

О.В. Чернишов

**ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПАТОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПІДЛІТКІВ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ОБТЯЖЕНИХ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ  
stramosliab@rambler.ru

**Ключові слова:**  
підлітковий вік,  
больовий синдром,  
непсихотичний  
психічний розлад,  
клініко-патологічні  
симптоми.

В статті автор приводить результати дослідження клініко-патологічних характеристик підлітків при непсихотичних психічних розладах, обтяжених больовим синдромом, а саме: розподіл за превалюючим видом болю, інтенсивністю хронічного больового синдрому та визначення основних патологічних симптомів, що зустрічалися в даній категорії підлітків.

**Актуальність.** В Україні останніми роками спостерігається значна тенденція до зростання поширеності непсихотичних психічних розладів (НПР) серед осіб підліткового віку, і ця закономірність є більш достовірною, ніж зростання кількості психічних та поведінкових розладів серед підлітково-дитячої популяції загалом [1, 4]. Феноменологія непсихотичних психічних розладів у підлітків описана в працях багатьох фахівців в галузі підліткової психіатрії, побудовано теоретичні концепції, які обґрунтовують клінічні особливості зазначеної патології в даній віковій групі [1, 3]. Також існує чимало наукових праць, які стосуються терапії та профілактики непсихотичних психічних розладів у підліткового контингенту пацієнтів [2, 6]. Як вказують чимало дослідників, клініко-морфологічні прояви непсихотичної психічної патології на початкових етапах захворювання максимально поліморфні і можуть в подальшому реалізуватися в порушеннях сенсорної або рухової сфери, визначаючи появу неспецифічного соматичного синдрому, зокрема, больового [3, 4, 6].

**Матеріали та методи дослідження**

Дослідження клініко-патологічних особливостей було проведено в групі підлітків: 174 дівчини і 130 юнаків

віком 16–17 років, які мали подвійний діагноз згідно з критеріями включення в дослідження: соматоформні розлади (F 45.0), соматоформна вегетативна дисфункція серця і серцево-судинної системи (F 45.30), соматоформна вегетативна дисфункція верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (F 45.31) – група Г1; тривожно-фобічні розлади (F 40), інші тривожні розлади (F 41), панічний розлад (F 41.0) – група Г2; легкий депресивний епізод із соматичними симптомами (F 32.01) – група Г3. У кожного випробуваного разом з основним психічним розладом був наявний додатковий діагноз, який залежав від локалізації болю (цефалгія, абдоміналгія, кардіалгія, міалгія і арталгія).

**Результати та їх обговорення**

Дослідження включало розподіл обстежених за видом болю, який превалював; оцінку інтенсивності хронічного больового синдрому та визначення основних патологічних симптомів, що зустрічалися в обстежених підлітків. Інтенсивність болю оцінювали за допомогою шкали вербальних оцінок (ШВО) [5].

Розподіл досліджуваних за видом болю, який превалював, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл досліджуваних за видом болю, який превалював

Вид болю	Досліджені групи			Всього в підгрупах	
		Г1	Г2		Г3
Цефалгія	юнаки	7 (15,2)	6 (14,6)	11 (25,6)	24 (18,5)
	дівчата	9 (15,3)	20 (35,1)**	18 (31,0)	47 (27,0)
Кардіалгія	юнаки	16 (34,8)	12 (29,3)	11 (25,6)	39 (30,0)
	дівчата	19 (32,2)	16 (28,1)	14 (24,1)	49 (28,2)
Абдоміналгія	юнаки	14 (30,4)	17 (41,5)	13 (30,23)	44 (33,9)
	дівчата	17 (28,8)	13 (22,8)	16 (27,6)	46 (26,4)
Міалгії/артралгії	юнаки	9 (19,6)	6 (14,6)	8 (18,6)	23 (17,7)
	дівчата	14 (23,7)	8 (14,0)	10 (17,2)	32 (18,4)
Всього за статтю	юнаки	46 (43,8)	41 (41,8)	43 (46,2)	130 (42,8)
	дівчата	59 (56,2)	57 (58,2)	58 (53,8)	174 (57,2)
<b>Всього</b>		<b>105 (34,5)</b>	<b>98 (32,3)</b>	<b>101 (33,2)</b>	<b>304 (100)</b>

Примітки: \* – p<0,05 при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою;  
\*\* – p<0,05 при порівнянні груп дослідження між собою та при порівнянні за гендерною ознакою.

Аналізуючи загальні результати щодо локалізації больових відчуттів можна стверджувати, що найчастіше визначався абдомінальний вид болю (юнаки – 33,9%, дівчата – 26,4%). Також у юнаків з Г2 абдомінальний біль зустрічався у найбільшій кількості досліджених загальної вибірки (41,5%). За показником «цефалгія» у групі Г2 виявлено статистично достовірну різницю залежно від гендерної належності (юнаки – 14,6%, дівчата – 35,1%). Цефалгії в групах дівчат з Г2 (35,1%) та Г3 (31,0%) зустрічались удвічі частіше, порівняно з дівчатами з Г1 (15,3%), у юнаків цефалгія була частішою в Г3 (25,6%), проти Г1 (15,2%) та Г2 (14,6%). Найменша кількість хворих характеризувалась наявністю міалгій/артралгій серед дівчат з Г2 (14,0%). Кардіалгії переважали у групі досліджених Г1 (юнаки – 34,8%, дівчата 32,2%).

Інтенсивність хронічного болю оцінювали за 5-бальною шкалою вербальних оцінок (ШВО): 0 – болю немає, 1 бал – слабкий біль, 2 бали – помірний біль, 3 бали – сильний біль, 4 бали – найсильніший біль (рисунок). Вербальна рейтингова шкала дозволяє оцінити інтенсивність вираженості болю шляхом якісної словесної оцінки. Із запропонованих вербальних характеристик пацієнти вибирали ту, яка найкраще відображала больові відчуття, що у них виникали. Словесні характеристики опису болю пацієнти представляли в довільному порядку. Це заохочувало підлітків до того, щоб вибрати саме ту градацію болю, яка заснована на семантичному вмісті [5]. Дані за шкалою наведено на рисунку.

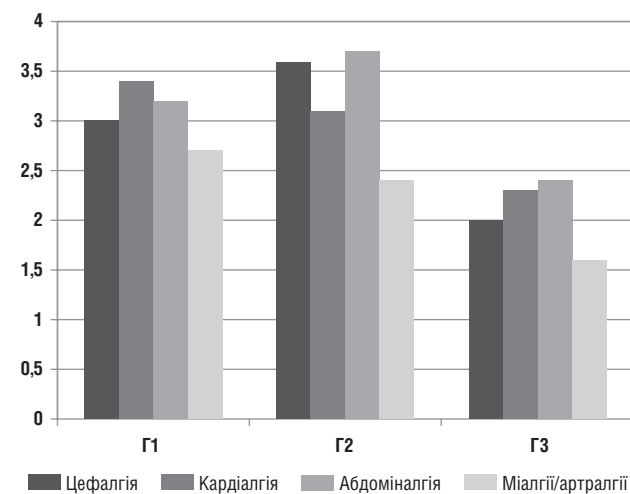


Рисунок. Розподіл досліджених у групах за ступенем вираженості різних видів болю

Основна риса больового синдрому – скарги на біль при відсутності фізичних розладів або скарги на біль, який набагато сильніший, ніж це могло б бути обумовлено фізичним станом. Найвиразнішими були болі в Г2 за показниками «цефалгія», «абдоміналгія» та «кардіалгія» (3,6 бала, 3,7 бала та 3,1 бала відповідно), а також у Г1 за показниками «кардіалгія» та «абдоміналгія» (3,4 та 3,2 бала). Найменш виразними були показники за різними видами болю в Г3 в цілому, при цьому найменшими були бали за показниками «міалгії/артралгії» (1,6 бала) та цефалгії (2,0 бали). За видами болю найменші бали отримано за показником «міалгія/артралгія» (1,6 – 2,7 бала).

Клініко-патологічні симптоми, характерні для досліджених підлітків, наведено у таблиці 2.

Для усіх груп були характерні наступні симптоми: сильна стомлюваність після легкого навантаження (Г1 – 38,1%, Г2 – 33,7%, Г3 – 42,6%), відчуття пустоти в голові, труднощі концентрації уваги (Г1 – 59,0%, Г2 – 60,2%, Г3 – 53,5%), ускладнене дихання (Г1 – 41,9%, Г2 – 40,8%, Г3 – 39,6%).

Досліджуваним з Г1 та Г2 були притаманні сухість у роті, почервоніння обличчя (Г1 – 39,0%, Г2 – 32,7%), дискомфорт в епігастральній ділянці, нудота (Г1 – 42,9%, Г2 – 43,9%), аерофагія, гикавка, відчуття печії в грудях (Г1 – 45,7%, Г2 – 39,8%), підвищена частота сечовипускання або дизурія (Г1 – 60,0%, Г2 – 58,2%), скарги на посилену перистальтику шлунка, синдром подразненої кишки, діарею, метеоризм (Г1 – 42,9%, Г2 – 37,8%), нейроциркуляторна дистонія або синдром зусилля (Г1 – 47,6%, Г2 – 43,9%), тремтіння або тремор (Г1 – 33,3%, Г2 – 28,6%), припливи жару або ознобу (Г1 – 40,9%, Г2 – 40,8%), почуття оніміння або поколювання (Г1 – 35,2%, Г2 – 32,7%), м'язова напруга, неможливість розслабитись (Г1 – 36,2%, Г2 – 43,9%), прояви агресії, гніву, роздрагування (Г1 – 35,2%, Г2 – 40,8%), відчуття грудки в горлі або ускладнення при ковтанні (Г1 – 44,8%, Г2 – 46,9%).

Приблизно з однаковою частотою у досліджуваних з Г2 та Г3 зустрічались наступні симптоми: порушення харчової поведінки (Г2 – 68,4%, Г3 – 71,3%), помітна зміна ваги (Г2 – 65,3%, Г3 – 65,3%), почуття відчаю та безпорадності (Г2 – 39,8%, Г3 – 45,5%).

Специфічними для досліджених з Г1 були наступні симптоми: серцебиття, синдром Да Кости (40,0%), невроз шлунка, або печія у шлунку (46,7%) (різниця між Г1 та іншими групами дослідження є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

Запаморочення, нестійкість, слабкість (50,0%), страх смерті (39,8%), складнощі засинання, поверхневий, чутливий сон (52,0%) були характерні переважно підліткам з Г2 (різниця між Г2 та іншими групами дослідження є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

Підлітки, які входили до складу Г3, мали наступну низку симптомів: втрата інтересу до звичної діяльності (67,3%), відсутність адекватної емоційної реакції (67,3%), психомоторна загальмованість або ажитація (67,3%) (різниця між Г3 та іншими групами дослідження є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

## Висновки

У підлітків, які входили до складу груп дослідження, нами було визначено місце локалізації больових відчуттів, інтенсивність болю, основні симптоми захворювання.

Серед специфічних для груп дослідження видів болю виділено наступні: в Г1 найчастіше зустрічалась кардіалгія (юнаки – 34,8%, дівчата – 32,2%) та абдоміналгія (юнаки – 30,4%, дівчата – 28,8%). Для досліджених в Г2 специфічними були цефалгія у дівчат (35,1%) та абдоміналгія у юнаків (41,5%). В Г3 найчастіше зустрічались цефалгія у дівчат (31,0%) та абдоміналгія у дівчат і юнаків (юнаки – 30,23%, дівчата – 27,6%). Найвиразнішими за інтенсивністю були болі в Г2 за показниками «цефалгія», «абдоміналгія» та «кардіалгія» (3,6, 3,7 та 3,1 бала відповідно), а також у Г1 за показниками «кардіалгія» та «абдоміналгія» (3,4 та 3,2 бали).

Таблиця 2. Основні патологічні симптоми, які зустрічалися в обстежених підлітків

Симптоми	Стать	Досліджені групи			Всього в підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Серцебиття, синдром Да Кости	юнаки	19 (41,3)	15 (36,6)	13 (30,2)	47 (36,2)
	дівчата	23 (39,0)	16 (28,1)	15 (25,9)	54 (31,0)
Пітливість	юнаки	17 (37,0)	18 (43,9)*	9 (20,9)	44 (33,6)*
	дівчата	14 (23,7)	17 (29,8)	6 (10,3)	37 (21,3)
Сухість у роті	юнаки	20 (43,5)	17 (41,5)	11 (25,6)	48 (36,9)*
	дівчата	21 (35,6)	15 (26,3)	8 (13,8)	44 (25,3)
Почервоніння обличчя	юнаки	25 (54,4)	22 (55,7)	14 (32,6)	61 (46,9)
	дівчата	28 (47,5)*	20 (35,1)	16 (27,6)	64 (36,8)
Невроз шлунка, або печія у шлунку	юнаки	27 (58,7)	26 (63,4)*	19 (44,2)*	72 (55,4)*
	дівчата	22 (37,3)	23 (40,4)*	12 (20,7)	57 (32,8)
Дискомфорт в епігастральній ділянці, нудота	юнаки	21 (45,7)	20 (48,8)	16 (37,2)	57 (43,9)
	дівчата	24 (40,7)	23 (40,4)	17 (29,3)	64 (36,8)
Задишка або гіпервентиляція	юнаки	13 (28,3)	18 (43,9)	12 (27,9)	43 (33,1)
	дівчата	15 (25,4)	20 (35,1)	11 (19,0)	46 (26,4)
Сильна стомлюваність після легкого навантаження	юнаки	18 (39,1)	16 (39,0)	20 (46,5)	54 (41,5)
	дівчата	22 (37,3)	17 (29,8)	23 (39,7)	62 (35,6)
Аерофагія, гикавка, або почуття печії у грудях	юнаки	23 (50,0)	20 (48,8)	13 (30,2)	56 (43,1)
	дівчата	25 (42,4)	19 (33,3)	14 (24,1)	58 (33,3)
Скарги на посилену перистальтику шлунка, синдром подразненої кишки, діарею, метеоризм	юнаки	25 (54,4)*	21 (51,2)**	8 (18,6)	54 (41,5)*
	дівчата	20 (33,9)*	16 (28,1)*	5 (8,6)	41 (23,6)
Підвищена частота сечовипускання або дизурія	юнаки	30 (65,2)*	26 (63,4)	14 (32,6)	70 (53,7)
	дівчата	33 (55,9)*	31 (54,4)*	17 (29,3)	81 (46,6)
Нейроциркуляторна дистонія (синдром зусилля)	юнаки	24 (52,2)	20 (48,8)	16 (37,2)	60 (46,2)
	дівчата	26 (44,1)	23 (40,4)	18 (31,0)	67 (38,5)
Тремтіння або тремор	юнаки	19 (41,3)*	16 (39,0)	9 (20,9)	44 (33,9)*
	дівчата	16 (27,1)*	12 (21,05)	7 (12,1)	35 (20,1)
Ускладнене дихання	юнаки	20 (43,5)	18 (43,9)	17 (39,5)	55 (42,3)
	дівчата	24 (40,7)	22 (38,6)	23 (39,7)	69 (39,7)
Запаморочення, нестійкість, слабкість	юнаки	16 (34,8)	21 (51,2)	15 (34,9)	52 (40,0)
	дівчата	20 (33,9)	28 (49,1)*	18 (31,0)	66 (37,9)
Страх смерті	юнаки	13 (28,3)	18 (43,9)*	8 (18,6)	39 (30,0)
	дівчата	16 (27,1)	21 (36,8)	10 (17,2)	47 (27,0)
Страхи божевілля, втрати самоконтролю	юнаки	11 (23,9)	15 (36,6)	9 (20,9)	35 (26,9)
	дівчата	14 (23,7)	17 (29,8)*	6 (10,3)	37 (21,3)
Дереалізація та деперсоналізація	юнаки	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
	дівчата	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,72)	1 (0,6)
Припливи жару або ознобу	юнаки	19 (41,3)	18 (43,9)	10 (23,3)	47 (36,2)
	дівчата	24 (40,7)	22 (38,6)	11 (19,0)	57 (32,8)
Відчуття оніміння або поколювання	юнаки	18 (39,1)	16 (39,0)	11 (25,6)	45 (34,6)
	дівчата	19 (32,2)	16 (28,1)	12 (20,7)	47 (27,0)
М'язова напруга, неможливість розслабитись	юнаки	17 (37,0)	19 (46,3)*	10 (23,3)	46 (35,4)
	дівчата	21 (35,6)	24 (42,1)*	13 (22,4)	58 (33,3)
Відчуття відчаю та безпорадності	юнаки	13 (28,3)	17 (41,5)	20 (46,5)	50 (38,5)
	дівчата	16 (27,1)	22 (38,6)	26 (44,8)	64 (36,8)
Прояви агресії, гніву, роздратування	юнаки	17 (37,0)	19 (46,3)	12 (27,9)	48 (36,9)
	дівчата	20 (33,9)	21 (36,4)	14 (24,1)	55 (31,6)
Відчуття грудки в горлі або ускладнення при ковтанні	юнаки	20 (43,5)*	21 (51,2)*	9 (20,9)	50 (38,5)
	дівчата	27 (45,8)*	25 (43,9)*	11 (19,0)	63 (36,2)
Відчуття пустоти в голові, труднощі концентрації уваги	юнаки	28 (60,9)	27 (65,9)	25 (58,1)	80 (61,5)
	дівчата	34 (57,6)	32 (56,1)	29 (50,0)	95 (54,6)
Складнощі при засинанні, поверхневий, чутливий сон	юнаки	17 (37,0)	23 (56,1)	18 (41,9)	58 (44,6)
	дівчата	22 (37,3)	28 (49,1)	23 (39,7)	73 (42,0)
Втрата інтересу до звичної діяльності	юнаки	9 (19,6)	10 (24,4)	31 (72,1)**	50 (38,5)
	дівчата	8 (13,6)	11 (19,3)	37 (63,8)**	56 (32,2)
Відсутність адекватної емоційної реакції	юнаки	4 (8,7)	5 (12,2)	32 (74,4)**	41 (31,5)
	дівчата	6 (10,2)	7 (12,3)	36 (62,1)**	49 (28,2)
Психомоторна загальмованість або ажитація	юнаки	7 (15,2)	4 (9,8)	30 (69,8)**	40 (30,8)
	дівчата	6 (10,2)	3 (5,3)	38 (65,5)**	47 (27,0)
Порушення харчової поведінки	юнаки	21 (45,7)	30 (73,3)*	32 (74,4)*	83 (63,9)
	дівчата	26 (44,1)	37 (64,9)*	40 (69,0)*	103 (59,2)
Помітна зміна ваги	юнаки	23 (50,0)	29 (70,7)	30 (69,8)	82 (63,1)
	дівчата	28 (47,5)	35 (61,4)	36 (62,1)	99 (56,9)
Всього за статтю	юнаки	46 (43,8)	41 (41,8)	43 (46,2)	130 (42,8)
	дівчата	59 (56,2)	57 (58,2)	58 (53,8)	174 (57,2)
<b>Всього</b>		<b>105 (34,5)</b>	<b>98 (32,3)</b>	<b>101 (33,2)</b>	<b>304(100)</b>

Примітка. \* – p<0,05 при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою.

Такі симптоми, як сильна стомлюваність після легкого навантаження (Г1 – 38,1%, Г2 – 33,7%, Г3 – 42,6%), відчуття пустоти в голові, труднощі концентрації уваги (Г1 – 59,0%, Г2 – 60,2%, Г3 – 53,5%), ускладнене дихання (Г1 – 41, 9%, Г2 – 40,8%, Г3 – 39,6%) були характерні для усіх груп дослідження.

## Список використаної літератури

1. Андрющенко А. В. Психические расстройства у пациентов общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения) / А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психиатрия. – 2011. – № 02 (50). – С. 13–24.

2. Битенский В. С. Возвращаясь к проблеме общей концепции патогенеза психических расстройств / В. С. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакології. – 2012. – № 1 (21). – С. 5–25.
3. Булахова Л. О. Детская психоневрология / Л. О. Булахова, О. М. Саган, Зинченко С. Н.; под ред. Л. О. Булаховой. – К.: Здоровье, 2001. – 496 с.
4. Иовчук Н. М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии / Н. М. Иовчук // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2 (13). – С. 30–35.
5. Морган Д. Э. Клиническая анестезиология. Кн. 2 / Д. Э. Морган, М. С. Михал; пер. с англ. [под ред. А. А. Бунятына, А. М. Цейтлина]. – М.: БИНОМ; СПб.: Невский Диалект, 2000. – 366 с.
6. Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с. с ил.

### ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ, ОТЯЖОЩЕННЫХ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

А.В. Чернышев

В статье автор приводит результаты исследования клинико-патологических характеристик подростков при непсихотических психических расстройствах, отяжощенных болевым синдромом, а именно: распределение по превалирующим видам боли, интенсивности хронического болевого синдрома и определения основных патологических симптомов, встречающихся у данной категории подростков.

**Ключевые слова:** подростковый возраст, болевой синдром, непсихотическое психическое расстройство, клинико-патологические симптомы.

### STUDY OF CLINIC-PATHOLOGY CHARACTERISTICS ADOLESCENTS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS, BURDENED PAIN SYNDROME

O. Chernyshev

In the article, the author leads the research results of clinical and pathological characteristics of adolescents with non-psychotic mental disorders, burdened with pain, namely distribution prevalent type of pain intensity of chronic pain and defining the basic pathological symptoms that occurred in this category adolescents.

**Key words:** adolescence, pain, non-psychotic mental disorder, clinic-pathology symptoms.

УДК: 616.89-053.2

Я.Б. Бикшаева

## НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии, г. Киев

**Ключевые слова:** расстройства из спектра аутизма, ранняя медико-социальная реабилитация, лечебно-реабилитационные программы, дети.

Учитывая то, что расстройства из спектра аутизма в большинстве случаев приводят к инвалидизации и ограничению социального функционирования ребенка и его семьи, основные поиски лечения, реабилитации и обучения опираются на возможность раннего вмешательства у детей группы риска (с выявленными отдельными нарушениями развития) и детей с диагностированными РСА до 3-летнего возраста. Объектом исследования были 172 ребенка в возрасте от 2 до 9 лет, у которых в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, были диагностированы расстройства из спектра аутизма (F84). Оценка состояния больных РСА детей в ходе открытого контролируемого лонгитудинального исследования включала оценку симптоматики аутизма с помощью полуструктурированного интервью с родителями ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), оценку психологического возраста и профиля психомоторного развития ребенка с помощью шкалы PEP-R (психообразовательный профиль, модифицированный). В результате исследования были установлены корреляционные взаимосвязи между всеми показателями шкал PEP-R и ADI-R, что позволяет говорить о взаимном влиянии компонентов психики (включая ИПР) в процессе выполнения лечебно-реабилитационных программ с детьми, больными аутизмом.

Ранняя диагностика и терапия расстройств психики и поведения у детей является сложной проблемой, тесно связанной с дестигматизацией психиатрической помощи, успешностью психообразовательных проектов на микросоциальном (семейном) и макросоциальном (персонал учебных заведений, социальных служб, врачи общей практики) уровнях. Именно ранняя диагностика и помощь в значительном числе случаев определяют прогноз течения психических заболеваний у детей и их социальные последствия [1–4, 6].

Расстройства из спектра аутизма (РСА) – один из самых распространенных видов расстройств психического развития у детей, который характеризуется нарушениями в сферах социального развития ребенка, способности к коммуникации, стереотипным и ограниченным поведением [9]. Распространенность РСА в мире быстро растет и, по оценкам ВОЗ, приближается к 1% детской популяции. По оценкам Всемирной ассоциации детской

и подростковой психиатрии, до 2020 года аутизм станет ведущей причиной детской психиатрической инвалидности в Европейском регионе [8].

Заболеваемость РСА в г. Киеве за последние 5 лет выросла в 2,2 раза и в 2014 году составила 562 ребенка. Впервые в течение 2014 года диагноз аутизм был установлен 124 детям Киева. Приведенная цифра не отображает реальную распространенность РСА в Киеве.

Если расстройства спектра аутизма диагностируются в возрасте до трех лет, специальные программы, построенные на принципах поведенческой терапии, а также своевременная психофармакотерапия поведенческих расстройств, начатая еще в дошкольном возрасте, позволяют в более чем 50% случаев успешно интегрировать этих детей в общеобразовательные учебные заведения. При несвоевременных диагностике и начале лечения у значительного количества детей в дальнейшем диагностируются умеренная или тяжелая умственная отсталость, а также