

СРС НА ТЕМУ : «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА»



Подготовила: Усенова Мариям

Группа: ОМ 62-1

Проверил(а): Субханбердина А.С.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Расстройства аутистического спектра представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации. Для больных характерны фобии, возбуждение, пищевое поведение и другие неспецифические симптомы.



По Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) к общим расстройствам развития относятся:

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
- 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, неуточнённое



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

1. Аутистическое одиночество — неспособность устанавливать теплые эмоциональные взаимоотношения с людьми.

- Иногда, уже на первом году жизни родители замечают эмоциональные и поведенческие особенности ребенка: ребенок с 6-7 месяцев избегает физического прикосновения и сближения, не стремится «на ручки», не улыбается в ответ. Он не обращается к родителям за лаской или утешением, тяготеет к объятиям и проявлениями родительской любви. Ребенок нередко не проявляет тревоги при разлуке с мамой, не стремится схватиться за нее в незнакомой обстановке. В качестве особенностей зрительного восприятия следует рассматривать тот факт, что значимые визуальные стимулы (человеческое лицо, глаза) не вызывают реакции оживления, типичной для здоровых детей, наоборот, дети с РАС избегают визуального контакта.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

2. Расстройство речевого развития

- Для детей с аутистическими проявлениями характерны следующие особенности развития речи: недифференцированный плач, вызывающий трудности в интерпретации, малоактивное или необычное гуление, напоминающее визг или крик, отсутствие звуковой имитации (Гилберг К., Питерс Т., 1998).
- Речевые расстройства разнообразны, наиболее отчетливо заметны после 3 лет (Rutter M., 1985; Trevarthen G., Aitken K., Papoudi D., Roberts J., 1996).

Спектр речевых расстройств:

- Первичный мутизм (с самого начала развития речь отсутствует);
- Формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом;
- Формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5 — 6 лет) и регрессионно-искаженной динамикой после 5-7 лет;
- Задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития;
- Искаженное развитие речи.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Навязчивое желание однообразия

- ▣ **Наблюдаемое у детей с РАС стереотипное, ритуальное поведение, цель которого заключается в сопротивлении переменам и сохранении неизменным привычного жизненного уклада, однообразной знакомой еды, одежды, игрушек, окружающей обстановки, маршрутов прогулок. Озабоченность не изменять свои привычки и вкусы распространяется и на игру — на ведущую деятельность в дошкольном возрасте.**



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Особенности игры

- ▣ Игра детей с РАС, как правило, нефункциональна, несоциализирована, лишена сюжета и символических черт, ригидна, монотонна, и состоит из многократно повторяющихся манипуляций с игрушками (которые используются не по назначению) или с неигровыми неструктурированными материалами (палочки, вода, песок, кусочки ткани, обрывки бумаги).

Причудливое поведение, манерность

- ▣ Поведение ребенка может быть расценено как гиперактивное (иногда с элементами двигательной расторможенности) или, наоборот, гиподинамичное. Характерно раскачивание при ходьбе (по типу наклонов «вперед-назад»), кружение по комнате (по типу «манежного бега»), яктации, подпрыгиваний, хлопков в ладоши.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Особенности когнитивного развития

- Умственное развитие детей с РАС может быть нормальным, ускоренным или резко задержанным. Может наблюдаться различная по степени умственная отсталость. Встречается парциальная одаренность в определенных областях, так называемые «осколки функций». Например способность к запоминанию больших объемов информации, не связанных логическими связями, умение быстро вычислять и решать в уме сложные арифметические задачи (деление и умножение многозначных чисел вычисление корня, возведение в степень).



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- ▣ Особенности эмоционального развития
- ▣ У детей с РАС отмечаются эмоциональные реакции (гнева, страха, раздражения), выраженность которых иногда бывает очень значительной, симптомы самоповреждения, проявления аутоагрессии в виде ударов головой, вырывания волос, царапания, кусания . У пациентов с РАС нередко нарушения пищевого поведения, нарушение сна, расстройство функций тазовых органов.



Клиническая дифференциация эволютивного аутизма

	Синдром Аспергера	Синдром Каннера
Аутизм	Легкий/средний; с годами смягчается, сохраняется социальная неуклюжесть	Аутизм в тяжелой форме сохраняется н а протяжении жизни, изменяет психическое развитие
Речь	Раннее развитие грамматически и стилистически правильной речи	Больные поздно начинают говорить, речь не выполняет коммуникативной функции (эхолалии) и в 50% плохо развита
Моторика	Моторная неуклюжесть	Крупная моторика угловатая с двигательными стереотипиями, а атетозоподобными движениями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечной дистонией
Интеллект	Высокий или выше среднего. Больные обучаются по общеобразовательной программе, получают высшее образование. После 35-40 лет создают семью.	Когнитивные нарушения с рождения. К пубертатному возрасту интеллект диссоциированно снижен ($IQ < 70$). Обучаются по коррекционной Программе VIII вида.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ РАС

	Инфантильный психоз	Атипичный детский психоз
Дизонтогенез	Диссоциированный дизонтогенез	Аутистический дезинтегративный дизонтогенез
Кататонический синдром	Кататонический синдром сменяется нажитым гиперкинетическим в ремиссии и в последующем купируется	Кататонические нарушения при АДП в манифестных приступах сочетаются с регрессивными и сохраняются на протяжении жизни в форме двигательных стереотипий.
Течение	Положительная динамика в течении болезни	Прогрессирующее течение с ранним формированием когнитивного дефицита, схизиса, ангедонии, алекситимии в 80%
Исход	Благоприятный: в 6% -«практическое выздоровление», в 50%- «высокофункциональный аутизм», в 44% -регрессирующее течение со смягчением аутизма	Неблагоприятный в 80%: сохраняется тяжелый аутизм, олигофреноподобный дефект

ДИФ. ДИАГНОСТИКА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- ❑ РАС следует дифференцировать от рано начавшейся детской шизофрении, с дефектами органов чувств и УМО.
- ❑ У детей с шизофренией, в отличие от детей с РАС, может быть выявлена бредовая симптоматика или галлюцинации, хотя до момента их появления анамнез обычно без особенностей (в отношении собственно психотической симптоматики), нарушение речевого развития, умственная отсталость не типичны.
- ❑ При УМО с аутистическими чертами у детей и подростков в меньшей степени нарушено эмоциональное отношение к одушевленным и неодушевленным предметам. Двигательные стереотипии тоже имеют свои особенности.
- ❑ РАС нужно отличать от депривационного синдрома, расстройствами привязанности в результате тяжелой педагогической запущенности. У этих детей тоже может нарушаться способность к контакту, но чаще в форме депрессивной симптоматики.



ЛЕЧЕНИЕ

- Неотъемлемым элементом работы с пациентом с РАС является психообразование. Помимо "образовательного" подхода необходимо позаботиться о развивающем и структурированном воспитательном климате для ребенка, снижении ригидности, лечении коморбидности и поддержке родителей и других лиц, которые профессионально сопровождают таких детей.
- В случае присутствия серьезных сопутствующих симптомов, которые не снимаются поведенческим подходом (беспокойное и неконтролируемое поведение, аффективные вспышки и агрессия, нанесение самоповреждений, ригидность в поведении и мышлении, а также симптомы тревоги и депрессии), показано лекарственное лечение, например, метилфенидат (при симптомах СДВГ) и риспердон (при агрессии).



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- <http://pmarchive.ru/rasstrojstva-autisticheskogo-spektra-v-praktike-detskogo-vracha/>
- <http://www.mniip.org/news/detail.php?ID=1477>
- Башина В.М. Аутизм в детстве, 1999.-М., Медицина. - с.240
- <http://minzdrav.govmurman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/2100.pdf>

