2%, 2008 р. – 32,0%, 2009 р. – 27,2%, 2010 р. – 35,7%, 2011 р. – 21,2%, 2012 р. – 25,3%. Поширеність РАС у дитячій популяції за ці роки зросла в 2,84 раза, з 17,0 до 48,2 на 100 тис. населення. Незважаючи на значне зростання, абсолютні показники поширеності РАС в Україні залишаються істотно нижчими, ніж у США та країнах Європи. На частку Донецької, Запорізької, Львівської, Харківської областей та міста Києва припадало 53,1% первинно діагностованих 2013 р. випадків захворювання, тоді як на Волинську, Житомирську, Закарпатську, Луганську, Рівненську, Сумську, Тернопільську, Черкаську, Чернігівську області та місто Севастополь – тільки 13,5%. Це дозволяє прогнозувати швидке зростання поширеності РАС на тлі покращання діагностики та впровадження у клінічну практику сучасних діагностичних процедур.

РАС значною мірою пов'язані з низкою коморбідних психічних розладів та медичних станів. На основі епідеміологічних даних приблизно у 50% осіб з РАС спостерігалася тяжка та глибока розумова відсталість, у 35% – легка/помірна інтелектуальна недостатність, а решта 15% розвивалася відповідно до вікових норм.

Поширеність РАС при деяких медичних станах, асоційованих з аутизмом, становить:

- а) інтелектуальна недостатність (27,9-31,0%);
- б) синдром ламкої Х-хромосоми (24-60%);
- в) туберозний склероз (26-79%);
- г) неонатальна енцефалопатія / епілептична енцефалопатія / інфантильні спазми (4-14%);
- г) церебральний параліч (15%);
- д) синдром Дауна (6-15%);
- е) м'язова дистрофія (3-37%);
- є) нейрофіброматоз (4-8%).

II. Загальна частина

Особливості процесу надання медичної допомоги

Термін «аутизм» є загальноживаним скороченим відповідником дефініції «загальні розлади розвитку» (МКХ-10), «розлади аутистичного спектра» (РАС) (DSM-V) та застосовуваного в клінічній практиці терміну «первазивні розлади розвитку».

РАС – порушення нейророзвитку, основними особливостями яких згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992) є якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії та спілкування, обмежені, повторювані, стереотипні поведінка, інтереси й заняття.

Основні прояви аутистичної поведінки зазвичай присутні в ранньому дитинстві, але не завжди помітні до виникнення обставин, в яких мають проявлятися більш складні форми соціальної поведінки, наприклад, коли дитина йде в дитячий садок, або до початкової чи середньої школи. З віком, при досягненні повноліття або у період старіння, спостерігається вікова патопластика аутистичних форм поведінки.

Лікування РАС та його ефективність значною мірою залежать від віку пацієнта і тяжкості порушень у тих чи інших психічних сферах, зокрема рівня когнітивного функціонування, розвитку мовлення, рухових функцій, наявності супутніх розладів, дії факторів середовища, таких як сімейна й соціальна ситуація, рівня освіти, охорони здоров'я та соціальної допомоги.

На сьогодні програми, що базуються на поведінковій терапії, спрямовані на поліпшення спілкування батьків з дитиною і акцентовані на розвитку комунікативних та соціальних навичок, мають найбільшу доказову базу і можуть розглядатися як ефективні щонайменш у короткостроковій перспективі.

Застосування лікарських засобів при РАС рекомендоване для усунення агресивної, аутоагресивної, руйнівної, повторюваної поведінки, порушень активності та уваги, коморбідних депресивного, біполярного, тривожного, obsесивно-компульсивного розладів і коморбідних епілепсій.

Таким чином, при РАС насамперед можуть бути рекомендовані:

- а) спеціальні програми навчання, застосовувані якомога в більш ранньому віці, акцентовані на соціалізації, нав'язуванні комунікації, формуванні передумов шкільних навичок з подальшою академічною освітою та адаптивною поведінки, реалізовані в найменш обмеженій обстановці співробітниками, що ознайомлені як з особливостями аутизму, так і з особистими характеристиками пацієнта;
- б) психоосвітні програми на макро- і мікросоціальному рівнях, що забезпечують хорошу інформованість населення та супроводжуються наданням підтримки суспільством і міжвідомчими службами, які повинні допомагати людям з РАС реалізувати свій потенціал;
- в) забезпечення доступності повного спектра психологічних і медичних послуг, адаптованих до потреб осіб з РАС.

III. Основна частина

3.1. Для закладів, що надають ПМД (табл. 3.1.).

3.2. Для закладів, що надають ВМД (спеціалізовану) та ТМД (високоспеціалізовану) (табл. 3.2.).

Таблиця 3.1. Для закладів, що надають ПМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>1. Первинна профілактика</p>	<p>Первинна профілактика включає проведення скринінгу будь-яких порушень розвитку та рекомендації, скеровані на їх корекцію шляхом організації ранніх втручань. Ранні інтервенції, спрямовані на корекцію порушень розвитку, позитивно впливають на прогноз загального розвитку та рівень соціального функціонування осіб з PAC</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведення моніторингу психомоторного розвитку дитини до 3 років, яка має фактори ризику порушень психомоторного розвитку згідно з вимогами клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років, затвердженого наказом МОЗ України від 20.03.2008 р. № 149 2. Проведення психоосвітньої роботи з батьками та членами родин (Додаток 6) 3. Збір інформації про використання альтернативних / додаткових процедур (див. пункт 4.6 розділу IV) 4. Надання консультативної допомоги, координація медико-соціальної допомоги в рамках програм раннього втручання, поведінкових, комунікаційних і освітніх втручань з використанням ресурсів закладів дошкільної та шкільної освіти, реабілітаційних закладів, підпорядкованих центральному органу виконавчої влади у сфері соціальної політики, закладів, створених організаціями споживачів та громадськими організаціями, за рекомендаціями фахівців ЗОЗ, що надають ВМД/ТМД 5. Організація диспансеризації осіб віком старше 40 років, які планують вагітність 6. Медичний супровід дітей зі значущими факторами ризику в сімейному анамнезі (див. пункт 4.1.1 розділу IV), недоношеністю та вродженими вадами розвитку
<p>2. Діагностика при підозрі на PAC</p>	<p>Доведено, що рання діагностика порушень розвитку та їх корекція із застосуванням методів відтвореного онтогенезу позитивно впливає на прогноз та перебіг PAC. Оцінка розвитку дітей раннього віку у разі наявності в дитини визначених факторів ризику, будь-яких порушень розвитку чи захворювань, що мають високий рівень асоціації з PAC, повинна включати проведення спеціального скринінгу притаманних для PAC симптомів. Такий скринінг слід також проводити у старших дітей, якщо порушення соціальної реципрокності та комунікації вперше виявляються в більш пізньому віці, наприклад у дітей з кращим інтелектуальним станом (Додаток 5)</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявлення осіб з групи ризику розвитку PAC, забезпечення моніторингу розвитку зі скеруванням за потреби у ЗОЗ, що надає ВМД, для остаточної діагностики PAC (див. пункт 4.1.1 розділу IV) 2. Виявлення симптомів супутніх соматичних та неврологічних захворювань, асоційованих з PAC (див. пункт 4.1.2 розділу IV, Додаток 2) 3. Проведення спеціального скринінгу для дослідження особливостей первазивного розвитку пацієнта (Додаток 5) 4. Діагностичне оцінювання рівня соціального функціонування хворого і наявності особливих потреб у соціальній підтримці та спеціальній освіті До кожного оцінювання потрібно включати: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Розпитування про побоювання батьків, дитини або молодої особи та осіб, які опікуються дітьми 4.2. Розпитування про умови життя дитини / молодої особи вдома та особливі потреби при отриманні освіти і соціальної допомоги 4.3. Розпитування про первазивні порушення розвитку, динаміку формування повсякденних та соціальних навичок, просоціальної поведінки 5. Комплексне медичне обстеження, спрямоване на виявлення симптомів супутніх захворювань, що включає: <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Фізикальне обстеження 5.2. Обстеження слуху 5.3. Обстеження шкіри лампою Вуда на наявність ознак туберозного склерозу 5.4. Генетичне тестування, яке може включати каріотип G-діапазонів, тестування ламкої X-хромосоми або хромосомної матриці (обов'язкове при синдромі Ретта, в інших випадках за можливості)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3. Лікування	Доведено, що залучення освітніх ресурсів і втручань, акцентованих на соціалізації та нав'язуванні комунікації до процесу лікування осіб з РАС, сприяє соціальній інтеграції, поліпшенню якості життя хворих та їх сімей	Після встановлення діагнозу РАС у ЗОЗ ВМД/ТМД 1. Моніторинг виконання індивідуальних програм реабілітації, призначених спеціалістами 2. Моніторинг фармакологічного лікування, призначеного спеціалістами, побічних ефектів та ускладнень 3. Симптоматична допомога згідно з відповідними медико-технологічними документами
4. Диспансерне спостереження	Пацієнти з РАС підлягають диспансеризації у ЗОЗ, що надають ПМД. Диспансеризація спрямована на нівелювання факторів ризику несприятливого перебігу РАС, виявлення та терапію супутніх загальносоматичних захворювань	Обов'язкові 1. Моніторинг асоційованих з РАС захворювань згідно з пунктом 4.1.2 розділу IV 2. Скерування до організації підтримки сім'ї пацієнта (див. пункт 4.1.3 розділу IV)

Таблиця 3.2. Для закладів, що надають ВМД (спеціалізовану) та ТМД (високоспеціалізовану)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Вторинна профілактика	Вторинна профілактика включає рекомендації, скеровані на створення умов для забезпечення сприятливого перебігу захворювання, зменшення його стигматизуючого впливу на пацієнта та членів його родини, а також рекомендації щодо психологічних, освітніх втручань і соціальної підтримки	Обов'язкові 1. Надання рекомендацій з диспансерного спостереження у ЗОЗ, що надає ПМД 2. Проведення психосоціальної роботи з батьками та членами родин (Додаток 6)
2. Діагностика	Для РАС притаманний високий рівень коморбідності з іншими розладами психіки та поведінки (депресивними, тривожними, obsесивно-компульсивними, гіперкінетичними), які ускладнюють діагностику першазвичайних порушень розвитку. Діагностика РАС у дітей і молодих людей із когнітивного недостатністю, специфічними затримками розвитку мовленнєвих функцій, шкільних навичок та рухових функцій ускладнена, тому що вони можуть діагностуватися як самостійні розлади і бути ознаками, що визначають структуру аутистичного розладу. Ознаки та симптоми повинні бути розглянуті з огляду на ментальний, а не біологічний вік дитини. Раннє розпізнавання РАС та формулювання функціонального діагнозу приведе до більш раннього доступу до відповідного принципу наукової доказовості освітнього забезпечення, цілеспрямованого лікування та підтримки дитини і членів родини	1. Встановлення симптомів, пов'язаних з якісними порушеннями соціальної реципрокності, порушеннями комунікації, перцептивними порушеннями і стереотипними формами поведінки, співставлення встановлених симптомів із «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992) та діагностичними критеріями DSM-5, формалізована діагностика РАС із використанням ADI-R і ADOS (див. пункт 4.2.1 розділу IV; Додатки 2, 3) 2. Оцінка тяжкості РАС і динаміки клінічного перебігу в процесі терапії 3. Оцінка особливостей розвитку, відповідності рівня сформованості наслідування, перцепторних, пізнавальних, моторних та мовленнєвих функцій у певному віці за допомогою психодіагностичних інструментаріїв для дослідження першазвичайного розвитку (Додаток 5) 4. Оцінка динаміки психомоторного розвитку та когнітивного функціонування з використанням переліку умінь, що визначають розвиток дитини кожні 6 місяців 5. Застосування спеціально адаптованих інструментаріїв для дослідження першазвичайного розвитку невербального характеру в осіб, в яких українська/російська мови не є рідними (Додаток 5) 6. Оцінка рівня соціальної адаптації (просоціальної поведінки) 7. Диференційна діагностика РАС та специфічних розладів розвитку: мовленнєвих, сенсорних порушень (насамперед глухоти), реактивних розладів прихильності, коморбідних розладів психіки та поведінки, зумовлених органічними ураженнями мозку (див. пункт 4.2.2 розділу IV та Додаток 3)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>3. Лікування 3.1. Медико-соціальна реабілітація</p>	<p>Медико-соціальна реабілітація проводиться командою фахівців, до якої можуть входити лікар-психолог, практичний психолог, корекційний педагог / логопед. Координатором команди є дитячий лікар-психіатр або лікар-психіатр (у разі надання допомоги повнолітнім), які на підставі результатів обстеження пацієнта визначають зміст та обсяг корекційних втручань, межі компетенції інших членів команди. Всі члени команди повинні мати спеціальну підготовку з питань надання медико-соціальної допомоги пацієнтам із РАС</p>	<p>Скерування на спеціальні програми медико-соціальної реабілітації (див. пункт 4.2.3.1 розділу IV)</p>
<p>3.2. Медикаментозне лікування</p>	<p>Медикаментозне лікування призначається пацієнтам з РАС для підвищення ефективності застосування базових освітніх та поведінкових втручань, усунення агресивної (аутоагресивної), компульсивної, повторюваної і стереотипної поведінки, лікування коморбідних розладів (тривожного, депресивного, з дефіцитом уваги та гіперактивністю), диссомнічних порушень. Медикаментозне лікування рекомендоване дітям з РАС, коли є конкретний симптом або супутні захворювання. Поєднання медикаментозного лікування з коригуванням розладів поведінки батьками/опікунами більш ефективно, ніж лише фармакотерапія і має більшу ефективність для впливу на рівень адаптивного функціонування</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рисперидон і арипіпразол рекомендовані для лікування дратівливості, агресивної та руйнівної поведінки 2. Для лікування порушень активності та уваги у дітей з 5-річного віку рекомендовані метилфенідат (зокрема з уповільненим вивільненням речовини) та атомоксетин 3. Для лікування стереотипної та повторюваної поведінки у підлітків старше 14 років і дорослих рекомендовані селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну 4. При депресивних та тривожних розладах у дітей з 5 років рекомендовані сертралін і флуоксетин, з 14 років – циталопрам та есциталопрам 5. При коморбідних епілепсіях рекомендоване призначення вальпроєвої кислоти, леветирацетаму, ламотриджину і топірамату <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Вальпроєва кислота рекомендована як препарат першої лінії вибору за наявності коморбідних поведінкових розладів, не асоційованих з дефіцитом уваги та гіперактивністю, а також при коморбідних біполярних депресіях, маніакальних і змішаних станах 5.2. Топірамат рекомендований для моно- та політерапії з вальпроєвою кислотою у дітей з епілептичними енцефалопатіями (синдромами Веста, Леннокса – Гасто), резистентних епілепсіях 5.3. Ламотриджин та леветирацетам рекомендовані за наявності у хворих на коморбідні епілепсії тяжких порушень активності й уваги 5.4. Ламотриджин рекомендований при лікуванні коморбідної рекурентної депресії
<p>3.3. Дієтичне лікування</p>	<p>Передумовою введення дієтичного лікування є відсутність у дитини ригідних харчових уподобань</p>	<p>Призначення дієтичного лікування (див. пункти 4.2.3.3 та 4.3.2 розділу IV)</p>
<p>4. Госпіталізація</p>	<p>Спеціалізована допомога пацієнтам з РАС надається переважно в амбулаторних умовах, за винятком випадків, передбачених Порядком надання психіатричної допомоги дітям, затвердженим наказом МОЗ України від 18.05.2013 р. № 400</p>	<p>Госпіталізація пацієнтів з РАС для надання стаціонарної допомоги у ЗОЗ, що надають ВМД/ТМД, згідно з відповідними медико-технологічними документами</p>

IV. Опис етапів медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам з РАС розподіляється на первинну, вторинну та третинну.

4.1. Первинна медична допомога

ПМД пацієнтам з РАС надається ЛЗПСЛ, лікарями-педіатрами, які мають спеціальну підготовку та підтвердили свою кваліфікацію в установленому законодавством порядку, медичними сестрами.

ПМД пацієнтам з РАС надається у ЗОЗ, що надають ПМД (медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги):

А) Забезпечується проведення скринінгу розвитку та встановлення затримок розвитку під час планових профілактичних оглядів у 9, 18, 24 і 36 місяців і додаткового спеціального скринінгу на РАС у 24 або 30 місяців.

Допустимий термін вперше виявленого відставання у психомоторному розвитку:

- а) на 1 місяць у віці до 12 місяців;
- б) на 3 місяці у віці до 24 місяців;
- в) на 6 місяців у віці до 36 місяців.

У разі виявлення відставання у психомоторному розвитку необхідно провести консультування батьків/опікунів щодо догляду за дитиною з метою розвитку психомоторних навичок та призначити огляд дитини в динаміці з повторною оцінкою психомоторного розвитку. Термін повторного огляду визначає лікар. За відсутності позитивної динаміки при повторній оцінці психомоторного розвитку призначається консультація дитячого лікаря-невролога.

Б) Застосування спеціальних скринінгових інструментаріїв. Інструменти скринінгу заповнюються лікарями та медичними сестрами закладів ПМД згідно з графіком профілактичних оглядів дитини. Додатковий спеціальний скринінг на РАС проводиться у дітей в 24 або 36 місяців за наявності у дитини визначених факторів ризику, будь-яких порушень розвитку чи захворювань, що мають високий рівень асоціації з РАС. Спеціальний скринінг також проводиться у старших дітей, якщо порушення соціальної реципрокності та комунікації вперше виявляються в більш пізньому віці, наприклад у дітей з кращим інтелектуальним станом.

В) Моніторинг допомоги в рамках програм раннього втручання з використанням методології відтвореного онтогенезу інших медико-соціальних та поведінкових втручань. ЛЗПСЛ має проінформувати родину щодо доцільних, основаних на доказах структурованих освітніх та поведінкових втручань у пацієнтів з РАС, які зазначені в адаптованих КН «Аутизм у дітей» та «Аутизм у дорослих». При цьому слід спиратися на наявні ресурси закладів дошкільної та шкільної освіти, реабілітаційних закладів, підпорядкованих центральному органу виконавчої влади у сфері соціальної політики, створених організаціями споживачів і громадськими організаціями (Додаток 4).

4.1.1. Первинна профілактика та рання діагностика.

Первинна профілактика та рання діагностика мають бути скеровані на дітей з найбільш значущими факторами ризику розвитку РАС:

- а) наявність сибсів з РАС;
- б) наявність сибсів з іншими формами порушень психічного та моторного розвитку;
- в) наявність шизофренії (інших психічних розладів) у сімейному анамнезі;
- г) наявність афективного розладу в сімейному анамнезі;
- ґ) наявність інших психічних або поведінкових розладів у сімейному анамнезі;
- д) вік матері більш ніж 40 років;
- е) вік батька більш ніж 40 років;
- є) вага при народженні менш ніж 2500 г;
- ж) недоношеність (вік гестації до 35 тижнів);
- з) реанімаційні дії у період новонародженості;
- и) наявність вроджених вад розвитку;

- і) чоловіча стать;
- ї) загроза абортів в термін менш ніж 20 тижнів;
- й) проживання у великих містах;
- к) проживання в передмісті великих міст.

Дітям з РАС проводиться комплексне медичне обстеження, спрямоване на виявлення симптомів супутніх захворювань, які можуть мати причинно-наслідковий зв'язок з РЗР. Поширеність РАС при деяких медичних станах, асоційованих з аутизмом, наведена у розділі 1.8.

4.1.2. Виявлення шкірних стигм та аномалій розвитку при асоційованих з РАС захворюваннях.

Особливу увагу необхідно приділяти виявленню шкірних стигм нейрофіброматозу, туберозного склерозу, стигм дизембріогенезу та аномалій розвитку, в тому числі мікро- і макроцефалії.

При туберозному склерозі й гіпомеланозі (розладах, які трапляються в 6-10% усіх випадків первазивних порушень розвитку) невеликі або великі ділянки шкіри мають депігментацію – білі плями, позбавлені пігменту. При туберозному склерозі існують додаткові порушення шкіри, деякі з них розвиваються тільки в шкільному віці. Вузлові висипання, наприклад від коричнево-червоних до пурпурних з твердими папулами, поширюються в області носа і щік та можуть, принаймні на ранніх стадіях, бути сприйняті за звичайну вугрову висипку. Зазвичай РАС при туберозному склерозі має більш тяжкі клінічні прояви: пацієнти характеризуються тяжкою замкнутістю, своєрідним «пронизливим» поглядом і сильною дратівливістю. Напади гніву й вибухи гіперактивності часто супроводжуються нанесенням самошкоджень. Частота епілептичних нападів при цьому синдромі є винятково високою. Розумова відсталість – часто тяжка або глибока.

При нейрофіброматозі на шкірі можуть з'являтися пухирці (пухлини) темного кольору, велика кількість безбарвних і кавових плям (так званих кавово-молочних плям), зміни в кістках щелепи тощо.

Більшість шкірних змін не потребує терапевтичного втручання.

Деякі випадки РАС, асоційовані з синдромом Ретта і генним поліморфізмом по 15-й хромосомі, зазвичай супроводжуються порушеннями постави: сколіозом або кіфозом. Починаючи з підліткового віку порушення постави можуть ставати настільки важкими, що потребують ортопедичного лікування та можуть призвести до інвалідизації.

У пацієнтів з синдромом М'юбіуса середнього і легкого ступеня часто спостерігаються анатомічні аномалії верхніх та нижніх кінцівок. Ця патологія може призвести до значних порушень дрібної моторики й координації рухів. Причиною затримки формування моторних навичок при РАС можуть бути також диспраксічні порушення.

У пацієнтів з РАС, асоційованими із синдромом ламкої Х-хромосоми, часто спостерігаються м'язова гіпотонія і висока розтяжність м'язово-зв'язкового апарату, що веде до надмірної гнучкості суглобів. Можуть відзначатися порушення формування вторинних статевих ознак. Підлітки і дорослі чоловіки із синдромом ламкої Х-хромосоми зазвичай мають зовнішні геніталії (особливо тестікули) значно більше фізіологічної норми. Пацієнти з іншими хромосомними порушеннями (XXY-синдромом, синдромом Прадера – Віллі), навпаки, можуть мати зовнішні геніталії дуже маленьких розмірів. В обох варіантах порушень це може супроводжуватися стигматизуючим косметичним дефектом та бути причиною травматичних переживань.

Усі діти з РАС повинні пройти медичну оцінку, яка зазвичай включає фізикальне обстеження, аудіометрію, обстеження лампою Вуда на наявність ознак туберозного склерозу, а також, за можливості, генетичне тестування, яке може включати каріотип G-діапазонів і тестування ламкої Х-хромосоми або хромосомної матриці.

Під час загальномедичного обстеження пацієнтів із РАС також необхідно шукати ознаки травм, пов'язаних із самошкодженнями і руйнівною поведінкою. Діти з РАС можуть ставати об'єктами знущання та насильства з боку однолітків і людей, що займаються їх опікою.

4.1.3. Організація ЛЗПСЛ співпраці з родиною.

ЛЗПСЛ організовує співпрацю з родиною, беручи до уваги те, що взаємодія може бути спорадичною.

Для дітей дошкільного віку питання діагностики та дотримання загальної програми лікування, призначеної у ЗОЗ ВМД/ТМД, є найбільш важливими. У дітей шкільного віку більш актуальними є вирішення поведінкових проблем та організація навчання. Для підлітків першочергове значення мають професійно-технічна і професійна підготовка й досягнення максимально можливої самостійності/самодостатності. Для повнолітніх пацієнтів важливим є скерування до місцевих організацій, що надають підтримку особам з особливими потребами за місцем проживання.

У межах цього довгострокового співробітництва батьки/опікуни та сибси дітей з РАС також потребують надання підтримки. Дитина з РАС створює значні проблеми для родини та сибсів. До уваги слід брати підвищений ризик розлучення батьків, соціальну ізоляцію родини внаслідок завантаженості проблемами хворої дитини, зловживання залученням здорових сибсів до надання допомоги хворій дитині, а також зменшення доступності для здорових сибсів до освітніх та культурних можливостей.

4.2. Вторинна (спеціалізована психіатрична) медична допомога пацієнтам із РАС

Остаточна діагностика та лікування РАС в осіб віком до 18 років включно здійснюються дитячим лікарем-психіатром, а в осіб віком з 19 років – лікарем-психіатром у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) психіатричну допомогу.

Спеціалізована психіатрична допомога дітям надається окремо від психіатричної допомоги дорослим переважно в амбулаторних умовах – консультативно-діагностичних підрозділах лікарень, міських дитячих лікарнях, лікарнях відновного лікування, спеціалізованих дитячих медичних центрах, зокрема центрах медичної реабілітації.

Госпіталізація дітей з РАС для надання психіатричної допомоги здійснюється переважно за місцем постійного проживання (перебування) дитини із забезпеченням умов, що виключають тривале позбавлення дитини зв'язків із батьками та іншими законними представниками. Наприклад, застосовують напівстаціонарну терапію та госпіталізацію дитини з одним із батьків виключно у випадках, коли лікування таких дітей неефективне в амбулаторних умовах, вимагає цілодобового спостереження і може супроводжуватися непередбачуваним значним погіршенням стану психічного здоров'я, побічними ефектами та ускладненнями, у разі якщо дитина вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих.

Стаціонарна спеціалізована психіатрична допомога надається у багатопрофільних лікарнях, лікарнях відновного (реабілітаційного), планового лікування та спеціалізованих медичних центрах.

ВМД (спеціалізовану) також можуть надавати дитячі лікарі-психіатри й лікарі-психіатри, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці.

4.2.1. Діагностична програма спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам з РАС.

Діагностика РАС ґрунтується на даних анамнезу, клінічному обстеженні пацієнта, стандартній психіатричній оцінці, а також співбесіді з обстежуваним та особами, що здійснюють догляд (Додаток 1).

Клінічне оцінювання пацієнта має бути спрямоване на виявлення порушень соціальної взаємодії, комунікації, обмеженої повторюваної поведінки та стереотипних рухів. Вік пацієнта і рівень розвитку мають враховуватися при виборі інструментаріїв для дослідження первазивних порушень розвитку пацієнта. Використання спеціальних стандартизованих оціночних процедур (діагностичних інструментаріїв) доповнює, але не замінює клінічне судження.

Дитячі лікарі-психіатри повинні враховувати етнічні, культурні або соціально-економічні фактори, що можуть вплинути на оцінку. Вони також координують відповідну мультидисциплінарну оцінку дітей з РАС.

4.2.1.1. Метою остаточної діагностики РАС є стандартизоване виявлення ознак РАС та співставлення їх із «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992) та діагностичними критеріями DSM-5. Діагностичні критерії DSM-5 використовуються як додаткові. Таке оцінювання забезпечує діагностику РАС з 2 років. Формалізована оцінка проводиться з використанням ADI-R та ADOS (табл. 4.2.1.1).

Таблиця 4.2.1.1. «Дослідницькі діагностичні критерії» МКХ-10 (ВООЗ, 1992)

Загальні розлади психологічного розвитку

Дитячий аутизм (F84.0)

Атиповий аутизм (F84.1)

Атиповість за віком початку (F84.1.10)

Атиповість за симптоматикою (F84.1.11)

Атиповість як за віком початку, так і за симптоматикою (F84.1.12)

Інший дезінтеграційний розлад у дитячому віці (F84.3)

Гіперактивний розлад, асоційований з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4)

Синдром Аспергера (F84.5)

Інші загальні розлади розвитку (F84.8)

Загальний розлад розвитку, неуточнений (F84.9)

Дитячий аутизм (F84.0)

А. Найявність аномального або порушеного розвитку у віці до трьох років принаймні в одній з наступних областей:

- (1) рецептивна або експресивна мова, яка використовується в соціальній комунікації
- (2) розвиток селективних соціальних прихильностей або реципрокної соціальної взаємодії
- (3) функціональна чи символічна гра

Б. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії, що проявляються принаймні в одній з наступних областей:

- (1) нездатність адекватно використовувати зоровий контакт, міміку, положення тіла і жести для регулювання соціальної взаємодії
- (2) нездатність до встановлення (відповідно до розумового віку, незважаючи на наявність сприятливих можливостей) взаємин з однолітками, які включають взаємний обмін інтересами, діяльністю та емоціями
- (3) відсутність соціально-емоційної взаємності, що проявляється порушеною або девіантною реакцією на емоції інших людей, або відсутність модуляції поведінки відповідно до соціальної ситуації, або слабка інтеграція соціальної, емоційної і комунікативної поведінки

В. Якісні порушення у спілкуванні, що проявляються принаймні у двох з наступних областей:

- (1) затримка або повна відсутність розвитку розмовної мови, що не супроводжується спробою компенсувати це за рахунок використання жестикуляції чи міміки як альтернативних способів спілкування (часто цьому передує відсутність комунікативного бурмотіння)
- (2) відносна неспроможність починати або підтримувати взаємний обмін репліками при спілкуванні (при будь-якому рівні володіння мовою), який потребує реципрокного реагування у процесі комунікації з іншою людиною
- (3) стереотипна і повторювана мова або своєрідне використання слів чи фраз
- (4) порушення в силі, наголосі, швидкості, ритмі та інтонації мови

Г. Обмежений набір повторюваних та стереотипних моделей поведінки, інтересів і занять, що проявляється принаймні у двох з наступних областей:

- (1) зосередженість на одному чи більше стереотипних і обмежених інтересах, які аномальні за змістом чи за спрямованістю; або один і більше інтересів, які аномальні за своєю інтенсивністю або обмеженою природою, хоча й не аномальні за змістом або спрямованістю

- (2) очевидне компульсивне дотримання конкретних, нефункціональних процедур або ритуалів
- (3) стереотипні/повторювані рухи руками або пальцями (плескання, викручування) чи складні рухи всього тіла
- (4) зосередженість на частинах предметів або нефункціональних елементах іграшок (запах, фактура поверхні, шум чи вібрації)
- (5) занепокоєння з приводу змін у невеликих, нефункціональних деталях навколишнього середовища

Д. Клінічна картина не може бути пояснена: загальними розладами розвитку інших різновидів; специфічними порушеннями розвитку рецептивної мови (F80.2) з вторинними соціоемоційними проблемами; розладом прихильності: реактивної (F94.1) або за розгальмованим розладом (F94.2); розумовою відсталістю (F70-F72) з деякими асоційованими емоційними чи поведінковими розладами; шизофренією (F20) з незвично раннім початком; синдромом Ретта (F84.2).

Атиповий аутизм (F84.1)

- А. Наявність аномального або порушеного розвитку у віці трьох років або пізніше (критерії як для аутизму, окрім віку прояву)
- Б. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії або у сфері комунікації, чи обмежений набір повторюваних і стереотипних моделей поведінки, інтересів та занять (критерії як для аутизму, за винятком того, що кількість областей розладів не є необхідною для задоволення критеріїв)
- В. Розлад не відповідає діагностичним критеріям аутизму (F84.0)
Аутизм може бути атиповим як за віком початку (F84.11), так і за симптоматикою (84.12); ці два типи для науково-дослідних цілей диференціюються за п'ятим символом. Синдроми, які атипові в обох випадках, кодуються за F84.12

Атиповість за віком початку (F84.10)

- А. Не відповідає критерію А для аутизму (тобто аномальний або порушений розвиток проявляється тільки у віці трьох або більше років)
- Б. Відповідає критеріям Б, В, Г і Д для аутизму (F84.0)

Атиповість за симптоматикою (F84.11)

- А. Відповідає критерію А для аутизму (тобто наявність аномального або порушеного розвитку у віці до трьох років).
- Б. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії або у сфері комунікації чи обмежений набір повторюваних і стереотипних моделей поведінки, інтересів та занять (критерії як для аутизму, за винятком того, що кількість областей розладів не є необхідною для задоволення критеріїв)
- В. Відповідає критерію Д для аутизму
- Г. Не відповідає повною мірою критеріям Б, В і Г для аутизму (F84.0)

Атиповість як за віком початку, так і за симптоматикою (F84.12)

- А. Відповідає критерію А для аутизму (тобто наявність аномального або порушеного розвитку у віці до трьох років)
- Б. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії або у сфері комунікації, чи обмежений набір повторюваних і стереотипних моделей поведінки, інтересів та занять (критерії як для аутизму, за винятком того, що кількість областей розладів не є необхідною для задоволення критеріїв)
- В. Відповідає критерію Д для аутизму
- Г. Не відповідає повною мірою критеріям Б, В і Г для аутизму (F84.0)

Інший дезінтеграційний розлад у дитячому віці (F84.3)

А. Розвиток без видимої патології принаймні у віці до двох років. Наявність нормальних, навичок, що відповідають віку, у сфері комунікації, соціальних відносинах, гри й адаптивній поведінці у віці двох років та старше необхідна для постановки діагнозу

Б. Виразна втрата раніше набутих навичок приблизно під час початку захворювання.

Діагноз вимагає клінічно значимої втрати навичок (а не тільки нездатності використовувати їх у певних ситуаціях) щонайменше у двох з наступних областей:

- (1) експресивна або рецептивна мова
- (2) гра
- (3) соціальні навички або адаптивна поведінка
- (4) контроль над функціями кишечника або сечового міхура
- (5) рухові навички

В. Якісне аномальне соціальне функціонування, що проявляється щонайменше у двох з наступних областей:

- (1) якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії (за типом, визначеним для аутизму)
- (2) якісні порушення у сфері комунікації (за типом, визначеним для аутизму)
- (3) обмежений набір повторюваних та стереотипних моделей поведінки, інтересів та занять, у тому числі моторні стереотипії і звичні рухи
- (4) загальна втрата інтересу до окремих об'єктів і навколишнього середовища

Г. Розлад не може бути віднесений до: інших різновидів загального розладу розвитку, набутої афазії з епілепсією (F80.6), елективного мутизму (F94.0), шизофренії (F20-F29), синдрому Ретта (F84.2)

Гіперактивний розлад, асоційований з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4)

А. Різко виражена моторна гіперактивність, що супроводжується принаймні двома з наступних розладів активності й уваги:

- (1) безперервне рухове занепокоєння, що проявляється в бігу, стрибках та інших рухах усього тіла
- (2) виражені труднощі у збереженні сидячого положення: дитина продовжуватиме сидіти зазвичай протягом щонайбільше декількох секунд, за винятком того, коли вона бере участь у стереотипній активності (див. критерій В)
- (3) надмірно велика активність у ситуаціях, коли очікується відносна нерухомість
- (4) дуже швидкі зміни діяльності, коли кожній з них приділяється не більше хвилини (якщо дитина приділяє більше часу улюбленій справі, це не виключає наявності описаного порушення, так само як і не протирічає цьому надмірно тривалі періоди стереотипної діяльності)

Б. Повторювані і стереотипні моделі поведінки та занять, що супроводжуються принаймні однієї з наступних дій:

- (1) фіксовані і часто повторювані рухи: можуть включати складні рухи всього тіла або часткові рухи, такі як плескання долонями
- (2) надмірне і нефункціональне повторення діяльності, одноманітної за формою: це може бути гра з одним предметом (наприклад, проточною водою) або виконання певного ритуалу (самостійно чи за участю інших людей)
- (3) повторювані самоушкодження

В. Коефіцієнт інтелекту (IQ) менш ніж 50

Г. Відсутність аутистичного типу соціального порушення, тобто дитина повинна показати принаймні три з наступних дій:

- (1) відповідне розвитку використання зорового контакту, виразу обличчя і пози для регулювання соціальної взаємодії
- (2) наявність відповідних розвитку взаємин з однолітками, що включає обмін інтересами, діяльністю і т.д.
- (3) принаймні періодичні звернення до інших людей за розрадою і для виявлення любові
- (4) іноді можуть розділяти задоволення інших людей; інші форми порушення соціальної взаємодії, наприклад розгальмування при спілкуванні з незнайомцями, не суперечать даному діагнозу

Д. Не відповідає діагностичним критеріям аутизму (F84.0 і F84.1), дезінтеграційним розладам у дитячому віці (F84.3) або гіперкінетичним розладам (F90.-)

Синдром Аспергера (F84.5)

А. Відсутність будь-яких клінічно значущих загальних затримок в експресивній, рецептивній мові або когнітивному розвитку

Дитина має вимовляти окремі слова до двох років або раніше, а використовувати комунікативні фрази – до трьох років або раніше. Навички самопомоги, адаптивна поведінка і зацікавленість у навколишньому середовищі протягом перших трьох років повинні бути на рівні, що відповідає нормальному інтелектуальному розвитку. Проте у проходженні основних етапів розвитку моторики може відмічатися певна затримка, наприклад незграбність рухів (хоча це не є необхідною діагностичною ознакою). Також ймовірно ізольовані спеціальні навички, часто пов'язані з аномальною занепокоєністю, але вони не є обов'язковими для встановлення діагнозу

Б. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії (критерії як для аутизму)

В. Незвично інтенсивний обмежений інтерес або обмежений набір повторюваних і стереотипних моделей поведінки, інтересів та занять (критерії як для аутизму, проте при даному розладі рідше зустрічаються повторювані рухи або підвищена увага до частин предметів чи нефункціональних елементів іграшок)

Г. Розлад не може бути віднесений до: інших різновидів загального розладу розвитку; шизотипічного розладу (F21), простої шизофренії (F20.6), реактивного і розгальмованого розладу прихильності у дитячому віці (F94.1 і 2), obsесивного розладу особистості (F60.5), obsесивно-компульсивного розладу (F42)

Інші загальні розлади розвитку (F84.8)

Загальний розлад розвитку, не уточнений (F84.9)

Ця остання діагностична категорія повинна застосовуватися для порушень, які відповідають опису загальних розладів розвитку, але через відсутність адекватної інформації або суперечливі висновки в них не можуть бути використані критерії для будь-якого з інших кодів F84

4.2.1.2. Оцінка тяжкості РАС і динаміки клінічного перебігу в процесі терапії у дітей має проводитися дитячим лікарем-психіатром з використанням інструментаріїв для дослідження первазивних порушень розвитку. При оцінюванні дитини з РЗР потрібно визначити особливості її психомоторного розвитку: відповідність рівня сформованості наслідування, перцепторних, пізнавальних і моторних функцій, мовленнєвого розвитку певному віку. Динаміка розвитку має оцінюватися кожні 6 місяців. Динаміка показників дозволяє визначити ефективність лікування та встановити, скорочує чи збільшує дитина протягом часу відставання у розвитку (Додаток 5).

4.2.1.3. Функціональний діагноз РАС включає оцінку рівнів когнітивного функціонування, мовленнєвих функцій, шкільних навичок, розвитку дрібної та крупної моторики, зорово-моторної координації і рівня функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки із застосуванням інструментаріїв для дослідження первазивних порушень розвитку пацієнта (Додаток 5).

4.2.1.4. РАС необхідно диференціювати від специфічних розладів розвитку (включаючи мовленнєві розлади, розлади рухових функцій та шкільних навичок), сенсорних порушень (особливо глухота), розладів прихильності, розумової відсталості, селективного мутизму, шизофренії з нетиповою маніфестацією в ранньому віці, психічних розладів, зумовлених органічним ураженням мозку, та гіперкінетичного розладу.

4.2.2. Диференційна діагностика.

РАС значною мірою пов'язаний зі специфічними затримками розвитку рецептивних, експресивних, артикуляційних мовленнєвих і шкільних навичок, рухових функцій, когнітивною недостатністю та низкою коморбідних порушень психіки: депресивними, тривожними, гіперкінетичними, obsесивно-компульсивним, тикозними, пов'язаними з органічними ураженнями мозку розладами, синдромом де ля Туретта, агресією та самоушкоджуючою поведінкою, які мають оцінюватися під час діагностичної процедури (Додаток 3).

Зазначені психічні розлади вимагають диференційної діагностики з РАС, можуть включатися в діагностичну категорію РАС як окремі клінічні прояви та кваліфікуватися як коморбідні розлади при подвійній діагностиці.

Obsесивно-компульсивний розлад маніфестує у більш пізньому віці, ніж РАС, переважно не асоціюється з соціальними і комунікативними порушеннями та характеризується повторюваними моделями поведінки, які є егодистонічними. За наявності ознак РАС та obsесивно-компульсивної симптоматики можлива подвійна діагностика.

Дефіцит уваги часто зустрічається при РАС, зумовлюючи пізнавальні, мовні та соціальні проблеми. Діти з РАС з підвищеними показниками гіперактивності показали 49% позитивну терапевтичну відповідь на лікування метилфенідатом у великому рандомізованому контрольованому дослідженні. Попри те що порушення активності та уваги часто зустрічаються при РАС, у деяких випадках РАС і гіперкінетичні розлади можуть діагностуватися як коморбідні.

При диференційній діагностиці дитячої шизофренії та РАС потрібно враховувати, що для РАС не притаманні маячення і галюцинації. У дітей віком до 12 років шизофренія діагностується вкрай рідко.

РАС необхідно диференціювати зі специфічними розладами розвитку (мовленнєвими, руховими, шкільних навичок). Порушення розвитку мовленнєвих навичок мають вплив на соціалізацію і можуть бути помилково прийняті за РАС. Проте рецептивні, експресивні розлади мовлення, мовленнєвої артикуляції та шкільних навичок можуть діагностуватися як клінічні симптоми РАС.

При РАС важливо визначити рівень когнітивного функціонування та когнітивної недостатності. У дітей з РАС вербальні навички здебільшого гірші, ніж невербальні. У дітей з синдромом Аспергера спостерігається зворотна картина. Діагностика розумової відсталості не є підставою для діагностики РАС.

Додаткова інформація щодо диференційного діагнозу міститься у Додатку 3.

4.2.3. Лікувальна програма дітей з РАС.

Цілісний терапевтичний процес дітей з РЗР включає заходи медико-соціальної реабілітації та медикаментозну терапію.

4.2.3.1. Медико-соціальна реабілітація дітей з РЗР проводиться на засадах оперантного зумовлення:

- а) позитивного соціального підкріплення шляхом надання координуючої уваги;
- б) заохочення, коригуючого навчання та виховання;
- в) допінг-поведінки в процесі спільної діяльності;
- г) усунення негативного підкріплення шляхом ігнорування небажаних форм поведінки та реагування.

Вимоги до обсягу медико-соціальної реабілітації повинні визначатися:

- а) біологічним і психологічним віком дитини;
- б) тяжкістю розладу;

- в) ступенем когнітивної недостатності;
- г) наявністю і тяжкістю розладів рецептивного та експресивного мовлення;
- г) наявністю перцепторних розладів і аутоstimуляцій;
- д) наявністю порушень активності та уваги.

Основними завданнями медико-соціальної реабілітаційної програми для дітей із РЗР є:

- а) нав'язування дитині комунікації, зокрема полегшеної;
- б) розвиток мовленнєвої комунікації, зокрема розвиток понятійної частини мови, звукової мови, діалогової промови;
- в) усунення порушень перцепції;
- г) розвиток дрібної і крупної моторики, зорово-моторної координації, складно-координованих видів діяльності;
- г) розвиток пізнавальних процесів;
- д) стимулювання розвитку емоційної когніції та соціальної перцепції;
- е) формування навичок соціального функціонування.

Медико-соціальна реабілітація проводиться командою фахівців, до якої можуть входити: лікар-психолог, практичний психолог, корекційний педагог / логопед. Координатором команди є дитячий лікар-психіатр або лікар-психіатр (у разі надання допомоги повнолітнім пацієнтам), які на підставі результатів обстеження пацієнта визначають зміст та обсяг корекційних втручань, межі компетенції інших членів команди. Всі члени команди мають мати спеціальну підготовку з питань надання медико-соціальної допомоги пацієнтам із РАС.

При проведенні медико-соціальної реабілітації дітей з РАС батьки повинні давати інформовану згоду на застосування індивідуальної реабілітаційної програми. Форми проведення тренінгів можуть бути індивідуальними та груповими.

Інтенсивність реабілітаційної роботи для однієї дитини в середньому повинна складати не менш ніж 20-30 годин на тиждень, оптимальна інтенсивність – 40-50 годин.

При виконанні індивідуальної реабілітаційної програми розподіл обсягу реабілітаційної роботи (участь фахівців різного рівня підготовки і батьків) має враховувати вік дитини та рівень її когнітивного функціонування.

Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а у разі потреби – комбіноване проведення декількох форм реабілітаційних тренінгів:

- а) тренінгів сенсорної стимуляції та інтеграції;
- б) тренінгів рухових функцій;
- в) тренінгів наслідувальної діяльності та звуконаслідування;
- г) спеціалізованих когнітивних тренінгів (розвитку загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок);
- г) біхевіорального тренінгу з метою усунення небажаних форм поведінки;
- д) тренінгів соціального функціонування: розвитку соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування, формування навичок самообслуговування, зокрема прийому їжі (ковтання, пережовування їжі, користування столовими предметами), дотримання особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінки в класі тощо;
- е) тренінгів рецептивних та експресивних мовленнєвих навичок, діалогового мовлення, альтернативної комунікації;
- є) ігрової діяльності, поведінки у групі.

Структура та зміст тренінгів мають враховувати сильні та слабкі особливості розвитку дитини. Наприклад у разі відсутності експресивного мовлення або на перших етапах її розвитку рекомендується застосовувати елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми). Методи спрощеної комунікації не мають використовуватися тривалий час, не повинні перешкоджати формуванню активного словника і рекомендовані до застосування по досягненню 6-річного віку пацієнта. В інших випадках, коли у дитини віком до

6 років експресивне мовлення відсутнє внаслідок важкого рецептивного розладу, спрощену комунікацію застосовувати не варто. Потрібно працювати над розвитком пасивного та активного словника. Якщо експресивне мовлення у такої дитини не буде сформоване до 7 років, формування альтернативної комунікації слід розглядати як провідне реабілітаційне завдання.

Спеціальні програми медико-соціальної реабілітації, рекомендовані до застосування у дітей із РЗР:

- а) сенсорна інтеграція і стимуляція;
- б) прикладний поведінковий аналіз;
- в) програма лікування та навчання дітей з аутизмом і фізичними обмеженнями;
- в) метод альтернативної комунікації (система спілкування за допомогою обміну картками/картинками);
- г) тренінг соціальних навичок;
- д) тренінг емоційної когніції і соціальної перцепції.

4.2.3.2. Медикаментозне лікування в осіб з РАС може бути рекомендоване для підвищення ефективності застосування базових освітніх та поведінкових втручань, усунення агресивної (аутоагресивної), компульсивної, повторюваної та стереотипної поведінки, лікування коморбідних розладів (тривожного, депресивного, з дефіцитом уваги та гіперактивністю) і диссонансних порушень.

При РАС з агресивною, аутоагресивною поведінкою і руховою розгальмованістю потрібно розглянути призначення антипсихотичних препаратів. У дитячому віці рекомендовані атипичні антипсихотики. У дітей із 6-річного віку рекомендовані рисперидон та арипіпразол, з 12-річного віку – рисперидон, арипіпразол, оланзапін, кветіапін і зипразидон. Рисперидон й арипіпразол рекомендовані для лікування дратівливості, агресивної та руйнівної поведінки. Застосування рисперидону та арипіпразолу разом із психосоціальними втручаннями підвищує їх ефективність.

При лікуванні коморбідних епілепсій протиепілептичні препарати мають призначатися відповідно до УКПМД «Епілепсія у дітей» та УКПМД «Епілепсія у дорослих», затверджених наказом МОЗ України від 17.04.2014 р. № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях».

Наявність специфічних епілептичних змін на електроенцефалограмі не має розглядатися як підстава для протиепілептичного лікування.

При тяжких порушеннях активності та уваги та тяжких РЗР слід уникати призначення протиепілептичних препаратів із седативною дією і негативним впливом на когнітивне функціонування.

Для лікування гіперкінетичної симптоматики рекомендовані атомоксетин та метилфенідат, зокрема пролонгованої дії.

Застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну рекомендоване у підлітків старше 14 років та дорослих із стереотипною і повторюваною поведінкою.

При депресивних та тривожних розладах у дітей від 5 років рекомендовані сертралін та флуоксетин, з 14 років – циталопрам та есциталопрам.

Поєднання лікарських засобів із коригуванням розладів поведінки батьками/опікунами більш ефективно, ніж лише фармакотерапія для зменшення тяжких розладів поведінки, і трохи більш ефективно для впливу на рівень адаптивного функціонування.

Медикаментозне лікування має призначатися виключно лікарем-психіатром, дітям – дитячим психіатром. Відповідь на терапію та зміни якості життя повинні ретельно моніторуватися.

Пацієнти з РАС можуть не розмовляти, тому відповідь на лікування часто оцінюється особами, які здійснюють догляд.

При призначенні лікарських засобів слід враховувати здатність дитини ковтати капсули чи пігулки. Багато дітей мають проблеми з ковтанням. У таких випадках необхідно застосовувати спеціальні форми випуску препаратів – розчини для пиття, сиропи, швидкорозчинні пігулки, мікрогранули.

Лікарі повинні ретельно відстежувати зміни стану пацієнта в процесі фармакотерапії, а також консультувати родину з приводу можливих побічних ефектів та ускладнень під час прийому препаратів.

Питання про безпеку медикаментозного лікування має бути розглянуте через 3-4 тижні прийому лікарського засобу, а про наявність клінічно значущої відповіді – через 6 тижнів лікування. За результатами оцінювань може бути прийняте рішення про недоцільність подальшої фармакотерапії.

4.2.3.3. При коморбідних розладах пацієнтам із РАС можуть призначатися різні види спеціального дієтичного харчування:

- а) безглютенова та безказеїнова дієта при РЗР;
- б) спеціальні дієти при генетично зумовлених порушеннях обміну білків, таких як гомоцистеїнурія та фенілкетонурія; вплив цих дієт на первазивний розвиток не доведений; особливості призначення, показання та протипоказання регулюються відповідними медико-технологічними документами.

4.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

ТМД надається дітям з високофункціональними РАС, лікування яких потребує застосування високоспеціалізованих методів психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової, групової міжперсональної та сімейної терапії.

ТМД потребують діти з коморбідними психічними, неврологічними та загальномедичними станами, зокрема епілепсіями, порушеннями обміну речовин, розладами харчової поведінки.

Надання ТМД забезпечується високоспеціалізованими центрами, що можуть створюватися в обласних (міських) дитячих лікарнях, спеціалізованих психіатричних закладах охорони здоров'я та науково-дослідних інститутах НАМН України та МОЗ України.

4.4. Особливості втручання з приводу РАС у дорослих осіб

Усі співробітники, які працюють з дорослими з РАС, повинні:

- а) працювати в партнерстві з дорослими з РАС та, за необхідності, з їх сім'ями, партнерами або особами, які здійснюють догляд;
- б) пропонувати підтримку і допомогу з повагою;
- в) намагатися побудувати довірче, сприятливе, співчутливе та неупереджене ставлення як невід'ємну частину медичної допомоги.

4.4.1. Виявлення та оцінка.

Слід розглянути можливість діагностики РАС, якщо людина має одне або більше з наступного:

- а) постійні труднощі в соціальній взаємодії;
- б) постійні труднощі в соціальній комунікації;
- в) стереотипну (жорстку і повторювану) поведінку;
- г) опір змінам або обмеженню інтересів;
- г) проблеми при отриманні або збереженні роботи або навчання;
- д) труднощі в започаткуванні або підтримці соціальних відносин;
- е) проблеми шкільної адаптації, нездатність до навчання, які не можуть бути пояснені рівнем розумової відсталості;
- є) історію розвитку з порушеннями мовленнєвого розвитку, нездатністю до навчання, порушеннями уваги, гіперактивністю.

4.4.2. Біомедичні (фармакологічні, фізичні та дієтичні) втручання і основні симптоми РАС.

4.4.2.1. Не слід застосовувати для лікування РАС та їх основних симптомів у дорослих: хелатції, протисудомні препарати, лікарські засоби, призначені для покращання когнітивних функцій, окситоцину, секретину і тестостерону.

4.4.2.2. Не слід використовувати наступні втручання для лікування основних симптомів у дорослих з РАС:

- а) дієти з виключенням (наприклад, безглютенові або безказеїнові і насичені жирами);
- б) вітаміни, мінерали та біологічно активні добавки (наприклад, тіамін або добавки заліза).

4.4.2.3. Не слід застосовувати гіпербаричну кисневу терапію для лікування основних симптомів РАС у дорослих.

4.4.2.4. Не слід використовувати антипсихотичні препарати та антидепресанти для рутинного лікування основних симптомів РАС у дорослих.

4.4.2.5. Не слід застосовувати регулювання тестостерону для лікування основних симптомів РАС у дорослих.

4.5. Інформування про РАС батьків/опікунів та, в окремих випадках, дитини або молодої особи

4.5.1. Прості визначення усіх відповідних термінів.

4.5.2. Рекомендації щодо джерел інформації стосовно РАС.

4.5.3. Інформація про процедуру діагностики.

4.5.4. Ролі та обов'язки численних фахівців, які беруть участь в процесі.

4.5.5. Пояснення клінічних процесів, особливо при оцінці стану пацієнта.

4.5.6. Інформація про дітей з РАС.

4.5.7. Взаємодія щодо навчання / освітнього процесу для дітей зі спеціальними потребами.

4.5.8. Індивідуальні рекомендації щодо дитини.

4.5.9. Реалістичні очікування щодо проблем, які трапляються у багатьох дітей з РАС, а також потенціалу розвитку і змін.

4.5.10. Рекомендації щодо наявних варіантів лікування, інформація про доступну підтримку.

4.5.11. Пільги та допомога, наприклад допомога у зв'язку з непрацездатністю.

4.5.12. Інформація про тимчасовий догляд.

4.5.13. Інформація про існуючі організації з підтримки.

4.5.14. Організації та групи підтримки різних форм власності.

4.6. Необхідність надання лікарями-психіатрами / дитячими лікарями-психіатрами додаткової інформації щодо використання альтернативних/додаткових процедур

Лікарі-психіатри / дитячі лікарі-психіатри повинні надавати додаткову інформацію щодо використання альтернативних/додаткових процедур і бути готовими до обговорення їх ризику й потенційної шкоди. Більшість альтернативних методів лікування не спираються на принципи наукової доказовості або мають докази неефективності, отримані при проведенні контрольованих досліджень (дельфінотерапія, інші різновиди анімалотерапії), але характеризуються невеликим ризиком побічних ефектів та ускладнень.

Інші види альтернативного лікування (хелация, застосування нейрометаболічних та судинних засобів, препаратів, вироблених із тканин та мозку тварин) мають значний потенційний ризик для дитини, навіть загрозу життя. Важливо, щоб сім'ї були поінформовані відносно сумнівної ефективності та ймовірних ризиків альтернативних методів лікування.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та використанні ЛПМД (КМП) необхідно перевіряти реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення препаратів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою www.drlz.kiev.ua.

5.1. Для ЗОЗ, які надають ПМД

5.1.1. Кадрові ресурси.

ЛЗПСЛ, який має сертифікат, пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики – сімейної медицини, лікар-педіатр.

5.2. Для ЗОЗ, які надають ВМД та ТМД

5.2.1. Кадрові ресурси.

Лікарі-психіатри, дитячі лікарі-психіатри, лікарі-терапевти, лікарі-психотерапевти, лікарі-неврологи, дитячі лікарі-неврологи, лікарі-психологи, практичні психологи, корекційні педагоги.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Лікарські засоби:

А) препарати для корекції порушень поведінки: Рисперидон, Арипіпразол, Оланзапін, Кветіапін, Зипразидон.

Б) препарати для корекції порушень активності та уваги (гіперактивності): Метилфенідат, Атомоксетин.

В) препарати для лікування депресії та повторювальної поведінки: Флуоксетин, Сертралін, Циталопрам, Есциталопрам.

Г) протиепілептичні препарати та препарати для корекції біполярних розладів психіки та поведінки: Вальпроєва кислота, Топірамат, Ламотриджин, Леветирацетам.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 661/20974.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 661/20974.

Форма 112/о – Історія розвитку дитини (Форма 112/о), затверджена наказом МОЗ України від 28.07.2014 р. № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13.08.2014 р. за № 959/25736.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у ЛЗПСЛ локального протоколу ведення пацієнта з РАС.

6.1.2. Наявність у дитячого лікаря-психіатра / лікаря-психіатра локального протоколу ведення пацієнта з РАС.

6.1.3. Відсоток пацієнтів із вперше встановленим діагнозом РАС, які були направлені до дитячого лікаря-психіатра у віці до 36 місяців.

6.1.4. Відсоток пацієнтів з РАС, що отримали/-ують високоспеціалізовану медичну допомогу, у яких діагноз встановлено з використанням інструментаріїв для дослідження першазивного розвитку.

6.1.5. Відсоток пацієнтів, для яких ЛЗПСЛ отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

6.1.6. Відсоток дітей з РАС, які займаються в загальному дошкільному чи шкільному освітньому закладі.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у ЛЗПСЛ локального протоколу ведення пацієнта з РАС.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам з РАС, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2015 р. – 90%, 2016 р. та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються ЛЗПСЛ (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЛЗПСЛ (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість ЛЗПСЛ (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у районі обслуговування; джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗПСЛ (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування;

д) чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗПСЛ (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД пацієнту з РАС (наданий екземпляр); джерелом інформації є ЛПМД, наданий ЛЗПСЛ (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у дитячого лікаря-психіатра / лікаря-психіатра локального протоколу ведення пацієнта з РАС.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам з РАС, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2015 р. – 90%, 2016 р. та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

- а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;
- б) дані надаються дитячими лікарями-психіатрами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;
- в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;
- г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх дитячих лікарів-психіатрів / лікарів-психіатрів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС), зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;
- г) знаменник індикатора складає загальна кількість дитячих лікарів-психіатрів / лікарів-психіатрів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС), зареєстрованих у районі обслуговування; джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість дитячих лікарів-психіатрів / лікарів-психіатрів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС), зареєстрованих на території обслуговування;
- д) чисельник індикатора складає загальна кількість дитячих лікарів-психіатрів / лікарів-психіатрів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД пацієнтам з РАС (наданий екземпляр); джерелом інформації є ЛПМД, наданий дитячим лікарем-психіатром / лікарем-психіатром (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС);
- е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. А) Відсоток пацієнтів із вперше встановленим діагнозом РАС, які були направлені до дитячого лікаря-психіатра у віці до 36 місяців.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані зі своєчасним направленням до дитячого лікаря-психіатра пацієнтів із вперше встановленим діагнозом РАС. Доцільно проводити аналіз даного індикатора у двох вікових розрізах (вік на момент направлення до 36 місяців).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

- а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: дитячий лікар-психіатр та структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

- б) дані надаються дитячими лікарями-психіатрами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;
- в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;
- г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки; за наявності автоматизованої технології ЗОЗ, за допомогою якої обробляються формалізовані дані відносно медичної допомоги, що містять інформацію стосовно діагнозу РАС та віку пацієнта на момент встановлення діагнозу; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із РАС, розташованих на території обслуговування;
- г) знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким було встановлено діагноз РАС протягом досліджуваного періоду; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о);
- д) чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із вперше встановленим діагнозом РАС, які були направлені до дитячого лікаря-психіатра у віці до 36 місяців; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о);
- е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Відсоток пацієнтів з РАС, що отримали/-ують високоспеціалізовану медичну допомогу, в яких діагноз встановлено з використанням інструментаріїв для дослідження первазивного розвитку.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікаційним підтвердженням встановлення діагнозу для пацієнтів з РАС із використанням інструментаріїв для дослідження первазивного розвитку.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визнається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

- а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС, та структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;
- б) дані надаються дитячими лікарями-психіатрами /лікарями-психіатрами (ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;
- в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;
- г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки; за наявності автоматизованої технології ЗОЗ, за допомогою якої обробляються формалізовані дані відносно медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/о) або Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о); індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС, розташованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках;

- г) знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з РАС; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о), Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о);
- д) чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, у яких діагноз встановлено з використанням інструментаріїв для дослідження первазивного розвитку, про що є відповідні записи у первинній медичній документації; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о), Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о);
- е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5. А) Відсоток пацієнтів, для яких ЛЗПСЛ отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід уникати формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду ЛЗПСЛ (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) або лікарем-психіатром протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЛЗПСЛ (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки; за наявності автоматизованої технології ЗОЗ, за допомогою якої обробляються формалізовані дані відносно медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о); індикатор обчислюється ЛЗПСЛ (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о), а також структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС, розташованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у ЛЗПСЛ (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) з діагнозом РАС; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о), Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о);

д) чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів ЛЗПСЛ (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) з діагнозом РАС, для яких

наведена інформація про їх медичний стан із зазначенням відсутності або наявності повторних загострень захворювання; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о), Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.6. А) Відсоток дітей з РАС, які займаються в загальному дошкільному чи шкільному освітньому закладі.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор дозволяє оцінити рівень соціальної адаптації дітей з РАС.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЛЗПСЛ (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) та структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки; за наявності автоматизованої технології ЗОЗ, за допомогою якої обробляються формалізовані дані стосовно медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0); індикатор обчислюється ЛЗПСЛ (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Історій розвитку дитини (форма 112/о), а також структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РАС, розташованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з РАС, які перебувають під диспансерним наглядом у ЛЗПСЛ (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги); джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о);

д) чисельник індикатора складає загальна кількість дітей з РАС які займаються в загальному дошкільному чи шкільному освітньому закладі; джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), Історія розвитку дитини (форма 112/о);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік джерел літератури, використаних при розробці УКПМД

1. Адаптована клінічна настанова, основана на доказах «Аутизм у дітей».
2. Адаптована клінічна настанова, основана на доказах «Аутизм у дорослих».
3. Наказ МОЗ України від 31.03.2015 р. № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

4. Наказ МОЗ України від 17.04.2014 р. № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях».
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
6. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.
7. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
11. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
12. Наказ МОЗ України від 20.03.2008 р. № 149 «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років».
13. Наказ МОЗ України від 18.05.2013 р. № 400 «Про вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям».

VIII. Додатки до УКПМД

Додаток 1

Ознаки загальних порушень при РАС

Ознаки та симптоми, наведені у таблицях 8.1.-8.3., є поєднанням затримки очікуваних рис розвитку і наявності невластивих рис. Вони дозволяють розпізнати спектр порушень у соціальних стосунках та комунікативних навичках, а також повторювальну й обмежену поведінку.

Таблиця 8.1. Ознаки та симптоми, властиві для РАС у дітей дошкільного або відповідного ментального віку

Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації

1. Мовленнєві навички

- 1.1. Затримка розвитку мовленнєвих навичок (бурмотіння або, наприклад, менш ніж десять слів у віці 2 років).
- 1.2. Регрес мовленнєвих навичок або втрата здатності використовувати слова для спілкування.
- 1.3. Мова (якщо наявна) може включати в себе наступні порушення:
 - а) наявність не притаманних для локальної мови звуків, наголосу, наприклад надмірна дзвінкість;
 - б) дивна модуляція або її відсутність;
 - в) часте повторення набору слів і фраз (ехолалія);
 - г) звертання до себе як до третьої особи по імені чи «він/вона» у віці старше 3 років.
- 1.4. Зменшення і/або нечасте використання мови для спілкування, наприклад застосування окремих слів замість проговорювання цілого речення.

2. Порушення застосування мови для спілкування

- 2.1. Відсутність або затримка відповіді при зверненні за відсутності порушень слуху.
- 2.2. Більш рідке використання або відсутність соціальної посмішки.
- 2.3. Невиражена або відсутня реакція на міміку і почуття інших людей.
- 2.4. Незвично негативна відповідь на звернення інших (поведінка уникнення прохань).
- 2.5. Відмова від обіймів батьків чи опікунів, хоча дитина може сама їх ініціювати.

3. Взаємодія з іншими

3.1. Зниження або відсутність відчуття особистого простору або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять в її особистий простір.

3.2. Зниження або відсутність соціального інтересу до інших, у тому числі до однолітків – можливе уникання спілкування. У разі наявності зацікавленості – неспроможність підтримувати комунікацію. Можливі прояви агресії, поведження неадекватно контексту ситуації, нездатність підтримувати спільну гру.

3.3. Нездатність або низька здатність до наслідування дій інших людей.

3.4. Нездатність або низька здатність до ініціювання та підтримування соціальних ігор з іншими, гра наодинці.

3.5. Зниження або відсутність задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей, таких як, наприклад, дні народження.

3.6. Нездатність / низька здатність обміну емоціями.

4. Зоровий, вказівний контакт та інші жести

4.1. Нездатність або низька здатність використання жестів і міміки під час спілкування.

4.2. Менш часті та слабо виразні жести, міміка й зоровий контакт (не встановлює зоровий контакт під час спілкування, або він є нестійким), які використовуються під час комунікації.

4.3. Недостатність або відсутність зорового контакту за відсутності порушень зору.

4.4. Зниження або відсутність концентрації уваги, що проявляється у відсутності:

- а) вчасності переведення погляду, відстежування переміщень зором;
- б) спостереження за чимось/кимось (коли людина щось показує – може дивитися на руку);
- в) використання вказування на щось або демонстрації об'єктів, щоб поділитися з іншими.

5. Ідеї та уява

5.1. Відсутність або низький розвиток уявної гри.

Дивні або обмежені інтереси

та/або повторювана руйнівна поведінка

1. Повторювані «стереотипні рухи», дитина може плескати в долоні, покачуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями.

2. Повторювані або стереотипні ігри, наприклад відкривання і закривання дверей.

3. Надмірне фокусування або незвичайні надвартісні інтереси.

4. Надмірна наполегливість щодо дотримання звичного порядку й послідовності дій (феномен тотожності).

5. Занадто різка реакція на зміни або нові ситуації, наполягання на тому, щоб речі залишалися «без змін».

6. Надмірна або заслабка реакція на сенсорні стимули, наприклад дотики, звуки, запахи.

7. Занадто різка реакція на смак, запах, форму, зовнішній вигляд продуктів харчування або дивні примхи в їжі.

Таблиця 8.2. Ознаки та симптоми властиві для РАС у дітей молодшого шкільного (5-11 років) або відповідного ментального віку

Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації

1. Мовленнєва комунікація

1.1. В усному мовленні можуть бути такі порушення:

- а) дуже обмежене застосування;

- б) відсутність модуляції;
- в) повтори слів та фраз, часте використання стереотипної (завченої) фрази, надмірна інформація зі сфери власних інтересів переважає над змістом;
- г) звернене до інших мовлення не виконує комунікативної функції;
- г) відповіді іншим можуть здаватися грубими або невідповідними.

2. *Відповіді іншим*

- 2.1. Недостатня чи не відповідна контексту реакція на міміку або почуття інших людей.
- 2.2. Відсутність або затримка відповіді на звернення за відсутності патології слуху.
- 2.3. Труднощі в розумінні намірів інших, може сприймати все буквально і неправильно розуміти сарказм або метафори.
- 2.4. Незвично негативна відповідь на звернення інших (поведінка уникнення прохань).

3. *Взаємодія з іншими*

- 3.1. Зниження або відсутність відчуття особистого простору або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять до її особистого простору.
- 3.2. Зниження або відсутність суспільної зацікавленості до інших, у тому числі до однолітків – можливе уникання спілкування; у разі наявності зацікавленості – нездатність підтримати комунікацію, може проявляти агресію, поводитися неадекватно контексту ситуації.
- 3.3. Невміння вітатися та вибачатися.
- 3.4. Нерозуміння чи недостатнє розуміння соціального контексту, нездатність чи недостатня здатність до соціально-очікуваної поведінки.
- 3.5. Нездатність або низька здатність до ініціювання та підтримування соціальних ігор з іншими, дитина грається наодинці.
- 3.6. Відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях, наприклад дитина може бути занадто формальною або фамільярною.
- 3.7. Нездатність або недостатня здатність отримувати задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей.

4. *Зоровий контакт, вказівки та інші жести*

- 4.1. Більш рідкі і слабо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (дивитися в очі під час розмови) і мовлення, використовувані під час комунікації.
- 4.2. Недостатність або відсутність зорового контакту за відсутності патології зору.
- 4.3. Зменшення або відсутність стійкої уваги, що проявляється у відсутності:
 - а) вчасності переведення погляду, відстежування переміщень зором;
 - б) спостереження за чимось/кимось (коли людина щось показує – може дивитися на руку);
 - в) використання вказування на щось або демонстрації об'єктів, щоб поділитися з іншими.

5. *Ідеї та уява*

- 5.1. Зменшення або відсутність гнучкої творчої гри й творчості, хоча можуть бути переграли сцени, побачені в засобах масової інформації (наприклад, по телебаченню).
- 5.2. Дитина робить коментарі, не усвідомлюючи соціальних тонкощів або ієрархії.

Незвичні або обмежені інтереси та/або повторювана руйнівна поведінка

- 1. Повторювані стереотипні рухи, дитина може плескати в долоні, покачуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями.
- 2. Повторювані ігри, орієнтовані радше на об'єкти, ніж на людей.
- 3. Надмірне фокусування або незвичайні надвартісні інтереси.
- 4. Несприйняття недотримання правил гри іншими дітьми.
- 5. Надмірна наполегливість щодо дотримання власних планів.
- 6. Занадто різка реакція, що не відповідає обставинам.
- 7. Надання переваги лише знайомим процедурам, усе має бути «тільки так».
- 8. Неприязнь до змін, яка часто призводить до тривожності або інших форм фрустрації, у тому числі агресії.

9. Надмірна або зменшена реакція на сенсорні стимули, наприклад дотики, звуки, запахи.

10. Занадто різка реакція на смак, запах, форму чи зовнішній вигляд продуктів харчування або дивні примхи в їжі.

Інші фактори, які можуть підтримувати занепокоєність щодо аутизму

1. Незвичайний набір навичок або їх дефіцит (наприклад, соціальні навички, моторика або координація слабо розвинені, тоді як у конкретних галузях знань, таких як читання або словниковий запас, навички випереджають ментальний вік).

2. Соціальний та емоційний розвиток слабший, ніж інші області розвитку, надмірна довірливість (наївність), відсутність здорового глузду, менша незалежність, ніж в однолітків.

Таблиця 8.3. Ознаки та симптоми, властиві для РАС у учнів середньої школи (від 11 років) або відповідного ментального віку

Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації

1. Мовленнєві навички

1. В усному мовленні можуть бути наступні порушення:

- а) дуже обмежене застосування;
- б) відсутність модуляції;
- в) повтори слів, фраз, часте використання стереотипної (завченої) фрази, надмірна інформація зі сфери власних інтересів переважає над змістом;
- г) звернене до інших мовлення не виконує комунікаційної функції;
- г) відповіді іншим можуть здаватися грубими або невідповідними.

2. Взаємодія з іншими

2.1 Зниження або відсутність відчуття особистого простору чи надзвичайна нетерпимість до людей, які знаходяться в її особистому просторі.

2.2. Обмежене соціальне спілкування: мала кількість близьких друзів або взаємовідносин.

2.3. Зниження або відсутність розуміння дружби, часто безуспішне бажання мати друзів (може бути простіше спілкуватися з більш дорослими або молодшими).

2.4. Соціальна ізоляція і явна схильність до усамітнення.

2.5. Невміння вітатися та вибачатися.

2.6. Нерозуміння чи недостатнє розуміння соціального контексту, нездатність або недостатня здатність до соціально-очікуваної поведінки.

2.7. Проблеми з участю в іграх, труднощі з дотриманням черги і розумінням «зміни правил».

2.8. Може бути нерозуміння або відсутність зацікавленості тим, чим цікавляться однолітки.

2.9. Відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях, наприклад дитина може бути занадто формальною або фамільярною.

2.10. Труднощі в розумінні намірів інших, може сприймати все буквально і неправильно розуміти сарказм або метафори.

2.11. Робить коментарі, не усвідомлюючи соціальних тонкощів або ієрархії.

2.12. Незвично негативна відповідь на звертання інших (поведінка уникнення прохань).

3. Зоровий контакт, вказівки та інші жести

3.1. Більш рідкі і слабо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (дивитися в очі під час розмови) та мовлення, використовувані під час комунікації.

4. Ідеї та уява.

4.1. Зменшення або відсутність гнучкої творчої гри й творчості, хоча можуть бути перебрані сцени, побачені в засобах масової інформації (наприклад, по телебаченню).

Незвичні або обмежені інтереси та/або повторювана руйнівна поведінка

1. Повторювані «стереотипні рухи», дитина може плескати в долоні, покачуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями.

2. Віддає перевагу дуже специфічним інтересам чи хобі.
3. Суворе дотримання правил або поглядів, що призводить до сварок.
4. Часто повторювана поведінка або ритуали, які негативно впливають на повсякденну діяльність молодшої людини.
5. Надмірно емоційні переживання через те, що здається тривіальним для інших, наприклад зміни в повсякденному житті.
6. Неприязнь до змін, яка часто призводить до тривожності або інших форм стресу, включаючи агресію.
7. Надмірна або ослаблена реакція на сенсорні стимули, наприклад дотики, звуки, запахи.
8. Занадто різка реакція на смак, запах, форму або зовнішній вигляд продуктів харчування чи дивні примхи в їжі.

Інші фактори, які можуть підтримувати занепокоєність щодо аутизму

1. Незвичайний набір навичок або їх дефіцит (наприклад, соціальні навички, моторика або координація слабо розвинені, тоді як у конкретних галузях знань, таких як читання або словниковий запас, навички випереджають хронологічний або психічний вік).
2. Соціальний та емоційний розвиток слабший, ніж інші області розвитку, надмірна довірливість (наївність), відсутність здорового глузду, менша незалежність, ніж в однолітків.

Додаток 2

Супутні медичні проблеми, розлади та стани

Проаналізуйте, чи можуть дитина або молода людина мати будь-що з наступного як супутнє захворювання та, якщо є підозра, проведіть відповідні обстеження і здійсніть направлення до лікарів-спеціалістів.

Психічні та поведінкові проблеми і розлади

1. Гіперкінетичний розлад.
2. Тривожні розлади та фобії.
3. Розлади настрою.
4. Опозиційно-зухвала поведінка.
5. Тикозні розлади.
6. Обсесивно-компульсивний розлад.
7. Аутодеструктивна поведінка.

Проблеми та розлади, пов'язані з нейророзвитком

1. Глобальна затримка розвитку (розумова відсталість).
2. Проблеми з моторною координацією (диспраксічні розлади у дітей).
3. Академічні проблеми, зокрема диграфія, акалькулія, дислексія.
4. Проблеми з мовленнєвим розвитком (мовленнєві розлади).

Загальномедичні/генетичні проблеми та розлади

1. Епілепсія та епілептична енцефалопатія.
2. Хромосомні порушення.
3. Генетичні аномалії, включаючи ламку X-хромосому.
4. Туберозний склероз.
5. М'язова дистрофія.
6. Нейрофіброматоз.

Функціональні проблеми та розлади

1. Відсутність апетиту, в тому числі обмежений раціон.
2. Нетримання сечі (енурез).
3. Запор, зміна ритму дефекації, нетримання калу (енкопрез).
4. Порушення сну.
5. Порушення зору або слуху.

Додаток 3

Рекомендації для спеціалістів сфери охорони здоров'я щодо диференційного діагнозу (табл. 8.4).

Таблиця 8.4. Рекомендації для спеціалістів сфери охорони здоров'я щодо диференційного діагнозу

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
<i>Розлади, пов'язані з неврологічним розвитком</i>			
<i>Специфічні розлади / порушення розуміння мовлення</i>			
<p>Специфічний розлад розуміння мови (рецептивний мовленнєвий розлад) визначається як:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Розуміння мови, не відповідне віку; 2. Використання мови також може бути порушене або відсутнє 3. Ігрова активність та уява можуть не відповідати віку 3. Може існувати вторинне порушення соціального спілкування 4. Після дошкільного періоду може вторинно порушуватися здатність дитини заводити та підтримувати товариські відносини з однолітками 	<p>Дитина зі специфічним розладом розуміння мови переважно демонструє:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Компенсаторний розвиток невербального спілкування 2. Здатність підтримувати спільну ігрову діяльність має відповідати віку 3. Соціальну мотивацію та співпрацю при оцінюванні 4. Здатність до соціальної взаємодії та співчуття 5. Здатність до дружби з однолітками принаймні у дошкільний період <p>Спостерігається відсутність:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) ехололій б) руйнівної повторюваної поведінки в) стереотипних форм поведінки г) аномальних реакцій на звук та інші відчуття г) надмірної зосередженості на певних інтересах та формах діяльності 	<p>Проведення тестування для визначення рівня розуміння мови може бути корисним</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При рецептивних мовленнєвих розладах: <ol style="list-style-type: none"> а) експресивна мова може бути більш порушеною, ніж її розуміння б) проблеми з граматичною структурою мови є більш значущими, ніж в інших областях 2. При аутизмі: <ol style="list-style-type: none"> а) експресивні мовленнєві функції можуть бути розвинуті краще, ніж рецептивні б) словниковий запас може бути значним, але з порушеними абстрактними значеннями в) побудова речень може бути кращою, ніж сприйняття параграфів г) оцінювання когнітивного функціонування може бути корисним для визначення навичок та неспроможностей дитини, а також балансу між мовленнєвими та немовленнєвими навичками г) результати визначення когнітивного функціонування можуть різнитися при оцінюванні з застосуванням різних інструментаріїв, зокрема вербальних та невербальних е) використання мови може бути більш обмеженим, ніж насправді дозволяють наявні мовні навички, наприклад дитина може використовувати окремі слова чи прості граматичні речення для опису своїх потреб, незважаючи на здатність будувати речення, або може багато розмовляти без взаємності 	<p>РАС та порушення мовлення і розуміння мови можуть існувати одночасно</p>

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
<i>Розумова відсталість / загальна затримка розвитку</i>			
<p>Загальне недорозвинення використання та розуміння мови</p> <p>Загальне недорозвинення або відсутність ігрових навичок</p> <p>Обмежені соціальна взаємодія та стосунки з однолітками</p>	<p>При тяжкій розумовій відсталості:</p> <ol style="list-style-type: none"> Відсталість спостерігається в усіх сферах психічної діяльності з більш однорідними значеннями (IQ) за різними субтестами при спеціальному скринінгу Дитина демонструє більше соціальних навичок та інтересів відповідно до рівня розвитку Відносно непогане наслідування (імітація) <p>При РАС можуть спостерігатися:</p> <ol style="list-style-type: none"> Відносно непогане функціонування у сферах психічної діяльності, що не залежать від мови та соціальної реципрокності Більш помітне порушення розуміння мови / спілкування / ігрових навичок / гнучкості Більш помітна сенсорна чутливість та інтереси <p>При РАС зі специфічним порушенням здатності до навчання профіль IQ іноді досить однорідно загальмований, проте дитина може бути відстороненою/ віддаленою/ самотравмуючою/ демонстративною, або такою, яка має проблемну поведінку</p>	<p>Спеціальний скринінг розумової/когнітивної функції дозволить відрізнити загальний низький когнітивний рівень від часто неоднорідного когнітивного профілю у дітей з РАС. Спеціальний скринінг порушень адаптації, наприклад за шкалою адаптивної поведінки Вайнленда або за допомогою прикладного поведінкового аналізу, може не дозволити розрізнити РАС, оскільки адаптаційні навички при РАС часто є більшою мірою порушеними, ніж цього можна було б очікувати виходячи з рівня IQ</p>	<p>Розумова відсталість може спостерігатися одночасно з РАС, рівень когнітивної недостатності потрібно вказати при формулюванні функціонального діагнозу. Якщо наявні ознаки первазивного порушення розвитку, потрібно діагностувати РАС з когнітивною недостатністю, що відповідає рівню тяжкої розумової відсталості, а не тяжку розумову відсталість. Така діагностика впливатиме на застосовувану стратегію освіти та навчання. Наявність первазивного порушення розвитку також слід враховувати при дослідженні етіології когнітивної недостатності та генетичних консультаціях. Якщо дитина має тяжку розумову відсталість, порушення соціальної реципрокності можуть бути неочевидними до значно старшого віку через загальний розвиток дитини</p>
<i>Порушення рухових функцій, пов'язані з розвитком</i>			
<p>Незграбність / погана координація рухів, затримка рухового розвитку в анамнезі (можуть також спостерігатися при РАС)</p> <p>Відсутність розуміння власного та чужого простору</p> <p>У деяких дітей – погані стосунки з однолітками</p>	<p>При порушеннях координації, пов'язаних з розвитком:</p> <ol style="list-style-type: none"> Зберігаються ігрові навички Розвиток розуміння мови не завжди відстає або порушується Хороші комунікативні наміри Відсутність проблем із наслідуванням складно координованих рухів, переважання рутинних проблем з крупною моторикою, вибором пози 	<p>Оцінювання порушень спеціалістом з реабілітації/ трудотерапії: існують численні стандартизовані засоби для визначення порушень координації, пов'язаних з розвитком</p> <p>Спостереження у школі: рухова та соціальна активність на ігровому майданчику / в класі</p>	<p>Порушення координації, пов'язані з розвитком, і РАС можуть спостерігатися одночасно. У дітей, яким рано був встановлений діагноз порушень координації, пов'язаних із затримкою рухового розвитку, можуть значно пізніше виявитися розлади соціального функціонування</p>

Ключові ознаки, які можуть перекиватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
Психічні та поведінкові розлади			
<i>Гіперкінетичний розлад</i>			
<p>Неуважність Імпульсивна поведінка Гіперактивність Імпульсивність, втручання в гру інших дітей та розмови інших дорослих/дітей Знижене відчуття небезпеки Погані соціальні навички, проблеми зі стосунками з однолітками в анамнезі, пов'язані з низькою соціальною реципрокністю</p>	<p>При гіперкінетичному розладі 1. Гіперактивна поведінка дитини характеризується непосидючістю та неспокоєм 2. Неуважність та відволікання є відносно домінуючими і спостерігаються не тільки в ситуаціях, коли дитина є зацікавленою або мотивованою 3. Дитина розуміє правила соціальних норм, наприклад необхідність підняти руку, щоб привернути увагу вчителя або відповісти на запитання, проте діє імпульсивно, може голосно вигукувати від збудження, якщо вона знає відповідь або просто має якусь ідею, незалежно від того, чи є для цього слухний момент 4. Небезпечну поведінку спричиняє імпульсивність, є розуміння потенційної небезпеки 5. Дитина може демонструвати соціальну взаємність та належне невербальне спілкування 6. Діти переважно не реагують з помітним стресом на стимули, до яких вони є надто чутливими При РАС: 1. Дитина може долучитися або зосередитися на певних предметах чи темах протягом тривалого періоду, якщо це має для дитини особливий інтерес (хоча зосередженість на комп'ютерних іграх є поширеною при синдромі гіперактивності з дефіцитом уваги) 2. Дитина не розуміє соціальних правил і норм та не розуміє, чому вона повинна їх додержуватися; поведінка є дуже самоспрямованою 3. Дитина може не розуміти поширених небезпек і тому діяти небезпечно; це відрізняється від «діяти, не думаючи», як це роблять діти з синдромом гіперактивності з дефіцитом уваги</p>	<p>Ретельно зібрана історія розвитку Спостереження і/або реєстрація поведінки дитини в різних ситуаціях, наприклад вдома і в школі, включаючи ситуації, які можуть виявити патологічне відволікання та дезорганізовану поведінку Специфічні шкали оцінювання гіперкінетичного розладу</p>	<p>Гіперкінетичний розлад часто спостерігається одночасно з РАС (див. розділ 7 «Оцінка супутніх захворювань» в адаптованій КН «Аутизм у дітей»)</p>

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
<i>Психотичні розлади</i>			
<p>Психотичні розлади можуть розглядатися за наявності:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прогресуючої соціальної самоізоляції 2. Вигадливої, повторюваної поведінки, стереотипів 3. Мовленнєвих персеверацій, розмов із самим собою, проговорювання думок, що можуть бути розцінені як галюцинаторні та маячні феномени <p>Молоді люди з РАС можуть мати незвичні процеси розмірковування та упередженість, яка є поверхнево схожою на психотичні розлади, порушення мислення, мовленнєві та маячні ідеї</p> <p>Обидва типи розладів можуть виявлятися як аномальні мовні характеристики, до яких мають бути включені ідіосинкратичні слова</p>	<p>Діти / молоді люди з психотичними розладами не матимуть ознак раннього порушення розвитку, які спостерігаються при РАС</p> <p>Психотичні симптоми при психозах переважно виявляються у підлітковому віці</p>	<p>Уважна співбесіда, дослідження історії хвороби та психічного стану, одержання конкретних прикладів поведінки дозволяють відрізнити галюцинації та маячення від незвичних ідей та конкретного тлумачення запитань</p>	<p>Підлітки з РАС можуть порушувати свою соціальну поведінку схожим із психотичними розладами чином</p> <p>Психотичні риси можуть спостерігатися як складова розладів настрою, що існують разом із РАС</p>
<i>Депресивні розлади</i>			
<p>Депресія може виявлятися як:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Самоізоляція 2. Знижена або дуже обмежена вербальна передача інформації 3. Відсутність інтересу до типової для даного віку діяльності 	<p>При депресії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Переважно спостерігається епізодично, з періодами адекватної соціальної поведінки (дитина може виявляти соціальний інтерес до діяльності тощо) у стані без депресії або без патологічного страху 2. Зміна соціальної активності повинна бути тимчасово пов'язаною з іншими симптомами депресії 3. Може не бути домінуючою і менше виявлятися у деяких ситуаціях 	<p>Ретельний збір історії раннього розвитку є необхідним, так само як і вивчення психічного стану</p> <p>Чітка реєстрація поведінки та/або спостереження у різних ситуаціях, напівформалізовані бесіди з дитиною / молодістю людиною і батьками для з'ясування чинного психічного стану та будь-яких змін, що відбулися</p> <p>Пошук подій (втрата, травма, цькування дитини), які можуть бути пов'язані зі зміною у поведінці та активності</p>	<p>Іноді депресивні розлади важко відрізнити лише за поведінкою; вони можуть бути коморбідними з РАС (див. розділ 7 «Оцінка супутніх захворювань» в адаптованій КН «Аутизм у дітей»)</p>
<i>Тривожні розлади</i>			
<p>Патологічна тривожність може бути пов'язана із повторюваною тривожною поведінкою (наприклад, повторюваним запитуванням або вимаганням повторного завірення)</p> <p>Соціальна фобія може виявлятися як соціальне уникнення і «тривога очікування»</p>	<p>При генералізованій тривозі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повторювані запитання здебільшого мають тривожний характер, наприклад «ти мене не залишиш, мамо?» 2. Проте вони переважно не мають повторюваного/стереотипного характеру, тому на такі запитання не треба відповідати точно таким самим чином 		

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
	<p>При соціальній фобії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Такі особи виявляють меншу тривожність у присутності людей, яких вони знають 2. Тривожність часто розвивається у публічних ситуаціях, коли діти вважають, що їх будуть судити: читання вголос у класі, зустріч з іншими людьми на вечірках, зміна одягу для уроків фізичного виховання 3. Такі діти мають зацікавленість та переймаються через думки інших людей 4. Характерною особливістю є тривожний зміст порівняно з інтенсивністю повторюваної поведінки дитини з РАС 		
<i>Розлади прихильності</i>			
<p>Розлади прихильності можуть бути двох типів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Розлад прихильності розгальмованого типу, надто доброзичлива, розгальмована та нерозбірлива соціально-нав'язлива поведінка, тобто відсутність відповідної соціальної нерішучості або початкової сором'язливості перед незнайомими людьми 2. Розлад прихильності реактивного типу, емоційно замкнута поведінка з мінімальними проявами прихильності до батьків/опікунів <p>Поведінка, що перекривається з ознаками РАС:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аномальна поведінка при розставанні та зустрічі з батьками/опікунами 2. Обмежена реакція на горе інших людей 3. Діти, які перенесли втрату, можуть виявляти повторювану та стереотипну самостимулюючу й самовтішну поведінку 	<p>У дітей з РАС:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поведінка може не мати обмежень, проте навряд чи має на меті привернути соціальну увагу. Наприклад: дитина з РАС може ставитися до дорослого як до об'єкта, залізаючи на нього, щоб дістати щось, а не залізаючи на коліна незнайомого дорослого, щоб привернути увагу (як діти з розладами прихильності) 2. Соціальна комунікативна поведінка, така як візуальний контакт, є недостатньо регульованою у дітей з РАС, а не такою, яку уникають діти з емоційно ізольованою прихильністю 3. Діти можуть виявляти поведінку, яка свідчить про відповідний страх розлучення, проте характер привітання та прощання є незвичним <p>Діти з розладами прихильності:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Демонструють відносно нормальну уявну гру (коли мають доступ до відповідних віку іграшок) 2. Переважно не виявляють надмірного або незвичного інтересу 3. Можуть швидко прогресувати у більш сприятливому середовищі, включаючи дошкільні заклади, школу або передачу на виховання 	<p>Необхідне ретельне вивчення історії розвитку та соціального анамнезу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Випадки емоційного або фізичного зневажання 2. Фізичні свідчення зловживання/зневажання, проте багато таких випадків є важкими для з'ясування 3. Необхідно ретельно зібрати історію хвороби та спостерігати за дитиною разом із батьками 4. Інформація від інших фахівців, наприклад патронажних спеціалістів, персоналу дошкільного закладу, шкільних учителів або соціальних працівників, є необхідною <p>Клінічні висновки часто є вирішальним фактором, що дозволяє відрізнити дитину, що страждає від занедбаності, від дитини з РАС</p> <p>У дітей з постійним «хорошим батьківським підходом» розлади прихильності є мало імовірними</p>	<p>Певні риси поведінки дитини з неправильним доглядом і дитини з розладами прихильності перекриваються. У всіх випадках треба розглянути можливість зв'язку зі службами соціальної допомоги. Див. адаптовану КН «Епілепсії» на сайті: www.dec.gov.ua/mtd/_epileps.html</p>

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
<i>Опозиційно-зухвалі розлади</i>			
<p>Опозиційна поведінка є поширеною серед дітей з РАС</p> <p>Діти з опозиційно-зухвалими розладами можуть мати порушені або обмежені стосунки з однолітками, виявляти обмежене співчуття або турботу про інших, що включає відсутність каяття</p>	<p>При опозиційно-зухвалих розладах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дитина часто розуміє, що поведінка є небажаною, навіть неприйнятною, але продовжує вести себе неналежним чином 2. Поведінка часто є навмисною 3. Поведінка може мати чітку вигоду для дитини 4. Якщо діти будуть мотивовані змінити свою поведінку, вони можуть це зробити 5. Дитина має здатність демонструвати свідчення соціально-комунікативного розуміння / знання і певним чином розуміє наслідки своєї поведінки 6. Не демонструє переважно стереотипну або повторювану поведінку <p>Дитина з РАС:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Може мало розуміти або взагалі не розуміти вплив своєї поведінки на інших – основна увага зосереджується виключно на своїй поведінці / інтересі 2. Дитина часто засмучується, якщо їй вказати на те, що вона робить боляче іншим людям 	<p>Оцінка якості спілкування та соціальної взаємодії у ситуаціях, коли дитина отримує задоволення і не намагається уникнути вимог</p>	<p>Опозиційна поведінка може бути варіантом норми. Опозиційно-зухвалі розлади можуть співіснувати з РАС як окремий вид розладів. Напади опозиційної поведінки у дітей з РАС виникають через схильність до самоти, сенсорну чутливість та тривожність, а у дітей з опозиційно-зухвалими розладами така поведінка швидше є результатом відчуття переваженості, розлюченості, незадоволення і відторгнутості. Патологічне уникнення вимог описується як окрема підгрупа аутистичних розладів, що починає спостерігатися у ранньому віці, та нав'язлива поведінка, характерна для особи з поверхневими соціальними навичками, найбільш вражаючою рисою якої є відмова брати участь навіть у подіях, що подобаються дитині (надмірне уникнення вимог). Така опозиційна поведінка може також описуватися як опозиційно-зухвалі розлади</p>
<i>Розлад поведінки</i>			
<p>Особи з розладами поведінки можуть описуватися як черстві/неемоційні та такі, що не співчувають іншим</p> <p>Люди з РАС можуть поводитися непривітно, особливо якщо вони роздратовані або відчують, що інші «порушили правила»</p>	<p>Діти з розладами поведінки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляють «обізнаність» у певних областях своїх соціальних стосунків 2. Не мають проблем із соціально-побутовим спілкуванням на ранньому етапі <p>При РАС:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дитина не розуміє впливу її поведінки на інших людей 2. Дитина може засмутитися, якщо їй пояснити вплив її поведінки на інших людей 	<p>Спостереження в різних ситуаціях та співбесіди</p> <p>Важливо одержати історію розвитку та соціальний анамнез</p> <p>Співбесіда з дитиною / молодого людину для оцінки розуміння своєї поведінки та мотивації</p>	<p>Розлади поведінки з ознаками черствості / відсутності емоційності можуть спостерігатися разом із РАС</p>

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
<i>Обсесивно-компульсивний розлад</i>			
<p>Нав'язлива, демонстративна, повторювана поведінка</p>	<p>При обсесивно-компульсивному розладі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Такі симптоми переважно з'являються пізніше, ніж симптоми РАС – у дітей старше 4 років 2. Поведінка може бути пов'язаною зі смутком для дитини / молодшої людини 3. Відволікаючі дії менш імовірно пов'язуються з нав'язливими думками (дитина з РАС не здійснює відволікаючі дії для того, щоб уникнути або компенсувати нав'язливі думки) 4. Зміст нав'язливої поведінки та відволікаючих дій часто пов'язується з уникненням шкоди і маячними думками: «Якщо я зроблю це, моя мама буде в безпеці» <p>При РАС:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дитина навряд чи засмучується через свою нав'язливу поведінку або відволікаючі дії (якщо вони не припиняються) 2. Звичайні дії часто пов'язуються з небажанням переривати певний порядок побутової діяльності, наприклад спосіб розкласти їжу на тарілці або яким шляхом йти до школи 	<p>Одержання ранньої історії розвитку та соціальної історії є важливим; діти із синдромом нав'язливих станів, яка правило, мають нормальний соціально-комунікативний розвиток</p> <p>Синдром нав'язливих станів переважно не розвивається до закінчення періоду раннього дитинства</p>	<p>Синдром нав'язливих станів може спостерігатися разом із РАС</p>
<i>Стани з регресією розвитку</i>			
<i>Синдром Ретта</i>			
<p>Регрес навичок, пов'язаних з розвитком, що виявляється перед першим днем народження та втратою соціально-комунікативної поведінки</p> <p>Поширеними є стереотипні рухи руками і прискорене дихання</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уражає головним чином дівчаток 2. Рухова регресія, атаксія, втрата цілеспрямованих рухів руками і ротових рухових навичок 3. Зменшення росту голови 4. Характерні «панічні» рухи руками 5. Відносно зберігається соціальна зацікавленість (щодо рівня порушення когнітивної функції) 	<p>Специфічний діагностичний загальний генетичний тест на мутацію МЕСР 2 (метил-СрG-зв'язуючий білок 2) може підтвердити синдром Ретта</p>	<p>Діти з менш вираженою симптоматикою (більш рухливі) ймовірно можуть мати коморбідний діагноз РАС</p>

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками PАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від PАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від PАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
<i>Епілепсії, епілептичні синдроми та епілептичні розлади</i>			
<p>Вік початку та місце виявлення електричної активності мають вирішальне значення для типу регресії і результатів лікування епілептичної енцефалопатії</p> <p>Значна регресія розвитку з гіперактивністю та соціальними розладами спостерігається при епілептичній енцефалопатії у дітей молодше 2 років</p> <p>Регресія розуміння мови, а не при PАС спостерігається у дітей віком від 3 років з епілептичною енцефалопатією у вигляді синдрому Ландау – Клефнера, хоча у таких дітей може бути виявлена соціальна відчуженість</p> <p>Явні судомні напади можуть не спостерігатися</p> <p>Малі епілептичні напади можна помилково прийняти за відсутність інтересу дитини до оточення</p>	<p>При синдромі Ландау – Клефнера:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Починається переважно у віці від 2 до 7 років, після періоду типового розвитку 2. Початок триває кілька днів 3. Втрата раніше засвоєних слів 4. Втрата розуміння мови 5. Симптоми можуть варіювати 6. Немовне спілкування зберігається 7. Звукова агнозія: нездатність розпізнавати та тлумачити навколишні звуки 8. Соціальний інтерес та здатність грати здебільшого зберігаються 9. Відсутність манерності, негнучка поведінка, сенсорні порушення, поглинання думками та надмірна зосередженість 	<p>Історія початку симптомів</p> <p>Наявність явної епілепсії</p> <p>Електроенцефалографія при епілептичній енцефалопатії дає специфічні результати, що погіршуються під час сну, наприклад локалізуються при синдромі Ландау – Клефнера у зоні Брока</p>	<p>Диференційний діагноз з аутистичною регресією може бути ускладненим, тому рекомендується консультація зі спеціалістом при будь-якій підозрі на епілепсію</p> <p>Див. адаптовану КН «Епілепсії» на сайті: www.dec.gov.ua/mtd/_epileps.html</p>
Інші стани			
<i>Значне порушення зору (сліпота)</i>			
<p>Поведінка, що свідчить про відсутність зору: специфічний погляд, поза, вираз обличчя, жестикуляція</p> <p>Нормальна стадія ехолоалії / повторювання слів інших людей у сліпих дітей є довшою, ніж у їхніх однолітків, що мають достатній зір</p> <p>Затримка переходу від неспецифічного лепетання до виразного використання назв об'єктів</p> <p>Затримка розвитку абстрактного мовлення</p> <p>Затримка розвитку символічної (рольової) гри і збереження дослідницької гри, що базується на відчуттях</p> <p>Вужче коло інтересів порівняно з дітьми,</p>	<p>Сліпі діти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляють належну соціальну цікавість 2. Намагаються спілкуватися 3. Виявляють соціальну взаємність 4. Розвиток мовлення може відставати, але відповідати переважно характеру розвитку мовлення у дітей з типовим розвитком 5. Намагаються поділитися інформацією та досвідом 6. Більш здатні узагальнювати засвоєне та використовувати навколишні події для розширення свого розуміння 7. Демонструють співчуття 	<p>Вправність в оцінюванні сліпих дітей / молодих осіб зі значними порушеннями або втратою зору як основним проявом розладів повинна аналізуватися порівняно зі сліпими дітьми, які виявляють типовий розвиток</p>	<p>PАС та тяжкі порушення зору (особливо через патологію головного мозку, а не очей) можуть співіснувати. Здатність утримувати увагу здебільшого залежить від зору, тому діагностичні характеристики набувають більшого значення</p>

Ключові ознаки, які можуть перекриватися із ознаками РАС	Основні особливості, які відрізняють даний стан від РАС	Оцінювання або обстеження, які дозволяють відрізнити даний стан від РАС	Спеціальні зауваження / діагностичні помилки
які мають достатній зір Можуть спостерігатися повторювані рухи	8. Звичайна дослідницька гра з іграшками на додаток до затримки розвитку символічної гри 9. Можуть бути зацікавлені іншими у нових темах 10. Демонструють нормальну гнучкість у побутових ситуаціях 11. Інші повторювані рухи, наприклад такі діти можуть не плескати в долоні, але рухати очима (характерним для сліпих чином)		
<i>Значне порушення слуху</i>			
Затримка розвитку мовлення: впливає як на використання, так і на розуміння мови Соціальна ізоляція та незручність через нерозуміння дитиною звичайних нюансів соціального спілкування	Вміння, які не завжди порушуються і бувають присутні при периферійній втраті слуху: 1. Невербальне спілкування 2. Двостороннє спілкування 3. Гра та уява 4. Соціальний інтерес та ініціювання взаємодії з однолітками 5. Негнучка повторювана поведінка, стереотипні манери, аномальні реакції на інші відчуття та надмірне зосередження на значних інтересах	Формалізоване та ретельне випробування слуху є обов'язковим, зважаючи на те, що здібні діти з порушенням слуху є дуже візуально настроєними	РАС може спостерігатися у дітей з порушенням слуху
<i>Селективний мутизм</i>			
Відсутність мовлення, особливо в соціальному оточенні Може бути відставання / порушення розуміння мови в анамнезі Тривожність є поширеним станом, який веде до контролю поведінки	В анамнезі є належна якість спілкування та соціальної взаємодії у певних ситуаціях, загалом вдома, де дитина звичайно розмовляє Нормальне невербальне спілкування Хороші навички уявної гри Тривожність може вести до контролю поведінки, але не до негнучкої або повторюваної поведінки чи до стандартних дій Відсутність стереотипних манер, аномальних сенсорних реакцій або надмірного зосередження на значних інтересах	Спостереження в різних оточеннях/ситуаціях	Треба розглянути можливість оцінити розуміння мови РАС та селективний мутизм можуть співіснувати

Додаток 4

Інформаційні ресурси для підтримки осіб з аутизмом (табл. 8.5).

Таблиця 8.5. Інформаційні ресурси для підтримки осіб з аутизмом

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
Україна	
Реєстр медико-технологічних документів www.dec.gov.ua/mtd/reestr	Реєстр медико-технологічних документів містить затверджені МОЗ України медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при аутизмі тощо
Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім», м. Київ www.cwf.com.ua	Міжнародна громадська організація спрямована на створення та впровадження в Україні комплексної допомоги людям з аутизмом, підвищення обізнаності громадськості про проблему аутизму та налагодження діалогу між всіма учасниками, які задіяні у процесі надання допомоги людям з аутизмом в Україні
Громадська організація системної допомоги дітям з аутизмом «Маленький Принц», м. Київ www.autism.kiev.ua	Громадська організація спрямована на роботу з дітьми, підтримку сімей, де виховуються діти з аутизмом, та створення інформаційного простору з аутистичної проблематики в Україні
Благодійний фонд «Асоціація батьків дітей з аутизмом» 067-402-04-73	Робота батьківської організації спрямована на створення сучасного життєвого простору освіти, медичного, правового та соціального забезпечення родин, що опікуються дітьми з аутизмом
Благодійний фонд взаємодопомоги та захисту дітей з аутизмом «Контакт», м. Львів www.autism-contact.org.ua	Центр діагностики, терапії та реабілітації осіб з аутизмом цього благодійного фонду проводить діагностику дітей із РАС. Проводяться групові та індивідуальні терапевтичні заняття, навчання батьків, волонтерів та фахівців
Проект «Особлива дитина» (050) 287-22-39	Проект є батьківським об'єднанням і здійснює свою діяльність на базі православного сімейного центру «Відрада». Головна мета проекту – створення системи комплексної підтримки сімей, які виховують дитину з вадами розвитку аутичного спектра
Сєверодонецький благодійний фонд «Дети радуги» http://raduga.hl.lg.ua	Благодійний фонд надає консультації та допомогу сім'ям, де виховуються діти із психічними розладами
Благодійна організація «Джерело», м. Львів www.dzherelocentre.org.ua	Навчально-реабілітаційний центр забезпечує ранню діагностику та комплексну, індивідуальну до потреб кожної дитини з РАС і сім'ї реабілітаційну програму
Благодійний фонд «Відкрите Серце», м. Львів 03222-64-04-29	Центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку надає фахову допомогу особам із загальними розладами розвитку та підтримує сім'ї, у яких вони живуть
Благодійний фонд взаємодопомоги та захисту дітей з аутизмом «Погляд», м. Рівне (093) 947-64-52	Благодійний фонд проводить заняття у мінігрупах з дітьми 2-18 років. З дітьми працюють логопеди, музотерапевти, інструктор ЛФК
Громадська спілка «Захисту прав осіб з розладами спектра аутизму» www.xn--80aocr1af.com.ua	Головні завдання: 1. Захист та контроль дотримання прав цільової групи в Україні 2. Лобювання змін на рівні законодавства і виконавчої влади щодо створення гнучкої системи соціальних, освітніх та медичних послуг для осіб з аутизмом 3. Розвиток партнерства та міжвідомчої взаємодії як підґрунтя для якісних змін у житті аутичних людей 4. Стимулювання науково-практичних досліджень щодо підтримки осіб із РАС
Громадська організація «Всеукраїнська психодіагностична асоціація» www.vpa.org.ua	Всеукраїнська психодіагностична асоціація створена за ініціативи професійних психологів, що займаються розробкою та адаптацією психологічних тестів в Україні

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету www.ipz.ucu.edu.ua</p>	<p>Місією Інституту психічного здоров'я є сприяння психічному здоров'ю та розвитку людини, родини й суспільства шляхом реалізації відповідних освітніх програм для фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, а також загалом різних орієнтованих на розвиток і психологічне благополуччя програм та активностей для широкої групи осіб</p>
Міжнародні ресурси	
<p>Глобальне співробітництво у сфері аутизму (Global Autism Collaboration) www.autism.org</p>	<p>Організація створена для навчання та інформування громадськості про проблеми аутизму, а також забезпечення міжнародного діалогу та обізнаності про аутизм</p>
<p>Національна аутистична асоціація (National Autistic Society), Великобританія www.autism.org.uk</p>	<p>Це британська благодійна організація для людей з РАС, метою якої є поліпшення життя людей, які страждають на аутизм</p>
<p>Американське товариство аутизму www.autismsociety.org</p>	<p>Найбільша національна спільнота з аутизму, покликана сприяти доступу й можливостям для осіб з аутизмом і членам їх сімей бути повністю включеними у свої громади через програми, які включають захист, інформування громадськості, освітні заходи та дослідження, пов'язані з аутизмом</p>
<p>Освітня мережа синдрому Аспергера «ASPEN TM» (Asperger Syndrome Education Network) www.aspenj.org</p>	<p>Це неприбуткова організація із забезпечення сімей та осіб з синдромом Аспергера і пов'язаними з ним розладами інформацією, підтримкою та захистом</p>
<p>«Autism Speaks» www.autismspeaks.org</p>	<p>Наукова і правозахисна організація з аутизму, призначена для фінансування досліджень причин аутизму, профілактики та лікування аутизму, а також підвищення обізнаності про РАС і захисту людей з аутизмом та їх родин</p>
<p>Програма аутизму TEACCH Університету Північної Кароліни (The University of North Carolina TEACCH Autism Program) www.teacch.com</p>	<p>Сайт Програми містить інформацію про програми, освітні й комунікаційні підходи до навчання осіб з аутизмом, можливості досліджень та навчання, а також інформацію і ресурси з аутизму</p>
<p>Американська асоціація з порушень здатності до навчання (Learning Disabilities Association of America) www.lदानтl.org</p>	<p>Асоціація надає інформацію і ресурси з багатьох проблем навчання, в тому числі проблем, пов'язаних із порушенням здатності до навчання, наприклад через аутизм і синдром Аспергера</p>
<p>Он-лайн підтримка та інформація щодо синдрому Аспергера «OASIS» (Online Asperger Syndrome Information and Support) www.asperger.org</p>	<p>Сайт містить загальну інформацію про синдром Аспергера і пов'язані з ним розлади, у тому числі ресурси й матеріали, оголошення про основні заходи та публікації, а також основні «місця» для спілкування між батьками, лікарями, педагогами й особами з обмеженими соціальними можливостями</p>
<p>«Дослідницький центр дитини» Єля (Yale Child Study Center) www.autism.fm</p>	<p>Центр надає інформацію про аутизм, синдром Аспергера й пов'язані розлади, списки ресурсів, організованих державою, та організації підтримки батьків і адвокатські агенції</p>
<p>Інформаційний ресурс www.autism.about.com</p>	<p>Ресурс, де освітлюються проблеми щодо аутизму, який містить різноманітну актуальну інформацію про діагностику та лікування аутизму, а також посилання на інші інформаційні ресурси</p>
<p>«Аутизм-Європа» (Autism Europe) www.autismeurope.org</p>	<p>Міжнародна асоціація, основним завданням якої є просування прав людей з аутизмом та їх сім'ї і допомога для покращання якості їхнього життя</p>

Додаток 5

**Інформація про інструментарії для дослідження
первазивного розвитку**

Скринінгові процедури для дослідження розвитку

1. CHAT.
2. M-CHAT (вік – 16-30 місяців).
3. CASD (скринінг дітей 1-16 років).
4. Опитувальник для дітей «CSBS DP™ Infant-Toddler Checklist» (скринінг малюків);
5. ASQ (скринінг дітей і дорослих).
6. CAST (скринінг дітей 4-11 років).
7. ASDS (скринінг дітей 5-18 років).
8. SCQ (скринінг дорослих та дітей від 4 років).
9. CARS-2.

**Базові інструментарії для діагностики та динаміки
аутистичних розладів**

1. ADI-R.
2. ADOS.
3. CARS 2.

Додаткові інструментарії

Когнітивне функціонування та шкільні навички (кількісне оцінювання)

1. BSID-II.
2. WPPSI-IV.
3. SBT-4.
4. MSEL.
5. KABC.
6. M-P-R.

Когнітивне функціонування (якісне оцінювання)

1. Профіль розвитку II «Скринінгові інструментарії для оцінювання загального розвитку.
2. Профіль благополуччя передумов навчання для розвитку у дітей віком до 36 місяців, переглянуте видання.

Оцінювання рівня соціальної адаптації (адаптивної поведінки)

1. Оцінювання рівня розвитку адаптивної поведінки належить до основних засобів клініко-діагностичної програми. З цією метою може проводитися оцінювання за VABS. Шкала валідна у дітей віком від 0 до 18 років, у дорослих – від 19 до 99 років.
2. SIB-R.
3. ASQ: SE.

Інші додаткові інструментарії клініко-діагностичної програми

У дітей із РЗР при діагностиці особливостей сенсорних, когнітивних, моторних, мовних, комунікативних, ігрових та адаптаційних порушень додатково можна використовувати інший форматизований діагностичний інструментарій.

Для оцінювання поведінки

1. BOS.
2. EOS.

Для оцінювання мовленнєвого розвитку

1. ROWPVT.
2. EOWPVT.
3. SICD-R.
4. PRE-CELF.
5. PLS.
6. RDLS.

Для оцінювання сенсорного розвитку та сенсорних порушень

1. Сенсорний профіль для дітей у віці 3-10 років.
2. Сенсорний профіль малюків.
3. Аналіз сенсорної поведінки. Різноманітність застосованих діагностичних інструментаріїв забезпечує точну діагностику, необхідну для якісного планування медико-соціальної реабілітації.

VABS

VABS є напівструктурованим інтерв'ю, що дозволяє оцінювати рівень функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки в чисельних описових виразах відносно встановлених вікових нормативів. Шкала деталізує загальний рівень адаптивності, розглядаючи можливості дитини у 4 сферах:

- а) комунікації;
- б) повсякденних життєвих навичок;
- в) соціалізації;
- г) моторних навичок.

До інструментарію також входить субшкала проявів дезадаптації, за допомогою якої оцінюються поведінкові патерни, згруповані у дві групи:

1. Прояви дезадаптивної поведінки, що трапляється у дітей в нормі, наприклад у випадках педагогічної занедбаності та шкільної дезадаптації.
2. Прояви дезадаптивної поведінки, специфічні для РЗР.

Шкала валідна у дітей віком від 0 до 18 років включно, у дорослих – від 19 до 99 років.

PEP-3

PEP-3 використовують для оцінювання особливостей розвитку дитини із РЗР. PEP-3 дозволяє проводити оцінювання дитини за двома шкалами розвитку та поведінки. За шкалою розвитку оцінюється рівень функціонування дитини по відношенню до його ровесників із 7 сфер розвитку:

1. Наслідування.
2. Перцепція.
3. Дрібна моторика.
4. Крупна моторика.
5. Зорово-моторна координація.
6. Пізнавальні функції.
7. Комунікація та експресивне мовлення.

Тест застосовується для дітей віком від 6 місяців до 7 років. Якщо дитина старша (до 12 років), тест може надати інформацію про ті функції, які мають рівень розвитку, відповідний віку менш ніж 7 років.

PEP-3 дозволяє також оцінити рівень когнітивного функціонування дитини без мовлення.

Інструментарії для спеціального скринінгу, доступні на сайті Першого українського видавництва психологічних тестів «ОС Україна», за посиланням www.osukraine.com:

1. ADI-R.
2. ADOS.
3. CASD (скринінг дітей від 1 до 16 років).
4. SCQ (скринінг дітей та дорослих від 4 років).
5. WPPSI-IV.
6. WISC-IV.
7. Міжнародна шкала продуктивності Leiter-3.
8. M-P-R.
9. VABS.
10. PEP-3.

Додаток 6

Пам'ятка батькам/опікунам дитини щодо РАС

Що таке РАС (аутизм)?

Аутизм – порушення розвитку, що проявляється протягом перших років життя дитини як наслідок психічного та неврологічного розладу. Такі діти відрізняються надмірною самоізоляцією, пристрастю до одноманітності, нездатністю перейняти загальноприйняті способи поведінки у соціумі, вступати у контакт або спілкуватися з іншими людьми.

Діти з аутизмом, як правило, добре складені фізично й дуже привабливі. Більшість з них на перший погляд такі, як однолітки, але їхня поведінка різко відрізняється.

Зустрічаються діти з менш яскравою симптоматикою, які дуже схожі на звичайних дітей. Однак вони здаються трохи дивними. За дивацтвами можуть ховатися порушення розвитку, тому краще якомога раніше проконсультуватися у фахівця.

Аутизм зазвичай проявляється у перший рік життя. Приблизно у третині випадків цей діагноз встановлюють на 2-3 році життя.

Лікарі рекомендують обов'язково показати їм дитину, якщо вона:

1. Відмовляється від контакту з батьками, не любить, коли до неї торкаються, гладять по голові.
2. Не хоче дивитися вам у очі або робить це дивним способом (дивиться скоса або наче скрізь вас).
3. Намагається бути наодинці, уникати спілкування.
4. Не цікавиться оточуючими предметами, не вказує на них.
5. Не підтримує діалогу, замість відповіді використовує останні почуті слова.
6. Не концентрує уваги на предметах, іграшках, або навпаки, приділяє їм надмірну увагу (крутить колесо машинки, розглядає дрібні деталі, довго переливає воду або сипле пісок).
7. Байдужа (або надмірно прив'язана) до мами.
8. Повторює одноманітні рухи (плескання в долоні, кружляння, підстрибування, махання руками, мруження очей).
9. Не грає з іншими дітьми.
10. Боїться різких звуків, закриває вуха.
11. Не здатна адаптуватися до нового оточення.
12. Застосовує дивні способи гри з іграшками (наприклад, повторюване викладення їх у ряди).

Якщо дитина віком до 1,5 років, зверніть увагу на такі особливості:

1. Дитина вигинає спинку, відсторонюється, коли її намагаються брати на руки.
2. Розгойдується, навмисно б'ється головою.
3. Нічого не просить, або навпаки, часто вимагає чогось криком.
4. Рідко або взагалі не посміхається.
5. Не відгукується на своє ім'я.
6. Ходить навшпиньки.
7. Не намагається використовувати жести або використовує незвичайні. Не відтворює вказівний жест.
8. Не здатна очікувати.
9. Реагує лише на голос мами або тата. Звернення інших людей залишає без уваги.

Якщо ви помітили ознаки аутизму у малюка, вам потрібно звернутися до наступних фахівців:

1. Педіатр / сімейний лікар.
2. Психіатр (встановлює діагноз та призначає лікування).
3. Дитячий невролог.
4. Психолог.

Що робити, якщо у вашої дитини виявили аутизм?

Діагноз «аутизм» – великий стрес для батьків. Проте потрібно знати, що є значна ймовірність повної адаптації малюка до соціуму (якщо збережений інтелект). У більшості дітей, батьки яких

з раннього віку займалися їх психологічною та педагогічною корекцією, поведінкові проблеми контролювалися й усувалися, вони живуть повноцінним життям. Але, щоб досягти таких успіхів, з дитиною повинні займатися лікарі, психологи та корекційні педагоги, а батьки мають чітко дотримуватись їх рекомендацій.

1. Будьте послідовні. Якщо лікарем, психологом або корекційним педагогом встановлені певні правила, чітко дотримуйтеся їх.

2. Не уникайте колективних ігор. Намагайтеся частіше приводити дитину на гральний майданчик, щоб вона вчилася наслідувати.

3. Навчіться відмовляти. Привчайте дитину до слів «ні» та «не можна».

4. Визначте рамки поведінки й дотримуйтеся їх без виключень.

5. Виконуйте ритуали. Наприклад, висаджуйте дитину на горщик у один і той же час (наприклад, перед сном або прогулянкою), обов'язково супроводжуючи кожну дію коментарями.

6. Не розбещуйте малюка. Діти з аутизмом – чудові маніпулятори, а всюдозволеність заважає їм розвиватися. Тому не намагайтеся виконувати всю роботу за них.

7. Розвивайте навички й хваліть дитину за щонайменші досягнення.

Як лікують дітей з аутизмом?

Оскільки аутизм являє собою широкий спектр відхилень психіки та поведінки, необхідно вчасно звертатися до лікаря, коли виникають зміни у поведінці дитини.

Обов'язково дотримуйтеся плану диспансерного спостереження. Не можна нехтувати порадами лікаря, самостійно призначати або змінювати схему терапії.

Нерідко з аутизмом пов'язані інші психічні захворювання, що можуть потребувати лікування у стаціонарі. Не опирайтеся госпіталізації, лікар пропонує її з об'єктивних причин.

Яким чином відбувається адаптація та соціалізація дітей з аутизмом в Україні?

1. Домашнє навчання, коли фахівці у форматі репетиторства приходять додому й працюють з дитиною.

2. Навчання в корекційних центрах, коли батьки щодня або декілька разів на тиждень приводять дитину на погодинні заняття.

3. Навчання у спеціалізованих дитячих закладах формату «повного дня».

Нажаль, на сьогодні невідомі методи, якими можливо вилікувати аутизм. Проте існують методи, якими можна досягти відчутного покращання стану й запобігти розвитку ознак аутизму. Чим раніше розпочнете лікування та корекційні заходи, тим кращі результати.

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.dec.gov.ua