

Т.Н. АЛЫКО, Т.В. ДОКУКИНА, А.Л. ОРЛОВ, Н.К. ГРИГОРЬЕВА, Т.А. ВОРОБЕЙ,
Н.А. СЕРГЕЕВА

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
ГУ «РНПЦ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Расстройства аутистического спектра (РАС) согласно действующей Международной статистической классификации болезней (МКБ-10, 1992) относятся к разделу F84 (общие расстройства психологического развития) и характеризуются качественными отклонениями в социальном взаимодействии (уход от общения), а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий. Аутистические расстройства в ряде случаев значительно различаются по специфике и тяжести состояния, уровня дефекта интеллекта и образуют группу психических расстройств аутистического спектра.

Пациенты с РАС находятся под наблюдением психиатров в связи с наличием психических расстройств, также классифицируемых в других рубриках МКБ-10. Такие пациенты требуют аналогичных схем наблюдения, лечения, реабилитации, социальной адаптации и социального функционирования, как и пациенты с РАС. Диагноз в этих случаях выставляется двойной (например: Атипичный аутизм. Умственная отсталость умеренной степени). Доминирование того или иного синдрома оценивается в каждом случае консилиумом специалистов.

Дети с аутистическим спектром расстройств встречаются в мировой практике с частотой 0,6-1,0% от общего количества детей школьного возраста. Детский аутизм встречается не более чем у 0,1% основного населения. Распространённость детского аутизма по данным шведских и финских эпидемиологических исследований 1995 г. составляла 11,6 случаев на 10 тыс. детского населения и была отмечена к неуклонному возрастанию (Ch. Gillberg, 1995). Так, уже в 2000 г. ARRI были опубликованы шокирующие данные: 26-52 случаев на 10 тыс. детского населения. Распространённость среди мальчиков и девочек синдрома Каннера соответствует 3:1 или 4:1 (Rutter, 1981; Симашкова Н.В., 2009). Синдром Аспергера обнаружен в 26 случаях на 10 тысяч детской популяции. Распространённость синдрома Ретта варьирует от 0,72 до 3,5 случаев на 10 тысяч детского населения, в основном у девочек.

Эпидемиологических исследований РАС до настоящего времени не проводилось, несмотря на значительный рост показателей заболеваемости и распространенности по данным республиканской статистики (РНПЦ психического здоровья, 2011). За последние 6 лет (2005–2010 гг.) в РБ общее число детей, наблюдаемых врачами-психиатрами, в группе общих расстройств развития возросло в абсолютных числах на 104,8%, с 251 до 514, в том числе с диагнозом РАС - на 76,2%, со 143 до 252. Относительный показатель общей заболеваемости в группе общих расстройств развития возрос с 1,30 до 2,96 на 10 тысяч детского населения, РАС - с 0,73 до 1,45 на 10 тысяч детского населения.

В г. Минске за период 2006-2011 гг. увеличилось общее число детей, наблюдаемых врачами-психиатрами с диагнозом детский аутизм с 31 до 65 (на 109,7%), также как и относительный показатель заболеваемости аутизмом - с 0,96 до 2,08 на 10 тыс. детского населения. Максимальные показатели общей заболеваемости аутизмом в детской популяции республики отмечаются в Гродненской области (2,67 на 10 тыс.), г. Минске (2,08 на 10 тыс.) и Брестской области (1,51 на 10 тыс.). Такая ситуация может быть связана с увеличением доступности медицинской помощи населению, а также с повышением профессионального уровня местных специалистов, способных к распознаванию данной патологии.

Статистика заболеваемости расстройствами аутистического спектра должна рассматриваться и среди взрослого населения. Диагноз «РАС», выставленный ребенку, может сохраняться и по достижению им 18 летнего возраста. До появления МКБ - 10 диагноз «ранний детский аутизм» был правомочен до достижения пациентом подросткового

возраста, далее диагноз требовал уточнения и пересмотра классификационного шифра болезней. Наиболее частыми «выходами» из аутизма были и есть на сегодняшний день: умственная отсталость (F70-79), шизофрения (F20), расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07), шизоидное расстройство личности (F60.1). В связи с этим, как показал ретроспективный анализ медицинских карт амбулаторного больного детского и взрослого психоневрологических диспансеров г. Минска, диагноз «аутизм» практически не встречался у лиц старше 18 лет, страдающих психическими расстройствами. В 76% случаев диагноз из рубрики «общие расстройства развития» (F84) трансформировался в диагноз «шизофрения» (F20).

До 2009 г. в Беларуси в организации и оказании психиатрической помощи детям с РАС делался акцент на амбулаторно-поликлинический этап оказания помощи, важную роль при этом выполнял Минский городской клинический детский психоневрологический диспансер. В 2010 г. на базе детского отделения «РНПЦ психического здоровья» выполняется задание Министерства здравоохранения «Разработать и внедрить методику мультидисциплинарного подхода в диагностике и организации системной помощи детям с расстройствами аутистического спектра». С этого времени стало доступным и востребованным подробное обследование детей с целью уточнения диагноза, дифференциальной диагностики, коррекции медикаментозного лечения, выработке рекомендаций по взаимодействию родителя с ребенком, внедрена методика транскраниальной микрополяризации, и др.

Всего за период с 01.01.2004 г. по настоящее время – 01.07.2011 г. в детское психиатрическое отделение были госпитализированы 189 детей с расстройствами рубрики F 84 в возрасте – от 3 до 12 лет, средний их возраст - 5,49 лет. Девочек среди них было 42, мальчиков – 147. Общие расстройства психологического развития были представлены следующим образом: F 84.0 – детский аутизм – 95, F 84.1 – атипичный аутизм – 48, F 84.2 – синдром Ретта – 1, F 84.5 – синдром Аспергера – 11, F 84.3 – другое дезинтегративное расстройство детского возраста – 2, F 84.4 – гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями - 3, F 84.8 – другие расстройства речи и языка – 1 случай.

Дети поступали в основном по направлению детских психоневрологических диспансеров, главных внештатных областных специалистов и детских врачей-психиатров Минска и Минской области – 150 (79%), других областей Беларуси – 39 (21%). Диагнозы направившего учреждения и заключительный диагноз, установленный в условиях стационара «РНПЦ психического здоровья» совпали (в рамках раздела F 84 МКБ 10) в 112 случаях (59%). Расхождение диагнозов направившего учреждения и заключительного имело место в 77 случаях из 189 (41%): F07.8 - другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга - 13, F06 - другие психические расстройства, обусловленные повреждением и головного мозга или соматической болезнью – 27, F9 – гиперкинетические расстройства - 5, F83 – смешанные специфические расстройства психологического развития - 4, F80 – специфические расстройства развития речи и языка - 5, F20 – шизофрения - 4 и др. Неопределенная формулировка в направлениях в виде «для обследования» или «для уточнения диагноза» имела место в 11 случаях.

Средняя длительность пребывания в стационаре составила 14,6 койко-дней (максимум – 57 к.-дней, минимум 1-2 к.-дня). Повторно 1 раз и дважды госпитализировались 48 детей. Среди них инвалидами детства являются – 15 пациентов (F 84.0 – 7, F 84.1 – 7, F 84.5 – 1). За период 2004-2009 г.г. количество койко-дней в стационаре для пациентов с РАС составило 1843, среднее количество из расчета на 1 госпитализацию – 17,22, а в 2010-2011 г.г. – 826 и 8,88 соответственно. Значительное снижение длительности пребывания в стационаре указывает на то, что у родителей сложилась установка на краткосрочное обследование. Как показала практика, оптимальным для полноценного клинического обследования представляется срок 10-15 дней.

В рамках НИР в период 2009-2011 гг. комплексное обследование прошли около 100 детей, в т.ч. 81% мальчиков, 9% девочек, средний возраст составил 5,37 лет, страдающих РАС: F 84.0 (детский аутизм) – 42 случая, F 84.1 (атипичный аутизм) – 37 сл., F 84.2 (синдром Ретта) – 0 сл., F 84.5 (синдром Аспергера) – 8 сл., всего – 87 случаев.

Диагноз устанавливают по данным анамнеза и по результатам наблюдения за ребенком в различных ситуациях по критериям МКБ-10 (ВОЗ, 1992). Случилось так, что в основе диагноза «аутизм» или «расстройство аутистического спектра» лежит только анализ поведения. Этиологические факторы и патогенетические механизмы возникновения и течения РАС не учитываются. В соответствии с общепринятыми критериями при аутизме должны иметь место шесть и более симптомов из принятого мировым психиатрическим сообществом списка. Как правило, они включают в себя признаки качественного нарушения социальных взаимодействий - ограниченное и повторяющееся поведение, отсутствие социальной или эмоциональной взаимности, стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия, постоянный интерес к определённым деталям или предметам. Начало заболевания приходится на возраст до трёх лет. В клинической картине доминируют задержка развития либо отклонения в социальных взаимодействиях и использовании речи при общении, либо проблемы участия в символических, требующих воображения играх. Поэтому важную роль в диагностике РАС играет качество и объем психологического обследования. В «РНПЦ психического здоровья» в детском психиатрическом отделении активно применяется CARS* в сравнении с PEP*, и одновременно ведется апробация методик на белорусской выборке. При этом у практикующих психиатров и психологов сложилось мнение: позволяя установить тяжесть расстройства по результатам наблюдения за ребенком, CARS не дифференцирует признаки аутизма и шизофрении. В этой методике отсутствует плавный переход от «нет аутизма» (15 баллов) через оценку «слабо выражен»/«признаки» до «умеренно выражен» (30 баллов). А в PEP ряд вопросов не соответствует современному образу жизни, нет градации вопросов по возрастному критерию и количественной оценки результатов. В качестве модернизации предложена количественная обработка опросника TEACCH, позволяющая вычислить коэффициент выраженности аутистической симптоматики. Рекомендовано также использование детского теста интеллекта с учетом возраста (Д. Векслер, 1949) и ряда экспериментально-игровых методик.

Для дифференциальной диагностики форм РАС специалисты «РНПЦ психического здоровья» разработали расширенный алгоритм обследования пациентов с РАС при условии необходимости пребывания ребенка в стационаре как минимум в течение двух недель. Предлагаемый протокол включает психолого-психиатрическое, соматическое, инструментальное обследование, консультации узких специалистов (дефектолог, врач-генетик, ЛОР и др.). Непременными являются нейровизуализация, компьютерная электроэнцефалография. Дополнительно исследуется микроэлементный состав биологических сред организма, функция металлотioneина, уровень эндорфинов. Указанный объем обследования обусловлен особенностями клинической картины, а также существующим представлением о полиэтиологичности аутизма.

Актуальным представляется проведение эпидемиологического исследования, конечным продуктом которого станет постоянно поддерживаемый и обновляемый регистр. Он необходим для улучшения организации системной помощи пациентам с РАС. Максимум усилий занятых проблемой аутизма специалистов должен быть направлен на совершенствование действующих и внедрение новых методов диагностики, терапии, коррекционной и информационно-просветительской работы.

* CARS (Childhood Autism Rating Scale) Детская рейтинговая шкала аутизма (Schopler E. et al., 1988)

* PEP (Psychoeducational Profile) шкала развития психолого-педагогический профиль (Schopler E. et al., 1979)

* детский тест интеллекта Векслера (ИМАТОН, 1996)