

Т.О. Скрипник, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ

Інтегративний підхід у наданні допомоги особам із первазивними розладами: від клініко-діагностичних аспектів до питань освітньо-соціальної інклюзії

У червні 2019 р. на Полтавщині відбулася III Науково-практична школа з питань аутизму. Захід було організовано секцією дитячої психіатрії Асоціації психіатрів України, Асоціацією дитячих неврологів України, Незалежною асоціацією психологів України, Міжнародною асоціацією медицини за сприяння Науково-дослідного інституту психіатрії МОЗ України, Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України, Інституту педіатрії, акушерства, гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, освітнього проєкту «Школа Мозаїка та ресурсні класи для дітей із розладами аутистичного спектра».

Серед напрямів роботи школи були аспекти діагностики та лікування розладів аутистичного спектра (РАС), неврологічних захворювань при первазивних розладах розвитку. Крім того, розглядали питання поліморбідності, зокрема епілептичні випадки при РАС, дезінтегративних психічних розладах, деменціях, патології екстрапірамідної нервової системи та рухові розлади, пов'язані з порушеннями розвитку, а також клінічні особливості депресій у дітей, підлітків і молодих дорослих, їхній вплив на когнітивне функціонування та нейрозвиток. На додачу, обговорювали контроверсійні питання інклюзивної освіти дітей та підлітків із гіперкінетичними розладами поведінки, РАС і руйнівною поведінкою, медичні критерії для надання допомоги за дитячою інвалідністю, встановлення рівнів підтримки дітей з особливими освітніми потребами. Також були розглянуті актуальні питання нейропсихофармакології РАС, застосування атипичних антипсихотиків, антидепресантів, протиепілептичних препаратів (ПЕП) у педіатричній практиці, вплив біологічної терапії на нейрозвиток.

Роботу школи відкрила **Марина Бабенко**, медичний радник із психіатрії та неврології компанії ACINO, яка презентувала соціальний проєкт «Твій безмежний світ» швейцарської фармацевтичної компанії у сфері розвитку послуг для пацієнтів із РАС. Він спрямований на підтримку сучасних технологій діагностики та лікування РАС, сприяння стажуванню українських фахівців у провідних наукових закладах країни, виданню посібників для лікарів, підручників з інклюзивної освіти дітей із РАС, закупівлі спеціального обладнання для реабілітаційних центрів. Доповідачка розповіла про участь компанії у наданні допомоги й забезпеченні реабілітації дітей, які мають РАС.

Проєкт підтримує заходи, конференції, що мають на меті об'єднати різних фахівців в обговоренні та розв'язанні проблем навчання, реабілітації, соціальної інклюзії осіб із РАС, як-то «Міжнародні консультації: співпраця заради реформ у системі охорони психічного здоров'я дітей», «Науково-практична школа з питань аутизму», «Дні французької психіатрії та неврології». Одним із напрямів роботи є участь у поширенні навчально-методичної літератури, а саме посібників з математики для дітей із ментальними порушеннями, путівників для батьків дітей із РАС та шкіл, у яких вони навчаються. Зокрема, було презентовано видання кишенькового посібника для лікарів «Аутизм» за редакцією І.А. Марценковського.

Ірина Олександрівна Воронцова, керівник проєкту AUTISM.UA Асоціації міжнародних і українських громадських організацій CHILD.UA презентувала у межах заходу навчальний посібник «100 днів для родин, діти яких отримали діагноз аутизм».

Школа з питань аутизму була присвячена проблемам підлітків та молодих дорослих із РАС, що зумовило активну участь у програмних заходах немедичних фахівців – освітян, працівників нещодавно створених інклюзивно-ресурсних центрів, психологів. Відбулася панельна дискусія: «Медичні аспекти інклюзивної та позашкільної освіти дітей із розладами розвитку (РАС)». Рік тому на державному рівні було офіційно започатковано інклюзивну форму навчання для дітей з особливими потребами в Україні на всіх рівнях освітнього процесу. Психолого-медико-педагогічні комісії (ПМПК) розформували, замість них створили інклюзивні ресурсні центри (ІРЦ), завдання яких – оцінювати особливі освітні потреби дітей та надання рекомендацій щодо інклюзивного супроводу. З метою дестигматизації та демедикалізації цих процесів медичні працівники, зокрема дитячі психіатри, були виведені зі складу новостворених ІРЦ. Але застаріла практика будувати освітній процес для дітей із розладами психіки та поведінки не на дослідженні особливих освітніх проблем, а на психіатричних діагнозах не залишилася в минулому. Співпраця Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти та науки при напрацюванні нормативних документів не завжди була ефективною. Якісному запровадженню інклюзивних процесів заважають застарілі формулювання у нових регламентувальних документах, низький рівень підготовки спеціалістів ІРЦ, непродумані механізми фінансування експертних оцінювань, які мають проводити дитячі психіатри на замовлення ресурсних центрів.

Ще однією проблемою є використання у регламентувальних документах Міністерства освіти та науки діагностичних категорій і термінів, не передбачених сучасними психіатричними класифікаціями та глосаріями до них. Саме цим питанням було присвячено промову голови експертної ради Незалежної асоціації психологів, наукового співробітника відділу психічних розладів дітей та підлітків Науково-дослідного інституту психіатрії МОЗ України (м. Київ) **Тетяни Олексіївни Скрипник**. Доповідачка детально висвітлила суперечності у нормативно-правовій базі між Положенням про інклюзивну освіту та Законом України «Про психіатричну допомогу», закликала спеціалістів ІРЦ при оцінюванні освітніх потреб дітей спиратися на Міжнародну класифікацію

функціонування (МКФ). Це універсальна система позначення функціональних особливостей людини, що вказує на наявні можливості дитини і ступінь обмежень, а не описує хворобливий стан, діагноз.

Катерина Іванівна Бояршинова, президент Незалежної асоціації психологів, член Всесвітньої федерації ментального здоров'я (WFMH, США), присвятила свою доповідь насильству в школі, зокрема концептуалізації проблеми у підлітків із розладами аутистичного та гіперкінетичного спектру. Лекторка детально описала, яким чином і за яким сценарієм найчастіше відбуваються цькування дітей із ментальними порушеннями, зупинилася на питаннях менеджменту булінгу, інтеграції та розмежуванні фокусних втручань при наданні допомоги, що спираються на принципи наукової доказовості. Діти з РАС та розладами з дефіцитом уваги й гіперактивністю (РДУГ) внаслідок стигматизації нерідко стають жертвами булінгу, але вони частіше від інших дітей можуть бути й самими булерами, проявляти жорстокість та чинити насильство щодо однолітків. Вчителі також бувають винні у заохоченні цькування дітей зі стигматизуючими особливостями психіки. Пані Катерина припустила наявність кореляції між браком соціальної реципрокності та соціальної гнучкості (належності до аутистичного фенотипу) у педагогів та неспроможністю контролювати й попереджати прояви насильства у дитячому колективі.

Світлана Богданівна Апостол, дитячий лікар-психіатр (Ужгородська міська дитяча клінічна лікарня), присвятила свій виступ питанням медико-соціальної експертизи при РАС у дітей, підлітків і дорослих. Доповідачка приділила увагу юридичним аспектам та показанням щодо надання соціальної допомоги батькам у зв'язку з інвалідністю дитини, висвітлила критерії, відповідно до яких дитині при наданні соціальної допомоги за інвалідністю може бути встановлено підгрупу «А», навели регламентувальні документи та пояснили алгоритм процедури оформлення соціальної допомоги. Світлана Богданівна познайомила учасників школи із правовою основою для визначення форм навчання дитини, порядком встановлення особливих освітніх потреб. Особливо було обговорено порядок і критерії визначення груп інвалідності після досягнення 18-річного віку. На жаль, в окремих областях продовжується практика безпідставного перегляду діагнозів РАС, їхня зміна на діагнози шизофренії та розумової відсталості при оформленні інвалідності після досягнення повноліття. Також лекторка розповіла про різні види соціальних пільг, передбачених діючим законодавством для батьків, які виховують дитину-інваліда. Варто зауважити, що доповідь була важливою і вкрай корисною, побудованою на практичних і юридичних питаннях, з якими, безумовно, стикаються як батьки дітей, що мають психічні розлади, так і лікарі-психіатри при виконанні своїх службових повноважень.

Оксана Миколаївна Карбовська, засновник освітнього проєкту «Школа Мозаїка і ресурсні класи для дітей із РАС» (м. Бровари), презентувала актуальну доповідь про правове поле в організації інклюзивного навчального процесу, сконцентрувала увагу на проблемних сторонах та перешкодах при ініціації батьками інклюзивної форми навчання в дошкільних і шкільних закладах освіти. Вона запропонувала покроковий алгоритм для подолання недоліків в організації освітнього інклюзивного процесу для дітей з особливими освітніми потребами.

Доповідь на тему «Проблеми поведінки, пов'язані зі статевим дозріванням у підлітків із розладами аутистичного спектра» представив **Юрій Олександрович Стратович** (ТМО «ПСИХІАТРІЯ», Універсальна клініка «Оберіг», м. Київ). Правильне статеве виховання є актуальним для будь-якої дитини. У дітей із РАС процес статевого дозрівання потребує спеціального



Продовження на наст. стор.

Початок на попередній стор.

психологічного та соціального супроводу. Часто батьки асоціюють даний різновид виховання лише з фізіологічними змінами та статевими стосунками. Доповідач наголосив на тому, що статеве виховання має розпочинатися змалечку із формування у дитини самостійності у виконанні гігієнічних навичок, процедур та догляду за собою, окремої території для сну, уявлень про тілесні кордони й інтимні зони тіла, а також завчасних, на доступному рівні пояснень про зміни в організмі, що відбуваються у процесі дорослішання. З наблизенням підліткового віку для дитини важливими є знання про статеві стосунки, контрацепцію, вагітність. Батькам іноді дійсно складно збагнути важливість і необхідність, не соромлячись, розповідати про такі речі, до того ж якщо дитина має певні ментальні особливості. У дітей із РАС у підлітковому віці значущим є формування навичок безпечної гендерної поведінки. На жаль, останнім часом сексуальні злочини щодо представників цієї вікової категорії не є рідкістю, особливо уразливими у цьому сенсі є діти із психічними порушеннями.

Низку презентацій представили лікарі Львівського обласного дитячого психоневрологічного диспансеру, ефективно діючого закладу з надання медико-соціальної допомоги дітям із РАС. Алла Петрівна Петрів виступила з доповіддю «Підлітки з розладами спектра аутизму. Особливості та проблеми: медичний, освітній та соціальний аспекти». Узагальнюючи досвід роботи сервісів Львівщини, вона наголосила на тому, що 20-25% підлітків із РАС мають гарний прогноз для соціальної адаптації та розвитку, проте тема розробки та впровадження відповідних навчальних і соціальних програм залишається відкритою. Їхньою кінцевою метою має бути соціалізація, професійно-трудова реалізація кожної особи з аутизмом з огляду на індивідуальні особливості та можливості. Надія Романівна Іванців та Наталія Юрївна Масяк ознайомили учасників заходу з перспективами застосування когнітивно-поведінкової терапії при РАС і поділилися власним досвідом її впровадження.

Окремим напрямом роботи школи стало обговорення нейробіології первазивних розладів розвитку, питання діагностики й терапії у сфері перетину компетенцій дитячої психіатрії, дитячої неврології та медичної генетики.

Лекція Людмили Миколаївни Танцури, д. мед. н., завідувачки відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України (м. Харків), була присвячена розладам загального розвитку (когнітивним синдромам) у дітей із генетичними захворюваннями. Доповідачка розповіла, що генетично зумовлена розумова відсталість зустрічається при трьох групах патологій: хромосомних (абераціях, що включають трисомії за хромосомами 21, 18, 13, синдроми Ангельмана, Прадера – Віллі, Вільямса, котячого крику тощо), моногенних мутаціях (із автосомно-домінантним типом наслідування при туберозному склерозі, автосомно-рецесивним – фенілкетонурії, у Х-хромосомі – синдромі Ретта, асоційованих із мітохондріальними енцефалопатіями – MELAS-синдромі) і багатофакторних генетичних хворобах. Мутації в гені MECP2, який знаходиться у Х-хромосомі й кодує метил-СрG-зв'язувальний білок 2 (MECP2), викликають синдром Ретта і деякі розлади нейророзвитку, зокрема когнітивні, аутизм, ювенильну шизофренію та енцефалопатію з ранньою летальністю. Жіночі плоди з мутаціями в гені MECP2 мають один нормальний і один дефектний гени, що дозволяє їм дожити до народження. Чоловічі плоди мають лише одну Х-хромосому – якщо вона несе



дефектний ген MECP2, то плід найчастіше гине. Хлопчики з синдромом Ретта народжуються дуже рідко.

Клінічний перебіг синдрому Ретта характеризується нормальним раннім загальним розвитком із наступною психічною дезінтеграцією, руховими порушеннями, втратою мануальних навичок, судомами та симптомами аутистичного спектра, насамперед стереотипною поведінкою. Лекторка презентувала навчальне відео з декількома клінічними випадками, які чітко продемонстрували симптоматику на різних стадіях захворювання. Також були описані атипові випадки варіантів синдрому Ретта у хлопчиків, зокрема ті, які супроводжувалися синдромом Клайнфельтера з полісомією ХХУ та пов'язані з новими мутаціями FOXP1.

Володимир Ігорович Харитонов, завідувач дитячим відділенням ТМО «ПСИХІАТРІЯ» (м. Київ), присвятив свою лекцію генетичним аспектам аутизму та епілепсії. На початку виступу він акцентував увагу на тому, що є всі підстави говорити про РАС як про спадкове захворювання: конкордантність за РАС у монозиготних близнюків становить 60-70%, у дизиготних – 5-10%; ризик повторної діагностики РАС у сиблінгів складає 10-20% (вищий, якщо пробанд – дівчинка), вірогідність народження малюка з аутизмом у сім'ї, де вже є більш ніж одна дитина з первазивним розладом розвитку, перевищує 33%. Лектор висвітлив механізми генетичних порушень на ранніх етапах ембріогенезу, які супроводжуються змінами у процесі кодування білків хромосом шляхом дуплікації, помилкових вставок чи видалення окремих груп нуклеотидів, що призводить до кодування модифікованого білка зі зміненими функціями. Серед причин РАС низка моногенних хвороб: синдром Ретта (1%), синдром Х-ламкої хромосоми (1-3%), туберозний склероз (1-2%). Деякі мутації пов'язані одночасно з маніфестацією РАС та епілепсії (ARX, CDKL5, PCDH19, RAB39B, дуплікації MECP2, DYRK1A, STXBP1, BCKD-kinase, SIK1, SYNGAP1, GPHN, CNTNAP2, SETD2, DEAF1, SLC35A3, EEF1A2). Проте більшість випадків РАС (до 20%) асоційовані з мутаціями, що виникли *de novo*. Фенотип РАС об'єднує низку клінічних проявів – розумову відсталість, наявність епілепсії, затримки формування моторних та мовленевих навичок, м'язову гіпотонію та диспраксію, мікро- або макроцефалію, порушення поведінки та настрою. Поліморбідність клінічних проявів, їхня асоціація з первазивними розладами розвитку дозволяють припустити зв'язок генетичного та клінічного поліморфізму при РАС. Генетичні дослідження, на думку доповідача, є необхідними для прогнозу розвитку первазивних розладів розвитку та епілепсії з метою визначення стратегії лікування та можливості оцінювання наслідування



при плануванні наступної вагітності батьками дитини. Володимир Ігорович навів цікавий за перебігом клінічний випадок первазивного розвитку з підтвердженою генетичною патологією. Ідентифікація генетичного поліморфізму (гетерозиготного варіанта KIAA2022) виявилася корисною для кваліфікації клінічного фенотипу та підбору оптимальної стратегії лікування.

Продовженням теми стала доповідь Тетяни Олексіївни Скрипник «Клінічний фенотип розладів аутистичного спектра у дітей дошкільного та шкільного віку, обтяжених епілептичними випадками». Первазивні розлади (порушення загального розвитку) та епілепсії є проявами єдиного патологічного процесу – порушення нейророзвитку, що проявляється у клінічній практиці наявністю поліморбідності, можливості одночасної діагностики низки психічних та неврологічних розладів. Подвійна діагностика РАС та епілепсії у ранньому віці відповідає тяжкому перебігу (вираженою когнітивною недостатністю, частими епілептичними нападами). За варіантів перебігу РАС, ускладнених появою епілептичних випадків у дошкільному і молодшому шкільному віці, нерідко спостерігаються регрес психічних функцій, поява коморбідних (афективних, поведінкових психічних розладів). Застосування ПЕП у таких пацієнтів може поліпшувати прогноз щодо загального розвитку та симптоми коморбідних психічних розладів. Але необхідно пам'ятати, що застосування ПЕП у дітей із подвійною діагностикою РАС та епілепсії також часто супроводжується контрверсійними впливами на загальний розвиток та коморбідні психічні розлади, викликає поліпшення або погіршення динаміки розвитку, редукцію чи агравацію симптомів коморбідних психічних розладів. Інтегрована оцінка ефективності використання різних ПЕП при подвійній діагностиці РАС та епілепсії може залежати від типології супутніх психічних захворювань.

Лекція завідувача відділу психічних розладів дітей та підлітків Науково-дослідного інституту психіатрії МОЗ України Ігоря Анатолійовича Марценковського продовжила розпочату дискусію щодо коморбідності РАС. Були висвітлені питання поліморбідності у педіатрії розвитку, коморбідності РАС та епілепсії, розладів нейророзвитку та епілепсії із рекурентними та біполярними депресіями, маніями, гіперкінетичним розладом. Також доповідач розглянув можливі варіанти кореляції між афективними розладами та епілепсіями:

- відсутність причинно-наслідкового взаємозв'язку, єдиного етіопатогенезу, що потребує подвійної діагностики;
- клінічні фенотипи, за яких психічні розлади зумовлені психічною травматизацією після появи епілептичних випадків, наприклад, унаслідок стигматизації, знецінення, зміни способу життя;
- повторювані епілептичні випадки внаслідок нейробіологічного ушкодження мозку можуть безпосередньо збільшувати ризик розвитку психічних розладів;
- психічний розлад, а саме зумовлені ним особливості нейротрансмісії мозку можуть підвищувати його уразливість щодо розвитку епілепсії.

Особливо ретельно було розглянуто концепцію, відповідно до якої поліморбідність психічних розладів при РАС можна пояснити єдиним патологічним процесом, загальним порушенням розвитку мозку. Причиною народження великої кількості дітей із РАС, із подвійною діагностикою РАС та епілепсії бувають варіації числа копій (спонтанних делецій і дуплікацій ділянок геномів при мейозі). Варіації можуть проявлятися зменшенням або збільшенням числа копій певного гена та, отже, зниженням або підвищенням експресії продукту гена



(білка чи некодуєчої РНК). Відмінності у кількості копій генів можуть бути пов'язані з РАС, труднощами у навчанні, шизофренією, появою епілептичних припадків. Значну частку випадків РАС можливо пояснити новими генетичними мутаціями, які викликають РАС у дитини, але відсутні у батьків. Розповідаючи про нові мутації, лектор приділив особливу увагу так званім екологічно чутливим генам, включеним до бази даних порівняльної токсигеноміки проекту дослідження впливу довкілля на геном людини, розробленого Національним інститутом із вивчення санітарного стану навколишнього середовища США (NIEHS), та бази даних одонуклеотидних поліморфізмів генів Seattle SNPs. З експресією цих варіантів генного поліморфізму пов'язують РАС, аномальні імунні та запальні відповіді організму людини, аномалії розвитку мозку (вроджені вади розвитку, порушення розвитку нейротрансмітерних систем, кіркові дисгенезії). Встановлено п'ять факторів навколишнього середовища – ртуть, кадмій, нікель, трихлоретилен і вінілхлорид, збільшення експозиції яких асоційоване з РАС.

Окрім того, Ігор Анатолійович навів варіанти генетичного поліморфізму (при синдромах 1q21.1, 15q13.3 та 15q13.3), для клінічного фенотипу яких властива поліморбідність психічних та неврологічних розладів (аутистичного, гіперкінетичного спектрів, шизофренії, порушень розвитку мови, рухових функцій, шкільних навичок, епілепсії). Також доповідач презентував результати досліджень різних терапевтичних стратегій у разі подвійної діагностики РАС та епілепсії, за поліморбідності розладів загального розвитку, психічних розладів та епілепсії.

Можливості психофармакотерапії коморбідних психічних розладів при РАС та епілепсіях обмежені. У хворих на РАС із проявами агресії та руйнівною поведінкою з 6-річного віку рекомендовані атипичні антипсихотики (рисперидон, арипіпразол), при РДУГ – психостимулятори, α -агоністи, при руйнівній поведінці, гіперактивності, руховій розгалюваності – солі вальпроєвої кислоти. За негативної відповіді на лікування стимулянтами (метилфенідамом, атомоксетином) доцільно розглянути монотерапію вальпроатами, при коморбідності симптомів біполярного та гіперкінетичного спектрів – комбіноване лікування стимулянтами та солями вальпроєвої кислоти. У разі підозри на наявність хвороб накопичення терапію вальпроатами та стимулянтами потрібно призначати після завершення диференційної діагностики. За руйнівної поведінки з агресією, автоагресією, повторюваними рухами та вокалізаціями, асоційованими з розладом Туретта, рекомендовані атипичні антипсихотики (амісульприд, арипіпразол), α -агоністи (клонідин, гуанфацин), блокатори пресинаптичних транспортерів дофаміну (тетрабеназин, дейтетрабеназин). При поліморбідних розладах із депресією з 6-річного віку доцільно призначати флуоксетин та ламотриджин, із 12 років – циталопрам, есциталопрам. За розвитку епілепсії із коморбідними тривожними розладами з 6 років використовують сертралін, після 12 – циталопрам, есциталопрам.

Доповіди к. мед. н. **Ірини Іванівни Марценковської** (відділ психічних розладів дітей та підлітків Науково-дослідного інституту психіатрії МОЗ України) та **Ганни В'ячеславівни Макаренко** (дитяче психіатричне відділення КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради») були присвячені діагностиці, кваліфікації та терапії психічних симптомів у пацієнтів із РАС.

Зокрема, **Г.В. Макаренко** надела результати власного дослідження та дані низки контрольованих випробувань інших авторів, які свідчать, що психічні симптоми у дітей із РАС зустрічаються частіше,



ніж дотепер вважали деякі експерти. Так, у пацієнтів із РАС психічні симптоми протягом життя діагностують у 3-16% випадків, серед хворих на шизофренію 20-50% мають симптоми РАС у преморбіді. Доповідачка наголосила на необхідності проводити диференційну діагностику між психічними станами в аутистів та шизофренією, що маніфестує з розладів загального розвитку. При визначенні терапевтичної стратегії слід також припускати діагностику в пацієнтів із РАС коморбідної біполярної чи рекурентної депресії з психічними симптомами. Учасникам заходу було представлено три клінічні випадки дітей, в яких у віці до трьох років були діагностовані РАС, а надалі спостерігалися психічні симптоми. Тривале катамнестичне спостереження дозволило продемонструвати поліморфізм клінічних проявів, різний перебіг та відмінні кінцеві стани у цих пацієнтів. Обговорюючи клінічні випадки, доповідачка сформулювала гіпотезу щодо клінічного поліморфізму поліморбідних станів (специфічних розладів мови, шкільних навичок, симптомів РАС, психічних симптомів, рухових розладів, obsesій, порушень активності й уваги, біполярних та рекурентних депресій, маній, епілепсії) у пацієнтів із порушеннями нейророзвитку, зумовлених різними варіантами експресії генів за окремих чи декількох мутацій протягом життя.

І.І. Марценковська присвятила промову використанню антипсихотиків за первазивних розладів розвитку. Антипсихотична терапія при РАС має наступні показання: стереотипна поведінка, агресія, самопошкодження, напади гніву. Ранній початок лікування викликає редукцію симптомів у 80-90% випадків, але тривале приймання медикаментів із раннього віку призводить до поступового збільшення доз та терапевтичної резистентності в підлітковому віці. Надалі за сформованої резистентності виникають серйозні проблеми при виборі антипсихотика, оптимальної дози та щодо очікуваного терапевтичного ефекту.

На думку лекторки, сучасна клінічна практика недосконала. У педіатрії біля 10% лікарських засобів не мають схвалення Управління з контролю якості харчових продуктів та медикаментів (FDA), Європейського агентства з лікарських засобів (EMA), Державного експертного центру (ДЕЦ) МОЗ для призначення у дитячій практиці й застосовуються поза медичними інструкціями. Деякі сучасні атипичні антипсихотики, наприклад арипіпразол, зипразидон, оланзапін, кветіапін, узгоджені FDA, але не схвалені EMA. Натомість для реєстрації нових препаратів EMA вимагає проведення клінічних випробувань, присвячених доведенню переваг нового лікарського засобу над тим, який стандартно використовують за такими показаннями. Для реєстрації FDA достатньо



надати докази ефективності нового препарату порівняно із плацебо, але відтепер ці дослідження необхідно виконувати із залученням педіатричної популяції. Результати, отримані у дорослих, не можуть бути екстрапольовані на педіатричну практику.

Після запровадження нових правил ЕМА зменшилося число клінічних випробувань у Європі, що мали на меті реєстрацію застосування нових молекул у педіатричній практиці. Зокрема, при агресії, автоагресії, руйнівній поведінці рекомендовані атипичні антипсихотики (рисперидон, арипіпразол з 6-річного віку), у підлітків – паліперідон, зипразидон. У США для застосування в підлітковому віці також призначають оланзапін та кветіапін. В Україні номенклатурою централізованих закупівель для педіатричної практики МОЗ затвердило рисперидон, арипіпразол та оланзапін. Проте варто пам'ятати про можливі побічні ефекти при лікуванні антипсихотичними препаратами: гіперпролактинемію, остеопороз, метаболічний синдром зі збільшенням маси тіла та зниженням толерантності до глюкози, порушення провідності міокарда, когнітивні порушення при застосуванні антипсихотиків для терапії гіперкінетичних розладів, седацию при швидкій титрації та неправильному добовому розподілі, екстрапірамідні рухові порушення. Ефективність та безпека використання атипичних антипсихотиків у дітей значною мірою залежать від прихильності до здорового способу життя і дотримання режимних заходів.

Емілія Аурелівна Михайлова, д. мед. н., професор, завідувачка відділення психіатрії Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України (м. Харків), у презентації «Емоційні та поведінкові розлади в дітей та підлітків із РАС» представила детальний опис різновидів поведінкових проявів у таких пацієнтів, що порушують їхню соціальну адаптацію та функціонування. Доповідачка ретельно описала поведінкові та емоційні порушення при підвищеній сенсорній чутливості дітей з аутизмом, різновиди стереотипної поведінки та можливі шляхи їхньої корекції.

Олександр Олександрович Літвінов, лікар-психіатр, к. мед. н., КНП «Харківський міський психоневрологічний диспансер № 3», доповів про клініко-динамічні особливості РАС у підлітків та молодих дорослих. Він висвітлив клінічні особливості РАС у різні вікові періоди, залежність тяжкості клінічних проявів та рівня соціального функціонування пацієнтів, що мають РАС, від віку, в якому було діагностовано розлад та розпочато реабілітаційні втручання.

На додаток, програма школи включала тренінги з набуття практичних навичок. Так, були проведені тренінги з використання напівструктурованого інтерв'ю з батьками для діагностики аутизму (ADI-R) та комплексу напівструктурованих інтерв'ю для діагностики психічних та поведінкових розладів (DAWBA).

Проблеми психічного здоров'я, пов'язані з розладами розвитку, знаходяться на межі компетенції різних спеціальностей, медичних, соціальних, освітніх сервісів, тому для надання кваліфікованої допомоги та забезпечення соціальної інтеграції пацієнтів із РАС у суспільство необхідно застосовувати інтегративний, колаборативний підхід. Науково-практичні школи з питань аутизму вже стали традиційними заходами. Вони є цікавим майданчиком для професійного спілкування, дискусій та обміну досвідом експертів, що працюють у сфері надання допомоги дітям, підліткам та молодим дорослим із РАС.

Фотографії **Володимира Бояршинова**



