

Клинические рекомендации

Расстройства аутистического спектра

Кодирование по
Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем: F84.0 – F84.9

Возрастная группа: Дети

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общественная организация «Российское общество психиатров»**

Оглавление

Оглавление.....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	9
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	15
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .	17
2.1 Жалобы и анамнез.....	17
2.2 Физикальное обследование.....	18
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	19
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	19
2.5 Иные диагностические исследования.....	19
2.5.1. Скрининг.....	19
2.5.2. Экспериментально-психологическое исследование.....	21
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	24
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	32
6. Организация медицинской помощи.....	32
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	34
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	35
Список литературы.....	36
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	50

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	52
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	54
Приложение В. Информация для родителей пациента.	56
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	58
Приложение Г1. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста	58
Приложение Г2 Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА)	62
Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА).....	62
<i>Дата заполнения</i>	62

Список сокращений

АД – артериальное давление

АЛТ – аланин-аминотрансфераза

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

АСТ – аспартат-аминотрансфераза

БАР – биполярное аффективное расстройство

БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВРП – возраст разрешенного применения

ДА – детский аутизм

ЖНВЛП - жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

КД – когнитивный дефицит

КПР – коэффициент психического развития

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

НПР – нарушения психического развития

ОКР – обсессивно-компульсивные расстройства

ОРР – общие расстройства развития

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

РАС – расстройства аутистического спектра

РКИ – рандомизированные клинические исследования

РПП – расстройство приема пищи

СА – синдром Аспергера

СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности

СКД – средняя курсовая доза

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СР – синдром Ретта

ССД – средняя суточная доза

УДД – уровень достоверности доказательств

УМО – умственная отсталость

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

PS – частота пульса

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

WISC (The Wechsler Intelligence Scale for Children) – тест интеллекта Д. Векслера

5-HT-receptor (5-hydroxytryptamine receptor) – рецептор серотонина

Термины и определения

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

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

Возрастные периоды развития – раннее детство – период от 0 до 3 лет, включает младенчество от 0 до 1 года и ранний возраст от 1 до 3 лет; дошкольный возраст от 3 до 7 лет; младший школьный возраст от 7 до 10/11 лет; подростковый возраст от 11/12 до 16 лет (по Д.Б. Эльконину).

Расстройства аутистического спектра (РАС) – группа синдромов, которые характеризуется стойким снижением способности инициировать и поддерживать социальные взаимодействия и коммуникацию, а также рядом ограниченных и повторяющихся негибких паттернов поведения, интересов или занятий, которые явно нетипичны или избыточны для возраста и социокультурного контекста.

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

специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими (клиническими) психологами) в раннем детском возрасте.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Расстройства аутистического спектра (РАС) – группа синдромов, которые характеризуется стойким снижением способности инициировать и поддерживать социальные взаимодействия и коммуникацию, а также рядом ограниченных и повторяющихся негибких паттернов поведения, интересов или занятий, которые явно нетипичны или избыточны для возраста и социокультурного контекста. Для диагностики РАС используется МКБ-10 рубрика F84 «Общие расстройства психологического развития» («Первазивные нарушения развития») [1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология и патогенез РАС точно не известны, предполагаются мультифакторные причины расстройства: биологические (генетические, дизнейроонтогенетические, нейрохимические, иммунные), психосоциальные [2].

Генетическая основа данного расстройства подтверждена семейными исследованиями близнецов и усыновленных детей. Во второй половине XX века различные авторы [3, 4] конкордантность у монозиготных близнецов оценивали как 36-90 %, в то время как у дизиготных – 0-24 %. Исследования близнецов подтвердили, что семейное накопление аутистических черт является следствием высокой наследуемости ($h^2:0.8$) [5, 6]. Семейные исследования показали, что риск повторения РАС у сибсов в 20 раз выше, чем в общей популяции. Частота встречаемости аутистических проявлений у родителей детей с аутистическими расстройствами составляет 25 % и более; у 2-6 % сибсов детей с аутизмом выявляется РАС, что в 60-100 раз превышает распространенность аутистических расстройств в популяции.

Нейродизонтогенетическая гипотеза рассматривает аутизм как расстройство, вызванное дефектами развития мозга на ранних онтогенетических этапах. Выявлено нарушение созревания нейронов во фронтальной коре, изменения перивентрикулярного белого вещества и увеличение объема боковых желудочков мозга. К возможным причинам могут быть отнесены различные внешние факторы – травма, инфекция или постинфекционное состояние матери во

время беременности, родовая травма, первичное нарушение обмена веществ, отдельные лекарственные средства, промышленные токсины и др.

Нейрохимические гипотезы обсуждают нарушение обмена нейромедиаторов: избыточную активность дофаминовых центральных нервных структур в мезолимбической, нигростриарной, тубероинфундибулярной системах; гипотезу недостатка глутаматов (преимущественно в подростковом возрасте) и др. [7-10].

Гипотеза окислительного стресса посвящена изучению роли окислительного стресса в развитии клинических проявлений аутизма [11]. Известно, что окислительный стресс является одним из наиболее значимых механизмов повреждения нервной ткани, запускающий совокупность взаимосвязанных патологических реакций (так называемый метаболический каскад), необратимо повреждающих клетку [12].

Аутоиммунные теории возникновения РАС рассматривают иммунный воспалительный процесс в качестве одного из звеньев патогенеза [13-17]. Показано, что повреждение мозга плода циркулирующими специфическими материнскими антителами лежит в основе многих врожденных нарушений развития, в том числе аутизма [18, 19].

В многочисленных исследованиях последних лет показано, что работа системы зеркальных нейронов нарушена у людей с аутизмом, и это может влиять на их способность моделировать восприятие других индивидуумов [20-22].

Способность увидеть мир с точки зрения другого человека обозначают в литературе термином *«theory of mind»* — «модель психического состояния», или «понимание чужого сознания» [21, 23].

Психосоциальные (перистатические) факторы скорее являются дополнительными, не влияют на происхождение РАС, но прослеживается связь во времени между конфликтом или стрессом и манифестацией клинических проявлений [2].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным ВОЗ, усредненный показатель распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) у детей составляет примерно 1 на 100 [24]. Первая работа по выявлению распространенности аутизма среди специфической педиатрической выборки была проведена в 1966 г. V. Lotter, распространенность аутизма составляла 4,1 : 10 000 детей [25], в 1979 г., по данным L. Wing и J. Gould – 5 : 10 000 [25-29]. Недавние обзоры оценивают глобальную медианную распространенность РАС в 62/10000, то есть у одного ребенка из 160 имеется РАС и последующая инвалидность. Эта оценка представляет собой среднее число, и сообщаемая распространенность существенно различается в разных исследованиях [138].

Однако в некоторых хорошо контролируемых исследованиях заявленные показатели значительно выше. Региональные оценки распространенности РАС доступны для Европейского региона и регионов Северной и Южной Америки. Они статистически не различаются: для Европы средний показатель составляет 61,9/10000 (диапазон 30,0–116,1/10000), а для Америки медиана составляет 65,5/10000 (диапазон 34–90/10000). Напротив, во многих частях мира, включая Африку, оценки распространенности либо отсутствуют, либо носят предварительный характер. Исключение составляет Китай – страна с высокой доходностью и относительно большой доказательной базой [30, 31]. Рост распространенности аутизма в последние годы объясняется, главным образом, расширением диагностических критериев расстройства и принятием концепции аутизма как спектра определенных нарушений различной степени выраженности [30,31,32, 139]. По данным Росстата в РФ введенные в отчетные формы с 2014 г. показатели заболеваемости аутизмом (детским и атипичным) у детей в возрасте до 14 лет с 2014 по 2018 гг. – увеличились на 107,1% (с 5,3 до 11 : 10 000), у подростков 15-16 лет (с 1,8 до 5,78 : 10 000) – на 206,4% [33]. Данные пилотного проекта, проводимого в девяти субъектах Российской Федерации позволили установить показатель распространенности РАС или общих расстройств психологического развития – по МКБ-10 рубрика F84, который составляет 18 : 10 000 детского населения в возрасте до 4 лет [34]. Отметим, что этот показатель выше полученного в 2015-2016 гг. при обследовании детей в возрасте до 2 лет, который составлял – 5 : 10 000 [35]. Соотношение частоты РАС у мальчиков и девочек находится в пределах от 2,6:1 до 4:1) [24].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Для диагностики РАС используется МКБ-10 рубрика F84 «Общие расстройства психологического развития» («Первазивные нарушения развития») [1]:

F84.0 Детский аутизм

F84.01* – ...обусловленный органическим заболеванием головного мозга;

F84.02 – ...вследствие других причин.

F84.1 Атипичный аутизм

F84.11* – ...с умственной отсталостью***;

F84.12 – ...без умственной отсталости.

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

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

F84.5 Синдром Аспергера

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное.

Примечание:

* – четвёртый знак буквенно-цифрового кода указывает на причину расстройства;

** МКБ-10, адаптированная для практики в Российской Федерации (1995);

*** – вторым кодом указывается соответствующий диагноз F70.xx-F79.xx.

В некоторых случаях расстройства сочетаются и предположительно обусловлены некоторыми медицинскими состояниями, среди которых наиболее часты детские спазмы, врожденная краснуха, туберозный склероз, церебральный липидоз и хрупкость Х-хромосомы. Тем не менее, расстройство должно диагностироваться на основании поведенческих признаков, независимо от наличия или отсутствия сопутствующих медицинских (соматических) состояний; однако, любое из этих сопутствующих состояний должно кодироваться отдельно. При наличии умственной отсталости важно отдельно кодировать и ее (F70 - F79), поскольку она не является обязательным признаком общих расстройств развития.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время для диагностики аутизма в России используется классификационная и диагностическая система МКБ-10 [1].

/F84.0/ Детский аутизм

Общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3-4 раза чаще, чем у девочек. **Диагностические указания:** Предшествующего периода нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалии выявляются в возрасте до 3 лет. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительна интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо-эмоциональной взаимности. Равным образом обязательны качественные нарушения в общении. Они выступают в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и

невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации. Это состояние характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью. Это проявляется тенденцией устанавливать жесткий и раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни, обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких как украшения или меблировка дома). Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как страхи (фобии), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения (например, в результате кусания запястий), особенно при сопутствующей тяжелой умственной отсталости. Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, общения и интересов. Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах. При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

Дифференциальный диагноз: Помимо других вариантов общего расстройства развития, важно учитывать: специфическое расстройство развития рецептивной речи (F80.2) с вторичными социоэмоциональными проблемами; реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (F94.1) или расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (F94.2); умственную отсталость (F70 - F79) с некоторыми сопутствующими эмоциональными или поведенческими нарушениями; шизофрению (F20.-) с необычно ранним началом; синдром Ретта (F84.2).

F84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга. Включаются: - аутистическое расстройство, обусловленное органическим заболеванием головного мозга.

F84.02 Детский аутизм вследствие других причин

/F84.1/ Атипичный аутизм

Тип общего расстройства развития, который отличается от детского аутизма (F84.0x) либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Так, тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития впервые проявляется только в возрасте после трех лет; и/или здесь отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (а именно, нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение) вопреки характерным аномалиям в другой сфере(ах). Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых очень низкий уровень функционирования обеспечивает небольшой простор для проявления специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма; он также встречается у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи. Атипичный аутизм, таким образом, представляет собой состояние, значительно отличающееся от аутизма.

F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью

Следует отметить:

Первым кодом ставится данный шифр, а вторым - код умственной отсталости

(F70.xx - F79.xx).

F84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости

F84.2 Синдром Ретта

Состояние, пока описанное только у девочек, которое выявляется на основании генетического исследования, особенностей начала течения и симптоматиологии. В типичных случаях за внешне нормальным или почти нормальным ранним развитием следует парциальная или полная потеря приобретенных мануальных навыков и речи наряду с замедлением роста головы, обычно с началом в возрасте между 7 и 24 месяцами. Особенно характерны потеря намеренных движений рук, стереотипии почерка и одышка. Социальное и игровое развитие задержаны в первые два или три года, но есть тенденция к сохранению социального интереса. Во время среднего детского возраста имеется тенденция к развитию атаксии туловища и апраксии, сопровождающихся сколиозом или кифосколиозом, и иногда и хореоатетоидными движениями. В исходе состояния постоянно развивается тяжелая психическая инвалидизация. Часто возникают эпилептические приступы в период раннего или среднего детского возраста. **Диагностические указания:** Начало заболевания в

большинстве случаев в возрасте между 7 и 24 месяцами. Наиболее характерная черта - потеря намеренных движений рук и приобретенных тонких моторных манипулятивных навыков. Это сопровождается потерей, парциальной потерей или отсутствием развития речи; отмечаются характерные стереотипные движения руками - мучительные заламывания или "мытьё рук", руки согнуты впереди грудной клетки или подбородка; стереотипное смачивание рук слюной; отсутствие надлежащего пережевывания пищи; часты эпизоды одышки; почти всегда имеется неспособность установить контроль за функциями мочевого пузыря и кишечника; часты чрезмерное слюнотечение и выпячивание языка; утрачивается включенность в социальную жизнь. Типично, что ребенок сохраняет видимость "социальной улыбки", взгляда "за" или "через" людей, но не взаимодействуя с ними в раннем детстве социально (хотя социальное взаимодействие часто развивается позднее). Поза и походка с широко расставленными ногами, мышцы гипотоничные, движения туловища обычно становятся плохо координированными, и обычно развивается сколиоз или кифосколиоз. В подростковом и зрелом возрасте примерно в половине случаев развиваются специальные атрофии с тяжелой двигательной инвалидностью. Позднее может проявляться ригидная мышечная спастичность, обычно более выраженная в нижних конечностях, чем в верхних. В большинстве случаев встречаются эпилептические припадки, обычно включающие в себя какую-либо разновидность малых приступов и начинающиеся обычно в возрасте до 8 лет. В противоположность аутизму как намеренные самоповреждения, так и комплекс стереотипных интересов или заведенного порядка встречаются редко.

Дифференциальный диагноз: Синдром Ретта прежде всего дифференцируется на основании отсутствия целенаправленных движений руками, замедления роста головы, атаксии, стереотипных движений, "мытья рук" и отсутствия надлежащего пережевывания. Течение, выражающееся прогрессирующим ухудшением двигательных функций, подтверждает диагноз.

F84.3 Другие дезинтегративные расстройства детского возраста

Общие расстройства развития (иные, чем синдром Ретта), которые определяются периодом нормального развития до их начала, отчетливой потерей на протяжении нескольких месяцев ранее приобретенных навыков по крайней мере в нескольких сферах развития с одновременным появлением характерных аномалий социального, коммуникативного и поведенческого функционирования. Часто отмечается продромальный период неясной болезни; ребенок становится своенравным, раздражительным, тревожным и гиперактивным. За этим следует обеднение, а затем потеря речи, сопровождающаяся дезинтеграцией поведения. В некоторых случаях потеря навыков носит постоянно прогрессирующий характер (обычно, когда расстройство сочетается с прогрессивным диагностируемым неврологическим состоянием), но более часто за ухудшением в течение нескольких месяцев следует состояние - плато, а затем наступает ограниченное улучшение.

Прогноз обычно очень плохой; большинство больных остаются с тяжелой умственной отсталостью. Существует неопределенность в отношении степени отличия этого состояния от аутизма. В некоторых случаях может быть показана обусловленность этого расстройства имеющейся энцефалопатией; но диагноз следует обосновывать по поведенческим признакам. Когда есть сопутствующее неврологическое состояние, оно должно кодироваться отдельно. **Диагностические указания:** Диагноз основывается на явно нормальном развитии до возраста по крайней мере 2-х лет, вслед за чем происходит отчетливая потеря ранее приобретенных навыков; это сопровождается качественно нарушенным социальным функционированием. Обычно имеется глубокая регрессия или потеря речи; регрессия в уровне игры, социальных навыков и адаптивного поведения; и часта потеря контроля за функцией кишечника или мочевого пузыря, иногда с ухудшающимся контролем за двигательными функциями. Как правило, это сопровождается общей потерей интереса к окружающей обстановке; стереотипной двигательной манерностью; аутистическиподобным нарушением в социальном взаимодействии и общении. В некоторых отношениях синдром напоминает дементирующие состояния взрослой жизни, но отличается в 3-х ключевых аспектах: обычно здесь нет доказательства какого-либо распознаваемого органического заболевания или повреждения (хотя органическая мозговая дисфункция какого-либо типа обычно подразумевается); потеря навыков может сопровождаться некоторой степенью выздоровления; и нарушение социализации и общения имеет качества девиантного поведения, типичного скорее для аутизма, чем интеллектуального снижения. По всем этим причинам синдром включен сюда, а не в F00 - F09.

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (умственная отсталость с двигательной расторможенностью и стереотипными движениями). Это плохо обозначенное расстройство точно не установленной нозологической самостоятельности. Настоящая категория включена сюда вследствие имеющихся данных, что у детей с тяжелой умственной отсталостью (коэффициент умственного развития ниже 50), обнаруживающих большие проблемы в гиперактивности и внимании, часто выявляется стереотипное поведение; такие дети имеют тенденцию не получать пользу от стимулирующих препаратов (в отличие от тех, у кого коэффициент умственного развития в пределах нормы) и могут давать тяжелые дисфорические реакции (иногда с психомоторной заторможенностью) на назначение стимуляторов; и у подростков гиперактивность обнаруживает тенденцию сменяться пониженной активностью (это не характерно для гиперкинетичных детей с нормальным интеллектом). Этот синдром часто сочетается с разновидностями задержек развития, специфических или общих. Неизвестно, в какой степени поведенческие признаки являются производными от низкого интеллектуального уровня или органического повреждения мозга. Также неясно, где лучше классифицировать расстройства у детей с легкой умственной отсталостью, у которых выявляется

гиперкинетический синдром, здесь или в рубрике F90.-; в настоящее время они включены в F90.-.

Диагностические указания: Диагноз зависит от сочетания несоответствующих развитию ребенка тяжелой гиперактивности, двигательных стереотипий и выраженной умственной отсталости; для диагноза должны быть в наличии все 3 составляющие. Если выявляются диагностические критерии F84.0x, F84.1x или F84.2, то эти состояния должны регистрироваться вместо данной рубрики. Следует отметить: При использовании этого кода обязательно проставляется и соответствующий код умственной отсталости (F70.xx - F79.xx).

F84.5 Синдром Аспергера. Данное расстройство, нозологическая самостоятельность которого не определена, характеризуется тем же самым типом качественного нарушения социального взаимодействия, что и типичный детский аутизм, наряду с ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. В отличие от аутизма, здесь нет общей задержки или отсталости в речи или в когнитивном развитии. Большинство детей имеют нормальный общий интеллект, но заметно неуклюжи; состояние встречается чаще у мальчиков (в соотношении 8:1). Высоко вероятно, что по крайней мере некоторые случаи представляют собой мягкие варианты аутизма, но неясно, действительно ли это так для всех пациентов. У этих расстройств отмечается выраженная тенденция сохраняться в подростковом и зрелом возрасте и, по-видимому, они представляют индивидуальные особенности, которые не очень подвержены влияниям среды. Изредка в юношеском возрасте развиваются психотические эпизоды.

Диагностические указания: Диагноз основан на сочетании отсутствия какой-либо клинически значимой общей задержки речи или когнитивного развития и наличия (как при аутизме) качественных нарушений в социальном взаимодействии и ограниченных, повторяющихся и стереотипных особенностей поведения, интересов и занятий. Здесь могут быть или не быть проблемы в общении, подобные тем, что отмечаются при аутизме, но наличие значительного отставания в речи исключают диагноз.

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития неуточненное Это остаточная диагностическая категория, которая должна использоваться для расстройств, подходящих к сводному описанию общих расстройств развития, но при которых отсутствует адекватная информация или имеются противоречивые данные, означающие, что не могут быть удовлетворены критерии для кодирования каких-либо других рубрик F84.-.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина

Клинический фенотип РАС характеризуется аномальным функционированием во всех трех сферах: социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося

поведения. Клинические симптомы расстройства манифестируют в первые годы жизни ребенка на фоне дизонтогенеза или (реже) нормального развития.

Нарушения социального взаимодействия проявляются в дефиците социальной мотивации: стремления ориентироваться в обществе, искать и получать удовольствие от межличностных взаимодействий, учиться, укреплять и поддерживать социальные связи. Дети слабо реагируют на невербальную коммуникацию: выражение лица, направление взгляда, тон голоса, жестикуляцию; не подражают действиям окружающих, не пытаются привлечь внимание указательным жестом, не поддерживают зрительный контакт. Отмечаются трудности в понимании эмоций и чувств других людей, дифференциации «живого-неживого», что проявляется в «механистическом» отношении к окружающим. Так, например, ребенок может «не замечать» детей на площадке, расталкивая их, карабкаться по матери, как по лестнице, чтобы достать необходимое с верхней полки, давить пальцем на глаза сверстникам или животным, привлеченный морганием век или движением глазного яблока. В связи с этими особенностями, данные дети имеют меньше возможностей для обучения и развития социальных навыков (совместного внимания, сюжетной игры, поведения в обществе, дружбы).

Нарушение общения тесно связано с трудностями социального взаимодействия. В большинстве случаев отмечается задержка формирования как импрессивной (внутренней речи, понимание обращения), так и экспрессивной речи (собственной речевой продукции). В дальнейшем речь может не формироваться, формироваться искаженно или частично. Отмечаются следующие особенности: эхолалии, особенности тональной модуляции голоса, аграмматизмы, нарушение использования личных местоимений, трудности в поддержании диалога, отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации. Кроме того, дети испытывают трудности в понимании переносного смысла, образных выражений, юмора.

Ограниченное, повторяющееся поведение может затрагивать все сферы жизни. Проявляется в стремлении сохранять единообразие окружающей обстановки, формировании поведенческих стереотипов (ходьба по одному и тому же маршруту, определенный порядок гигиенических процедур, подготовка ко сну, требования одной и той же одежды, еды, игрушек), склонности к монотонной однообразной активности, а также сверхценными интересами и увлечениями, на которых пациенты застревают. У ряда детей формируются стереотипные движения (раскачивания, взмахи руками, прыжки на одном месте, кружения, перебирания пальцами рук), сами по себе не являющиеся патогномичными или специфичными для детского аутизма.

Помимо трех диагностически значимых проявлений данного расстройства, существуют неспецифические синдромы при детском аутизме. Наиболее распространенной проблемой у этих пациентов является психомоторное возбуждение, сопровождаемое выраженной бесцельной двигательной активностью, импульсивностью, нарушением ритма сон-бодрствование, агрессией и/или аутоагрессией. Отмечаются расстройства приема пищи (РПП): избирательность пищевых предпочтений, особая чувствительность к новым видам пищи, задержка формирования навыков жевания, привычные срыгивания, рвоты. В ряде случаев выявляются особенности сенсорного восприятия: непереносимость звуков, запахов, снижение или повышение болевого порога, тактильные гиперестезии. Распространены фобии, тревога, навязчивости, аффективные нарушения (от непродуктивных гипоманий до депрессивных расстройств).

Дальнейшая возрастная клиническая динамика. Возрастной фактор и факторы развития (положительные тенденции онтогенеза), реабилитация способствуют благоприятному исходу. После 3-летнего возраста приблизительно у 50% детей с детским аутизмом отмечается улучшение социального взаимодействия, развитие коммуникативных навыков. Выраженность когнитивных и интеллектуальных нарушений может значительно варьироваться. У пациентов с РАС может наблюдаться весь диапазон психических расстройств. В этом отношении коморбидность при РАС скорее правило, чем исключение. Есть данные о ряде расстройств, взаимосвязанных с РАС, включая тики (от 1% до 50%); ОКР (от 8 до 28%); НПП (6-17%) [36], эпилепсию (от 2% до 46%) [37]. Аффективные расстройства у пациентов с РАС варьируются от 20% до 58% для депрессии и от 22% до 39% для тревожных расстройств; также высоки показатели социальной тревоги (50-52%) [38, 39]. Биполярные аффективные расстройства встречаются реже (около 5-7%) [40]. Эпизоды мании без депрессии относительно редко встречаются, в одном из исследований они обнаружены у 21% пациентов с аутизмом (PDD) [40].

У людей с РАС нередко встречаются *проблемы с пищеварением*. Многочисленные симптомы желудочно-кишечных расстройств у лиц с РАС, связанные с низкой активностью ферментов, расщепляющих дисахариды, наблюдались у 58% детей с аутизмом [41].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-психиатра всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития (НПР), в том числе РАС, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза [42,43,44,45,46].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии:

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

Первичный осмотр врача-психиатра проводится с целью клинической диагностики состояния пациента, определения типа аутизма или другой патологии, уточнения диагноза, принятия решения о проведении абилитации/реабилитации, при необходимости, медикаментозного вмешательства.

При диагностике РАС основным является клинический метод. В нем главное место принадлежит объективному наблюдению за поведением ребенка и клиническому интервью (при возможности самого обследуемого и его представителей). Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, если таковая имеется, а также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом.

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) педиатра всем детям, с установленным диагнозом РАС при подозрении на соматическую патологию, с целью её исключения или коррекции [56].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) невролога всем детям, с установленным диагнозом РАС или с подозрением на РАС, с целью исключения или коррекции сопутствующей неврологической патологии, включая эпилепсию [45].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

2.2 Физикальное обследование

Соматическое и неврологическое обследование пациента производится врачами соответствующих специальностей и направлено на выявление возможных сомато-неврологических нарушений у пациента. Общий осмотр включает измерение АД, ЧСС, измерения веса, уточнение приема лекарственных препаратов пациентом на момент осмотра и ранее.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

В настоящее время нет убедительных данных о наличии лабораторных исследований, специфических и значимых при подтверждении или исключении диагноза РАС. Рутинные общеклинические обследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гормональный профиль) могут быть назначены врачом-педиатром в рамках осмотра при необходимости уточнения сопутствующей соматической патологии, в том числе возникших побочных эффектов психофармакотерапии.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Решение о назначении дополнительных уточняющих инструментальных обследований, в том числе электроэнцефалографии и нейровизуализации, может принять врач-невролог при осмотре ребенка при подозрении на сопутствующие неврологические расстройства.

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1. Скрининг

Проспективные когортные исследования показывают целесообразность проведения скрининговых обследований в раннем возрасте [48-50]. Аналогичные тенденции в системе детского здравоохранения отмечаются в России и ряде стран мира, в том числе Американская академия педиатрии (ААП) рекомендует проведение скрининга для выявления риска РАС детям в возрасте 18-24 месяцев жизни в учреждениях первичного звена здравоохранения [51-53]. В России постепенно становятся популярными некоторые из зарубежных скрининговых инструментов, такие как ADI-R, ADOS, CHAT, CARS [54-56]. Данные методики не прошли полной адаптации и валидации на российской популяции. Кроме того, процессы валидации и адаптации затруднены социокультурными различиями и особенностями нашей страны. Широкое использование в последнее время неадаптированных методик несомненно, влияет на объективность оценки поведения, игры, речи и общего состояния ребенка [57-59]. В сети интернет они зачастую представляются переводом текста методики без должного психометрического исследования и соблюдения авторских прав при рекомендации методики к широкому использованию на практике в Российской Федерации.

Скрининг (первичное выявление риска заболевания) риска нарушений психического развития, в том числе РАС, в раннем возрасте введен в России в 2019 году Приказом Минздрава России N396н [42]. Он проводится в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, достигших возраста 2 лет, в учреждениях первичного звена

здравоохранения у врача-педиатра в виде анкетирования родителей на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития, в том числе РАС [34]. Если результаты анкетирования не выявят группу риска, то скрининг на этом завершится (см. Приложение Г1).

Второй уровень скрининга (клинический).

В России, как и во всем мире, диагностика РАС и других психических расстройств и расстройств поведения проводится врачом-психиатром детским на добровольной основе в соответствии с законодательством [34]. Диагностика основывается на данных анамнеза и истории развития ребенка, полученных от родителей (законных представителей), а также наблюдений врача за поведением ребенка. Дополнительно используются данные параклинических, экспериментально-патофизиологического, психометрического исследований. Использование этих данных только дополняет, но не заменяет обоснованное клиническое суждение врача [60].

- **Рекомендуется** проведение скрининга всем детям в возрасте двух лет для выявления риска возникновения РАС в рамках профилактических медицинских осмотров в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с использованием отечественной «скрининговой анкеты для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» с целью своевременного направления к врачу-психиатру [34,42,43,46,48-51].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: По результатам скринингового анкетирования родителям (законным представителям) детей, попавшим в группу риска, рекомендуется профилактическая консультация врача-психиатра с целью верификации состояния ребенка в соответствии с клиническими критериями МКБ-10 и/или проведение консультации по вопросам воспитания и развития ребенка [42]. Психометрическое исследование анкеты показало высокую надежность и валидность: коэффициент ретестовой надежности варьируется в диапазоне 0,92-0,96 (при $p < 0,001$, временной интервал – 4-5 недель) [53].

- **Рекомендуется** проведение скрининга детям в возрасте 6-12 лет с подозрением на РАС и для динамического обследования по шкале количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) в диагностических целях [57-58].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: С помощью предложенной шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) возможно решение задач, актуальных в практической деятельности врача:

диагностика синдрома аутизма у детей с 6 до 12 лет; контроль изменения состояния больных, страдающих расстройствами аутистического спектра; оценка эффективности проводимых лечебно-коррекционных воздействий; стандартизация и объективизация оценки тяжести актуального психического состояния пациентов с расстройствами аутистического спектра

2.5.2. Экспериментально-психологическое исследование

Одной из существующих проблем при психологической диагностике является частое применение психологами скрининговых методик для выявления симптомов аутистического спектра, подменяющих собой полноценное клинично-психологическое и экспериментально-психологическое исследование. Основными методами исследования аутистических признаков являются методы беседы, наблюдения за поведением ребенка, моделирование игровых ситуаций, наблюдение за ребенком в процессе выполнения экспериментально-психологических методик на диагностику интеллекта.

Когнитивное развитие: в рамках исследования интеллектуального развития применялись методики Векслера (WISC – детский вариант), методика Равена (детский), методика Стенфорда-Бине (3-5 лет). В ситуации диагностики детей 5-6 лет с грубым речевым недоразвитием, детей с низкой продуктивностью применялась невербальная часть методики Векслера, методика Равена. Применение невербальной части методики Векслера при наличии у ребенка отставания в психоречевом развитии более информативно использованию методики детского Равена. При исследовании ребенка в более раннем возрасте дополнительно используется «Батарея нейропсихологической диагностики детей дошкольного возраста» [61-63].

Исследование сферы общения, особенностей коммуникации детей с аутизмом: у детей с аутизмом, атипичным аутизмом с умственной отсталостью диагностика коммуникативной сферы проводится методами наблюдения за ребенком, его поведением и игровым процессом. Общение ребенка анализируется на основе расспроса родителей о его поведении в различных социальных ситуациях, на игровой площадке, в детском саду, с незнакомыми детьми и близкими родственниками [64-68].

Оценка поведения, навыков самообслуживания, характера социальной адаптации – проводится с помощью расспроса родителей, изучения данных других специалистов (психиатров, логопедов, педагогов), наблюдения за поведением в ситуации исследования, игре, изучении видеоматериалов занятий.

При исследовании интеллекта на первый план выходит неравномерность его структуры, неравномерность успешности при выполнении заданий, трудности формирования контакта, нарушения произвольной регуляции деятельности, низкая

психическая продуктивность, в части случаев – неспособность детей работать по инструкции. Выявляются существенные речевые нарушения, речь представлена короткой фразой с эхолалиями, в коммуникации – не используется. Большинство детей с аутизмом не задают вопросов, не иницируют общение, не поддерживают диалог. Просьбы и задания транслируются через маму, с существенной невербальной поддержкой, повторениями.

Дети длительно привыкают к ситуации исследования, быстро устают, теряют интерес к выполнению заданий. Дети с диагнозом «детский аутизм» в большинстве своем не способны выполнить методику Векслера полностью, неравномерны в вербальной и невербальной части (с преобладанием невербального интеллекта). При этом, структура невербальных способностей также неоднородна. Дети исследованной группы наиболее успешны при выполнении заданий «Складывание фигур», «Кубики Косса», «Лабиринты». Когнитивные способности детей с диагнозом «детский аутизм» представлены в виде отдельных функций (конструктивные навыки, преимущественно), приближающихся по уровню к возрастной норме. Дети с диагнозом атипичный аутизм с умственной отсталостью частично успешны при выполнении отдельных заданий невербального характера. Для них характерен низкий уровень общих знаний и представлений, слабое понимание социальных ситуаций. Функции внимания и памяти – недостаточно развиты. Мышление – конкретное, сложные операции мышления – недоступны. У детей с диагнозом «детский аутизм» присутствуют узконаправленные, всепоглощающие интересы, с которыми связана вся осознанная деятельность ребенка (игра, рисование, в более позднем возрасте лепка). В более тяжелых случаях (группа детей с «атипичным аутизмом с умственной отсталостью») познавательный интерес менее выражен, аутистическая деятельность представлена однотипными, манипулятивными действиями с неигровыми предметами, музыкальными игрушками.

В отличие от детей с умственной отсталостью дети с детским аутизмом имеют ряд особенностей в коммуникативной и поведенческих сферах, определяющих характер их социальной адаптации. Для детей с аутизмом характерен крайне низкий уровень психосоциальной адаптации (дети длительно привыкают к изменениям в социальном окружении, резко реагируют на новое, сложно адаптируются к условиям детского сада), имеют выраженные, длительные поведенческие срывы на изменение привычного порядка действий. Для детей с аутизмом характерны слабые навыки общения, крайняя избирательность в общении. Интерес к другим детям слабо выражен (только наблюдение за другими детьми, игра отдельно). Коммуникация представлена, преимущественно на невербальном уровне (речь используется слабо в случае крайней необходимости в виде

отдельных слов, короткой фразы, подкрепленных жестом). Таким образом, применение психологической диагностики у детей с диагнозом «РАС» позволяет выявить: уровень социально-психологической адаптации, особенности контакта и реакции на изменении социальной ситуации детей с расстройствами аутистического спектра; диагностировать уровень интеллектуальных способностей, особенности развития когнитивной сферы, интересах, ведущей деятельности ребенка с аутизмом; особенности поведения, коммуникации и общения, сформированности навыков самообслуживания. Данные психологической диагностики позволяют более эффективно планировать образовательный маршрут ребенка с аутизмом, строить программу психологической коррекции у детей с аутизмом, а также могут быть использованы для учета индивидуально-психологических особенностей при лечении детей с аутизмом [60,69].

- **Рекомендуется** использовать тест Д. Векслера (детский вариант, WISC) всем детям с РАС в возрасте от 5 до 16 лет, пользующихся экспрессивной речью, с целью количественной оценки интеллектуальных показателей [62-63].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: в настоящее время в РФ используется модификация первой версии теста Векслера адаптированная и стандартизированная для детей от 5 до 16 лет на отечественной выборке. Последняя адаптация данной версии теста была в 1991 г., которая несколько раз переиздавалась. Тест Векслера позволяет выявить вербальный, невербальный и общий интеллектуальный показатели, получить важную информацию относительно сформированных и недостаточно сформированных когнитивных навыков ребенка, включая информацию о том, действительно ли наблюдаемые различия статистически значимы [62-63].

2.5.3. Логопедическое исследование

- **Рекомендуется** проводить логопедическую диагностику всем детям с расстройствами аутистического спектра с целью выявления речевых нарушений и последующей коррекции [70-74]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: логопедическое исследование проводится специалистом-логопедом. Проводится обследование звуковой стороны речи, голосовой функции, просодической стороны речи, фонематического восприятия, понимания речи, лексического запаса, грамматического строя, связности речи.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Фармакотерапия

На сегодня отсутствуют убедительные доказательства об эффективности фармакотерапии основных симптомов расстройств аутистического спектра – а именно, нарушения коммуникации и стереотипного поведения. В опубликованном сетевом метаанализе Siafis et al. [75] есть подтверждения, что #арипипразол, #рисперидон** улучшают коммуникативные функции, уменьшают выраженность стереотипий; #рисперидон** единственный препарат в метаанализе, который снижает общую выраженность основных проявлений РАС [75]. К результатам данного метаанализа следует относиться с осторожностью, поскольку сами авторы признают отсутствие общепринятых методов оценки основных проявлений РАС. Это затрудняет сравнение исследований между собой.

Фармакотерапия при РАС в целях симптоматической коррекции показана при наличии сопутствующих психопатологических синдромов: раздражительности, агрессии, самоповреждающем поведении, обсессивно-компульсивном синдроме, повышенной тревожности, нарушениях сна [76].

Антипсихотики

Антипсихотики показаны при агрессивности, чрезмерной раздражительности, самоповреждающем поведении. На основе проведенных исследований, могут быть рекомендованы только некоторые из этого класса препаратов. Предпочтение следует отдавать антипсихотикам второго поколения (АВП) в связи с лучшим профилем безопасности. Сведения о применимости препарата в детском возрасте согласованы с данными Государственного реестра лекарственных средств [77].

- **Рекомендуется #рисперидон**** (код услуги - А25.29.00; класс препарата, код по АТХ классификации: N05AX08, антипсихотическое средство) детям с расстройствами аутистического спектра с 2 до 5 лет в дозе от 0,1 до 1 мг/сут [78-82], с 5 лет в дозе от 0,25 до 1,5 мг/сут с целью коррекции агрессии и чрезмерной раздражительности [78,79,83,85].

Уровень убедительности рекомендаций – А, Уровень достоверности доказательств – 1

Комментарий: в рандомизированном, плацебо-контролируемом, двойном слепом исследовании #рисперидон** улучшал социальную отзывчивость и невербальную коммуникацию и уменьшал симптомы гиперактивности и агрессии. Прием #рисперидона**

был связан с повышением аппетита и небольшим увеличением веса, умеренным седативным эффектом. Препарат улучшал глобальное функционирование, одновременно снижая гиперактивность и агрессию у детей с аутизмом, и был хорошо переносим [83,84]

- **Рекомендуется** #арипипразол (код услуги - A25.29.001, класс препарата, код по АТХ классификации: N05AX12, антипсихотическое средство) детям с расстройствами аутистического спектра с 6 лет в дозе от 1,25 до 15 мг/сут с целью коррекции агрессии и чрезмерной раздражительности [86-89].

Уровень убедительности рекомендаций – А, Уровень достоверности доказательств – 1

Комментарий: Данные двух РКИ свидетельствуют о том, что #арипипразол может быть эффективным в качестве краткосрочного медикаментозного вмешательства при некоторых поведенческих аспектах РАС у детей и подростков, которые проявляли меньшую раздражительность и гиперактивность, уменьшалась частота стереотипий (повторяющихся, бесцельных действий). Однако могут наблюдаться побочные эффекты, такие как сонливость, тошнота, рвота, тремор, слюнотечение [89].

- **Рекомендуется** #галоперидол** (код услуги - A25.29.001; класс препарата, код по АТХ классификации: N05AD01, антипсихотическое средство) детям с расстройствами аутистического спектра с 2 лет с целью коррекции агрессии, чрезмерной раздражительности в дозе от 0,5 до 4 мг/сут [90-91].

Уровень убедительности рекомендаций – С, Уровень достоверности доказательств – 3

Комментарий: В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании прием #галоперидола** привел к значительному уменьшению поведенческих симптомов и общему клиническому улучшению у детей с аутизмом в возрасте от 2 до 6 лет [91]. Препарат также способствовал облегчению процесса обучения. При терапевтических дозах, которые варьировались от 0,5 до 3,0 мг/сут или от 0,019 до 0,217 мг/кг в день, побочных эффектов не наблюдалось [91].

- **Рекомендуется** #луразидон** (код услуги - A25.29.001 код по АТХ классификации: N05AE05, антипсихотическое средство) детям и подросткам с РАС от 6 до 17 лет с целью купирования раздражительности, возбуждения и/или самоповреждающего поведения в дозе 20 мг/сут перорально сроком до 6 недель [92,93].

Уровень убедительности рекомендаций – В, Уровень достоверности доказательств – 2

Комментарий: В проведенном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании прием #луразидона** в дозе 20 мг/сут привел к общему клиническому улучшению у детей с аутизмом в возрасте 6-17 лет. Прием #луразидона** в дозе 20 мг/сут может сопровождаться побочными эффектами, такими как заложенность носа, рвота, сонливость, акатизия. В случае отсутствия эффекта в течение 6 недель, следует признать препарат неэффективным и рассмотреть другой антипсихотик [92,93].

- **Рекомендуется** #оланзапин** (код услуги - А25.29.001 код по АТХ классификации: N05АН03, антипсихотическое средство) детям и подросткам с РАС с 6 лет с целью купирования агрессии, чрезмерной раздражительности в дозе до 10 мг/сут, перорально [94,95].

Уровень убедительности рекомендаций – В, Уровень достоверности доказательств – 2

Комментарий: Полученные данные свидетельствуют о том, что #оланзапин** является перспективным методом симптоматической терапии детей с аутистическим расстройством. Побочные эффекты включали сонливость и увеличение веса [94,95].

- **Рекомендуется** #палиперидон** (код услуги - А25.29.001, код по АТХ классификации: N05АХ13 антипсихотическое средство) детям и подросткам с РАС с целью купирования раздражительности и агрессивности с 12 до 21 года в дозе 3-12 мг/сут, перорально, сроком 8 недель [96].

Уровень убедительности рекомендаций – В, Уровень достоверности доказательств – 3

Комментарий: в проведенном открытом когортном исследовании 25 пациентов в возрасте 12 – 21 год получали #палиперидон** в течение 8 недель. Повышение дозировки происходило на 3 мг каждую неделю, при условии отсутствия нежелательных реакций и отсутствия требуемого эффекта доза достигала 12 мг/сут. В большинстве случаев (84%) достигнуто снижение раздражительности, самоповреждающего поведения. Нежелательные реакции: гиперпролактинемия (без клинических проявлений), увеличение веса, повышение аппетита, утомляемость; в ходе исследования не наблюдалось серьезных нежелательных реакций, которые привели бы к отмене препарата [96].

Антидепрессанты

Антидепрессанты многократно изучались как средства лечения стереотипного поведения, обсессивно-компульсивного синдрома, тревожности у детей с расстройствами аутистического спектра. В настоящее время, как и антипсихотики, антидепрессанты применяются для терапии сопутствующих симптомов РАС. Нет убедительных доказательств улучшения коммуникативных функций, стереотипного поведения на фоне приема антидепрессантов. Стереотипии, которые наблюдаются в рамках обсессивно-компульсивного синдрома, улучшаются при назначении антидепрессантов. Следует осторожно диагностировать обсессивно-компульсивное расстройство у детей с РАС, дифференцируя от стереотипного поведения в рамках основного расстройства, чтобы избежать лишних назначений.

- **Рекомендуется #флуоксетин**** (код услуги - А25.29.001; класс препарата, код по АТХ классификации: N06AB03, селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС), антидепрессант) детям с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 5 лет при наличии обсессивно-компульсивной симптоматики с целью ее купирования в дозе от 10 до 20 мг/сут [97-99].

Уровень убедительности рекомендаций – А, Уровень достоверности доказательств – 1

Комментарий: В исследовании детей и подростков с РАС лечение #флуоксетином ** по сравнению с плацебо привело к значимо более низким показателям обсессивно-компульсивного поведения через 16 недель [97]. Прием #флуоксетина** может сопровождаться такими побочными явлениями, как раздражительность, тошнота, диарея, нарушения сна [97] Указана доза флуоксетина с учетом зарегистрированных в РФ капсул по 10 и 20 мг.

- **Рекомендуется кломипрамин**** (код услуги - А25.29.001) – класс препарата, код по АТХ классификации: N06AA04, трициклический антидепрессант) детям с расстройствами аутистического спектра при наличии обсессивно-компульсивной симптоматики с целью ее купирования в дозе от 25 до 250 мг/сут в возрасте от 6 лет [100-102].

Уровень убедительности рекомендаций – А Уровень достоверности доказательств – 1

Комментарий. Кломипрамин** был изучен в нескольких плацебо-контролируемых рандомизированных исследованиях, был проведен метаанализ. Препарат рекомендован для фармакотерапии обсессивно-компульсивного расстройства у детей с РАС. Прием кломипрамина** может сопровождаться такими побочными эффектами, как бессонница,

запоры, мышечные подергивания, сонливость. Доза подбирается индивидуально в зависимости от переносимости и эффективности, в исследованиях применялись дозы от 25 до 250 мг/сут [100-102].

Другие лекарственные препараты

- **Рекомендуется** #мелатонин (код услуги - А25.29.001; класс препарата, код по АТХ классификации: N05CH01, снотворные средства) детям с РАС при наличии инсомнии в дозе от 2 до 10 мг/сут в возрасте от 2 лет [103-106].

Уровень убедительности рекомендаций – А, Уровень достоверности доказательств – 1

Комментарий: #мелатонин является достаточно безопасным препаратом, эффективным при инсомнии у детей с расстройствами аутистического спектра. Дозу следует подбирать индивидуально, в зависимости от эффективности и переносимости. В исследованиях #мелатонина дети получали до 10 мг/сут препарата [103-106].

3.2. Психотерапия

Психотерапия не нашла широкого распространения при лечении РАС. Стройной системы психотерапевтической помощи при РАС не создано. Существуют отдельные методики. Семейная терапия предназначена для того, чтобы помочь членам семьи разобраться в сложных ситуациях и помочь им работать сообща, чтобы выработать новые способы осмысления этих трудностей и управления ими. Эффективность семейной терапии при РАС изучалась в нескольких исследованиях, и ни одно из них не является РКИ [107,108]. Необходимы дальнейшие исследования чтобы установить, являются ли вмешательства семейной терапии клинически полезными для улучшения общения, укрепления отношений, улучшения совладания и снижения заболеваемости у лиц с РАС и членов семьи [107]. Доказательства эффективности когнитивно-поведенческой терапии для лечения ОКР при РАС ограничены [109]. По сравнению с обычным лечением, КПТ, адаптированная для тревожных подростков с высокофункциональным РАС, демонстрирует значительный эффект в уменьшении симптомов тревоги. Это исследование дополняет растущую литературу, поддерживающую адаптированные подходы КПТ для лечения тревожности у молодежи с РАС [109-111]. При проведении музыкальной терапии не было обнаружено четких доказательств различий в социальном

взаимодействии, невербальном общении и вербальной коммуникации, измеренных сразу после вмешательства. Для этих результатов достоверность доказательств была оценена как "низкая" или "очень низкая"[112]. Другие виды психотерапии, такие как холдинг-терапия, аттачмент-терапия относятся не только к псевдонаучным, но способным причинить потенциальный вред здоровью [113-116].

3.3. Иное лечение

Наряду с традиционными, широко обсуждаются альтернативные методы лечения РАС, которые не рекомендуются из-за отсутствия доказательной базы. Из пищевых вмешательств не оправдали себя безглютенная и казеиновая диета [117]. Недостаточно доказательств того, что прием добавок омега-3 жирных кислот является эффективным методом лечения РАС [118]. Не найдено высококачественных доказательств того, что хелатирование (метод терапии, первоначально используемый для удаления тяжелых металлов из организма) является эффективным методом лечения для улучшения симптомов РАС. Кроме того, сообщалось о вреде, возникающем в результате применения хелатной терапии [119]. Шесть рандомизированных контролируемых исследований слуховой интеграционной терапии и одно - терапии Томатисом, не подтвердили эффективность терапии слуховой интеграции и других методов звуковой терапии при лечении РАС [120]. На сегодняшний день нет подтверждений того, что гипербарическая оксигенотерапия улучшает основные симптомы и сопутствующие симптомы РАС [121]. Большие надежды возлагались на анималотерапию при РАС. При проведении трудовой терапии с помощью собак результаты показали, что, хотя в группе лечения наблюдалась положительная динамика в поведении при выполнении заданий и достижении целей, результаты не были статистически значимыми [122]. Было обнаружено, что большинство проведенных исследований, подтверждающих эффективность дельфинотерапии, имеют серьезные методологические проблемы, из-за которых невозможно сделать обоснованные выводы [123].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Под медицинской реабилитацией понимают комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья пациента. При РАС речь может

идти только о развитии новых навыков и умений у детей с особенностями в развитии. Этот процесс носит название абилитации. Усилия психолого-педагогической абилитации (коррекционного воспитания) направлены именно на создание системы методов и средств социальной адаптации с учетом всей сложности нарушений развития психики у детей и подростков с РАС. Вместе с тем, они должны быть доступны для осуществления в обычных условиях образовательных или лечебных учреждений при наличии руководящей помощи со стороны психологов, педагогов и врачей. Дети с РАС относятся к детям с ограниченными возможностями здоровья. Согласно п.3 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 04.08.2023) "Об образовании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023), «Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем Федеральном законе понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья». Лечебная педагогика как средство осуществления абилитации - прерогатива органов образования и социальной защиты. Дети с диагнозом РАС направляются в территориальную медико-психолого-педагогическую комиссию и получают рекомендацию на обучение в детском коррекционном учреждении. Помимо обычных дефектологических и логопедических программ при работе с детьми применяются специальные методики, предназначенные для детей с аутизмом, о которых врачи должны быть осведомлены:

Прикладной поведенческий анализ (applied behavioral analysis – АВА). В ряде случаев АВА - терапия может быть полезна, а в ряде случаев не просто бесполезна, но и вредна. Данный подход разработал Ивар Ловаас, основываясь на учении об условных рефлексах И.П.Павлова и теории бихевиоризма Джона Б. Уотсона и Б.Ф.Скиннера. Суть методики заключается в том, что все навыки, которые сложно освоить детям с расстройствами аутистического спектра, разбивают на маленькие блоки. Каждый из этих блоков ребенок осваивает отдельно, а затем их объединяют в одно более сложное

действие. Так дети учатся слушать и воспринимать речь, доносить свою мысль до собеседника и пр.[124-125].

Метод структурированного обучения ТЕАССН (лечение и образование детей с аутизмом и связанных с ними коммуникаций) был разработан в 70-х гг. прошлого столетия Шоплером и его коллегами. Он включает в себя важные элементы, такие как организация физической среды, прогнозируемая последовательность действий, процедуры с гибкостью, структурированные системы работы/деятельности и визуально структурированные действия [126].

Денверская модель раннего вмешательства. В основе этой модели лежат стратегии, которые трансформируют практически любые повседневные дела в эффективные техники игрового взаимодействия [127].

PECS - Наиболее распространенный метод альтернативной коммуникации для невербальных детей и взрослых с аутизмом. Коммуникационная система обмена изображениями или PECS — это модифицированная программа прикладного поведенческого анализа (АВА) по раннему обучению невербальной символической коммуникации. Однако имеются ограниченные доказательства того, что данное вмешательство улучшает вербальную и невербальную коммуникацию у детей с РАС. Исследования не выявили улучшения коммуникации у детей с РАС на отдаленных этапах [128].

DIR/Floortime – распространенная система помощи детям с РАС, разработанная S.I.Greenspan [129] в 1979 г. Аббревиатура DIR означает: D (Developmental) – развитие, I (Individual Differences) – индивидуальные особенности ребенка и R (Relationship-Based) – построение отношений с ребенком. Работа над внешними сторонами поведения и симптомами – это не главная цель терапии в рамках концепции DIR и методики Floortime. В первую очередь внимание уделяется созданию фундамента для здорового развития ребенка. Благодаря данному подходу дети приобретают ключевые способности, отсутствующие или нарушенные в процессе их развития: способность к теплым, принимающим отношениям с окружающими, целенаправленному и полноценному общению и в различной степени к логическому, творческому и абстрактному мышлению [130].

Расстройства аутистического спектра у детей и подростков не являются показанием к санаторно-курортному лечению (Приказ Минздрава России от 28.09.2020 г. № 1029н).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление и установление причин, условий возникновения и развития, а также разработки методов, направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания [131].

***Первичная профилактика** заключается в выявлении риска возникновения нарушений психического развития путем анкетирования родителей, способствует выявлению риска возможного развития заболевания, раннего начала заболевания и своевременному назначению профилактических и лечебно-абилитационных мероприятий.*

***Вторичная профилактика РАС** предполагает значимость ранней диагностики, скрининга и своевременных мер терапевтического (медикаментозного и немедикаментозного) вмешательства для дальнейшей социализации и восстановления психических функций.*

*Затем определяется комплекс необходимых мероприятий **третичной профилактики**, задачами которой является решение вопросов социальной защиты (социальной поддержки и социального обслуживания), определение маршрута абилитации и социальной адаптации, определение профиля обучения, межведомственное взаимодействие (совместно с ПМПК, БМСЭ).*

6. Организация медицинской помощи

Введенные в 2015 году стандарты специализированной медицинской помощи пациентам с РАС (детский и подростковый возраст) регламентируют виды диагностических и лечебных мероприятий, включая число и кратность осмотров специалистами, виды и характер обследований, анализов, лечебных процедур [132-134].

Показания для диспансерного наблюдения и госпитализации в медицинскую организацию

1. Первичная верификация диагноза, определение маршрута ведения осуществляется врачом-психиатром детским амбулаторно (форма 1) (см. Приказ МЗ РФ № 31н) [133];
2. В случаях относительно упорядоченного поведения и отсутствия опасных для самого больного и окружающих тенденций психические нарушения купируются при диспансерном наблюдении (форма 2) (см. Приказ МЗ РФ № 30н) [132];

3. В случаях выраженных коморбидных расстройств (кататонических, аффективно-смешанных и других), нарушения социально приемлемых форм поведения, а также в случае опасности для себя или окружающих, в целях подбора психофармакологического лечения, больные нуждаются в лечении в условиях стационара (дети раннего возраста госпитализируются совместно с матерью, по программе «мать-дитя») (форма 3) (см. Приказ МЗ РФ № 32н) [134];

4. В случаях средней степени тяжести (остроты) состояния, а также для обеспечения преемственности в оказании помощи при переводе из стационара в амбулаторную сеть применяется дневной полустационар (форма 4) (см. Приказ МЗ РФ № 32н) [134].

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. Выписку пациентов из стационара или полустационара рекомендовано осуществлять после успешного завершения подбора психофармакологического лечения и нормализации психического состояния. Абилитация/реабилитация, проводимая во время пребывания пациента в стационаре и дневном полустационаре (психолого-педагогические, дефектологические занятия, психообразовательная работа с родителями и ближайшим окружением ребенка), описанная в главе 4 «Медицинская реабилитация» и главе 5 «Профилактика и диспансерное наблюдение»), должна быть продолжена в амбулаторных условиях.

2. В стационаре и дневном стационаре (форма 3 и 4) осмотр врача-психиатра детского проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня; в амбулаторных условиях – 1 раз в 10 дней. В амбулаторных (диспансер, районная поликлиника) условиях (форма 2) повторный прием врача-психиатра детского проводится для окончательной дифференциальной диагностики РАС, определения и оценки динамики психического состояния, а также контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий. Особое внимание уделяется наличию сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменению психического состояния ребенка после проведенной терапии, а также отношения родителей (или опекунов) пациента к ней и соблюдению предписанного режима лечения.

На протяжении всего наблюдения проводится контроль возможности развития побочных эффектов.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Дети и подростки с РАС представляют собой крайне неоднородную группу с различным реабилитационным потенциалом.

Современные данные показывают: в 10% случаев отмечается практическое восстановление, в клиническом состоянии примерно у 70% детей с РАС наблюдается стабильное улучшение. И только 20% пациентов с тяжелыми формами РАС с умственной отсталостью имеют неблагоприятный прогноз и нуждаются в большем объеме помощи [2, 60, 135].

РАС (ОПР, Детский аутизм, РДА, F84) не имеют возрастных ограничений в Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Наличие тяжелых аутистических симптомов в раннем детстве коррелирует с уменьшением возможности быть занятыми, иметь друзей, жить самостоятельно в зрелом возрасте. Из-за нарушения социального взаимодействия лишь немногие пациенты с РАС способны трудоустроиться и, более того, многие из них «привыкают» к оказанию поддержки от различных социальных структур. [136].

План немедикаментозной терапии и психосоциальной коррекции должен не только учитывать трудности, с которыми сталкиваются пациенты с РАС, но и опираться на характерологические и индивидуальные особенности пациентов с РАС, коморбидность с другими психопатологическими расстройствами, а также учитывать семейно-бытовые условия [2].

Решение вопросов профессионального образования у пациентов с аутизмом должно строиться с опорой на сильные стороны личности и интересы.

Клинико-катамнестические и лонгитудинальные исследования, принципы персонифицированной медицины с использованием клинико-биологического доказательного подхода к диагностике, дифференциации, подборе индивидуальной терапии имеют первостепенное значение в разработке стратегии ведения пациентов с разными типами РАС в детском возрасте в Российской Федерации.

Пациентам с детским аутизмом при соответствии критериям диагноза F84.0-F84.8 сохраняется ранее установленный диагноз и после достижения ими совершеннолетия (18 лет). (Пункт 1 протокола совещания Минздрава от 15.09.2017 № ОГ-П12-227пр)

При выявлении у лиц с установленным диагнозом «детский аутизм» после достижения ими 18 лет изменения диагноза недопустимы без соответствующего обоснования. Данные случаи рекомендуются к рассмотрению врачебной комиссией [137].

Критерии оценки качества медицинской помощи

Эффективность проводимой терапии оценивается на основании положительной динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрое развитие и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные клинического обследования и наблюдения за поведением пациента, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений.

Дополнительными критериями служат результаты экспериментально-психологического исследования в динамике ребенка или подростка с РАС, ориентированные на анализ познавательной деятельности пациента, внимания, мышления.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра всем детям, имеющим риск возникновения нарушений психического развития, в том числе РАС, для обследования с целью подтверждения или исключения диагноза.	да/нет
2	Проведен прием (осмотр, консультация) невролога всем детям с установленным диагнозом РАС или с подозрением на РАС с целью исключения или коррекции сопутствующей неврологической патологии, включая эпилепсию.	да/нет
3	Проведен прием (осмотр, консультация) педиатра всем детям с установленным диагнозом РАС или с подозрением на РАС с целью исключения или коррекции сопутствующей соматической патологии.	да/нет
4	Проведено экспериментально-психологическое исследование всем детям и подросткам с РАС в возрасте 2-18 лет с целью диагностики и оценки различных сфер психической деятельности.	да/нет
5	Проведена психофармакотерапия детям с РАС при обострении психопатологической симптоматики.	да/нет
6	Проведено диспансерное наблюдение участковым врачом-психиатром детским с целью своевременного контроля за психическим состоянием ребенка с РАС.	да/нет
7	Проведена консультация клинического (медицинского) психолога с целью диагностики динамики познавательного развития и его коррекции, а также проведения психообразовательной (психопросветительской) работы.	да/нет

Список литературы

1. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. – 132 с.
2. Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P. Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches. // *Journal Autism and Developmental Disorders*. – 2019. – Vol. 49 (9). – P. 3906-3914.
3. Le Couteur A., Rutter M., Lord C. et al. Autism diagnostic interview: a standardized investigator-based instrument // *Journal Autism and Developmental Disorders*. – 1989. – Vol. 19 (3). – P. 363-387.
4. Constantino J.N., Todd R.D. Genetic epidemiology of pervasive developmental disorders. In: J.J. Hudziac (Ed.), *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. American Psychiatric Publishing, Inc: Arlington, 2008.
5. Freitag, C. M. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature // *Molecular psychiatry*. – 2007, Jan. – Vol. 12 (1). – P. 2-22.
6. Lichtenstein, P., Carlstrom, E., Rastam et al. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood // *American Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167 (11). – P. 1357-1363.
7. Бокша И.С. Биохимические аномалии при аутизме // *Аутизм и нарушения развития*. – 2005. – Том 3 (2). – С. 1-24.
8. Lelord G. et al. Childhood autism: a relating deficiency due to a developmental disorder of the central nervous system // *Bull. Acad. Natl Med*. – 1993. – Vol. 177 (8). – P. 1423-1430.
9. Hranilovic D. et al. Hyperserotonemia in autism: activity of 5HT-associated platelet proteins // *Journal of Neural Transmission (Vienna)* – 2009. – Vol. 116 (4). – P. 493-501.
10. Javitt D.C. et al. Translating glutamate: from pathophysiology to treatment // *Science Translational Medicine*. – 2011. – Vol. 28; 3 (102), 102mr2.
11. Chauhan A., Chauhan V. Oxidative stress in autism // *Pathophysiology*. – 2006. – Vol. 13 (3). – P. 171-181.
12. Иллариошкин С.Н. Конформационные болезни мозга. М.: Янус-К, 2003. – 248 с.
13. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943. 2: 217–250 (см. пер. с англ. *Вопр. психич. здоровья детей и подростков* 2010. Т.10. №1. С.85-98; *Вопр. психич. здоровья детей и подростков* 2010. Т.10. №2. С.70-90) Щербакова И.В.,

- Краснолобова С.А., Хачатрян Л.Г., Лидеман Р.Р. и др. Иммуный статус детей с нарушениями психомоторного развития // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 6. – С. 43-46.
14. Ключник Т.П., Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Зозуля С.А., Отман И.Н. и др. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Том 111 (8). – С. 41-45.
15. Torres A.R., Sweeten T.L., Cutler A., Bedke B.J. et al. The association and linkage of the HLA-a2 class I allele with autism // Human Immunology. – 2006. – Vol. 67 (4-5) – P. 346-351.
16. Johnson W.G., Buyske S., Mars A.E., Sreenath M. et al. HLA-DR4 as a risk allele for autism acting in mothers of probands possibly during pregnancy // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. – 2009. – Vol. 163 (6). – P. 542-546.
17. Braunschweig D., Krakowiak P., Duncanson P. et al. Autism-specific maternal autoantibodies recognize critical proteins in developing brain // Translational Psychiatry. – 2013. – Vol. 3 (7). – P. 277.
18. Croen L.A., Braunschweig D., Haapanen L., Yoshida C.K. et al. Maternal mid-pregnancy autoantibodies to fetal brain protein: the early markers for autism study // Biological Psychiatry. – 2008. – Vol. 64 (7). – P. 583-588.
19. Oberman L.M., Ramachandran V.S. The simulating social mind: the role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders // Psychological Bulletin. – 2007. – Vol. 133 (2). – P. 310-327.
20. Baron-Cohen S. Theory of mind and autism: a review // Special Issue of the International Review of Mental Retardation. – 2001. – Vol. 23. – P. 169-204.
21. Williams J.H.G., Whiten A., Suddendorf T., Perrett D.I. Imitation, mirror neurons and autism // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2001. – Vol. 25 (4). – P. 287-295.
22. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press, 2002.
23. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. // Soc Psychiatry. – 1966. – Vol. 1(3). – P. 124-137.
24. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4-15.

25. Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // *Journal Autism Dev. Disord.* – 1979. – Vol. 9(1). – P. 11-29
26. Baird G., Simonoff E., Pickles A. et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) // *Lancet.* – 2006. – № 368 (9531). – P. 210-215.
27. Baron-Cohen S., Scott F.J., Allison C. et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study // *British Journal of Psychiatry.* – 2009. – № 194 (6). – P. 500-509.
28. Hill A.P., Zuckerman K.E., Fombonne E. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Fourth Edition.* – Hoboken, New Jersey. – 2014 – P. 57-96.
29. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G. et al. Total screening of the risk of developing mental illness of young children in primary health care in Russia (data 2017) // *European Psychiatry.* – 2019. – Vol. 56 (51). – S 54.
30. Пашковский В.Э., Макаров И.В. Расстройства аутистического спектра. Москва : МЕДпресс-информ, 2023. - 168 с.
31. Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Басова А.Я., Солошенко М.А., Вишнева Е.А., Сулейманова З.Я., Лапшин М.С. Распространенность расстройств аутистического спектра в Российской Федерации: ретроспективное исследование // *Consortium Psychiatricum.* 2022. Том 3. № 4. С. 28–37. DOI: 10.17816/CP2110
32. Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Шевченко Ю.С., Воронкова Н.А., Горюнов А.В. Клиника аутистических расстройств в раннем возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2023;123(9-2):14-19.
33. Chevallier C, Kohls G, Troiani V, Brodtkin ES, Schultz RT. The social motivation theory of autism. *Trends Cogn Sci.* 2012;16(4):231-239. doi:10.1016/j.tics.2012.02.007
34. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16-24 месяцев жизни (данные по России за 2015-2016 гг.) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* – 2018. – Т. 118 (5). – С. 12-19.
35. Всемирная организация здравоохранения. Шестьдесят седьмая сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. А67/17. Пункт 13.4 предварительной повестки дня 21 марта 2014 г. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра.

36. El Achkar C.M., Spence S.J. Clinical characteristics of children and young adults with co-occurring autism spectrum disorder and epilepsy // *Epilepsy & Behavior*. – 2015. – №47. – P. 183-190.
37. Горбачевская Н.Л. Электроэнцефалограмма детей с синдромальными формами психической патологии. В кн.: *Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов*. Под ред. Шевченко Ю.С. – М., ООО МИА, 2011. – С. 659-670.
38. Spain D., Happe F., Johnston P., et al. Social anxiety in adult males with autism spectrum disorders // *Research in Autism Spectrum Disorders*. – 2016. – 32 – P. 13-23.
39. Borue X., Mazefsky C., Rooks B.T., et al. Longitudinal course of bipolar disorder in youth with high-functioning autism spectrum disorder // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2016. – Vol. 55 (12). – P. 1064-1072.
40. Wozniak J., Biederman J., Faraone S.V. et al. Mania in children with pervasive developmental disorder revisited // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1997. – 36 (11). – 1552-15559.
41. Horvath K., Papadimitriou J.C., Rabsztyn A. et al. Gastrointestinal abnormalities in children with autistic disorder // *J Pediatr*. – 1999. – Vol. 135 (5). – P. 559-563.
42. Приказ Минздрава РФ от 13.06.2019 N 396н «О внесении изменений в порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 03.10.2019 N 56120) [Электронный ресурс]. URL: <https://minjust.consultant.ru/special/documents/document/44211>
43. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/
44. Клинические маркеры расстройств аутистического спектра в раннем возрасте / Ю. Е. Садовская, А. Л. Битова, В. Н. Простакова [и др.] // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. – 2016. – № 3. – С. 79-84. – EDN WRJNLH.
45. Ткачук, Е. А. Использование синдромального подхода к диагностике аутизма у детей / Е. А. Ткачук // *Медицинский совет*. – 2022. – Т. 16, № 12. – С. 200-204. – DOI 10.21518/2079-701X-2022-16-12-200-204. – EDN VFCONL.
46. Симашкова НВ, Иванов МВ, Макушкин ЕВ, Шарлай ИА, Ключник ТП, Козловская ГВ. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017–2019 гг.). *Журнал неврологии*

и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(11):79–86.
doi.org/10.17116/jnevro202012011179

47. Устинова, Н. В. Роль педиатра в раннем определении риска развития, диагностике и медицинском сопровождении детей с расстройствами аутистического спектра / Н. В. Устинова, Л. С. Намазова-Баранова // Вопросы современной педиатрии. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 116-121. – DOI 10.15690/vsp.v20i2.2255. – EDN CVCSKU.
48. Pierce K, Gazestani VH, Bacon E, et al. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months // Journal of the American Medical Association. Pediatrics. – 2019. – 173(6). – P. 578-587.
49. Skovgaard A.M. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study // Danish Medical Bulletin. – 2010. – 57 (10). – B4193.
50. Johnson C.P., Myers S.M. American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders // Pediatrics. – 2007. – 120 (5). – P. 1183-1215.
51. Информация для руководителей служб и детских психиатров. Сайт Общественной организации «Российское общество психиатров» [Электронный ресурс]. URL: <https://psychiatr.ru/news/1029>
52. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста. Сайт ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» [Электронный ресурс]. URL: http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/doc/screen_an.pdf
53. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика). В кн.: Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. – М., 2018. – С. 212-221.
54. Schopler E., Reichler R.J., Renner B.R. The childhood autism rating scale (CARS) for diagnostic screening and classification of autism. New York: Irvington, 1986.
55. Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S. Childhood Autism Rating Scale, CARS, Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Перевод и адаптация Морозова Т.Ю., Довбня С.В., 2011. Сайт Благотворительной организации Firefly (Арлингтон, Вашингтон, США). [Электронный ресурс]. URL:

<http://www.fireflykids.org/storage/resource.library.docs/RUS.resource.library/RUS.Autism/sd.tm.02.11.cars.rus.pdf>

56. Lebersfeld, J. B., Swanson, M., Clesi, C. D., & O'Kelley, S. E. (2021). Systematic Review and Meta-Analysis of the Clinical Utility of the ADOS-2 and the ADI-R in Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Children. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(11), 4101–4114. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04839-z>
57. Шапошникова А.Ф. Результаты пилотажного обследования детей при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) // Психическое здоровье. — 2012. — №8 — С. 44–48.
58. Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6–12 лет при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма // Психическое здоровье. — 2013. — №5 — С. 7–11
59. Глозман Ж.М. Соболева А.Е. Титова Ю.О. Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста (комплект из 3-х частей) М.: Айрис Пресс 2020. Часть 1: 94 с, Часть 2: 58 л, Часть 3: 24с.
60. Симашкова Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М., 2016.
61. Равен Дж.К., Стайл И., Равен М. Цветные прогрессивные матрицы (параллельная форма). – М.: Когито-Центр, 2009.
62. Филимоненко Ю.И. Тест Векслера: диагностика уровня развития интеллекта (детский вариант): методическое руководство / Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеев. – СПб: Иматон, 2007. – 112 с.
63. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Векслера (WISC). – М.: Министерство здравоохранения СССР, Институт гигиены детей и подростков; Ленинградский педиатрический медицинский институт, 1973. – 80 с.
64. Иванов М.В., Романов А.А., Козловская Г.В. Диагностика и коррекция нарушений поведения и эмоций у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в специально организованных игровых ситуациях. В сборнике: Комплексная реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра в системе непрерывного образования. – М.: 2015. – С. 26-29.
65. Белопольская Н.Л., Рубан О.В. Традиционные хороводные игры как метод коррекции коммуникативных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра // Дефектология. – 2013. – № 4. – С. 37-43.

66. Гончарова Л.В. Психологическая диагностика и коррекция раннего детского аутизма шизофренического спектра: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Гончарова Лилия Владимировна; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 1997. – 27 с.
67. Романов А.А. Коррекция расстройств поведения и эмоций у детей: альбом игровых коррекционных задач. Пособие для детских психологов, педагогов, дефектологов родителей. – М: «Плэйт», 2004. – 112 с:
68. Рубан О.В. Развитие коммуникативного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра средствами традиционного детского фольклора. Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. – М., 2015. – 186 с. Дата обращения: 02.04.2020. URL: <https://mgppu.ru/news/4226>
69. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы абилитации): Дисс. ... докт. мед. наук – М., 1995. – 245 с.
70. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
71. Дмитриев А.А. Специальная (коррекционная) педагогика. – М.: Высшая школа, 2010. – 296 с.
72. Башина В.М., Симашкова Н.В. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с синдромом детского аутизма // Исцеление: Альманах. М., 1993. – Вып. 1. – С. 154-160.
73. Ахутина Т.В., Манелис Н.Г., Меликян Н.В. Особенности грамматической структуры речи у детей с ранним детским аутизмом // Аутизм: наука и практика. По страницам журнала «Аутизм и нарушения развития» (2003-2014). – М.: МГППУ, 2014. – С. 50-61.
74. Щукина Д.П. Логопедическая диагностика детей с расстройствами аутистического спектра: учебно-методическое пособие- М.: Редкая птица, 2019-192с.
75. Siafis S, Çıray O, Wu H, Schneider-Thoma J, Bighelli I, Krause M, Rodolico A, Ceraso A, Deste G, Huhn M, Fraguas D, San José Cáceres A, Mavridis D, Charman T, Murphy DG, Parellada M, Arango C, Leucht S. Pharmacological and dietary-supplement treatments for autism spectrum disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Mol Autism*. 2022 Mar 4;13(1):10. doi: 10.1186/s13229-022-00488-4. PMID: 35246237; PMCID: PMC8896153.
76. Fuentes J, Hervás A, Howlin P; (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jun;30(6):961-984. doi: 10.1007/s00787-020-01587-4
77. Государственный реестр лекарственных средств: Электронный ресурс: URL <http://grls.rosminzdrav.ru>.

78. Mano-Sousa BJ, Pedrosa AM, Alves BC, Galduróz JCF, Belo VS, Chaves VE, Duarte-Almeida JM. Effects of Risperidone in Autistic Children and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Neuropharmacol*. 2021;19(4):538-552. doi: 10.2174/1570159X18666200529151741
79. Salazar de Pablo G, Pastor Jordá C, Vaquerizo-Serrano J, Moreno C, Cabras A, Arango C, Hernández P, Veenstra-VanderWeele J, Simonoff E, Fusar-Poli P, Santosh P, Cortese S, Parellada M. Systematic Review and Meta-analysis: Efficacy of Pharmacological Interventions for Irritability and Emotional Dysregulation in Autism Spectrum Disorder and Predictors of Response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Feb;62(2):151-168. doi: 10.1016/j.jaac.2022.03.033
80. Sharma A, Shaw SR. Efficacy of risperidone in managing maladaptive behaviors for children with autistic spectrum disorder: a meta-analysis. *J Pediatr Health Care*. 2012 Jul-Aug;26(4):291-9. doi: 10.1016/j.pedhc.2011.02.008
81. Luby J, Mrakotsky C, Stalets MM, Belden A, Heffelfinger A, Williams M, Spitznagel E. Risperidone in preschool children with autistic spectrum disorders: an investigation of safety and efficacy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Oct;16(5):575-87. doi: 10.1089/cap.2006.16.575
82. Nagaraj R, Singhi P, Malhi P. Risperidone in children with autism: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Child Neurol*. 2006 Jun;21(6):450-5. doi: 10.1177/08830738060210060801
83. Arnold LE, Vitiello B, McDougle C, Scahill L, Shah B, Gonzalez NM, Chuang S, Davies M, Hollway J, Aman MG, Cronin P, Koenig K, Kohn AE, McMahon DJ, Tierney E. Parent-defined target symptoms respond to risperidone in RUPP autism study: customer approach to clinical trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Dec;42(12):1443-50. doi: 10.1097/00004583-200312000-00011
84. Aman M, Rettiganti M, Nagaraja HN, Hollway JA, McCracken J, McDougle CJ, Tierney E, Scahill L, Arnold LE, Hellings J, Posey DJ, Swiezy NB, Ghuman J, Grados M, Shah B, Vitiello B. Tolerability, Safety, and Benefits of Risperidone in Children and Adolescents with Autism: 21-Month Follow-up After 8-Week Placebo-Controlled Trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 Aug;25(6):482-93. doi: 10.1089/cap.2015.0005. PMID: 26262903; PMCID: PMC4545698.
85. McDougle CJ, Scahill L, Aman MG, McCracken JT, Tierney E, Davies M, Arnold LE, Posey DJ, Martin A, Ghuman JK, Shah B, Chuang SZ, Swiezy NB, Gonzalez NM, Hollway J, Koenig K, McGough JJ, Ritz L, Vitiello B. Risperidone for the core symptom domains of

- autism: results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology. *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1142-8. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1142
86. Fung LK, Mahajan R, Nozzolillo A, Bernal P, Krasner A, Jo B, Coury D, Whitaker A, Veenstra-Vanderweele J, Hardan AY. Pharmacologic Treatment of Severe Irritability and Problem Behaviors in Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016 Feb;137 Suppl 2:S124-35. doi: 10.1542/peds.2015-2851K
 87. Marcus RN, Owen R, Kamen L, Manos G, McQuade RD, Carson WH, Aman MG. A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Nov;48(11):1110-1119. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181b76658. PMID: 19797985.
 88. Hirsch LE, Pringsheim T. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 26;2016(6):CD009043. doi: 10.1002/14651858.CD009043.pub3. PMID: 27344135; PMCID: PMC7120220.
 89. Owen R, Sikich L, Marcus RN, Corey-Lisle P, Manos G, McQuade RD, Carson WH, Findling RL. Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*. 2009 Dec;124(6):1533-40. doi: 10.1542/peds.2008-3782
 90. Anderson LT, Campbell M, Grega DM, Perry R, Small AM, Green WH. Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms. *Am J Psychiatry*. 1984 Oct;141(10):1195-202. doi: 10.1176/ajp.141.10.1195
 91. Pillay J, Boylan K, Carrey N, et al. First- and Second-Generation Antipsychotics in Children and Young Adults: Systematic Review Update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); March 2017.
 92. McClellan L, Dominick KC, Pedapati EV, Wink LK, Erickson CA. Lurasidone for the treatment of irritability and anger in autism spectrum disorders. *Expert Opin Investig Drugs*. 2017 Aug;26(8):985-989. doi: 10.1080/13543784.2017.1353600. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28685626.
 93. Loebel A, Brams M, Goldman RS, Silva R, Hernandez D, Deng L, Mankoski R, Findling RL. Lurasidone for the Treatment of Irritability Associated with Autistic Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2016 Apr;46(4):1153-63. doi: 10.1007/s10803-015-2628-x. PMID: 26659550; PMCID: PMC4786592.
 94. Malone RP, Cater J, Sheikh RM, Choudhury MS, Delaney MA. Olanzapine versus haloperidol in children with autistic disorder: an open pilot study. *J Am Acad Child Adolesc*

- Psychiatry. 2001 Aug;40(8):887-94. doi: 10.1097/00004583-200108000-00009. PMID: 11501687.
95. Hollander E, Wasserman S, Swanson EN, Chaplin W, Schapiro ML, Zagursky K, Novotny S. A double-blind placebo-controlled pilot study of olanzapine in childhood/adolescent pervasive developmental disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Oct;16(5):541-8. doi: 10.1089/cap.2006.16.541
96. Stigler KA, Mullett JE, Erickson CA, Posey DJ, McDougale CJ. Paliperidone for irritability in adolescents and young adults with autistic disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012 Sep;223(2):237-45. doi: 10.1007/s00213-012-2711-3. Epub 2012 May 3. PMID: 22549762.
97. Reddihough DS, Marraffa C, Mouti A, O'Sullivan M, Lee KJ, Orsini F, Hazell P, Granich J, Whitehouse AJO, Wray J, Dossetor D, Santosh P, Silove N, Kohn M. Effect of Fluoxetine on Obsessive-Compulsive Behaviors in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 Oct 22;322(16):1561-1569. doi: 10.1001/jama.2019.14685. PMID: 31638682; PMCID: PMC6806436
98. Liang SC, Sun CK, Fan HY, Chung W, Tzang RF, Hung KC, Chiu HJ, Cheng YS, Yeh PY. Therapeutic effects of antidepressants for global improvement and subdomain symptoms of autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatry Neurosci*. 2022 Aug 10;47(4):E299-E310. doi: 10.1503/jpn.210191
99. Hollander E, Phillips A, Chaplin W, Zagursky K, Novotny S, Wasserman S, Iyengar R. A placebo-controlled crossover trial of liquid fluoxetine on repetitive behaviors in childhood and adolescent autism. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Mar;30(3):582-9. doi: 10.1038/sj.npp.1300627
100. Remington G, Sloman L, Konstantareas M, Parker K, Gow R. Clomipramine versus haloperidol in the treatment of autistic disorder: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *J Clin Psychopharmacol*. 2001 Aug;21(4):440-4. doi: 10.1097/00004714-200108000-00012. PMID: 11476129.
101. Hurwitz R, Blackmore R, Hazell P, Williams K, Woolfenden S. Tricyclic antidepressants for autism spectrum disorders (ASD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;(3):CD008372. doi: 10.1002/14651858.CD008372.pub2. PMID: 22419332.
102. Gordon CT, State RC, Nelson JE, Hamburger SD, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Jun;50(6):441-7. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820180039004

103. Nogueira HA, de Castro CT, da Silva DCG, Pereira M. Melatonin for sleep disorders in people with autism: Systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2023 Apr 20;123:110695. doi: 10.1016/j.pnpbp.2022.110695
104. Gringras P, Nir T, Breddy J, Frydman-Marom A, Findling RL. Efficacy and Safety of Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Insomnia in Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Nov;56(11):948-957.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.414
105. Schroder CM, Malow BA, Maras A, Melmed RD, Findling RL, Breddy J, Nir T, Shahmoon S, Zisapel N, Gringras P. Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Sleep in Children with Autism Spectrum Disorder: Impact on Child Behavior and Caregiver's Quality of Life. *J Autism Dev Disord*. 2019 Aug;49(8):3218-3230. doi: 10.1007/s10803-019-04046-5
106. Maras A, Schroder CM, Malow BA, Findling RL, Breddy J, Nir T, Shahmoon S, Zisapel N, Gringras P. Long-Term Efficacy and Safety of Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Insomnia in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Dec;28(10):699-710. doi: 10.1089/cap.2018.0020
107. Spain D, Sin J, Paliokosta E, Furuta M, Prunty JE, Chalder T, Murphy DG, Happé FG. Family therapy for autism spectrum disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD011894. DOI: 10.1002/14651858.CD011894.pub2
108. Govind N. Family Therapy for Autism Spectrum Disorders. *Issues Ment Health Nurs*. 2018 Oct;39(10):908-909. doi: 10.1080/01612840.2018.1507597. Epub 2018 Oct 23. PMID: 30351980.
109. Elliott SJ, Marshall D, Morley K, Uphoff E, Kumar M, Meader N. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 9. Art. No.: CD013173. DOI: 10.1002/14651858.CD013173.pub2. Accessed 26 December 2023
110. Storch EA, Arnold EB, Lewin AB, Nadeau JM, Jones AM, De Nadai AS, Jane Mutch P, Selles RR, Ung D, Murphy TK. The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Feb;52(2):132-142.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2012.11.007. Epub 2013 Jan 2. PMID: 23357440.

111. Sofronoff K, Attwood T, Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Nov;46(11):1152-60. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00411.x. PMID: 16238662.
112. Geretsegger M, Fusar-Poli L, Elefant C, Mössler KA, Vitale G, Gold C. Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 5. Art. No.: CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub4. Accessed 24 December 2023.
113. Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Иванов М.В. и др. Опасные методы в детской психотерапии // *Психическое здоровье*. – 2016. – № 5. – С. 29-35.
114. Mercer J. Attachment therapy: a treatment without empirical support // *Scientific review of mental health practice*. –2002. – Vol. 1 (2). – P. 105-112.
115. Lilienfeld S.O. Psychological treatments that cause harm // *Perspectives on psychological science*. – 2007, Mar. – Vol. 2 (1). – P. 53-70.
116. Chaffin M., Hanson R., Saunders B.E. et al. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems // *Child Maltreatment*. – 2006, Feb. – Vol. 11 (1). – P. 76-89.
117. Elder JH, Kreider CM, Schaefer NM, de Laosa MB. A review of gluten- and casein-free diets for treatment of autism: 2005-2015. *Nutr Diet Suppl*. 2015;7:87-101. doi: 10.2147/NDS.S74718. Epub 2015 Dec 1. PMID: 28111520; PMCID: PMC5242335.
118. James S, Montgomery P, Williams K. Omega-3 fatty acids supplementation for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD007992. DOI: 10.1002/14651858.CD007992.pub2. Accessed 24 December 2023.
119. James S, Stevenson SW, Silove N, Williams K. Chelation for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD010766. DOI: 10.1002/14651858.CD010766.pub2. Accessed 24 December 2023.
120. Sinha Y, Silove N, Hayen A, Williams K. Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD003681. DOI: 10.1002/14651858.CD003681.pub3. Accessed 24 December 2023
121. Xiong T, Chen H, Luo R, Mu D. Hyperbaric oxygen therapy for people with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD010922. DOI: 10.1002/14651858.CD010922.pub2. Accessed 26 December 2023.
122. Hill J, Ziviani J, Driscoll C, Teoh AL, Chua JM, Cawdell-Smith J. Canine Assisted Occupational Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Randomised Control

- Trial. *J Autism Dev Disord.* 2020 Nov;50(11):4106-4120. doi: 10.1007/s10803-020-04483-7. PMID: 32266682.
123. Fiksdal BL, Houlihan D, Barnes AC. Dolphin-Assisted Therapy: Claims versus Evidence. *Autism Res Treat.* 2012;2012:839792. doi: 10.1155/2012/839792. Epub 2012 Jul 24. PMID: 22928101; PMCID: PMC3420785.
124. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol.* 1987 Feb;55(1):3-9. doi: 10.1037//0022-006x.55.1.3. PMID: 3571656.
125. Eckes, T., Buhlmann, U., Holling, H. D., & Möllmann, A. (2023). Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder - a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04412-1>
126. Virues-Ortega J, Julio FM, Pastor-Barriuso R. The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clin Psychol Rev.* 2013 Dec;33(8):940-53. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.005. Epub 2013 Jul 24. PMID: 23988454.
127. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, Donaldson A, Varley J. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics.* 2010 Jan;125(1):e17-23. doi: 10.1542/peds.2009-0958. Epub 2009 Nov 30. PMID: 19948568; PMCID: PMC4951085.
128. Brignell A, Chenausky KV, Song H, Zhu J, Suo C, Morgan AT. Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;11(11):CD012324. Published 2018 Nov 5. doi:10.1002/14651858.CD012324.pub2
129. Greenspan SI. Intelligence and adaptation. An integration of psychoanalytic and Piagetian developmental psychology. *Psychol Issues.* 1979;12(3-4):1-408. PMID: 547299.
130. Divya, K. Y., Begum, F., John, S. E., & Francis, F. (2023). DIR/Floor Time in Engaging Autism: A Systematic Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 28(2), 132–138. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_272_21
131. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
132. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) от 02.02.15 № 30н. [Электронный ресурс]. URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/14248>

133. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (диспансерное наблюдение) от 2 февраля 2015 г. № 31н. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8251-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-2-fevralya-2015-g-31n-ob-utverzhenii-standarta-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-detyam-s-obshimi-rasstroystvami-psihologicheskogo-razvitiya-autis>
134. Стандарт специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) от 2 февраля 2015 г. № 32н. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8890-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-2-fevralya-2015-g-32n-ob-utverzhenii-standarta-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi-detyam-s-obshimi-rasstroystvami-psihologicheskogo-razvitiya-a>
135. Всемирная организация здравоохранения. Шестьдесят седьмая сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. А67/17. Пункт 13.4 предварительной повестки дня 21 марта 2014 г. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра. [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-ru.pdf
136. Enner, S., Ahmad, S., Morse, A. M., & Kothare, S. V. (2020). Autism: considerations for transitions of care into adulthood. *Current opinion in pediatrics*, 32(3), 446–452. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000882>
137. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 октября 2017 г. № 17-1/10/1-6371
138. Макаров И.В., Автенок А.С. Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2018. – Т. 28, № 3. – С. 74-81.
139. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2019. – Т. 119, № 2. – С. 80-86.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Балакирева Елена Евгеньевна кандидат медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России. Член Российского общества психиатров.

Блинова Татьяна Евгеньевна научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России. Член Российского общества психиатров.

Бычковский Дмитрий Алексеевич медицинский психолог высшей категории, старший преподаватель кафедры общей и прикладной психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России. Член Российского общества психиатров.

Горюнова Анна Викторовна доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ. Член Российского общества психиатров.

Иванов Михаил Владимирович кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России, заведующий кафедрой детской и подростковой клинической психологии НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа». Член Российского общества психиатров.

Иващенко Дмитрий Владимирович доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ. Член Российского общества психиатров.

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России. Член Российского общества психиатров.

Куликов Антон Владиславович кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России. Член Российского общества психиатров.

Макаров Игорь Владимирович доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров.

Малинина Елена Викторовна доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Уральском федеральном округе. Член Российского общества психиатров.

Никитина Светлана Геннадьевна кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России. Член Российского общества психиатров.

Пашковский Владимир Эдуардович доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации. Член Российского общества психиатров.

Шевченко Юрий Степанович доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ. Член Российского общества психиатров.

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врач–психиатр детский; врач–психиатр подростковый.
2. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

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

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

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

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

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

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

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

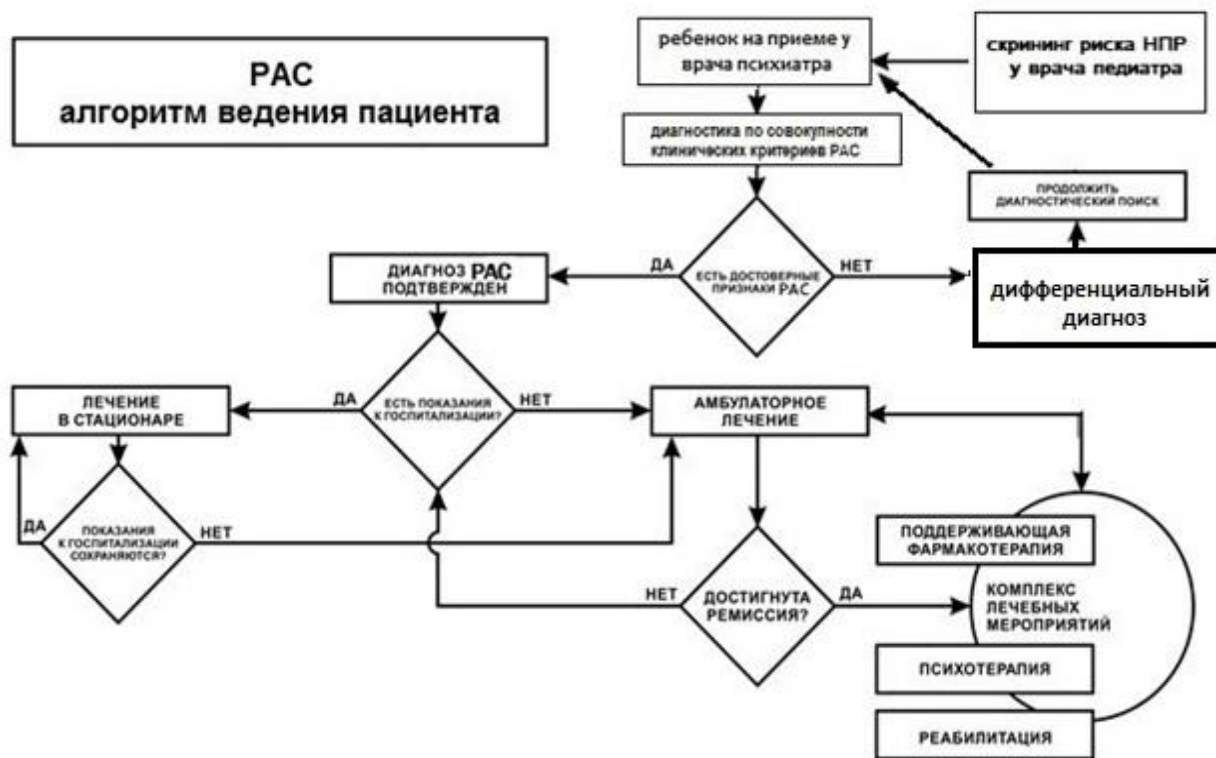
Большой проблемой при оказании медицинской помощи пациентам с РАС детско-подросткового возраста является наличие возрастных ограничений к применению имеющихся препаратов ввиду отсутствия регистрации многих лекарств в данной возрастной группе. Это ставит больных детско-подросткового возраста в менее выгодное положение по сравнению с более старшими пациентами, так как нередко заметно ограничивает их в возможности использования достижений психофармакологии.

При выборе терапии следует руководствоваться современными и научно-обоснованными достижениями в области фармакологии. Таблица содержит данные в соответствии Государственным реестром лекарственных средств Российской Федерации [77].

Препарат	Форма	Возраст пациента (лет)	Масса тела (кг)	Дозы	
				Разовая (мг)	Суточная (мг)
#рисперидон**	Раствор для приема внутрь	5	>50	0,5	0,5
#рисперидон**	Раствор для приема внутрь	5	<50	0,25	0,5
#рисперидон**	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой	5	>50	0,5	0,5-1,5
#рисперидон**	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой	5	<50	0,25	0,25-0,75
#арипипразол	таблетки	<18	-	10-15мг	10-15мг
#галоперидол**	Капли для приема внутрь	3	-	0,025-0,05мг/кг массы тела	До 0,2 мг/кг массы тела
#галоперидол**	таблетки	6-11	-	0,25-1,5	0,5-3

#галоперидол**	таблетки	12-17	-	0,25-2,5	0,5-5
#луразидон**	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой	10	-	20	80
#оланзапин**	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой	<18	-	10	10
#палиперидон	Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые оболочкой	12	-	3	6
#флуоксетин **	капсулы	<18	-	20	20
кломипрамин**	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой	<10	-	25	50

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для родителей пациента.

РАС является расстройством развития. В 1943 г. Л. Каннер на основании исследования 11 детей – 8 мальчиков и 3 девочек, ввел в клинический обиход понятие «детский аутизм». По Каннеру, «...выступающее на первый план, “патогномоничное”, главное расстройство у них – неспособность вступать в обычные отношения с людьми, проявляющаяся с начала жизни». Самое интересное, что такое поведение представляет собой не отказ от общения, а отсутствие потребности в общении. Весь рисунок поведения демонстрирует неприсутствие в окружающем: родители говорят, что дети «автономны», «живут в раковине», «счастливее всего, когда их оставляют в покое», «ведут себя так, будто вокруг нет людей», «не обращают внимания ни на что вокруг», «производят впечатление немой мудрости», «не могут выйти на должный уровень социальной осведомленности», «ведут себя почти как загипнотизированные». Другие симптомы - отсутствие зрительного контакта, стереотипии, ограничительное поведение являются дополнительными, выраженные в разной степени. В первые месяцы жизни родители должны обращать внимание на время появления улыбки, гуления, лепета, первых слов, навыков самообслуживания. Организационно первым звеном

оказания помощи является территориальная детская поликлиника. Педиатры и неврологи являются специалистами первого контакта. На профилактических осмотрах при проведении анкетирования педиатр может заподозрить РАС и направить ребенка к детскому психиатру с 2 летнего возраста. В связи с тем, что многие симптомы аутизма бывают и при других психических заболеваниях детского возраста, легитимным является только диагноз, установленный психиатром. Основным методом лечения РАС является психолого-педагогическая коррекция. Поэтому реабилитационная программа для ребенка с РАС включает обследование в территориальной медико-психолого-педагогической комиссии. Входящие в состав комиссии коррекционные педагоги определяют тип образовательного учреждения и программы обучения. До сих пор не существует лекарств, прямо влияющих именно на основные симптомы аутизма. В отдельных случаях ребенку показана фармакологическая помощь. Она показана при непрекращающейся агрессии, вспышках гнева, раздражительности, нанесении самоповреждений. Лекарства назначает психиатр, подбирая наиболее эффективные, безопасные, соответствующие данному возрасту средства. По мере роста меняется симптоматика РАС. Наиболее выраженной она бывает в возрасте 3-5 лет, а к школьному детству сглаживается. Ребенок с РАС требует особых условий воспитания. Лучше всего, если ребенок встает и ложится спать, завтракает, обедает и ужинает в одно и то же время. То же относится к прогулкам на улице, походам в магазин. Таким образом, рано начатое обучение, индивидуальный подход к лечению, участие всех членов семьи в обучении и воспитании приводят к смягчению проявления РАС.

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста

Источник: ФГБНУ НЦПЗ: официальный сайт ncpz.ru

Симашкова НВ, Иванов МВ, Макушкин ЕВ, Шарлай ИА, Ключник ТП, Козловская ГВ. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017–2019 гг.). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(11):79–86. doi.org/10.17116/jnevro202012011179

Тип: опросник

Назначение: анкета предназначена для использования в учреждениях здравоохранения, образования, оказывающих помощь детям раннего возраста, с целью организации системы ранней помощи, для использования в практической деятельности педиатрами, неврологами, клиническими (медицинскими) психологами, психиатрами, педагогами-психологами. Анкета рассчитана на родителей детей 1,5–4-летнего возраста

Дата заполнения

Ф.И.О. родителя

Ф.И.О. ребенка

Дата рождения

Возраст ребенка

Пол

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

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1	Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со второго месяца жизни)?			
2	Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со второго мес. жизни?			
3	Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни?			

4	Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители?			
5	Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно?			
6	Тянулся ли ребенок на руки матери или другим близким, радовался пребыванию на руках?			
7	На первом году жизни в период бодрствования ребенок НЕ требовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивно лежал, не реагируя на окружение)?			
8	Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.?			
9	Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт?			
10	Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.?			
11	Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам: - удерживает голову – с 2 мес., - сидит – с 6 мес., - ползает – с 8 мес., - ходит без поддержки – с 12-14 мес.			
12	Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам? - агуканье – с 1 мес. - гуление – с 2-3 мес. - лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес. - первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) – к 1 году.			
13	Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни: нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы? не связанные с физическим заболеванием (имеющееся подчеркнуть)			
14	Использует ли ребенок указательный жест?			
15	Умеет ли ребенок пить из чашки?			
16	Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне») после года?			
17	Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)?			
18	Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенный тон взрослых и др.)?			
19	Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)?			
20	Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»?			
21	Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужное подчеркнуть).			
22	Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли) как игрушками, предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.?			
23	Есть ли предметы (игрушки) с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)?			
24	Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные / вертикальные), однообразно возит, катает			

	предметы (игрушки)?			
25	Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один?			
26	Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам?			
27	Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения?			
28	Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)?			
29	Есть ли у ребенка однообразные движения (grimасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)?			
30	Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные проявления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)?			
31	Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни?			
32	Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета?			
33	Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: (проходящие косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, «ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистями рук? (имеющееся подчеркнуть).			
34	Используете ли Вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)?			
35	Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера: - до 0,5 часа, - более 0,5 часа. (нужное подчеркнуть)			

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

- инстинктивно-вегетативную сферу;
- сенсорную сферу;
- биопсихосоциальную систему (диадю) «мать-дитя»;
- эмоциональную сферу;
- познавательную сферу (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания);
- социальное взаимодействие.

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

Ключ к методике для подсчета ответов.

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
--------	-------	--------	-------	--------	-------

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

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

- при совпадении 1 ответа на вопросы, отмеченные звездочкой – «*» в ключе методики, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому), медицинскому (клиническому) психологу.

- при совпадении 4 и более ответов на вопросы с ключом методики (не отмеченные – «*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому). В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др. Результаты анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии [140].

Приложение Г2 Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА)

Источник: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»: официальный сайт:

<https://suhareva-center.mos.ru>

Шапошникова А.Ф. Результаты пилотажного обследования детей при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) // Психическое здоровье. — 2012. — №8 — С. 44–48.

Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6–12 лет при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма // Психическое здоровье. — 2013. — №5 — С. 7–11.

Тип: шкала оценки

Назначение: шкала предназначена для диагностики синдрома аутизма у детей с 6 до 12 лет; контроля изменения состояния больных, страдающих расстройствами аутистического спектра; оценки эффективности проводимых лечебно-коррекционных воздействий; стандартизации и объективизации оценки тяжести актуального психического состояния пациентов с расстройствами аутистического спектра.

Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА)

Дата заполнения

Ф.И.О. родителя

Ф.И.О. ребенка

Дата рождения

Возраст ребенка

Пол

1. Нарушения коммуникации

- Не отвечает на приветствие,
 - уклоняется от глазного контакта (отводит взгляд),
 - игнорирует присутствие взрослого, для того, чтобы завладеть вниманием ребенка и привлечь его к общению требуются интенсивные неоднократные попытки,
 - уклоняется от тактильного контакта,
 - избегает контактов с ровесниками или стремится к ним,
- но не может включиться в игры, дети не хотят с ним играть.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.

2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
3	3–4 признака выявляются определенно, проявляются часто.
3,5	Указанные признаки делают контакт с ребенком прерывистым, и продуктивным преимущественно в отношении той деятельности, которой он в данный момент хочет заниматься.
4	Указанные признаки делают контакт с ребенком невозможным для привлечения его к целенаправленной деятельности.

2. Нарушения способности к совместной деятельности

- Не старается подражать другим детям,
- не может воспроизвести за взрослым простой рисунок– круг, треугольник, квадрат,
- при попытке взрослого завести совместную игру– отвергает,
- при выполнении заданий слабо опирается на образец, помощь, объяснение.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков , крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
3	Указанные признаки выявляются в полном объеме и постоянно, но при настойчивости со стороны взрослого, ребенок может что-то повторить, выполнить инструкции.
3,5	Указанные признаки делают ребенка продуктивным только в отношении той деятельности, которой он в данный момент хочет заниматься.
4	Указанные признаки определяют невозможность привлечения ребенка к совместной деятельности.

3. Нарушения понимания социальных правил и ролей

- Обращается к взрослому на «ты»,
- в общественных местах может становиться избыточно возбужденным или, наоборот, скованным, испуганным,
- может высказывать суждения, которые не подлежат огласке,
- очень раним, крайне болезненно реагирует на критику в свой

адрес, или, наоборот, не дает явной реакции ни на похвалу, ни на порицание.

- не усваивает правил в играх.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
3	Указанные признаки выявляются в полном объеме и постоянно, но при настойчивости со стороны взрослого, ребенок может исправлять свое поведение, соблюдать правила. Однако, без организующего влияния вновь игнорирует правила.
3,5	Указанные признаки определяют трудность посещения с ребенком массовых мероприятий, пребывания его в коллективе детей.
4	Указанные признаки делают поведение ребенка неуправляемым.

4. Нарушения структуры и развития речи.

- Редко использует местоимение «Я», может назвать себя в 3-м лице,
- голос с особыми интонациями, или монотонный, «механический»,
- имеются эхолалии,
- речь изобилует штампами и цитатами,
- ребенок иногда может дословно воспроизводить ранее услышанное, чаще без связи с текущей ситуацией.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
3	Указанные признаки выявляются в полном объеме, но речь ребенка, в целом, понятна.
3,5	Указанные признаки делают речь недостаточно понятной.
4	Указанные признаки делают речь ребенка лишенной смысла.

5. Нарушения диалога.

- На вопросы отвечает «мимо», «невпопад», не по существу,
- не может первым вступить в общение со сверстником,
- предпочитает говорить только на темы, интересующие его самого, но не интересные окружающим, речь звучит в виде монолога,
- не использует выразительные жесты и мимические движения,
- не выстраивает ролевые игры, предполагающие диалог.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
3	Указанные признаки выявляются в полном объеме, но ребенок понимает простые инструкции взрослого, может их выполнить.
3,5	Указанные признаки нарушают возможность взаимодействия с ребенком, он часто не выполняет инструкции, от него трудно получить ожидаемый ответ.
4	Указанные признаки делают диалог невозможным.

6. Адаптация к переменам.

- Стремится устанавливать жесткий, раз и навсегда, установленный порядок жизни и деятельности, школьных занятий, быта,
- с трудом переключается с одного задания на другое, резко реагирует на необходимость смены педагога,
- имеет однообразные пищевые пристрастия,
- отказывается надевать новую одежду.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 из указанных признаков выявляются определенно и проявляются постоянно, но ребенок допускает изменения под влиянием необходимости, при этом нуждается в предварительном объяснении сути возможных перемен.

3	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме.
3,5	Указанные признаки настолько выражены, что на любые изменения ребенок дает протестные реакции (активные или пассивные).
4	Ребенок реагирует на изменения крайне резко, вплоть до агрессии.

7. Наличие стереотипных форм деятельности.

- Есть привязанность к определенной игрушке, предмету,
- предпочитает игры однообразного содержания,
- имеет стойкие стереотипные интересы, например, к датам, маршрутам или расписанию транспорта, планетам, географическим картам, компьютеру, маркам машин и т.д.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, но ребенок их проявляет не всегда, принимает изменения своей деятельности, проявляет интерес к иным играм и навыкам, если взрослый предложит их и обучит его.
2,5	3–4 признака выявляются определенно и проявляются постоянно, но ребенок допускает изменения под влиянием необходимости, при этом ощущает дискомфорт и ждет возможности вновь предаться сверхценному интересу.
3	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме. В учебной деятельности продуктивность выше в сфере особого интереса (не равномерность интеллектуального развития).
3,5	Однообразие интересов затрудняет познание нового, в интеллектуальной деятельности ребенок развит преимущественно в направлении особого интереса, на попытки со стороны взрослых вторгнуться в сферу интересов, отвлечь дает протестные реакции. Есть стереотипные моторные движения, но ребенок совершает их только тогда, когда предоставлен сам себе, ничем не занят.
4	Ребенок активно отвергает любое вторжение в свою стереотипную деятельность, значительно выражены стереотипные движения руками, однообразные подпрыгивания, которые ребенок может проявлять и в общественных местах, нуждается в этом во время занятий

8. Наличие страхов.

- Есть страхи, связанные с реальностью (тех явлений, которые когда-то испугали ребенка)– грозы, собак, воды и т.д.,
- есть страх выдуманных персонажей,
- есть страх бытовых приборов,
- страхи мешают ребенку быть самостоятельным, чувствует себя спокойно только в присутствии взрослых.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Очень слабая выраженность: 1–2 признака редко.
2	Выявляются 3–4 признака непостоянно.
2,5	Выявляются 3–4 признака определенно, 1–2 очень часто.
3	Выявляются 3–4 признака и проявляются устойчиво.
3,5	Все признаки присутствуют постоянно.
4	Ребенок не осторожен, кажется, будто лишен страха вообще, нет чувства самосохранения.

9. Нарушения сна.

- Долительно не может заснуть,
- засыпает только в присутствии родителей,
- по ночам часто пробуждается,
- сноговорение, снохождение, скрип зубами.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Сон нарушается редко, только в связи с выраженными эмоциональными перегрузками.
2	Выявляются 2–3 признака редко.
2,5	Выявляются 1–2 признака часто.
3	выявляются 2–3 признака часто.
3,5	Все признаки выявляются определенно, проявляются, сменяя друг друга.
4	Нарушения сна присутствуют постоянно в течение длительного времени (более 3 мес), ребенок в связи с этим стал менее продуктивен в деятельности, более утомляем или расторможен, возбудим.

10. Агрессия и самоагрессия.

- Стремление нанести вред себе или другому лицу,
- физически,

- словесно,
- прямо– по отношению к объекту агрессии,
- косвенно– стремление провоцировать конфликты среди детей, злые шутки, доносы.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 2–3 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	Часто проявляются 1–2 признака.
3	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме.
3,5	Указанные признаки определяют невозможность пребывания ребенка в коллективе детей.
4	Указанные признаки делают поведение ребенка неуправляемым

Критерии оценки

Шкала включает в себя 10 видов нарушений, которые могут проявляться при наличии у ребенка любого расстройства аутистического спектра. В протоколе шкалы к этим позициям даны ключевые ориентиры. Необходимо отметить, сколько признаков по каждой из субшкал выявляется у ребенка, насколько часто указанные признаки встречаются в поведении обследуемого. По каждой субшкале предусмотрена оценка в баллах от 1 до 4-х, результаты субшкал суммируются. Состояние ребенка может быть отражено как суммарным баллом, так и оценкой по каждой субшкале, если исследователя интересует степень выраженности каждого симптома.

1 балл– варианты нормы;

1,5 балла– недостаточно очевидная патология, но есть отдельныестораживающие проявления;

2 балла– определенно заметная патология, но слабой степени выраженности;

2,5 балла– степень от слабой до умеренной;

3 балла– патология умеренной степени выраженности

3,5 балла– патологические проявления не достигают максимальной степени выраженности, но приближаются к ней;

4 балла– тяжелые патологические проявления

Интерпретация результатов

до 16 баллов– признаки синдрома аутизма отсутствуют;

16,5–20 баллов– слабая степень выраженности синдрома аутизма;

20,5–24 баллов– умеренная степень выраженности синдрома аутизма;

24,5–28 баллов– сильная степень выраженности синдрома аутизма;

28,5–40 баллов– тяжелая степень выраженности синдрома аутизма.