

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІАТРІЇ
МОЗ УКРАЇНИ»

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ
П.Л. ШУПИКА

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА
НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «КОАЛІЦІЯ ЗАХИСТУ ПРАВ
ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ»

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «НЕЗАЛЕЖНА АСОЦІАЦІЯ ПСИХОЛОГІВ»

**РОЗЛАД ІЗ ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ
У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

Зміст

Робоча група з адаптації клінічної настанови

Список скорочень

Шкала доказів і градація рекомендацій

Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови

1. Введення

2. Ключові рекомендації

3. Визначення та поняття

4. Оцінка

5. Принципи процедур

6. Психологічний вплив

7. Фармакологічна терапія

8. Харчування і добавки та альтернативні методи лікування

9. Вибір лікування

10. Надання інформації

11. Застосування настанови

12. Діагностична база

13. Розробка клінічної настанови

Додатки

Посилання

Робоча група з адаптації клінічної настанови

Бояршинова К.І.	керівник Громадської організації «Незалежна асоціація психологів»;
Кравченко Р.І.	керівник Всеукраїнської громадської організації «Коаліція захисту прав осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень»;
Клепець Ю.М.	начальник планово-фінансового відділу Всеукраїнської громадської організації «Коаліція захисту прав осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень» (за згодою);
Ліщишина О.М.	начальник відділу стандартизації медичної допомоги департаменту оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.м.н, ст.н.с.;
Лорберг Б.	професор кафедри дитячої та підліткової психіатрії, відділення психіатрії медичного факультету Університету Массачусетса (США), д.м.н., професор;
Марценковський І.А.	завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», к.м.н.;
Мартинюк В.Ю.	завідувач кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н., доцент;
Матвієць Л.Г.	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;
Матюха Л.Ф.	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор;
Рубцова Є.І.	експерт відділу стандартизації медичної допомоги департаменту оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Танцура Л.М.	завідувач відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», д.м.н, ст.н.с.

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом

Guidelines International Network

(Міжнародна мережа настанов)



Перегляд клінічної настанови заплановано на 2022 рік

Список скорочень

БНФ	Британський національний формуляр
ГКР	Гіперкінетичний розлад
ГРТГ	Генералізована резистентність до тиреоїдних гормонів
ДМЛД	Дослідження мультимодального лікування дітей з РДУГ
ДСП - IV	Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів 4-го видання
IQ	Коефіцієнт розумового розвитку
КН	Клінічна настанова
ЛЗП	Лікар загальної практики
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МВ	Модифікований випуск
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
ДР	Опозиційно демонстративний розлад
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження
РП	Розлад поведінки
РДУГ	Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю
США	Сполучені штати америки
ТЦА	Трициклічні антидепресанти
EQIA	Equality Impact Assessment, оцінка впливу на забезпечення рівності
FDA	Food and Drug Administration, Управління з продовольства і медикаментів, США
NHS	National Health Service, Національна служба охорони здоров'я, Великобританія
NHS QIS	NHS Quality Improvement Scotland, НСОЗ з поліпшення якості в Шотландії
NICE	National Institute for Health and Care Excellence, Національний інститут здоров'я та клінічної досконалості, Великобританія
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Мережа шотландських міжвузівських рекомендацій
SMC	Scottish Medicine Consortium, Шотландський консорціум лікарських засобів
UK	United Kingdom, Об'єднане королівство

Шкала доказів і градація рекомендацій

РІВНІ ДІАГНОЗІВ

- 1++ Високоякісний мета-аналіз, систематичні огляди РКД або РКД з дуже низьким ризиком систематичної помилки
- 1+ Добре проведені мета-аналізи, систематичні огляди або РКД з низьким ризиком упередженості
- 1- Мета-аналіз, систематичні огляди або РКД з високим ризиком упередженості
- 2++ Високоякісні систематичні огляди дослідів «випадок-контроль» або досліджень захворюваності
Високоякісні досліді «випадок-контроль» або дослідження захворюваності з дуже низьким ризиком викривлень або упередженості і високою ймовірністю того, що зв'язок є причинним
- 2+ Добре проведені досліді «випадок-контроль» або дослідження захворюваності з низьким ризиком викривлень або упередженості та помірною ймовірністю того, що зв'язок є причинним
- 2- Досліді «випадок-контроль» або дослідження захворюваності з високим ризиком викривлень або упередженості та значний ризик того, що зв'язок не є причинним
- 3 Не аналітичні дослідження, наприклад, звіти, серія випадків
- 4 Висновки експертів

ГРАДАЦІЇ РІВНІВ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Примітка: Рівні доказів рекомендацій пов'язані з силою доказів, на яких вони засновані. Вони не відображають клінічне значення рекомендацій.

- A** Щонайменше один мета-аналіз, систематичний огляд, або РКД, оцінений як 1 ++, і безпосередньо застосовні до цільового населення; або
Численні дані, що складаються головним чином з досліджень, оцінених як 1+, безпосередньо застосовні до цільової групи населення і демонструють загальну послідовність результатів
- B** Численні дані, включаючи дослідження, оцінені як 2 ++, безпосередньо застосовні до цільової групи населення і демонструють загальну послідовність результатів;
або
Екстрапольовані дані діагнозів з досліджень, оцінених як 1 ++ або 1+
- C** Численні дані, включаючи дослідження, оцінені як 2+, безпосередньо застосовується до цільової групи населення і демонструє загальну послідовність результатів; *або*
Екстрапольовані дані діагнозів з досліджень, оцінених як 2 ++
- D** Діагнози рівня 3 або 4; або
Екстрапольовані дані діагнозів з досліджень, оцінених як 2+

ПРИНЦИПИ НАЛЕЖНОЇ ПРАКТИКИ

- √ Рекомендована найкраща практика, заснована на клінічному досвіді групи з розробки рекомендацій.

NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) прагне до рівності та різноманітності та оцінює всі свої публікації для можливого впливу на шість груп

рівності, визначених за віком, інвалідністю, статтю, расою, релігією/переконанням та сексуальною орієнтацією.

Настанови SIGN розробляються з використанням стандартної методології, яка **була оцінена з точки зору рівності (EQIA)**, щоб забезпечити досягнення цих цілей рівності в кожній настанові. Ця методологія викладена в поточній версії SIGN50, нашого керівництва, яке можна знайти за адресою www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html. Оцінка за EQIA до цього документу може бути знайдено www.sign.ac.uk/pdf/sign50eqia.pdf. Повний звіт у паперовому та/або альтернативному форматі доступний за запитом від співробітника з питань рівності та різноманітності NHS QIS.

Велика увага приділяється тому, щоб ця настанова була правильною в кожній деталі на час публікації. Однак у разі помилок або упущень виправлення будуть опубліковані в веб-версії цього документа, який є остаточним варіантом. Цю версію можна знайти на нашому сайті www.sign.ac.uk

Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови

Впродовж останніх десятиріч в усьому світі для забезпечення якості і ефективності медичної допомоги, для створення якісних клінічних протоколів та/або медичних стандартів як третинне джерело доказової медицини використовуються клінічні настанови (КН).

Клінічна настанова – це документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.

Дана клінічна настанова є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією клінічної настанови **Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009**. Вищезазначений документ був обраний робочою групою як ключовий прототип найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам із дефіцитом уваги та гіперактивністю, відповідно до Меморандуму про взаємодію та співпрацю між Комітетом національної служби охорони здоров'я Шотландії з поліпшення якості та Міністерством охорони здоров'я України, підписаний 29.09.2008.

Окремі положення клінічної настанови доповнені коментарями робочої групи, що ґрунтуються на наступних інформаційних джерелах:

1. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline, 2018

2. Usefulness and Validity of Continuous Performance Tests in the Diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Children. Itai Berger, Ortal Slobodin, Hanoch Cassuto. Arch Clin Neuropsychol. 2017 Feb; 32(1): 81-93.

3. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2007

4. Державний реєстр лікарських засобів України <http://www.drlz.com.ua/>

Запропонована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі. Клінічна настанова «Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді», відповідно до свого визначення, має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, слугує інформаційною підтримкою щодо найкращої клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних засад медичної допомоги.

В цій настанові під визначенням "молоді люди" розуміємо осіб віком від 10 до 24 років (згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я).

Робоча група вважає за доцільне зазначити, що в процесі роботи над клінічною настановою виявлено деякі розбіжності з вітчизняною ресурсною та

нормативною базою. Всі відмінності та бар'єри, що утруднюють впровадження положень клінічної настанови в Україні, зазначені в тексті у вигляді коментарів робочої групи.

Особливістю діагностики розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю є необхідність використання діагностичних тестів, які були б валідовані та ліцензовані в Україні. Крім того, в оригінальній клінічній настанові серед рекомендованих лікарських засобів виявлено міжнародні непатентовані назви не зареєстровані в Україні, а також розбіжності з інструкціями для медичного застосування лікарського засобу в педіатричній практиці. Слід зазначити, що на індивідуальному рівні ввезення лікарських засобів та їх застосування можливе згідно з наказом МОЗ від 26.04.2011 № 337 «Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 серпня 2011 р. за № 965/19703. Мета коментарів робочої групи полягала в тому, щоб виявити системну проблему відсутності в Україні сучасних лікарських засобів та зробити хоча б перший крок на шляху вирішення цього питання на державному рівні.

1. Введення

1.1. Передумови

Плеяда симптомів, які становлять розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю¹ (РДУГ) та гіперкінетичний розлад² (ГКР), є найбільш широко дослідженими у психічному здоров'ї дітей та підлітків, але продовжується розвиток визначення цих розладів та їх ведення.

Основні симптоми РДУГ і ГКР мають значний вплив на розвиток дитини, включаючи соціальне, емоційне та когнітивне функціонування, і вони несуть відповідальність за значну захворюваність та дисфункцію дитини або молодої людини, їх групи однолітків та їх сім'ї. Вторинні симптоми РДУГ і ГКР можуть бути надзвичайно шкідливими. Такі діти часто піддаються тривалим негативним відгукам про їх поведінку і страждають від несприятливого освітнього і соціального становища. Ці порушення в багатьох випадках є стійкими. Підраховано, що до двох третин дітей, які постраждали від гіперактивних розладів, продовжують мати проблеми у дорослому віці.³ Таким чином, фахівці повинні бути зацікавлені у виявленні та лікуванні РДУГ та ГКР та їх вторинних симптомів.

РДУГ і ГКР є викликом для професіоналів різних напрямків, включаючи лікарів загальної практики, дільничних педіатрів, вчителів, психологів, психіатрів, педіатрів та соціальних працівників. На сьогодні ведення таких пацієнтів ускладнюється різними фахівцями, які працюють окремо один від одного. Аналогічним чином, дослідження цієї складної плеяди симптомів, як правило, слідує моделям однієї причини, в результаті чого є відсутність інтеграції.

1.2. Потреба в клінічній настанові

Гіперактивність представлена в загальній популяції як континуум. Основні симптоми РДУГ і ГКР можна вважати поведінкою, граничною з нормою. Крім того, діти та молоді люди, які страждають від ряду інших емоційних та поведінкових розладів, можуть проявляти симптоми РДУГ та ГКР.

Деякі протиріччя оточують обсяг цих розладів, для яких поки немає надійних діагностичних тестів; таким чином, їхнє визначення продовжує обговорюватися. Це, у свою чергу, призвело до значних відмінностей у практичному підході, тому деякі діти з РДУГ і ГКР не були діагностовані і не лікувалися, а в інших випадках здорові діти отримували лікування, якого не потребували. Питання коморбідності та потенційних підтипів ще більше затьмарюють картину. Наявні дані свідчать про те, що плеяда симптомів, визнаних як РДУГ і ГКР, є дійсними. Причинно-наслідковий зв'язок залишається незрозумілим, але докази біологічної бази збігаються. Серйозними є докази генетичного внеску, але й інші фактори також можуть бути важливими.

Існує відсутність консенсусу щодо використання психостимуляторів, психосоціальних, освітніх та інших заходів чи комбінацій втручань. Однак загальноновизнано, що РДУГ і ГКР мають потенціал викликати значну захворюваність і повинні лікуватися.

1.3. Мета настанови

Загальна мета оновлення національної настанови полягає в тому, щоб забезпечити основу для оцінки на основі доказів та ведення РДУГ / ГКР, з якої можна розробити мультидисциплінарні та багатоагентні підходи на місцевому рівні.

Дана настанова оновлює SIGN 52, вперше опублікований у червні 2001 року, і відображає останні свідчення про психологічні та фармакологічні втручання, а також про введення розділів з питань харчових і додаткових та альтернативних методів лікування. Були включені дослідження, коли поліпшення основних симптомів РДУГ / ГКР було первинним результатом.

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) опублікував комплексну рекомендацію щодо РДУГ / ГКР у 2008 році, що охоплювала всі вікові групи.⁴

1.3.1. Резюме оновлень клінічної настанови

По краю сторінки виділено новий, оновлений або переглянутий матеріал. У Додатку 1 наведено ключові питання, які були розглянуті.

1	Вступ	Незначні оновлення
2	Основні рекомендації	Новий
5	Принципи втручання	Новий
6	Психологічні втручання	Нове (крім 6.5)
7	Фармакологічна терапія	Повністю переглянуто
8	Харчування і добавки та альтернативні методи лікування	Новий
9	Вибір лікування	Новий
10	Надання інформації	Новий

1.4. Заява про наміри

Ця клінічна настанова не призначена для тлумачення чи застосування в якості стандарту медичної допомоги. Стандарти медичної допомоги визначаються на основі всіх клінічних даних, наявних для окремого випадку, і можуть змінюватися в міру розвитку наукових знань і технологій, а також змін у структурі догляду. Дотримання рекомендацій клінічної настанови не забезпечить успішного результату в кожному випадку, а також не повинно тлумачитися як таке, що включає всі належні методи догляду або виключає інші прийнятні методи допомоги, спрямовані на ті ж результати. Кінцева оцінка повинна бути зроблена відповідним медичним працівником, відповідальним за прийняття клінічних рішень щодо конкретної клінічної процедури або плану лікування. Таке рішення слід приймати тільки після обговорення доступних методів діагностики та лікування. Проте, слід зазначити, що істотні відхилення від національної настанови або будь-яких місцевих рекомендацій, що впливають з неї, повинні бути повністю зафіксовані у документації пацієнта на час прийняття відповідного рішення.

1.4.1. Викоритання неліцензованих лікарських засобів та дозвіл на їх введення

Рекомендації, що містяться в цій настанові, ґрунтуються на кращих клінічних даних. Деякі рекомендації можуть стосуватися ліків, що призначаються без ліцензії

на продаж (ліцензія на продукцію). Називають це використання «без етикетки». Це не є незвичайним для медикаментів, які слід призначати поза ліцензією на продукцію, і це може бути необхідним з різних причин.

Як правило, неліцензійне використання лікарських засобів стає необхідним, якщо клінічна потреба не може бути задоволена ліцензованими ліками; таке використання повинно підтримуватися відповідними доказами та досвідом.⁵

Лікарські засоби можуть бути призначені поза ліцензією на продукцію в таких випадках:

- для показань, не вказаних в дозволі на продаж
- для введення з іншої причини
- для введення іншої дози

Видача ліків, які не мають дозволу на продаж, змінює (і, ймовірно, збільшує) професійну відповідальність і потенційну відповідальність тих, хто їх призначає. Фахівець, який призначає такі ліки, повинен бути в змозі виправдати і відчувати себе компетентним у використанні таких ліків.⁵

Будь-який практикуючий лікар, який керується настановою SIGN і призначає ліцензовані ліки поза ліцензії на продукт, повинен знати, що він несе відповідальність за це рішення, і в разі несприятливих результатів може знадобитися обґрунтування дій, які було зроблено.

Перед призначенням ліцензійний статус лікарського засобу слід перевірити в поточній версії Британського національного формуляра (БНФ).

1.4.2. Додаткові поради Комітетом національної служби охорони здоров'я Шотландії з поліпшення якості (NHS QIS) та Шотландського консорціуму лікарських засобів (SMC)

NHS QIS обробляє декілька технологічних оцінок, які були розроблені NICE в Англії та Уельсі.

SMC надає консультації правлінням NHS та їх територіальним комітетам з лікарських та терапевтичних засобів про стан всіх нових ліцензованих ліків та будь-які нові важливі показання для затверджених продуктів.

Консультації SMC та NHS QIS перевірені NICE багаторазові оцінки технологій, що мають відношення до цієї клінічної настанови, узагальнено у розділі про реалізацію.

2. Ключові рекомендації

Наступні рекомендації та поради для кращої практики були виділені групою з розробки клінічних настанов, як дуже важливі. Вони є ключовими клінічними рекомендаціями, які мають бути пріоритетними для впровадження. Клінічне значення цих рекомендацій не залежить від сили підтверджуючих доказів.

2.1. Принципи втручання

√ Батькам / опікунам дітей з РДУГ / ГКР (та старшим дітям з РДУГ / ГКР) слід надавати інформацію про РДУГ / ГКР та про можливі втручання, включаючи їх потенційні ризики та переваги.

√ Необхідно регулярно здійснювати зв'язок між медичними та освітніми службами, щоб сприяти розумінню труднощів РДУГ / ГКР, забезпечити послідовний підхід до індивідуума в різних установах та контролювати ефективність інтервенцій.

2.2. Психологічні втручання

В Поведінкова підготовка батьків рекомендується для батьків дітей дошкільного віку з симптомами РДУГ / ГКР. Вона повинна здійснюватися навченими посередниками.

2.3. Вибір лікування

А для дітей шкільного віку та молодих людей з гіперкінетичним розладом (тяжкий РДУГ) медикаментозне лікування.

А для дітей шкільного віку та молодих людей з РДУГ та коморбідних симптомів опозиційного викликаючого розладу та / або агресивної поведінки рекомендується поєднання ліків та корекційних процедур.

В для дітей шкільного віку та молодих людей з РДУГ / ГКР та коморбідними генералізованими тривожними розладами рекомендується поєднання медикаментозних та корекційних процедур.

√ у тих випадках, коли симптоми РДУГ є легкими, клініцисти в першу чергу повинні розглянути підходи до поведінки.

3. Визначення та поняття

3.1. Визначення

РДУГ і ГКР є одними з найбільш часто діагностованих розладів поведінки у дітей та молодих людей. Основні симптоми включають в себе невідповідні для віку розвитку рівні активності та імпульсивності, а також порушену здатність зберігати увагу. Хворі діти і молодь відчувають труднощі з керуванням своєю життєдіяльністю для того, щоб відповідати встановленим нормам поведінки і, в результаті, часто не сприймаються дорослими і однолітками. Вони часто не можуть реалізувати свій потенціал, і у багатьох виникають супутні труднощі, такі як затримки в розвитку, специфічні проблеми з навчанням і інші емоційні і поведінкові розлади⁶. Плеяда симптомів, яка представляє собою РДУГ/ГКР, визнається вже багато років і мала різні назви.

3.2. Діагностичні критерії

Основні симптоми РДУГ і ГКР включають невідповідні рівню розвитку:

- неухважність (труднощі в концентрації)
- гіперактивність (дезорганізований, надмірний рівень активності)
- імпульсивну поведінку.

Для того, щоб відповідати діагностичним критеріям, необхідно, щоб симптоми:

- мали початок до семирічного віку (РДУГ) або шести років (ГКР)
- зберігалися не менше шести місяців
- були поширеними (наявні в кількох місцях, наприклад, вдома, в школі, у соціумі)

- викликали значні функціональні порушення
- краще не обґрунтовувалися іншими психічними розладами (наприклад, первазивний розлад розвитку, шизофренія, інші психотичні розлади, депресія або тривога).

Пов'язана захворюваність включає невміння навчатися, антисоціальну поведінку, правопорушення та підвищений ризик дорожньо-транспортних пригод у підлітковому віці. Крім того, може бути різкий вплив на сімейне життя.

Діагностичні критерії РДУГ та ГКР змінювалися з кожним переглядом Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (ДСП)¹ та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) відповідно². Цілком ймовірно, що буде продовжено перегляд критеріїв для вирішення невирішених питань, таких як підтипи розладу, вік початку та застосовність критеріїв впродовж усього життя. Сучасні діагностичні критерії ДСП-IV та МКХ-10 подібні, з відмінностями, що пов'язані, в першу чергу, з тяжкістю симптомів і поширеністю.

ДСП ідентифікує три підтипи РДУГ: переважно неухвально-неуважний тип (який характеризує неуважність, але не гіперактивність/імпульсивність); переважно гіперактивно-імпульсивний тип (який характеризує гіперактивність/імпульсивність, але не неуважність) і комбінований тип (який має ознаки неуважності та гіперактивності/імпульсивності)¹.

Коментар робочої групи:

У 2013 році була опублікована остання версія класифікатора психічних розладів – ДСП-V, відповідно до якого для встановлення діагнозу пацієнт повинен мати 6 симптомів порушення уваги та 6 симптомів гіперактивності - імпульсивності із загальних 18 діагностичних критеріїв. У пацієнтів 17 років та старших, достатньо 5 симптомів порушення уваги та/або гіперактивності-імпульсивності. Крім того, деякі з симптомів РДУГ/ГКР у пацієнта повинні бути виявлені до 12 років на відміну від ДСП-IV (до 7 років). ДСП-5 не містить критеріїв виключення для людей з розладами аутистичного спектру, оскільки симптоми обох розладів зустрічаються одночасно. Проте, симптоми РДУГ/ГКР не повинні виникати виключно під час шизофренії або іншого психотичного розладу і не повинні краще пояснюватися іншим психічним розладом, таким як депресивний або біполярний розлади, тривожний розлад, дисоціативний розлад, розлад особистості, наркотична інтоксикація або абстиненція. Більш детальна інформація за посиланням: <https://www.addrc.org/dsm-5-criteria-for-adhd/>

ГКР характеризує більш важкі порушення зі значною гіперактивністю, включеними як критерій діагностики. ДСП та МКХ є моделями для встановлення категорій, і для відповідності діагнозу мінімальні ознаки існуючих симптомів повинні мати місце. Діти та молодь, які не відповідають визначеним критеріям РДУГ/ГКР, можуть, як би там не було, зазнавати значних труднощів у повсякденному житті.

Незважаючи на велику кількість літератури, що описує дослідження РДУГ і ГКР, їх точні визначення продовжують обговорюватися і їх обґрунтованість ставиться під сумнів. Це було вирішено кількома способами, і є вагомі докази, що підтверджують вищевикладені визначення РДУГ, його підтипів і ГКР.⁷⁻⁹ Починають з'являтися докази правильності діагностичних критеріїв для дітей молодшого віку,

хоча застосування діагностичних критеріїв у віковому діапазоні потребує подальшого дослідження.¹⁰

3.3. Поширеність

Оцінки поширеності в значній мірі залежать від трьох основних факторів: вибірки населення, методу встановлення та застосованих діагностичних критеріїв. Оцінки поширеності є рідкісними в опублікованій літературі, особливо стосовно критеріїв ДСП-IV та МКХ-10. Поширеність РДУГ у дітей шкільного віку варіюється від 1,7% до 17,8% залежно від використаних критеріїв. Більшість оцінок складають від 5% до 10%.¹² Оцінки у США історично були вищими, ніж оцінки у Великобританії, завдяки у більшості випадків звужених британськими авторами критеріями діагностики.¹³ Три дослідження англійської популяції показали рівень поширеності від 2% до 5%, залежно від того, чи були застосовані критерії ДСП-IV або МКХ-10.^{12,14} Скринінг з використанням шкали оцінювання вчителів ДСП-IV великої вибірки школярів (n = 22,044) показав подібну поширеність під час вступу в школу.¹⁵ Співвідношення чоловіків і жінок у поширеності РДУГ (але не обов'язково в усіх вимірах захворювання) становить щонайменше від 4 до 1.¹⁶

У опитуванні, проведеному серед осіб та установ, що надають медичні послуги по всій Шотландії в 2007 році, приблизно 0,6% дітей у популяції мали діагноз СДВГ/ГКР і були відомі службам. Це було значно нижче очікуваної поширеності.¹⁷

3.4. Коморбідність

Коморбідність є загальною і змінною. Академічна неуспішність і відставання в навчанні також постійно демонструвалася у дітей з РДУГ.^{15,18,19} У дітей з діагнозом РДУГ, опозиційно-демонстративний розлад (ОДР) або розлад поведінки (РП) наявні у 25-50% випадків; 25% мають одночасно тривожні розлади; 20% мають розлад настрою; і 20% мають специфічні порушення розвитку, включаючи специфічні труднощі в навчанні, труднощі, пов'язані з мовою, і труднощі моторної координації.^{20,21} Багато дітей з синдромом Туретта мають критерії РДУГ.^{6,22}

3.5. Результати

У Шотландії немає даних про поширеність або результати хорошої якості для РДУГ/ГКР. Проте спостерігається зниження частоти РДУГ у підлітковому віці^{9,23} і подальше скорочення спостерігалось в дослідженнях, які супроводжували дітей у дорослому віці²⁴⁻²⁶ і коморбідні ОДР або РП включають в себе материнську депресію, розлад в сімейному житті, негативну взаємодію^{12,28} батьків з дитиною, сімейний стан і сімейний анамнез.^{18,29} Настанова NICE містить докази щодо лікування РДУГ у дорослих.⁴ На сьогодні надання послуг дорослим обмежене.

Багато подальших досліджень показали значне перевищення порушення поведінки, антисоціальних розладів особистості, токсикоманії та злочинності (часто згрупованих у тих самих осіб) у дорослих з РДУГ/ГКР порівняно з контрольними групами.^{3,19,24,26} РП і ОДР має найбільш несприятливий результат.^{18,28-30}

4. Оцінка

4.1. Початкова оцінка

Початковий прояв зазвичай буває для лікарів загальної практики або для інших фахівців первинної медичної допомоги, освіти та соціальних працівників. На цій стадії може бути отримана важлива інформація, що свідчить про необхідність проведення спеціалізованого дослідження. Особи, які беруть участь у проведенні початкової оцінки, повинні знати про поширеність та основні особливості РДУГ/ГКР, а також про деякі труднощі, що виникають при постановці діагнозу, включаючи питання супутньої патології та впливу ситуації/середовища на презентацію.

Ключові області для вивчення на цьому етапі включають:

- Характер проблеми: чи є представлені проблеми відповідними до представлених критеріїв діагностики РДУГ/ГКР? (див. розділ 3.2)
- Тяжкість проблеми (дисфункція в ряді областей, включаючи сім'ю, освіту та соціальну сферу).

✓ Якщо на підставі попередньої оцінки виникає підозра, що у дитини або підлітка є РДУГ/ГКР, пов'язаний зі значними порушеннями, рекомендується направляти дитину або підлітка до лікаря або педіатра зі спеціалізацією у цій галузі на експертну оцінку фахівця з цього питання.

4.2. Експертна оцінка

Загальна мета оцінки полягає в отриманні інформації, що дозволяє діагностувати та формулювати план ведення, деталізуючи подальші оцінки, що призводить до розробки відповідної програми втручання. Така оцінка обов'язково є великою і трудомісткою. Діагноз РДУГ/ГКР не може бути встановлений за допомогою короткої консультації.

Важливими компонентами оцінювання РДУГ/ГКР є інтерв'ю з батьками/доглядачем, інтерв'ю з дитиною/підлітком, анкети, психо-освітня оцінка, клінічне обстеження та допоміжні (фізичні, психіатричні та психологічні) оцінки.

4.3. Інтерв'ю з батьками/опікунами

Інтерв'ю з батьком(ами) або опікуном(ами) дитини або підлітка з РДУГ/ГКР є основою оцінки.³¹ Мета полягає в отриманні інформації, що стосується стану дитини, з метою інформування про діагноз і формулювання плану лікування.

4.3.1. Історія представлення скарг

Батьків/опікунів слід попросити надати деталі історії поточних проблем дитини, характер симптомів (частота, тривалість, ситуаційна зміна) та будь-які пов'язані з ними розлади. Особлива увага повинна приділятися діагностичним критеріям РДУГ/ГКР та пов'язаних з ними розладів.

- Необхідно переглянути інформацію про результати діяльності в школі дитячій кімнаті, включаючи деталі академічної успішності, а також соціальну взаємодію з іншими дітьми та персоналом, а також звернутися до школи.

- Клініцист повинен визначити, яке лікування (якщо таке є) дитина/підліток отримували в минулому.

▪ Слід зазначити, що хоча порушення сну можуть спостерігатися у 50% дітей з РДУГ, їх наявність не є критерієм для діагностики.

Показано, що батьківські звіти про наявну дитячу психопатологію забезпечують точний спосіб оцінки.^{33,34} Більшість досліджень вивчали материнські звіти, і, хоча існує певний конфлікт, у цілому батьки є точними репортерами поведінки дітей.³⁵ Проте відомо, що материнська психопатологія, особливо материнська депресія та шлюбна дисфункція/корекція впливають на батьківську інформацію про поведінку дітей.³⁶⁻³⁸ 3

D Повідомлення батьків про симптоми їхніх дітей є важливим компонентом діагностичної оцінки.

4.3.2. Акушерський та перинатальний анамнез

Відомо, що до РДУГ/ГКР призводять такі ускладнення, як дострокові пологи, зловживання під час вагітності та грудного вигодування цигарками, наркотиками та алкоголем.³⁹⁻⁴³ 3

D Необхідно отримати анамнез акушерських і перинатальних ускладнень.

4.3.3. Історія розвитку

Подробиці спостереження супутньої інформації та етапів розвитку РДУГ/ГКР і пов'язані з ними проблеми дозволять визначити хронологічну картину ускладнень у дитини або підлітка.⁴⁰ 2+

C Слід отримати історію розвитку, щоб показати хронологічний розвиток труднощів.

4.3.4. Історія родини

Необхідно отримати відомості про безпосередню та розширену родину дитини, включаючи анамнез РДУГ/ГКР та психічні захворювання будь-якого роду. Існують докази з різних напрямків досліджень, включаючи дослідження близнюків та усиновлення, дослідження родоводу та молекулярно-генетичні дослідження, які чітко демонструють внесок генетичних факторів у РДУГ/ГКР.^{33,44-49} 3

У родинях з порушенням функції щитовидної залози в анамнезі може бути наявна генералізована резистентність до тиреоїдного гормону (ГРТГ). ГРТГ є рідкісною причиною РДУГ/ГКР, і скринінг не повинен бути лише плановим, а має бути і позаплановим.⁵⁰

4.3.5. Функціонування сім'ї

√ Необхідно оцінити функціонування сім'ї, включаючи взаємини в родині, моделі спілкування, стиль виховання батьками і наявність родинного конфлікту або стресу.⁵¹

4.4. Інтерв'ю з дитиною/підлітком

Зважаючи на те, що діти та підлітки не завжди є надійними в оцінці зовнішніх проявів поведінки, вони все одно є більш надійними, ніж їх батьки, коли батьки повідомляють про внутрішній прояв таких симптомів, як тривога та депресія, які є більш важливими для діагностики супутніх захворювань.⁵² Основна увага в інтерв'ю повинна бути на власне сприйняття дитиною проблеми, включаючи атрибутивний стиль і ставлення до лікування.

4

√ Дитина або підліток повинен бути залучений до терапевтичного процесу з його розумінням сприйняття їх труднощів, можливостей лікування та їх власної відповідальності в корекції розладу.

4.5. Лабораторні заходи та анкети

Існує велика дослідницька література, що вивчає індивідуальні та групові лабораторні заходи оцінки (наприклад, відповідність знайомим показникам тесту, безперервного тестування продуктивності, актометрів). Взагалі, ці заходи не розрізняють дітей і підлітків з РДУГ/ГКР від контрольних груп психіатричних хворих або нормальних однолітків.⁵³

2+

Спостереження за поведінкою в клініці, хоча і важливо, може бути оманливим, і клініцисти повинні уникати ґрунтування діагностичних висновків на доказах поведінки в клініці. за поведінкою в клініці, хоча і важливе, проте, може бути оманливим, і клініцисти повинні уникати базування діагностичних висновків на підтвердженні поведінки в клініці. Доступні стандартизовані графіки спостережень для використання в домашніх, шкільних та лабораторних умовах; однак, деякі практики вважають цей процес трудомістким і важким для виконання. Крім того, діти схильні по іншому реагувати в принципово нових ситуаціях, наприклад, візит до клініки або візит лікаря додому або у школу, і тому отримані результати не можуть дати точну картину поведінки дитини.⁵⁴

2+

Детальний аналіз різних шкал оцінки та заходів лабораторної оцінки виходить за рамки цієї клінічної настанови Були опубліковані важливі наукові роботи щодо різних інструментів оцінки.^{53,55}

Анкети самостійного звіту забезпечують механізм отримання стандартизованої інформації про сприйняття батьками та вчителями проблем дитини. Інструменти, що забезпечують найбільш корисну інформацію, є нормативно заснованими та структурованими для аналізу незалежних 4 факторів. Результати опитувань слід інтерпретувати з обережністю, коли нормативні дані були отримані з популяцій, відмінних від Об'єднаного королівства.⁵⁶

4

D Лабораторні оцінки не повинні використовуватися регулярно.

√ Анкети корисні для оцінки, коли вони використовуються разом з інформацією, отриманою з інших джерел. Вони можуть бути використані як частина початкової оцінки, а також для отримання відповіді про ефективність лікування.

4.6. Психолого-педагогічна оцінка

Діти з діагнозом РДУГ/ГКР можуть мати ускладнення в навчанні. РДУГ/ГКР не є нездатністю до навчання самі по собі, оскільки не впливають на здатність мозку до навчання, але можуть заважати здатності особи до навчання.⁵⁷ Це може вплинути на рівень освіти і на довгостроковий прогноз. Існує високий рівень супутньої патології, і багато дітей мають ускладнення у навчанні у доповнення до діагнозу РДУГ/ГКР.²⁰

4

Д Оцінка уявлення дитини в його навчальному закладі важлива для підтвердження діагнозу і виявлення відсталості у навчанні.

Психолого-педагогічна оцінка включає тестування рівня дитини в опануванні таких базових навичок, як читання, мовлення і здібностей до рахування чисел, а також оцінка досягнень дитини відповідно до віку і здібностей. Якісна інформація про стиль навчання, уміння дитини концентрувати увагу, швидкість виконання роботи, імпульсивність та впевненість у собі можуть бути отримані в результаті обговорення з вчителями.

4.7. Клінічний огляд

Фізикальна оцінка має на меті кілька цілей, включаючи:

- оцінку базових медичних проблем, що сприяють самовираженню
- оцінку потенційних протипоказань до фармакологічного лікування.

Неврологічні ознаки і незначні фізичні аномалії не можуть самостійно виключати або підтверджувати діагноз РДУГ/ГКР. Хоча багато досліджень показали незначне збільшення кількості неврологічних ознак у гіперактивних дітей, значимість такого співвідношення має ще бути виявлена.^{58,59} Аналогічно, наявність або відсутність незначних фізичних аномалій не може бути використана як діагностичний показник.⁶⁰ Скринінг на неврологічні ознаки та незначні фізичні аномалії є частиною загальної фізикальної оцінки. Доступні стандартизовані графіки оцінки.

√ Клінічне обстеження дітей та підлітків, які демонструють ознаки РДУГ/ГКР, повинні включати системне опитування, деталі попередніх проблем зі здоров'ям, поточне лікування, медичне обстеження зору та слуху слід оцінювати та офіційно перевіряти, вказані пункти.

4.8. Додаткові оцінки

Інші фізикальні дослідження слід проводити, коли вони вважаються важливими для визначення основної медичної проблеми. Такі дослідження можуть включати:

- аналіз крові (свинець, хромосоми, ламкий X)
- електрофізіологічні дослідження (електроенцефалографія)
- комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) при неврологічних розладах / об'ємних новоутвореннях.

Проте, неврологічні, нейрофізіологічні, нейрохімічні та хромосомні дослідження ще не підтверджені в діагностиці РДУГ/ГКР.⁶¹

Історія хвороби та обстеження, враховуючи перевагу супутніх захворювань, можуть свідчити про необхідність подальшої оцінки, щоб виключити інші діагнози або з'ясувати коморбідні розлади. У цьому значенні, детальні психіатричні, неврологічні, психологічні, психолого-педагогічні, розмовні та мовні оцінки, з питань ерготерапії та інші висновки мають витребуватися у відповідних фахівців.

4.8.1. Психіатрична оцінка

√ В той час як основна оцінка для РДУГ/ГКР може бути проведена досвідченими фахівцями різних спеціалізацій, оцінка психічного здоров'я дитини та підлітка є дуже важливою, якщо є труднощі в диференційній діагностиці або занепокоєння щодо існування супутніх психічних розладів.

4.8.2. Психологічна оцінка

Цінність психологічних тестів менше полягає в діагностиці РДУГ/ГКР, ніж у виключенні супутніх захворювань та виявленні конкретних проблемних сфер для окремих дітей, які можуть перешкоджати освітній та соціальній інтеграції. Не існує психологічного тесту, який би остаточно характеризував РДУГ/ГКР.

√ Психологічні тести не слід розглядати як звичайну частину діагностичного процесу. Використання цих тестів повинно бути на основі конкретної гіпотези в конкретному випадку.

Діти зі РДУГ/ГКР не відрізняються від нормального населення у більшості психологічних завдань, що традиційно є об'єктами вивчення. Нейропсихологічні тести уваги і концентрації (наприклад, безперервне виконання завдань) не дозволяють достовірно диференціювати РДУГ/ГКР від інших клінічних станів або засобів контролю.^{62,63}

Функції регуляції і контролю психічних процесів, тобто управління та інтеграція в комплексі інформації із поведінкою, порушені у дітей з РДУГ/ГКР.⁶⁴ Проте тести зазначеної функції ще не були оприлюднені для того, щоб достовірно виявляти дітей, які страждають на РДУГ/ГКР. Існує певна думка, що невдачі у стриманості поведінки, і як наслідок, виражена імпульсивність, є базовим порушенням при РДУГ/ГКР.⁶⁵ Альтернативна

гіпотеза, що нетерпимість до уповільнень лежить в основі труднощів цих дітей, також отримала певне експериментальне підтвердження.⁶⁶

Коментар робочої групи:

Вже давно існує зацікавленість у розробці об'єктивних лабораторних заходів, які могли би підтвердити клінічний діагноз РДУГ/ГКР. В даний час найбільш популярними об'єктивними методами у діагностиці РДУГ є безперервні тести на результативність (БТР).

У дослідженні Berger et al. (2016)* вивчали ефективність МОХО-БТР, до якого входили стимулятори зорової та слухової функції, що є екологічними відволікаючими факторами. Учасниками були 798 дітей у віці 7-12 років (493 хлопчиків і 305 дівчат). Група дітей зі РДУГ включала 339 осіб, 459 – здорові діти.

Тест складається з восьми етапів (рівнів). Кожен рівень складається з 53 випробувань і триває 114,15 с. Загальна тривалість тесту - 15,2 хв. У кожному випробуванні стимул (33 цільових або 20 нецільових) представлений в середині екрану комп'ютера на періоди 0,5, 1 або 3 с, за яким слідує «порожнеча» такої ж тривалості. Тест також включає три типи відволікаючих стимулів, які слугують дистракторами (візуальні, слухові, поєднання зорових і слухових).

У порівнянні зі своїми однолітками з контрольної групи, діти зі РДУГ отримали значно менші оцінки по всіх 4 показниках тесту: уважність, час, гіперактивність та імпульсивність. Зокрема, у дітей зі РДУГ було менше уваги до стимуляторів і вони демонстрували менше реакцій за певний проміжок часу. Більш того, діти зі РДУГ мали значно більше імпульсивних і гіперактивних відповідей, ніж контрольна група. Аналіз робочих характеристик приймачів стимуляторів виявив справедливу відмінну діагностичну здатність всіх індексів БТР, за винятком рівня імпульсивності, за яким діагностична здатність якого виявляти дітей зі РДУГ від контрольної групи є поганою. Загальний бал тесту досягнув високих рівнів діагностичної ефективності. Отже, інтеграція показників БТР покращує діагностичні можливості РДУГ і дає змогу визначити складність і неоднорідність симптомів даного розладу.

Більш детально з дослідженням можна ознайомитись за посиланням:
<https://academic.oup.com/acn/article/32/1/81/2571992>

***Usefulness and Validity of Continuous Performance Tests in the Diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Children. Itai Berger, Ortal Slobodin, Hanoch Cassuto. Arch Clin Neuropsychol. 2017 Feb; 32(1): 81-93.**

Коментар робочої групи:

Американська академія дитячої та підліткової психіатрії у Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2007) не рекомендують комп'ютеризовані тести для оцінки уваги в якості рутинної практики: "Психологічні та нейропсихологічні тести не є обов'язковими для постановки діагнозу РДУГ, але повинні проводитися, якщо в анамнезі пацієнта низька загальна пізнавальна здатність або низькі досягнення в мовленні або математиці порівняно з інтелектуальними здібностями пацієнта".

5. Принципи процедур

Мета цієї настанови зосереджується на процедурах, спрямованих на корекцію основних симптомів РДУГ/ГКР, а не на супутніх проявах (таких як низька самооцінка або погані взаємовідносини з однолітками) або лікуванні супутніх захворювань (таких як поведінковий або тривожний розлад). Про них повідомляють лише тоді, коли вони виникають як ключові моменти у крупних дослідженнях про методи лікування.

РДУГ/ГКР може впливати на багато сфер життя дитини. Це призводить до необхідності надання всеосяжного пакету допомоги дітям зі РДУГ/ГКР та їх сім'ям, включаючи освітні послуги, зокрема, охорону здоров'я. Наступні принципи позитивної практики щодо методів лікування були визначені групою з розробки настанов:

- √ Батькам/опікунам дітей з РДУГ/ГКР (і старшим дітям з РДУГ/ГКР) слід надавати інформацію про РДУГ/ГКР та про можливі заходи, включаючи їх потенційні ризики та переваги.
- √ Необхідно отримати згоду від батьків/опікунів, щоб дозволити обмін інформацією між усіма установами, що працюють з дітьми та підлітками зі РДУГ/ГКР.
- √ Необхідно регулярно здійснювати зв'язок між медичними та освітніми службами, щоб сприяти розумінню труднощів РДУГ/ГКР, забезпечити послідовний підхід до індивідуума в різних установах та контролювати ефективність методів лікування.
- √ Практики повинні знати про законодавство, що стосується дітей з РДУГ/ГКР, включаючи Закон про освіту (Додаткова підтримка для навчання) (Шотландія), 2004 та Закон про дискримінацію осіб з інвалідністю, 2005 рік.
- √ Батьки/опікуни повинні бути поінформовані про потенційні джерела фінансової допомоги, включаючи житлову допомогу людям з обмеженими можливостями.

6. Психологічний вплив

6.1. Вступ

Існує незначна кількість несистематизованих досліджень психологічних та інших немедикаментозних методів для основних симптомів РДУГ. Окрім відсутності джерел фінансування, це частково пояснюється методологічними проблемами дослідження у цій сфері.

Найчастіше оцінюється психологічний вплив - навчання батьків поведінці. Це метод лікування, який навчає батьків застосовувати стратегії управління дитиною, покращувати свої навички виховання і допомагати їм вирішувати специфічні проблеми поведінки. Більшість

- надання допомоги батькам у розумінні того, як можна змінити специфіку поведінки і як контролювати зміни, що відбуваються
- викладання стратегій управління проблемною поведінкою:

- встановлення чітких правил з наслідками
- використання меж, процедур, зворотних відліків, нагадувань та встановлення лімітів
- допомагати батькам бути твердими у вихованні без примусу
- використання тихого часу, ігнорування та тайм-ауту
- важливість послідовності і контролю і спокійного емоційного середовища
 - заохочення батьків до похвали, прояву фізичної прихильності, надання нагороди та стимулів для відповідної поведінки
 - заохочення позитивного батьківського досвіду шляхом участі в іграх та діяльності, орієнтованій на дітей
 - забезпечення зворотного зв'язку за допомогою безпосереднього спостереження взаємодій між дитиною та батьками.

6.2. Діти дошкільного віку

Покращення діагнозів шляхом психологічного впливу при симптомах РДУГ у дошкільному віці обмежується навчанням батьків поведінці.

Три ВКД послідовно виявляли, що навчання батьків, проведене спеціально обученими фахівцями, призвело до зниження симптомів РДУГ у дітей у віці від трьох до чотирьох років.⁶⁷⁻⁶⁹ Наступне дослідження виявило поліпшення симптомів РДУГ, що зберігалися через 12 місяців після впливу.⁷⁰ Покладання на батьківські відгуки є в більшості випадків ймовірним джерелом похибки в цих дослідженнях. В одному вибіркового контрольованому дослідженні (ВКД), надання програми випадковим відвідувачам закладів охорони здоров'я не було ефективним у порівнянні з контрольним списком осіб, що очікували на лікування.⁷¹

1+

В Підготовка батьків рекомендується для батьків дітей дошкільного віку з симптомами РДУГ/ГКР, і вона повинна здійснюватися кваліфікованими фахівцями.

6.3. Діти препубертатного віку

Навчання батьків часто йде як доповнення до медикаментозного лікування та є найбільш часто вживаним методом, хоча деякі програми пропонують групову роботу для самих дітей. Заходи, як правило, проводяться на базі клінік.

Для дітей віком до 12 років навчання батьків зменшує коморбідну поведінку та «внутрішню роботу» над проблемами, але не надає додаткових переваг над лікарськими засобами або «щоденним доглядом» (які в ході випробувань зазвичай включали медикаментозну терапію) на основні симптоми РДУГ.⁷²⁻⁷⁷ Загалом, поліпшення поведінки вдома не перейшло до шкільного оточення.

1+

Дослідження мультимодального лікування дітей зі РДУГ (МЛД) порівняло результати за 14 місяців спостереження за дітьми, які спочатку перебували у віці від 7 до 9,9 років у чотирьох різних групах лікування: суворе протокольне медичне введення; інтенсивне особисте керування

поведінкою батьків, дитини і в межах шкільної установи; поєднання медичної та поведінкової терапії та звичайної допомоги з боку місцевої громади, що зазвичай включали медикаментозне лікування. У всіх групах спостерігалось значне поліпшення симптомів основного РДУГ, причому найбільший ефект був у групах медикаментозного лікування та комбінованої терапії. У групі комбінованої терапії з'явилися додаткові позитивні прояви щодо неосновних симптомів РДУГ (опозиційні/ агресивні симптоми, симптоми інтерналізації, соціальні навички, оцінені вчителями, відносини батьків і дітей та досягнення читання).⁷⁸

Деталі подальшого дослідження МЛД після 14-місячного вибіркового періоду впливу описані в розділі 9.2.

Один РКД у дітей молодшого шкільного віку з підтипом РДУГ із переважною неухважністю виявив, що поведінковий вплив на батьків, дітей та вчителів призвів до зменшення проблем та поліпшення організаційних навичок у порівнянні зі звичайним «лікуванням як завжди».⁷⁹

А У дітей, які перебувають у підлітковому віці з РДУГ/ГКР і коморбідними симптомами опозиційного вираженого розладу та/або агресивної поведінки, поведінкові програми рекомендуються для лікування супутніх проблем.

В У дітей, які перебувають у підлітковому віці з РДУГ/ГКР і коморбідною генералізованою тривожністю, поведінкові програми рекомендуються для лікування коморбідних проблем.

6.4. Підлітки

Не було проведено досліджень хорошої якості серед підлітків; тому неможливо дати рекомендації для цієї вікової групи.

6.5. Процедури, що можуть проводитися на базі шкіл

Мета-аналіз показав, що стратегії управління випадками та академічні методи лікування є більш ефективними для зміни поведінки, ніж когнітивні стратегії поведінки.⁸⁰

А Діти з РДУГ/ГКР вимагають індивідуальної програми шкільних втручань, включаючи поведінкові та навчальні заходи.

Короткострокові наслідки поведінкового впливу, як правило, обмежуються періодами, коли програми дійсно діють. Коли лікування відмінено, діти часто втрачають досягнутий під час лікування результат. Хоча в короткостроковій перспективі поведінковий вплив може покращити цільову поведінку, він менш корисний для зменшення неухважності, гіперактивності або імпульсивності. Дослідження показали, що менший розмір класу, використання кімнатних ресурсів порівняно зі звичайними класами, прямі чи дистанційні вказівки при навчанні, а також залучення всього класу призвело до підвищення рівня концентрації у студентів зі РДУГ.⁸²

У більшості випадків керівник навчального закладу буде головним менеджером освітнього впливу. Більшість вчителів мають лише обмежені знання про стан і потребуватимуть, принаймні, інформації та рекомендацій. Вони також вимагають спільної підтримки при оцінці ефективності різних комбінацій лікування.

7. Фармакологічна терапія

7.1. Введення

У Великобританії існує три ліцензованих лікарських засоби для лікування РДУГ/ГКР; гідрохлорид метилфенідата, сульфат дексамфетаміну і атомоксетин. Метилфенідат і атомоксетин ліцензовані для застосування у дітей у віці від шести років і старше, тоді як дексамфетамін ліцензований для застосування у дітей віком від трьох років. Лікування не рекомендується в якості терапії першої черги для дітей дошкільного віку (див. Розділи 6.2 і 9.1). Рекомендації щодо призначення див. розділ 1.4.1 та Британський національний формуляр.⁵

- √ Ініціювання фармакологічного лікування дітей з РДУГ/ГКР повинно проводитися тільки фахівцем, як у дитячій та підлітковій психіатрії, так і в педіатрії, який має підготовку з використання та моніторингу психотропних ліків.
- √ Базову фізичну оцінку слід проводити до початку фармакологічної терапії, включаючи, як мінімум, вимірювання пульсу, артеріального тиску, ваги та зросту з відповідним використанням таблиць процентилей у всіх вимірюваних параметрах. Електрокардіографію слід розглядати на індивідуальній основі.
- √ Клініцисти повинні надавати інформацію про потенційні переваги та побічні ефекти ліків.
- √ Подовжену дію позитивних результатів та потребу в ліках слід оцінювати принаймні раз на рік.
- √ Необхідно прийняти протокол спільної допомоги між первинною та вторинною медичною допомогою.

У Додатку 2 наведено зразковий протокол спільного догляду.

7.2. Психостимулятори

Метилфенідат і дексамфетамін знижують основні симптоми РДУГ/ГКР і покращують якість життя дітей з діагнозом РДУГ/ГКР.⁸³

1++

Мета-аналіз високоякісних досліджень (тривалістю не менше двох тижнів) з використанням психостимулятора (метилфенідата і дексамфетаміна) або не психостимуляторного (атомоксетин) препарату дозволив зробити висновок, що обидва вони мають ефективність при симптомах РДУГ/ГКР, хоча психостимулятори дали більший ефект.

1+

Коментар робочої групи:

Станом на 24.04.2019 в Україні лікарський засіб дексамфетамін не зареєстрований.

7.2.1. Метилфенідат

Два великих, високоякісних дослідження демонструють довгострокову ефективність метилфенідата, тривалістю 14 місяців⁷⁸ і тривалістю більше 24 1+ місяців (див. Розділ 9).

Метилфенідат доступний у формах негайного або модифікованого вивільнення для полегшення медикаментозного покриття протягом дня. Таблиця 1 окреслює переваги та доступні різні склади.⁸⁵ Склади з модифікованим вивільненням демонструють розширений вплив на показники РДУГ/ГКР, які узгоджуються з одночасно вимірними плазмовими рівнями препарату.

Таблиця 1. Характеристика форм негайного і модифікованого вивільнення метилфенідата

Найменування	Деталі продукту	Дозування	Форма випуску	Профіль випуску	Деталі адміністрації
Загальний або фірмовий метилфенідат, наприклад: Ritalin® Equasym® Medikinet®	Негайне звільнення 3-4 години	5 mg 10 mg 20 mg	таблетка	Пік концентрації плазми через 1-2 години.	Таблетки можна зменшити вдвічі.
Concerta XL®	Модифікований випуск тривалістю 10-12 годин	18 mg 27 mg 36 mg 54 mg Доза еквівалентна: 18 mg=5 mg IR tds 36 mg=10 mg IR tds 54 mg=15 mg IR tds	Капсулоподібні таблетки, що містять два шари лікарського засобу, розділені напівпроникною мембраною. Зовнішній шар (верхній шар) вивільняється спочатку, після чого відбувається поступове вивільнення ліків з внутрішнього ядра. Порожній планшет оболонки виділяється.	22% IR:78% MR Початкова пікова концентрація в плазмі в 1-2 години. Другий пік через 6-8 годин.	Таблетку потрібно проковтнути цілу, не розжовувати, розчавити або зламати.

Найменування	Деталі продукту	Дозування	Форма випуску	Профіль випуску	Деталі адміністрації
Equasym XL®	Модифікований випуск Тривалість до 8 годин	10 mg 20 mg 30 mg	Капсула, що містить два типи гранул / гранул, які дозволяють негайне вивільнення лікарського засобу з наступним поступовим вивільненням протягом дня.	30% IR:70% MR Початкова пікова концентрація в плазмі в 1-2 години. Другий пік на 4,5 години.	Капсулу можна відкрити і змішати з м'якими продуктами. (стабільність невідома) Вміст необхідно проковтнути цілим, не розжовувати, розчавити або зламати.
Medikinet XL®	Модифікований випуск Тривалість до 8 годин	10 mg 20 mg 30 mg 40 mg	Капсула, що містить два типи гранул / гранул, що дозволяють негайне вивільнення половини дози, з подальшим поступовим вивільненням протягом доби.	50% IR:50% MR Початкова пікова концентрація в плазмі в 1-2 години. Друга фаза вивільнення препарату через 3 години в результаті чого на 3-4 годину плато.	Капсулу можна відкрити і змішати з м'якими продуктами. (стабільність невідома) Вміст необхідно проковтнути цілим, не розжовувати, розчавити або зламати. Прийом їжі з високим вмістом жиру затримує абсорбцію приблизно 1,5 години.

IR = Негайне виведення, MR = Модифікований випуск, TDS = три рази на день

Коментар робочої групи:

Відповідно до рекомендацій NICE* метилфенідат є препаратом першої лінії для лікування дітей та підлітків зі РДУГ/ГКР.

* *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline, 2018*

7.2.2. Дексамфетамін

Дексамфетамін ефективний у лікуванні основних симптомів РДУГ/ГКР.⁸³ Ніяких сучасних досліджень щодо дексамфетаміну не знайдено. В даний час у Великій Британії доступний тільки невідповідний дексамфетамін з негайним виведенням (5 мг та 1 мг/мл в рідкій формі випуску). 1++

Огляд чотирьох досліджень порівнював Adderall (купорована сіль амфетаміну з модифікованим виведенням) з метилфенідатом або плацебо з негайним вивільненням. Adderall показав невелику перевагу над метилфенідатом і плацебо з негайним вивільненням, коли відповідь на лікування вимірювалася за допомогою клінічних і батьківських оцінок/результатів. 1+

На одній фазі три випробування препарату дексамфетаміну, що містить препарат, лисдексамфетамін димезилат показав ефективність у порівнянні з плацебо та побічними ефектами, подібними до дексамфетаміну. 1++

Коментар робочої групи:

Станом на 24.04.2019 в Україні лікарський засіб лисдексамфетамін не зареєстрований.

7.2.3. Неналежне споживання/зловживання психостимуляторами

Потенціал неналежного споживання, тобто там, де продаються або пропонуються лікарські засоби, одержані законним шляхом, наразі не вважається групою з розробки настанов основним питанням у Шотландії. Можливо, це пов'язано зі строгими моделями контролю, що діють у Великобританії, або можуть відображати відсутність інформації у Великобританії. Системний огляд вивчення неналежного споживання в описаних в США дослідженнях повідомляв про 5% непризначеного використання у дітей молодшого віку, до 35% у американських студентів. Використання рецептур негайного виведення з організму, зниження академічної ефективності та самостійно зареєстрованих симптомів РДУГ/ГКР були одними з основних факторів ризику неналежного споживання.

7.2.4. Побічні ефекти

Негативні наслідки психостимуляторів включають безсоння, зниження апетиту, біль у животі, шлунково-кишкові порушення, головний біль і запаморочення, рідше - тривожність, дратівливість або плаксивість. Більшість короткострокових негативних ефектів пов'язані з дозою і підлягають відмінностям між пацієнтами. Вони часто зменшуються протягом 1-2 тижнів від початку лікування і, як правило, зникають після припинення лікування або зменшення дози. Систематичний огляд гетерогенних досліджень виявив зниження швидкості росту у деяких дітей під час початкового лікування метилфенідатом. У деяких дослідженнях з'явилися ознаки наздоганяючого зростання на більш пізніх етапах лікування. Не було виявлено жодних якісних доказів, які б вказували на ризик довгострокової шкоди процесу зростання або на рівень дорослого 1+

росту.⁹² Протягом 36 місяців спостереження за МЛД підтвердили ймовірність негативного впливу на ріст, пов'язаний з призначенням метилфенідата, але не було даних про вплив на зріст дорослих.⁹³ 2+

Залишаються відкритими дебати про асоціацію тиків з використанням психостимуляторів. Систематичний огляд⁹⁴ та огляд об'єднаних трьох рандомізованих контрольованих досліджень⁹⁵ метилфенідата з модифікованим вивільненням не свідчили про значну індукцію тиків у дітей, які отримували метилфенідат. Аналіз обмежувався неоднорідністю досліджень. 1-

Було висловлено занепокоєння щодо невеликої кількості раптових смертей, пов'язаних із серцево-судинними захворюваннями у дітей, які вживали психостимулятори, включаючи препарати на основі метилфенідата та препарати на основі дексамфетаміну в США. Деякі з цих випадків виявили наявні фактори ризику серця при аутопсії, інші були описані іншими методами лікування. Зазначене число випадків було вкрай низьким у порівнянні з загальною кількістю рецептів, що відпускаються.⁹⁶ 3

Психостимулятор призводить до малого збільшення пульсу та артеріального тиску. Потенційна шкода внаслідок цього зараз досліджується.

Таблиця 2. Управління побічними ефектами психостимулятора

Побічні ефекти	Параметри керування
Анорексія, нудота, втрата ваги, побоювання щодо росту	Призначають ліки з їжею. Розгляньте питання зменшення дози або пропуски (наприклад, у вихідні дні). Контролюйте зріст і вагу, використовуючи таблиці процентилей. Надавати дієтичні поради; збільшення калорійності.
Труднощі зі сном * (порівняйте з базовими/попередніми і труднощами)	Дайте рекомендації щодо «гігієни сну». Зменшити вечірню дозу або введіть раніше вдень. Розглянемо можливість переходу на атомoksetин.
Запаморочення, головний біль	Може бути тимчасовим. Якщо залишається, слід ретельно відстежувати симптоми та артеріальний тиск, зменшувати дозу або припиняти.
Мимовільні рухи або тики	Ретельний моніторинг тиків до і після лікування. Очевидне погіршення або початок може бути тимчасовим. Якщо тики стійкі або явно проблематичні, необхідно перейти на непсихостимуляторну альтернативу.
Дисфорія, збудження	Знизити дозу і контролювати ефект.
Тахікардія, гіпертонія	Досліджуйте та розглядайте припинення або зменшення дози.
Синкопа, за підозрою, має серцеве походження	Негайно припиніть лікування і зверніться за консультацією до фахівця.

* Мелатонін зазвичай використовується при розладах сну в цих когортах населення, але вивчення доказів наявності мелатоніну виходить за рамки даного наукового керівництва.

7.2.5. Резюме та рекомендації

При розробці наступних рекомендацій група з розробки клінічної настанови розглядала безпосередність відповіді, гнучкість на початку і контроль лікування і величини впливу непсихостимуляторів і враховувала великий клінічний досвід застосування психостимуляторів.

A Психостимулятори рекомендуються в якості першого вибору ліків для зняття основних симптомів РДУГ/ГКР у дітей.

- √ Якщо один психостимулятор не ефективний, слід розглянути інший препарат. Якщо один психостимулятор людина не переносить через побічні ефекти, необхідно розглянути атомоксетин.

D Психостимулятори не повинні бути препаратами першої лінії для дітей з РДУГ/ГКР, де відомі (або де є сімейна історія) порушення серцевої діяльності.

- √ Використання формул з модифікованим вивільненням або атомоксетину слід розглядати, коли існує ймовірність неналежного споживання.
- √ Психостимулятори є контрольованими лікарськими засобами, і клініцисти повинні знати законодавство щодо призначення та видачі таких ліків.
- √ Клініцисти повинні:
 - дотримуватися структурованого протоколу титрування та надавати письмову інформацію про можливі негативні наслідки.
 - підтримувати тісний контакт з пацієнтами та опікунами на етапі ініціювання та титрування, щоб встановити оптимальну дозу ліків.
 - проводити огляд принаймні кожні шість місяців, включаючи оцінку поточної ефективності і несприятливих ефектів та вимірювання зросту, пульсу та артеріального тиску (з правильним розміром манжети), використовуючи відповідні таблиці процентилей.
- √ Клініцисти повинні ознайомитися з моделями вивільнення різних складів метилфенідата. Може виявитися необхідним поєднати препарати негайного та модифікованого вивільнення для забезпечення покриття медикаментами протягом дня.
- √ При виборі рецептури клініцисти повинні розглянути практичні питання зручності та можливості застосування на індивідуальній основі.

7.3. Атомоксетин

Атомоксетин є непсихостимулятором для лікування РДУГ/ГКР. Він не підлягає регулюванню законодавством про наркотики.

Атомоксетин ефективний у лікуванні РДУГ/ГКР у дітей та молодих людей як в короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі (принаймні, два роки) у порівнянні з плацебо. 1++
1-

Немає жодних доказів того, що атомоксетин перевершує стимулятори в лікуванні основних симптомів РДУГ/ГКР. Мета-аналіз порівнював атомоксетин і психостимулятори і виявив менший розмір ефекту для атомоксетин у.⁸⁴ Один систематичний огляд, безпосередньо порівнюючи психостимулятори і атомоксетин, визначив п'ять досліджень, з яких чотири досліджували метилфенідат. У двох дослідженнях, які порівнювали негайне вивільнення метилфенідата з атомоксетином, ці два препарати мали порівняну ефективність. У двох дослідженнях, які порівнювали метилфенідат з модифікованим вивільненням з атомоксетином, препарат метилфенідата показав кращий результат.⁹⁸ 1+
1+

Після цього огляду було опубліковано два дослідження. Одне порівнювало двічі щоденний прийом метилфенідата з негайним вивільненням з атомоксетином, виявляючи, що атомоксетин «не поступається» метилфенідату⁹⁹ і той, виявив більшу користь від метилфенідата з модифікованим вивільненням в порівнянні з атомоксетином.¹⁰⁰ 1+
1+

Призначення атомоксетину базується на масі тіла для осіб до 70 кг. Атомоксетин слід починати з низької стартової дози 0,5 мг/кг щодня протягом щонайменше семи днів до збільшення дози 1,2 мг/кг щодня. Виробник не рекомендує відкривати капсули.

Ефекти атомоксетину можуть не проявлятися протягом чотирьох або більше тижнів. Після встановлення лікування ефективність описується як наявний протягом 24-годинного періоду з можливим більшим ефектом протягом 12 годин після введення. Короткочасна вихідна комбінація з психостимулятором може бути необхідною під час перехідної фази.

В одному невеликому експериментальному дослідженні (n = 62) суб'єктам була надана повна доза психостимулятора плюс початкова доза атомоксетину (0,5 мг / кг / день) у тиждень. На другому тижні їм давали половину їх звичайної дози психостимулятора та 1,2 мг/кг/день атомоксетину. Психостимулятор припинено вживати наприкінці другого тижня. атомоксетин вводили самостійно (1,2 мг/кг/добу) протягом решти п'яти тижнів дослідження. Перехід до атомоксетину добре переносився, але протягом фази перехрещення спостерігалось легке підвищення діастолічного тиску і частоти серцевих скорочень.¹⁰¹ 3

Окрема проблема - збільшення вмісту атомоксетина психостимулятором, про що повідомлялося в пілотному дослідженні (n = 25). Метилфенідат або плацебо додавали до атомоксетину протягом шести тижнів. Не було виявлено, що додавання метилфенідата підвищує ефект, хоча комбінація виявилася безпечною. Автори відзначають, що висновки були обмежені через невеликий розмір вибірки.¹⁰² 3

Існує недостатньо доказів, на яких би базувалися рекомендації щодо одночасного застосування атомоксетину і психостимуляторів.

7.3.1. Побічні ефекти

Побічні ефекти атомоксетина включають нудоту і зниження апетиту, сухість у роті, безсоння, запори і перепади настрою. Ці побічні ефекти аналогічні тим, які спостерігаються при прийомі психостимуляторів, і зменшуються протягом перших кількох місяців лікування.⁸⁵ На відміну від психостимуляторів, сонливість зазвичай спостерігається при використанні атомоксетина.⁸⁵ Передбачається, що атомоксетин ймовірно менше викликає проблеми зі сном порівняно з психостимуляторами¹⁰³, але немає даних, що підтверджують це через снодійну побічну дію ліків. Таблиця 3 описує варіанти регулювання побічних ефектів.

1+
1-

В одному неконтрольованому відкритому дослідженні атомоксетин не викликав обмеження зросту через два роки, незважаючи на початкове зниження швидкості росту.¹⁰⁴

3

Порушення гепатобіліарної функції було зареєстровано у дорослих і дітей, які отримували атомоксетин з дуже малим числом печінкових ускладнень, безпосередньо пов'язаних із застосуванням цього препарату.¹⁰⁵

3

У РКД були виявлені невеликі, але значні частоти серцевих скорочень і підвищення артеріального тиску.¹⁰⁶ Ці зміни були більш значними у осіб, які були визначені як слабкі метаболізатори атомоксетину, так само як і деякі інші побічні ефекти (зниження апетиту, зниження збільшення у вазі).¹⁰⁷ Пост-маркетингові звіти включали кілька випадків тривалого інтервалу QT і описали стурбованість щодо атомоксетину та ризику виникнення судом.¹⁰⁸

1-
3

Поодинокі випадки раптової смерті були зареєстровані у осіб, які отримували лікування атомоксифеном у звичайних дозах. Ці особи були описані як ті, хто мали структурні серцеві порушення або інші серйозні проблеми з серцем.¹⁰⁹

Суїцидальні ідеї були значно частішими у педіатричних пацієнтів зі РДУГ/ГКР, які отримували атомоксифен, порівняно з пацієнтами, які отримували плацебо, в мета-аналізі, проведеному виробником.¹¹⁰

1-

Таблиця 3. Регулювання побічних ефектів атомоксетина

Побічні ефекти	Параметри керування
Анорексія, нудота, втрата ваги, проблеми зростання	Шлунково-кишкові ефекти можуть бути тимчасовими протягом перших кількох днів лікування. Призначають ліки з їжею. Розгляньте зменшення дози. Контролюйте висоту і вагу за допомогою таблиць процентилей. Надавати дієтичні поради; збільшення калорійності.
Жовтяниця, ознаки захворювання печінки або біліарна обструкція	Негайно припиніть лікування і зверніться за допомогою до вузького спеціаліста.

Побічні ефекти	Параметри керування
Самопошкодження або суїцидальні ідеї	Контролюйте суїцидальні ідеї, клінічне погіршення настрою і незвичайні зміни в поведінці. Новий початок суїцидальної поведінки - негайно припинити прийом ліків до подальшої оцінки.
сонливість	Призначають в інший час доби або зменшують дозу.
Дисфорія, збудження	Знизити дозу і контролювати ефект.
Тахікардія, гіпертонія	Досліджуйте та розглядайте припинення прийому препарату або зменшення дози.
Синкопа, за підозрою, має серцеве походження	Негайно припиніть лікування і зверніться за консультацією до вузького спеціаліста.

7.3.2. Резюме та рекомендації

При розробці наступних клінічних настанов група з розробки розглядала як ефективність атомоксетину, так і потенційні побічні ефекти.

А Атомоксетин рекомендується в якості лікування основних симптомів РДУГ/ГКР у дітей, де психостимулятори не підходять, не переносяться або неефективні.

√ Призначаючи атомоксетин, клініцисти повинні переглядати щонайменше шість місяців, включаючи оцінку поточної ефективності та несприятливих ефектів та вимірювання зросту, пульсу та артеріального тиску (з правильним розміром манжети) з використанням відповідних таблиць процентилей. Рекомендується додатковий моніторинг для осіб з підвищеним серцево-судинним ризиком, гепатобіліарним ризиком, ризиком виникнення нападів та потенційними суїцидальними ідеями.

Коментар робочої групи:

Згідно з рекомендаціями Американської академії дитячої та підліткової психіатрії атомоксетин може розглядатися як препарат першої лінії для лікування РДУГ у осіб з активними проблемами зловживання психоактивними речовинами, коморбідною тривогою або тиками. Атомоксетин є кращим, якщо пацієнт має важкі побічні ефекти від прийому психостимуляторів, такі як лабільність настрою або тики.*

**Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2007*

7.4. Неліцензійні ліки

Нижчезазначені лікарські засоби не ліцензовані у Великобританії для лікування РДУГ/ГКР і повинні розглядатися тільки тоді, коли ліцензовані ліки не підійшли. Баланс між ризиком і користю від їх використання слід розглядати з особливою ретельністю (див. Розділ 1.4.1).

- √ Значний досвід лікуванні у дітей та молоді зі РДУГ/ГКР необхідний до розгляду неліцензованих препаратів. Рішення має бути ретельно обговорено з дитиною та її сім'єю і відповідним чином задокументоване.

7.4.1. Альфа-2-агоністи

Клонідин

Клонідин являє собою альфа-2 адренергічний агоніст, найбільш відомий як антигіпертензивний засіб. Два РКД виявили, що клонідин знижує симптоми РДУГ/ГКР, і що це зниження було більшим, коли клонідин приймався в комбінації з метилфенідатом, ніж при прийомі одного препарату.^{111,112} 1+
Клонідин або вводили три шкалрази на день до максимальної дози 0,6 мг 1- щодня в залежності від побічних ефектів¹¹², або два рази на день при загальній дозі від 0,10 до 0,20 мг/день.¹¹¹ В одному дослідженні індивідууми, які отримували клонідин, мали більше зниження систолічного артеріального тиску, порівняно з контролем, і мали транзиторну седацію і запаморочення.¹¹¹

С Клонідин можна розглядати для дітей, які не відповідають або не можуть переносити лікування психостимуляторами або атомoksetином. Він може використовуватися самостійно або в комбінації з метилфенідатом на індивідуальній основі.

- √ Клініцисти повинні контролювати пульс і кров'яний тиск і перевіряти наявність ознак надмірної седації у пацієнтів, яким призначали клонідин.
- √ Припинення прийому клонідину слід проводити поступово, щоб уникнути ризику відновлення гіпертензії.

Коментар робочої групи:

Станом на 24.04.2019 в Україні згідно з інструкцією для медичного застосування лікарський засіб клонідин протипоказаний дітям до 18 років.

Гуанфацин

Досвід використання гуанфацину у дітей зі РДУГ зазначає, що ранні випробування свідчать про ефективність лікування симптомів. Основними побічними ефектами були седація і втома. Сухість у роті, головний біль і порушення сну також були поширеними. При збільшенні дози гуанфацину кров'яний тиск і пульс можуть знижуватися.¹¹³ 1+

Недостатньо існуючих доказів, на яких би базувалися рекомендації щодо гуанфацину.

Коментар робочої групи:

NICE під час лікування РДУГ розглядають можливість переходу на гуанфацин (у дітей у віці 5 років і старше і тільки у молодих людей), якщо виникають тики як побічний ефект психостимуляторів та не зникають при зменшенні дози.*

Станом на 24.04.2019 в Україні згідно з інструкцією для медичного застосування лікарський засіб гуанфацин через відсутність клінічного досвіду не рекомендований дітям.

* *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline, 2018*

7.4.2. Антидепресанти

Трициклічні антидепресанти

Докази для трициклічних антидепресантів (ТЦА) в значній мірі пов'язані з 1980-х і початком 1990-х років і в основному базуються на іміпраміні/дезипраміні. ТЦА є більш ефективними у вирішенні поведінкових симптомів (як оцінюється рейтинговою шкалою Connors Teachers), ніж 1++ дефіцити уваги/концентрації.¹¹⁴⁻¹¹⁶

При розгляді рекомендацій для ТЦА, група з розробки настанови враховувала наявність ліцензованих та менш токсичних методів лікування РДУГ/ГКР.

В Трициклічні антидепресанти не повинні регулярно застосовуватися в лікуванні РДУГ/ГКР у дітей і повинні розглядатися тільки там, де дітям не допомагали ліцензовані ліки.

√ У разі застосування трициклічних антидепресантів необхідно проводити електрокардіографічний моніторинг до і під час лікування. Необхідно дотримуватися обережності у пацієнтів з особистими або сімейними анамнезами серцевих проблем.

Ребоксетин

Чотири невеликі відкриті дослідження ефективності ребоксетину повідомляють про поліпшення симптомів РДУГ/ГКР.¹¹⁷⁻¹²⁰

2-

Один подвійний сліпий експеримент порівняння ребоксетину та метилфенідата продемонстрував подібну ефективність з використанням оцінок батьків та вчителів. Не було групи плацебо для порівняння.

1-

Не існує достатньо доказів, на яких би базувалися рекомендації щодо ребоксетину.

Коментар робочої групи:

Станом на 24.04.2019 в Україні лікарський засіб ребоксетин не зареєстрований.

Селегілін

Два випробування порівняли селегілін з метилфенідатом і виявили подібну ефективність у поліпшенні симптомів РДУГ/ГКР. Жодне з досліджень не мало групи плацебо порівняння.^{122,123}

1-

Одне РКД порівнювало селегілін з плацебо і виявило поліпшення уваги і гіперактивності, але не імпульсивності.

1-

Немає достатніх доказів, на яких би базувалася рекомендація щодо селегіліну.

Коментар робочої групи:

Станом на 24.04.2019 в Україні згідно з інструкцією для медичного застосування лікарський засіб селегілін протипоказаний дітям.

Бупропіон

Не було виявлено жодних сучасних доказів використання бупропіону при РДУГ/ГКР. Два попередніх дослідження порівнювали бупропіон з плацебо¹²⁵ і з метилфенідатом. Останнє продемонструвало зменшення симптомів, 1-порівнянне з метилфенідатом завдяки декільком методам лікування.

Коментар робочої групи:

Станом на 24.04.2019 в Україні згідно з інструкцією для медичного застосування лікарський засіб бупропіон протипоказаний дітям.

7.4.3. Антипсихотичні засоби

Не було виявлено жодних доказів, які б повідомляли про вплив антипсихотичних препаратів на основні симптоми РДУГ/ГКР.

7.4.4. Модафініл

Модафініл використовується для боротьби з неспанням при таких розладах, як нарколепсія.

Систематичний огляд чотирьох РКД, в яких вивчалася застосування модафініла при РДУГ/ГКР показав, що були докази ефективності модафініла в порівнянні з плацебо, але дослідження за участю дітей були недостатні.¹²⁷ 1+

Три наступні РКД показують користь модафінілу в зниженні симптомів РДУГ/ГКР у короткостроковій перспективі та повідомляють про подібні побічні ефекти у випробуваннях, які розширилися до максимум трьох місяців. Побічні ефекти включали безсоння, головний біль, втрату апетиту і втрату ваги.¹²⁸⁻¹³⁰ 1+

Дерматологічні реакції були серед рідкісних побічних ефектів. Оскільки деякі з них включали можливу реакцію типу Стівенса-Джонсона, яка є рідкісною, але потенційно важкою/небезпечною для життя ідіосинкратичною реакцією, FDA не схвалил(і) модафініл для використання у дітей зі РДУГ/ГКР.¹³¹ 1+

Обмеження на застосування модафінілу внаслідок несприятливих ефектів і відсутність клінічного досвіду забороняють рекомендації щодо використання.

7.4.5. Нікотин

Два пілотних дослідження (n≤10) виявили, що трансдермальний нікотин позитивно впливає на неуважність і імпульсний контроль у молодих людей зі РДУГ/ГКР.^{132,133} 1+

Існує недостатньо доказів, на яких би базувалися рекомендації щодо нікотину.

8. Харчування і добавки та альтернативні методи лікування

8.1. Харчування

Цей розділ розглядає доказову базу для використання харчування та добавок в якості альтернативних чи додаткових заходів у лікуванні основних симптомів РДУГ/ГКР. Дослідження ролі дієтичних факторів у причинно-наслідковому стані РДУГ/ГКР було поза межами завдань настанови.

8.1.1. Харчові добавки

Існують дані з добре контрольованих досліджень, що деякі барвники та консерванти харчових продуктів можуть мати несприятливий вплив на поведінку дітей як у загальній популяції, так і в тих, у кого діагностовано РДУГ/ГКР.^{134,135} 1-
1+

У двох дослідженнях в неклінічних популяціях дітей у віці від трьох років і восьми/дев'яти років змішані штучні барвники (західний жовтий, тартразин, кармозин і понце 4Р) або консервант бензоат натрію, або і те, і інше, посилюють гіперактивність поведінки, оцінену батьками. Характер відповіді індивідуальний і має фармакологічний, а не алергічний механізм.^{136,137} 1-
1++

Мета-аналіз дієти без добавок, що супроводжувався проблемами харчування у дітей з гіперактивними розладами, показав, що патологічні реакції на продукти харчування були множинними і своєрідними, хоча найбільш поширені реакції були на штучний барвник тартразин і консервант бензоат натрію.¹³⁸ 1++

√ Уникнення харчових продуктів та напоїв, які містять певні штучні фарби та/або консерванти, можуть допомогти деяким дітям зі РДУГ/ГКР. Батькам слід порекомендувати вжити розумних заходів, щоб обмежити їх кількість та різноманітність у дітях, виключаючи будь-який предмет, який, здається, викликає екстремальні фізичні або поведінкові реакції.

8.1.2. Добавки омега-3 і омега-6 жирних кислот

Три систематичні огляди досліджень ефективності добавок жирних кислот у дітей з РДУГ/ГКР повідомляли про низку методологічних труднощів при проведенні випробувань. 1+
1++

8.1.3. Добавка заліза

У невеликому (n = 23) добре проведеному плацебо-контрольованому РКД сульфатних домішок заліза у французьких школярів з РДУГ/ГКР, які мали низькі запаси феритину, але не були клінічно анемічними, спостерігалось значне зниження показників симптомів протягом 12 тижнів (РДУГ/ГКР рейтинг шкали, p<0,008, шкала клінічного глобального враження, p<0,01).¹⁴⁰ 1++

√ Лікарі повинні враховувати стан заліза при оцінці анамнезу, вимірювання заліза і феритину в сироватці, а також лікування, де це необхідно.

8.1.4. Добавки цинку

Одноразове РКД монотерапії сульфатом цинку в якості лікування РДУГ/ГКР виявило значну терапевтичну відповідь, але обґрунтованість цих даних була скомпрометована високим рівнем відсіву. 1-

Невелике дослідження (n = 44), що вивчало вплив добавок цинку на відповідь на метилфенідат у дітей, які не отримували медикаментозну терапію з РДУГ/ГКР, виявило, що група, яка приймала метилфенідат і цинк, значно покращилася порівняно з метилфенідатом і плацебо за оцінкою Дю-Пауля за шкалою батьківських оцінок (p < 0,048) і оцінок вчителів (p = 0,04).¹⁴² 1+

Немає достатніх доказів, на яких би базувалася рекомендація.

8.1.5. Антиоксиданти

Одне контрольоване дослідження було здійснено із використанням антиоксиданту Пікногенол®, отриманого з морської сосни, у дітей з діагнозом РДУГ/ГКР. Значний вплив на показники гіперактивності порівняно з вихідним рівнем і плацебо спостерігався через місяць після лікування. Ефекти зникли після наступного місяця без лікування.¹⁴³ Це випробування не повторювалося. 1+

8.2. Добавки та альтернативні методи лікування

Існує недостатньо доказів, на основі яких можна було б базувати будь-які рекомендації щодо додаткової або альтернативної терапії при лікуванні РДУГ.

8.2.1. Квіти Баха

Одне невелике плацебо-контрольоване РКД не виявило ефекту засобу Квіти Баха (п'ять квіткових есенцій) у лікуванні дітей з РДУГ/ГКР.¹⁴⁴ 1+

8.2.2. Гомеопатія

Добре проведений кокрейнівський мета-аналіз виявив чотири невеликі випробування гомеопатичних методів лікування. У дослідженні зроблено висновок, що є мало доказів ефективності. 1++

8.2.3. Масажна терапія

Одне невелике, короткострокове РКД виявило, що двічі на тиждень масажна терапія покращила стан короткострокового настрою та поведінку в класі у підлітків зі РДУГ/ГКР.¹⁴⁶ 1+

8.2.4. Нейро-зворотний зв'язок

Нейро-зворотний зв'язок в даний час вважається експериментальною процедурою для дітей та підлітків зі РДУГ/ГКР. Не існує стандартизованих процедур.^{147,148}

9. Вибір лікування

Додаток 3 узагальнює рекомендації щодо вибору лікування.

9.1. Діти дошкільного віку

Хоча доказова база ефективності психостимуляторних препаратів є стійкою (принаймні в короткостроковій перспективі) у дітей дошкільного віку, існує обережність щодо застосування медикаментозних засобів як перший захід лікування внаслідок відсутності знань про довгострокові ефекти на розвиток мозку і очевидно підвищену швидкість побічних ефектів у цій віковій групі.¹⁴⁹ Крім того, у Шотландії більшість клініцистів рідко підтверджуватимуть діагноз РДУГ/ГКР у цій віковій групі.

Рекомендації щодо поведінкового лікування для дітей дошкільного віку наведені в розділі 6.

9.2. Діти шкільного віку та підлітки

9.2.1. Порівняння медикаментозного лікування та впливу на поведінку

Всі дослідження, які порівнювали медикаментозне лікування з поведінковими методами лікування РДУГ/ГКР, використовували психостимулюючі препарати, в більшості випадків метилфенідат, для яких існує хороша якість РКД доказів ефективності до 24 місяців. 1+

Дослідження NIMH щодо спільного мультимодального лікування дітей зі РДУГ/ГКР (N = 579) було розроблено для того, щоб відповісти на три питання: як довгострокові медикаментозні та поведінкові методи лікування порівнюються між собою? чи існують додаткові переваги, коли вони використовуються разом? якою є ефективність систематичних, ретельно поставлених методів лікування порівняно з повсякденною медичною допомогою? Учасники були випадковим чином розподілені на одну з трьох груп лікування або як зазвичай на лікування у групах.⁷⁸

Після завершення 14-місячного РКД, рішення про лікування повернулися до сімей, молодих людей і лікувальної групи поза протоколами досліджень, тому всі наступні звіти виходили з натуралістичних спостережень. Результати публікуються з оцінок через 24 місяці (коли були додані групи відповідних контролів без РДУГ/ГКР) 36 місяців, а також з 72 і 96 місячних звітів (шість і вісім років). Вибрані результати описують функціонування дітей для семи доменів: симптоми РДУГ/ГКР, функціональні порушення, опозиційні/агресивні симптоми, симптоми внутрішніх переживань (тривога і депресія), оцінювання соціальних навичок вчителя, відносини батьків і дітей і читання. 1+
2+

Через 14 місяців спостерігалися клінічно значні поліпшення у всіх чотирьох групах лікування з відмінностями в ступені покращення. Діти, які отримували мультимодальну комбіновану терапію або медикаментозне лікування, мали подібний ступінь поліпшення симптомів і демонстрували значно більші поліпшення, ніж ті, хто отримував лише поведінкове. Найменше поліпшується лікування спільноти в звичайній групі. Діти з групи комбінованого лікування отримували більш низькі дози ліків, ніж ті, 1+

хто приймав тільки медикаменти.⁷⁸ Дослідження дійшло висновку, що медикаментозне лікування є найпотужнішим методом лікування основних симптомів РДУГ/ГКР і що покращення основного і непровідного симптомів можна досягти за допомогою більш низьких доз медикаментозного лікування, якщо також передбачена інтенсивна поведінкова терапія.

Через 24 місяці діти з усіх чотирьох дослідних груп продовжували демонструвати поліпшення. Ті, хто перебували на комбінованому лікуванні та у групах з медикаментозного лікування, виявляли стійку перевагу над групою, яка проходила лише поведінкову корекцію, а також тих, хто отримує лікування від РДУГ/ГКР. Проте додаткові вигоди були невеликі, менше половини на 14-місячних звітах. Всі діти були погіршені в порівнянні з контрольним класом.¹⁵⁰ Ця перевага не була очевидною після 36 місяців, і ця рівноцінність результатів була збережена на восьмирічних звітах.

2-

Використання ліків протягом натуралістичного періоду спостереження було вивчено, щоб побачити, чи зміни погіршували результати групи. Ті діти, які отримували ліки під час дослідження, все ще приймали більше медикаментів, ніж ті, які отримували поведінкову терапію та громадську допомогу. Втрата найкращих результатів від кінця РКД до 36 місяців не цілком пояснюється змінами в дозі та схемами застосування лікарських засобів, і, можливо, вони зазнали впливу зниженої інтенсивності моніторингу та зменшення контакту з клінічною групою поза періодом РКД.¹⁵²

2-

Подальший аналіз досліджуваних факторів на початковому етапі пов'язаний з закономірностями відповіді на лікування, статистичним латентним класом. Це описувало всіх дітей у дослідженні, які отримували будь-яке з чотирьох видів лікування під час РКД, і аналізували характер симптомів, що проявляються через фазу натуралістичного спостереження за результатами дослідження протягом 24 та 36 місяців, включаючи шість і вісім звітів за рік. Цей аналіз даних показав три закономірності зміни симптомів за період дослідження, визначені як латентні класи 1, 2 і 3: одна третина (34%) від загальної проби показали поступове поліпшення, яке зберіглося з часом, друга група дітей (52%) мала відсутність симптомів протягом перших 14 місяців, що продовжувалося після закінчення РКД. Існувала третя група дітей (14%), які також мали відсутність симптомів протягом перших 14 місяців, але їх ситуація погіршилася під час подальшого лікування у фактичних умовах перебування дітей в реальності. Найбільш сприятлива картина відповіді (латентний клас 2) була пов'язана з дітьми з меншою кількістю і менш вираженими симптомами РДУГ/ГКР на початковому етапі, без супутніх проблем із психічним здоров'ям і високим IQ. Їхні батьки мали високий рівень освіти, і більшість з них (> 60%) отримували медикаментозне лікування протягом перших 14 місяців. Діти з третьою схемою відповіді (латентний клас 3) були пацієнтами з більш тяжким РДУГ/ГКР, множинними супутніми захворюваннями і частіше живуть у сім'ях, в залежності від рівня соціального забезпечення.¹⁵¹

2-

Результати дослідження NIMH, так само як РКД та природне спостереження, узгоджуються з результатами останніх європейських досліджень. Невелике спостережене дослідження показало, що діти, які отримували ліки як частину початкового лікування, показали більші поліпшення, ніж ті, які не отримували ліки; але ця різниця була втрачена на наступних стадіях. 3

9.2.2. Тяжкість стану

У повторному аналізі 14-місячних даних NIMH РКД діти, чий діагноз можна класифікувати як тяжкий (класифікація ГКР за МКХ-10), мали більш позитивну реакцію на медикаментозне лікування з точки зору полегшення основних симптомів, ніж діти з менш тяжким РДУГ за класифікатором ДСМ-IV.¹⁵⁴ 1+

Результати натуралістичного спостереження за NIMH збігаються з результатами європейського обсерваційного дослідження, які вказують на те, що деякі діти з РДУГ (але не з ГКР за МКХ-10) можуть обійтись лише поведінковим впливом. Однак ступінь ефекту менша, ніж при застосуванні медикаментів, і результати базуються на дуже інтенсивних поведінкових програмах. Результати восьмирічного дослідження NIMH свідчать про те, що відповідь на лікування на ранній фазі проведення процедур є найкращою передумовою результатів підлітків, незалежно від методу лікування, яке було надано в дитинстві.^{78,93,150,151,153} 3
2-

9.2.3. Коморбідність

Опозиційний демонстративний розлад /агресія

Дослідження NIMH показало, що діти зі РДУГ/ГКР і супутнім захворюванням «опозиційний викликаючий розлад» F91.3 по МКХ-10 досягли кращих результатів при комбінованому лікуванні та поведінковій терапії на 14, 24 і 36 місяцях^{78,93} лікування, коли вони отримали комбіновані процедури лікування на початку лікування, ніж ті, хто отримує будь-яку з трьох інших стратегій лікування. Це свідчить про те, що вторинна профілактика більш серйозних зовнішніх поведінкових проблем найкраще досягається, використовуючи комбінацію медикаментозної та поведінкової терапії з самого початку.¹⁵⁵ Звіти NIMH за шість і вісім років спостереження не показали такого захисного впливу на протиправну поведінку в середині підліткового віку, наприклад, зловживання препаратом, але була висока ступінь припинення прийому ліків, а також подальші дослідження, необхідні для розуміння поведінкових мотиваторів підлітків.¹⁵¹ 1+
2-

Загальний тривожний розлад

У дослідженні NIMH діти з коморбідними тривожними розладами мали скромні додаткові переваги, їх внутрішні симптоми в кінці 14-місячного РКД, якщо вони отримали комбіновану стратегію лікування, а не будь-яке інше лікування. Допомога підтримувалася на 24 і 36 місяцях. 1+
2-

9.2.4. Сімейні обставини

Діти зі РДУГ/ГКР, які живуть у несприятливих соціально-економічних обставинах, мають тенденцію до погіршення захворювання і мають супутні розлади психічного здоров'я. Діти з такими факторами ризику, від поганих довгострокових результатів мають найбільшу користь, коли лікування стосується як основних симптомів РДУГ/ГКР, так і супутніх агресивних/опозиційних поведінкових проблем за допомогою комбінації психостимуляторів і впливу на поведінку.^{74,93,153}

2-

9.2.5. Резюме та рекомендації

При виборі найбільш ефективного втручання для лікування симптомів у дітей шкільного віку зі РДУГ/ГКР слід враховувати тяжкість симптомів РДУГ/ГКР, наявність супутніх захворювань та соціально-економічних обставин. Для лікування основних симптомів РДУГ/ГКР середньострокові результати медикаментозного лікування в цілому перевершують поведінкові втручання.

√ Погляди батьків на лікарські засоби повинні бути вивчені та враховані до початку лікування.

А Для дітей шкільного віку та молодих людей з гіперкінетичним розладом (тяжкий РДУГ) рекомендується застосування ліків.

А Для дітей шкільного віку та молодих людей з РДУГ/ГКР і супутніми симптомами захворювання «опозиційний викликаний розлад» F91.3 по МКХ-10 та/або агресивної поведінки рекомендується комбінація медикаментозних та поведінкових процедур.

В Для дітей шкільного віку та молодих людей з РДУГ/ГКР і супутніми симптомами загального тривожного розладу рекомендується комбінація медикаментозних та поведінкових процедур.

√ У тих випадках, коли симптоми РДУГ є легкими, клініцисти повинні розглянути першочергові підходи до поведінки.

10. Надання інформації

Ця інформаційна брошура була підготовлена групою з розробки настанов у співпраці з мережею пацієнтів SIGN і може бути вільно скопійована для поширення сім'ям.

Інформація про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) для батьків та опікунів

Що таке РДУГ?

РДУГ є загальним станом. Він вражає близько 5% дітей. У Великобританії інтенсивний РДУГ іноді також називають гіперкінетичним розладом (ГКР). У цьому інформаційному повідомленні будемо використовувати найбільш поширений

термін, РДУГ. Близько 1% до 2% дітей шкільного віку матимуть найбільш важку форму РДУГ. РДУГ частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчат.

Симптоми РДУГ можуть змінюватися, але включатимуть високий рівень активності і імпульсивну поведінку і проблеми з концентрацією. Ці симптоми впливають на всі сфери життя вашої дитини, наприклад, як вони справляються вдома, в школі та в інших соціальних умовах. Вони можуть викликати значні проблеми понад шість місяців.

Діти зі РДУГ часто мають додаткові проблеми, пов'язані з:

- навчанням
- управлінням своїми емоціями
- характером сновидінь
- координацією.

Діти зі РДУГ можуть мати проблеми в школі та з іншими людьми.

Що викликає РДУГ?

Точна причина РДУГ неясна. Є, ймовірно, багато причин РДУГ. РДУГ взагалі не викликається поганим вихованням дітей або дієтою. Він може унаслідуватися по родині.

Де я можу отримати допомогу?

Ви можете мати власні побоювання щодо поведінки вашої дитини, з боку шкільного персоналу або інших осіб, які беруть участь у наданні допомоги вашій дитині. Якщо ви думаєте, що ваша дитина може мати РДУГ, ви повинні обговорити свої побоювання із сімейним лікарем.

Якщо ваш лікар вважає, що ваша дитина має РДУГ, він направить її на консультацію до фахівця. Фахівці, як правило, направлять Вашу дитину до спеціаліста з психічного здоров'я (наприклад, психіатра) або педіатра (лікаря, який спеціалізується на догляді за дітьми). У деяких районах Шотландії, ваша дитина може бути направлена до цих фахівців класним керівником, педагогом або іншим посадовою особою, що займається доглядом за вашою дитиною.

Хто такі фахівці і що вони будуть робити?

Спеціаліст, до якого ви потрапили, ймовірно, буде професіоналом з питань психіки, який працює у вашій місцевій службі психічного здоров'я дитини та підлітків («СПЗДП») або педіатру.

Вашу дитину і часто всю сім'ю можна запросити на першу зустріч. Медичний працівник поговорить з вами про проблеми вашої дитини та про інші речі, наприклад, про те, що ваша дитина добре вміє робити. Вони, як правило, просять дозволу звернутися до вчителів вашої дитини, щоб дізнатися більше про те, як ваша дитина справляється в школі. Вони часто просять вас і співробітників школи заповнити анкети, щоб вони могли отримати більше інформації.

Важливо, щоб медичний працівник дізнався, чи має ваша дитина РДУГ, і чи є інші труднощі.

Оскільки медичному працівникові потрібна велика кількість інформації, процес оцінювання та діагностика може зайняти кілька місяців.

Яке лікування РДУГ?

Лікування, рекомендоване Вашій дитині, буде залежати від того, наскільки важкими є проблеми і на скільки вони заважають життю Вашої дитини в школі та вдома. Медичний працівник повинен залучати Вас і Вашу дитину до планування лікування. План лікування буде найбільш ефективним, якщо кожен, хто бере участь у роботі з дитиною, підтримує цей план.

Лікування та підтримка може включати наступне:

- медикаментозне лікування
- Найбільш часто використовуються психостимулятори, такі як метилфенідат і дексамфетамин. Їх називають «стимуляторами», оскільки вони стимулюють ділянки мозку, уражені РДУГ.
- Є багато різних типів таблеток і капсул метилфенідата. Деякі таблетки, відомі як таблетки негайного вивільнення, ефективні відразу, але ефект продовжується лише кілька годин. Інші таблетки або капсули виготовляються так, що ліки вивільняються повільно і ефект спостерігається протягом дня. Якщо Вашій дитині призначають таблетки з пролонгованим вивільненням, такі як Concerta XL, Medikinet XL або Equasym XL, їй може знадобитися приймати лише одну дозу ліків на день (зазвичай вранці).
- Доза ліків буде підібрана до потреб вашої дитини і залежить від її реакції та будь-яких побічних ефектів.
- Ліки стимулятори можуть викликати побічні ефекти, але більшість з них не є серйозними. Деякі поширені побічні ефекти включають:
 - часто відчують себе менш зголоднілими
 - біль у животі
 - почуття хвороби
 - головні болі
 - проблеми зі сном.
- Під час прийому психостимуляторних препаратів можливий вплив на зростання деяких дітей.
- Психостимулятори та інші лікарські засоби, що використовуються для лікування РДУГ, не викликають «кайфу».
- Симптоми РДУГ можуть з'явитися, коли ліки вашої дитини вичерпаються, але немає «симптомів абстиненції» або будь-яких доказів того, що люди починають залежати від ліків.
- Лікар вашої дитини ретельно контролюватиме її лікування. Якщо психостимулятор не є успішним, можна використовувати інший тип ліків. Це, швидше за все, будуть ліки, що називаються атомоксетин. Він не є «стимулятором», і його корисні ефекти можуть не спостерігатися протягом декількох тижнів. Він має подібні побічні ефекти з психостимуляторами.
 - тренінги для батьків про те, як управляти поведінкою своєї дитини. Діти зі РДУГ можуть погано вести поза домівкою і багато батьків вважають такі заняття дуже корисними.
 - робота зі школою вашої дитини, класним керівником та педагогом-психологом щодо послідовних способів керування своєю поведінкою.
 - додаткова підтримка для навчання вашої дитини в школі.

А як щодо дієти та інших методів лікування?

Наразі немає хороших наукових доказів, які свідчать про те, що будь-які конкретні дієти чи інші методи лікування ефективні при лікуванні РДУГ. Однак, важливо, щоб у вашої дитини була здорова і збалансована дієта, і якщо ваша дитина погано реагує на конкретну їжу або інгредієнт, слід уникати її.

Чи може моя дитина перерости РДУГ?

Симптоми РДУГ зменшуються у деяких дітей, коли вони стають старшими. Близько двох третин дітей з РДУГ продовжують мати проблеми у підлітковому віці, а деякі з них продовжують мати проблеми і потребують лікування, коли вони стають дорослими.

Корисні контакти

Інформаційна служба по Хворобі Дефіциту Уваги (ADD Information Service, ADDISS)

П.ск. 340

Edgware

Middlesex, HA8 9HL

Телефон: 020 8952 2800 • Факс: 020 8952 2909

Електронна пошта: info@addiss.co.uk

Служба фінансової підтримки інвалідів

(Disability Living Allowance)

Телефон: 0800 88 22 00 • Телефон-автовідповідач: 0800 24 33 55

Веб-сайт: www.dwp.gov.uk/eservice

РОЗУМ (Національна асоціація ментального здоров'я)

(MIND, National Association of Mental Health)

Веб-сайт:

www.mind.org.uk/Information/bookletsUnderstanding/Understanding+ADHD.htm

Королівський Коледж Психіатрії

(Royal College of Psychiatrists)

Веб-сайт:

www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/5adhdhyperkineticdisorde.aspx

Інформаційна служба для батьків молодих людей з розумовими проблемами

(The Young Minds Parents' Information Service)

102-108 Clerkenwell Road

London, EC1M 5SA

Телефон: 0800 018 2138

Коментар робочої групи:

Адреси даних організацій призначені для мешканців Шотландії.

11. Застосування настанови

У цьому розділі наводяться рекомендації щодо впливу ресурсів, пов'язаних з реалізацією ключових клінічних рекомендацій, а також рекомендації щодо аудиту як інструменту для сприяння впровадженню.

Впровадження національних клінічних настанов є відповідальністю кожного Правління НСОЗ і є невід'ємною частиною клінічного управління. Необхідно запровадити механізми для перевірки належного догляду за виконанням рекомендацій. Причини будь-яких розбіжностей повинні бути оцінені та розглянуті у разі необхідності. Потім повинні бути проведені місцеві заходи щодо реалізації національних настанов в окремих лікарнях, підрозділах та практиці.

11.1. Потенційні наслідки для ресурсів

Цей розділ ґрунтується на обговоренні з групою з розробки настанови щодо поточного використання ресурсів у Шотландії та можливого впливу реалізації рекомендацій, викладених у настанові. Коли нинішня практика не зміниться в результаті рекомендацій, малоімовірно, що це матиме наслідки для ресурсів.

Таблиця 4 викладає рекомендації, які матимуть додаткові наслідки для ресурсів для НСОЗ Шотландія.

Таблиця 4: Рекомендації та ймовірні ресурси для застосування

Рекомендації		Розділ	Ймовірний ресурс для застосування
D	Оцінка представлення дитини у навчальному закладі є важливою для підтвердження діагнозу та визначення освітньої недостатності.	4.6	Персонал та навчальні ресурси у сфері освіти та охорони здоров'я.
B	Поведінкова підготовка батьків рекомендується для батьків дітей дошкільного віку з симптомами РДУГ/ГКР - це повинно здійснюватися обученими фахівцями.	6.2	Розвиток персоналу, підготовки кадрів та міжвідомчої служби у сфері охорони здоров'я, місцевого самоврядування та добровільного сектору.
A	У дітей, які перебувають у підлітковому віці з РДУГ/ГКР і коморбідних симптомів опозиційного демонстративного розладу F 91.3 за МКБ-10 та/або агресивної поведінки, поведінкові програми рекомендуються для лікування супутніх проблем.	6.3	
B	У дітей, які перебувають у підлітковому віці з РДУГ/ГКР і коморбідною генералізованою тривожністю, поведінкові програми рекомендуються для		

Рекомендації	Розділ	Ймовірний ресурс для застосування
лікування коморбідних проблем.		
√ Ініціювання фармакологічного лікування дітей з РДУГ/ГКР повинно проводитись лише фахівцем, як у дитячій, так і підліткової психіатрії або педіатрії, який має проводити тренінг з використання та моніторингу психотропних препаратів.	7.1	Збільшення кількості фахівців з дитячої та підліткової психіатрії або педіатрії.

11.2. Перевірки існуючої практики

Першим кроком у впровадженні клінічної настанови є розуміння поточної клінічної практики. Інструменти перевірки, розроблені навколо клінічної настанови, можуть допомогти в цьому процесі. Інструменти аудиту повинні бути всеосяжними, але не вимагати багато часу. Успішне впровадження та перевірка настанови вимагає хорошого спілкування між персоналом та міждисциплінарною командою.

Після розробки відповідних шляхів або настанов на місцевому рівні необхідно провести перевірку на майбутнє. Надавачі медичних послуг повинні впроваджувати системи для забезпечення того, щоб результати дітей та молоді зі РДУГ регулярно оцінювалися.

Заходи з оцінки результатів у діагностиці та корегуванні РДУГ/ГКР важко охарактеризувати, хоча застосування стандартних заходів діагностування в щоденній клінічній практиці було б доцільним. Ключовими сферами перевірки є:

- оцінка основних симптомів
- оцінка супутніх патологій
- оцінка психосоціального функціонування
- оцінка існування родини
- кількість та характер застосованих процедур
- кількість фахівців і спеціалістів, залучених до корекції
- кількість контактів зі службами
- оцінка задоволеності пацієнта та родини службою.

Слід розглянути можливість проведення національної перевірки діагностики та ведення пацієнтів з РДУГ/ГКР.

11.3. Додаткові рекомендації до NHS SCOTLAND від NHS QUALITY IMPROVEMENT SCOTLAND TA SCOTTISH MEDICINES CONSORTIUM

Шотландія і шотландський медичний консорціум

Лісдексамфетамін димезілат (Elvanse®) прийнятий для використання в НСОЗ Шотландії як частина комплексної програми лікування дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ) у дітей віком від 6 років і старше, коли відповідь на попереднє лікування метилфенідатом вважається клінічно невідповідною.

Поліпшення якості НСОЗ Шотландія рекомендує, що НІЗКД Технологія орієнтації клінічної настанови No. 98 - метилфенідат, атомoksetин і дексамфетамін для розладу дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) у дітей та підлітків (включаючи огляд настанови № 13) замінює рекомендації, видані Шотландським консорціумом лікарських засобів використання метилфенідата (Concerta XL) (5 липня 2002 р.), атомoksetину (Strattera) (11 липня 2005 р.) і метилфенідата (EquasymXL) (11 квітня 2005 р.).

Капсула з метилфенідатом з пролонгованим вивільненням (Medikinet XL®) приймається для обмеженого використання в межах NHS Шотландії в рамках комплексної програми лікування розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дітей старше шести років, коли лише лікувальні заходи вважаються недостатніми. Липень 2007р. www.scottishmedicines.org.uk/smc/5266.html

12. Діагностична база

12.1. Системний огляд літератури

Доказова база для цієї настанови була синтезована відповідно до методології SIGN. Систематичний огляд літератури проводився з використанням точно завданої стратегії пошуку, розробленої Інформаційним Директором SIGN. Використані бази даних включають Medline, Embase, CINAHL, PsychInfo, ERIC та Cochrane Library. Діапазони часу, що охоплювалися, відносяться до 2004-2009 років, хоча у пошуках певних питань повернулися до 1990 року. Основні пошуки були доповнені матеріалами, визначеними окремими членами групи з розробки настанов. Всі вибрані роботи оцінювалися за допомогою стандартних методичних списків. Версію основних пошукових стратегій Medline можна знайти на веб-сайті SIGN.

12.2. Рекомендації для досліджень

Група з розробки настанов не змогла визначити достатні діагнози, щоб відповісти на всі ключові питання, поставлені в цій настанові. Визначено такі напрямки подальших досліджень:

- ефективність процедур з корекції поведінки при РДУГ/ГКР як у дітей, так і у підлітків
- методи проведення процедур з корекції поведінки для РДУГ/ГКР взаємозв'язок між порушеннями сну і РДУГ/ГКР
- безпека одночасного призначення атомoksetину зі психостимуляторами
 - безпека та строки припинення лікування
 - дієтичні добавки при РДУГ/ГКР
 - методи нейромережевої ретрансляції в лікуванні РДУГ/ГКР.

Загалом, спостерігається відсутність досліджень щодо довгострокових результатів. У літературі недостатньо представленої інформації про дівчат, дошкільнят, підлітків та дорослих.

12.3. Огляд та оновлення настанови

Ця настанова була опублікована у 2009 році і має бути переглянута протягом трьох років. Будь-які оновлення настанови в проміжний період будуть зазначені на веб-сайті SIGN: www.sign.ac.uk

13. Розробка клінічної настанови

13.1. Вступ

SIGN є спільною мережею клініцистів, інших медичних працівників і організацій пацієнтів і є частиною Поліпшення якості Шотландії NHS QIS. Настанови SIGN розроблено міждисциплінарними групами практикуючих клініцистів з використанням стандартної методології, заснованої на систематичному огляді діагнозів. Додаткові відомості про SIGN і методологію розробки клінічної настанови та принципів містяться в “SIGN 50: Посібник для розробників”, доступному на сайті www.sign.ac.uk

13.2. Група розробки настанови

Доктор Фіона Форбс (Голова)	консультант дитячого та підліткового психіатра, Королівський Единбурзька лікарня та клінічний радник Поліпшення якості Шотландії NHS
Д-р Доун Адамс	дипломований клінічний психолог, Королівська дитяча лікарня Абердіна
Пані Газала Акрам	викладач, Університет Стратклайду та Почесний Фармацевт, NHS Великий Глазго і Клайд
Пані Джульет Браун	інформаційний директор, SIGN
Доктор Джекі Крум	консультант педіатра, Королівська дитяча лікарня в Абердіні
Доктор Джонні Грехем	клінічний викладач дитячої та підліткової психіатрії, лікарня Ninewells, Данді
Доктор Елеонор Керр	консультант дитячого та підліткового психіатра, служба охорони психічного здоров'я дітей та підлітків у Північному Глазго
Доктор Рейчел Оглторп	дитячий і підлітковий психіатр, Глазго
Пані Сью Рейнольдс	головний психолог області, психологічна служба Глазго
Доктор Лорна Томпсон	менеджер програми, SIGN
Пані Рут Томсон	представник батьків/опікунів, Фалкірк
Пані Фіона Томсон	представник батьків/опікунів, Ейршир

Членство у групі з розробки настанови було підтверджено після консультацій з організаціями-членами SIGN. Всі члени групи з розробки настанови зробили декларації щодо власних інтересів, а подальші деталі їх можна отримати за запитом до виконавчого комітету SIGN.

Розробка настанови та експертиза літературного огляду, підтримка та сприяння були надані виконавчим комітетом SIGN.

13.3. Подяки

SIGN хотіла б відзначити групу розробки настанови, відповідальну за розробку SIGN52 Дефіцит уваги та гіперкінетичні розлади у дітей та молоді, на яких ґрунтується ця настанова.

SIGN вдячний наступному колишньому члену групи з розробки настанов, який зробив свій внесок у розробку настанови.

Г-н Гордон Браун практикуючий з психічного здоров'я дітей та підлітків, НСОЗ Четверта Долина

13.4. Висновки консультантів та експертів

13.4.1. Експертний огляд

Ця настанова були розглянуті у вигляді чернетки наступними незалежними експертами, яких просили прокоментувати перш за все всебічність і точність інтерпретації база діагнозів, що підтримує рекомендації, наведені в цій клінічній настанові. Група розробки настанови розглядає кожен коментар, зроблений зовнішнім рецензентам, і має обґрунтувати будь-які незгоди з коментарями рецензентів.

SIGN дуже вдячна всім цим експертам за їх внесок у підготовку настанови.

Доктор Ама С. Аддо	консультант з психіатрії дитини та підлітків та інвалідності, НСОЗ Великий Глазго і Клайд
Доктор Ліла Агравал	консультант педіатра, загальна лікарня Вішоу
Доктор Маха Баша	педіатр з рівня підготовки персоналу, служба охорони психічного здоров'я дітей та підлітків НСОЗ, Данді
Доктор Маріанна Кохрейн	спеціаліст-реєстратор, дитяче здоров'я спільноти, Королівська дитяча лікарня в Абердіні
Доктор Девід Когілл	старший викладач дитячої та підліткової психіатрії, Університет Данді
Доктор Кетрін Куган	лікар-доктор персоналу, дитяче здоров'я громади, Королівська дитяча лікарня Абердіна
Доктор Грем Фостер	Комісар з питань здоров'я дітей, НСОЗ Четверта Долина
Пані Карен Фрейзер	головний фармацевт - психічне здоров'я, лікарня Айлса, Ейр
Доктор Пол Грінграс	дитячий невролог, Дитяча лікарня Евеліна, Лондон
Професор Пітер Хілл	консультант з дитячої та підліткової психіатрії, Велика Ордонська вулична лікарня для дітей, Лондон
Доктор Джефф Кьюлі	консультант педіатра, Центр оцінювання та неврології, Horsham, West Sussex
Пані Кеті Лавер-Бредбері	Медсестра-консультант РДУГ, Школа здоров'я, Університет Саутгемптона
Професор Томас МакКей	консультант-психолог, консультантські послуги з психології, Cardross, Dumbartonshire
Доктор Грехем Макензі	консультант з медицини громадського здоров'я, НСОЗ Лозіана
Пані Трейсі МакФерсон	заступник голови групи підтримки ADD It Up, Північний Ейршир
Пані Кароліна Паркер	фармацевт-консультант, лікарня Сент-Чарльз, Лондон
Пан Девід Рекс	провідне дитяче здоров'я, НЗОС Highland, Інвернесс
Доктор Кріс Стір	консультант педіатра, лікарня Вікторія, Кірккалді
Доктор Самі Тімімі	консультант з психіатрів дитини та підлітків, партнерство з Лінкольнширу НЗОС Траст
Доктор Джой Томлінсон	консультант з медицини громадського здоров'я, НЗОС Ейршир і Арран

Наступні експерти коментували колективно від імені Королівського коледжу педіатрії та дитячого здоров'я.

Професор Джілліан Бейрд	консультант Педіатр, Фонд Гая та Сент-Томас, Фонд довіри та Британська асоціація дитячої неврології
Доктор Сомнат Банерджі	асоційований спеціаліст з педіатрії в Співтоваристві.
Доктор Пітер Бакстер	консультант педіатричного невролога, Шеффілдський дитячий фонд НЗОС Траст
Доктор Ендрю Ллойд Еванс	консультант з питань дитячої та підліткової неврології, лікарня Норвіч парк
Професор Брайан Невіл	професор дитячої епілепсії, Інститут дитячого здоров'я, Університетський коледж Лондона
Професор Енн О'Харе	консультант у сфері охорони здоров'я дітей, Королівська лікарня хворих дітей, Единбург
Доктор Майк Рейнольдс	Відставний консультант педіатр
Доктор Алан Стентон	консультант громадського педіатра, Solihull NHS Care Trust

13.4.2. Редакційна група SIGN

В якості остаточної перевірки контролю якості настанова перевіряється редакційною групою, що складається з представників відповідних спеціальностей у Раді SIGN, щоб гарантувати, що коментарі експертів-рецензентів були адекватно розглянуті і що будь-який ризик похибки в процесі розробки клінічної настанови в цілому має мінімізовано. Редакційна група цієї настанови була такою.

Доктор Кейт Браун	голова SIGN; Редактор
Професор Кріс Келнар	Королівський коледж педіатрії та дитячого здоров'я
Пані Фіона Макміллан	Королівське фармацевтичне товариство Великобританії
Доктор Морей Наїрн	менеджер програми, SIGN
Доктор Сафія Куреші	директор програми SIGN; Редактор

Додатки

Додаток 1

Ключові питання, що розглядаються в оновленні настанов

Ключове питання	Див. нижче інформацію
<p>1. Яка ефективність таких препаратів у лікуванні дефіциту уваги та гіперкінетичних розладів у дітей та молоді?</p> <p><input type="checkbox"/> метилфенидат</p> <p><input type="checkbox"/> дексамфетамин</p> <p><input type="checkbox"/> атомоксетин</p> <p><input type="checkbox"/> трициклічні (TCAs) та інші антидепресанти, наприклад селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну</p> <p><input type="checkbox"/> бупропіон</p> <p><input type="checkbox"/> нікотин (як шкірні плями)</p> <p><input type="checkbox"/> клонідин</p> <p><input type="checkbox"/> атипкові антипсихотичні засоби</p> <p><input type="checkbox"/> модафініл</p> <p><input type="checkbox"/> нейролептиків</p> <p><input type="checkbox"/> гуанфацин</p> <p><input type="checkbox"/> венлафаксин</p> <p><input type="checkbox"/> Адеррал.</p>	7
<p>2. Що свідчить про ефективність поведінкових (психосоціальних) втручань у лікуванні дітей та молоді з дефіцитом уваги та гіперкінетичними розладами?</p> <p>Розгляньте:</p> <p>- індивідуальний</p> <p>- сімейний</p> <p><input type="checkbox"/> шкільні заходи.</p>	6
<p>3. Яка ефективність добавок омега-3 і омега-6 у лікуванні дефіциту уваги та гіперкінетичних розладів у дітей та молоді?</p>	8.1.2
<p>4. Яка ефективність мінеральних добавок у лікуванні дефіциту уваги та гіперкінетичних розладів у дітей та молоді?</p>	8.1.4 – 8.1.6
<p>5. Що свідчить про вплив штучних харчових барвників та харчових добавок у дітей та молоді з дефіцитом уваги та гіперкінетичними розладами?</p>	8.1.1
<p>6. Що свідчить про вплив модифікації дієти на дітей та молоді з дефіцитом уваги та гіперкінетичними розладами?</p>	8
<p>7. Що свідчить про альтернативну та додаткову терапію у лікуванні дітей та молоді з дефіцитом уваги та гіперкінетичними розладами?</p>	8.2
<p>8. Які фактори повинні визначати початкову модальність лікування (фармакологічні проти поведінкових втручань) у дітей та молоді з дефіцитом уваги та гіперкінетичними розладами?</p>	9

Зразок спільного протоколу догляду за дітьми та молодими людьми з РДУГ / ГКР

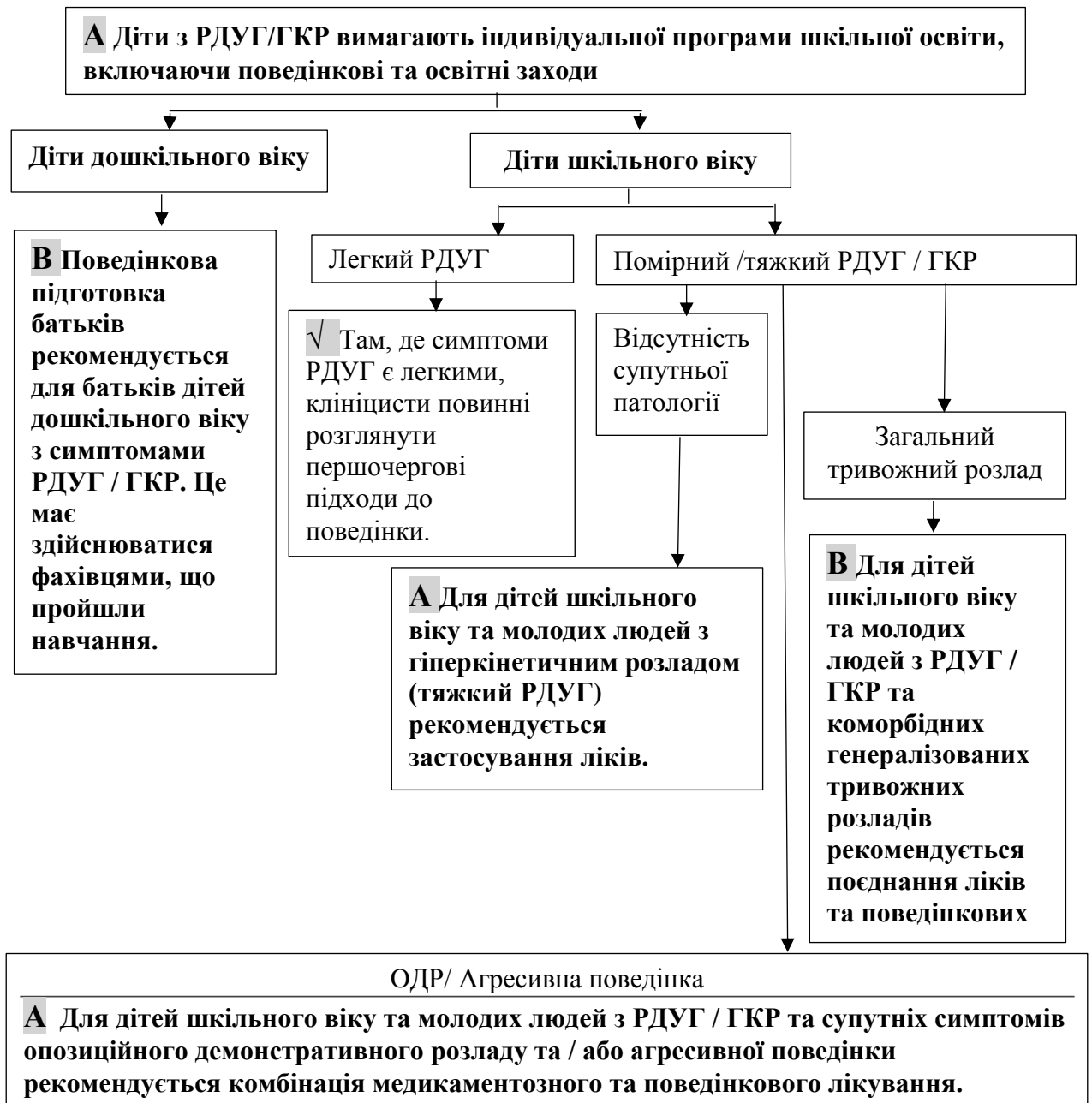
Аспекти догляду, за які відповідає педіатр та / або психіатр:

- Оцінка та діагностика дітей з РДУГ / ГКР.
- Ініціювання медикаментозної терапії та постачання лікарських засобів ще на місяць після введення дози.
- Моніторинг пацієнта - спочатку три місяці, потім шість щомісячно в довгостроковій перспективі. Це включає висоту, вагу і кров'яний тиск.
- Припинення лікування - консультування лікаря загальної практики, коли прийом препарату припиняється у дітей, які отримують тривалу медикаментозну терапію. Фахівець забезпечить необхідний контроль і підтримку під час фази припинення прийому препарату.
- Продовження поставок ліків для дітей до шести років.

Аспекти догляду, за які відповідає лікар загальної практики:

- Призначення ліків після стабілізації пацієнта.
- Зв'язок з педіатром / психіатром з приводу будь-яких ускладнень у лікуванні.

Вибір лікування



Циркуляр № 40/2010 Критерії діагностики розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю у підлітків та дорослих

Переклад з івриту на українську мову

**ДЕРЖАВА ІЗРАЇЛЬ - МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІДДІЛ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ГОЛОВНИЙ ЛІКАР**

Номер циркуляра: 40/2010 Єрусалим, 19 тевета 5771 р 26 грудня 2010 року

Номер файлу: 2/14

Для: Керівників відділів охорони здоров'я - лікарняні каси

Стосовно: Критерії діагностики розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю у підлітків та дорослих

1. Вступ:

Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю - це досить розповсюджене явище, яке відмічається у 5-10% дітей шкільного віку. Сьогодні відомо, що розлад не проходить в ході дорослішання, і тому це явище у значній мірі супроводжує хворого у підлітковому та дорослому віці. Це серйозний розлад, який, за відсутності лікування, може завдати серйозної шкоди функціонуванню та здоров'ю людини та супроводжується супутніми захворюваннями, особливо в області емоційної (психіатричної) поведінки. Тому рання та правильна діагностика цього захворювання є дуже важливою і повинна братися до уваги в ході формування національної політики в галузі охорони здоров'я.

Адреса офісу: вул. Рівка, 29, 4 поверх, Єрусалим

Адреса для листів: п.с. 1176, Єрусалим, поштовий індекс - 91010

Телефон: 02-6581280 Факс: 02-6725821

E-mail: mminhal@moh.health.gov.il

2. Діагностика розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю - загальна інформація:

2.1. Діагност:

1. Спеціаліст з дитячої неврології та розвитку дитини, спеціаліст з дитячої та юнацької психіатрії, педіатр, що має не менш 3 років досвіду роботи в сфері розвитку дитини, спеціаліст-педіатр або фахівець-сімейний лікар, який пройшов навчання, отримав відповідний диплом та набув досвіду у сфері лікування розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю або експерт з дорослої неврології чи психіатрії.

2. Експертні психологи, які отримали спеціалізацію та мають досвід роботи у сфері лікування розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю. За умови, що вони направляють пацієнтів із відповідним діагнозом до уповноваженого медичного спеціаліста для діагностики розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю, щоб визначити наявність супутніх захворювань, а також з'ясувати та підтвердити необхідність прийому ліків.

Цим фахівцям можуть допомагати інші медичні спеціалісти (соціальні працівники, дидактичні діагности, професійні терапевти, фізіотерапевти, логопеди), але вони, та тільки вони, несуть відповідальність за встановлення діагнозу.

2.2. Тривалість діагностування:

Процес діагностування триває протягом значного періоду часу (45-60 хвилин), щоб відповідати повним діагностичним вимогам. Слід підкреслити, що в цій області існує великий і суттєвий ступінь супутньої захворюваності, а діагностична основа повинна включати посилення на такі захворювання, а також оцінку (заперечення) супутніх захворювань (диференційний діагноз).

3. Діагностика дітей та підлітків:

Діагноз у такому віці встановлюється відповідно до визнаних та діючих критеріїв останньої версії керівництва DSM (Керівництво з діагностики та статистичного обліку психічних захворювань).

Дитяча діагностика повинна включати:

- 1) Клінічна оцінка включає:
 - a. детальна медична історія дитини та членів сім'ї;
 - b. повна оцінка відповідно до критеріїв останньої версії керівництва DSM;
 - c. оцінка інших можливих порушень та розладів;
 - сі. детальне клінічне обстеження.
- 2) Діагностичні анкети для батьків та вчителів (наприклад, анкета Коннерса), а не послідовне опитування.
- 3) Інші діагностичні засоби: при необхідності лікар або психолог може порекомендувати ввести додаткові діагностичні інструменти в процес діагностування: об'єктивні комп'ютеризовані тести, такі як СРТ, психологічні тести, когнітивна оцінка, психіатрична оцінка, оцінка навичок навчання, тощо.
- 4) Медичний огляд: діагностуючий психолог може порекомендувати завершити процес діагностики обстеженням невропатолога та/або психіатра, який має право поставити діагноз розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю.

4. Діагностика дорослих:

Діагностика дорослих повинна включати:

Посилання: Циркуляр генерального директора № 8/2008 від 14.04.2008 р.

Цим ми представляємо до вашої уваги оновлену версію, яка замінює циркуляр, на який є посилання.

- 1) Клінічна оцінка включає:
 - a. детальна медична історія особи;
 - b. повна оцінка відповідно до критеріїв останньої версії керівництва DSM;
 - c. оцінка інших можливих порушень та розладів;
 - d. детальне клінічне обстеження.
- 2) Діагностичні анкети для дорослих, а не послідовне опитування.
- 3) Інші діагностичні засоби: при необхідності лікар або психолог може порекомендувати ввести додаткові діагностичні інструменти в процес діагностування (як і для дітей): об'єктивні комп'ютеризовані тести, такі як СРТ, психологічні тести, когнітивна оцінка, психіатрична оцінка, оцінка навичок

навчання, тощо.

4) Медичний огляд: діагностуючий психолог може порекомендувати завершити процес діагностики обстеженням невропатолога та/або психіатра, який має право поставити діагноз розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю.

5• Супутні захворювання:

З огляду на наявність значного ступеню супутньої захворюваності (ускладнення при навчанні, депресія та психічні розлади, розлади сну, різні неврологічні порушення, тощо), лікар повинен розглянути та врахувати захворювання, пов'язані з проблемою, та отримати відповідну консультацію, звернувшись до фахівців з відповідної галузі.

У разі встановлення діагнозу експертом-психологом, він повинні діяти відповідно до змісту циркуляра та направляти пацієнтів до уповноваженого медичного спеціаліста для діагностики розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю, щоб визначити наявність супутніх захворювань, а також з'ясувати та підтвердити необхідність прийому ліків.

Будь ласка, передайте зміст цього циркуляра усім відповідним особам у вашій установі.

З найкращими побажаннями,

ПІДПИС

Доктор Хезі Леві Головний лікар

Копія для:

Генеральний директор

Заступник генерального директора

Генеральний директор/Заступник генерального директора головного управління та департаменту людських ресурсів

Генеральний директор/Заступник генерального директора відділу планування та будівництва медичних закладів

Генеральний директор/Заступник генерального директора відділу економіки охорони здоров'я

Генеральний директор/Заступник генерального директора відділу планування бюджету та ціноутворення

Генеральний директор/Заступник генерального директора у справах лікарняних кас Генеральний директор/Заступник генерального директора відділу з питань зв'язків із громадськістю та міжнародних відносин

Керівник відділу медичних технологій та інфраструктури

Уповноважений з прав людини відповідно до Закону про медичне страхування

Директори загальних лікарень

Бухгалтерія

Юрисконсульт

Головна державна медична сесетра та голова адміністрації сестринської справи

Начальник служби охорони здоров'я

Районні лікарі - районні відділи охорони здоров'я

Керівник відділу медичної техніки Директор департаменту ліцензування інститутів та інструментів Начальник служби психічного здоров'я

Директор департаменту геріатрії Директор департаменту загальної медицини

Директор департаменту громадської медицини Директор відділу інформації та комп'ютерних послуг Директор відділу реєстрації та медичної інформації Директор Національного центру контролю захворювань Директор відділення невідкладної допомоги Директор департаменту медичних працівників Директор відділу контролю якості

Директор відділу внутрішнього аудиту Директор національного відділу психології Національний інспектор професійних захворювань Координатор Національної ради

Директор Національної соціальної служби

Медична бібліотека

Керівник відділу сестринської практики - загальна медицина Керівник відділу сестринської практики - медицина суспільства Керівник відділу сестринської практики - психічне здоров'я Керівник відділу сестринської практики - громадське здоров'я Керівник відділу сестринської практики - геріатрія Головні медсестри - Загальний фонд охорони здоров'я Головний лікар Міністерства соціального забезпечення Старший медичний офіцер - Армія оборони Ізраїлю Головний медичний службовець ізраїльської медичної асоціації Старший медичний офіцер - Ізраїльська служба тюрем Старший медичний офіцер - Ізраїльська поліція Генеральний директор медичного центру - «Хадасса»

Координатор охорони здоров'я, відділ бюджету - Міністерство фінансів Голова Ізраїльської медичної асоціації

Голова Асоціації державних лікарів Голова вченої ради - Медична асоціація Ізраїлю Генеральний директор компанії з управління ризиками Єврейська національна та університетська бібліотека Державний архів

Генеральний директор компанії Інбал Начальник відділу управління ризиками - компанія Інбал

<p>Веб-сайт медичного управління та циркулярів генерального директора: www.health.gov.il</p>
--

Посилання: 42137410

Список літератури

1. Press AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
2. WHO. International Classification of Diseases (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Barkley RA. ADHD: Long-term course, adult outcome and comorbid disorders. NIH consensus development conference on diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder 1998; 57-60.
4. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: NICE; 2008.
5. British Medical Association, Britain RPSoG. British National Formulary 57. London: The Association, The Society; 2009. [cited 29 June 2009]. Available from url: <http://www.bnf.org/bnf/>
6. Hill P. Attention deficit hyperactivity disorder. Archives of Disease in Childhood 1998;79(5):381-4.
7. Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell RL. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1998;37(2):185-93.
8. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Jama 1998;279(14):1100-7.
9. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1996;35(9):1213-26.
10. Lahey BB, Pelham WE, Stein MA, Loney J, Trapani C, Nugent K, et al. Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. [see comment] [erratum appears in J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999 Feb;38(2):222]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1998;37(7):695-702.
11. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. New England Journal of Medicine 1999;340(10):780-8.
12. Taylor E SS, Thorley G, Giles S. The epidemiology of childhood activity. Maudsley Monograph. Oxford University Press; 1991.
13. Prendergast M, Taylor E, Rapoport JL, Bartko J, Donnelly M, Zametkin A, et al. The diagnosis of childhood hyperactivity. A U.S.
14. U.K. cross-national study of DSM-III and ICD-9. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 1988;29(3):289-300.
15. McArdle P, O'Brien G, Kolvin I. Hyperactivity: prevalence and relationship with conduct disorder. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 1995;36(2):279-303.
16. Merrell C, Tymms PB. Inattention, hyperactivity and impulsiveness: their impact on academic achievement and progress. British Journal of Educational Psychology 2001;71(Pt 1):43-56.
17. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. [erratum appears in J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997 Dec;36(12):1783]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997;36(8):1036-45.
18. QIS. Attention deficit and hyperkinetic disorders Services over Scotland Report of the implementation review exercise. Edinburgh: Quality Improvement Scotland; 2008.
19. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1996;35(3):343-51.
20. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive

- boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993;50(7):565-76.
21. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-v. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(8):1065-79.
 22. Pliszka SRC, C.L. Swanson, J.M. ADHD with co-morbid disorders
 23. clinical assessment and management. New york: Guilford Press; 1999.
 24. freeman RD, fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor
 25. P. An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2000;42(7):436-47.
 26. Cohen P, Cohen J, Kasen S, velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1993;34(6):851-67.
 27. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1985;42(10):937-47.
 28. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(4):493-8.
 29. weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1985;24(2):211-20.
 30. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New york: Guilford; 1998.
 31. Barkley RA, fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria:
 32. III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1991;32(2):233-55.
 33. Moffitt TE. Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development* 1990;61(3):893-910.
 34. fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1993;34(6):899-916.
 35. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(Suppl 10):85S-121S.
 36. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1998;37(6):637-46.
 37. Biederman J, faraone Sv, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. family- genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1990;29(4):526-33.
 38. faraone Sv, Biederman J, Milberger S. How reliable are maternal reports of their children's psychopathology? One-year recall of psychiatric diagnoses of ADHD children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1995;34(8):1001-8.
 39. Green SM, Loeber R, Lahey BB. Stability of mothers' recall of the age of onset of their child's attention and hyperactivity problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):135-7.
 40. Sanger MS, MacLean wE, Jr., van Slyke DA. Relation between maternal characteristics and child behavior ratings. Implications for interpreting behavior checklists. *Clinical Pediatrics* 1992;31(8):461-6.
 41. Cohen S, Bromet E. Maternal predictors of behavioral disturbance in preschool children: a

- research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1992;33(5):941-6.
42. fergusson DM, Lynskey MT. The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviours. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1993;28(3):116-23.
 43. Botting N, Powls A, Cooke RW, Marlow N. Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(8):931-41.
 44. Hartsough CS, Lambert NM. Medical factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental, and health history findings. *American Journal of Orthopsychiatry* 1985;55(2):190-201.
 45. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children?[see comment]. *American Journal of Psychiatry* 1997;153(9):1138-42.
 46. Steinhausen HC, Williams J, Spohr HL. Long-term psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1993;32(5):990-4.
 47. Streissguth AP, Barr HM, Sampson PD, Bookstein FL. Prenatal alcohol and offspring development: the first fourteen years. *Drug & Alcohol Dependence* 1994;36(2):89-99.
 48. Alberts-Corush J, Firestone P, Goodman JT. Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1986;56(3):413-23.
 49. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry* 1992;49(9):728-38.
 50. Gilger JW, Pennington BF, DeFries JC. A twin study of the etiology of comorbidity: attention-deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1992;31(2):343-8.
 51. LaHoste GJ, Swanson JM, Wigal SB, Glabe C, Wigal T, King N, et al. Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder.[see comment]. *Molecular Psychiatry* 1996;1(2):121-4.
 52. Morrison JR, Stewart MA. The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry* 1973;28(6):888-91.
 53. Smalley SL, Bailey JN, Palmer CG, Cantwell DP, McGough JJ, Del'Homme MA, et al. Evidence that the dopamine D4 receptor is a susceptibility gene in attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry* 1998;3(5):427-30.
 54. Hauser P, Zimetkin AJ, Martinez P, Vitiello B, Matochik JA, Mixson AJ, et al. Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine* 1993;328(14):997-1001.
 55. Offord DR, Boyle MH, Racine YA, Fleming JE, Cadman DT, Blum HM, et al. Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1992;31(5):916-23.
 56. Hinshaw SP. *Attention deficits and hyperactivity children*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.
 57. Barkley RA. The ecological validity of laboratory and analogue assessment methods of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1991;19(2):149-78.
 58. Breen MJ. Cognitive and behavioral differences in ADHD boys and girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1989;30(5):711-6.
 59. Goldstein S&M, editor. *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: a guide for practitioners*. 2nd ed ed. New York: Wiley; 1998.
 60. Achenbach TM. *Subtyping ADHD: The request for suggestions about relating empirically*

derived assessments to DSM-1v. The ADHD Report. 1996.

61. Silver LB. Attention deficit-hyperactivity disorder: is it a learning disability or a related disorder?[see comment]. *Journal of Learning Disabilities* 1990;23(7):394-7.
62. Denckla MB. Revised Neurological Examination for Subtle Signs. *Psychopharmacology Bulletin* 1985;21(4):773-800.
63. Reeves JCw, J.S. Soft signs in hyperactivity. In: Tupper DE, editor. *Soft neurological signs*. New York: Grune and Stratton; 1989.
64. Quinn PO, Rapoport JL. Minor physical anomalies and neurologic status in hyperactive boys. *Pediatrics* 1974;53(5):742-7.
65. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1998;39(1):65-99.
66. Crinella fMT, J.L wigal, T.L yu, J. Partitioning neuropsychological deficit in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1994;9(2):117-8.
67. Katz Lw, S. Auchenbach T.M. . Utility of current tests in diagnosing ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1994;9(2):146-7.
68. Pennington Bf, Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1996;37(1):51-87.
69. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 1997;121(1):65-94.
70. Sonuga-Barke EJ, Williams E, Hall M, Saxton T. Hyperactivity and delay aversion. III: The effect on cognitive style of imposing delay after errors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1996;37(2):189-94.
71. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/ hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(4):402-8.
72. Bor w, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30(6):571-87.
73. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C. Efficacy of the Incredible years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development* 2007;33(6):749-56. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C. Efficacy of the Incredible years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child: Care, Health & Development* 2008;34(3):380-90.
74. Sonuga-Barke EJS, Thompson M, Daley D, Laver-Bradbury C. Parent training for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care? *British Journal of Clinical Psychology* 2004;43(Part 4):449-57.
75. Arnold LE, Chuang S, Davies M, Abikoff HB, Conners CK, Elliott GR, et al. Nine months of multicomponent behavioral treatment for ADHD and effectiveness of MTA fading procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2004;32(1):39-51.
76. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43(7):802-11.
77. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43(7):820-9.
78. van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine

- clinical practice: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007;46(10):1263-71.
79. Sanders MR, Hoath FE. A feasibility Study of Enhanced Group Triple P - Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behaviour Change* 2002;19(4):191-206.
80. Tutty S, Gephart H, wurzbacher K. Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in a pediatric setting. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24(1):51-7.
81. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.
82. Pfiffner LJ, Mikami Ay, Huang-Pollock C, Easterlin B, zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home- school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;46(8):1041-50.
83. DuPaul GJE, Tanya L. The Effects of School-Based Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *School Psychology Review* 1997;26(1):5-27.
84. Abikoff H, Gittelman R. Does behavior therapy normalize the classroom behavior of hyperactive children? *Archives of General Psychiatry* 1984;41(5):449-54.
85. Abramowitz AJ, O'Leary SG. Behavioral interventions for the classroom: Implications for students with ADHD. *School Psychology Review* 1991;20(2):220-34.
86. King S, Griffin S, Hodges z, weatherly H, Asseburg C, Richardson G, et al. A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Health Technology Assessment* 2006;10(23):iii-iv, xiii-146.
87. faraone Sv, Biederman J, Spencer TJ, Aleardi M. Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *MedGenMed* 2006;8(4):4.
88. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders: A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2006;15(8):476-95.
89. Swanson JM, wigal SB, wigal T, Sonuga-Barke E, Greenhill LL, Biederman J, et al. A comparison of once-daily extended-release methylphenidate formulations in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder in the laboratory school (the Comacs Study). *Pediatrics* 2004;113(3 Pt 1):e206-16.
90. faraone Sv, Biederman J, Roe C. Comparative efficacy of Adderall and methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002;22(5):468-73.
91. Biederman J, Krishnan S, zhang y, McGough JJ, findling RL. Efficacy and tolerability of lisdexamfetamine dimesylate (NRP-104) in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a phase III, multicenter, randomized, double-blind, forced-dose, parallel-group study. *Clin Ther* 2007;29(3):450-63. wilens TE, Adler LA, Adams J, Sgambati S, Rotrosen J, Sawtelle R, et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(1):21-31.
92. Musten LM, firestone P, Pisterman S, Bennett S, Mercer J. Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD: cognitive and behavioral functions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(10):1407-15.
93. firestone P, Musten LM, Pisterman S, Mercer J, Bennett S. Short- term side effects of stimulant medication are increased in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a double- blind placebo-controlled study. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 1998;8(1):13-25.
94. Poulton A. Growth on stimulant medication; clarifying the confusion: a review. *Archives of*

Disease in Childhood 2005;90(8):801-6.

95. Jensen P. Longer term effects of stimulant treatments for Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders* 2002;6(1):51-3.
96. Roessner v, Robatzek M, Knapp G, Banaschewski T, Rothenberger
97. A. first-onset tics in patients with attention-deficit-hyperactivity disorder: impact of stimulants. *Dev Med Child Neurol* 2006;48(7):616-21.
98. Palumbo D, Spencer T, Lynch J, Co-Chien H, faraone Sv. Emergence of tics in children with ADHD: impact of once-daily OROS methylphenidate therapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004;14(2):185-94.
99. 96. fDA. 2006.
100. Buitelaar JK, Michelson D, Danckaerts M, Gillberg C, Spencer TJ, zuddas A, et al. A randomized, double-blind study of continuation treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder after 1 year. *Biol Psychiatry* 2007;61(5):694-9.
101. Gibson AP, Bettinger TL, Patel NC, Crismon ML. Atomoxetine versus stimulants for treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Pharmacotherapy* 1134;40(6):1134-42.
102. wang y, zheng y, Du y, Song DH, Shin yJ, Cho SC, et al. Atomoxetine versus methylphenidate in paediatric outpatients with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind comparison trial. *Aust N z J Psychiatry* 2007;41(3):222-30.
103. Newcorn JH, Kratochvil CJ, Allen AJ, Casat CD, Ruff DD, Moore RJ, et al. Atomoxetine and osmotically released methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: acute comparison and differential response. *Am J Psychiatry* 2008;165(6):721-30.
104. Quintana H, Cherlin EA, Duesenberg DA, Bangs ME, Ramsey JL, feldman PD, et al. Transition from methylphenidate or amphetamine to atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder--a preliminary tolerability and efficacy study. *Clin Ther* 2007;29(6):1168-77.
105. Carlson GA, Dunn D, Kelsey D, Ruff D, Ball S, Ahrbecker L, et al. A pilot study for augmenting atomoxetine with methylphenidate: safety of concomitant therapy in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2007;1(1):10.
106. Sangal RB, Owens J, Allen AJ, Sutton v, Schuh K, Kelsey D. Effects of atomoxetine and methylphenidate on sleep in children with ADHD. *Sleep* 2006;29(12):1573-85.
107. Spencer TJ, Newcorn JH, Kratochvil CJ, Ruff D, Michelson D, Biederman J. Effects of atomoxetine on growth after 2-year treatment among pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2005;116(1):e74-e80.
108. Bangs ME, Jin L, zhang S, Desai D, Allen AJ, Read HA, et al. Hepatic events associated with atomoxetine treatment for attention- deficit hyperactivity disorder. *Drug Saf* 2008;31(4):345-54.
109. wernicke Jf, faries D, Girod D, Brown J, Gao H, Kelsey D, et al. Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. *Drug Saf* 2003;26(10):729-40.
110. Michelson D, Read HA, Ruff DD, witcher J, zhang S, McCracken
111. J. CyP2D6 and clinical response to atomoxetine in children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(2):242-51.
112. MHRA. Strattera Risk Benefit review. [cited 2/12/08]. Available from url: <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Safetywarningsalesandcalls/Safetywarningsandmessagesformedicines/CON2023222>. Accessed 2/12/8.)
113. Medication Guide. Strattera. [cited Available from url: <http://pi.lilly.com/us/strattera-ppi.pdf>
114. Bangs ME, Tauscher-wisniewski S, Polzer J, zhang S, Acharya N, Desai D, et al. Meta-analysis of suicide-related behavior events in patients treated with atomoxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(2):209-18. Hazell PL, Stuart JE. A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal*

- of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2003;42(8):886-94.
115. Palumbo DR, Sallee fR, Pelham Jr wE, Bukstein OG, Daviss wB, McDermott MP, et al. Clonidine for attention-deficit/ hyperactivity disorder: I. Efficacy and tolerability outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(2):180-8.
 116. Strange BC. Once-daily treatment of ADHD with guanfacine: patient implications. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(3):499- 506.
 117. Rapport MD, Carlson GA, Kelly KL, Pataki C. Methylphenidate and desipramine in hospitalized children: I. Separate and combined effects on cognitive function. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1993;32(2):333-42.
 118. Garfinkel BD, wender PH, Sloman L, O'Neill I. Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of attention deficit disorder in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1983;22(4):343-8.
 119. Biederman J, Baldessarini RJ, wright v, Knee D, Harmatz JS. A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD: I. Efficacy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1989;28(5):777-84.
 120. Tehrani-Doost M, Moallemi S, Shahriar z. An open-label trial of reboxetine in children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18(2):179-84.
 121. Mozes T, Meiri G, Ben-Amity G, Sabbagh M, weizman A. Reboxetine as an optional treatment for hyperkinetic conduct disorder: a prospective open-label trial.[see comment]. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 2005;15(2):259-69.
 122. Ratner S, Laor N, Bronstein y, weizman A, Toren P. Six-week open-label reboxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2005;44(5):428-33.
 123. Toren P, Ratner S, weizman A, Lask M, Ben-Amity G, Laor N. Reboxetine maintenance treatment in children with attention- deficit/hyperactivity disorder: a long-term follow-up study. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 2007;17(6):803-12.
 124. Arabgol f, Panaghi L, Hebrani P. Reboxetine versus methylphenidate in treatment of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;18(1):53-9.
 125. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Alaghband-Rad J, Tehranidoost M, Mesgarpour B, Soori H. Selegiline in comparison with methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder children and adolescents in a double-blind, randomized clinical trial. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 2004;14(3):418-25.
 126. Akhondzadeh S, Tavakolian R, Davari-Ashtiani R, Arabgol f, Amini
 127. H. Selegiline in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomized trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27(5):841-5.
 128. Rubinstein S, Malone MA, Roberts w, Logan wJ. Placebo- controlled study examining effects of selegiline in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 2006;16(4):404-15.
 129. Barrickman LL, Perry PJ, Allen AJ, Kuperman S, Arndt Sv, Herrmann KJ, et al. Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(5):649-57.
 130. Conners CK, Casat CD, Gualtieri CT, weller E, Reader M, Reiss A, et al. Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(10):1314-21.
 131. Lindsay SE, Gudelsky GA, Heaton PC. Use of modafinil for the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Pharmacotherapy* 2006;40(10):1829-33.
 132. Greenhill LL, Biederman J, Boellner Sw, Rugino TA, Sangal RB, Earl CQ, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*

2006;45(5):503-11.

133. Swanson JM, Greenhill LL, Lopez fA, Sedillo A, Earl CQ, Jiang JG, et al. Modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study followed by abrupt discontinuation. *J Clin Psychiatry* 2006;67(1):137-47.

134. wigal SB, Biederman J, Swanson JM, yang R, Greenhill LL. Efficacy and safety of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with or without prior stimulant treatment for attention- deficit/hyperactivity disorder: pooled analysis of 3 randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006;8(6):352-60.

135. fDA. Modafinil Briefing Document for Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee Meeting. 2006.

136. Potter AS, Newhouse PA. Effects of acute nicotine administration on behavioral inhibition in adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Psychopharmacology* 2004;176(2):182- 94.

137. Shytle RD, Silver AA, wilkinson BJ, Sanberg PR. A pilot controlled trial of transdermal nicotine in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *world Journal of Biological Psychiatry* 2002;3(3):150-5.

138. Rojas NL, Chan E. Old and new controversies in the alternative treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews* 2005;11(2):116-30.

139. Schab Dw, Trinh NH. Do artificial food colors promote hyperactivity in children with hyperactive syndromes? A meta- analysis of double-blind placebo-controlled trials. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2004;25(6):423-34.

140. Bateman B, warner JO, Hutchinson E, Dean T, Rowlandson P, Grant C, et al. The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89(6):506-11.

141. McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw K, et al. food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet* 2007;370(9598):1560-7.

142. Benton D. The impact of diet on anti-social, violent and criminal behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2007;31(5):752-74.

143. Clayton EH, Hanstock TL, Garg ML, Hazell PL. Long chain omega-3 polyunsaturated fatty acids in the treatment of psychiatric illnesses in children and adolescents. *Acta Neuropsychiatrica* 2007;19(2):92-103.

144. Konofal E, Lecendreux M, Deron J, Marchand M, Cortese S, zaim M, et al. Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. *Pediatr Neurol* 2008;38(1):20-6.

145. Bilici M, yildirim f, Kandil S, Bekarolu M, yildirmi S, Deer O, et al. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2004;28(1):181-90.

146. Akhondzadeh S MM, Khademi M. zinc sulphate as an adjunct to methylphenidate for the treatment of attentiondeficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomised trail. . *BMC Psychiatry* 2004;4:9.

147. Trebaticka J, Kopasova S, Hradecna z, Cinovsky K, Skodacek I, Suba J, et al. Treatment of ADHD with french maritime pine bark extract, Pycnogenol. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(6):329- 35.

148. Pintov S, Hochman M, Livne A, Heyman E, Lahat E. Bach flower remedies used for attention deficit hyperactivity disorder in children - a prospective double blind controlled study. *European Journal of Paediatric Neurology* 2005;9(6):395-8.

149. Coulter MK, Dean ME. Homeopathy for attention deficit/ hyperactivity disorder or

hyperkinetic disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(4):(CD005648).

150. Khilnani S, field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S. Massage therapy improves mood and behavior of students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolescence* 2003;38(152):623- 38.

151. Beaugard M, Levesque J. functional magnetic resonance imaging investigation of the effects of neurofeedback training on the neural bases of selective attention and response inhibition in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology & Biofeedback* 2006;31(1):3-20.

152. Baydala L, wikman E. The efficacy of neurofeedback in the management of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Paediatrics and Child Health* 2001;6(7):451-5.

153. Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: current evidence and practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18(5):413-47.