

УДК 616.8-053.2-085+614-08-039.76

*І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, Л.С. Ващенко***МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗАГАЛЬНОГО РОЗВИТКУ**

Українській НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: терапія, реабілітація, діти, порушення загального розвитку

Аутизм зустрічається в усіх країнах світу, його поширеність не залежить від расової приналежності, етнічного складу населення, рівня матеріального благополуччя суспільства та соціального середовища.

Стрімкий ріст захворюваності в Європі, Великій Британії та США приходить на кінець 80 – х років. В 1985 році поширеність розладів зі спектру аутизму становила 2 випадки на 10.000, у 2003 році – 34, у 2006 році – 60 на 10.000 дітей [1-5].

В 2008 році в Україні було зареєстровано 198 випадків захворювання. На кінець року на обліку стояло 1156 хворих із розладами загального розвитку [6]. Приведена цифра не дозволяє оцінити реальну поширеність розладів зі спектру аутизму в Україні. Дитячою психіатричною службою враховуються переважно випадки, так званого "типового" аутизма, відомого, як синдром Каннера. Унітарна концепція аутизма розширює поняття аутизма: від дітей з вираженим відставанням в інтелектуальному розвитку - «Каннеровського типу» до дітей з легкими когнітивними порушеннями і розладами соціального функціонування - синдромом Аспергера і дітей з формально збереженими пізнавальними процесами при важких порушеннях соціального функціонування – синдромом Булахової. Тому, якщо врахувати всі типи порушень загального розвитку, то показник поширеності розладу буде в кілька разів вищим. Значна частина батьків дітей з розладами зі спектру аутизму в Україні уникає офіційного обліку і не враховується в статистичних даних Міністерства охорони здоров'я. За даними експертної оцінки результатів епідеміологічного скринінгу, проведеного співробітниками відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології поширеність синдрому Каннера в Україні становить 8 – 10, синдрому Аспергера – 0.5 – 1.0, дезінтегративного розладу – 0.1 – 0.2, гіперактивного розладу з розумовою

відсталістю та стереотипними рухами – 10.0 – 13.0 випадків на 10 000 дітей [7-8].

Більшість дітей з розладами зі спектру аутизму мають когнітивну недостатність. За даними офіційної канадської статистики 75% аутичних дітей мають розумову відсталість [9]. В США у 66% хворих із розладами зі спектру аутизму діагностується розумова відсталість, в тому числі у 3,7% в структурі синдромів Дауна, Сан Пилипа, Ретта й ін. [10-11]. За даними українських досліджень тяжкість когнітивного дефіциту при розладах загального розвитку залежить від віку, в якому було діагностовано розлад і розпочато медико-соціальне втручання. Якщо лікування починали в віці до 4 років, розумова відсталість мала місце у 76%, при первинній діагностиці після 5 років у 92% дітей [7-8].

Як у DSM IV, так і в МКБ-10 аутизм розуміється не як захворювання з визначеною етіологією і патогенезом, а як синдром, що включає атипові поведінкові порушення й ознаки порушення загального розвитку, що приводять до глибокої інвалідності і неможливості самостійного функціонування [11-12]. У осіб з аутизмом грубо порушена функція спілкування і соціальної взаємодії. Для дітей характерна нерівномірність у розвитку. Це виражається в сполученні проявів підвищених здібностей в обмежених областях, таких, як музика чи математика з глибоким порушенням формування побутових життєвих умінь і навичок. Дуже багато осіб, що страждають на аутизм, мають супутню розумову відсталість, сенсорні розлади, що супроводжуються руховою гіперактивністю і стереотипіями, грубими порушеннями емоційної когніції та соціальної перцепції.

Методи лікування аутизму розроблені недостатньо. Вимоги Міністерства охорони здоров'я України, що до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму висвітлені в методичних рекомендаціях Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та

наркології [7-8]. Рання медико-соціальна реабілітація визнається ефективною формою інтервенції [11, 13-18]. Основними задачами терапії вважаються: нав'язування дитині комунікації, у тому числі полегшеної, усунення порушень перцепції, розвиток дрібної моторики, розвиток пізнавальних процесів, стимулювання розвитку емоційної когніції і соціальної перцепції, формування навичок соціального функціонування.

В відділенні медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними та поведінковими розладами Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології обсяг втручань при наданні медико-соціальної реабілітації дітям хворим на аутизм та їх родинам стандартизовано, як по формах, так і по тривалості інтервенцій [7-8, 15-17].

Ми пропонуємо родинам, що мають дитину хвору на аутизм програму медико-соціальної реабілітації, розраховану на щоденні терапевтичні інтервенції тривалістю 3 – 4 години (18 – 30 годин протягом тижня). Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів. Ми виділяємо: а) тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції, б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок), в) бихевіоральні тренінги, спрямовані на елімінацію небажаних форм поведінки, г) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінки в класі і т.д.)). При необхідності (відсутності експресивної чи мови на перших її етапах розвитку) використовувалися елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми).

Переважну частину щоденних вправ з дитиною згідно індивідуальних реабілітаційних програм мають робити батьки. Складання, коректування індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей, навчання батьків технікам проведення тренінгів проводяться нами під час щомісячних тижневих реабілітаційних курсів.

На першому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму основною задачею є усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини.

Основними формами психосоціального втручання при роботі з наслідком психопатологічних розладів ми вважаємо: а) нав'язування контакту з дитиною, б) подолання нейрофізіологічних пору-

шень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції, в) вироблення уміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання, г) елімінацію патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії, д) роботу з експресивною мовою, е) напрацювання уміння наслідувати іншим, ж) навчання грі іграшками відповідно їх призначенню, з) формування комунікативних навичок.

Сенсорна стимуляція та інтеграція забезпечуються при проведенні стимуляційних секвенцій комплексів вправ, спрямованих на подолання порушень сенсорного сприйняття та зменшення частоти та інтенсивності аутоstimуляцій. Сенсорні секвенції плануються на підставі сенсорної діагностики індивідуально для кожної дитини. До секвенції вводяться тренінгові вправи націлені на всі основні форми сприйняття: тактильне (стимуляція кистей рук, стіп, обличчя і ротової порожнини, поверхні тіла); зорове (вправи в затемненій кімнаті, стимуляція зору за допомогою яскравих предметів, локалізованих випромінювачів світла); нюхове (презентація різких і слабких нюхових подразників, у залежності від виду порушення чутливості: гіпо- чи гіперчутливості); вестибулярне (повороти тулубу, голови, перекиди, стрибки на пружній поверхні); смакове (презентація смакових подразників); пропріоцептивне (стимуляція глибокого суглобного почуття). Особливе значення має стимуляція слуху через поширеність у дітей із загальними порушеннями розвитку «тинітусів» вушних шумів чи підвищеної слухової чутливості на окремій різновиди подразників.

Стимуляційні секвенції батьки мають проводити 2-3 рази на день. Склад секвенцій потрібно переглядати щомісяця. При плануванні наступних секвенцій тренінгові вправи потрібно ускладнювати, вводити нові різновиди подразників. При появі можливості привертання та принаймні нетривалого утримання зорової уваги дитини потрібно починати відпрацьовувати навички виконання нею простих інструкцій, а у секвенцію додатково вводити елементи когнітивного тренінгу (інформаційні біти, вправи на дужу моторику, зорово-моторну координацію, наслідування).

На другому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму метою терапії має бути досягнення максимального рівня когнітивного і соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування.

Психосоціальне втручання на цьому етапі

медико-соціальної реабілітації передбачає: а) діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій з окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм, б) вироблення комунікативних навичок, в) трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність, г) вироблення альтернативних форм взаєморозуміння при відсутності експресивної мови, д) формування окремих навичок соціальної взаємодії.

Когнітивні тренінги на цьому етапі медико-соціальної реабілітації проводяться батьками хворих дітей по індивідуальній програмі у вигляді щоденних коротких занять тривалістю 15 – 20 хв. При необхідності призначаються додаткові (1 – 2 рази на тиждень) індивідуальні заняття з фахівцями -дефектологами.

Завдання когнітивних тренінгів для дітей спектру аутизму мають бути індивідуальними відповідно до рівнів їх когнітивного функціонування. На більш низькому рівні заняття мають бути спрямовані на розвиток наслідування, перцепції, великої і дрібної моторики. При більш високому рівні когніції до тренінгів включалися вправи на розвиток зорово-рухової координації, пізнавальних функцій і мови. Вищому рівню складності, доступному лише частині дітей, відповідали тре-

нінги емоційної когніції і соціальної перцепції. Ці тренінги мали на меті навчання дитини розумінню своїх і звернених емоцій: розумінню схематично зображених емоцій, градації почуттів, зв'язку емоцій із соціальними ситуаціями, оцінці і можливості передбачення емоційних реакцій інших людей, соціально сприйнятливим формам вираження емоцій а також навичкам групової соціальної комунікації.

Вимоги до обсягу медико-соціальної реабілітації дітей з розладами спектру аутизму повинні визначатися: а) біологічним і психологічним віком дитини; б) тяжкістю розладу; в) ступенем когнітивної недостатності; г) наявністю і тяжкістю розладів рецептивної та експресивної мови; д) наявністю перцепторних розладів і ауто стимуляцій; е) наявністю порушень активності та уваги.

Робота в реабілітаційних центрах має будуватися за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з лікарем – психіатром дитячим. Усі діти, в яких діагностовано розлади спектру аутизма, щомісячно повинні оглядатися корекційним педагогом, раз на півроку – лікарем-психіатром дитячим і лікарем-неврологом дитячим. Індивідуальну програму реабілітації можуть виконувати медичні сестри, психологи, корекційні педагоги, що мають спеціальну підготовку і досвід роботи з дітьми з розладами спектру аутизму, або безпосередньо батьки хворої дитини.

Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами спектру аутизму віком 2–5 років

Основою реабілітаційної роботи є використання когнітивно-поведінкових методик (табл. 1). Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з розладами спектру аутиз-

ма віком 2 – 5 років має становити 30 – 40 годин на тиждень. Медико-соціальна реабілітація повинна проводитися в установах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я.

Таблиця 1

Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизму віком 2–5 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Сенсорна стимуляція та інтеграція	Поліпшення сприйняття дитиною сенсорної інформації Зменшення кількості ауто стимуляцій Поліпшення здатності концентрувати увагу на відповідних подразниках
Поведінкові методики АВА FBA TEACCH	Корекція порушень поведінки Засвоєння навичок охайності Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Опрацювання елементів комунікації Розвиток ігрових навичок
Тренінги мови і комунікації Бітова система розвитку рецептивної мови Розвиток рецептивної мови за допомогою роботи з предметами Введення елементів полегшеної комунікації Робота з ярликами Робота з піктограмами	Розвиток розуміння мови Стимуляція використання / встановлення експресивної мови : – як засобу задоволення своїх потреб – як засобу коментування дій

Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами спектру аутизма віком 6–9 років

Основою реабілітаційної роботи є використання засобів корекційної педагогіки і поведін-

кової психотерапії для усунення тяжких форм поведінки (табл. 2).

Таблиця 2

Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизма віком 6 – 9 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Сенсорна стимуляція та інтеграція	Поліпшення сприйняття дитиною сенсорної інформації Зменшення кількості аутоstimуляцій Поліпшення здатності концентрувати увагу на відповідних подразниках
Поведінкові методики: АВА FBA ТЕАССН	Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Напрацювання елементів комунікаційних навичок Розвиток ігрових навичок Створення мотивацій II рівня
Тренінги мови і комунікації: Розвиток експресивної мови Тренінги комунікації в парі або групі Введення полегшеної комунікації Робота з ярликами Робота з піктограмами	Поліпшення здатності використання експресивної мови: розширення активного словникового запасу, правильна побудова речень розвиток/встановлення навичок комунікації у парі

Робота в реабілітаційних центрах має бути побудована за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з корекційним педагогом за участю дитячого психіатра. Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з розладами спектру аутизма віком 6 – 9 років становить 40 – 50 годин на тиждень.

Залежно від рівня когнітивного функціонування дитини і наявності стійких поведінкових порушень реабілітацію слід проводити в установах, підпорядкованих відповідно Міністерству освіти або Міністерству охорони здоров'я. Діти з IQ вище 70 повинні навчатися в загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педа-

гогічної корекції з додатковим об'ємом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ 35 – 70 мають навчатися за програмою допоміжної школи з додатковим об'ємом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ нижче 35 повинні навчатися за індивідуальною програмою, направленою на формування навичок самообслуговування і доступних форм соціального функціонування у сім'ї. У випадку наявності стійких порушень поведінки діти мають навчатися в установах Міністерства охорони здоров'я, а за відсутності стійких порушень поведінки – в установах Міністерства науки та освіти.

Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами спектру аутизма віком 10–14 років

Основною метою реабілітаційної роботи для вказаної вікової групи є максимальна адаптація дитини в соціальне середовище, що досягається використанням навчальних методик і поведінкової терапії (табл.3).

Робота в реабілітаційних центрах має бути побудована за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з корекційним педагогом. Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій становить 40 – 50 годин на тиждень.

Реабілітаційна робота повинна проводитися в установах Міністерства освіти, Міністерства охорони здоров'я і Міністерства праці і соціальної політики відповідно до рівня когнітивного функціонування дитини і наявності стійких поведінкових порушень. Діти з IQ вище 70 мають

навчатися у загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педагогічної корекції з додатковим обсягом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ 35 – 70 повинні навчатися за програмою допоміжної школи з додатковим об'ємом освітніх послуг в спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ нижче 35 мають навчатися за індивідуальною програмою, направленою на формування навичок самообслуговування і доступних форм соціального функціонування в сім'ї. За наявності стійких порушень поведінки діти повинні навчатися в установах Міністерства охорони здоров'я, а за відсутності стійких порушень поведінки – в установах Міністерства освіти, Міністерства праці і соціальної політики.

Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизму віком 10 – 14 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Сенсорна стимуляція та інтеграція	Поліпшення здатності концентрації уваги на відповідних подразниках
Поведінкові методики АВА FBA TEACCH	Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Розвиток ігрових навичок Створення мотивації II рівня
Тренінги мови і комунікації Тренінги комунікації у групі Використання полегшеної комунікації, ярликів і піктограм як альтернативного методу комунікації	Поліпшення можливості використання експресивної мови: – правильна побудова речень – формування діалогової мови Розвиток/встановлення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації

Вимоги до програмно-цілового обслуговування дітей з розладами спектру аутизму віком 15–18 років

При плануванні реабілітаційної роботи метою є досягнення максимальної соціальної адаптації дитини з розладами спектру аутизма (табл. 4).

Таблиця 4

Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизму віком 15 – 18 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Поведінкові методики АВА FBA TEACCH	Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Створення мотивації II рівня
Тренінги мови і комунікації Тренінги комунікації у груп Використання полегшеної комунікації, ярликів і піктограм як альтернативного методу комунікації	Покращання можливості використання експресивної мови: – розвиток діалогової мови формування можливостей розповіді, переказу Використання і удосконалення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації
Тренінги соціального функціонування	Засвоєння складних навичок соціального функціонування

Основним є використання тренінгів соціальної компетентності, елементів корекційно-педагогічних методик і поведінкової терапії.

Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з РЗР віком 15 – 18 років становить 30 – 40 годин на тиждень. Залежно від рівня когнітивного функціонування реабілітаційна робота має проводитися в установах Міністерства праці і соціальної політики або Міністерства освіти. За наявності стійких порушень поведінки діти повинні отримувати реабілітаційні послуги в лікувальних закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я.

Медикаментозної терапії аутизму приділяється обмежене, але усе-таки важливе місце [18-21].

Агресивність в поєднанні з надпобудливістю

є одним із проявів розладів спектру аутизма і її діагностика у пацієнтів дитячо-підліткового віку розглядається багатьма дитячими психіатрами, як достатня підстава для застосування інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (SSRI) чи нейролептиків. З іншої сторони існує небезпека, що дитячі психіатри і батьки можуть використовувати психотропні препарати необґрунтовано широко, у тому числі з метою контролю над поведінкою, придушуючи за допомогою призначення нейролептиків і антидепресантів власний страх і безсилля перед поведінкою дітей з розладами спектру аутизма.

Поява атипичних антипсихотиків відкрила нові потенційні перспективи для медикаментозного лікування розладів спектру аутизма [7-8, 15-21].

Можливі переваги цієї групи психотропних препаратів пов'язані: 1) із кращою, у порівнянні з конвенційними нейролептиками, переносністю; 2) зі здатністю не тільки не погіршувати, але навіть поліпшувати при тривалому застосуванні когнітивне функціонування дітей, збільшуючи можливості для соціальної реабілітації.

Проте, розчин Рисполепту для перорального застосування залишається єдиним в Україні атипичним антипсихотиком зареєстрованим Фармцентром МОЗ України для лікування аутизму у дітей та підлітків. Препарат широко застосовується для лікування дітей з порушеннями загального розвитку: корекції агресивної та аутоагресивної поведінки, усунення стереотипій.

У відділенні медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними та поведінковими розладами Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології дітей дошкільного і молодшого шкільного віку лікування Рисполептом (Рісперидоном) починають з призначення 0,5 мг препарату на добу. Для того щоб уникнути виникнення піків концентрації і забезпечувати сталість терапевтичної концентрації антипсихотика в сироватці крові ми застосовуємо чотириох - шестиразовий прийом препарату у дітей у віці 3-6 років і 3-х кратний прийом у віці 6-10 років. Початкову дозу Рисполепту протягом 3-4 днів шляхом титрування слід збільшувати до досягнення мінімально - ефективної, але не вище 4 мг на добу, величини. За нашим досвідом середньодобова доза Рисполепту у дітей в віці 6-10 років становила $2.1 \pm 0,5$ мг, у дітей в віці до 6 років $1,9 \pm 0,6$ мг на добу.

Рандомізовані дослідження, виконані в нашому відділенні [7-8, 15-17, 20-21]. свідчать, що медико-соціальна реабілітація в сполученні з тривалою терапією низькими (1-3 мг на добу) дозами Рисполепту ефективніше при корекції у дітей з розладами спектру аутизму порушень поведінки і перцепції, ніж мототерапія антипсихотиками та ізолювана медико-соціальна реабілітація. Сполучення терапії рисперидоном з медико-соціальною реабілітацією створює у дітей з порушеннями загального розвитку кращі передумови для мовного, когнітивного розвитку та подолання проблем у сфері комунікації і соціального функціонування.

Батьки дітей, що знаходилися на ізолюваній

медико-соціальної реабілітації кінцю 6-го місяця контрольованого дослідження оцінювали якість свого життя, як нижчу, порівняно з батьками дітей, що лікувалися Рисполептом і отримували комплексну терапію. Монотерапія Рисполептом, у порівнянні з традиційною медико-соціальною реабілітацією, дозволяла забезпечувати не менш високу якість життя дитини при більш низькій завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою і терапевтичними заходами. При сполученні терапії Рисполептом з медико-соціальною реабілітацією ми спромоглися досягти найбільш високих показників якості життя дітей при меншій, у порівнянні з мототерапією Рисполептом і ізолюваною медико-соціальною реабілітацією, завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою. Але при цьому завантаженість діагностичними і терапевтичними заходами, зв'язаними з дитиною батьки оцінювали як більш високу.

Таким чином, при плануванні допомоги дітям із розладами спектру аутизму медико-соціальною реабілітацією слід розглядати, як основну формою терапевтичної інтервенції. Комплексна медико-соціальна реабілітація дітей з розладами спектру аутизму повинна включати: а) тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції, б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідування, шкільних навичок), в) поведінкові тренінги, г) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування; г) елементи методик альтернативної комунікації. Сполучене застосування медико-соціальної реабілітації та терапії невисокими дозами Рисполепта (Рісперидона) дозволяє прискорити психомоторний розвиток дітей з розладами спектру аутизму, домогтися редукції в них продуктивно-дизонтогенетичної симптоматики і досягти більш високого рівня когнітивного функціонування і якості життя. У статті обговорюються особливості психофармакотерапії та реабілітації психомоторного розвитку, когнітивного та соціального функціонування дітей з порушеннями загального розвитку. Лікування дітей з порушеннями загального розвитку винно спиратися на медико-соціальну реабілітацію в поєднанні з тривалою терапією Рисполептом (Рісперидоном) у низьких дозах.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБЩЕГО РАЗВИТИЯ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

В статье обсуждаются особенности психофармакотерапии и реабилитации психомоторного, когнитивного и социального функционирования детей с расстройствами аутистического спектра. Лечение детей с нарушением общего развития должно опираться на медико-социальную реабилитацию в сочетании с длительной терапией рisperидом в малых дозах. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 46-52).

I.O. Martzenkovskiy, Y.B. Bikshaeva, L.S. Vacshenko

DRUG THERAPY AND MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF THE CHILDREN WITH DISTURBANCES OF GENERAL DEVELOPMENT

Ukrainian Scientific Research Institution of the social and legal Psychiatry and narcology

In article opportunities principles of psychopharmacotherapy, medical and social rehabilitation of psychomotor, cognition and social functioning of children with autism spectrum disorder. Treatment of children with should base on medical-social rehabilitation connected with long-term therapy of Risperidol (Risperidon) in small doses. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 46-52).

Література

1. Eaves et al. Screening for autism: Agreement with diagnosis // *Autism*. — 2006. — V.10, № 3. — P. 229 – 242.
2. Spence S.J., Sharifi P., Witznitzer M. Autism spectrum disorder: screening, diagnosis, and medical evaluation // *Semin Pediatr Neurol*. — 2004. — V.11. — P. 186 – 195.
3. Brereton A., Tonge B. Autism and related disorders // *Section of Psychiatry of Mental Retardation, World Psychiatric Association*. — 2002. — P. 1 – 24.
4. Chakrabarti S., Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children // *JAMA*. — 2001. — V.285. — P. 3093-3099.
5. Tsai LY. Medical treatment in autism // In: Zager DB, editor. *Autism: identification, education, and treatment* / London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. — 1999. — P. 199-257.
6. Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки за 2008 рік. — Міністерство охорони здоров'я України, 2009.
7. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму // *Методичні рекомендації*, 2009. — 46 с.
8. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму // *Здоров'я України: Медична газета*, 2008. — № 23 /1. — С. 58 – 63.
9. Yeargin-Allsopp M., Rice C., Karapurkar T., et al. Prevalence of autism in US metropolitan area // *JAMA*. — 2003. — V.289. — P. 49-55.
10. Arnold LE, Aman MG, Martin A, et al. Assessment in multisite randomized clinical trials of patients with autistic disorder: The Autism RUPP Network // *J Autism Dev Disord*. — 2000. — V.30. — P. 99-111.
11. *Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Autism / Pervasive Developmental Disorders: Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*. — 1999. — P. 322.
12. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition* // APA. — Washington DC, 1994. — 265 p.
13. Berney T.P., Corbett J. Management of pervasive developmental disorders // *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation*. — Washington, DC: American Psychiatric Press, — 2001. — P. 451- 466.
14. Edward F. Yazbak, M.D. Autism in the United States: Perspective // *Journal of American Physicians and Surgeons*. — 2003. — № 4, V. 8. — P. 103 – 107.
15. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектра аутизму // *Нейро-News: психоневрологія та нейропсихіатрія*. — 2007. — № 1, Вип. 2. — С. 29 – 35; № 2, Вип. 3. — С. 32 – 38.
16. Марценковський І.А., Дружинська О.В. Принципи медико-соціальної реабілітації дітей з розладами спектра аутизму (порушеннями загального розвитку) // *Соціальна педіатрія: Зб. наук. праць*. — К.: Інтермед, 2005. — Вип. 3. — С. 304 – 308.
17. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Психофармакотерапія розладів загального розвитку у дітей // *Арх. психіатрії*. — 2003. — Т. 10, № 2 (37). — С. 15 – 25.
18. Henry W.M. Psychopharmacology in Autism Spectrum Disorders // *Curr. Opin Psychiatry*. — 2003. — V. 16(5). — P. 529-534.
19. Treatment with atypical antipsychotics: New indications and new populations /Glick I.D., Murray S.R., Vasudevan P., Marder S.R., Hu R.J.// *J. Psychiatr. Res.* — 2001. — V.35. — P.187-191.
20. Марценковський І.А., Бикшаева Я.Б. и др. Влияние рisperидола на когнитивное функционирование и эффективность медико-социальной реабилитации у подростков, больных шизофренией и детей с общими нарушениями развития // *Архив психиатрии*. — 2001.- В.1. — С. 129 - 136.
21. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 1999. — № 4. — С. 39–42.

Поступила в редакцию 21.04.2006