|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.02.2010 N 108 |

### Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із розладами загального розвитку (надалі - РЗР)

Клінічний протокол втратив чинність  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 15 червня 2015 року N 341)

|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.02.2010 N 108 |

### Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із гіперкінетичними розладами

**Коди за МКХ-10 F 90.0, F90.1, F90.8, F90.9**

**Установи-розробники:**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України;

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика;

Луганський медичний університет МОЗ України;

Навчально-реабілітаційний центр "Джерело", м. Львів.

**Члени робочої групи:**

к. м. н., доцент, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності "дитяча психіатрія" І. А. Марценковський

д. м. н., проф. В. С. Підкоритов;

д. м. н., проф. С. Є. Казакова;

к. м. н. Я. Б. Бікшаєва;

к. м. н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності "дитяча неврологія" В. Ю. Мартинюк;

О. Д. Романчук;

І. І. Марценковська;

О. В. Ткачова

**Рецензенти:**

д. м. н., професор В. Д. Мішиєв;

д. м. н., професор Н. О. Марута

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

|  |  |
| --- | --- |
| МОЗ | - Міністерство охорони здоров'я |
| МКХ-10 | - Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду |
| DSM-IV | - Діагностичне та статистичне керівництво по психічним розладам IV перегляду |
| DSM-IV-TR | - Діагностичне та статистичне керівництво по психічним розладам IV перегляду (переглянуте) |
| ГКР | - Гіперкінетичний розлад |
| КР (КПР) | - Коморбідні розлади (коморбідні психічні розлади) |
| РЗР (РСА) | - Розлади загального розвитку (розлади зі спектру аутизму) |
| РДУГ | - Розлад з дефіцитом уваги і гіперактивністю |
| ТР | - Тикозні розлади |
| РП | - Розлади поведінки |
| ТФР | - Тривожно-фобічні розлади |
| IACAPAP | - Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій |
| EACAPAP | - Європейська асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій |
| СМСР | - Сектор медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків із психічними та поведінковими розладами |
| УНДІССПН | - Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології |
| КПТ | - Когнітивно-поведінкова терапія |
| СТ | - Соціальна терапія |
| ТБК | - Тренінг батьківської компетенції (батьківський тренінг) |
| ТПК | - Тренінг педагогічної компетенції (вчительський тренінг) |
| КПСВ | - Корекційно-педагогічний супровід випадку |
| МТ | - Медикаментозна терапія |
| ТЦА | - Трициклічні антидепресанти |
| СІЗЗСН | - Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну |
| СІЗЗС | - Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну |

### УМОВИ, В ЯКИХ МАЄ НАДАВАТИСЯ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Медична допомога дітям має надаватися в максимально дестигматизованих умовах, переважно амбулаторно за місцем мешкання. Доцільним є створення за межами психіатричних установ територіальних кабінетів для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям із ГКР чи надання їм спеціалізованої психіатричної допомоги дитячим лікарем-психіатром у складі закріпленої за певною територією мультидисциплінарної бригади. Психосоціальна терапія, програми підвищення ефективності контролю за поведінкою дітей мають проводитися безпосередньо в дошкільних та шкільних навчальних закладах. При неможливості створення належних умов в позалікарняних умовах для проведення комплексного обстеження, розробки програм лікування, надання високо спеціалізованої психотерапевтичної допомоги можлива госпіталізація на психіатричні ліжка денних стаціонарів та багатофункціональних дитячих лікарень.

### КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

### Загальні вимоги до організації клініко-діагностичної програми

Діагностичний процес при ГКР має декілька базових цілей: встановити діагноз ГКР, коморбідних розладів; дослідити ситуацію в контексті сім'ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтраперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників).

Утім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою, надзвичайно важливою його метою є встановлення терапевтичної взаємодії з сім'єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, досягнення спільного бачення проблем, цілей та формування відповідного плану дій.

Діагностика ГКР включає:

1) Первинний скринінг вчителями та психологами загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами;

2) Первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги сімейними лікарями, дитячими неврологами;

3) Заключну діагностику лікарями - психіатрами дитячими;

4) За потреби - психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження.

Підсумком діагностичного процесу має бути встановлення клінічного діагнозу відповідно до МКХ-10, з якого випливає комплексний план допомоги дитині та її сім'ї. Клінічний діагноз має включати:

1) основний діагноз;

2) діагноз коморбідних розладів (КР) та визначені супутні проблеми;

3) психологічну характеристику дитини;

4) характеристику проблем, пов'язаних із групою первинної підтримки дитини;

5) характеристику соціального та освітнього контекстів життя дитини;

6) аналіз основних негативних та позитивних факторів впливу на динаміку розвитку дитини, характеристику взаємодії цих факторів;

7) прогностичне формулювання.

### Попередня діагностика порушень уваги, рухової активності та вольового контролю над мисленням, поведінкою та потягами

Попередня діагностика розладів уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку має здійснюватися вихователями дошкільних освітніх закладів, корекційними педагогами, у дітей шкільного віку - вчителями та психологами закладів освіти. Діагностика має проводиться шляхом: оцінювання дітей за батьківським та вчительським протоколами шкали Коннерса; дослідження їх академічних проблем із встановленням специфічних затримок розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій; дослідження функціонування груп первинної підтримки.

Особливе значення для діагностики має визначення проблем, пов'язаних зі зміненим патерном родинних взаємин, асоціальною поведінкою батьків, недоброзичливим відношенням до дитини в процесі її виховання, наявністю подій, що призвели до втрати дитиною відчуття власної гідності; дослідження обставин, що можуть свідчити про фізичне чи сексуальне насильство відносно дитини з боку членів групи первинної підтримки. До дослідження функціонування груп первинної підтримки проблемних дітей, в разі потреби, мають залучатися органи опіки та піклування.

### Первинна діагностика ГКР лікарями загальної практики (сімейними лікарями)

Лікарі ланки первинної медичної допомоги (сімейні лікарі), педіатри, дитячі неврологи мають проводити первинну діагностику ГКР шляхом співставлення інформації, отриманої від батьків, дитини, вчителів та психологів, з діагностичними критеріями МКХ-10. Вони мають проводити диференційну діагностику з розладами уваги та поведінки, зумовленими загальномедичними проблемами (X-ламкою хромосомою, гіпертиреозом, епілепсією, шкірними хворобами), немедичним застосуванням психоактивних речовин. Педіатри, дитячі неврологи мають здійснювати ранню діагностику порушень зору, слуху, фізичного розвитку, специфічних розладів розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій.

### Заключна діагностика ГКР на етапі спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги

Заключна діагностика ГКР має проводитися лікарем - психіатром дитячим. З урахуванням результатів проведених обстежень лікар-спеціаліст встановлює відповідність наявних порушень діагностичним критеріям МКХ-10. Виключною компетенцією лікаря-психіатра дитячого є діагностика коморбідних психічних розладів (КПР), диференційна діагностика з іншими психічними та поведінковими розладами.

При обстеженні дитини з підозрою на ГКР обов'язковими є проведення формалізованого інтерв'ю з батьками та дитиною і проведення скринінгу за шкалою Коннерса (окремо оцінюються батьківський та вчительський протоколи, протокол, заповнений дитиною старше 11 років). У разі потреби лікар-спеціаліст може застосовувати інші оціночні шкали: оцінки розвитку та благополуччя дитини (The Development and Well-Being Assessment - DAWBA), контрольні таблиці дитячої поведінки (Child Behavior Checklist - CBCL), анкетний опитувальник сильних і слабких особливостей дитини (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ).

При потребі можуть проводитися додатково ЕЕГ, психофізіологічні, лабораторні обстеження.

### Особливості оцінювання базових клінічних симптомів та застосування діагностичних критеріїв гіперкінетичного розладу

Згідно з сучасними міжнародними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV розрізняють три групи симптомів ГКР і РДУГ: гіперактивність, неуважність та імпульсивність. Про розлад ми можемо говорити лише в тих випадках, коли ці симптоми спостерігаються у дитини в різних ситуаціях і викликають суттєве клінічне страждання, порушують соціальне функціонування, перешкоджають успішному навчанню або професійній діяльності (якщо мова йде про повнолітніх людей).

Для позитивної діагностики як ГКР, так і РДУГ симптоми мають виявлятися більше, ніж в одній ситуації. У МКХ-10, на відміну від DSM-IV-TR, для встановлення діагнозу потрібно довести наявність як неуважності, так і гіперактивності та імпульсивності. DSM-IV-TR таких вимог не пред'являє і передбачає можливість діагностики трьох клінічних форм РДУГ: коморбідної (комбінованої), яка відповідає критеріям ГКР за МКХ-10; форми з ізольованими порушеннями уваги; форми з переважанням гіперактивності та імпульсивності.

ГКР маніфестує не пізніше, ніж у 7 років. Якщо імпульсивність, гіперактивність та неуважність вперше виникають у старшому віці, потрібно розглянути можливість діагностики афективного розладу.

### *Дефіцит уваги при гіперкінетичному розладі (легкість відволікання та нездатність утримувати зосередженість)*

Визначальним симптомом як ГКР, так і РДУГ вважається дефіцит уваги (неуважність). Сказати, що дитина неуважна, недостатньо, оскільки існують різні характеристики функції уваги, асоційовані з різними патологічними процесами: обсяг, вибірковість, легкість відволікання та пильність (здатність сконцентрувати увагу та утримувати зосередженість).

Обсяг уваги - кількість інформації, яку дитина може запам'ятати та усвідомити за короткий проміжок часу, наприклад вивчити вірш чи запам'ятати номер телефону. У дітей з РДУГ не має браку обсягу уваги. Вони можуть запам'ятати та відтворити стільки ж інформації, скільки й інші діти.

Вибірковість уваги - функція уваги, яка забезпечує спроможність дитини зосереджуватися на необхідних стимул-реакціях і не відволікатися на сторонні подразники. "Легкість відволікання" - загальний термін для позначення дефіциту вибіркової уваги. Прикладом порушення вибіркової уваги при ГКР є ситуація, коли дитина легко відволікаєтеся на голоси в сусідній кімнаті, на подразники за вікном під час підготовки до тестуючої вправи. З функцією вибірковості уваги тісно пов'язана її усталеність,або пильність - здатність утримувати зосередженість протягом певного часу всупереч втомі.

Порушення уваги при ГКР прийнято поділяти на дві категорії: асоційовані з дефіцитом вибіркової уваги (легкість відволікання) та зумовлені нездатністю утримувати зосередженість (не пильністю).

Поведінка дітей з ГКР дозволяє підозрювати у них наявність дефіциту вибіркової уваги, проте результати психофізіологічних досліджень свідчать, що легкість відволікання не є специфічною для цього розладу. Значна частина сторонніх подразників заважає більшості дітей з ГКР при виконанні академічних вправ не більшою мірою, ніж їх одноліткам. Із цього правила є два виключення, значущих для клінічної практики: 1) діти з ГКР відволікаються більше інших на яскраві та привабливі "стимули - реакції"; 2) вони більше інших відволікаються на сторонню інформацію, присутню в монотонних завданнях, які вони виконують тривалий час. Наприклад, гра з клавішами комп'ютера може для них бути цікавішою, ніж інформація на екрані монітору. Легкість відволікання може бути зумовлена високим чи низьким інтелектом дитини. У першому випадку академічні завдання в школі можуть бути занадто легкими, у другому - занадто складними та не цікавими для дитини.

Ключовим порушенням уваги при ГКР є порушення її пильності (здатності сконцентрувати увагу та утримувати зосередженість). Ніхто з дітей не любить займатися не цікавими для них вправами, проте вони можуть це робити, якщо треба. Діти з ГКР не можуть тривалий час виконувати таке завдання, навіть якщо добре мотивовані на успішну діяльність. Абсолютні норми усталеності уваги відсутні. Проте існують орієнтовні показники, які можна використовувати при діагностиці її порушень (табл. 1.)

Таблиця 1.

**Орієнтовний час, протягом якого дитина може утримувати зосередженість відповідно до віку**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вік дитини, роки** | **3 - 4** | **5 - 6** | **7 - 9** | **10 - 13** | **14 - 18** |
| Усталеність уваги, хвилини | 5 - 10 | 10 - 15 | 20 - 30 | 30 - 40 | понад 40 |

При оцінці усталеності уваги окремо оцінюється наявність поведінки, спрямованої на уникнення завдань, які вимагають тривалого зосередження. При цьому важливо диференціювати: "не хоче" чи "не може" дитина виконувати завдання тесту. Це дозволяє виключити опозиційну поведінку. При оцінюванні потрібно спиратися на завдання, які подобаються дитині, але вимагають від неї зосередженості.

Діагностичні критерії неуважності (G1) вМКХ-10 вимагаютьнаявності у дитинипринаймні 6 з перелічених симптомів, які спостерігаються щонайменше протягом 6 місяців і виражені настільки, що зумовлюють виражену дезадаптацію дитини чи не узгоджуються із загальним рівнем її розвитку:

1) часто виявляє неспроможність сконцентрувати увагу на деталях, не звертає належної уваги на правила, робить численні помилки, беззаперечно зумовлені недбалістю під час виконання шкільних завдань, у щоденній праці або при іншій діяльності;

2) часто виявляє неспроможність утримувати увагу під час виконання шкільних завдань або при ігровій діяльності;

3) часто буває помітним, що дитина не слухає того, що їй говорять, не чує висловленого на її адресу;

4) часто не дотримується наданих інструкцій або не виконує до кінця шкільні завдання, повсякденні справи, інші обов'язки (але не через опозиційну поведінку чи нездатність зрозуміти вказівку);

5) часто демонструє недостатню здатність до раціональної організації виконання завдань та іншої діяльності;

6) часто демонструє поведінку уникнення чи відразу до діяльності, яка вимагає постійного розумового напруження (наприклад, неохоче береться за виконання домашніх завдань з окремих шкільних дисциплін);

7) часто губить речі, необхідні для виконання певних завдань чи іншої діяльності (шкільне приладдя, олівці, книжки, іграшки, одяг);

8) як правило, легко відволікається на зовнішні подразники;

9) часто демонструє прояви забудькуватості під час повсякденної діяльності.

### *Порушення рухової активності при гіперкінетичному розладі (гіперактивність)*

Гіперактивність належить до основних клінічних проявів ГКР. Раніше вважалося, що непосидючість спостерігається переважно в ситуаціях, які пред'являють до дитини з РДУГ вимоги гальмування рухової активності, наприклад, в класі під час уроків. За допомогою відеомоніторингу було доведено, що навіть під час сну ці діти демонструють вищу порівняно з однолітками рухову активність. З іншого боку, надмірна, з точки зору культуральних уявлень, рухова активність не може розглядатися як гіперактивність (симптом ГКР) в тих випадках, коли вона не асоційована з дезадаптуючими формами поведінки.

Потрібно розрізняти гіперактивість у родинному середовищі та гіперактивність в соціумі (громадських місцях, зокрема у школі). Прояви гіперактивності у школі більш показові для ГКР. Асоційовані з надмірною рухливістю порушення поведінки, які мають місце переважно вдома, - менш специфічні. Вони можуть свідчити про наявність у дитини опозиційно-викличного розладу.

При оцінюванні гіперактивності слід враховувати порушення поведінки лише в тих ситуаціях, в яких діти відповідно до культуральних норм мають бути спокійними. Наприклад, діагностично значущим є необґрунтоване переміщення столових предметів під час прийому їжі, розгойдування на стільці, що дійсно має розцінюватися як недоречна та неприйнятна для даної ситуації поведінка. Менш доказовою для діагностики розладу є висока рухова активність на перервах між уроками.

Діагностичні критерії гіперактивності (G2) вМКХ-10 вимагаютьнаявності у дитинипринаймні трьох з перелічених симптомів, які спостерігаються щонайменше протягом 6 місяців і настільки суттєві, що призводять до вираженої дезадаптації дитини або ж не узгоджуються із загальним рівнем її розвитку:

1) часто занепокоєно рухає ногами або руками чи крутиться на кріслі;

2) часто залишає своє місце за партою, у класній кімнаті, не може втриматися, залишатися на місці в ситуаціях, що вимагають тривалого сидіння;

3) нерідко починає бігати, кудись дертися в ситуаціях, коли це зовсім недоречно (в юнацькому або дорослому віці аналогом окресленого симптому може бути відчуття неспокою в подібних ситуаціях);

4) часто є надмірно галасливою під час забави або не може заспокоїтися в ситуації, яка того вимагає;

5) демонструє прояви тривалої надмірної рухової активності, яка практично не модифікується соціальним контекстом та очікуваннями оточуючих людей.

### *Порушення вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивність)*

Імпульсивність розглядається як третя базова ознака РДУГ. Клінічна сутність імпульсивності полягає в неспроможності дитини оцінювати ситуацію перед тим, як почати на неї реагувати. Прикладом імпульсивності є вигукування дитиною відповідей на уроці: не дослухавши запитання, вона починає відповідати на нього, їй складно дочекатися своєї черги, вона порушує заборону викладача. З більшою упевненістю ми можемо говорити про імпульсивність у тих випадках, коли дитина перебиває інших, активно, без дозволу втручається в чужі справи, нав'язує себе іншим.

Розрізняють когнітивну і поведінкову імпульсивність. Когнітивна імпульсивність визначає дезорганізованість мислення, пов'язану з поспішністю суджень і висновків; поведінкова - дезорганізацію вольового контролю над поведінкою і потягами, формування антисоціальної поведінки.

Діагностичні критерії імпульсивності (G3) вМКХ-10 вимагаютьнаявності у дитинипринаймні одного з перелічених симптомів, який спостерігається щонайменше протягом 6 місяців і є суттєвим настільки, що це призводить до вираженої декомпенсації дитини або не узгоджується із загальним рівнем її розвитку:

1) часто квапиться з відповіддю, вигукує, не дослухавши закінчення запитання;

2) демонструє нездатність спокійно стояти у черзі, не здатна дочекатися свого ходу під час гри або в інших ситуаціях групової взаємодії;

3) часто втручається у справи та розмови дорослих, перебиває їх на півслові, без дозволу втручається в ігри інших дітей;

4) часто занадто багато розмовляє, не демонструє адекватної реакції на соціальний тиск, що здійснюється з метою припинити балаканину.

### Особливості діагностики коморбідних розладів у дітей з гіперкінетичними розладами

Діагностика РСА, депресивного, маніакального, тривожно-фобічного розладу (ТФР) в МКХ-10, на відміну від DSM-IV-TR, виключає можливість діагностики ГКР. Серед експертів у галузі дитячої психіатрії EACAPAP в останні роки сформувався консенсус відносно того, що у дітей можлива подвійна діагностика ГКР і низки коморбідних розладів (КР) (поведінкового, ТФР, біполярного, РСА, специфічного розвитку мови та шкільних навичок, тикозного).

За даними міжнародних багатоцентрових досліджень у 66 % дітей шкільного віку з ГКР спостерігаються КПР: депресія, манія, субдепресія чи гіпоманія (4 %), розлади поведінки (РП) (40 %), ТФР (34 %), тикозні розлади (ТР) (11 %).

Опозиційні форми поведінки і ГКР характеризуються не лише високим рівнем коморбідності, а й спільними молекулярно-генетичними ознаками. Прояви ГКР у дитини дошкільного чи молодшого шкільного віку є значущим чинником ризику формування РП. З іншого боку, самі по собі РП не призводять до появи або посилення симптоматики, асоційованої з ГКР.

Специфічні розлади розвитку експресивної мови та шкільних навичок також мають спільні молекулярно-генетичні ознаки з ГКР. Розлади рецептивної мови демонструють високий рівень коморбідності не з ГКР, а з РЗР.

Причини високої коморбідності депресії та тривоги з ГКР не встановлені. Очевидним є той факт, що у дітей з ГКР нерідко формується низька самооцінка, що можна пояснити поганою шкільною та сімейною адаптацією.

Існують певні складності у розмежуванні ГКР та дитячої манії. На користь біполярного розладу можуть свідчити: пізня (після 8-річного віку) маніфестація з дистимії чи депресії, фазність перебігу, афективні розлади в сімейному анамнезі, варіативна чи негативна реакція на психостимулятори, афінність до стабілізаторів настрою (тимоізолептиків). Діти з ГКР та коморбідною манією, як вважається, мають не лише розлади уваги та гіперактивність, але й погано й мало сплять, надмірно веселі, комунікабельні, говіркі та фамільярні. Про наявність коморбідного РДУГ у таких дітей можуть свідчити: маніфестація психічних розладів у 3 - 4-річному віці з надмірної рухливості та імпульсивної поведінки, континуальний перебіг, розлади з руйнівною поведінкою в сімейному анамнезі, позитивна терапевтична відповідь на психостимулятори, відсутність позитивної терапевтичної відповіді на тимоізолептики.

Симптоми ГКР у поєднанні зі стереотипними формами поведінки та помірною, тяжкою чи глибокою розумовою відсталістю згідно з критеріями МКХ-10 мають відноситися до РЗР (F.84.4). Інші варіанти сполучення ознак ГКР та РЗР у МКХ-10 мають кодуватися як особливі варіанти РЗР (F.84.8, F.84.9), проте експерти EACAPAP пропонують в наступній редакції класифікації передбачити можливість подвійної діагностики.

Уведення в МКХ-10 рубрики F.90.8 частково зумовлене дискусією щодо класифікації таких станів, як гіперактивний розлад із маніакальними симптомами та порушенням поведінки і гіперактивний розлад із депресивними симптомами та порушенням поведінки.

До F.90.9 мають відноситися гіперкінетичні реакції у дитячому та підлітковому віці внаслідок депривації та розладів прив'язаності, гіперкінетичні реакції внаслідок психічної травми. Основною відмінністю розладів рубрики F.90.9 від розладів, що відповідають F.90.8, є виконання діагностичних критеріїв відповідного КПР: реактивного розладу прив'язаності (F.94.1), розладу прив'язаності за розгальмованим типом (F.94.2), розладу, пов'язаного з реакцією на тяжкий стрес чи порушеннями адаптації (F.43).

### Особливості оцінювання тяжкості гіперкінетичного розладу

При плануванні лікувальної програми для дітей з ГКР мають враховуватися формалізовані критерії тяжкості розладу. Європейські та американські клінічні рекомендації використовують дефініції легких, середньотяжких та тяжких РДУГ і ГКР, але не містять чітких діагностичних критеріїв для їх визначення.

Як легкі форми ГКР мають оцінюватися ті клінічні випадки, при яких:   
а) мають місце патологічні рівні розладів уваги, рухової активності, вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами; б) симптоми розладу спостерігаються при широкому спектрі різноманітних ситуацій, які, як правило, не пов'язані з групою первинної підтримки дитини; в) симптоми розладу не супроводжуються тяжкими порушеннями поведінки, які унеможливлювали б адаптацію дитини у дошкільних і шкільних закладах освіти і суттєво порушували б функціонування родини (не виконуються критерії розладів поведінки F.91.-); г) симптоми розладу можуть бути усунені за допомогою психосоціальних і корекційно-педагогічних втручань.

Як середньотяжкі форми ГКР мають оцінюватися ті клінічні випадки, при яких: а) патологічні рівні розладів уваги, рухової активності, вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами, що спостерігаються при широкому спектрі різноманітних ситуацій, які, в тому числі, стосуються групи первинної підтримки дитини; б) симптоми розладу супроводжуються значними порушеннями соціальної адаптації дитини в родині, у дошкільних і шкільних закладах освіти (виконуються критерії розладів поведінки F.91.-); в) відсутні коморбідні специфічні розлади шкільних навичок та мови; г) за допомогою психосоціальних і корекційно-педагогічних втручань не завжди можуть бути усунені порушення соціальної адаптації, що унеможливлюють адаптацію дитини у дошкільних і шкільних закладах освіти.

Як тяжкі форми ГКР мають оцінюватися ті клінічні випадки, при яких: а) мають місце патологічні рівні імпульсивності, гіперактивності та дефіциту уваги, що спостерігаються більше, ніж в одному середовищі (наприклад, у школі та вдома) протягом більше 6 місяців; б) симптоми розладу супроводжуються тяжкими порушеннями соціальної адаптації дитини в родині, у дошкільних і шкільних закладах освіти, академічною неуспішністю; в) наявні діагностичні критерії коморбідних поведінкових і тривожно-фобічних/афективних розладів; г) спостерігаються значущі коморбідні специфічні розлади шкільних навичок та мови; д) відмічається неефективність соціальної терапії у дітей дошкільного віку протягом 6 місяців, у дітей шкільного віку - протягом 3 місяців.

### Психофізіологічні тести для оцінювання порушень уваги (неуважності) та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності)

Для оцінювання порушень уваги (неуважності) та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності)при ГКР можна використовувати лабораторні психофізіологічні тести: тест на функції уваги з безперервним виконанням (Continuous Performance Test), тест із стоп-завданням (Test with a feet-task).

Під час проведення тесту на функції уваги з безперервним виконанням дітям демонструють серію стимулів, наприклад літер, які з'являються на екрані монітору поодинці. Дитину усаджують перед монітором і дають завдання: натискувати на кнопку лише тоді, коли певна літера з'являється вслід за іншою. Якщо дитина не натискує на кнопку після появи передінформуючої літери, як це слід зробити за інструкцією, її дії оцінюють як помилку упущення (omission). Якщо дитина натискує на кнопку без появи на моніторі передбаченої інструкцією передінформуючої літери або після появи іншої літери, її дії оцінюють як помилку здійснення (commission). Накопичення помилок упущення свідчить про неуважність, помилок здійснення - про імпульсивність.

Тест із стоп-завданням - лабораторний метод, що моделює елементи діяльності з реального життя дитини та вимагає швидкого ухвалення правильних рішень відносно виконання чи гальмування певних рухів. Тест складається з двох субтестів: старт-реакції та стоп-реакції. При виконанні субтесту зі старт-реакцією досліджуваного просять зосередити увагу на 2 літерах (стимул-реакціях), які у випадковому порядку генеруються комп'ютером. Коли на екрані з'являються необхідні літери, дитина повинна натискувати на відповідні клавіші на клавіатурі. При виконанні субтесту зі стоп-реакцією під час появи букв періодично може лунати звуковий подразник (стоп-сигнал). Дитина не повинна натискувати на клавіші, коли лунає цей звук. Порівняно з іншими дітьми дітям з ГКР важко стримувати руховий імпульс під час стоп-випробування.

### ЛІКУВАЛЬНА ПРОГРАМА

### Загальні вимоги до лікувальної програми

Цілісний терапевтичний процес дітей з ГКР має включати соціальну терапію (СТ) (когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), тренінг батьківської компетенції (ТБК), тренінг педагогічної (вчительської) компетенції (ТПК), корекційно-педагогічний супровід випадку (КПСВ)) та медикаментозну терапію (МТ).

Співвідношення МТ з іншими видами лікування при ГКР у дітей різного віку з урахуванням критеріїв тяжкості розладу представлено у таблиці 2. Ці рекомендації кореспондуються з вимогами Європейських клінічних рекомендацій для ГКР (EACAPAP, 2004).

Таблиця 2.

**Вибір та планування терапевтичних втручань у дітей різного віку**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вік дитини** | **Форма терапевтичного втручання** |
| **Дошкільний** | **А.** Починають лікування з СТ: - ТБК - ТПК у разі відвідування дошкільного освітнього закладу - КПСВ при наявності затримок розвитку мови та шкільних навичок - КПТ за містом мешкання дитини - Відвідування спеціального дошкільного освітнього закладу з посиленою педагогічною корекцією **Б.** МТ додається до СТ при наявності серйозних порушень функціонування дитини в головних сферах життя та недостатній ефективності СТ протягом 6 місяців |
| **Шкільний** | **А. Легкі та середньотяжкі форми ГКР** - Починають лікування з СТ: ТБК, ТПК, КПСВ при наявності затримок розвитку мови та шкільних навичок, КПТ за містом мешкання дитини - МТ(метилфенідатом) додається до СТ при збереженні значущих порушень функціонування дитини в головних сферах життя протягом 3 місяців **Б. Тяжкі форми ГКР** - Починають лікування з МТметилфенідатом у сполученні з ТБК і ТПК, при недостатній ефективності додатково застосовують КПТ - При недостатній ефективності застосовують МТ атомоксетином у сполученні з ТБК, ТПК, КПТ - При недостатній ефективності застосовують альтернативну МТ чи комбіновану МТ препаратами другої групи (агоніc- тами центральних -адренорецепторів, антидепресантами) **В. Коморбідні форми** - Починають лікування з МТКР, після стабілізації стану розпочинають МТ ГКР психостимуляторами/атомоксетином - При наявності специфічних розладів розвитку шкільних навичок та мови додатково застосовується КПСВ - При наявності депресивних розладів та ТФР можливе додаткове застосування КПТ |

### Соціальна терапія

Соціальна терапія (СТ) - система спеціально організованих соціальних впливів на перебіг психічного розладу та зумовлені ним порушення соціального функціонування в родині, середовищі однолітків, навчальному закладі з метою соціальної реінтеграції та психологічного благополуччя дитини.

Соціальні втручання мають будуватися на засадах оперантного зумовлення: позитивного соціального підкріплення шляхом надання координуючої уваги, заохочення, корегуючого навчання та виховання, копінг-поведінки в процесі спільної діяльності та усунення негативного підкріплення шляхом ігнорування небажаних форм поведінки та реагування.

СТ дітей з ГКР є невід'ємною частиною їх програмно-цільового обслуговування і повинна включати низку обов'язкових модулів (табл. 3).

***А. Тренінг батьківської компетенції (батьківський тренінг)***

Тренінг батьківської компетенції (ТБК) - досягнення розуміння батьками проблем дитини, позбавлення відчуття провини за її розлади, формування навичок попереджуючого управління поведінкою, покращання навичок складання угод та підвищення ефективності вимог, реагування на прояви зухвалої поведінки, планування заходів, спрямованих на корекцію порушеної самооцінки, формування відповідальності за поведінку в проблемних ситуаціях.

***Б. Тренінг педагогічної компетенції (вчительський тренінг)***

Тренінг педагогічної компетенції (ТПК) - навчання викладачів, психологів та вихователів плануванню та застосуванню ефективних виховних заходів у дитячих садочках і школах: попереджуючого управління поведінкою (формування правил, адаптація учбових завдань, регулювання учбового навантаження, організація допомоги з боку однолітків), формування заходів реагування на викличну поведінку (підкріплення за допомогою жетонної системи заохочень, удосконалення способів покарання), корекції порушень самооцінки, підвищення незалежної ролі в проблемних ситуаціях, підвищення навичок дотримання форм і ефективності вимог.

***В. Корекційно-педагогічний супровід випадку***

Корекційно-педагогічний супровід випадку (КПСВ) - проведення педагогічної корекції, спрямованої на попередження формування специфічних розладів розвитку шкільних навичок (читання, писання, рахування) і мови, та усунення окремих проявів ГКР.

Таблиця 3.

**Об'єкти та цілі комплексної СТ при лікуванні ГКР**

|  |  |
| --- | --- |
| **Об'єкт** | **Ціль** |
| **Дитина з ГКР** | Покращання концентраційної функції уваги Корекція гіперактивності Усунення імпульсивності Профілактика агресивних форм поведінки Профілактика залежних форм поведінки Корекція КПР Профілактика формування специфічних затримок розвитку шкільних навичок Покращання загального функціонування дитини |
| **Сім'я** | Покращання контролю батьками поведінки дитини, запобігання небажаних ситуацій Усунення проблем у стосунках між дитиною та її батьками Покращання емоційної атмосфери в сім'ї Усунення (у разі наявності) проблем із психічним здоров'ям у самих батьків |
| **Школа** | Усунення труднощів у процесі навчання, врахування специфічних потреб дитини у навчальному процесі Корекція негативних моментів у стосунках між вчителем та дитиною |
| **Однолітки** | Корекція негативних форм взаємодії |

***Г. Когнітивно-поведінкова терапія***

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - надання допомоги дитині у розумінні природи існуючих проблем та у набутті навичок успішної поведінки у складних ситуаціях, що спрямовані на забезпечення максимально можливої шкільної, сімейної та соціальної адаптації.

Схематично об'єкти та цілі комплексного психосоціального втручання в рамках програмно-цільового обслуговування дітей з ГКР представлені у таблиці 3.

Об'єктами КПТ можуть бути не лише базові розлади ГКР і асоційовані з ними прояви дезадаптивної поведінки, а й КПР. КПТ можна застосовувати при ТФР і депресивних розладах як у дитини, так і у її батьків.

### *Загальні вимоги до організації ТБК та запровадження ситуативного менеджменту в родині*

Ефективність ТБК та запровадження ситуативного менеджменту в родині підтверджено даними низки контрольованих досліджень.

СТ на рівні сім'ї повинна включати:

- складання із батьками переліку ситуацій, що містять специфічні для дитини з ГКР проблеми, дослідження конкретних форм дезадаптивної поведінки дитини в проблемних ситуаціях, обговорення варіантів кризового втручання та способів припинення зухвалої поведінки, моніторування більш адаптивних форм поведінки;

- закріплення чи формування у батьків таких способів вирішення внутрішньосімейних проблем, що сприятимуть посиленню взаємної емпатії, усуненню насильства та авторитаризму;

- навчання батьків правилам, що сприятимуть підвищенню ефективності директивних комунікацій із дитиною (встановлення здорового контакту, структурування вимог, дотримання етапності у розпорядженнях, позитивне підкріплення випадків відповідальної поведінки дитини);

- розробка спільно із батьками системи заохочення прийнятних форм поведінки дитини у проблемних ситуаціях та удосконалення системи покарання (штрафи, тайм-аути, ізоляція) для усунення небажаних форм поведінки;

- навчання батьків методиці покарання через позбавлення заохочення з метою її застосування у випадках такої поведінки, при якій негативні наслідки для дитини не є достатньо дієвими. Таке соціальне втручання має застосовуватися батьками дуже обережно та делікатно, щоб не викликати асоціацію із безглуздим покаранням;

- інтеграція досвіду роботи дитини та батьків із психотерапевтом у єдиний процес СТ у сім'ї: застосування у різних ситуаціях навичок керування стресом, контролю проблемної поведінки; проведення погоджувальних тренінгів, налагодження спілкування, спрямованого на зменшення конфліктів між дітьми та батьками, впровадження заходів сімейного самоврядування.

### *Загальні вимоги до організації ТПК, планування та проведення ефективної психосоціальної терапії в освітніх закладах*

Застосування корекційно-виховних втручань викладачами шкіл та вихователями закладів дошкільної освіти вважається ефективним, а разом із ситуативним менеджментом у родині - достатнім втручанням при легких формах ГКР.

СТ у закладах освіти повинна включати:

- обговорення з вчителями організації проведення уроку та особливостей роботи з кожною проблемною дитиною, наприклад: рекомендується посадити дитину з ГКР ближче до вчителя; давати їй короткі академічні завдання послідовно, кожне наступне - після виконання попереднього; вставляти між завданнями під час уроку короткі фізичні вправи; сприяти формуванню ігноруючої реакції класу у відповідь на руйнівні форми поведінки дитини;

- складення переліку специфічних проблемних ситуацій та відхилень у поведінці для кожної дитини з ГКР (наприклад, вигукування відповідей до завершення формулювання завдання викладачем, вставання і розгулювання по класу, зайнятість сторонніми справами під час уроку та ін.). Моніторування успішності дитини та прогресу у поведінці протягом часу за допомогою шкали показників;

- навчання вчителів та вихователів методам, які дозволяють підвищувати ефективність директивних комунікацій з дитиною (встановлювати зоровий контакт, чіткіше структурувати вказівки, не давати багато вказівок за один раз, позитивно підкріплювати випадки бажаної поведінки дитини);

- навчання вчителів та вихователів методам заохочення бажаних форм поведінки у специфічних ситуаціях. Доцільним є застосування техніки дублюючих підкріплень. У навчально-виховному закладі це, наприклад, може бути спеціальна година для гри або фіксований час для виконання домашнього завдання меншого обсягу; вдома чи за його межами - спеціальна ігрова година із психотерапевтом;

- навчання вчителів і вихователів методиці "Переривання стимуляції" для застосування її як процедури покарання за серйозні порушення поведінки, при яких її негативні наслідки самі по собі не є повчальними для дитини. Таке покарання має застосовуватися дуже обережно: необхідно бути впевненим, що покидання класу або іншого приміщення позитивно не підкріплюється.

### *Вимоги до корекційно-педагогічного супроводу випадків гіперкінетичного розладу у дітей шкільного віку*

Для кожної дитини з ГКР потрібно скласти програму індивідуального КПСВ. Ці обов'язки мають бути покладені на підпорядковані управлінням охорони здоров'я держадміністрацій медико-педагогічні комісії або територіальні кабінети для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям із ГКР.

Програма КПСВ має включати заходи педагогічної корекції, спрямовані на попередження формування специфічних розладів шкільних навичок (читання, писання, лічби) та усунення окремих проявів ГКР.

У віці від 4 до 5 років у дитини з ГКР мають бути діагностовані ознаки затримки розвитку навичок експресивної мови та мовної артикуляції; у 5 - 6 років - ознаки затримки формування шкільних навичок (дрібної моторики та орфографії, читання, лічби). Програма індивідуального КПСВ ГКР у дітей повинна передбачати заходи первинної профілактики та корекції цих затримок розвитку засобами корекційної педагогіки.

Ізольовано впливати на окремі складові РДУГ дозволяє комплекс спеціальних ігрових тренінгів:

- жваві ігри на уважність, диференційовані по задіяним аналізаторам (зоровому, слуховому, вестибулярному, нюховому, смаковому, тактильному) та окремим компонентам уваги (фіксація, концентрація, утримання, перемикання, розподіл);

- ігри, що розвивають посидючість та непохапливість, але не потребують зосередженості та припускають прояви імпульсивної поведінки;

- ігри на розвиток стриманості та самоконтролю імпульсивності, що дозволяють при цьому дитині бути неуважною та рухливою;

- ігри з двоєдиними завданнями, які, наприклад, вимагають одночасно уважності та стриманості, уважності та непохапливості, посидючості та неімпульсивності;

- ігри з триєдиними завданнями, що вимагають сконцентрованості, посидючості та стриманості.

### *Когнітивно-поведінкова психотерапія дитини*

КПТ має проводитися за місцем мешкання дитини на етапі первинної медичної допомоги лікарем - медичним психологом, лікарем-психотерапевтом або дитячим психіатром, які працюють у складі мультидисциплінарних бригад. КПТ може здійснюватися в територіальних кабінетах для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям із ГКР.

КПТ, насамперед, скерована на формування у дитини з ГКР навичок самостійного керування стресом та самоконтролю поведінки у специфічних ситуаціях.

Основою методу ситуативного самоконтролю є навчання дитини з ГКР навичкам покрокового самоконтролю поведінки у проблемних ситуаціях: Зупинитися! - Проаналізувати проблеми, що виникли. - Проаналізувати існуючі плани. - Розглянути можливість альтернативних дій. - Визначити, які плани продовження дій є прийнятними. - Виділити найкращий план. - Реалізувати план. - Визначити, чи є позитивними наслідки рішення, чи вдалося успішно подолати проблему.

Ізольоване застосування методу ситуаційного самоконтролю у дітей з ГКР не підтвердило свою ефективність у ході контрольованого дослідження. Тим не менш, ця методика КПТ в комплексі із ТБК і ТПК може бути ефективною для первинної профілактики формування опозиційної та антисоціальної поведінки, залежності від психоактивних речовин.

Окремою метою КПТ може бути усунення у дітей з ГКР коморбідної тривожно-фобічної симптоматики.

### Медикаментозне лікування

Патогенетично обґрунтована МТ при ГКР базується на призначенні препаратів, які посилюють трансмісію норадреналіну та дофаміну в лобних ділянках мозку. Такі нейротрансмітерні зміни зумовлюють покращення функціонування лобної кори та більш ефективне забезпечення нею виконавчих функцій (гальмівної функції щодо стовбурової частини мозку).

За рівнем доказів клінічної ефективності та безпечності застосування в контрольованих дослідженнях препарати для МТ при ГКР можуть бути розподілені на декілька груп.

До препаратів першої групи належать найбільш ефективні та безпечні за результатами контрольованих досліджень медикаментозні засоби - метилфенідат і атомоксетин.

Метилфенідат має перевагу над атомоксетином за рахунок більшої ефективності та меншої кількості побічних ефектів. За результатами численних контрольованих досліджень терапія метилфенідатом забезпечує зменшення симптомів ГКР на 90 %, атомоксетином - на 60 %.

До препаратів другої групи належать іміпрамін (трициклічний антидепресант), бупропіон (антидепресант-інгібітор зворотного захоплення дофаміну), клонідин та гуанфацин (агоністи центральних  2-адренорецепторів). Ефективність цих препаратів також є доволі високою, але нижчою, ніж препаратів попередньої групи, або встановлена відповідно до вимог доказової медицини лише частково. За даними контрольованих досліджень терапія антидепресантами забезпечує 70 %, -агоністами - 50 % редукцію симптомів ГКР. Препарати другої групи мають також більший рівень побічних реакцій. Антидепресанти не рекомендовано застосовувати у дітей молодше 12 років.

Ефективність агоністів центральних  2-адренорецепторів є більшою щодо поведінкових (гіперактивність та імпульсивність), аніж щодо когнітивних (неуважність) симптомів ГКР. Гуанфацин порівняно з клонідином більш селективно впливає на  2-адренорецептори, викликає меншу седацію і діє як на поведінкові, так і на когнітивні симптоми ГКР.

До препаратів третьої групи належать ті, ефективність яких при ГКР встановлена лише частково або профіль побічної дії яких ускладнює їх безпечне застосування. До цієї групи входять мілнаципран і бупропіон. Їх можна призначати у випадках неефективності/непереносимості препаратів попередніх груп.

Окремо слід виділити препарати, які не можуть бути рекомендовані для лікування ГКР, але можуть бути застосовані для лікування коморбідних щодо ГКР розладів, зокрема аутизму, тривожно-фобічних та афективних розладів, що супроводжуються розладами уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. Це атипові антипсихотики, солі вальпроєвої кислоти, антидепресанти - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну 1.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1 Державним фармцентром України до застосування у дітей зареєстровані: з атипових антипсихотиків лише рисперидон, з антидепресантів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну - сертралін, флувоксамін, есциталопрам.

ГКР - хронічний розлад психіки, але це не означає, що психофармакотерапія (ПТ) при ГКР має бути пожиттєвою. Слід враховувати ефект біологічного дозрівання центральної нервової системи, а відповідно, зменшення тяжкості симптомів ГКР із віком. СТ також сприяє нормалізації соціального та сімейного функціонування дитини. Ефективність ТБК і ТПК доведена низкою контрольованих досліджень.

***Протокол психофармакотерапії***

***1-й етап: Призначення психостимулятора - метилфенідату.*** МТ при ГКР рекомендується розпочинати з призначення метилфенідату. Єдиним, внесеним до Державного реєстру лікарських засобів психостимулятором є метилфенідат пролонгованої дії з повільним вивільненням речовини (концерта). Система OROS-метилфенідат завдяки спеціальному механізму осмотичного вивільнення забезпечує рівномірну концентрацію діючої речовини у сироватці крові протягом 12 годин. Це дозволяє ефективно контролювати симптоми ГКР як під час навчання у школі, так і ввечорі, коли дитина знаходиться вдома. Прийом препарату один раз на добу дозволяє попередити стигматизацію дітей у школі. Рівномірність вивільнення запобігає коливанням концентрації метилфенідату у сироватці крові і тяжкості симптомів ГКР протягом дня, забезпечує кращу переносимість.

***2-й етап: Призначення атомоксетину.*** У разі відсутності протягом 2 місяців терапевтичної відповіді на лікування метилфенідатом, наявності протипоказань до його застосування чи несприйнятливих побічних ефектів доцільно розглянути можливість лікування атомоксетином. У деяких випадках атомоксетин може застосовуватися як альтернативний препарат для лікування ГКР з коморбідними ТР, ТФР, станами залежності від психоактивних речовин 2. Атомоксетин має нижчий від метилфенідату ризик підсилення коморбідної симптоматики. У разі ГКР з коморбідною депресією в підлітковому віці лікування може розпочинатися з призначення мілнаципрану 3.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
2 Згідно з листом FDA US (Warning letter from Department of Health & Human Services of FDA, 25.09.2008) антидепресивна та антитикозна дія атомоксетину не доведена. Препарат не може розглядатися як засіб для лікування депресивного та тикозного розладів.

3 Згідно з дослідженнями, проведеними у відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркологіїі, мілнаципран при лікуванні ГКР з коморбідною депресією не поступається за ефективністю атомоксетину.

***3-й етап: Комбінована терапія метилфенідатом та атомоксетином.*** При частковій відповіді на терапію метилфенідатом/атомоксетином рекомендоване комбіноване застосування цих препаратів, хоча наразі така практика є мало поширеною, і існує недостатньо обґрунтованих даних щодо її безпечності та ефективності. Комбіновану терапію можуть застосовувати лише дитячі психіатри, які мають великий власний досвід роботи з метилфенідатом та атомоксетином.

***4-й етап: Застосування трициклічних антидепресантів або бупропіону.*** При неефективності застосування препаратів першої та другої черги вибору пропонується перехід на один із антидепресантів: з групи трициклічних (амітриптилін, іміпрамін), з групи інгібіторів зворотного захоплення дофаміну (бупропіон). Іміпрамін має перевагу над амітриптиліном за рахунок збалансованої дії на трансмісію серотоніну та норадреналіну. Це забезпечує лінійну залежність між дозою, клінічним ефектом та рівнем побічних ефектів.

Рисунок. Алгоритм лікування дітей з ГКР

***5-й етап: Застосування антидепресантів, які не застосовувалися на попередньому етапі.*** Дослідження, проведені в Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІ ССПН), продемонстрували ефективність застосування мілнаципрану у підлітків для терапії ГКР із коморбідною депресією. Завдяки сбалансованій дії препарату на трансмісію серотоніну та норадреналіну забезпечується лінійна залежність між дозою, клінічним ефектом та рівнем побічних ефектів. Терапія мілнаципраном сприяє 70 % редукції симптомів ГКР. Препарат має розглядатися, як альтернатива іміпраміну, застосування якого передбачено на попередньому етапі протоколу. При депресіях із розладами уваги, академічними проблемами та порушеннями поведінки, асоційованими з імпульсивністю, мілнаципран можна застосовувати як препарат першої черги вибору.

***6-й етап: Застосування -агоністів (клонідину або гуанфацину).*** Перевага антидепресантів перед -агоністами полягає в їх вищій ефективності та безпечності застосування.

***7-й етап: Прийняття комісійного рішення щодо подальшого лікування дитини.*** При неефективності препаратів першої, другої та третьої черги вибору рекомендується провести клінічний консиліум з метою прийняття рішення про вибір стратегії подальшого лікування.

### Особливості терапії психостимуляторами

Психостимулятори вже шість десятиліть ефективно застосовуються психіатрами всього світу для лікування станів із дефіцитом уваги та гіперактивністю. Цю терапію отримують 2,8 % дітей віком від 5 до 12 років, тобто психостимуляторами щорічно лікуються близько 1,5 млн. дітей.

Клінічні ефекти терапії психостимуляторами (метилфенідатом) у дітей з ГКР базуються на:

- дії метилфенідату на субстрат розвитку ГКР (відновлює кількість дофаміну та норадреналіну в синапсах у префронтальній корі);

- дії на всі симптоми ГКР (гіперактивність, дефіцит уваги та імпульсивність), що зумовлює найбільш високу ефективність лікування ГКР;

- зменшенні агресії, зумовленої імпульсивністю, та емоційних "вибухів", що приводить до покращення поведінки дитини вдома і у школі;

- покращенні взаємодії між батьками та дитиною, зменшенні рівня конфліктів, тяжкості опозиційної поведінки;

- зменшенні академічних проблем, пов'язаних з розладами уваги, підвищенні продуктивності навчання у школі;

- покращенні якості соціальної взаємодії дитини з однолітками.

***Етапи терапії психостимуляторами.***

1. Підготовчий етап, протягом якого проводиться діагностика РДУГ, визначається тяжкість розладу, створюються партнерські відносини з батьками, вчителями та дитиною.

2. Етап титрування, що триває не менше 2 - 3 тижнів і включає титрування дози препарату і моніторинг побічних ефектів.

3. Етап довгострокової медикаментозної терапії, протягом якого оцінюються симптоми РДУГ, проводиться регулярний моніторинг переносимості лікування і спостереження за соціальною адаптацією дитини.

***Підготовка дитини до терапії метилфенідатом.***

Під час підготовчого етапу мають бути проведені: 1) інтерв'ю з батьками дитини, отримана інформована згода на лікування; 2) інтерв'ю з дитиною, встановлені партнерські стосунки, у разі потреби отримана інформована згода на лікування; 3) вимір росту та маси тіла дитини, зіставлення отриманих параметрів із нормативними віковими показниками; 4) кардіологічне (ЭКГ, вимірювання ЧСС, артеріального тиску) і неврологічне (ЭЭГ) обстеження дитини; 5) збір клінічної інформації про наявність симптомів, які нагадують потенційно можливі побічні ефекти метилфенідату (порушення сну, апетиту), оцінка індивідуальних особливостей дитини з метою прогнозування можливих реакцій на розвиток побічних ефектів.

***Титрування дози метилфенідату.***

Ефективна терапевтична доза метилфенідату в дошкільному віці становить 0,25 - 0,7 мг/кг на добу, у шкільному - 0,5 - 2 мг/кг на добу. Для дітей від 6 років рекомендована разова доза - 0,3 - 0,7 мг/кг; добова - 0,5 - 2,0 мг/кг; максимальна - 60 мг на добу. Рекомендована стартова доза препарату дорівнює 5 мг на добу.

Метилфенідат має призначатися один або два рази на день (вранці та в обідній час). Збільшувати дозу потрібно на 5 - 10 мг на тиждень до досягнення бажаного клінічного ефекту чи доведення її до гранично припустимої дози (поява неприйнятних побічних ефектів). При призначенні дози до 1 мг/кг на добу побічні ефекти розвиваються дуже рідко. У разі відсутності значущих побічних ефектів дозу метилфенідату підвищують до 1,5 мг/кг на добу.

При застосуванні метилфенідату у формі сповільненого вивільнення (концерти) стартова доза становить 18 мг. При недостатньому клінічному ефекті кожні 7 днів дозу покроково збільшують до 27, 36, 54 мг на добу.

Титрування дози метилфенідату проводиться 3 - 4 тижні, протягом яких приймається рішення про те, яка доза препарату є оптимальною для дитини. Увесь цей час дитина має мати традиційні розклад дня та обсяги академічних навантажень.

***Можливі побічні дії та ускладнення терапії психостимуляторами. Моніторинг переносимості терапії метилфенідатом.***

При призначенні метилфенідату слід попередити батьків і дитину, що підбір дози триватиме близько 1 місяця, що вимагатиме регулярних щотижневих візитів до лікаря. Мета візитів - оцінка переносимості препарату і контроль за дотриманням правил його прийому.

Протягом першого року терапії метилфенідатом дитину необхідно оглядати кожні 2 місяці, а надалі - 3 - 4 рази на рік. Впродовж усієї терапії потрібно проводити моніторинг: тяжкості симптомів РДУГ, академічної успішності, рівня шкільної та родинної адаптації, наявності проблем у взаємовідносинах із викладачами та іншими дітьми, побічних ефектів.

У дошкільнят (3 - 6 років) чутливість до психостимуляторів є нижчою, а ризик побічних ефектів вищим.

Найпоширенішими побічними ефектами при лікуванні метилфенідатом є: безсоння, зниження апетиту, посилення тиків, побічні ефекти з боку серцево-судинної системи (тахікардія, підвищення артеріального тиску), алергічні реакції, розвиток депресії 4.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
4 В Україні зареєстровано метилфенідат пролонгованої дії - концерту, що має кращу порівняно з короткодіючими метилфенідатами переносимість за рахунок системи сповільненого вивільнення діючої речовини (система OROS). Найбільш поширеними побічними реакціями препарату є головний біль (14 %), біль у животі (7 %), зменшення апетиту (4 %) (Wolraich et al. Pediatrics 2001; 108: 883 - 892).

Прийом метилфенідату не супроводжується розвитком ейфоричного стану, тому при його застосуванні не формується залежність.

***Застосування заходів, що зменшують вплив побічних ефектів психостимуляторів на самопочуття та функціонування дитини.***

Так, наприклад, порушення апетиту можна корегувати призначенням метилфенідату під час сніданку чи після нього, перенесенням більшої частини денного раціону на вечерю, коли дія психостимулятора відсутня. Стратегія посилених вечерь може також попереджати проблеми зі зменшенням/ уповільненням набору маси тіла.

Порушення сну можна корегувати перенесенням прийому препарату на більш ранній час, а при виражених проблемах із засинанням - призначенням на ніч ліків зі снодійним ефектом.

Інколи може спостерігатися посилення симптомів ГКР у вечірні години, коли концентрація препарату в сироватці крові знижується. У таких випадках позитивний результат можна отримати завдяки перегляду режиму його прийому зі зміною розкладу введення різних доз протягом дня.

При наявності значущих побічних ефектів, які спричиняють дитині значний дискомфорт і не піддаються корекції шляхом регуляції дози чи іншим способом, розглядається питання про перехід на лікування іншим препаратом чи відміну МТ.

***Тривалість терапії метилфенідатом.***

Раніше поширеною була практика, коли прийом психостимуляторів призначали лише у дні, коли дитина перебуває у школі, а на вихідні та канікули препарати відміняли. Зараз у випадку виражених порушень та поведінкових проблем поза школою рекомендується не припиняти МТ у вихідні та під час канікул.

Мінімальний курс терапії метилфенідатом при ГКР має бути 1 рік. Щороку важливо переглядати рішення про необхідність подальшого прийому метилфенідату. Для цього препарат можна тимчасово відмінити на період літніх канікул, це дозволить запобігти серйозних ускладнень, якщо рішення про відміну терапії було помилковим. Лікування метилфенідатом не є пожиттєвим. З часом, по мірі дозрівання головного мозку та формування навичок соціального функціонування, препарат може бути відмінений.

Іноді, особливо при тяжких формах ГКР, прийом психостимуляторів може бути показаний упродовж кількох років, включаючи і підлітковий вік, а при виражених труднощах при досягненні повноліття - і в дорослому віці.

При терапії психостимуляторами не спостерігається синдрому відміни. Повернення симптомів ГКР після припинення прийому метилфенідату свідчить про необхідність подальшого лікування.

Результати низки проведених довготривалих досліджень (термін спостереження - від 4 до 13 років у різних дослідженнях) показали, що застосування психостимуляторів у дітей з ГКР зменшує ризик виникнення залежностей (наркотичної, алкогольної, тютюнової) у підлітків та дорослих.

Механізм протективної дії психостимуляторів полягає в редукції симптомів ГКР, зокрема імпульсивності, а також агресивних розладів та пізніх розладів особистості.

### Особливості терапії іншими препаратами, рекомендованими при гіперкінетичному розладі

***Атомоксетин (стратера).***За фармакокінетичними характеристиками атомоксетин є препаратом тривалої дії, що при одно-дворазовому прийомі забезпечує клінічний ефект протягом 24 годин. Механізм його дії полягає у блокуванні зворотного захоплення норадреналіну та підвищенні його концентрації у лобній корі. Атомоксетин випускається у капсулах по 10, 18, 25, 40 і 60 мг. Лікування починають з дози 0,5 мг/кг на добу, яку призначають на один або два прийоми (вранці перед виходом до школи і вдруге - близько 16:00 - 18:00). Через 4 дні дозу збільшують до 1 мг/кг і ще через 4 дні - до 1,2 мг/кг на добу, але не більше 100 мг на день. Підвищувати дозу можна і щотижнево. При частковому ефекті за 6 тижнів терапії дозу можна довести до максимальної рекомендованої - 1,8 мг/кг. Звичайно пропонується одноразовий прийом. Двічі на день препарат призначається у випадках, коли це дозволяє зменшити побічні ефекти та покращити переносимість лікування.

***Можливі побочні дії та ускладнення терапії атомоксетином.***

Найбільш частими побічними ефектами у дітей при прийомі препарату є зменшення апетиту, нудота, блювота, погіршення нічного сну, підвищена втомлюваність, запаморочення, розлади настрою. Крім того, можуть спостерігатися коливання артеріального тиску, порушення серцевого ритму, зокрема подовження інтервалу QT, розлади сечовипускання. FDA (комітет з контролю якості їжі та ліків США) звертає увагу на те, що атомоксетин "підвищує суїцидальний ризик у підлітків".

***Трициклічні антидепресанти* (амітриптилін, іміпрамін)**. Механізм дії трициклічних антидепресантів (ТЦА) пов'язують із блокуванням зворотного захоплення норадреналіну. Дослідження підтвердили відносно високу ефективність цих препаратів. Більший ефект спостерігається щодо поведінкових, аніж когнітивних симптомів ГКР. Іміпрамін має перевагу перед амітриптиліном за рахунок сбалансованої дії на трансмісію серотоніну та норадреналіну. Це забезпечує лінійну залежність між дозою, клінічним ефектом та рівнем побічних ефектів. Препарати приймають двічі на день. Початкова доза складає 12,5 мг на добу, поступово її підвищують кожні 4 - 7 днів до дози 1 - 2 мг/кг на добу. Середні дози для учнів початкової школи становлять 25 - 37,5 мг на добу, для підлітків - від 25 до 75 мг на добу. У реальній клінічній практиці дозу препарату підвищують на 25 мг щотижня. При відсутності достатнього клінічного ефекту протягом першого місяця лікування, за умови відсутності протипоказань при проведенні ЕКГ-моніторингу (пульс до 130 за хвилину, PR < 200 мс, QT < 460 мс, QRS < 120 мс), дозу підвищують до 3 - 4 мг/кг на добу.

***Можливі побічні дії та ускладнення терапії трициклічними антидепресантами.***

Застосування ТЦА пов'язане з більшим, ніж при лікуванні атомоксетином, ризиком виникнення кардіотоксичних побічних ефектів (негативної інотропної дії, збільшення інтервалу QT, розвитку аритмій), що вимагає ретельного ЕКГ-моніторингу; можуть також виникати ортостатична гіпотензія та симптоми, зумовлені холінолітичною дією (сухість у роті, закрепи, порушення ясності свідомості). ТЦА можуть знижувати судомний поріг і не рекомендовані до застосування при ГКР з коморбідною епілепсією. Клінічний ефект ТЦА розвивається протягом 3 - 4 тижнів. Препарати можуть бути ефективними при ГКР із коморбідними ТФР, ТР, при енурезі, наявності розладів сну.

***Бупропіон - антидепресант, інгібітор зворотного захоплення дофаміну.***Препарат призначається двічі на день. Початкова доза становить 1 мг/кг на добу. Протягом 3 днів дозу збільшують до 3 мг/кг на добу. Остаточна доза може бути збільшена до 6 мг/кг на добу. Початкова доза бупропіону 150 мг один раз на добу. Хворі, для яких доза 150 мг на добу є недостатньою, можуть відчути покращання при збільшенні дози до 300 мг на добу (по 150 мг 2 рази на добу). При відсутності клінічного покращання у разі застосування препарату протягом декількох тижнів у дозі 300 мг на добу вона може бути збільшена максимум до 400 мг на добу (по 200 мг 2 рази на добу).

***Можливі побічні дії та ускладнення терапії бупропіоном.***

При застосуванні бупропіону можливі побічні ефекти: дисомнічні розлади, занепокоєння, тремор, судоми. На відміну від ТЦА препарат не має кардіотоксичної дії. Застосування бупропіону підвищує ризик розвитку судом у дітей з органічним ураженням центральної нервової системи та епілептичною активністю. Препарат є доволі безпечним і ефективним при лікуванні ГКР у підлітків та дорослих. Клінічний ефект препарату розвивається протягом 2 - 4 тижнів.

***Агоністи центральних  2-адренорецепторів (клонідин і гуанфацин).*** Ці препарати застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, але мають показання і в дитячій психіатрії. В Україні клонідин зареєстрований під торговою назвою "клофелін". Препарат випускається в таблетках по 0,075 і 0,15 мг, призначається тричі на день. Початкова доза становить 0,075 мг. Кожні 3 - 7 днів дозу збільшують на 0,0375 - 0,075 мг за схемою: 1 - 5-й день - (0 - 0 - 0,0375 (0,075) мг); 6 - 11-й день - (0,0375 (0,075) - 0 - 0,0375 (0,075) мг); з 12-го дня - (0,0375 (0,075) - 0,0375 (0,075) - 0,0375 (0,075)). У разі виникнення проблем із засинанням додають четвертий прийом клофеліну на ніч (0,0375 (0,075) - 0,0375 (0,075) - 0,0375 (0,075) - 0,0375 (0,075)). Рекомендована терапевтична доза становить 0,05 - 0,3 мг на добу (середня доза - 0,1 - 0,2), що становить 3 - 5 мкг/кг на добу.

***Можливі побочні дії та ускладнення терапії агоністами центральних  2 -адренорецепторів.***

При застосуванні клонідину можливі побічні ефекти: седація, зниження артеріального тиску, головний біль, пригнічений настрій. Застосування агоністів  2-адренорецепторів вимагає моніторингу пульсу та артеріального тиску. При необхідності відміни препарату дози потрібно знижувати поступово з огляду на ризик підвищення артеріального тиску. Клінічний ефект препарату розвивається протягом 4 - 6 тижнів.

***Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) (мілнаципран, венлафаксин).*** Антидепресант венлафаксин виявився ефективним при лікуванні ГКР, але у 25 % дітей він посилював рухову розгальмованість. У даний час препарат вилучено з міжнародних протоколів лікування. Мілнаципран на відміну від іміпраміну не впливає на рецептори постсинаптичної мембрани та більш збалансовано порівняно з венлафаксином підсилює трансмісію серотоніну і норадреналіну. Мілнаципрам не поступається іміпраміну клінічною ефективністю та має нижчий ризик побічних ефектів, властивих ТЦА та венлафаксину. В Україні мілнаципран зареєстровано під торговою назвою "іксел". Препарат випускається в капсулах по 25 і 50 мг. Його бажано приймати під час їди по 50 мг 2 рази на добу. Середня добова доза становить 100 мг. Залежно від виразності симптоматики добова доза мілнаципрану може бути збільшена до 250 мг.

***Можливі побічні дії та ускладнення терапії мілнаципраном.*** При застосуванні мілнаципрану можливі побічні ефекти: відчуття тривоги, запаморочення, тремор, сухість у роті, нудота, блювота, запори, в поодиноких випадках - помірне підвищення активності трансаміназ, серцебиття, посилення потовиділення, ускладнене сечовипускання. Побічні ефекти у підлітків та дорослих відмічаються рідко, переважно протягом перших 2 тижнів терапії, зазвичай самостійно зникають і не потребують відміни препарату. Клінічний ефект мілнаципрану розвивається протягом 4 - 6 тижнів.

***Інші препарати для лікування ГКР.*** Існують попередні дані про можливу ефективність низки інших препаратів при лікуванні ГКР: інгібіторів моноамінооксидази (МАО), -адреноблокаторів, агоністів мускаринових рецепторів, солей вальпроєвої кислоти, карбамазепіну, рисперидону. Інгібітори МАО, попри встановлену досить високу ефективність, є доволі небезпечними у застосуванні через ризик розвитку гіпертонічного кризу та їхню взаємодію з іншими ліками. -Блокатори можуть давати певний ефект у зменшенні агресивної та імпульсивної поведінки, втім у дітей застосування їх пов'язане також із ризиком побічної дії на серцево-судинну систему. Солі вальпроєвої кислоти, карбамазепін можуть бути включеними до комплексного лікування у випадках коморбідності ГКР із дитячою формою біполярного розладу та епілепсією. Самостійного значення для терапії ГКР препарати не мають. Рисперидон може бути рекомендований для лікування ГКР, що супроводжуються агресивною поведінкою, афективною нестабільністю, зокрема у дітей з розумовою відсталістю.

### Загальні принципи терапії коморбідних розладів

***РДУГ (ГКР) із коморбідними епілепсіями****.* Такі стани можуть бути діагностовані відповідно до критеріїв МКХ-10 і DSM-IV-TR. За даними сектору медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків із психічними та поведінковими розладами (СМСР) УНДІ ССПН при епілепсіях у дітей РДУГ зустрічаються у 15 - 35 % випадків. НайчастішеРДУГ (ГКР) є коморбідним до лобних епілепсій.

Лікування таких КПР рекомендовано починати з підбору протиепілептичної терапії. Однак протиепілептичні препарати не забезпечують редукцію симптоматики ГКР. Карбамазепін, фенітоїн і фенобарбітал можуть посилювати розлади уваги та імпульсивність. При застосуванні топірамату необхідно дотримуватися режиму титрації. Ламотригін, солі вальпроєвої кислоти, левтерацетам не посилюють симптоми, асоційовані з ГКР. Після встановлення контролю над епілептичними нападами з метою лікування саме ГКР до терапії слід додати метилфенідат/атомоксетин. Застосування ТЦА та бупропіону не рекомендоване у зв'язку з несприятливим впливом на перебіг епілепсії.

***РДУГ (ГКР) із коморбідними тикозними розладами.***Такі стани можуть бути діагностовані відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 і DSM-IV-TR. За даними СМСР УНДІ ССПН при ГКР ТР зустрічаються вдвічі частіше, ніж у загальній дитячій популяції.

Транзиторні ТР не розглядаються як протипоказання для лікування метилфенідатом. У значному числі випадків вони не потребують додаткової терапії. В окремих випадках можливе додаткове призначення агоністів центральних  2-адренорецепторів: клонідину та гуанфацину.

При хронічних ТР потрібно розглянути питання про доцільність комбінованої терапії метилфенідатом/атомоксетином і нейролептиками. Дозу метилфенідату/атомоксетину при лікуванні РДУГ потрібно збільшувати повільно, не допускаючи значного посилення тиків.

При розладі Жилля де ля Туретта лікування рекомендовано розпочинати з призначення нейролептика. Після досягнення контролю над тиками до терапії додають метилфенідату/атомоксетину.

***РДУГ (ГКР) із коморбідними тривожно-фобічними розладами.***Діагностичні критерії МКХ-10 не передбачають подвійну діагностику ГКР та ТФР. Згідно з критеріями DSM-IV-TR можлива подвійна діагностика РДУГ та ТФР.

Терапію цього КПР рекомендовано розпочинати з КПТ, в разі відсутності спеціаліста - призначення СІЗЗС (сертраліну, есциталопраму, флувоксаміну).

Після редукції тривожно-фобічної симптоматики, але не раніше ніж через 1 місяць терапії до СІЗЗС, слід додати метилфенідат. ТФР не розглядаються як протипоказання для лікування метилфенідатом.

Альтернативною терапевтичною тактикою є початок терапії КПР з призначення ТЦА або СІЗЗСН (мілнаципрану, венлафаксину).

Згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР при неефективності метилфенідату можуть застосовуватися атомоксетин та агоністи центральних  2-адренорецепторів. Слід враховувати, що антитривожна дія цих препаратів не доведена.

***РДУГ (ГКР) із коморбідними депресивними розладами.*** Діагностичні критерії МКХ-10 не передбачають подвійну діагностику ГКР та депресивних розладів. Згідно з критеріями DSM-IV-TR можлива подвійна діагностика РДУГ та депресивних розладів.

Терапію цього КПР рекомендовано розпочинати з КПТ, в разі відсутності спеціаліста - призначення СІЗЗС (сертраліну, есциталопраму, флувоксаміну) або СІЗЗСН (мілнаципрану, венлафаксину). При неефективності СІЗЗС та СІЗЗСН можливе призначення ТЦА.

Після редукції депресивної симптоматики, але не раніше ніж через 3 місяці терапії, до антидепресантів слід додати метилфенідат. При неефективності метилфенідату згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР до антидепресантів додають атомоксетин та агоністи центральних  2-адренорецепторів. Однак слід враховувати, що антидепресивна дія цих препаратів не доведена.

За даними СМСР УНДІ ССПН при лікуванні таких станів у підлітків із ГКР старше 14 років доцільно застосовувати мілнаципран, який викликає гармонічну редукцію депресивних, когнітивних і поведінкових розладів. Згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР при неефективності метилфенідату можуть застосовуватися атомоксетин та агоністи центральних  2-адренорецепторів.

Слід враховувати, що антитривожна дія цих препаратів не доведена.

***РДУГ (ГКР) із коморбідними опозиційно-зухвалими та асоціальними розладами поведінки.*** Можлива подвійна діагностика таких станів відповідно до критеріїв МКХ-10 і DSM-IV-TR.

Терапевтична тактика при таких коморбідних станах передбачає першочергове призначення метилфенілату. Якщо опозиційно зухвала поведінка не редукується одночасно з симптомами ГКР слід призначати атипові антипсихотики, солі вальпроєвої кислоти.

При неефективності метилфенідату згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР призначають атомоксетин та агоністи центральних  2-адренорецепторів.

### ХАРАКТЕРИСТИКА КІНЦЕВОГО ОЧІКУВАНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ

### Першочергові результати, які мають бути досягнені протягом перших двох місяців лікування

Нормалізація поведінки (зменшення гіперактивності, імпульсивності, опозиційних форм поведінки), редукція психопатологічної симптоматики (тривожно-фобічної, депресивної, тикозної).

### Віддалені результати лікування

Відновлення шкільної та родинної адаптації, усунення академічних проблем, специфічних розладів розвитку шкільних навичок та мови, корекція коморбідних психічних розладів, досягнення стану психологічного благополуччя.

### ОПТИМАЛЬНА ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Біля 60 % дітей з ГКР мають значні проблеми зі шкільною адаптацією, понад 32 % - завчасно припиняють освіту чи переводяться на індивідуальне навчання. У підлітків із ГКР значно частіше зустрічаються випадки небажаної вагітності, вдвічі збільшується ризик формування залежності від алкоголю, наркотичних речовин, тютюну, у 4 рази зростає ймовірність травматизації. У 70 - 80 % хворих симптоми ГКР зберігаються і в дорослому віці, насамперед порушення уваги та імпульсивність.

Лікування ГКР має бути тривалим. Мінімальна тривалість соціальної терапії - 1 місяць. Мінімальна тривалість медикаментозного лікування - 1 рік. Психосоціальна терапія та медикаментозна терапія можуть тривати до досягнення дитиною повноліття.

### КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ

Критерії якості надання медико-соціальної допомоги дітям із ГКР передбачають оцінювання: дотримання правових процедур надання медичної допомоги, не допущення дискримінації дітей при наданні ним медичних, освітніх, соціальних послуг, забезпечення надання допомоги в максимально не стигматизуючих умовах, задоволеність родин пацієнтів, доступність для дитини передбачених клінічними протоколами базових медичних, спеціалізованих медичних та освітніх послуг, вчасність надання передбаченої законодавством соціальної допомоги, наявність ранньої (від 5 до 8 років) попередньої діагностики, рання (до 8 років) соціальна терапія, виконання діагностичної програми у відповідності до визначених у протоколі процедур, наявність доступу до когнітивно-поведінкової терапії, послуг корекційного педагога 5, передбачених протоколом медикаментозного лікування.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
5 Доступність медикаментів, послуг колекційного педагога та когнітивно-поведінкової терапії означає, що вони надаються безкоштовно.

Для оцінювання діяльності цілісної системи надання психіатричних послуг дитині пропонується проводити визначення відсотків дітей з ГКР: яких не було діагностовано до 9 років, дітей з ГКР, які не були інтегровані до загальноосвітніх шкіл і були переведені на індивідуальні форми навчання, дітей в віці понад 14 років, які скоїли правопорушення чи злочини, мають делінквенту чи залежну поведінку.

### ВИМОГИ ДО ДІЄТИЧНИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ТА ОБМЕЖЕНЬ

Особливі вимоги не передбачені.

### ВИМОГИ ДО РЕЖИМУ НАВЧАННЯ, ВІДПОЧИНКУ, РЕАБІЛІТАЦІЇ

Діти мають займатися за загально-освітніми програмами в масових школах. Вчителі мають бути навчені навичкам ефективного управління поведінкою, попередження імпульсивних дій з боку дітей з ГКР, особливостям викладання матеріалу та опитування.

### ДОКАЗОВІСТЬ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ, ВИКЛАДЕНИХ У ПРОТОКОЛІ

Рекомендації щодо медикаментозної терапії при ГКР побудовані на принципах доказової медицини на основі:

- переліку медичних препаратів, рекомендованих ВООЗ для лікування психічних розладів у дітей (Женева, 2008);

- стандартів діагностики та організації допомоги дітям, молодим людям та дорослим із РДУГ (NICE, Великобританія, 2008);

- Європейських клінічних рекомендацій для ГКР (EACAPAP, 2004);

- протоколів Американської академії дитячої та підліткової психіатрії (AACAP, 2007), Американської академії педіатрії (AAP, 2001);

- переліку препаратів, зареєстрованих в Україні до застосування у дітей.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| © ТОВ "Інформаційно-аналітичний центр "ЛІГА", 2017 © ТОВ "ЛІГА ЗАКОН", 2017 |  |