

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ТА МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**РОЗЛАДИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ
(РОЗЛАДИ ЗАГАЛЬНОГО РОЗВИТКУ)**

Вступ

Мета та принципи створення уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги за темою «Аутизм»

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Розлади спектру аутизму (розлади загального розвитку)», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування розладів спектру аутизму в Україні з позиції забезпечення доступності видів медичної допомоги. Вперше регламентуються підходи щодо проведення діагностики та надання психіатричної та загально-медичної допомоги у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, в Україні. УКПМД розроблений на основі адаптованих клінічних настанов, заснованих на доказах «Аутизм у дітей» та «Аутизм у дорослих».

За формою, структурою та методичним підходам 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 № 751 від 28 вересня 2012 року, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

Взаємодія між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) різних видів координується спільним узгодженим Локальним протоколом медичної допомоги (регіональний рівень локального протоколу), що розробляється на основі цього УКПМД. Крім того, відповідно до акредитаційних вимог у ЗОЗ має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

Основною метою УКПМД є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з аутизмом (діагноз за МКХ-10 – F84 Загальні розлади розвитку).

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах (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)

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей (лікарі загальної практики-сімейної медицини, лікарі-педіатри, лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, психотерапевти, лікарі-неврологи, лікарі-дитячі неврологи, лікарі медичні психологи, психологи, корекційні педагоги, логопеди, представники громадських організацій).

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

| | |
|---------------|---|
| АТ | Артеріальний тиск |
| ВМД | Вторинна медична допомога |
| ЕЕГ | Електроенцефалографія |
| ЕКГ | Електрокардіографія |
| ЗОЗ | Заклад охорони здоров'я |
| ІРП | Індивідуальна реабілітаційна програма |
| КАТ | Комп'ютерна аксіальна томографія |
| КМП | Клінічний маршрут пацієнтів |
| КН | Клінічна настанова |
| КТ | Комп'ютерна томографія |
| ЛЗП-СМ | Лікар загальної практики – сімейної медицини |
| ЛПМД | Локальний протокол медичної допомоги |
| МД | Медична допомога |
| МКХ-10 | Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання) |
| МРТ | Магнітно-резонансна томографія |
| ОФЕКТ | Однофотонно-емісійна комп'ютерна томографія |
| ПЕТ | Позитронно емісійна томографія |
| ПМД | Первинна медична допомога |
| РЗР | Розлади загального розвитку |
| РСА | Розлади спектру аутизму |
| СІС | Сенсорна інтеграція й стимуляція |
| СГДУ | Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги |
| ЦНС | Центральна нервова система |
| АВА | Прикладний поведінковий аналіз (Applied Behavioral Analysis) |
| CAST | Дитячий тест розладів спектру аутизму (Childhood Autism Spectrum Disorders Test) |
| DSM | Посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) |
| М-CHAT | Модифікований список контрольних питань для діагностики аутизму у дітей раннього віку (Modified Checklist for Autism in Toddlers) |
| SCQ | Опитувальник із соціальної комунікації (Social Communication Questionnaire) |

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Аутизм

1.2. Код МКХ-10:

F84 (Загальні розлади розвитку)

F84.0 Дитячий аутизм

F84.1 Атиповий аутизм

F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку

F84.4 Гіперактивний розлад, поєднаний з розумовою відсталістю та стереотипними рухами

F84.5 Синдром Аспергера

F84.8 Інші загальні розлади розвитку

F84.9 Загальний розлад розвитку неуточнений

1.3. Протокол призначений для лікарів загальної практики-сімейної медицини, педіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, психіатрів, терапевтів, неврологів, дитячих неврологів, психотерапевтів, лікарів-медичних психологів, психологів, корекційних педагогів, логопедів.

1.4. Мета протоколу:

1. Впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, в процес надання медичної допомоги пацієнтам з розладами спектру аутизму (розладами загального розвитку); забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з розладами спектру аутизму (розладами загального розвитку) на основі даних доказової медицини; встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з даним видом патології відповідно до КН, що розроблені за принципами доказової медицини з урахування вітчизняних особливостей організації медичної допомоги, традицій клінічної практики та економічної ситуації в країні;

2. Обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації пацієнтам з розладами спектру аутизму (розладами загального розвитку) (наявність обладнання та інших ресурсів);

3. Відновлення якості життя пацієнтів з розладами спектру аутизму (розладами загального розвитку).

1.5. Дата складання протоколу: липень, 2014 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: липень, 2017 рік.

1.7. Розробники:

| | |
|--|--|
| Хобзей Микола Кузьмич | Директор Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор (голова) |
| Марценковський Ігор Анатолійович | Керівник 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 зі спеціальності «Дитяча психіатрія» (заступник голови з клінічних питань у дітей) |
| Пінчук Ірина Яківна | Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (заступник голови з клінічних питань у дорослих), д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія та наркологія» відповідно до наказу №526-к від 10.12.2012 |
| Ліщишина Олена Михайлівна | Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н. (заступник голови з методології) |
| Бурлачук Леонід Фокич | Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка, член-кореспондент НАПН України, д.мед.н., професор |
| Волосовець Ірина Петрівна | Головний спеціаліст відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України |
| Карагодіна Олена Геннадіївна | Завідувач кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці і соціальних відносин Федерації професійних спілок України, д.мед.н., професор |
| Мартинюк Володимир Юрійович | Директор Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України, к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча неврологія» |
| Матюха Лариса Федорівна | Завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» |
| Мостовенко Раїса Василівна | Завідувач дитячого інфекційного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія» відповідно до наказу №526-к від 10.12.2012 |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Марценковська Інна Іванівна | 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. |
| Панічевська Євгенія Леонідівна | Голова БФ «Асоціація батьків дітей з аутизмом» |
| Пілягіна Галина Яківна | Професор кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, д.мед.н., професор |
| Осташко Світлана Іванівна | Головний спеціаліст сектору імунoproфілактики Відділу громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України |
| Сергієнко Інна Володимирівна | Засновник Фонду допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім» |
| Скрипник Тетяна Вікторівна | Завідувач лабораторії корекції розвитку дитини з аутизмом Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, голова Громадської асоціації підтримки осіб з аутизмом «Сонячне коло», д.психол.н., с.н.с. |
| Степаненко Алла Василівна | Радник Міністра охорони здоров'я України, д.мед.н., професор |
| Стратович Юрій Олександрович | Завідувач відділенням № 9 Донецької обласної психіатричної лікарні № 1 |
| Фільц Олександр Орестович | Завідувач кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, головний лікар Львівської обласної психіатричної лікарні, д.мед.н., професор |
| Хаджинова Наталія Афанасіївна | Головний спеціаліст відділу медичної реабілітації та паліативної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України |
| Бурлачук Олег Леонідович | Генеральний директор першого українського видавництва психологічних тестів «ОС України» |
| Матвієць Людмила Григорівна | Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика |
| Солодуха Богдан Михайлович | Лікар-педіатр дільничий ЦПМСД № 2 АЗПС № 3 Голосіївського району |

| | |
|----------------------------------|--|
| Рибченко Лариса Костянтинівна | Директор МГО «Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім»», аспірант Інституту корекційної педагогіки ім. М. Драгоманова |
| Хаустова Олена Олександрівна | Завідувач відділу психічних розладів похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н. |
| Пішель Віталій Ярославович | Завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор |
| Лерман Наталія Геннадіївна | Сімейний лікар, зав.амб. Андріївської МА ЗПСМ Макарівського р-ну Київської обл. |
| Чуприков Анатолій Павлович | Професор кафедри дитячої психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор |

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

| | |
|-----------------------------------|--|
| Горох Євгеній Леонідович | Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н. |
| Шилкіна Олена Олександрівна | Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» |
| Мельник Євгенія Олександрівна | Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» |
| Черніцька Марина Віталіївна | Експерт Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» |

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua>, та на сайті <http://www.dec.gov.ua>.

1.8. Епідеміологія

Дослідження, проведені Центрами з контролю і профілактики захворювань США, оцінюють поширеність розладів спектру аутизму (РСА) в США як 1 випадок на 88 дітей. Поширеність розладу не залежить від расових, етнічних і соціально-економічних відмінностей. Встановлені значні гендерні розбіжності в поширеності розладів: хлопчики хворіють в 5 разів частіше (1 на 54), ніж дівчатки (1 на 252).

Численні дослідження, виконані в країнах Європейського Союзу, США, Азії, Європі та Північній Америці демонструють поширеність РСА близько 1%. Дані мультицентрових епідеміологічних досліджень дозволяють екстраполювати їх результати на Україну.

Раніше аутизм в Україні вважався рідкісним порушенням розвитку, але впродовж останнього десятиріччя якість діагностики розладу значно поліпшилася. З 2008 по 2013 рік за даними МОЗ України захворюваність на РСА зросла в 3,8 разів з 2,4 до 9,1 на 100 000 дитячого населення. Протягом 2008 року з вперше в житті встановленим діагнозом розладів зі спектру аутизму було взято 198, 2011 році - 342, 2012 році – 465, 2013 році- 729 дітей. Під наглядом дитячих психіатрів України в 2013 році перебували 3851 дитина з розладами спектру аутизму, поширеність розладів з 2008 року зросла в 3,5 разів з 13,8 до 48,2 на 100 000 дитячого населення. Показник стабільно зростав упродовж останніх сімох років: у 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%, 2013 р. – 38,0%. На долю Донецької, Харківської, Львівської, Київської, Запорізької областей та міста Києва приходить 53,1% первинно діагностованих в 2013 році випадків захворювання, в той час, як на Тернопільську, Житомирську, Чернігівську, Рівненську, Сумську, Волинську, Черкаську, Луганську області та місто Севастополь лише 9,6%.

У більшості регіонів України діагностика аутизму залишається низькою. Занепокоєння продовжує викликати невчасна діагностика розладів спектру аутизму. Рівень діагностики у віці до 3 років залишається низьким. Пізня діагностика знижує ефективність медико-соціальної допомоги. Батьки значної частини дітей з аутизмом не звертаються за психіатричною допомогою до дитячих психіатрів, чи звертаються несвоєчасно (у 4-5 річному віці), отримують медичну допомогу у дитячих неврологів і в приватних медичних структурах.

Розлади спектру аутизму мають високий рівень коморбідності з іншими розладами психіки та поведінки. Нещодавні дослідження показали, що приблизно 70% людей з розладами спектру аутизму відповідали діагностичним критеріям принаймні ще одного (часто не виявленого) психічного розладу, який у подальшому може негативно позначитися на психосоціальному функціонуванні. Низький рівень інтелекту (коефіцієнт інтелекту (IQ) нижче 70) зустрічається приблизно у 50% молодих людей з аутизмом.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Особливості процесу надання медичної допомоги

Термін аутизм вживається як традиційно уживаний, скорочений відповідник дефініцій «Розлади загального розвитку» (МКХ-10) та «Первазивні розлади розвитку» (DSM-V) та уживаного в клінічній практиці терміна «Розлади спектру аутизму».

Аутизм – це довічний стан, пов'язаний з порушенням неврологічного розвитку, основною особливістю якого, згідно з діагностичними критеріями МКХ-10, є три діагностичні категорії: стійкі труднощі в соціальній взаємодії, стійкі порушення комунікації та наявність стереотипної (повторюваної) поведінки, опір змінам і обмежені інтереси. Люди з аутизмом зазвичай мають труднощі з когнітивною і поведінковою гнучкістю, порушення сенсорної чутливості, труднощі обробки сенсорної інформації та емоційно-вольового контролю. Ознаки аутизму можуть мати різний ступінь тяжкості, від чого залежить тяжкість порушень соціальної адаптації; можуть змінюватися у відповідь на зміну обставин існування. Дефіцит когнітивних функцій може збільшуватися протягом часу внаслідок впливу аутистичної симптоматики на розвиток дитини, або зменшуватися при проведенні ефективних медико-соціальних та педагогічних втручань.

У DSM-V ліквідовано поділ, що існував у DSM-IV, між аутизмом, розладом Аспергера, дитячим дезінтегративним розладом і первазивним розладом розвитку неуточненим (PDD NOS) і введена єдина діагностична категорія аутизму, що характеризується: стійким дефіцитом соціальної комунікації та соціальних взаємодій, поза обліку наявності загальної затримки розвитку; обмеженими, повторюваними формами поведінки, інтересів, активності; формуванням порушень в ранньому дитинстві (останні можуть не проявлятися поки зростаючі соціальні вимоги не стануть вище обмежених можливостей дитини); порушеннями повсякденного функціонування. У DSM-V переглянуті діагностичні критерії розладу, замість оцінки класичних симптомів аутизму окремо в трьох субсферах, що застосовувалася в МКХ-10 і DSM-V, введені діагностичні критерії з виділенням двох сфер порушень – дефіциту соціального спілкування і обмежених, повторюваних форм поведінки. Діагностичні критерії РСА в DSM-V також додатково передбачають виділення гіпер- і гіпоактивності сенсорного сприйняття і кваліфікацію незвичайних сенсорних інтересів. Вводиться оцінка тяжкості РСА, виділяються діагностичні категорії «потребують підтримки», «потребують суттєвої підтримки» і «потребують дуже істотної підтримки».

Аутизм є хворобою, що триває все життя і має значний вплив на особистість дитини чи молодого людини, а також на їх сім'ї або опікунів.

Основні прояви аутичної 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, у періоді старіння спостерігається вікова патопластика аутистичних форм поведінки. Для їх оцінювання та діагностики аутизму після

досягнення пацієнтом повноліття використовуються тіж самі діагностичні категорії МКХ-10 та DSM-V, що і в дитячому віці.

У деяких дітей і молодих людей може спостерігатися невизначеність діагностичних оцінок щодо аутизму, зокрема, це стосується: дітей, молодших 24-х місяців; дітей і молодих людей з помірною та тяжкою розумовою відсталістю, коморбідними психічними та неврологічними захворюваннями, зокрема епілепсіями, гіперкінетичним розладом; старших підлітків, повнолітніх.

Аутизм у значній мірі пов'язаний з низкою коморбідних порушень психіки: специфічними затримками розвитку рецептивної, експресивної мови та мовної артикуляції, рухових функцій, шкільних навичок, когнітивною недостатністю, порушеннями активності та уваги, обсессивно-компульсивним, тикозним розладами, синдромом Туретта, тривожними, афективними симптомами, агресією та самоушкоджуючою поведінкою, які мають оцінюватися під час діагностичної процедури. Можливою є коморбідність аутизму з біполярним розладом. Конфліктність, в тому числі віктимізація частіше спостерігаються у високофункціональних аутистів в загальноосвітніх закладах.

Описані порушення психіки можуть вимагати диференційної діагностики з первазивними порушеннями розвитку, включатися в діагностичну категорію аутизму, можуть кваліфікуються як додаткові (коморбідні) розлади. Дискусійним є питання наскільки обґрунтованою є подвійна діагностика цих розладів та аутизму. Питання диференційної діагностики з РСА також можуть викликати труднощі.

Обсессивно-компульсивний розлад має більш пізній початок, ніж аутизм і, як правило, не асоціюється з соціальними і комунікативними порушеннями і характеризується повторюваними моделями поведінки, які є егодистонічними.

Дефіцит уваги також часто зустрічається при аутизмі, зумовлюючи пізнавальні, мовні та соціальні проблеми. Історична заборона на додаткову діагностику розладу з дефіцитом уваги/гіперактивністю у пацієнтів з РСА було вилучено з DSM-V. Деякі діти з РСА з підвищеними показниками гіперактивності показали 49% позитивну терапевтичну відповідь на лікування метилфенідатом у великому рандомізованому контрольованому дослідженні.

Диференційна діагностика між дитячою шизофренією та аутизмом може бути складною, оскільки обидва захворювання характеризуються соціальними порушеннями і якісними порушеннями мислення. Проте, маячня і галюцинації для аутизму не притаманні.

Аутизм необхідно диференціювати від специфічних розладів розвитку (включаючи мовні розлади, сенсорні порушення (особливо глухота), реактивних розладів батьківсько-материнської прихильності. Порушення розвитку мови мають вплив на соціалізацію і можуть бути помилково прийняті за РСА. Диференційна діагностика особливо складна у дітей дошкільного віку. Діти з реактивним розладом прив'язаності можуть демонструвати дефіцит прив'язаності і, отже, неадекватне соціальне сприйняття, але у них спостерігається поліпшення, якщо надаються адекватні послуги.

Складнощі може викликати диференційна діагностика між легкою/помірною затримками розвитку і аутизмом в віці від 24 до 61 місяців.

На основі епідеміологічних даних у більшості осіб з аутизмом та з аутистичними порушеннями приблизно у 50% спостерігалася тяжка та глибока розумова відсталість, у 35% виявилася легка/помірна інтелектуальна недостатність, а решта 20% мали нормальний інтелект. У дітей з аутизмом вербальні навички, як правило, були гірші, ніж невербальні. У дітей з розладом Аспергера спостерігається зворотна картина. При аутизмі важливо визначити рівень когнітивного функціонування та діагностувати розумову відсталість.

Не виключайте аутизму, якщо:

- дитина має хороший зоровий контакт, посміхається і демонструє любов до членів родини
- дитина демонструє притаманну для її віку ігрову діяльність та мову
- здається що основні проблеми з розвитком дитини вирішені після ефективного, заснованого на потребах втручання (наприклад, підтримуючого структурованого навчального середовища)
- попередні оцінки показали що аутизму немає, але стала доступною нова інформація.

Медична допомога пацієнтам з аутизмом розподіляється на первинну, вторинну, третинну.

1. Первинна медична допомога пацієнтам з аутизмом надається лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями-педіатрами, які мають спеціальну підготовку та підтвердили свою кваліфікацію в установленому законодавством порядку, та лікарями-психіатрами дитячими.

Первинна медична допомога пацієнтам з аутизмом надається у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу (медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги):

1.1. 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 РСА в 24 або 30 місяців.

Рекомендується застосування спеціальних скринінгових інструментаріїв, які можуть бути корисними для лікаря. Деякі з цих інструментів заповнюються лікарями та іншими працівниками закладів первинної охорони здоров'я. Скринінг застосовується у дітей молодшого віку і немовлят, коли вперше може бути виставлено діагноз. У деяких випадках скринінг може проводитися у старших дітей, наприклад, у дітей з кращим інтелектуальним станом і чия соціальна недієздатність може бути виявлена в більш пізньому віці.

Скринінгові процедури, рекомендовані при первинній МД:

- M-CHAT (скринінг малюків)
- CASD (скринінг дітей від 1 до 16 років)
- ABC (скринінг дітей)
- CSBS-DP-IT-Checklist (скринінг малюків)
- ASQ (скринінг дітей і дорослих)

- AQ (скринінг дітей і дорослих)
- CAST (скринінг 4-11 років)
- ASDS (скринінг 5-18 років)
- GADS (скринінг 3-22 роки)
- ASD (скринінг дітей і дорослих)
- SRS (скринінг 4-18 років)

1.2. Забезпечується проведення ранньої медичної реабілітації (допомоги в рамках програм раннього втручання) з використанням методології відтвореного онтогенезу; інших медико-соціальних, поведінкових втручань. Лікар повинен допомогти сім'ї отримати доступ до доцільних, заснованих на доказах структурованих освітніх та поведінкових втручання у пацієнтів з аутизмом. При цьому він має спиратися на наявні в громаді ресурси закладів дошкільної та шкільної освіти, реабілітаційних закладів, підпорядкованих міністерству праці та соціальної політики, закладів, створених організаціями споживачів та громадськими організаціями. Розрізняють поведінкові (прикладний поведінковий аналіз, поведінкову терапію за програмою TEACCH), комунікаційні, спеціальні освітні втручання та інші форми медико-соціальної допомоги.

1.3. Надання первинної медичної та спеціалізованої педіатричної допомоги при асоційованих з РСА внутрішніх хворобах

Первинна профілактика має бути скерована на найбільш значущі фактори ризику РСА:

- Наявність сіблінгів з аутизмом
- Наявність сіблінгів з іншими формами порушень психічного та моторного розвитку
- Наявність шизофренії (інших психозів) у сімейному анамнезі
- Наявність афективного розладу в сімейному анамнезі
- Наявність інших психічних або поведінкових розладів у сімейному анамнезі
- Вік матері більше 40 років
- Вік батька старше 40 років
- Вага при народженні менше 2500 гр
- Недоношеність (вік гестації до 35 тижнів)
- Реанімаційні заходи після народження (перебування у відділенні реанімації новонароджених)
- Наявність вроджених вад розвитку
- Чоловіча стать новонародженого
- Загроза абортів в термін менше 20 тижнів
- Проживання у великих містах
- Проживання в передмісті великих міст

Дітям з аутизмом має бути проведене комплексне медичне обстеження, спрямоване на виявлення супутніх захворювань. Результати обстеження можуть бути корисні для виявлення супутніх захворювань, які можуть мати

причинно-наслідковий зв'язок з порушеннями загального розвитку. В дужках приведена поширеність РСА при деяких медичних станах, асоційованих з аутизмом:

- Інтелектуальна недостатність (8-27,9%)
- Синдром ламкої Х-хромосоми (24-60%)
- Туберозний склероз (26-79%)
- Неонатальна енцефалопатія/епілептична енцефалопатія/інфантильні спазми (4-14%)
- Церебральний параліч (15%)
- Синдром Дауна (6-15%)
- М'язова дистрофія (3-37%)
- Нейрофіброматоз (4-8%)

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

При туберозному склерозі і гіпомеланозі (розладах, які зустрічаються в 6-10% всіх 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 і можуть, принаймні на ранніх стадіях, прийматися за звичайну вугреву висипку. При нейрофіброматозі можуть з'являтися на шкірі пухирці (пухлини) темного кольору, велика кількість безбарвних і кавових плям (званих кавово-молочними плямами), зміни в кістках щелепи тощо. Більшість шкірних змін не потребує терапевтичного втручання.

Зазвичай аутизм при туберозному склерозі має більш тяжкі клінічні прояви: пацієнти характеризуються тяжкою замкнутістю, своєрідним «пронизливим» поглядом і сильною дратівливістю. Напади гніву і вибухи гіперактивності часто супроводжуються нанесенням самопошкоджень. Частота епілептичних випадків при цьому синдромі винятково висока. Розумова відсталість – часто важка або глибока.

Деякі випадки РСА, асоційовані з синдромом Ретта, генним поліморфізмом по 15-й хромосомі зазвичай супроводжуються порушеннями постави: сколіозом або кіфозом. Починаючи з підліткового віку порушення постави можуть ставати настільки серйозними, що потребуватимуть ортопедичного лікування. Багато дівчаток з цим синдромом з підліткового віку прикуті до інвалідних колясок.

У пацієнтів з РСА, асоційованими із синдромом «ламкої Х-хромосоми», часто спостерігається м'язова гіпотонія і висока розтяжність зв'язкового апарату, що веде до надмірної гнучкості суглобів.

Пацієнти з синдромом М'юбіуса середнього і легкого ступеня часто мають погано сформовані руки і ноги. Ця патологія може привести до значних порушень дрібної моторики та координації рухів. Причиною затримки

формування моторних навичок при аутизмі можуть бути і диспраксічні порушення.

У підлітків і дорослих людей з РСА можуть спостерігатися порушення формування вторинних статевих ознак. Підлітки і дорослі чоловіки із синдромом «ламкої Х-хромосоми» зазвичай мають зовнішні геніталії (особливо тестикули) значно більших, ніж у нормі розмірів. 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, бути причиною травматичних переживань.

Всі діти з РСА повинні мати медичну оцінку, яка зазвичай включає фізикальне обстеження, слух, обстеження лампою Вуда на наявність ознак туберозного склерозу, а також, по можливості, генетичне тестування, яке може включати каріотип G-діапазонів, тестування ламкої Х-хромосоми або хромосомної матриці.

Під час загальномедичного обстеження пацієнтів з аутизмом також необхідно шукати ознаки травм, пов'язаних з самоушкодженнями і жорстоким поведінням. Діти з аутизмом можуть ставати об'єктами третирування і насильства з боку однолітків і людей, що займаються їх опікою.

1.4. Лікар загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП-СМ) повинен забезпечити організацію терапевтичної допомоги та підтримку сім'ї і пацієнта.

Потреби дітей та сімей в допомозі і підтримці змінюються з плином часу.

Лікар повинен розробити довгостроковий план співпраці з родиною і розуміти, що надання тих чи інших послуг може бути спорадичним. Для дуже маленьких дітей питання діагностики та визначення загальної програми лікування є найбільш важливими. У дітей шкільного віку більш актуальними є організація психофармакологічного лікування, вирішення поведінкових проблем та організації навчання. Для підлітків першочергове значення має професійно-технічна та професійна підготовка і досягнення максимально можливої самостійності/самодостатності, для повнолітніх пацієнтів – організація підтриманого проживання в межах наявних в громаді ресурсів.

У межах цього довгострокового співробітництва батьки та сібси (опікуни) дітей з РСА також потребують надання підтримки. Дитина з аутизмом створює серйозні проблеми для родини та сібсів (опікунів). До уваги слід брати підвищений ризик розлучення, соціальну ізоляцію родини внаслідок завантаженості проблемами хворої дитини, зловживання залученням здорових сібсів до надання допомоги хворій дитині, зменшення доступності здорових сібсів до освітніх та культурних можливостей.

1.5. Клініцисти повинні цілеспрямовано цікавитись використанням альтернативних/додаткових процедур і бути готовими до обговорення їх ризику й потенційної шкоди.

Більшість альтернативних або додаткових підходів до лікування мають дуже обмежені емпіричні докази, проте сім'ї дітей з РСА демонструють схильність до їх застосування. Важливо, щоб лікар міг обговорити ці підходи з

батьками, розуміючи мотивацію батьків шукати нові, більш ефективні на їх погляд, методи лікування.

Більшість альтернативних методів лікування не спираються на принципи наукової доказовості або мають докази неефективності, отримані при проведенні контрольованих випробувань, але характеризуються невеликим ризиком застосування: дельфінотерапія, інші різновиди анімалотерапії, дієти без глютену та казеїну. Застосування інших альтернативних методів є більш небезпечним: внутрішньовенне введення секретину, призначення перорального вітаміну В6 і магnezії, використання нейрометаболічних, судинних середників, перорального людського імуноглобуліну, електро- та магнітостимуляцій мозку. В Україні та країнах, що утворилися на території колишнього СРСР, поширене необгрунтоване, або за межами зареєстрованих показань застосування лікарських засобів, що є похідними витяжок з тканин тварин (наприклад кортексину, цереброкуруину, церебролізіну, цитиколіну). Емпіричне застосування таких методів лікування не свідчить, що ці методи можуть супроводжуватися ускладненнями і потенційно небезпечними побічними ефектами, але ризики застосування і потенційна терапевтична користь цих лікарських засобів у дітей хворих на аутизм не уточнені.

Деякі інші альтернативні методи лікування не спираються на принципи наукової доказовості, або мають докази неефективності, отримані при проведенні контрольованих досліджень, наприклад, внутрішньовенне введення секретину, призначення перорального вітаміну В6 і магnezії, використання нейрометаболічних, судинних середників, лікування препаратами, виробленими з мозку тварин, зокрема цереброкуруіном та кортексином, застосування, перорального людського імуноглобуліну, електро- та магнітостимуляцій мозку). В Україні та країнах, що утворилися на території колишнього СРСР, поширене необгрунтоване, або за межами зареєстрованих показань застосування лікарських засобів, що є похідними витяжок з тканин тварин (наприклад кортексину, цереброкуруину, церебролізіну, цитиколіну). Емпіричне застосування таких методів лікування не свідчить, що ці методи можуть супроводжуватися ускладненнями і потенційно небезпечними побічними ефектами, але ризики застосування і потенційна терапевтична користь цих лікарських засобів у пацієнтів з аутизмом не уточнені.

Деякі види лікування мають значний потенційний ризик для дитини, наприклад, смертність і захворюваність, пов'язані з хелатизацією).

Важливо, щоб сім'ї були інформовані відносно сумнівної ефективності та ймовірних ризиків зазначених методів лікування. Сім'ї можуть бути скеровані до наукових робіт з лікування аутизму на засадах доказової медицини.

2. Вторинна (спеціалізована психіатрична) допомога пацієнтам з аутизмом

Остаточна діагностика та лікування аутизму в осіб у віці до 18 років здійснюється лікарем психіатром дитячим, в осіб у віці з 18 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 РСА для надання психіатричної допомоги здійснюється переважно за місцем постійного проживання (перебування) дитини із забезпеченням умов, що виключають тривале позбавлення дитини зв'язків із батьками, іншими законними представниками, наприклад із застосуванням напівстаціонарного лікування, госпіталізації дитини з одним із батьків, виключно в випадках, коли лікування таких дітей неефективне в амбулаторних умовах, вимагає цілодобового спостереження, 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 інтенсивного лікування, лікарнях відновного (реабілітаційного), планового лікування, спеціалізованих медичних центрах.

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу також можуть надавати лікарі психіатри дитячі, лікарні психіатри, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці.

Діагностична програма спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам з аутизмом

У даний час не встановлені біологічні діагностичні маркери розладу і діагностика ґрунтується на ретельному клінічному обстеженні пацієнта. Діагностика має спиратися на стандартну психіатричну оцінку, у тому числі інтерв'ю з пацієнтом та сім'єю, а також на дані анамнезу.

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

Лікарі-психіатри дитячі повинні бути чутливими до етнічних, культурних або соціально-економічних факторів, які можуть вплинути на оцінку. Вони також повинні координувати відповідну мультидисциплінарну оцінку дітей з РСА.

2.1. Остаточна діагностика розладів загального розвитку (розладів спектру аутизму) проводиться на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V. Діагностичні критерії DSM-V використовуються в якості додаткових.

Діагностика розладу проводиться шляхом оцінювання за допомогою напівструктурованого інтерв'ю з батьками (**Autism Diagnostic Interview-Revised – ADI-R**) та напівструктурованого оцінювання аутистичних форм

поведінки **Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS** (Lord C., Rutter M., DiLavore P. C., Risi S., Gotham K., Bishop S. L., 2000)

Метою оцінювання є стандартизоване виявлення ознак розладу та співставлення їх із діагностичними ознаками МКХ-10. Таке оцінювання забезпечує діагностики аутизму у дітей у віці від 2 років.

2.2. Оцінювання тяжкості розладів загального розвитку (РЗР) за основними сферами психічної діяльності дитини

Оцінка тяжкості розладу і динаміки клінічного перебігу в процесі терапії у дітей в кожному конкретному випадку розладу загального розвитку має проводитися лікарем-психіатром дитячим з використанням дитячої рейтингової шкали аутизму **Childhood Autism Rating Scale, Second Edition – CARS 2** (Schopler E., Van Bourgondien M. E., Wellman G. J., Love S. R., 2010).

Результати тестування за CARS корелюють із оцінками за DSM-IV і МКХ-10.

2.3. Оцінювання особливостей психомоторного розвитку та когнітивного функціонування дитини з РЗР

Базові інструментарії

При оцінюванні дитини з РЗР потрібно визначити особливості її психомоторного розвитку: відповідність рівня сформованості наслідування, перцепторних, пізнавальних, моторних функцій, мови певному віку. Особливості розвитку мають оцінюватися кожні 6 місяців. Динаміка показників дозволяє визначити ефективність лікування, встановлювати скорочує чи збільшує дитина протягом часу відставання у розвитку. Для оцінювання особливостей розвитку дитини з РЗР рекомендовано застосовувати **PEP-3 (Psychoeducative profile: Third edition)**.

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

PEP-R дозволяє також оцінити рівень когнітивного функціонування дитини без мови.

Особливості психомоторного розвитку та когнітивного функціонування дитини з РЗР можуть також оцінюватися з використанням переліку умінь, що визначають розвиток дитини – програмою Маккуері (**The Macquarie Program for Developmentally Delayed Children**)(Cairns S., Pieterse M., Brar E., Dmitriev V., 1986).

У дітей з психічним віком понад 6 років рекомендоване застосування дитячого варіанту теста Векслера або експресваріанту теста Векслера (WASHI).

У дітей і дорослих з аутизмом, осіб, у яких українська/російська мови не є рідними, рекомендоване застосування тесту невербального інтелекту та когнітивних здібностей (**Leiter International Performance Scale, Third Edition (Leiter-3)**).

Додаткові інструментарії

Когнітивне функціонування та шкільні навички (формальне оцінювання):

- Шкала Балей для оцінювання розвитку малюків – II (**Bayley Scales of Infant Development – II**)

- Шкала Векслера для дошкільного та початкового шкільного віку, переглянута (**Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence, Revised**)
- Тест Штанфорд-Біне, 4-е видання (**Stanford-Binet Tests, 4th edition**)
- Шкала Маллен для оцінювання передумов формування шкільних навичок (**Mullen Scales of Early Learning**)
- Батарей оціночних тестів для дітей Кауфмана (**Kaufman Assessment Battery for Children**)
- Міжнародна шкала для оцінювання виконавчих функцій Лейтера, переглянута (**Leiter International Performance Scale, Revised**)
- Шкали Мерілл – Палмер для тестів оцінювання психіки (**MerrillPalmer Scales of Mental Tests**).

Когнітивне функціонування (якісне оцінювання):

- Профіль розвитку-II «Скринінгові інструментарії для оцінювання загального розвитку» (**Developmental Profile II «Screening Instruments—General Developmental Assessment»**)
- Профіль благополуччя передумов навчання для розвитку у дітей в віці до 36 місяців, переглянута видання (**The Early Learning Accomplishment Profile for Developmentally Young Children (Revised Edition) Birth to 36 Months**).

2.4. Оцінювання рівня соціальної адаптації (адаптивної поведінки)

Оцінювання рівня розвитку адаптивної поведінки належить до додаткових засобів клініко-діагностичної програми. З цією метою може проводитися оцінювання за шкалою Вайнленд (**VABS**). Шкала валідна у дітей віком від 0 до 18 років, у дорослих від 19 до 99 років.

Додаткові інструментарії:

- Шкали самостійної поведінки, переглянуті (**Scales of Independent Behavior, Revised**)
- Опитувальник для визначення соціально – емоційного розвитку (**Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ: SE)**)

- Соціально емоційні шкали Vineland-II (Vineland Social-Emotional Scales).

2.5. Інші додаткові інструментарії клініко-діагностичної програми

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

2.5.1. Для оцінювання поведінки:

- Ознакосклад для спостереження над поведінкою (**The Behavior Observation Schedule (BOS)**)
- Ознакосклад для етологічного аналізу поведінки (**The Ethiological Observation Schedule (EOS)**.)

2.5.2. Для оцінювання мовного розвитку:

- Тест для оцінювання сформованості словника розуміння мови (**Receptive One-Word Picture Vocabulary Test (ROWPVT)**)
- Тест для оцінювання сформованості словника експресивної мови (**Expressive One-Word Picture Vocabulary Tests (EOWPVT)**)

- Секвенційований кадастр комунікативного розвитку, переглянутий (**Sequenced Inventory of Communicative Development, Revised**)
- Доклінічна оцінка передумов мовного розвитку (**Pre-Clinical Evaluation Language Fundamentals (PRE-CELF)**)
- Шкала мовного розвитку для дошкільного віку (**Preschool Language Scales**)
- Шкала Рейнела для оцінювання мовного розвитку (**Reynell Developmental Language Scales (RDLS)**).

2.5.3. Для оцінювання сенсорного розвитку та сенсорних порушень:

- Сенсорний профіль для дітей в віці 3 – 10 років (**Sensory Profile – Ages 3–10**)
- Сенсорний профіль малюків (**Infant Toddler Sensory Profile**)
- Аналіз сенсорної поведінки (**Analysis of Sensory Behavior**).

Різноманітність застосованих діагностичних інструментаріїв забезпечує точну діагностику, необхідну для якісного планування медико-соціальної реабілітації.

2.6. Лікувальна програма

Загальні вимоги до лікувальної програми

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

2.6.1. Медико-соціальна реабілітація

Медико-соціальна реабілітація дітей з РЗР має будуватися на засадах оперантного зумовлення: позитивного соціального підкріплення шляхом надання координуючої уваги, заохочення, корегуючого навчання та виховання, копінг-поведінки в процесі спільної діяльності та усунення негативного підкріплення шляхом ігнорування небажаних форм поведінки та реагування.

Вимоги до обсягу медико-соціальної реабілітації повинні визначатися:

- біологічним і психологічним віком дитини
- тяжкістю розладу
- ступенем когнітивної недостатності
- наявністю і тяжкістю розладів рецептивної та експресивної мови
- наявністю перцепторних розладів і аутостимуляцій
- наявністю порушень активності та уваги.

Основними завданнями реабілітаційної програми для дітей з РЗР є:

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

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

При проведенні медико-соціальної реабілітації дітей з РЗР батьки повинні давати інформовану згоду на застосування індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП).

Форми проведення тренінгів можуть бути індивідуальними та груповими.

Інтенсивність реабілітаційної роботи для однієї дитини в середньому повинна складати не менше 20-30 годин на тиждень, оптимальна інтенсивність – 40-50 годин. Саме у такому разі, за умови правильного підбору змісту реабілітаційної програми, ефективність інтервенцій буде найвищою і достатньою для повного втілення можливостей дитини до навчання і розвитку.

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

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

- тренінгів сенсорної стимуляції та інтеграції
- тренінгів рухових функцій
- тренінгів наслідувальної діяльності та звуконаслідування
- спеціалізованих когнітивних тренінгів (розвитку загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок)
- біхевіорального тренінгу з метою усунення небажаних форм поведінки
- 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 і т. ін.)
- тренінгів рецептивних та експресивних мовленевих навичок, діалогового мовлення, альтернативної комунікації.
- ігрової діяльності, поведінки у групі.

Структура та зміст тренінгів мають залежати від сильних та проблемних особливостей дитини.

Наприклад, у разі відсутності експресивної мови, або на перших етапах її розвитку рекомендується застосовувати елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми).

Методи спрощеної комунікації не мають використовуватися тривалий час і не повинні перешкоджати формуванню активного словника.

В інших випадках, коли у дитини віком до 6 років експресивна мова відсутня внаслідок тяжкого рецептивного розладу, спрощену комунікацію застосовувати не варто. Працювати потрібно над розвитком пасивного та активного словника. Якщо експресивна мова у такої дитини не буде сформована до 7 річного віку, формування альтернативної комунікації слід розглядати як провідне реабілітаційне завдання.

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

- Сенсорна інтеграція і стимуляція (СІС)
- Поведінкова терапія за програмою АВА
- Поведінкова терапія за програмою ТЕАССН
- Метод альтернативної комунікації PECS
- Тренінг соціальних навичок
- Тренінг емоційної когніції і соціальної перцепції

2.6.2. Медикаментозне лікування

Дієтичне харчування

При аутизмі найчастіше застосовуються безглютенова та безказеїнова дієти.

Ефективність цих дієт, їх вплив на первазивний розвиток не доведені, проте їх застосування може бути підтримано лікарем, в разі, коли батьки налаштовані на їх застосування і мають позитивні очікування.

Доцільно переконати батьків утриматися від застосування жорстких дієт, обмежитися частковими дієтичними обмеженнями, відмовитися від застосування хеляції.

При безглютеновій дієті обмежується вживання пшениці, ячміню, ячної та перлової круп, жита, овсу, хлібобулочних виробів, продуктів, до складу яких входить солод та амідон. При казеїновій дієті вводяться обмеження на молочні продукти, йогурти, сири, молочні десерти.

В якості харчових добавок може бути рекомендоване застосування омега 3 та омега 6 поліненасичених жирних кіслот. При порушеннях сну показане застосування харчової добавки мелатоніну.

При коморбідній епілепсії може застосовуватися кетогенна дієта. Ця дієта ефективна при епілепсіях, відсутні докази впливу на порушення первазивного розвитку.

При генетично зумовлених порушення обміну білків, таких, як гомоцістеїнурія, фенілкетонурія можуть спостерігатися ознаки первазивних порушень розвитку. Таким пацієнтам рекомендовані спеціальні дієти. Вплив дієт на первазивні порушення розвитку не доведено.

Психофармакотерапія

Фармакологічне лікування в осіб з РСА може бути рекомендоване пацієнтам з аутизмом 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), диссомнічних порушень.

Рисперидон і арипіпразол рекомендовані для лікування драгівливості, агресивної та руйнівної поведінки у дітей з 5 річного віку.

Для лікування порушень активності та уваги у дітей з 5 років рекомендований атомоксетин.

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

При депресивних та тривожжних розладах у дітей з 5 років рекомендовані сертралін та флюоксетин, з 14 річного віку циталопрам та есциталопрам.

Поєднання ліків з навчанням батьками більш ефективно, ніж лише фармакотерапія для зменшення серйозних розладів поведінки і трохи більш ефективно для впливу на рівень адаптивного функціонування.

Особи хворі на аутизм можуть не розмовляти, тому відповідь на лікування часто оцінюється піклувальниками (Додаток 2. «Особливості застосування психотропних засобів при аутизмі»).

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

3. Третинна (високоспеціалізована) психіатрична допомога надається:

Дітям з високофункціональним аутизмом, лікування яких потребує застосування високоспеціалізованих методів психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової, групової міжперсональної терапії, сімейної терапії.

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

Надання третинної (високоспеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується високоспеціалізованими центрами, що можуть створюватися в обласних (міських) дитячих лікарнях, спеціалізованих психіатричних закладах охорони здоров'я та науково-дослідних інститутах Національної академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1 ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|---|---|
| <p>1.Первинна профілактика</p> <p>1.1. До заходів первинної профілактики слід віднести рекомендації скеровані на найбільш значущі факторі ризику розвитку аутизму (наявність сіблінгов з аутизмом; наявність сіблінгов з іншими формами порушень психічного та моторного розвитку; наявність шизофренії (інших психозів) у сімейному анамнезі; наявність афективного розладу в сімейному анамнезі; наявність інших психічних або поведінкових розладів у сімейному анамнезі; вік матері більше 40 років; вік батька старше 40 років; вага при народженні менше 2500 гр; недоношеність (вік гестації до 35 тижнів); реанімаційні заходи після народження (перебування у відділенні реанімації новонароджених); наявність вроджених вад розвитку; чоловіча стать новонародженого; загроза аборту в термін менше 20 тижнів;</p> | <p>На сьогодні не існує переконливих доказів, які підтверджують ефективність рекомендацій щодо ролі способу життя і профілактики в розвитку і лікуванні аутизму, але, на думку експертів, вони мають входити до завдань загального цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем.</p> <p>Вторинна профілактика також має бути скерована на найбільш значущі медичні стани, пов'язані з РСА.</p> <p>Ранні індервенції, спрямовані на корекцію порушень розвитку, позитивно впливають на прогноз загального розвитку дітей з аутизмом, позитивно впливають на рівень соціального функціонування хворих.</p> | <p>Обов'язкові методи первинної профілактики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведення психоосвітньої роботи з батьками, членами родин. 2. Створення та сприяння використанню родиною вітчизняних та міжнародних інформаційних ресурсів для батьків. 3. Збирання інформації про використання альтернативних / додаткових процедур, обговорення їх ризику та потенційної шкоди 4. Надання консультативної допомоги, координація медико-соціальної допомоги в рамках програм раннього втручання, поведінкових, комунікаційних, освітніх втручань з використанням ресурсів закладів дошкільної та шкільної освіти, реабілітаційних закладів, підпорядкованих міністерству соціальної політики, закладів, створених безпосередньо у громаді організаціями споживачів та громадськими організаціями. <p>Бажані методи первинної профілактики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Надавати пацієнтам інформацію та рекомендації щодо здорового способу |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|--|--|
| <p>проживання у великих містах; проживання в передмісті великих міст),</p> <p>1.2 Проведення скринінгу будь яких порушень розвитку та рекомендації, скеровані на їх корекцію шляхом організації ранніх втручань.</p> | | <p>життя.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Охорона здоров'я матерів і батьків (диспансеризація немолодих батьків). - Медичний супровід вікових породіль. - Медичний супровід дітей протягом першого року життя. - Медичний супровід дітей із значущими факторами ризику в сімейному анамнезі, недоношеністю, вродженими вадами розвитку. - Організація ранніх втручань при будь яких порушеннях розвитку дитини протягом перших трьох років життя. |
| <p>2. Діагностика</p> <p>2.1 Виявлення групи ризику розладів загального розвитку (РСА), забезпечення моніторингу розвитку зі скеруванням за потреби на вторинний рівень медичної допомоги для остаточної діагностики аутизма.</p> <p>2.3 Виявлення супутніх соматичних та неврологічних захворювань, асоційованих з аутизмом (інтелектуальної недостатності; синдрому ламкої Х-хромосоми туберозного склерозу неонатальної енцефалопатії/ епілептичної енцефалопатії/</p> | <p>Доведено, що рання діагностика порушень загального розвитку та їх корекція із застосуванням методів відтвореного онтогенезу позитивно впливає на прогноз перебіг РСА.</p> <p>Було доведено, що структуровані освітні та поведінкові втручання ефективні у багатьох дітей з РСА.</p> | <p>Обов'язкові:</p> <p>Оцінка розвитку дітей раннього віку повинна включати питання про симптоматику РСА, в разі наявності у дитини визначених факторів ризику, будь яких порушень розвитку чи захворювань, що мають високий рівень асоціації з РСА має бути проведено додатковий спеціальний скринінг на РСА.</p> <p>У деяких випадках скринінг може проводитися у старших дітей, наприклад, у дітей з кращим інтелектуальним станом, чия соціальна недієздатність може бути виявлена в більш пізньому віці.</p> <p>Скринінгові процедури, рекомендовані для первинної</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---|---------------|---|
| інфантильних спазмів церебрального паралічу синдрому Дауна; м'язової дистрофії нейрофіброматоза). | | <p>МД:</p> <ul style="list-style-type: none"> • М-CHAT (скринінг малюків); • CASD (скринінг дітей від 1 до 16 років); • ABC (скринінг дітей); • CSBS-DP-IT-Checklist (скринінг малюків); • ASQ (скринінг дітей і дорослих); • AQ (скринінг дітей і дорослих); • CAST (скринінг 4-11 років); • ASDS (скринінг 5-18 років); • GADS (скринінг 3-22 роки); • ASD (скринінг дітей і дорослих) • SRS (скринінг 4-18 років). <p>Формування груп ризику та первинної профілактики.</p> <p>В рамках диспансеризації має бути проведене діагностичне оцінювання рівня соціального функціонування хворого, наявності особливих потреб у соціальній підтримці. До кожного оцінювання потрібно включати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - детальні запитання про побоювання батьків або осіб, які опікуються дітьми, і, у відповідних випадках, про побоювання дитини або молодшої особи; - подробиці досвіду життя дитини або молодшої |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|---------------|---|
| | | <p>особи вдома, досвіду отримання освіти і соціальної допомоги;</p> <ul style="list-style-type: none"> - історії розвитку, особливостей розвитку і поведінки. <p>Комплексне медичне обстеження, спрямоване на виявлення супутніх захворювань включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - фізикальне обстеження - обстеження слуху - обстеження шкіри лампою Вуда на наявність ознак туберозного склерозу - генетичне тестування, яке може включати каріотип G-діапазонів, тестування ламкої X-хромосоми або хромосомної матриці (по можливості). |
| <p>3. Лікування</p> <p>3.1. Організація доступу до спеціальних освітніх та поведінкових втручань з використанням наявних в громаді ресурсів</p> <p>3.2. Лікування супутніх соматичних захворювань;</p> <p>3.3. Моніторинг виконання індивідуальних програм реабілітації, призначених у ЗОЗ, що надають вторинну та третинну МД;</p> <p>3.3. Контроль за фармакологічним лікуванням, призначеним у ЗОЗ, що надають вторинну та</p> | | <p>1. Лікар повинен допомогти сім'ї отримати доцільні, засновані на доказах, структуровані освітні та поведінкові втручання у дітей з РСА з використанням ресурсних можливостей на рівні громади, підпорядковані міністерству освіти, міністерству соціальної політики та громадським організаціям.</p> <p>2. Планування тривалого лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - моніторинг виконання індивідуальних програм реабілітації; - моніторинг фармакологічного лікування; - соціальна підтримка сім'ї і пацієнта. <p>При наявності коморбідних</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---|---------------|---|
| <p>третинну МД, моніторинг побічних ефектів та ускладнень.</p> | | <p>органних розладів, насамперед розладів шлунково – кишкового тракту мають застосовуватися соматотропні засоби: протигрибкові, ферментативні препарати.</p> |
| <p>4. Диспансерне спостереження 4.1. Пацієнти з аутизмом підлягають диспансеризації на первинному рівні.</p> | | <p>При первинній медичній допомозі проводиться диспансеризація, спрямована на нівелювання факторів ризику несприятливого перебігу РСА, виявлення та терапію супутніх загальносоматичних захворювань. (див. пункт 1.3 розділу II).</p> |

3.2 ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ ТА ТРЕТИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---|--|---|
| <p>1. Вторинна профілактика</p> | <p>Рекомендації скеровані на створення умов для забезпечення сприятливого перебігу захворювання, зменшення стигматизуючого впливу захворювання на пацієнта та його оточуючих, спеціалізованої реабілітаційної допомоги, спеціальних педагогічних втручань та соціальної підтримки.</p> | <p>Рекомендації з диспансерного спостереження у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу.</p> |
| <p>2. Діагностика</p> <p>2.1. Діагноз аутизм встановлюється у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.</p> <p>2.2. Остаточна діагностика розладів загального розвитку (РСА) проводиться на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V. Діагностичні критерії DSM-V використовуються в якості додаткових при проведенні наукових досліджень.</p> <p>2.3. Стандартизоване виявлення ознак розладу та співставлення їх із діагностичними ознаками</p> | <p>Основні прояви аутичної 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, у періоді старіння спостерігається вікова патопластика аутистичних форм</p> | <p>Необхідні дії для встановлення остаточного діагноза</p> <p>Встановлюються ознаки аутизму у відповідності до діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V. Встановлюється наявність трьох груп симптомів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пов'язаних з • якісними порушеннями соціальної реципрокності; порушеннями комунікації; • перцепторними порушеннями і стереотипними формами поведінки. <p>Додатковими стандартизованими</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|---|---|
| <p>МКХ-10 проводиться шляхом оцінювання за допомогою напівструктурованого інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview-Revised - ADI-R) та напівструктурованого оцінювання аутистичних форм поведінки Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS.</p> <p>2.4. Має бути встановлений функціональний діагноз РСА, що включатиме оцінку рівня когнітивного функціонування, мови, шкільних навичок, розвитку дрібної, дужої моторики, зорово-моторної координації, рівень функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки.</p> <p>2.5. РСА необхідно диференціювати від специфічних розладів розвитку (включаючи мовні розлади, сенсорні порушення (особливо глухота), реактивні розлади прихильності, обсессивно-компульсивні розлади, розлади розумового розвитку, селективним мутизмом, дитячою шизофренією психічними розладами, зумовленими органічним ураженням мозку.</p> | <p>поведінки. Для їх оцінювання та діагностики аутизму після досягнення пацієнтам повноліття використовуються ті ж самі діагностичні категорії МКХ-10 та DSM-V, що і в дитячому віці.</p> | <p>процедурами для остаточної діагностики аутизму є напівструктуроване інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview-Revised - ADI-R) та напівструктурованого оцінювання аутистичних форм поведінки (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS).</p> <p>Необхідні дії для встановлення функціонального діагноза</p> <p>Оцінка тяжкості розладу і динаміки клінічного перебігу в процесі терапії проводиться з використанням дитячої рейтингової шкали аутизму (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition – CARS 2).</p> <p>Для оцінювання особливостей розвитку дитини з аутизмом: відповідності рівня сформованості наслідування, перцепторних, пізнавальних, моторних функцій, мови певному віку рекомендовано застосовувати PEP-3 (Psychoeducative profile: Third edition). Особливості розвитку мають оцінюватися кожні 6 місяців.</p> <p>Особливості</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---------------------|---------------|---|
| | | <p>психомоторного розвитку та когнітивного функціонування дитини з аутизмом можуть також оцінюватися з використанням переліку умінь, що визначають розвиток дитини – програмою Маккуері (The Macquarie Program for Developmentally Delayed Children).</p> <p>У дітей з психічним віком понад 6 років рекомендоване застосування дитячого варіанту теста Векслера або експресваріанту теста Векслера (WASHI).</p> <p>У дітей і дорослих, хворих на аутизм, осіб, у яких українська/російська мови не є рідними рекомендоване застосування тесту невербального інтелекту та когнітивних здібностей (Leiter International Performance Scale, Third Edition (Leiter-3)).</p> <p>Для оцінювання рівня соціальної адаптації (адаптивної поведінки) має застосовуватися Шкала Вайнленда (VABS). Шкала валідна у дітей віком від 0 до 18 років, у дорослих від 19 до 99 років.</p> <p>Додаткові інструментарії:</p> <p>Для формального оцінювання когнітивного функціонування та шкільних навичок за</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---------------------|---------------|--|
| | | <p>наявності можуть додатково застосовуватися:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Шкала Балей для оцінювання розвитку малюків – II (Bayley Scales of Infant Development – II) - Шкала Векслера для дошкільного та початкового шкільного віку, переглянута (Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence, Revised) - Тест Штанфорд-Біне, 4-е видання (Stanford-Binet Tests, 4th edition) - Шкала Маллен для оцінювання передумов формування шкільних навичок (Mullen Scales of Early Learning) - Батарея оціночних тестів для дітей Кауфмана (Kaufman Assessment Battery for Children) - Міжнародна шкала для оцінювання виконавчих функцій Лейтера, переглянута (Leiter International Performance Scale, Revised) - Шкали Мерілл – Палмер для тестів оцінювання психіки (MerrillPalmer Scales of Mental Tests). <p>Для якісного оцінювання когнітивного функціонування та шкільних навичок за наявності можуть додатково застосовуватися:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Профіль розвитку-II |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---------------------|---------------|--|
| | | <p>«Скринінгові інструментарії для оцінювання загального розвитку» (Developmental Profile II «Screening Instruments – General Developmental Assessment»)</p> <p>- Профіль благополуччя передумов навчання для розвитку у дітей в віці до 36 місяців, переглянута видання (The Early Learning Accomplishment Profile for Developmentally Young Children (Revised Edition) Birth to 36 Months).</p> <p>Для оцінювання рівня соціальної адаптації (адаптивної поведінки) можуть додатково застосовуватися:</p> <p>- Шкали самостійної поведінки, перегянуті (Scales of Independent Behavior, Revised)</p> <p>- Опитувальник для визначення соціально – емоційного розвитку (Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ: SE))</p> <p>- Соціально емоційні шкали Вайнленд (Vineland Social-Emotional Scales).</p> <p>Інші додаткові інструментарії клініко-діагностичної програми</p> <p>У дітей із РЗР при діагностиці особливостей сенсорних, когнітивних,</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---------------------|---------------|---|
| | | <p>моторних, мовних, комунікативних, ігрових, адаптаційних порушень додатково можуть використовуватися:</p> <p>Для оцінювання поведінки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ознакосклад для спостереження над поведінкою (The Behavior Observation Schedule (BOS)) - Ознакосклад для етологічного аналізу поведінки (The Ethiological Observation Schedule (EOS).) <p>Для оцінювання мовного розвитку:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Тест для оцінювання сформованості словника розуміння мови (Receptive One-Word Picture Vocabulary Test (ROWPVT)) - Тест для оцінювання сформованості словника експресивної мови (Expressive One-Word Picture Vocabulary Tests (EOWPVT)) - Секвенційований кадастр комунікативного розвитку, переглянутий (Sequenced Inventory of Communicative Development, Revised) - Доклінічна оцінка передумов мовного розвитку (Pre-Clinical Evaluation Language Fundamentals (PRE-CELF)) |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Шкала мовного розвитку для дошкільного віку (Preschool Language Scales) - Шкала Рейнела для оцінювання мовного розвитку (Reynell Developmental Language Scales (RDLS)) Для оцінювання сенсорного розвитку та сенсорних порушень: <ul style="list-style-type: none"> - Сенсорний профіль для дітей в віці 3 – 10 років (Sensory Profile – Ages 3–10) - Сенсорний профіль малюків (Infant Toddler Sensory Profile) - Аналіз сенсорної поведінки (Analysis of Sensory Behavior). - Різноманітність застосованих діагностичних інструментаріїв забезпечує точну діагностику, необхідну для якісного планування медико-соціальної реабілітації. |
| <p>3. Лікувальна програма Цілісний терапевтичний процес дітей з РЗР має включати заходи медико-соціальної реабілітації та медикаментозну терапію.</p> <p>3.1. Медико-соціальна реабілітація Медико-соціальна реабілітація дітей з РЗР має будуватися на засадах оперантного зумовлення: позитивного соціального</p> | <p>Медико-соціальна реабілітація проводиться командою фахівців, до якої можуть входити (лікар медичний психолог, практичний психолог, логопед, за наявності – корекційний педагог). Керівником команди є лікар-</p> | <p>Спеціальні програми медико-соціальної реабілітації, рекомендовані до застосування у дітей з аутизмом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Сенсорна інтеграція і стимуляція (СІС); - Поведінкова терапія за програмою АВА; - Поведінкова терапія за програмою ТЕАССН; - Метод альтернативної |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|---|---|
| <p>підкріплення шляхом надання координуючої уваги, заохочення, корегуючого навчання та виховання, копінг-поведінки в процесі спільної діяльності та усунення негативного підкріплення шляхом ігнорування небажаних форм поведінки та реагування.</p> <p>Форми проведення тренінгів можуть бути індивідуальними та груповими.</p> <p>Інтенсивність реабілітаційної роботи для однієї дитини в середньому повинна складати не менше 20-30 годин на тиждень, оптимальна інтенсивність – 40-50 годин. Саме у такому разі, за умови правильного підбору змісту реабілітаційної програми, ефективність інтервенцій буде найвищою і достатньою для повного втілення можливостей дитини до навчання і розвитку.</p> <p>Стандартний обсяг медико-соціальної допомоги включає поетапне, а у разі потреби і комбіноване проведення декількох форм реабілітаційних тренінгів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тренінгів сенсорної стимуляції та інтеграції - тренінгів рухових функцій - тренінгів наслідувальної діяльності та звуконаслідування - спеціалізованих | <p>психіатр дитячий, або лікар-психіатр (в разі надання допомоги повнолітнім пацієнтам) які на підставі результатів обстеження пацієнта визначають зміст та обсяги корекційних втручань, межі компетенції інших членів команди. Всі члени команди мають мати спеціальну підготовку с питань надання медико-соціальної допомоги пацієнтам із розладами спектру аутизму.</p> <p>При виконанні індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП) розподіл обсягу реабілітаційної роботи (участь фахівців різного рівня підготовки і частка батьків) має враховувати вік дитини та рівень її когнітивного функціонування.</p> <p>Поведінкові методи втручання, такі як Applied Behavioral Analysis (ABA), довели ефективність в численних дослідженнях як у дітей молодшого та дошкільного віку, так</p> | <p>комунікації PECS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Тренінг соціальних навичок. <p>Основними завданнями реабілітаційної програми для дітей з РЗР є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - усунення порушень перцепції; - розвиток мовленнєвої комунікації, зокрема розвиток понятійної частини мови, звуковимови, діалогової промови - нав'язування дитині комунікації, зокрема полегшеної - розвиток дрібної і крупної моторики, зорово-моторної координації, складно-координованих рухів - розвиток пізнавальних процесів - стимулювання розвитку емоційної когніції та соціальної перцепції - формування навичок соціального функціонування. <p>При проведенні медико-соціальної реабілітації дітей з РЗР батьки повинні давати інформовану згоду на застосування ІРП.</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|---|---------------------|
| <p>когнітивних тренінгів (розвитку загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок)</p> <p>- біхевіорального тренінгу з метою усунення небажаних форм поведінки</p> <p>- 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 та ін.)</p> <p>- тренінгів рецептивних та експресивних мовленевих навичок, діалогового мовлення, альтернативної комунікації</p> <p>- ігрової діяльності, поведінки у групі.</p> <p>- Структура та зміст тренінгів мають залежати від сильних та проблемних особливостей дитини.</p> | <p>і у дітей шкільного віку з проблемами в соціальній поведінці.</p> <p>Мета-аналіз показав, що раннє інтенсивне поведінкове втручання є ефективним у маленьких дітей, але є необхідність більш точних досліджень, щоб розширити докази на інші вікові групи.</p> <p>Поведінкові методи особливо корисні, коли неадекватна поведінка заважає забезпеченню комплексної програми терапії.</p> <p>Існує консенсус щодо того, що діти з розладами аутистичного спектру потребують структурованого освітнього підходу з чітким навчанням. Ефективність була показана для 2 з структурованих освітніх моделей: <i>Early Start Denver Model</i> і <i>Treatment and Education of Autism and related Communication handicapped Children program</i>.</p> | |
| 3.2 Дієтичне лікування | Кетогенна дієта | Дієтичне харчування |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|--|---|
| <p>Доцільно переконати батьків утриматися від застосування жорстких дієт, обмежитися частковими дієтичними обмеженнями, відмовитися від застосування хеляції.</p> <p>При коморбідних епілепсіях, резистентних до протиепілептичної терапії може бути рекомендована кетогенна дієта.</p> <p>Передумовою її введення є відсутність у дитини ригідних харчових уподобань мають бути рекомендовані спеціальні дієти.</p> | <p>позитивно впливає на судоми, відсутні докази впливу на порушення загального розвитку.</p> <p>Вплив безглютенної та безкозеїнової дієти на перебіг аутизму не доведено. Хеляція для лікування аутизму не рекомендована внаслідок доведеної неефективності та небезпечності застосування.</p> <p>При генетично зумовлених порушеннях обміну білків, таких, як гомоцістеїнурія, фенілкетонурія можуть спостерігатися ознаки первазивних порушень розвитку. Таким пацієнтам рекомендовані спеціальні дієти.</p> <p>Вплив дієт на первазивні порушення розвитку не доведено.</p> | <p>включає:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кетогенну дієту при коморбідних епілепсіях та відсутності ригідних харчових уподобань 2. Безглютенну та безкозеїнову дієту при розладах загального розвитку 3. Спеціальні дієти при генетично зумовлених порушеннях обміну білків, таких, як гомоцістеїнурія, фенілкетонурія. <p>При безглютенній дієті обмежується вживання пшениці, ячміню, ячної та перлової круп, жита, овсу, хлібобулочних виробів, продуктів, до складу яких входить солод та амідон.</p> <p>При казеїновій дієті вводяться обмеження на молочні продукти, йогурти, сири, молочні десерти.</p> <p>В якості харчових добавок може бути рекомендоване застосування омега 3 та омега 6 поліненасичених жирних кіслот. При порушеннях сну показане застосування харчової добавки мелатоніну.</p> |
| <p>3.3. Фармакологічне лікування</p> <p>Фармакологічне лікування осіб з РСА може бути рекомендоване пацієнтам з аутизмом для підвищення ефективності застосування базових освітніх та поведінкових втручань, усунення агресивної</p> | <p>Фармакотерапія може бути запропонована дітям з розладами аутистичного спектру, коли є конкретний симптом або супутні захворювання.</p> <p>Розгляньте</p> | <p>Фармакотерапія може бути запропонована дітям з розладами аутистичного спектру, коли є конкретний симптом або супутні захворювання.</p> <p>При призначенні лікарських засобів слід враховувати здатність дитини ковтати капсули чи</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--|---|--|
| <p>(аутоагресивної), компульсивної, повторюваної та стереотипної поведінки, лікування коморбідних розладів (тривожного, депресивного, з дефіцитом уваги та/гіперактивністю), диссомнічних порушень. При коморбідних епілепсіях призначаються протиепілептичні препарати. При їх призначенні слід враховувати тяжкість порушень активності та уваги, тяжкість порушень загального розвитку, уникаючи призначення препаратів з седативною дією, негативним впливом на когнітивне функціонування. Поєднання ліків з навчанням батьками більш ефективно, ніж лише фармакотерапія для зменшення серйозних розладів поведінки і трохи більш ефективно для впливу на рівень адаптивного функціонування.</p> | <p>антипсихотичні препарати в поєднанні з психосоціальними втручаннями з приводу зухвалої поведінки, коли не було або була обмежена відповідь на психосоціальні та інші втручання. При лікуванні коморбідних епілепсій протиепілептичні препарати мають призначатися відповідно до уніфікованого клінічного протоколу лікування епілепсій у дітей. Наявність субклінічних судом (специфічних епілептичних змін на ЕЕГ) не мають розглядатися, як підстави для протиепілептичного лікування. При тяжких порушеннях активності та уваги, тяжких порушеннях загального розвитку, уникайте призначення протиепілептичних препаратів з седативною дією, негативним впливом на когнітивне</p> | <p>пігулки. Багато дітей мають проблеми з ковтанням. В таких випадках мають застосовуватися спеціальні форми випуску лікарських засобів – розчини для пиття, сиропи, швидко розчинні пігулки, мікрогранули. Рисперидон і арипіпразол рекомендовані для лікування дратівливості, агресивної та руйнівної поведінки у дітей з 5 річного віку. Для лікування порушень активності та уваги у дітей з 5 років рекомендований атомоксетин. Для лікування стереотипної та повторюваної поведінки у підлітків старше 14 років та дорослих рекомендовані селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну. При депресивних та тривожних розладах у дітей з 5 років рекомендовані сертралін та флюоксетин, з 14 річного віку циталопрам та есциталопрам. При коморбідних епілепсіях рекомендоване призначення солей вальпроєвої кислоти, леветіроцетаму, ламотриджину, топіромату. - Солі вальпроєвої кислоти рекомендовані в</p> |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|--------------------------|--|--|
| | <p>функціонування. Фармаколікування має призначатися виключно дитячим психіатром, а результати якості життя ретельно контролюватися. Питання про безпеку фармаколікування має бути розглянута через 3-4 тижні прийому лікарського засобу, питання про наявність клінічно значущої відповіді через 6 тижнів лікування. За результатами оцінювань може бути прийняте рішення про недоцільність подальшого лікування. Різні підходи до комплексного лікування показали ефективність у груп дітей, хоча жодна з моделей комплексного лікування не була чітко визначена як краща.</p> | <p>якості препаратів першої черги вибору. Вони також рекомендовані при наявності коморбідних поведінкових розладів, не асоційованих з дефіцитом уваги та гіперактивності, депресіях, маніакальних та змішаних станах</p> <ul style="list-style-type: none"> - Топіромат <p>рекомендований для монотерапії та політерапії з солями вальпроєвої кислоти у дітей з епілептичними енцефалопатіями (синдромом Веста, Ленокса – Гасто), резистентних епілепсіях</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ламотриджин та леветіроцетам <p>рекомендовані при наявності у хворих тяжких порушень активності та уваги, коморбідної депресії.</p> <p>Подекуди для лікування наслідків перенатального гіпоксично-ішемічного ураження мозку у дітей з РЗР застосовують ноотропні, вазоактивні та нейрометаболічні препарати. Ці препарати не мають достатніх наукових доказів своєї ефективності при РЗР і не рекомендовані до застосування цим клінічним протоколом.</p> |
| 4. Госпіталізація | <p>Спеціалізована допомога пацієнтам з аутизмом має</p> | |

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|---------------------|---|---------------|
| | надаватися переважно в амбулаторних умовах. | |

IV. Опис етапів медичної допомоги

Рекомендації щодо курації пацієнтів з аутизмом

Всі діти та підлітки з підозрою на аутизм мають бути терміново оглянуті лікарем-психіатром дитячим та мати докладний план обстеження, лікування та спостереження, узгоджений між пацієнтом, його сім'єю та/або особою, що здійснює догляд за пацієнтом, залежно від ситуації, та медичними працівниками різних видів надання медичної допомоги. Для дітей та підлітків необхідного догляду за собою при аутизмі можна досягти за допомоги активних навчальних моделей та втручань, орієнтованих на дитину.

Місцеві міжвідомчі стратегічні групи з визначення аутизму повинні бути створені за участю управлінських, медичних і спеціальних представників служби охорони здоров'я дітей і охорони психічного здоров'я, закладів освіти, соціального забезпечення, працівників служби батьків та опікунів, а також волонтерського сектора.

Місцева стратегічна група з визначення аутизму повинна призначити провідного спеціаліста, який нести відповідальність за місцеві шляхи визнання аутизму, направлення і діагностування дітей і молоді. Цілі груп повинні включати:

- поліпшення ранньої діагностики аутизму за допомогою підвищення рівня обізнаності щодо ознак і симптомів аутизму за допомогою міжвідомчих навчань;
- перевірку того, чи відповідні фахівці (з охорони здоров'я, соціального забезпечення, освіти і волонтерського сектора) знають місцеві шляхи визначення аутизму і знають як отримати доступ до діагностичних послуг;
- підтримку легкого переходу до отримання дорослих послуг для молоді, яка проходить діагностичний шлях.

Особливості втручання з приводу аутизму у дорослих осіб

Всі співробітники, які працюють з дорослими з аутизмом повинні:

- працювати в партнерстві з дорослими з аутизмом та, при необхідності, з їх сім'ями, партнерами або особами, які здійснюють догляд;
- пропонувати підтримку і допомогу з повагою;
- витратити час, щоб побудувати довірче, сприятливе, співчутливе та неупереджене ставлення як невід'ємну частину медичної допомоги.

Для того, щоб ефективно надавати допомогу і підтримку дорослим з аутизмом, місцева міжвідомча стратегічна група з аутизму повинна включати представників від менеджерів, уповноважених та клініцистів від послуг для дорослих, включаючи психічне здоров'я, нездатність до навчання, первинну медичну допомогу, соціальну допомогу, житлові, освітні та служби зайнятості, систему кримінального правосуддя і третій сектор. Повинно бути значне представництво від людей з аутизмом та їх родин, партнерів і осіб, які здійснюють догляд.

Виявлення та оцінка

Слід розглянути оцінку можливого аутизму, якщо людина має:

– одне або більше з наступного:

◇ постійні труднощі в соціальній взаємодії

◇ постійні труднощі в соціальній комунікації

◇ стереотипну (жорстку і повторювану) поведінку, опір змінам або обмеженню інтересів і

– одне або більше з наступного:

◇ проблеми при отриманні або збереженні роботи або навчання

◇ труднощі в започаткуванні або підтримці соціальних відносин

◇ попередній або поточний контакт з послугами психічного здоров'я або нездатності навчання

◇ історія станів, пов'язаних з неврологічним розвитком (в тому числі нездатність до навчання і синдром дефіциту уваги і гіперактивність) або психічних розладів.

Біомедичні (фармакологічні, фізичні та дієтичні) втручання і основні симптоми аутизму:

- Не застосовуйте протисудомних препаратів для лікування основних симптомів аутизму у дорослих;

- Не застосовуйте хелацію для лікування основних симптомів аутизму у дорослих;

- Не використовуйте наступні втручання для лікування основних симптомів аутизму у дорослих:

- дієти з виключенням (наприклад, дієти з виключенням глютену або казеїну і багаті жирами);

- вітаміни, мінерали та біологічно активні добавки (наприклад, вітамін В-6 або добавки заліза);

- Не застосовуйте препарати, спеціально призначені для поліпшення когнітивних функцій (наприклад, інгібітори холінестерази) для лікування основних симптомів аутизму або когнітивних або поведінкових проблем у дорослих;

- Не застосовуйте окситоцин для лікування основних симптомів аутизму у дорослих;

- Не застосовуйте секретин для лікування основних симптомів аутизму у дорослих;

- Не застосовуйте регулювання тестостерону для лікування основних симптомів аутизму у дорослих
- Не застосовуйте гіпербаричну кисневу терапію для лікування основних симптомів аутизму у дорослих
- Не застосовуйте антипсихотичні препарати для лікування основних симптомів аутизму у дорослих
- Не застосовуйте антидепресанти для рутинного лікування основних симптомів аутизму у дорослих.

Медикаментозна терапія супутніх психічних розладів

- Для дорослих з аутизмом та супутніми психічними розладами пропонують фармакологічні втручання за рекомендаціями NICE з приводу конкретного розладу.

Інформація про РСА для батьків/опікунів та (в окремих випадках) дитині або молодій особі:

- прості визначення всіх відповідних термінів;
 - рекомендації щодо подальшого читання;
 - інформація про процедуру діагностики;
 - ролі та обов'язки численних фахівців, які беруть участь в процесі;
 - пояснення клінічних процесів, особливо при оцінці стану пацієнта
- інформація про дітей з РСА;
- взаємодія щодо навчання/освітнього процесу для дітей з спеціальними потребами;
 - індивідуальні рекомендації щодо дитини;
 - реалістичні очікування щодо проблем, з якими зустрічаються багато дітей з РСА, а також потенціалу розвитку і змін;
 - рекомендації щодо існуючих варіантів лікування інформація про доступну підтримку;
 - пільги та допомога, наприклад, допомога в зв'язку з непрацездатністю;
 - інформація про тимчасовий догляд;
 - інформація про існуючі організації з підтримки;
 - місцеві організації та групи підтримки.

Шкали оцінювання рівня соціальної адаптації (адаптивної поведінки)

Шкала Vineland-II (VABS) є напівструктурованим інтерв'ю, що дозволяє оцінювати рівень функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки в чисельному і описовому виразах відносно встановлених вікових нормативів. Шкала деталізує загальний рівень адаптивності, розглядаючи можливості дитини у 4 сферах: 1) комунікації; 2) повсякденних життєвих навичок; 3) соціалізації; 4) моторних навичок

До інструментарію також входить субшкала проявів дезадаптації, за допомогою якої оцінюються поведінкові патерни, згруповані у дві групи: 1) прояви дезадаптивної поведінки, що зустрічаються 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, у дорослих від 19 до 99 років.

PEP-3 (Psychoeducative profile: Third edition) є інструментарієм, який дозволяє проводити оцінювання дитини за двома шкалами: розвитку та поведінки. За шкалою розвитку оцінюється рівень функціонування дитини по відношенню до його ровесників з 7 сфер розвитку:

- наслідування
- перцепцію
- дрібну моторику
- крупну моторику
- зорово-моторну координацію
- пізнавальні функції
- комунікацію та експресивне мовлення

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

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

1. Вимоги до закладів, які надають первинну медичну допомогу

1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики – сімейний лікар, який має сертифікат, пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики, лікарі педіатри.

2. Вимоги до закладів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу

2.1 Кадрові ресурси

Лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-неврологи, лікарі-дитячі неврологи, лікарі-медичні психологи, психологи, корекційні педагоги, логопеди.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Лікарські засоби

Рисперидон, Атомоксетин, Флуоксетин, Топіромат, Арипіпразол, Етосуксемід, Есциталопрам, Сертралін, Циталопрам, Ламотриджин, Леветирацетам, Солі вальпроєвої кислоти.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 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»

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 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»

6.1 Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з аутизму.

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

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

**Директор Департаменту медичної допомоги
МОЗ України**

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Аутизм у дітей»
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Аутизм у дорослих»
3. Наказ МОЗ України від 08.04.2014 р. № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»
4. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів»
5. 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 в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.
6. 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»
7. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
10. 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»

VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

Додаток 1

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Аутизм»

Ознаки загальних порушень на першому році життя

Таблиця 1. Ознаки та симптоми можливого аутизму у дітей дошкільного віку (або еквівалентного віку розумового розвитку)

Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації

Мова

- Затримка мови (бормотання або слова, наприклад, менш ніж десять слів у віці 2-х років)
- Регрес або припинення використання мови
- Мова (якщо наявна) може включати в себе наступні прояви порушень:
 - о Видавання не мовних звуків, надмірна дзвінкість
 - о дивна або постійна інтонація
 - о Часте повторення набору слів і фраз («ехолалія»)
 - о Звертання до себе по імені або "ви" чи "він/вона" у віці старше 3-х років
- Зменшення і/або нечасте використання мови для спілкування, наприклад, використання окремих слів, замість проговорювання цілого речення

Відповіді іншим

- Відсутність або затримка відповіді на ім'я, незважаючи на нормальний слух
- Більш рідке використання або відсутність привітної соціальної посмішки
- Рідка або відсутня реакція на міміку і почуття інших людей
- Незвично негативна відповідь на звертання інших (поведінка уникнення прохань)
- Відмова від обіймів батьків чи опікунів, хоча дитина може сама ініціювати обійми

Взаємодія з іншими

- Зниження або відсутність відчуття особистого простору, або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять в її особистий простір
- Зниження або відсутність суспільного інтересу до інших, у тому числі до дітей того самого віку – можливе відсторонення від інших; у разі зацікавлення іншими, може ставитися неналежним чином, наприклад, агресивно
- Зменшення або відсутність копіювання дій інших людей
- Зменшення або відсутність ініціювання соціальних ігор з іншими, дитина грається сама
- Зниження або відсутність задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей, таких як, наприклад, дні народження
- Зменшення або відсутність обміну радістю з іншими

Зоровий контакт, вказівки та інші жести

- Зменшення або відсутність використання жестів і міміки під час спілкування (не дивлячись на те, що може класти руку дорослого на предмети)

- Більш рідкі і слабо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (під час розмови дивиться в очі) і мовлення, використовувані під час комунікації
- Зменшення або відсутність зорового контакту, якщо зір у нормі
- Зменшення або відсутність стійкої уваги, що проявляється у відсутності:
 - o Переведення погляду
 - o Спостереження за чимось/кимось (коли людина щось показує – може дивитися на руку)
 - o Використання вказування на щось або демонстрації об'єктів, щоб поділитися з іншими

Ідеї та уява

- Зменшення або відсутність уяви і різноманітних ігор з удаванням.

Дивні або обмежені інтереси та/або повторювальна жорстока поведінка

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

Повторювані або стереотипні

- Ігри, наприклад відкривання і закривання дверей
- Надмірне фокусування або незвичайні інтереси
- Надмірна наполегливість щодо дотримання власних планів
- Занадто різка реакція на зміни або нові ситуації, наполягання на тому, щоб речі залишалися "без змін"
- Надмірна або ослаблена реакція на сенсорні стимули, наприклад, дотики, звуки, запахи
- Занадто різка реакція на смак, запах, форму або зовнішній вигляд продуктів харчування або дивні примхи в їжі

Таблиця 2. Ознаки та симптоми можливого аутизму у молодших школярів (віком 5-11 років, (або еквівалентного віку розумового розвитку)

Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації

Мова

- В усному мовленні можуть бути наступні порушення:
 - o дуже обмежене застосування
 - o монотонний тон
 - o повтори у мовленні, часте використання стереотипної (заученої) фрази, надмірна інформація зі сфери власних інтересів переважає над змістом
 - o мовлення «до» інших, переважає над взаємним обміном інформацією
 - o відповіді іншим можуть здаватися грубими або невідповідними

Відповідаючи іншим

- Зменшення або відсутність реакції на міміку чи почуття інших людей
- Відсутність або затримка відповіді на ім'я, незважаючи на нормальний слух
- Труднощі в розумінні намірів інших, може сприймати все буквально і неправильно розуміти сарказм або метафори
- Незвично негативна відповідь на звертання інших (поведінка уникнення прохань)

Взаємодія з іншими

- Зниження або відсутність відчуття особистого простору, або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять в її особистий простір
- Зниження або відсутність суспільного інтересу до інших, у тому числі до дітей того самого віку – можливе відсторонення від інших; у разі зацікавлення іншими, може ставитися неналежним чином, наприклад, агресивно
- Зменшення або відсутність привітань і прощань
- Зменшення або відсутність розуміння соціально-очікуваної поведінки
- Зменшення або відсутність ініціювання соціальних ігор з іншими, дитина грається сама
- Відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях, наприклад, дитина може бути занадто формальною або фамільярною
- Зниження або відсутність задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей

Зоровий контакт, вказівки та інші жести

- Більш рідкі і слабо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (під час розмови дивиться в очі) і мовлення, використовувані під час комунікації
- Зменшення або відсутність зорового контакту, якщо зір у нормі
- Зменшення або відсутність стійкої уваги, що проявляється у відсутності:
 - o Переведення погляду
 - o Спостереження за чимось/кимось (коли людина щось показує – може дивитися на руку)
 - o Використання вказування на щось або демонстрації об'єктів, щоб поділитися з іншими

Ідеї та уява

- Зменшення або відсутність гнучкої творчої гри й творчості, хоча можуть бути переграні сцени, побачені в засобах масової інформації (наприклад, по телебаченню),
- Робить коментарі, не усвідомлюючи соціальних тонкощів або ієрархії

Дивні або обмежені інтереси та/або повторювальна жорстока поведінка

- Повторювані «стереотипні рухи», дитина може плескати в долоні, покачуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями
- Повторювані ігри, орієнтовані радше на об'єкти, ніж на людей
- Надмірне фокусування або незвичайні інтереси
- Чітке очікування того, що інші діти повинні дотримуватися правил гри
- Надмірна наполегливість щодо дотримання власних планів
- Занадто різка реакція, невідповідна до обставин
- Надання переваги лише знайомим процедурам, усе має бути «тільки так»
- Неприязнь до змін, яка часто призводить до тривожності або інших форм стресу (у тому числі агресії)
- Надмірна або ослаблена реакція на сенсорні стимули, наприклад, дотики, звуки, запахи
- Занадто різка реакція на смак, запах, форму або зовнішній вигляд продуктів харчування або дивні примхи в їжі

Інші фактори, які можуть підтримувати занепокоєність щодо аутизму

- Незвичайний набір навичок або їх дефіцит (наприклад, соціальні навички або моторика, координація слабо розвинені, в той час як у конкретних галузях знань – читання або словниковий запас навички випереджають хронологічний або психічний вік)

- Соціальний та емоційний розвиток слабкіший, ніж інші області розвитку, надмірна довірливість (наївність), відсутність здорового глузду, менша незалежність, ніж у однолітків

Таблиця 3. Ознаки та симптоми можливого аутизму в учнів середньої школи (від 11 років або еквівалентного віку розумового розвитку)

Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації

Мова

- В усному мовленні можуть бути наступні порушення:
 - о дуже обмежене застосування
 - о монотонним тоном
 - о повтори у мовленні, часте використання стереотипної (заученої) фрази, надмірна інформація зі сфери власних інтересів переважає над змістом
 - о мовлення «до» інших, переважає над взаємним обміном інформацією
 - о відповіді іншим можуть здаватися грубими або невідповідними

Взаємодія з іншими

- Зниження або відсутність відчуття особистого простору, або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять в її особистий простір
- Давні труднощі в соціальному спілкуванні та взаємодії: мала кількість близьких друзів або взаємовідносин
- Зниження або відсутність розуміння дружби, часто безуспішне бажання мати друзів (може бути простіше спілкуватися з дорослішими або молодшими)
- Соціальна ізоляція і явне бажання бути на самоті
- Зменшення або відсутність привітань і прощань
- Зменшення або відсутність розуміння соціально-очікуваної поведінки
- Проблеми з участю в іграх, труднощі з черговістю і розумінням «зміни правил»
- Може бути нерозуміння або відсутність зацікавленості тим, чим цікавляться однолітки
- Відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях, наприклад, дитина може бути занадто формальною або фамільярною
- Труднощі в розумінні намірів інших, може сприймати все буквально і неправильно розуміти сарказм або метафори
- Робить коментарі, не усвідомлюючи соціальних тонкощів або ієрархії
- Незвично негативна відповідь на звертання інших (поведінка уникнення прохань)
Зоровий контакт, вказівки та інші жести
- Більш рідкі і слабо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (під час розмови дивиться в очі) і мовлення, використовувані під час комунікації

Ідеї та уява

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

Дивні або обмежені інтереси та/або повторювальна жорстока поведінка

- Повторювані «стереотипні рухи», дитина може плескати в долоні, покачуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями
- Віддає перевагу дуже специфічним інтересам чи хобі

- Суворе дотримання правил або поглядів, що призводить до сварок
- Часто повторювана поведінка або ритуали, які негативно впливають на повсякденну діяльність молодшої людини
- Надмірно емоційні переживання через те, що здається тривіальним для інших, наприклад, зміни в повсякденному житті
- Неприязнь до зміни, яка часто призводить до тривожності або інші форми стресу, включаючи агресію
- Надмірна або заслабка реакція на сенсорні стимули, наприклад, дотики, звуки, запахи
- Занадто різка реакція на смак, запах, форму або зовнішній вигляд продуктів харчування або дивні примхи в їжі

Інші фактори, які можуть підтримувати занепокоєність щодо аутизму

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

Таблиця 4. Фактори, пов'язані із поширенням аутизму

- Брат чи сестра з аутизмом
- Вроджені дефекти, пов'язані з пороком і/або дисфункцією центральної нервової системи, включаючи церебральний параліч
- Гестаційний вік менше 35 тижнів
- Психози типу шизофренії або афективні розлади у батьків
- Використання матер'ю під час вагітності вальпроату натрію
- Розумова неповноцінність
- Неонатальна енцефалопатія або епілептична енцефалопатія, включаючи інфантильні спазми
- Хромосомні порушення, такі як синдром Дауна
- Генетичні порушення, такі як крихкість X хромосоми
- М'язова дистрофія
- Нейрофіброматоз
- Туберозний склероз

Розпізнання можливого аутизму

Занепокоєння щодо розвитку або поведінки

- Розгляньте можливість аутизму, якщо є проблеми з розвитком чи поведінкою. Проте, пам'ятайте, що можуть бути й інші пояснення індивідуальних ознак і симптомів
- Завжди серйозно ставтеся до скарг батьків чи вихователів і, якщо можливо, дитини або молоді особи на проблеми поведінки або розвитку, навіть якщо інші їх не поділяють



Ознаки та симптоми

Щоб визначити ознаки і симптоми можливого аутизму, використовуйте таблиці 1-3 на стор. 14-19. Нерідко ознаки аутизму описані в таблицях не є очевидними, їх слід використовувати для загального спрямування, але вони не включають в себе всі можливі прояви аутизму.



Під час розгляду можливості аутизму

- Слід пам'ятати, що:
 - ознаки і симптоми слід розглядати в контексті загального розвитку дитини або молоді особи
 - ознаки і симптоми не завжди будуть визнаватися самими батьками, опікунами, дітьми, молодими особами чи іншими фахівцями
 - Коли діти старшого віку або молоді люди з можливим аутизмом вперше приходять, ознаки чи симптоми можуть бути попередньо замаскованими їх копіювальним механізмом і/або підтримуючим середовищем
 - необхідно брати до уваги культурні відмінності, але не думайте, що мовна затримка спричинена тим, що англійська мова не є рідною мовою в сім'ї, або труднощами на початку слухання.
 - аутизм можна не помітити, якщо діти і молоді люди мають обмежені інтелектуальні можливості
 - аутизм можна не помітити, у дітей і молоді, які розмовляють
 - аутизм може не діагностуватися у дівчаток
 - важлива інформація про ранній розвиток деяких дітей та молоді
- Під час розгляду можливості аутизму і прийняття рішення, чи направляти дитину або молоді особу до аутизм-команди, критично ставтеся до своєї професійної компетенції і, якщо є сумніви щодо наступного кроку, звертайтеся за порадою до колег.
- Не виключайте, аутизму якщо:
 - дитина має хороший зоровий контакт, посміхається і демонструє любов до членів родини
 - дитина удає гру або нормальні прояви мови
 - здається що проблеми вирішені, після заснованого на потребах втручання (наприклад, підтримуючого структурованого навчального середовища)
 - попередні оцінки показали що аутизму немає, але стала доступною нова інформація.
- Розглядаючи можливість аутизму, запитайте про використання і розуміння дитиною або молоді особою її першої мови.
- Знайте, що якщо батьки або опікуни, або дитина, або молода людина, самостійно не підозрювали, що можуть виявитися проблеми розвитку або поведінки, новина може викликати стрес і

може не бути загальною доступною. Наприклад інформація про тих, хто знаходиться під наглядом, або в системі кримінального правосуддя

- ознаки і симптоми не можуть бути пояснені руйнівним впливом середовища або розумовою чи фізичною хворобою батьків або опікунів.

- Обговоріть з батьками чи опікунами їх побоювання щодо дитини чи молодшої особи, або, якщо це можливо, з ними самими. Чуйно обговоріть можливі фактори, які можуть спричинити аутизм, підкреслюючи, що може бути багато пояснень поведінки дитини або молодшої особи.

що:

- їм може знадобитися час, щоб звикнути до думки

- вони можуть не поділяти висновків.

- Знайдіть час щоб вислухати батьків або опікунів і, при необхідності, дитину або молодшу особу, щоб обговорити проблеми та узгодити будь-які наступні дії, включаючи направлення.

- Знайте, що інструментарій для виявлення дітей і молодих людей з підвищеною ймовірністю аутизму може бути корисний для збору інформації про ознаки і симптоми аутизму в структурованому вигляді, але не є суттєвими і не повинен використовуватися для постановки або виключення діагнозу аутизму. Також пам'ятайте, що:

- позитивний рахунок під час оцінки виявлення підвищення ймовірності аутизму може підтримати рішення щодо направлення, але також може бути спричинений не аутизмом, негативний рахунок не виключає аутизму.

Направлення

Регресія

- Направте дітей молодших 3-х років до аутизм-команди якщо спостерігається регрес у мові або сфері спілкування

- Направте спочатку до педіатра або дитячого невролога (який, у разі необхідності, може направити до аутизм-команди) дітей та молодих осіб:

– старших від 3 років з

Розгляньте ознаки та симптоми за відсутності регресії

Розгляньте питання щодо передачі дітей та молоді аутизм-команді, якщо ви стурбовані можливим аутизмом на основі скарг або спостерігаються ознаки та/або симптоми (див. таблиці 1-3 на стор. 14-19).

Недостатність підстав для негайного направлення, або відкладення направлення

- Якщо ви вважаєте, що проблеми не досить важливі щоб виписувати направлення, назначте

Якщо побоювання з приводу можливого аутизму збільшились, але немає жодних ознак, симптомів або інших причин підозрювати аутизм

- Використайте професійні судження щоб вирішити що робити далі.

регресом у мові

– будь-якого віку з регресом в сфері рухових навичок.

Візьміть до уваги:

- тяжкість і тривалість ознак і/або симптомів,
- якою мірою ознаки та/або симптоми присутні в різних умовах (наприклад, вдома і в школі)
- вплив ознак та/або симптомів на дитину або молоду особу і на їх членів родини
- рівень занепокоєння батьків чи опікунів і, якщо можливо, скарги самої дитини або молодшої особи
- фактори, які пов'язані із поширенням аутизму (див. табл. 4 на стор 20)
- ймовірність альтернативного діагнозу.

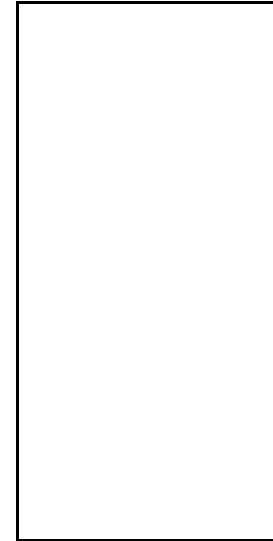
періодспостереження.

- Якщо батьки чи опікуни або, якщо можливо, сама дитина або молода людина, воліють не звертатися до аутизм-команди, призначте періодспостереження.

Якщо у вас є сумніви щодо розвитку чи поведінки, але ви не впевнені, що знаки та/або симптоми вказують на аутизм, зробіть наступне:

Якщо у вас залишилися сумніви щодо аутизму, перегляньте направлення.

- проконсультуйтеся з членом аутизм-команди, який може дати поради, щоб допомогти вирішити, чи необхідно направляти до аутизм-команди або
- направте до іншої служби. Ця служба, у разі необхідності, може звернутися до аутизм-команди.



Поясніть батькам або опікунам і, у разі необхідності, дитині або молодій особі, що відбудеться під час звернення до аутизм команди або іншої служби

Лист з направленням до аутизм-команди

Включіть:

- інформацію від батьків, вихователів і фахівців про ознаки та/або симптоми, що викликають занепокоєння
- Ваші власні спостереження ознак і/або симптомів.

Додайте до листа з направленням наступну інформацію, якщо вона доступна:

- допологову історію
- основні етапи розвитку
- фактори, пов'язані з поширенням аутизму (див. таблицю 4)
- відповідну медичну історію і дослідження
- інформацію з попередніх оцінок.

Вирішуючи щодо оцінки

- Коли дитина або молода людина направляється до аутизм-команди, принаймні один з членів аутизм-команди повинен розглянути питання про доцільність проведення:
 - діагностичної оцінки аутизму та/або
 - альтернативної оцінки.
- Уникайте повторного збору інформації та оцінок за допомогою ефективної комунікації між фахівцями та установами.

Дітей та молодь:

старших від 3-х років з регресом у мові
будь-якого віку з регресом в сфері рухових навичок.

Якщо дитина молодша 3-х років і має регрес у мові або соціальних навичках

Всі інші діти, яких було направлено до аутизм-команди, включаючи направлених назад від педіатра дитячого невролога.

- Зверніться спочатку до педіатра або дитячого невролога, якщо цього ще не робили
- Педіатр або дитячий невролог може направити до аутизм-команди, якщо це необхідно.

Проведіть діагностичну оцінку аутизму

Приймаючи рішення про проведення діагностичної оцінки аутизму, візьміть до уваги наступне:

- тяжкість і тривалість ознак і/або симптомів,
- наскільки ознаки і/або симптоми виявлялися під час застосування різних засобів
- вплив ознак та/або симптомів на дитину або молоду особу і на їх членів родини
- якою мірою ознаки та/або симптоми присутні в різних умовах (наприклад, вдома і в школі)
- Рівень занепокоєння батьків чи опікунів і, якщо можливо, скарги самої дитини або молодої особи
- фактори, які пов'язані із поширенням аутизму (див. табл. 4 на стор 20) ймовірність альтернативного діагнозу (див табл. 5 на стор. 20).

Якщо немає достатньої інформації, щоб вирішити, чи необхідна діагностична оцінка аутизму, зберіть будь-яку доступну інформацію у медичних працівників. За згодою батьків або опікунів і, якщо можливо, дитини або молодої людини, пошукайте інформацію в школах та інших установах.

Якщо, після того, як інформація була зібрана, є сумніви щодо необхідності діагностичної оцінки аутизму (див. рекомендацію 36), запропонуйте консультанту зібрати інформацію безпосередньо від дитини або молодої людини та їх сім'ї або опікунів.

Оцінювання

Загальні принципи

- Для кожної дитини, або молодої особи, яка проходить діагностичне оцінювання наявності аутизму має бути призначений координатор з аутизм-команди.
 - Координатор повинен:
 - виступати в якості єдиної точки контакту для батьків або опікунів і, при необхідності, дитини або молодої людини, яка оцінюється, через яких вони можуть спілкуватися з іншою частиною аутизм-команди
 - тримати батьків або опікунів та, при необхідності, дитину або молоду особу в курсі, щодо ймовірного часу і послідовності оцінок
 - організовувати надання інформації та підтримки батькам, опікунам, дітям та молоді за вказівкою аутизм-команди збирати інформацію, яка необхідна для проведення діагностичної оцінки аутизму.
- Почніть діагностичну оцінку аутизму протягом Змісяців після направлення до аутизм-команди.
- Обговоріть з батьками або опікунами та, якщо необхідно, з дитиною або молодою особою, яким чином інформація має бути доведена всій команді з оцінювання, в тому числі повідомлення результатів оцінки. Наприклад, візьміть до уваги вік дитини або молодої людини віком і її здатність розуміти.
- за згодою батьків або опікунів (і, якщо необхідно, дитини або молодої людини):
 - знайдіть доповідь з дитячого садку чи школи, якщо вони ще не були доступні зберіть додаткову інформацію служб охорони здоров'я або соціального догляду, в тому числі результати огляду і прослуховування.

Визначити які оцінки необхідні

Визначте які оцінки знадобляться для створення профілю кожної дитини або молодої особи, наприклад:

- розумові здібності і стиль навчання
- академічні навички
- мовлення, мова і комунікація
- типи моторики
- адаптивна поведінка (у тому числі навички самообслуговування)
- психічне та емоційне здоров'я (включаючи самооцінку)
- фізичне здоров'я і харчування
- сенсорна чутливість
- чи може поведінка вплинути на щоденне функціонування та участь в житті суспільства
- навички соціалізації.

Діагностична оцінка аутизму

- Включіть в кожну діагностичну оцінку аутизму:
 - детальні питання про скарги батьків або опікунів і, якщо можливо, проблеми дитини або молодої людини
 - відомості про особливості сімейного життя, освіти та соціальну допомогу дитини чи молодої особи
 - історію розвитку, приділяючи особливу увагу розвитку і особливостям поведінки у відповідності з критеріями ICD-10 або DSM-IV (розглянути можливість використання спеціальних засобів для збору цієї інформації)
 - оцінку (шляхом взаємодії і спостереження за дитиною або молодою особою) соціальних та комунікативних навичок і моделей поведінки, приділяючи максимум уваги особливостям відповідно до критеріїв ICD-10 або DSM-IV (розглянути можливість використання спеціальних засобів для збору цієї інформації)
 - історію хвороби, включаючи передродовий період та історії хвороби всієї сім'ї, а також попередній та поточний стан здоров'я
 - розгляд диференціального діагнозу і систематичну оцінку станів, які можуть бути супутніми
- Виконайте загальний фізичний огляд і приділіть особливу увагу:
 - слідам нейрофіброматозу або туберозного склерозу шкіри, використовуючи світло Вуда
 - ознакам тілесних ушкоджень, наприклад, самокалічень або жорстокого поводження з дітьми (див. «Відповідну настанову NICE на стор. 20)
 - вродженим аномаліям і ознакам дизморфії, включаючи макроцефалію та мікроцефалію.
 - Розгляньте диференціальні діагнози аутизму і виявіть чи потрібне специфічне оцінювання щоб зрозуміти історію хвороби і огляди (див. табл. 5 на стор 20).
 - Визначте, чи можуть бути у дитини або молодої особи супутні хвороби (див. табл. 6 на стор. 21), і, якщо існують підозри, проведіть відповідне оцінювання і направлення:
 - Не виконуйте автоматично жодні медичні дослідження в рамках діагностичної оцінки аутизму. Наступні питання розглядайте в конкретному випадку та на основі фізичного огляду, клінічного рішення і профілю дитини або молодої людини:
 - генетичні тести, відповідно до рекомендацій регіонального центру з генетики, якщо є специфічні дисморфічні риси, вроджені аномалії та/або ознаки

| | |
|--|--|
| <p>аутизму (див. стор. 20-21)</p> <ul style="list-style-type: none"> - розробка профілю дитини або молодшої особи, в якому були би зазначені порушення і потреби, сильні сторони та навички, які можуть бути використані для створення плану управління орієнтованого на потреби, беручи до уваги сімейні та освітні обставини повідомлення результатів оцінки батькам чи опікунам і, у відповідних випадках, дитині або молодій особі (див. стор. 12). | <p>порушення інтелекту електроенцефалографія, якщо є підозра на епілепсію (див. «Відповідну настанову NICE на стор. 22</p> |
|--|--|

Постановка діагнозу

| |
|--|
| <p>Якщо під час діагностичної оцінки аутизму виникають розбіжності між повідомленими ознаками і симптомами та висновками зберіть додаткову інформації з інших джерел та/або проведіть подальші специфічних для аутизму спостереження різними засобами.</p> |
|--|

| | |
|--|--|
| <p>Постановка діагнозу</p> <ul style="list-style-type: none"> • Використовуйте інформацію з усіх джерел та клінічні судження, щоб діагностувати аутизм на основі критеріїв ICD-10 або DSM-IV. • Під час діагностики не покладайтеся на виключно специфічні засоби діагностики аутизму. • Знайте, що з деякими дітьми і молодими особами можуть бути сумніви щодо діагнозу аутизму, зокрема: <ul style="list-style-type: none"> - діти віком до 24 місяців - діти або молоді люди з віковим розвитком молодше 18-ти місяців - діти або молоді люди, інформація про раннє життя яких може бути відсутня (наприклад, діти під наглядом або усиновлені) підлітки старшого віку | <ul style="list-style-type: none"> - діти або молоді люди з комплексом супутніх психічних розладів здоров'я (наприклад, СГДУ, розлади поведінки, надмірна прив'язаність), сенсорні порушення (наприклад, серйозне порушення слуху або зору) або рухові розлади, такі як церебральний параліч. • Знайте, що у дітей і молодих людей, які мають проблеми зі спілкуванням, може бути важко розпізнати функціональні проблеми або • проблеми психічного здоров'я. • Під час діагностичної оцінки аутизму, передбачайте будь-яку потенційну небезпеку заподіяння шкоди дитині або молодій особі та заподіяння шкоди з її боку, і приймайте відповідні заходи. • Знайте, що деякі діти і молоді люди матимуть риси чи поведінку, які спостерігаються в спектрі аутизму, але не • зазначені в критеріях діагностики ICD-10 або DSM-IV. Базуючись на їхньому профілі, розгляньте питання щодо їх направлення до відповідних служб. |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>Повідомлення результатів діагностичної оцінки аутизму</p> <ul style="list-style-type: none"> • Після діагностичної оцінки аутизму зв'яжіться з батьками або опікунами та, якщо необхідно, з дитиною або молодшою особою та невідкладно, особисто і чуйно обговоріть результати, включаючи профіль. Поясніть основні висновки, навіть якщо діагноз аутизму не був поставлений. • Під час повідомлення батькам, опікунам, дитині, або молодій особі діагнозу використовуйте метод доброї практики. Надайте батькам або опікунам і, при необхідності, дитині або молодій особі письмовий звіт з діагностичної оцінки аутизму. Це повинно пояснити результати оцінки і причини, з яких зроблено висновки щодо захворювання. | <ul style="list-style-type: none"> • Поділіться інформацією та надайте письмовий звіт з діагностичної оцінки аутизму терапевту. • За згодою батьків або опікунів та, якщо необхідно, згодою дитини або молодшої особи, поділіться інформацією з ключовими фахівцями, які займаються доглядом за дитиною або молодшою особою, в тому числі в сфері освіти та соціального забезпечення. • За згодою батьків або опікунів та, якщо необхідно, згодою дитини або молодшої особи, зробіть профіль доступним для професіоналів освітньої сфери (наприклад, шляхом відвідування школи членом аутизм-команди) і, у разі необхідності, соціальної допомоги. Для того, щоб це сприяло створенню індивідуального плану для дитини, чи молодшої особи і створенню плану управління орієнтованого на потреби. |
|---|---|

Діагнозом не є аутизм

Якщо результати діагностичної оцінки аутизму показують, що дитина або молода особа не має аутизму, розгляньте питання щодо їх направлення до відповідних служб залежно від їх профілю.

Аутизм діагностовано

Запропонуйте зустріч з відповідним членом аутизм-команди протягом 6-ти тижнів після проведення оцінки аутизму, для подальшого обговорення (наприклад, висновків оцінки і наслідків для дитини або молодшої особи).

Обговоріть і поділіться з батьками або опікунами та, при необхідності, дитиною або молодшою особою інформацією, щоб пояснити:

- що таке аутизм

- як аутизм може вплинути на розвиток дитини або молодшої людини і її функціонування.

Надайте батькам, вихователям, дітям і молодим особам індивідуальну інформацію про підтримку на місцевому рівні відповідно до потреб родини. Це може включати:

- контактні дані:

- місцевих і національних організацій підтримки
 - організацій, які можуть надавати консультації з соціальної допомоги
 - організацій, які можуть надати інформацію про освітню підтримку та соціальну допомогу
- інформацію, яка допоможе підготуватися до майбутнього, наприклад, переходу до дорослих послуг.

Діагноз непевний

- Залиште дитину або молодшу особу під спостереженням, звертаючи увагу на будь-яку нову інформацію.
- Якщо після оцінки з'явиться щось з наступного переліку, розгляньте можливість отримання ще однієї оцінки (включаючи направлення до високоспеціалізованої аутизм-команди, якщо це необхідно):
 - стійка непевність щодо діагнозу
 - розбіжності діагнозу з аутизм-командою
 - незгода щодо діагнозу з батьками або опікунами чи, в залежності від ситуації, з дитиною або молодшою особою.
 - відсутність місцевого доступу дитини або молодшої особи, яка має тяжкі супутні хвороби, такі як важкі сенсорні чи рухові порушення або проблеми психічного здоров'я, до конкретних умінь і навичок, необхідних для отримання діагнозу відсутність очікуваної відповіді на будь-яке терапевтичне втручання стосовно дитини або молодшої особи.

№ Рекомендація

54 Проаналізуйте, чи може дитина або молода людина мати будь-що з наступного в якості супутнього захворювання та, якщо є підозра, проведіть відповідні обстеження і здійсніть направлення до лікарів-спеціалістів:

Психічні та поведінкові проблеми і розлади:

- СГДУ
- тривожні розлади та фобії;
- розлади настрою;
- визивно опозиційна поведінка;
- тики або синдром Туретта;
- синдром нав'язливих станів;
- аутодеструктивна поведінка.

Проблеми та розлади, пов'язані з неврологічним розвитком:

- глобальна затримка розвитку або розумова відсталість;
- проблеми з моторною координацією або порушення координації у дітей;
- проблеми з академічним навчанням, наприклад, щодо грамотності або вміння рахувати;
- проблеми з мовним розвитком та розлад мови.

Медичні або генетичні проблеми та розлади:

- епілепсія та епілептична енцефалопатія;
- хромосомні порушення;
- генетичні аномалії, включаючи ламку X-хромосому;
- туберозний склероз;
- м'язова дистрофія;
- нейрофіброматоз.

Функціональні проблеми та розлади:

- відсутність апетиту, в тому числі обмежений раціон;
- нетримання сечі або енурез;
- запор, зміна ритму дефекації, нетримання калу або енкопрез;
- порушення сну;
- порушення зору або слуху.

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

| Ключові вияви, які можуть перекриватись із виявами аутизму | Основні особливості, які відрізняють даний стан від аутизму | Процедури оцінювання або дослідження, які дозволяють відрізнити даний стан від аутизму | Спеціальні зауваження / діагностичні помилки |
|---|---|--|--|
| Розлади, пов'язані з неврологічним розвитком | | | |
| <i>Специфічні розлади/порушення розуміння мови</i> | | | |
| <p>Специфічний розлад розуміння мови виявляється як:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в основному, порушене використання і/або розуміння мови • Ігрова активність та уява можуть бути загальмованими • Може бути пов'язане порушення соціально-побутового спілкування • Після дошкільного періоду може бути вплив на здатність дитини заводити та | <p>Дитина зі специфічним розладом розуміння мови, як правило, демонструє:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Компенсаторний розвиток немовного спілкування • Якість ігрової активності та уяви повинна бути нормальною • Соціальну мотивацію та співпрацю при оцінюванні • Відносні сильні сторони у двосторонній соціальній взаємодії та співчуття • Чітко позитивний підхід до дружби з однолітками, принаймні, у дошкільний період <p>Як правило, спостерігається відсутність:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ехолалії • Жорсткої повторюваної поведінки • Стереотипних манер • Аномальних реакцій на звук та інші відчуття • Надмірної зосередженості на певних інтересах | <p>Характер випробування розуміння мови може бути корисним:</p> <ul style="list-style-type: none"> • При специфічних порушеннях розуміння мови: <ul style="list-style-type: none"> ○ Експресивна мова може бути більше порушена, ніж рецептивна ○ Характер відповідей на тести може частіше виявляти проблеми з граматичними побудовами, ніж проблеми в інших областях • При аутизмі: <ul style="list-style-type: none"> ○ Експресивна мова може бути кращою ніж рецептивна | <p>Аутизм та порушення мови і розуміння мови можуть існувати одночасно</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>підтримувати дружбу однолітками</p> <p style="text-align: right;">3</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ○ Словник окремих слів може бути великим але з порушеними абстрактними значеннями ○ Структура речення може бути кращою, ніж сприйняття параграфів ○ Когнітивне оцінювання також може бути дуже корисним, даючи характеристику навичок та невмінь дитини і балансу між мовними і немовнимиздатностями ○ Характер реакцій на тести може бути неоднорідним для різних тестів ○ Використання мови може бути більш обмеженим, ніж насправді дозволяє відповідна здатність, наприклад, дитина може використовувати | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | окремі слова або мінімальні речення для опису своїх потреб, не дивлячись на здатність будувати речення або багато розмовляти без взаємності | |
| <i>Розумова відсталість/загальна затримка розвитку</i> | | | |
| Загальмоване використання та розуміння мови Загальмований розвиток або відсутність ігрових навичок Обмежена соціальна взаємодія та стосунки з однолітками | <p>При тяжкій розумовій відсталості:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Відсталість, скоріше за все, спостерігається в усіх областях розвитку з більш однорідними характеристиками розвитку при тестуванні коефіцієнта розумового розвитку • Дитина могла б виявити більше соціальних намірів та інтересів відповідно до рівня розвитку • Присутня імітація <p>При аутизмі може спостерігатись:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Відносні сильні сторони в областях, що не залежать від мови та соціального порозуміння • Більш помітне порушення розуміння мови/спілкування/ ігрових навичок/гнучкості • Більш помітна сенсорна чутливість та інтереси <p>При аутизмі зі специфічним порушенням здатності до навчання:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Розумовий розвиток можуть бути досить однорідно загальмованим, проте дитина скоріше може бути відстороненою/віддаленою/самотравмуючою/демонстративною або такою, яка має дуже проблемну поведінку | <p>Випробування розумової/когнітивної функції дозволять відрізнити загальний низький когнітивний рівень від часто неоднорідного когнітивного профілю у дітей з аутизмом.</p> <p>Тести порушень адаптації, наприклад, за шкалою адаптивної поведінки Вайнленда або за допомогою прикладного поведінкового аналізу можуть не дозволити розрізнити аутизм, оскільки адаптаційні навички при аутизмі часто є в більшій мірі порушеними, ніж цього можна було б очікувати, виходячи з</p> | <p>Розумова відсталість може спостерігатись одночасно з аутизмом.</p> <p>Проте, якщо є аутизм, його треба діагностувати у дитини з тяжким загальним розумовим розладом, оскільки аутизм впливатиме на застосовну стратегію освіти та навчання.</p> <p>Аутизм також слід враховувати при дослідженні етіології та генетичних консультаціях.</p> <p>Якщо дитина має тяжку розумову відсталість, порушення соціального спілкування може бути не очевидним до значно старшого віку, ніж звичайно, через загальний розвиток дитини.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | коефіцієнта розумового розвитку. | |
| <i>Порушення координації, пов'язані з розвитком</i> | | | |
| Незграбність/погана координація рухів Затримка рухового розвитку в анамнезі (можуть також спостерігатись РСА, але не більшість з них) Відсутність розуміння власного та чужого простору У деяких дітей – погані стосунки з однолітками | При порушеннях координації, пов'язаних з розвитком: <ul style="list-style-type: none"> • Нормальні ігрові навички • Розвиток розуміння мови не завжди відстає або порушується • Хороші комунікативні наміри • Організаційні складнощі та складнощі з плануванням рухів є основними складнощами | Оцінювання спеціалістом з реабілітації/трудотерапії: існують численні стандартизовані засоби оцінювання порушень координації, пов'язані з розвитком. Спостереження в школі: рухова та соціальна активність на ігровому майданчику / в класі. | Порушення координації, пов'язані з розвитком, і аутизм можуть спостерігатись одночасно. Діти, яким рано був встановлений діагноз порушень координації, пов'язаний з розвитком через затримку рухового розвитку, можуть значно пізніше виявити розлади соціального функціонування. |
| Психічні та поведінкові розлади | | | |
| <i>Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги (СГДУ)</i> | | | |
| Погана уважність Імпульсивна поведінка Підвищений рівень фізичної активності Втручання в ігри інших дітей та розмови інших дорослих/дітей Неусвідомлення небезпеки | При СГДУ: <ul style="list-style-type: none"> • Гіперактивна поведінка дитини характеризується непосидючістю та неспокоєм • Неуважність та відволікання є відносно домінуючими і спостерігаються не тільки в ситуаціях, коли дитина є зацікавленою або мотивованою • Дитина розуміє правила соціальних норм, наприклад, необхідність підняти руку, щоб привернути увагу вчителя або відповісти на запитання, проте діє імпульсивно, наприклад, може голосно вигукувати від збудження, якщо вона знає відповідь або просто має | Ретельно зібрана історія розвитку. Спостереження і/або хороша реєстрація поведінки дитини в різних оточеннях, наприклад, вдома і в школі, включаючи ситуації, які можуть виявити патологічне відволікання та дезорганізовану | СГДУ часто спостерігається одночасно з аутизмом (див. Розділ 7 про супутні стани). |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Погані соціальні навички і проблеми зі стосунками з однолітками в анамнезі</p> | <p>якусь ідею, незалежно від того, чи є для цього слухний момент</p> <ul style="list-style-type: none"> • Небезпечну поведінку спричиняє імпульсивність, і є розуміння потенційної небезпеки • Дитина може демонструвати соціальну взаємність та належне невербальне спілкування • Діти, як правило, не реагують з помітним стресом на стимули, до яких вони є надто чутливими <p>При аутизмі:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Як правило, дитина може долучитись або зосередитись на певних предметах або темах протягом тривалого періоду, якщо така тема має для дитини особливий інтерес (хоча зосередженість на комп'ютерних іграх є поширеною при СГДУ) • Дитина не розуміє соціальних правил і норм і не розуміє, чому вона повинна їх дотримуватись; поведінка є дуже самоспрямованою • Дитина може не розуміти поширених небезпек і тому діяти небезпечно: це відрізняється від «діяти, не думаючи», як це роблять діти з СГДУ | <p>поведінку. Специфічні шкали оцінювання СГДУ.</p> | |
| <i>Психоз</i> | | | |
| <p>Психотичні розлади можуть виявлятися як:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Соціальна самоізоляція • Відсутність друзів <p>Молоді люди з РСА можуть мати незвичні процеси розмірковування та</p> | <p>Діти/молоді люди з психотичними розладами не матимуть рис раннього розвитку, які спостерігаються при аутизмі; психотичні симптоми, як правило, виявляються не раніше пізнього дитинства/підліткового віку</p> | <p>Уважна співбесіда та дослідження психічного стану, одержання конкретних прикладів поведінки дозволяють відрізнити галюцинації та марення від незвичних ідей та</p> | <p>Підлітки з аутизмом можуть порушувати свою соціальну поведінку схожим з психотичними розладами чином. Психотичні риси можуть спостерігатись як складова розладів настрою, що існують разом з РСА.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>упередженість, яка є поверхнево схожою на психотичні розлади думок та мови і марення.</p> <p>Молоді люди з РСА схиляються до буквальної інтерпретації питань типу «Чи чуєте ви голоси, коли нікого немає в кімнаті?»</p> <p>Обидва типи розладів можуть виявлятися як аномальні мовні характеристики, включаючи ідіосинкратичні слова</p> | | <p>конкретного тлумачення запитань.</p> | |
| <i>Розлади настрою</i> | | | |
| <p>Депресія може виявлятися як:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самоізоляція • Знижена або дуже обмежена вербальна передача інформації • Відсутність інтересу до типової для даного віку | <p>При депресії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Як правило, спостерігається епізодично, з періодами більш «нормальної» соціальної поведінки (дитина може виявляти соціальний інтерес до діяльності тощо) у стані без депресії або без патологічного страху. • Зміна соціальної активності повинна бути тимчасово пов'язаною з іншими симптомами депресії. • Може не бути домінуючою і менше виявляється у деяких ситуаціях | <p>Ретельний збір історії раннього розвитку є необхідним, так само як і вивчення психічного стану.</p> <p>Чітка реєстрація поведінки і/або спостереження у різних ситуаціях та</p> | <p>Іноді ці розлади важко відрізнити лише за поведінкою; вони можуть спостерігатись паралельно з аутизмом (див. Розділ 7 про супутні стани).</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| діяльності | | напівформалізовані бесіди з дитиною/молодою людиною і батьками для з'ясування чинного психічного стану та будь-яких змін, що відбулися. Пошук подій (втрата, травма, цькування дитини), які можуть бути пов'язані зі зміною в поведінці та активності. | |
| <i>Тривожні розлади</i> | | | |
| <p>Патологічна тривожність може пов'язуватись із:</p> <ul style="list-style-type: none"> Повторюваною тривожною поведінкою (наприклад повторюваним запитуванням або вимаганням повторного завірення). <p>Соціальна фобія може виявлятися як:</p> <ul style="list-style-type: none"> Соціальне | <p>При патологічній тривожності:</p> <ul style="list-style-type: none"> Повторювані запитання, як правило, мають тривожний характер, наприклад «ти мене не залишиш, мамо?» Проте вони, як правило, не мають повторюваного/стереотипного характеру, тому на такі запитання не треба відповідати точно таким самим чином. <p>При соціальній фобії:</p> <ul style="list-style-type: none"> Як правило, такі особи виявляють меншу тривожність у присутності людей, яких вони знають. Тривожність часто розвивається у публічних ситуаціях, коли діти вважають, що про них будуть судити, наприклад: читання вголос в класі, зустріч з іншими людьми на вечірках, зміна одягу для уроків фізичного виховання Такі діти мають інтерес та дбають про думки інших | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| уникнення: «тривога очікування» | людей у таких ситуаціях. • Характерною особливістю є тривожний зміст, у порівнянні з інтенсивністю (та настійністю) повторюваної поведінки дитини з РСА («Коли будуть новини о десятій?») | | |
| <i>Розлади прихильності</i> | | | |
| <p>Розлади прихильності можуть бути двох типів:</p> <p>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.</p> <p>2. Розлад прихильності реактивного типу, емоційно замкнута</p> | <p>У дітей з аутизмом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поведінка може не мати нормальних обмежень, проте така поведінка навряд чи має на меті привернути соціальну увагу. Наприклад: дитина з аутизмом може ставитись до дорослих швидше як до об'єкта, залізаючи на дорослого, щоб дістати щось за дорослим, а не залізаючи на коліна незнайомого дорослого, щоб привернути увагу (як діти з розладами прихильності). • Соціальна комунікативна поведінка, така як візуальний контакт, є погано регульованою у дітей з аутизмом, а не такою, яку уникають діти з емоційно ізольованою прихильністю. • Діти можуть виявляти поведінку, яка свідчить про відповідний страх розставання, проте характер привітання та прощання є незвичним. <p>Діти з розладами прихильності:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Демонструють відносно нормальну уявну гру (коли мають доступ до відповідних віку іграшок) • Як правило, не виявляють надмірного або незвичного інтересу • Можуть швидко прогресувати у більш сприятливому середовищі, включаючи дошкільні заклади, школу або розміщення на виховання | <p>Історія розвитку та соціальна історія є необхідними.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Випадки емоційного або фізичного зневажання • Фізичні свідчення зловживання/зневажання, проте багато з таких випадків є неясними • Необхідно ретельно зібрати історію хвороби та спостерігати за дитиною разом з батьками • Інформація від інших спеціалістів, наприклад, патронажних спеціалістів, персоналу дошкільного закладу, шкільних учителів або соціальних | <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.</p> <p>Див. інструкції Національного інституту охорони здоров'я та якості медичного догляду з виявлення неналежного догляду: (http://guidance.nice.org.uk/CG8)</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>поведінка з мінімальними виявами прихильності до батьків/опікунів, наприклад, пошук або реагування на комфорт.</p> <p>Поведінка, що перекривається з ознаками РСА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аномальна поведінка при розставанні та зустрічі з батьками/опікунами • Обмежена реакція на горе інших людей • Діти, які перенесли втрату, можуть виявляти повторювану та стереотипну самостимулюючу та самовтішну поведінку | | <p>працівників, є необхідною.</p> <p>Клінічні висновки часто є вирішальним фактором, що дозволяє відрізнити дитину з неправильним доглядом від дитини з аутизмом.</p> <p>У дітей з постійним «хорошим батьківським підходом» розлади прихильності є мало імовірними.</p> | |
| <i>Опозиційно-зухвалі розлади</i> | | | |
| <p>Опозиційна поведінка є поширеною серед дітей з РСА.</p> | <p>При опозиційно-зухвалих розладах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дитина часто розуміє, що поведінка є небажаною, навіть неприйнятною, але продовжує вести себе неналежним чином | <p>Оцінка якості спілкування та соціальної взаємодії в ситуаціях, коли</p> | <p>Опозиційна поведінка є нормальною у певному віці.</p> <p>Опозиційно-зухвалі розлади можуть співіснувати з аутизмом</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Діти з опозиційно-зухвалими розладами можуть мати порушені або обмежені стосунки з однолітками.</p> <p>Діти з опозиційно-зухвалими розладами можуть виявляти обмежене співчуття або турботу про інших, включаючи відсутність каяття.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Поведінка часто є навмисною • Поведінка може мати чітку вигоду для дитини • Якщо діти будуть мотивовані змінити свою поведінку, вони можуть її змінити • Дитина повинна мати здатність демонструвати свідчення соціально-комунікативного розуміння/знання, і тому дитина має певне розуміння наслідків своєї поведінки. • Не демонструє, як правило, стереотипну або повторювану поведінку <p>Дитина з аутизмом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Може мало розуміти або взагалі не розуміти вплив своєї поведінки на інших – основна увага зосереджується виключно на своїй поведінці/інтересі. • Часто засмучується, якщо такій дитині вказати на те, що вона робить боляче іншим людям | <p>дитина отримує задоволення і не намагається уникнути вимог</p> | <p>як окремий вид розладів. Напади опозиційної поведінки у дітей з аутизмом, імовірно, виникають через схильність до самоти, сенсорну чутливість та тривожність, а у дітей з опозиційно-зухвалими розладами така поведінка швидше є результатом відчуття переважаності відчуттям розлюченості та незадоволення і відчуття відторгнутості.</p> <p>Патологічне уникнення вимог описується як окрема підгрупа аутичних розладів, яка починає спостерігатись у ранньому віці, нав'язлива поведінка, характерна для особи з поверхневими соціальними навичками, найбільш вражаючою рисою якої є відмова брати участь навіть у подіях, які подобаються дитині (надмірне уникнення вимог). Така опозиційна поведінка може також описуватись як опозиційно-зухвалий розлад.</p> |
| <i>Розлад поведінки</i> | | | |
| <p>Особі з розладами поведінки можуть описуватись як черстві/неемоційні та такі, які не</p> | <p>Діти з розладами поведінки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Виявляють «обізнаність» у певних областях своїх соціальних стосунків • Не мають проблем з соціально-побутовим | <p>Спостереження в різних ситуаціях та співбесіди.</p> <p>Важливо одержати історію розвитку та</p> | <p>Розлади поведінки з ознаками черствості/відсутності емоційності можуть спостерігатись разом з аутизмом.</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>співчувають іншим. Люди з аутизмом можуть поводитись непривітно, особливо, якщо вони роздратовані або відчувають, що інші «порушили правила».</p> | <p>спілкуванням на ранньому етапі</p> <ul style="list-style-type: none"> • Їхня непривітна поведінка може свідчити про «теорію свідомості», тобто, вони можуть використовувати складні стратегії, щоб уникнути виявлення <p>При аутизмі:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дитина не розуміє впливу її поведінки на інших людей • Дитина може засмутитись, якщо їй пояснити вплив її поведінки на інших людей | <p>соціальну історію.</p> <p>Співбесіда з дитиною/молодою людиною для оцінки розуміння своїх поведінки та мотивації поводитись непривітно.</p> | |
| <i>Синдром нав'язливих станів</i> | | | |
| <p>Нав'язлива, демонстративна, повторювана поведінка</p> | <p>При синдромі нав'язливих станів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Такі симптоми, як правило, з'являються пізніше, ніж симптоми РСА – у дітей старших 4-х років • Поведінка може бути пов'язаною зі смутком для дитини/молодої людини • Відволікаючі дії менш імовірно пов'язуються з нав'язливими думками (дитина з аутизмом не здійснює відволікаючі дії для того, щоб уникнути або компенсувати нав'язливі думки • Зміст нав'язливої поведінки та відволікаючих дій часто пов'язується з уникненням шкоди і магічних думок (Якщо я зроблю це, моя мати буде в безпеці). <p>При аутизмі:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дитина навряд чи засмучується через свою нав'язливу поведінку або відволікаючі дії (якщо вони не припиняються) • Звичайні дії часто пов'язуються з небажанням переривати певний порядок побутової діяльності, наприклад, спосіб розкладати їжу на тарілці, або яким шляхом іти до школи. | <p>Одержання ранньої історії розвитку та соціальної історії є важливим; діти із синдромом нав'язливих станів, яка правило, мають нормально соціально-комунікативний розвиток.</p> <p>Синдром нав'язливих станів, як правило, не розвивається до середини дитинства.</p> | <p>Синдром нав'язливих станів може спостерігатись разом з аутизмом.</p> |
| Стани з регресією розвитку: | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <i>Синдром Ретта</i> | | | |
| Регресія навичок, пов'язаних з розвитком, перед першим днем народження з відсутністю мови та втратою соціально-комунікативної поведінки. Поширеними є стереотипні рухи руками і прискорене дихання | Вражає, головним чином, дівчаток Рухова регресія, атаксія, втрата цілеспрямованих рухів руками і ротових рухомих навичок Зменшення росту голови Характерні «панічні» рухи руками Відносно сильною стороною є соціальний інтерес (тобто відносно рівня порушення когнітивної функції) | Специфічний діагностичний загальний генетичний тест на мутацію МЕСР2 (метил CpG-зв'язуючий білок 2) може підтвердити синдром Ретта у більшості випадків. | Діти з менш значними симптомами (тобто більш рухливі) імовірно можуть мати паралельний діагноз аутизму. Проте діагноз ставиться таким самим чином у легших випадках і щодо рухових порушень, стереотипних рухів руками, регресії, тощо (хоча не всі особливості можуть спостерігатись) і мутації МЕСР2 (синдрому Ретта). |
| <i>Епілептична енцефалопатія</i> | | | |
| Вік початку та місце виявлення електричної активності мають критичне значення для типу регресії та результатів лікування епілептичної енцефалопатії. Широка регресія розвитку з гіперактивністю та соціальними розладами спостерігається при епілептичній | При синдромі Ландау-Клефнера: <ul style="list-style-type: none"> • Починається, як правило, у віці від 2-х до 7-ми років після періоду типового розвитку • Початок триває кілька днів • Утрата раніше засвоєних слів • Утрата розуміння мови • Симптоми можуть змінюватись • Немовне спілкування зберігається • Звукова агнозія: нездатність розпізнавати та тлумачити навколишні звуки • Соціальний інтерес та здатність грати, як правило, зберігаються • Відсутність манерності, негнучка поведінка, сенсорні порушення, поглинання думками та надмірна зосередженість | Історія початку симптомів. Наявність явної епілепсії. Електроенцефалограм а при епілептичній енцефалопатії дає специфічні результати, що погіршуються під час сну, наприклад, локалізуються при синдромі Ландау-Клефнера у зоні Брока. | Диференційний діагноз з аутичною регресією може бути непростим, і рекомендується консультація зі спеціалістом при будь-якій підозрі на епілепсію. Див. «Епілепсія: діагноз та лікування епілепсії у дорослих і дітей у службах первинної та вторинної медичної допомоги». Клінічна настанова № 20 Національного інституту охорони здоров'я та якості медичного догляду, яке можна знайти на сайті: www.nice.org.uk/guidance/CG20 |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>енцефалопатії у дітей молодших 2 років.</p> <p>Регресія розуміння мови, а не регресія до аутизму, спостерігається у дітей старших 3-х років з епілептичною енцефалопатією у вигляді синдрому Ландау-Клефнера, хоча у таких дітей може бути виявлена соціальна замкненість.</p> <p>Явні епілептичні випадки можуть не спостерігатись.</p> <p>Відсутність епілептичних випадків можна помилково прийняти за відсутність інтересу до оточення дитини</p> | | | |
| Інші стани | | | |
| <i>Значне порушення зору (сліпота)</i> | | | |
| <p>Поведінка, що свідчить про відсутність зору:</p> | <p>Сліпі діти:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Виявляють належну соціальну цікавість • Намагаються спілкуватись | <p>Вправність в оцінюванні сліпих дітей, дітей/молодих</p> | <p>Аутизм та тяжкі порушення зору (особливо через захворювання головного мозку,</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>специфічний погляд, пози, вираз обличчя, жестикуляція.</p> <p>Нормальна стадія ехолалії/повторювання мови інших людей у сліпих дітей є довшою, ніж у їхніходнолітків, які бачать.</p> <p>Затримка переходу від неспецифічного лепетання до виразного використання назв об'єктів</p> <p>Затримка розвитку абстрактної мови</p> <p>Затримка розвитку символічної (рольової) гри і збереження дослідницької гри, що базується на відчуттях</p> <p>Вужче коло інтересів у порівнянні з дітьми, які бачать</p> <p>Можуть спостерігатись</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Виявляють соціальну взаємність • Розвиток мови може відставати але відповідати, в основному, характеру розвитку мови у дітей з типовим розвитком • Намагаються поділитись інформацією та досвідом • Більш здатні узагальнювати засвоєне та використовувати навколишні натяки для розширення свого розуміння • Демонструють співчуття • Звичайна дослідницька гра з іграшками на додаток до затримки розвитку символічної гри • Можуть бути зацікавлені іншими у нових темах • Демонструють нормальну гнучкість у побутових ситуаціях • Інші повторювані манери, наприклад, такі діти можуть не плескати в долоні, але рухати очима (характерним для сліпих чином). | <p>людей з сильною/частковою втратою зору як основним виявом розладів повинна аналізуватись у порівнянні зі сліпими дітьми, які виявляють типовий розвиток.</p> | <p>а не очей) можуть співіснувати. Спільна увага, як правило, залежить від зору, тому діагностичні характеристики набувають більшого значення.</p> |
|---|--|---|--|

| | | | |
|--|--|---|---|
| повторювані манери | | | |
| <i>Значне порушення слуху</i> | | | |
| Затримка розвитку мови: впливає як на використання, так і на розуміння мови. Соціальна ізоляція та незручність через нерозуміння дитиною звичайних нюансів соціального спілкування | Здатності, які не завжди порушуються і бувають присутні при периферійній втраті слуху: <ul style="list-style-type: none"> • Невербальне спілкування • Двостороннє спілкування • Гра та уява • Соціальний інтерес та ініціювання взаємодії з однолітками • 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 настороженими | Аутизм може спостерігатись у дітей з порушенням слуху. |
| <i>Селективний мутизм</i> | | | |
| Відсутність мови, особливо, в соціальному оточенні Може бути відставання/порушення розуміння мови в анамнезі Тривожність є поширеним станом, який веде до контролю поведінки | У анамнезі є належна якість спілкування та соціальної взаємодії у певних ситуаціях, як правило, 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 або 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 Аутизм та селективний аутизм можуть співіснувати. |

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої),
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги та медичної реабілітації «Аутизм»

Ресурси для батьків

| | |
|--|---|
| ASPEN TM, Inc. (Asperger Syndrome Education Network) (http://www.aspenj.org) | Регіональна неприбуткова організація з забезпечення сімей і осіб з синдромом Аспергера і пов'язаних з ними розладами інформацією, підтримкою та захистом |
| Американське товариство аутизму (http://www.autismsociety.org) | Місією Американського товариства аутизму є сприяння доступу і можливості для осіб з аутизмом і членів їх сімей, бути повністю включеними у свої громади через, які беруть участь захист, інформування громадськості, освітні заходи і дослідження, пов'язані з аутизмом. |
| Autism Speaks (http://www.autismspeaks.org) | Autism Speaks є науковою і правозахисною організацією аутизму, призначеною для фінансування досліджень причини, профілактики, лікування та виліковування від аутизму; підвищення обізнаності про РСА і захищає людей з аутизмом та їх родини. |
| Division TEACCH (Treatment and Education of Autism and related Communication handicapped Children, University of North Carolina at Chapel Hill) (www.teacch.com) | TEACCH Web site включає інформацію про свої Програми, освітні та комунікаційні підходи до навчання осіб з аутизмом, свої можливості досліджень та навчання, а також інформацію і ресурси з аутизму. |
| LDAA (Learning Disabilities Association of America) (http://www.ldanatl.org) | LDAA site сайт містить інформацію і ресурси з багатьох проблем навчання, в тому числі навчання, пов'язаного зі значною соціальною складовою, наприклад, аутизмом і синдромом Аспергера |
| OASIS (Online Asperger Syndrome Information and Support) (http://www.asperger.org) | Загальна інформація про синдром Аспергера і пов'язані з ним розлади, у тому числі ресурси і матеріали, оголошення про основні заходи та публікацій, а також основні "перетини" для спілкування між батьками, лікарями, педагогами, а також особами з обмеженими соціальними можливостями. |
| Yale Child Study Center (www.autism.fm) | Інформація про аутизм, синдром Аспергера і пов'язані розлади, списки ресурсів, організованих державою, і організації підтримки батьків і адвокатські агенції. |