

В. Белявский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2021. – Т. 19. № 1. – С.10-15.

8. Arias, C. A. The rise of the Enterococcus: beyond vancomycin resistance / C. A. Arias, B. E. Murray // Nat Rev Microbiol. – 2012. – Vol. 10, no 4. – P. 266-78.

9. Blot, S. Does contemporary vancomycin dosing achieve therapeutic targets in a heterogeneous clinical cohort of critically ill patients? Data from the multinational DALI study / S. Blot [et al.] // Crit Care – 2014. – Vol. 99, no. 18.

ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бизюкевич С.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Растущая распространенность диагнозов (РАС) связана с нечёткой трактовкой и широтой восприятия диагностических критериев расстройств в спектре аутизма, представленных в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) [1], а также с повышением осведомленности и с включением в РАС других психических нарушений [2, 3, 4] в том числе и с более мягкими различиями в психическом развитии, граничащих как с нормой [5, 6, 7], так и с гипердиагностикой [4, 5]. По мнению некоторых исследователей, РАС нередко маскируется с подачи специалистов и родителей под более «благопристойные» диагнозы [8], что приводит к расширению получения коррекционной и специализированной помощи (тьюторство, спецгруппы в детских садах и школах) детям без диагноза аутизма и тем самым – к большим экономическим затратам [9].

Цель. Оценить диагностические возможности методики «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2.

Методы исследования. Обследовано 102 ребенка, проходивших стационарное лечение в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» с 2017 по 2020 г. Из них мальчики составили – 84% (86 человек), девочки – 16% (16 человек). Средний возраст мальчиков составил $5,4 \pm 1,84$ года, девочек – $5,0 \pm 1,86$ лет. Все дети и родители детей – русскоговорящие, у детей отсутствовали сенсорные и моторные нарушения, элективный мутизм (F94.0) [20]. С целью верификации диагноза РАС использовался «Плана диагностического обследования при аутизме, ADOS-2» [10]. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (№ AXAR207F394425FA-Q). Различие сравниваемых величин считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обследуемые были разделены на три категории: «Аутизм», «Спектр аутизма», «Вне спектра аутизма». Показатели

«сравнительного балла» указали на тяжесть клинических проявлений РАС [10]. Результаты распределения обследуемых представлены в таблице.

Таблица – Распределение обследуемых по диагностическим категориям ADOS-2 в зависимости от тяжести РАС и диагноза

Диагностическая категория по ADOS-2	Степень тяжести РАС по ADOS-2	Диагноз (МКБ-10) (n=102) абс./%				
		F.84.0	F.84.1	F.84.3	F.84.4	F.84.5
«Аутизм»	высокая	28/27,4	-	1/0,9	6/5,8	-
	умеренная	32/31,3	-	-	3/2,9	-
«Спектр аутизма»	умеренная	-	4/3,9	4/3,9	1/0,9	1/0,9
	низкая	3/2,9	10/9,8	7/6,8	-	1/0,9
«вне спектра аутизма»	низкая	1/0,9	-	-	-	-
	минимальная	-	-	-	-	-

Установлено, что дети с диагнозом детский аутизм, гиперактивное расстройство, сочетающегося с умственной отсталостью и стереотипными движениями в большинстве случаев, были отнесены в диагностическую группу «аутизм», демонстрировали высокую и умеренную степень тяжести РАС. Дети с диагнозом атипичного аутизма в 10,7% случаев были отнесены в категорию «спектр аутизма», также, как и дети с диагнозом другое дезинтегративное расстройство детского возраста (14 детей (13,7%)), отмечали умеренные и низкие степени выраженности РАС. 3 детей (2,9%) с диагнозом «детский аутизм», согласно обследованию по ADOS-2, попали в категорию «спектр аутизма» и 1 ребёнок – «вне спектра аутизма» и отмечали низкие степени выраженности аутистических проявлений [11].

При высокой степени тяжести клинические признаки РАС были представлены значительными нарушениями в социальном взаимодействии. Дети использовали руку родителя для сообщения о социальном намерении, не демонстрировали навыки указывания, не поддерживали глазной контакт, демонстрировали ограниченный диапазон эмоций и слабую мимическую экспрессию. Следует отметить, что дети с высокой степенью тяжести РАС демонстрировали выраженность стереотипных форм поведения и ограниченных интересов: выкладывали игрушки в ряд, группировали их по общему признаку, отмечался повышенный сенсорный интерес к текстуре предметов или цвету, повышенное внимание к частям предметов или к их запаху, издаваемому звуку или вибрации.

При умеренной степени тяжести РАС дети использовали указывание на предметы, координируя со взглядом или с вокализациями, демонстрировали слабо модулированный глазной контакт или взгляд «вскользь». Диапазон эмоций характеризовался также ограниченностью и слабой мимической экспрессией. Для сообщения о социальном намерении использовали

вокализацию либо физический контакт. Дети демонстрировали менее широкий диапазон ограниченных интересов и стереотипных поведенческих реакций. У детей с РАС с низкой степенью тяжести клинических проявлений, выявляли нарушения только в социальном взаимодействии и коммуникации, ограниченные интересы, стереотипных паттернов поведения не было.

Таким образом, полученные результаты применения ADOS-2 демонстрируют высокую эффективность в дифференциальной диагностике РАС при оценке количественных показателей «общего балла», «сравнительного балла» для определения диагностической группы и тяжести клинических проявлений РАС, а также в качественной оценке поведения ребёнка при обследовании, что позволит избежать гипердиагностики аутизма. Очевидно, что проблемы гипердиагностики РАС связаны с субъективной оценкой наличия признаков РАС, разрозненным пониманием тяжести клинических проявлений, а также с широким применением стандартизированных инструментов диагностики РАС разными специалистами (психолого-педагогического, медицинского профиля, родителями), неверным трактованием результатов обследования по ADOS-2, что влечет за собой диагностические ошибки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 303 с.
2. Амелина, Е. Г. Нейропсихологическая дифференциация и коррекция расстройств аутистического спектра у дошкольников. Современное дошкольное образование / Е. Г. Амелина // Теория и практика – 2015. – № 7. – С. 50-55.
3. The Broad Autism Phenotype Questionnaire / R. S. Hurley [et al.] // J. Autism Devel. Disorders. – 2007. – Vol. 37, iss. 9. – P. 1679-1690.
4. Фесенко, Ю. А. Диагностика раннего детского аутизма: противоречия и объективная оценка / Ю. А. Фесенко // Children's Medicine of the North-West. – 2021. – Т. 9. – № 1. – С. 356-357.
5. Шоркина, Н. А. Современное состояние проблемы выявления специфических закономерностей отклоняющегося развития / Н. А. Шоркина // Актуальные проблемы психологического знания. – 2023. – № 1 (62). – С. 199-204.
6. Горюнова, А. В. Классификационные метаморфозы аутизма в детской психиатрии / А. В. Горюнова, А. В. Горюнов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спец-выпуски. – 2021. – № 121 (11-2). – С. 5 - 11.
7. Graf, W. D. The autism «epidemic»: Ethical, legal, and social issues in a developmental spec-trum disorder / W. D. Graf, G. Miller, L. G. Epstein, I. Rapin // Neurology. – 2017. – Vol. 88 (14). – P. 1371-1380.
8. Макаров, И. В. Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности / И. В. Макаров, А. С. Автенок // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. – № 3. – С. 74-81.

9. Фесенко, Ю. А. Современная проблема диагностики раннего детского аутизма (РДА) и расстройств аутистического спектра (РАС) / Ю. А. Фесенко, Е. Ю. Фесенко // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. – 2021. – № 2. – С. 374-382.

10. Раттер, М. Интервью для диагностики аутизма: руководство / М. Раттер, Э. Л. Куто, К. Лорд; [русскоязычную версию подгот.: А. Сорокин и др.]. – [Б. м.]: Giunti O.S., 2014. – 122 с.

11. Бизюкевич, С. В. Диагностические возможности «плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2) / С. В. Бизюкевич // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2021. – Т. 12, № 3. – С. 432-442.

ИМПИДЖМЕНТ–СИНДРОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Богданович И.П.¹, Конецкий А.А.¹, Богданович И.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Актуальность. Импиджмент-синдром тазобедренного сустава или феморо-ацетобулярный импиджмент (ФАИ) – это заболевание, вызывающее при движении преждевременный контакт между вертлужной впадиной и проксимальным отделом бедра, сопровождается клиническими симптомами и рентгенологическими проявлениями [1, 2]. В результате длительного нарушенного контакта в тазобедренном суставе могут развиваться дегенеративно дистрофические изменения [3].

Морфология изменений при импиджмент-синдроме может проявляться как со стороны бедра, так и со стороны вертлужной впадины. Морфология «кулачка» характеризуется уплощением головки или выпуклостью бедренной кости [2]. Этот вариант встречается у лиц мужского пола [3, 4].

Морфология «клещей» характеризуется «чрезмерным покрытием» головки бедренной кости вертлужной впадиной, в которой край вертлужной впадины расширен за пределы нормального объема в одной фокальной области или по всей окружности вертлужной впадины [2]. Этот вариант встречается чаще у женщин [3, 4].

По данным некоторых авторов, 85% пациентов имеют смешанные варианты морфологических изменений тазобедренного сустава [3]. Различия вариантов во многом определяются возрастными изменениями [4].

Цель. Определить оптимальный подход в тактике лечения импиджмент-синдрома тазобедренного сустава.

Методы исследования. За период 2022-2023 г.г. нами проведено клинорентгенологическое обследование 30 пациентов с импиджмент-синдромом тазобедренного сустава, консультированных амбулаторно и находящихся на стационарном лечении в травматологическом отделении № 2 УЗ «Городская