Расстройства аутистического спектра

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F84.0, F84.1, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9 · Союз педиатров России, Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику

Расстройство аутистического спектра — нарушение нейропсихического развития с нарушениями социального взаимодействия и коммуникации, а также ограниченным, повторяющимся поведением и интересами. Рекомендация описывает ранний скрининг и комплексную диагностику, абилитацию и лечение сопутствующих расстройств у детей и подростков.

Главное

- Для РАС типична диагностическая триада: нарушения социального взаимодействия, коммуникации и ограниченное повторяющееся стереотипное поведение или интересы. Первые признаки чаще появляются до 3 лет, а особенности социального функционирования могут сохраняться пожизненно.
- В общей педиатрической практике следует проводить скрининг всех детей до 3 лет; M-CHAT-R/F применяют в возрасте 16–30 месяцев (УУР А, УДД 1).
- Диагноз устанавливает врач-психиатр по клинической картине и анамнезу; стандартизированные методики дополняют, но не заменяют клиническую диагностику.
- Лекарств, доказанно влияющих на ключевые симптомы РАС, нет. Основу помощи составляют поведенческие, образовательные и психологические вмешательства.
- Фармакотерапию начинают после исключения боли, эпилептических приступов, других медицинских проблем и влияния факторов среды; препараты используют при коморбидных расстройствах и значимых поведенческих нарушениях, не поддающихся немедикаментозной коррекции.
- Детям с РАС необходимы ежегодные осмотры детского психиатра и участкового педиатра для контроля психического и соматического состояния (УУР С, УДД 5).
- Вакцины, включая вакцину против кори, паротита и краснухи, не имеют причинно-следственной связи с возникновением РАС; вакцинация не повышает риск расстройства.

Диагностика

1. Провести скрининг в первичном звене. Для детей 16–30 месяцев использовать M-CHAT-R/F (УУР А, УДД 1); при результате 3–7 баллов провести пошаговое интервью, при сохраняющемся результате 2 балла и выше направить на дальнейшую диагностику. При 8–20 баллах направить ребенка без дополнительного интервью.
2. При подозрении на РАС направить ребенка или подростка к врачу-психиатру; основанием служат положительный скрининг, задержка речи и коммуникации, нарушения поведения или эмоциональные расстройства, а также наличие сиблинга с РАС (УУР С, УДД 4).
3. Собрать анамнез развития и оценить три группы признаков: социальное взаимодействие, коммуникацию и ограниченное повторяющееся поведение. У детей старшего возраста дополнительно оценить динамику симптомов с возрастом и на фоне терапии.
4. Проверить психические и соматические коморбидные состояния; осмотр педиатра показан всем детям и подросткам с подозрением на РАС или установленным диагнозом (УУР В, УДД 3). При регрессе развития, моторных нарушениях или подозрении на эпилепсию нужен невролог (УУР С, УДД 2).
5. Провести объективную аудиометрию всем детям с подозрением на РАС и установленным диагнозом для исключения нарушений слуха (УУР С, УДД 3).
6. Провести прием врача-офтальмолога всем детям с подозрением на РАС и установленным диагнозом для исключения или коррекции нарушений зрения (УУР С, УДД 3).
7. Генетическое обследование рекомендовано всем детям и подросткам с РАС (УУР С, УДД 5), с выбором методов с учетом индивидуального плана, составленного с привлечением врача-генетика. При подозрении на задержку моторного развития при нормальном или сниженном мышечном тонусе определить креатинкиназу и ТТГ (УУР С, УДД 5).
8. ЭЭГ и МРТ головного мозга не проводят рутинно для диагностики РАС. ЭЭГ назначают при подозрении на эпилепсию, глобальную задержку развития или моторную регрессию с диспраксией либо дистоническими

симптомами; нейровизуализацию — при наличии другого показания, например эпилепсии или подозрения на объемный процесс.

Лечение

- Основу помощи составляет постоянная абилитация с поведенческими, психологическими и образовательными методами; вмешательства направляют на развитие речи, коммуникации, когнитивных и адаптивных навыков.
- Для дошкольников рекомендовано раннее интенсивное поведенческое вмешательство EIBI на принципах прикладного анализа поведения для развития вербального и невербального IQ, речевых навыков и адаптивного поведения, включая социальные, коммуникативные и жизненные навыки (УУР А, УДД 1).
- ESDM применяют у детей до 6 лет для развития речевых и когнитивных навыков, а в возрасте 18–30 месяцев — также для развития адаптивного поведения и снижения симптоматики аутизма (УУР А, УДД 2). Для детей, подростков и молодых людей может использоваться TEACCH для улучшения социального поведения, когнитивных, вербальных, моторных навыков и навыков восприятия (УУР В, УДД 2).
- При низком уровне функциональной речи использовать альтернативную и дополнительную коммуникацию, включая PECS, для развития функциональной и речевой коммуникации, социальных и академических навыков и уменьшения нежелательного поведения (УУР А, УДД 2). Обучение родителей работе с нежелательным поведением показано детям и подросткам до 18 лет (УУР А, УДД 1).
- При коморбидных тревоге, депрессии или ОКР могут применяться СИОЗС (УУР В, УДД 3). Сертралин: детям 6–12 лет начать с 25 мг/сут, через неделю повысить до 50 мг/сут, максимум 200 мг/сут; подросткам 13–17 лет начальная доза 50 мг/сут. Флувоксамин с 8 лет: 25 мг на ночь, повышать на 25 мг каждые 4–7 дней; эффективная доза 50–200 мг/сут, максимум 200 мг/сут, дозу выше 50 мг делить на два приема.
- При раздражительности, агрессии и самоповреждении рекомендован рисперидон (УУР В, УДД 1). При массе тела 20 кг и более начальная доза 0,5 мг/сут, при массе менее 20 кг — 0,25 мг/сут; эффективный диапазон 0,5–3 мг/сут. Препарат разрешен к применению с 5 лет; данные о дозировках при массе менее 15 кг отсутствуют.
- Арипипразол может применяться коротким курсом до 6 недель при раздражительности, агрессии и самоповреждении (УУР А, УДД 1), но в РФ до 18 лет противопоказан и возможен только вне инструкции. Поддерживающие дозы составляют 5–15 мг/сут, максимум 15 мг/сут.
- При СДВГ или СДВ рекомендован атомоксетин (УУР В, УДД 1): при массе до 70 кг начать с 0,5 мг/кг/сут, повысить до 1,2 мг/кг/сут, максимум 1,8 мг/кг/сут; при массе более 70 кг — начать с 40 мг/сут, повысить до 80 мг/сут, максимум 100 мг/сут. При расстройствах сна мелатонин назначают индивидуально по 2–5 мг однократно перед сном (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Направлять к детскому психиатру всех детей и подростков с положительным скринингом, задержкой речи и коммуникации, нарушениями поведения или эмоциональными расстройствами, а также при наличии сиблинга с РАС.
- Направлять к неврологу при регрессе развития, моторных нарушениях или подозрении на эпилепсию; к генетику — при первичной постановке диагноза и особенно при семейном анамнезе, признаках метаболических нарушений, наличии малых аномалий или врожденных пороков развития в сочетании с нарушением интеллектуального развития, эпилепсией или двигательными нарушениями.
- Госпитализация в психиатрический стационар показана при тяжелых поведенческих нарушениях или коморбидном психическом расстройстве, требующем подбора психофармакотерапии. Рутинная госпитализация при отсутствии выраженных коморбидных психических расстройств не рекомендуется.
- После успешного подбора психофармакотерапии и нормализации состояния пациента выписывают; уже в стационаре следует начинать работу с семьей и подключать реабилитационные мероприятия.
- При установленном РАС требуется диспансерное наблюдение психиатром и участковым педиатром не реже одного раза в год.

Частые вопросы

Какие три группы симптомов необходимы для диагностики детского аутизма по МКБ-10?

Нужны качественные нарушения социального взаимодействия, коммуникации и наличие ограниченного, повторяющегося стереотипного поведения, интересов или деятельности. Для детского аутизма симптомы должны появиться в первые 3 года жизни.

Как интерпретировать M-CHAT-R/F?

0–2 балла — низкий риск; 3–7 — средний риск, требующий пошагового интервью; 8–20 — высокий риск и направление на дальнейшую диагностику без обязательного интервью. Если после интервью результат остается 2 балла и выше, ребенка направляют на диагностику.

Нужна ли ЭЭГ каждому ребенку с РАС?

Нет, рутинная ЭЭГ для диагностики РАС или уточнения его этиологии не рекомендуется (УУР В, УДД 3). Исследование проводят при подозрении на эпилепсию, глобальной задержке развития или моторной регрессии с диспраксией либо дистоническими симптомами; при необходимости целесообразно исследование со сном длительностью 30–60 минут.

Есть ли лекарство, лечащее основные симптомы РАС?

Нет, ни один препарат не имеет доказанной способности влиять на ключевые симптомы РАС. Лекарства применяют для лечения коморбидных состояний, например раздражительности, агрессии, СДВГ, тревоги, депрессии, ОКР и нарушений сна.

Какие методы лечения РАС не следует назначать?

Не следует назначать хелирование и гипербарическую оксигенацию для лечения РАС; хелирование может вызвать тяжелые побочные эффекты и летальный исход, а гипербарическая оксигенация — в том числе баротравму уха. Эффективность безглютеновой, безказеиновой и кетогенной диет для ключевых симптомов РАС не подтверждена.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/594-rasstrojstva-autisticheskogo-spektra. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/594_3