

УДК 612.829.3

Каврін М.О.¹, Позмогова Н.В.²

¹студент, ЗНУ

²канд.мед.наук., доцент, ЗНУ

ДИФЕРЕНЦІЙНА ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ СТРАТЕГІЙ У ДІТЕЙ З НЕЙРОРОЗВИТКОВИМИ ТА ПСИХОГЕННИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Диференційна діагностика та індивідуалізація реабілітаційних стратегій особливо актуально в сучасних умовах, коли зростає поширеність нейророзвиткових порушень – розладів аутистичного спектру (РАС), синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), функціональних нейропатичних симптомів (ФНС), психогенних – посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та випадків черепно-мозкових травм (ЧМТ) у пацієнтів педіатричного профілю [1-4]. Одна дитина з 36 має розлад аутистичного спектру, тоді як від 5-7% дітей мають симптоми СДУГ, і до 4% із функціональними неврологічними симптоматичними розладами [3].

Помилки у первинній діагностиці пацієнтів педіатричного профілю, як-от: ототожнення сенсорних чи соціальних труднощів з аутистичним спектром без урахування контексту, призводять до неадекватних втручати і втрати критичного часу для розвитку адаптивних навичок. Тому дуже важливо визначитися із критеріями диференціальної діагностики та реабілітаційними заходами для ефективної терапії.

Метою даної роботи є теоретичний аналіз та узагальнення наукових досліджень закордонних та вітчизняних авторів відносно диференційної функціональної діагностики відповідних розладів а також індивідуалізація реабілітаційних стратегій у дітей з нейророзвитковими та психогенними порушеннями.

Завданням диференційної функціональної діагностики є встановлення причини, чому саме дитина демонструє труднощі у руховій сфері: чи це є результатом органічних уражень, когнітивного відставання або прояв психогенних механізмів, коли функція втрачається без структурного ураження.

Аналіз літературних джерел показує міжнародний консенсус у тому, що диференційна діагностика в рамках реабілітаційних заходів в педіатрії відповідає сучасним засадам, коли в центрі уваги перебуває не лише структура – орган, уражена ділянка мозку чи м'яз, а також і функція як здатність виконання дії, адаптації дитини до навантаження,

або демонстрація фізичних якостей, що мають вплив на когнітивну складову [1-7].

У дітей з розладами аутистичного спектру виявляють затримку формування ходи, гіперчутливість до сенсорних стимулів та труднощі моторного планування. Зокрема, близько половини дітей з аутизмом мають відхилення у постуральному контролі та очно-руховій координації. Ці прояви роблять розлади аутистичного спектру зручним базисом для порівняння з іншими станами та синдромами, так як останні, що представлені в роботі, мають подібні ознаки, проте мають інші етіопатогенетичні механізми.

Критерії диференційної діагностики та індивідуалізація реабілітаційних стратегій представлені у зведеній таблиці 1.

Таблиця 1.

Зведена таблиця з критеріями диференційної діагностики та індивідуалізація реабілітаційних стратегій

Нозологія	Ключові симптоми	Диференційні функціональні ознаки	Індивідуалізація реабілітаційних стратегій
РАС – розлади аутистичного спектру	Затримка рухового розвитку, сенсорна гіперчутливість, стереотипії	Симптоми сталі, не залежать від контексту, труднощі соціальної взаємодії	Сенсорна інтеграція, структуровані заняття, тренування соціальних навичок
СДУГ – синдром дефіциту уваги з гіперактивністю	Гіперактивність, неуважність, імпульсивність	Симптоми змінюються залежно від середовища, часта коморбідність з РАС	Візуальні розклади, таймери, вправи на концентрацію, поведінкова терапія.
ФНС – функціональні нейрпатичні симптоми	Хитка хода, раптові зупинки руху, відчуття втоми	Без органічних порушень, симптоми зникають при відволіканні	Поступові навантаження, психоедукація та усвідомленість власного тіла
ПТСР – посттравматичні стресові розлади	Тривожність, напруга, уникнення стимулів	Є травматичний тригер, реакції епізодичні	Вправи на заземлення, стабільна рутинна, тілесно-орієнтована підтримка
ЧМТ (легка) – черепно-мозкові травми	Повільність, нестійкість, сенсомоторна дезорганізація	Порушення тимчасові, з поступовим відновленням	Координаційні вправи, рівновага, когнітивна терапія.

Часто аутизм можна сплутати з функціональними нейропатичними синдромами, бо обидва стани можуть проявлятися дивною хиткою ходюю, гіперкінетичними рухами та епізодами моторної зупинки [3]. Проте при аутизмі симптоми більш сталі та повторювані, в той час як при функціональних неврологічних симптомах вони можуть зникати при відволіканні уваги, тобто ключовим чинником є тривожність та спотворене сприйняття тілесних сигналів, за відсутності під собою органічних неврологічних уражень. Суб'єктивна оцінка навантаження за шкалою Борга була вдвічі вищою у дітей з функціональними неврологічними симптомами, ніж у дітей з легкою черепно-мозковою травмою (6,2 проти 3,3), при тому що середній серцевий ритм не перевищував 61% від прогнозованого максимуму, тобто на самооцінку втоми сприяла не фактична втома, а прояви функціональних неврологічних симптомів [2, 3].

До того ж, навіть черепно-мозкові травми легкого ступеню можуть проявлятися схожою симптоматикою з аутизмом – уповільненими рухами, труднощами моторного планування, сенсомоторною дезорганізацією, проте за дослідженням Caeyenberghs et al. моторне планування відновлювалося в мозку відновлювалося протягом 6-12 місяців, тоді як ті ж подібні порушення при аутизмі мали стабільний характер через порушення нейронног зв'язку у мозочково-кортикальному тракті [2].

В свою чергу синдром дефіциту уваги з гіперактивністю має коморбідний прояв з проявом аутизму, і це становить 50-70%, що також потребує супутньої диференціації. Обидва стани суповоджуються імпульсивністю, гіперактивністю, труднощами концентрації уваги.

Однак при аутизмі ці явища мають стабільний та відтворюваний характер, а при СДУГ залежать від дитячого середовища і кількості «об'єктів», на яких зосереджується увага [1].

Також проблемним питанням є диференціація аутизму з пост-травматичним стресовим розладом, бо більшість симптомів можуть перетинатися у таких проявах як гіперчутливість, уникнення стимулів та тривожність. Проте ПТСР буде мати можливий травматичний тригер в історії розвитку пацієнта, тоді як аутизм був викликаний ендегенним розвитком дитини і не обов'язково із впливом зовнішньої події.

За даними Sheeringa et al. серед 110 дітей ліше один випадок був клінічно ідентифікований як пост-травматичний стресовий розлад, попри 13 первинних підозр за тестуванням, що демонструвало ненадійність формальних шкал без врахування контекстів розвитку дітей індивідуально при зборі анамнезу, наприклад, у батьків [4].

У процесі діагностики особливу увагу слід приділяти подальшому підбору індивідуалізованих методів реабілітації, які відповідають не лише клінічній картині, а і функціональному профілю дитини, але мета реабілітації тут має бути ширшою для того щоб допомогти дитині знову взаємодіяти із середовищем та соціумом.

При розладах аутистичного спектру терапія спрямована на зменшення проявів, що заважають щоденному функціонуванню, в навчанні та взаємодії з оточенням, і основою реабілітації тут будуть поведінкові методи, де фахівець: здійснює аналіз шаблонів поведінки дитини; формує базу для поетапного навчання; розбиває складні повсякденні дії на малі кроки з нагородою за правильну реакцію або здійснює навчання ключовим навичкам у природних для дитини ситуаціях – у грі, з фокусом на ініціювання діалогу та спільну увагу. Зокрема, це стосується освітньо-розвивальних програм, які використовують структуроване середовище з візуальними підказками. Що полегшує орієнтацію дитини та зменшує тривожність [5, 6].

При СДУГ реабілітаційна робота передбачає ерготерапію, яка допомагає дитині планувати дії, організовувати простір і час, краще контролювати емоції. Для більш старших вікових груп це включає навчання самоменеджменту, структуризацію робочого місця та режиму дня. А поведінкова терапія сприяє завоюванню правил і послідовності дій [5-7].

Функціональні неврологічні симптоми для пропрацювання мають два напрямки – фізичну терапію та психоедукацію. Фізична терапія спрямована на навчання ходьбі, підйомах по сходах, а психоедукація – допомагає усвідомити дитині її тілесні відчуття, втому та страх без уникнення активності.

Прояви симптомів ПТСР можуть нагачувати прояви РАС та СДУГ, проте тут реабілітаційні стратегії включають більш широкую практику психотерапії, коли дитині слід повернути відчуття безпеки – через ігрову, тілесно-орієнтовану або рухову терапію дитина навчається довіряти простору та відчувати контроль над тілом, частіше застосовуються техніки заземлення, дихальні вправи та психоедукація для батьків [4].

Реабілітація при черепно-мозковій травмі у дітей починається зі стабілізації стану і включає когнітивну терапію для відновлення уваги, виконавчих функцій, а фізична терапія здійснюється для розвитку координації, балансу та покращення сенсорної стимуляції [3].

Отже, можна стверджувати, що аутизм виступає як центральна категорія для диференційної діагностики у дитячій реабілітації та нейропсихології. Порівняння з ним та розуміння етіопатогенетичних

механізмів інших станів допомагає точніше виокремити патології одну від одної за перерахованими функціональними критеріями. Проведення диференціальної діагностики та встановлення функціонального діагнозу дозволяє індивідуалізувати реабілітаційні стратегії та підвищити якість реабілітаційної допомоги дітям з нейророзвитковими та психогенними порушеннями.

Список використаних джерел:

1. Kemp J., Mitchelson M. *The Neurodivergence Skills Workbook for Autism and ADHD: Cultivate Self-Compassion, Live Authentically, and Be Your Own Advocate* : New Harbinger Publications, 2024. 224 p.

2. Caeyenberghs K., Verhlt H., Clemente A., Wilson P. Mapping the functional connectome in traumatic brain injury: What can graph metrics tell us. *Neuroimage*. 2017 Vol. 160, P. 113-123. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27919750/> (date of access: 10.10.2025).

3. Landa J., Gerner M., Eisenstein E., Barak S. Pediatric Functional Neurological Symptoms Disorder: Walking Ability and Perceived Exertion Post-Pediatric Rehabilitation. *International journal of environmental research and public health*. 2023 Vol. 20, no. 2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27919750/> (date of access: 11.10.2025).

4. Scheeringa M., Zeanah C., Cohen J. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*. 2010 Vol. 28, no. 9, P. 770–782. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20736> (date of access: 11.10.2025).

5. Treatment and Intervention for Autism Spectrum Disorder. Autism Spectrum Disorder (ASD). *Centers for Disease and Control Prevention* URL: <https://www.cdc.gov/autism/treatment/index.html> (date of access: 13.10.2025).

6. A Guide to Occupational Therapy for Autism. *University of St. Augustine for Health Sciences*. URL: <https://www.usa.edu/blog/occupational-therapy-for-autism/> (date of access: 12.10.2025).

7. Odachowska-Rogalska E. Differentiation of the clinical diagnoses of autism spectrum disorder (ASD), attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Psychol Klin*. 2023 Vol. 23, no. 4. P. 297-306. URL: <https://www.psychiatria.com.pl/index.php/issues/2023-vol-23-no-4/differentiation-of-the-clinical-diagnoses-of-autism-spectrum-disorder-asd-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-and-post-traumatic-stress-disorder-ptsd> (date of access: 12.10.2025).