Бизюкевич С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Biziukevich S.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Диагностические возможности «Плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2)

Diagnostic Capabilities of the "Autism Diagnostic Observation
Schedule-2" (ADOS-2)

Резюме

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой актуальную проблему в детской психиатрии. Остро стоит задача повышения уровня достоверности диагностики и дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра с другими психическими и поведенческими расстройствами. Цель исследования – оценить клинико-диагностические возможности метода «План диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2). В исследование включено 102 пациента с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 2 до 10 лет. Общий балл по ADOS-2 у детей с РАС варьировал от 6 до 28, среднее значение которого составило $18,5 \pm 4,7$ балла. Степень выраженности аутистических проявлений в нашем исследовании оценивали при помощи сравнительного балла ADOS-2. Показатели сравнительного балла у обследуемых детей с РАС согласно ADOS-2 составляли от 4 до 10 баллов, среднее значение которого $6,5 \pm 2,0$. В результате исследования установлена статистическая значимость различий при анализе распределения обследуемых детей по диагностической группе (ADOS-2), степени тяжести РАС и выставленному диагнозу по МКБ-10 ($p < 0,05$). По результатам обследования по ADOS-2, 69% (70 детей) были отнесены в диагностическую категорию «аутизм», которые подтверждали выставленный диагноз РАС по МКБ-10, 30% (31 ребенок) были определены в диагностическую категорию «спектр аутизма», что указывает на вторичную природу наличия признаков РАС. В одном случае (0,98%) диагноз РАС согласно обследованию по ADOS-2 был опровергнут. ADOS-2 позволяет четко разграничить клинические подгруппы РАС, выделить расстройства с более «узким» и «широким фенотипом», определить степень выраженности аутистических проявлений у конкретного исследуемого ребенка с учетом его хронологического возраста и уровня владения речью, тем самым подобрать индивидуальную ступень образовательных и коррекционных мероприятий и оценить эффективность их применения.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, степень тяжести аутистических признаков, диагностическая категория, диагностика, план диагностического обследования при аутизме-2 (ADOS-2).

Abstract

Autism spectrum disorders are an urgent problem in child psychiatry. An urgent task is to increase the level of reliability of diagnosis and differential diagnosis of autism spectrum disorders with other

mental and behavioral disorders. The aim of our study is to evaluate the clinical and diagnostic capabilities of the "Autism diagnostic observation schedule-2" (ADOS-2). The study included 102 patients with autism spectrum disorders aged from 2 to 10 years. The total ADOS-2 score in children with ASD ranged from 6 to 28 with an average value of $18,5 \pm 4,7$ points. The severity of autistic manifestations in our study was assessed using the comparative ADOS-2 score. The indicators of the comparative score in the examined children with ASD, according to ADOS-2, ranged from 4 to 10 points, the average value of which was $6,5 \pm 2,0$. As a result of the study, the statistical significance of differences was established in the analysis of distribution of the examined children by the diagnostic group (ADOS-2), severity of ASD, and the diagnosis made according to the ICD-10 ($p < 0,05$). According to the results of the ADOS-2 examination, 69% (70 children) were assigned to the diagnostic category "autism", which confirmed the diagnosis of ASD according to ICD-10; 30% (31 children) were assigned to the diagnostic category "spectrum of autism", which indicates the secondary nature of the presence of the signs of ASD. In one case (0,98%), the diagnosis of ASD according to the ADOS-2 survey, was refuted. ADOS-2 let to clearly distinguish between clinical subgroups of ASD, to distinguish disorders with a "narrower" and "wider" phenotype, to determine the severity of autistic manifestations in a particular child, taking into account their chronological age and level of speech proficiency, thereby choosing an individual level of educational and correctional measures, and evaluate the effectiveness of their application.

Keywords: autism spectrum disorders, severity of autistic signs, diagnostic category, diagnostics, autism diagnostic observation schedule-2 (ADOS-2).

■ ВВЕДЕНИЕ

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) в детской психиатрии не теряет своей значимости, что обусловлено неуклонным ростом числа детей с аутизмом. Распространенность расстройств аутистического спектра широко варьирует и, по оценкам различных исследователей, составляет не менее 1,5% в развитых странах. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, РАС в мире встречаются у одного из 160 детей [1]. В Европе самая высокая распространенность РАС наблюдается в Швеции – 115 случаев на 10 000 детского населения, в то время как самый низкий показатель распространенности РАС в Хорватии – 2–3 случая на 10 000 детского населения. Распространенность РАС в 11 штатах США среди детей в возрасте 8 лет составляет 1 случай на 59 человек [2]. В Италии распространенность РАС у детей в возрасте 7–9 лет составляет примерно один случай на 87 детей [3]. В западных регионах Польши за 2016 год распространенность РАС составила 35 случаев на 10 000 детей [4]. По данным пилотного эпидемиологического скрининга риска возникновения РАС, проводимого Минздравом России с 2014 по 2019 г. распространенность расстройств аутистического спектра у детей в возрасте до 2 лет составила 5 случаев на 10 000 [5], в возрасте до 4 лет – 18 случаев на 10 000 детского населения [6]. В Республике Беларусь в 2019 г. под диспансерным наблюдением детских психиатров находилось 1800 детей с РАС [7].

По результатам исследований многих ученых число зарегистрированных случаев детей с аутизмом недостаточно точно отражает распространенность, так как расстройства аутистического спектра не всегда диагностируются, в том числе и по причине наличия коморбидных

расстройств. Так, у 20% детей с РАС присутствует коморбидный синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [8]. 10% детей с РАС имеют неврологические расстройства, такие как эпилепсия [9]. 1–50% детей с РАС отмечают наличие тикозных расстройств, в 8–28% случаев у детей с РАС обнаруживается обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), а 6–17% детей с расстройствами аутистического спектра имеют различные нарушения пищевого поведения [10, 11]. Не менее 4% детей с РАС являются носителями какого-либо генетического нарушения, которое выражается в развитии определенного генетического синдрома, где расстройства аутистического спектра являются одним из проявлений данного генетического нарушения [10, 11].

Недостаточно точное отражение распространенности РАС связано не только с наличием коморбидных расстройств, затрудняющих дифференциальную диагностику, но и с гипердиагностикой. Опираясь на диагностические критерии, представленные в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10): качественные отклонения в социальных взаимодействиях; в показателях коммуникабельности, а также ограниченные стереотипные интересы и поведенческие реакции, диагноз расстройств аутистического спектра часто ошибочно устанавливают детям с нарушениями развития речи [12] и с другими психическими расстройствами, сопровождающимися гиперактивностью, стереотипными движениями, интеллектуальным снижением либо детям с вторичными аутистическими клиническими проявлениями, имеющим органическое поражение головного мозга [13].

В психиатрической практике расстройства аутистического спектра диагностируются, как правило, после трех лет и позднее, что затрудняет раннее медико-коррекционное вмешательство и приносит большие социально-экономические расходы в связи с увеличивающимся количеством детей-инвалидов. Тем не менее исследования показывают, что симптомы РАС присутствуют уже в возрасте от 6 до 18 месяцев [14, 15]. Однако у различных симптомов, характерных для расстройств аутистического спектра, существуют так называемые подпороговые показатели, то есть такая степень проявления признака, которая позволяет врачу зафиксировать ее, но не позволяет выставить клинический диагноз [16]. В связи с этим исследователи обычно условно выделяют «узкий фенотип», который имеет такую степень проявлений признаков РАС, которая позволяет с высокой степенью достоверности выставить диагноз и провести дифференциальную диагностику с другими психическими и поведенческими расстройствами, и «широкий фенотип» РАС с меньшей степенью выраженности признаков расстройств аутистического спектра, относящихся в группу «спектра аутизма», нередко в сочетании с иными коморбидными психическими расстройствами [14–16].

Трудности в более раннем выявлении и диагностике расстройств аутистического спектра объясняются не только клиническим многообразием симптомов РАС, наличием коморбидных расстройств, возрастом ребенка, поздним обращением к специалисту, но и ограниченным применением в нашей стране диагностических инструментов, ориентированных на возраст ребенка, его уровень интеллектуального развития и владения экспрессивной речью, а также в связи с отсутствием

сертифицированных специалистов, имеющих возможности применения ADOS-2 в диагностике РАС.

Для снижения субъективности диагностики и дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра в настоящее время во многих зарубежных странах используются стандартизированные методы для выявления РАС. «Золотым стандартом» диагностики РАС считаются: «Интервью для диагностики аутизма – переработанное» (ADI-R) [17] и «План диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2). Данные стандартизированные методы переведены на многие языки и адаптированы к применению в том числе и для русскоговорящего населения. Перевод на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. Под общей редакцией Александра Сорокина, 2016 г. Giunti OS Organizzazioni Speciali [18].

В практическом применении важным при интерпретации полученных результатов по ADOS-2 является правильное понимание различий между диагностической группой по ADOS-2 и клиническим диагнозом. Клинический диагноз РАС выставляется на основании диагностических критериев стандартных диагностических руководств, таких как Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

В действующей МКБ-10 при выставлении клинического диагноза РАС отмечаются значительные затруднения в понимании различий между отдельными клиническими подгруппами РАС и понятиями «аутизм» и «спектр аутизма». В МКБ-10 для выставления клинического диагноза из рубрики F84 необходимо наличие трех диагностических критериев: нарушение социального взаимодействия, нарушения коммуникации, ограниченные интересы и стереотипные паттерны поведения. В МКБ-10 нет четкого определения понятия «спектр аутизма», а РАС относят к рубрике F84 «Общие расстройства психологического развития».

Критерии РАС в следующей редакции Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), рекомендованной к применению ВОЗ с 01.01.2022 г., включают два диагностических критерия: дефициты социальной и коммуникативной сфер, стереотипные движения, а различные клинические подгруппы аутизма объединены в одну категорию – расстройства аутистического спектра. При этом интеллектуальные нарушения и нарушения речи рассматриваются как сопутствующие расстройства, которые являются важными прогностическими факторами в выборе коррекционных программ обучения и реабилитации [16].

В свою очередь в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5) для определения клинического диагноза РАС необходимо наличие только двух диагностических критериев: нарушения в социальной и коммуникативной сферах и стереотипные действия, а классификация РАС в DSM-5 представлена несколько иначе. Аутизм, синдром Аспергера, дезинтегративное расстройство детского возраста и первазивное расстройство развития объединены в одно – расстройство аутистического спектра, которое соответствует рубрике F84 МКБ-10. В DSM-5 также выделено одно расстройство, которое своими клиническими проявлениями похоже на расстройство аутистического спектра – это социально-коммуникативное расстройство. Но в МКБ-10 оно относится к расстройствам развития речи и языка [16].

Таким образом, различные подходы к классификации РАС диктуют необходимость применения современных методов диагностики аутизма с целью повышения объективности диагностики расстройств в спектре аутизма.

В доступной литературе не удалось найти научные публикации, описывающие применение плана диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) в Республике Беларусь, что и послужило целью нашего исследования.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить клинико-диагностические возможности метода «План диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено с участием 102 человек, проходивших стационарное обследование и лечение в детском отделении УЗ «ГОКЦ "Психиатрия-наркология"» за период сентябрь 2017 г. – июнь 2020 г. Из них мальчики составили – 84% (86 человек), девочки – 16% (16 человек). Средний возраст мальчиков составил $5,4 \pm 1,84$ года, девочек – $5,0 \pm 1,86$ года.

Выборка формировалась методом направленного отбора в соответствии со следующими критериями: информированное согласие родителя или законного представителя ребенка на проведение обследования, дети обоего пола с выставленным диагнозом РАС в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра, хронологический возраст ребенка не менее 12 месяцев, отсутствие языкового барьера, все дети и родители детей – русскоговорящие, отсутствие сенсорных и моторных нарушений, элективного мутизма (F94.0) у исследуемого ребенка.

Для определения диагностической группы и степени выраженности аутистических проявлений использовали «План диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2). Второе издание ADOS включает в себя структурированные виды деятельности и игровые материалы, позволяющие создать ситуации, в которых могут проявиться формы поведения, важные для диагностики расстройств аутистического спектра [18]. ADOS-2 может применяться для диагностики РАС у детей и взрослых начиная с хронологического возраста 12 месяцев. ADOS-2 содержит пять модулей, каждый из которых предлагает стандартные виды заданий от 10 до 15. Каждое задание обеспечивает сочетание социальных стимулов, побуждающих к общению и социальному взаимодействию. Выбор модуля происходит в зависимости от возраста ребенка и от уровня владения экспрессивной речью. Модуль 1 применяется для детей, которые не используют фразовую речь для общения (31 месяц и старше), модуль 2 – для детей, которые используют фразовую речь, но не говорят бегло, модуль 3 – используется для бегло говорящих детей и подростков (до 15 лет), модуль 4 – для подростков и взрослых, владеющих беглой речью (16 лет и старше), модуль Т – используется для детей ясельного возраста (от 12 месяцев до 30 месяцев) [18].

Для каждого из модулей предусмотрен свой протокол, обеспечивающий фиксацию результатов наблюдения, кодирование, шифровку, и диагностическое заключение в рамках выбранного модуля. Длительность обследования составляет 40–60 минут. Отмеченные особенности поведения ребенка фиксируются специалистом-исследователем, кодируются, а затем переводятся в шифры. С помощью шифров требуется оценить 5 основных разделов, включенных во все модули: коммуникацию, социальное взаимодействие, игровую деятельность, стереотипные и повторяющиеся формы поведения и другие особенности поведения ребенка. После того как выполнена шифровка наблюдаемого поведения, полученные шифры преобразуются в баллы, согласно руководству ADOS-2.

Общий суммарный балл позволяет отнести исследуемого ребенка к одной из следующих диагностических групп: аутизм, спектр аутизма и вне спектра аутизма, а сравнительный балл определяет степень выраженности симптомов, связанных со спектром аутизма: высокая, умеренная, низкая, минимальная или отсутствие симптомов. Сравнительный балл со значением 8–10 соответствует высокой степени выраженности аутистических симптомов и диагностической группе «аутизм». Сравнительный балл со значениями 5–7 соответствует умеренной степени выраженности аутистических проявлений и относит исследуемого ребенка в диагностические группы «аутизм» или «спектр аутизма» [18]. Симптомы, связанные со спектром аутизма в низкой степени выраженности (3 или 4), соответствуют диагностическим категориям «спектр аутизма» или «вне спектра аутизма». А сравнительный балл со значениями 1 или 2 означает, что симптомы аутизма проявились в минимальной степени или не проявились вовсе. Сравнительный балл в этом диапазоне соответствует диагностической категории «вне спектра аутизма». ADOS-2 позволяет определить, насколько сильно выражены клинические проявления расстройств аутистического спектра у данного конкретного ребенка по сравнению с другими людьми с аутизмом того же возраста и уровня владения экспрессивной речью [18]. Для детей ясельного возраста вместо диагностических групп определяется уровень беспокойства развития нарушений в спектре аутизма [19].

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов описательной статистики и непараметрического анализа. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 7.0. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Колмогорова – Смирнова. В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, результаты представляли в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение. Номинальные данные представлены в виде абсолютных значений и процентных долей. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона и таблиц сопряженности. Статистическая достоверность показателей определялась уровнем значимости. Различия сравниваемых величин считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Исследование проведено в соответствии с принципами клинической биоэтики. Конфликт интересов отсутствует.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До проведения обследования по ADOS-2 с помощью клинико-психопатологического метода обследования в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра у исследуемых детей был выставлен диагноз F 84 «Общие расстройства развития». Детский аутизм выявлен в 64 случаях (63%). У 14 детей (14%) установлен диагноз «атипичный аутизм». В 12 (12%) случаях было диагностировано другое дезинтегративное расстройство детского возраста, у 10 детей (10%) – гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями. В 2 случаях (2%) выставлен диагноз синдрома Аспергера. В эти группы вошли дети с различным уровнем интеллектуального развития, как соответствующим норме, так и с различными степенями интеллектуальной недостаточности.

Большинство исследуемых детей (98 человек (96%)) не владели фразовой речью и демонстрировали речь в виде отдельных слов, либо вербальная коммуникация у них отсутствовала, а речь была представлена вокализациями. Они были обследованы с использованием модуля 1. Модуль 2 применялся для обследования 4 детей (4%). Они использовали простую фразовую речь в общении, но не говорили бегло.

В нашем исследовании общий балл по ADOS-2 у детей с РАС варьировал от 6 до 28, среднее значение которого составило $18,5 \pm 4,7$ балла. Согласно полученному общему баллу 70 детей (69%) были отнесены к диагностической категории «аутизм», в 30% случаев (31 человек) были отнесены к категории «спектр аутизма», 1 человек (0,98%) из числа всех обследуемых отнесен в диагностическую категорию «вне спектра аутизма». Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям представлено в табл. 1.

Диагностическая категория по ADOS-2 представляет собой не определение клинического диагноза, а категориальную оценку РАС. Обследование по ADOS-2 позволяет вычленить из клинического многообразия подгрупп РАС более четкие категории, так называемый узкий фенотип, по качеству проявления нарушенных функций: социального взаимодействия, коммуникации и стереотипных движений, что соответствует современным подходам к диагностическим классификациям РАС. Диагностическая категория «аутизм» по ADOS-2 соответствует наиболее ярким, типичным и выраженным клиническим проявлениям РАС. Диагностическая категория «спектр аутизма» представляет собой более широкое понимание нарушений развития – «широкий фенотип»

Таблица 1
Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям по ADOS-2

Table 1
Distribution of the examined children by diagnostic categories, according to ADOS-2

Диагностическая категория / Diagnostic category	N=102, абс./%
«Аутизм» / "autism"	70/69
«Спектр аутизма» / "spectrum of autism"	31/30
«Вне спектра аутизма» / "off the autism spectrum"	1/0,98

клинических проявлений РАС. Важно подчеркнуть, что в таких случаях симптомы аутистического спектра выступают как вторичные по отношению к другим психическим расстройствам развития речи, интеллектуальных и поведенческих нарушений. Диагностическая категория «вне спектра аутизма» указывает на отсутствие симптомов РАС. Таким образом, ADOS-2 позволяет выделить значимые различия между аутизмом и расстройствами в спектре аутизма.

План диагностического обследования при аутизме позволяет не только определить диагностическую категорию и выделить «узкий» или «широкий фенотип» клинических проявлений РАС, но и определить степень выраженности аутистических симптомов у обследуемого ребенка, что невозможно сделать с использованием только диагностических указаний МКБ-10. В последние годы отмечено, что определение степени выраженности аутистических симптомов является не только важным диагностическим этапом в установлении диагноза РАС, а также первым шагом к планированию и определению ступени индивидуальных коррекционных мероприятий, подбору уровня программ реабилитации, формулированию рекомендаций по организации обучения, что в целом оказывает существенное влияние на когнитивное, речевое, поведенческое и адаптивное функционирование ребенка [15, 16].

Степень выраженности аутистических проявлений в нашем исследовании оценивали при помощи сравнительного балла ADOS-2, который рассчитывали на основании общего «сырого» балла, включающего балльные оценки по категориям СА (социального аффекта) и ОСП (ограниченные стереотипные формы поведения) с учетом возраста и уровня владения экспрессивной речью. Сравнительный балл представляет собой количественную оценку степени выраженности симптомов аутистического спектра и особенно важен при интерпретации степени произошедших изменений симптомов РАС в результате использования лечебно-коррекционных мероприятий.

Показатели сравнительного балла у обследуемых детей с РАС согласно ADOS-2 составлял от 4 до 10 баллов, среднее значение – $6,5 \pm 2,0$. Анализируя распределение степени выраженности аутистических проявлений согласно ADOS-2 в нашем исследовании у 35 детей (34%), находящихся в категории «аутизм», отмечали высокую степень выраженности аутистических признаков, у 35 детей (34%) – умеренную. В диагностической категории «спектр аутизма» у 10 детей (9,8%) была выявлена умеренная степень выраженности аутистических проявлений, у 21 (20,5%) – низкая. В диагностической категории «вне спектра аутизма» у 1 ребенка (0,9%) была выявлена степень выраженности аутистических признаков в низкой степени, которая указывает на отсутствие РАС у данного ребенка. Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям ADOS-2 в зависимости от степени тяжести симптомов РАС и выставленного диагноза по МКБ-10 представлено в табл. 2.

Как показывают данные табл. 2, статистическая значимость различий установлена при анализе распределения обследуемых детей по диагностической категории ADOS-2, степени тяжести РАС и выставленному диагнозу по МКБ-10 ($\chi^2=232,841$, $df=36$, $p=0,000001$). В нашем исследовании установлено, что дети с диагнозом детского аутизма в большинстве случаев (60 (58,8%)) были отнесены в диагностическую

Таблица 2

Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям ADOS-2 в зависимости от степени тяжести симптомов РАС и выставленного диагноза по МКБ-10

Table 2

Distribution of the examined children on the diagnostic categories of ADOS-2, depending on the severity of the symptoms of ASD and the diagnosis according to ICD-10

Диагностическая категория / Diagnostic category	Степень тяжести РАС / Severity of ASD	N=102, абс./% Диагноз по МКБ-10 / Diagnosis according to ICD-10				
		F.84.0	F.84.1	F.84.3	F.84.4	F.84.5
«Аутизм» / "autism"	Высокая / Severe ASD	28/27,4	–	1/0,98	6/5,8	–
	Умеренная / Moderate ASD	32/31,3	–	–	3/2,9	–
«Спектр аутизма» / "spectrum of autism"	Умеренная / Moderate ASD	–	4/3,9	4/3,9	1/0,9	1/0,9
	Низкая / Mild ASD	3/2,9	10/9,8	7/6,8	–	1/0,9
«Вне спектра аутизма» / "off the autism spectrum"	Низкая / Mild ASD	1/0,98	–	–	–	–
	Минимальная / Minimal ASD	–	–	–	–	–

категорию «аутизм». Дети с выставленным диагнозом атипичного аутизма в 10,7% случаев были отнесены в диагностическую категорию «спектр аутизма», так же как и 14 детей (13,7%) с диагнозом «другое дезинтегративное расстройство детского возраста». Дети, имеющие диагноз детского аутизма и гиперактивного расстройства, сочетающегося с умственной отсталостью и стереотипными движениями, в большинстве случаев (58,7% и 8,7%) демонстрировали высокую и умеренную степень выраженности аутистических проявлений. Полученные результаты обследования по ADOS-2 подтверждали наличие у обследуемых детей расстройств аутистического спектра с ярким и типичным проявлением клинических признаков. Дети с установленными диагнозами атипичного аутизма, другого дезинтегративного расстройства, синдрома Аспергера в 26% случаев (27 человек) были определены в диагностическую категорию «спектр аутизма» и отмечали умеренные и низкие степени выраженности РАС, что указывало на наличие у обследуемых детей расстройств в спектре аутизма, но в меньшей степени выраженности клинических признаков. В свою очередь 4 детей с диагнозом детского аутизма (3,8%) были определены в диагностические категории «спектр аутизма» и «вне спектра аутизма», у них обнаруживали низкие степени выраженности аутистических проявлений. В свою очередь диагностическая категория по ADOS-2 «вне спектра аутизма» и низкая степень выраженности симптомов аутизма исключает наличие РАС у исследуемого ребенка, а выявление низкой степени выраженности аутистических симптомов в диагностической категории «спектр аутизма» может четко указывать на вторичную природу проявления признаков РАС у исследуемых детей. Особенно в тех случаях, когда психические расстройства проявляются дефицитом внимания, гиперактивностью, наличием избирательности интересов, умственной отсталостью.

Важно отметить, что ADOS-2 позволяет проводить диагностику РАС у детей с различным уровнем интеллектуального развития, и это имеет

большое практическое значение при наличии тесной взаимосвязи расстройств аутистического спектра и интеллектуальной недостаточности. Многие причины интеллектуальной недостаточности объясняются известными генетическими и хромосомными нарушениями, такими как синдром Дауна, синдром X-фрагильной хромосомы, синдром Прадера – Вилли и др., при которых отмечаются клинические проявления РАС. Одним из таких синдромов, включенных в МКБ-10 в рубрику F84, является синдром Ретта (F84.2). Ранними признаками данного синдрома выступают симптомы расстройств аутистического спектра (регресс речевого и моторного развития, стереотипные движения пальцев рук, нарушения социального взаимодействия). Тем не менее причина данного расстройства на сегодняшний день не вызывает сомнений и объяснена наличием мутации специфического гена (MECP2), связанного с X-хромосомой. По-видимому, так как причина данного расстройства определена, а симптомы РАС при синдроме Ретта, как правило, обнаруживаются в раннем периоде развития ребенка и в последующем менее специфичны, то в DSM-5 синдром Ретта исключен из группы РАС.

Именно в таких сложных диагностических случаях ADOS-2 позволяет провести наиболее тонкую и точную дифференциальную диагностику РАС, что объясняется высокой чувствительностью ADOS-2 (89%) и положительной прогностической значимостью (87%) по заключению группы авторов о прогностической валидности «Плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2) на когорте русскоязычных испытуемых [20, 21].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты применения «Плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2) демонстрируют успешность и высокую эффективность в диагностике расстройств аутистического спектра, особенно в дифференциальной диагностике других психических расстройств у детей, имеющих в клинической картине симптомы РАС.

ADOS-2 позволяет не только четко разграничить клинические подгруппы РАС и выделить в них расстройства с более «узким» и «широким фенотипом», что существенно повышает объективность диагностики РАС, но и определить степень выраженности аутистических проявлений у конкретного исследуемого ребенка с учетом его хронологического возраста, уровня владения речью, независимо от нарушений интеллектуального развития. Благодаря чему ADOS-2 является современным диагностическим инструментом РАС, позволяющим улучшить практическую ценность диагностики в оценке эффективности лечебно-коррекционных мероприятий.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. WHO (2013) *Autism spectrum disorders and other developmental disorders: From raising awareness to building capacity*. WHO: Geneva, Switzerland.
2. Baio J., Wiggins L., Christensen D.L., Maenner M.J. (2018) Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, vol. 4, no 69, pp. 1–12. doi:10.15585/mmwr.ss6706a1
3. Narzisi A., Posada M., Barbieri F., Chericoni N., Ciuffolini D. (2018) Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a large Italian catchment area: a school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 29, pp. 1–10. doi:10.1017/s2045796018000483

4. Skonieczna-Zydecka K., Gorzkowska I., Pierzak-Sominka J., Adler G. (2016). The Prevalence of Autism Spectrum Disorders in West Pomeranian and Pomeranian Regions of Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 30, no 2, pp. 283–289. doi:10.1111/jar.12238
5. Ivanov M.V., Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V., Makushkin E.V. (2018) Epidemiologiya riska vozniknoveniya rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej 16–24 mesyacev zhizni (dannye Rossii za 2015–2016 gg.) [Epidemiology of the risk of autism spectrum disorders in children aged 16–24 months of life (data for Russia for 2015–2016)]. *Zhurnal nevrologii i ipsihiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski*, vol. 118, no 5, pp. 12–19.
6. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G. (2019) Total screening of the risk of development of mental illness of young children in primary health care in Russia. *European Psychiatry*, vol. 56, no 51, pp. 54. doi:10.1007/s10803-019-04071-4
7. Do serediny proshlogo stoletiya ponyatiya «autizm» ne sushchestvovalo [Until the middle of the last century, the concept of “autism” did not exist] [Electronic resource]. Available at: <https://www.sb.by/articles/perevernuty-mir44.html> (accessed November 16, 2020).
8. Scandurra V., Emberti G.L., Barbanera F., Scordo M.R., Pierini A. (2019) Neurodevelopmental disorders and adaptive functions: A study of children with autism spectrum disorders (ASD) and/or attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, no 673. doi:10.3389/fpsy.2019.00673
9. Belousova E.D., Zavadenko N.N. (2018) Epilepsiya i rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej [Epilepsy and autism spectrum disorders in children]. *Zhurnal nevrologii i ipsihiatrii*, vol. 11, no 5 (2), pp. 80–85. doi:10.17116/jnevro20181185280
10. Maddox B.B., White S.W. (2015). Comorbid Social Anxiety Disorder in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, no 12, pp. 3949–3960. doi:10.1007/s10803-015-2531-5
11. Howlin P., Magiati I. (2017). Autism spectrum disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 30, no 2, pp. 69–76. doi:10.1097/ycp.0000000000000308
12. Bizyukevich S.V. (2018) Differentsial'naya diagnostika rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej s narusheniyami rechi [Differential diagnostics of autism spectrum disorders in children with speech disorders]. Proceedings of the *Aktual'nye problem diagnostiki, lecheniya, reabilitatsii psichicheskikh rasstrojstv i nevrologicheskikh zabolevanij: sbornik materialov oblastnogo nauchno-praktich. seminar (Grodno, Belarus', Maj, 2018 g) (eds. Snezhickij V.A. et al.)*. Grodno: GrGMU, pp. 26–29.
13. Amelina E.G. (2015) Nejropsihologicheskaya differentsiatsiya i korektsiya rasstrojstv autisticheskogo spektra u doshkol'nikov [Neuropsychological differentiation and correction of autism spectrum disorders in preschool children]. *Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. Teoriya i praktika*, no 6, pp. 50–55.
14. Szatmari P., Chawarska K., Dawson G., Georgiades S., Landa R. (2016) Prospective Longitudinal Studies of Infant Siblings of Children With Autism: Lessons Learned and Future Directions. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 55, no 3, pp. 179–187. doi:10.1016/j.jaac.2015.12.014
15. Makasheva V.A., Suvorova D.S., Voevoda O.A., Zyryanova, O.Yu. Varshal A.V. (2016) Rannee vyyavlenie rasstrojstv autisticheskogo spektra. Rezul'taty original'nogo issledovaniya [Early detection of autism spectrum disorders. Results of the original study]. *Rossiyskij psichiatricheskij zhurnal*, no 6, pp. 11–16.
16. Grigorenko E.I. (2018) Rasstrojstva autisticheskogo spektra. Vvodnyj kurs. Uchebnoe posobie dlya studentov. [Autism spectrum disorders. Introductory course. Study guide for students]. Moscow: Praktika. (in Russian)
17. Rutter M., Le Couteur A., Lord C. (2014) ADI-R. Intervyu dlya diagnostiki autizma [Autism diagnostic interview]. Western Psychological Services: Giunti O.S. (in Russian)
18. Lord C., Rutter M., Di Lavore P., Risi S., Gotham K., Bishop S.L., Luyster R.D., Guthrie W. (2016) ADOS-2. Plan diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme [ADOS-2. Autism diagnostic observation schedule]. Western Psychological Services: Giunti O.S. (in Russian)
19. Sorokin A.B., Davydova E.Yu. (2017) Izuchenie osobennostej povedeniya i obshcheniya u detej yasel'nogo vozrasta s podozreniem na nalichie rasstrojstva v spektre autizma pri pomoshchi «Plana diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme» ADOS-2 [Study of behavior and communication characteristics in toddlers with suspected autism spectrum disorders using the “Autism diagnostic observation schedule-2” ADOS-2]. *Autizm i narusheniya razvitiya*, vol. 15, no 2, pp. 38–44. doi:10.17759/autdd.2017150204
20. Mamohina U.A., Sorokin A.B. (2017) Sotrudnichestvo s roditel'nyimi pri ispol'zovanii diagnosticheskikh instrumentov (SCQ i ADOS) dlya vyyavleniya rasstrojstv v spektre autizma [Collaboration with parents when using diagnostic tools (SCQ and ADOS) to identify disorders in the autism spectrum]. Proceedings of the *Kompleksnoe soprovozhdenie detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra: sbornik materialov II Vserossiyskoj konferencii (Moscow, Russian Federation, November 22–24, 2017) (eds. Haustov A.V. et al.)*. Moskva: FRC FGBOU VO MGPPU, pp. 181–185.
21. Sorokin A.B., Mamohina U.A. Ekspertnoe zaklyuchenie prognosticheskoy validnosti russkoyazychnoj versii «Plana diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme» (ADOS-2) [Expert opinion on the prognostic validity of the Russian version of the “Autism diagnostic observation schedule-2” (ADOS-2)] [Electronic resource]. Available at: <https://autism-frc.ru/work/science/300> (accessed December 26, 2020).

Подана/Submitted: 11.02.2021

Принята/Accepted: 23.04.2021

Контакты/Contacts: svetlana.lana13@mail.ru