

# Практическое руководство по ведению пациентов с РДВГ

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) – наиболее часто встречающееся заболевание в детской психиатрической практике. РДВГ характеризуется двигательной гиперактивностью, нарушениями внимания и импульсивностью и может приводить к выраженным ухудшениям во всех основных сферах функционирования ребенка. Согласно имеющимся данным, распространенность РДВГ в популяции детей дошкольного возраста составляет 1,5-9%, а среди школьников – 6-19%. В то же время в 50% случаев симптомы данного расстройства могут наблюдаться и во взрослом возрасте. Проявления РДВГ негативно влияют на все сферы жизни как самого человека, так и общества в целом. При этом известно, что своевременное оказание помощи таким пациентам может быть достаточно эффективным. В данной статье представлены ключевые положения клинического практического руководства по ведению РДВГ Академии медицинских наук и Министерства здравоохранения Сингапура (AMS-МОН, 2014).

## Определение и диагностическая классификация

Диагноз РДВГ должен быть установлен путем клинической оценки, которая включает обязательное проведение интервью с родителями или воспитателями ребенка (*степень рекомендации В, уровень доказательности 2++*). Помимо этого, при диагностике РДВГ важно получить информацию от людей, взаимодействующих с пациентом в других условиях, например учителей в школе (*степень рекомендации В, уровень доказательности 2++*). Прежде чем делать вывод, что у ребенка РДВГ, необходимо провести тщательную диагностическую оценку, для того чтобы исключить другие психиатрические и медицинские состояния, симптомы которых можно принять за проявления, напоминающие симптомы РДВГ (*степень В, уровень доказательности 2++*).

Важно отметить, что у дошкольников с проявлениями разрушительного поведения вероятно наличие РДВГ (*степень рекомендации В, уровень доказательности 2++*). Также у пациента с установленным диагнозом РДВГ клиницист должен провести оценку коморбидных состояний (*степень рекомендации С, уровень доказательности 2+*). Если есть подозрения на наличие у ребенка расстройства обучения, следует выполнить соответствующую речевую оценку с применением психообучающих программ (*степень рекомендации С, уровень доказательности 2+*).

У пациента с диагнозом РДВГ при отсутствии других медицинских показаний нет необходимости в оценке функциональной активности щитовидной железы и концентрации свинца, а также в проведении нейровизуализационного обследования (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). Кроме того, в клинической практике электроэнцефалография не рекомендуется в качестве инструмента для диагностики РДВГ (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*).

Уровни доказательности и степени рекомендаций приведены в таблице.

Таблица. Уровни доказательности и степени рекомендаций

Уровни доказательности	
Уровень	Тип доказательности
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) или РКИ с очень низким уровнем предвзятости
1+	Хорошо проведенные метаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с низким уровнем предвзятости
1-	Метаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким уровнем предвзятости
2++	Систематические обзоры высокого качества исследований типа случай-контроль или когортных исследований. Исследования типа случай-контроль или когортные исследования высокого качества с очень низким риском противоречий или предвзятости и высокой вероятностью причинно-следственных связей
2+	Хорошо проведенные исследования типа случай-контроль или когортные исследования с низким риском противоречий или предвзятости и умеренной вероятностью причинно-следственных связей
2-	Исследования типа случай-контроль или когортные исследования с высоким риском противоречий или предвзятости и значительным риском отсутствия причинно-следственных связей
3	Исследования неаналитического характера, например сообщения о случае или серии случаев
4	Экспертное мнение
Степени рекомендаций	
Степень	Рекомендация
A	Как минимум один метаанализ, систематический обзор РКИ или РКИ имеет оценку 1++ и непосредственно применим к целевой группе <i>или</i> Основную часть доказательств составляют данные, преимущественно полученные в исследованиях с оценкой 1, которые непосредственно применимы к целевой популяции и демонстрируют общее постоянство результатов
B	Основные доказательства включают данные исследований с оценкой 2++, которые непосредственно применимы в целевой популяции и демонстрируют общее постоянство результатов <i>или</i> Экстраполяция доказательств исследований с оценкой 1++ или 1+
C	Основные доказательства включают данные исследований с оценкой 2+, которые непосредственно применимы в целевой популяции и демонстрируют общее постоянство результатов <i>или</i> Экстраполяция доказательств исследований с оценкой 1++ или 2+
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполяция доказательств с оценкой 2+
GPP (с позиций надлежащей практики)	Рекомендовано на основании примеров надлежащей практики и клинического опыта участников рабочей группы, разработавших данное руководство

## Ведение пациентов с РДВГ

Специалисты, которые занимаются ведением подростков с РДВГ, должны заранее планировать их перевод в службы для взрослых, обсуждая это с пациентами и их семьями, а также гарантировать возможность дальнейшего получения помощи (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*).

## Психосоциальные, альтернативные и другие дополнительные вмешательства

После постановки диагноза РДВГ клиницисту следует обеспечить повышение осведомленности детей, семей и учителей о данном расстройстве (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*). Также врач должен рассмотреть обучение родителей пациентов с РДВГ стратегиям управления поведением или направить их к соответствующему специалисту, например

психологу (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*). Родителям детей дошкольного возраста с РДВГ следует предложить посетить тренинг для родителей (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). В дополнение, специалисты могут рассмотреть направление родителей детей и подростков с РДВГ на коммунальные тренинговые программы, в частности, если выявлена негативная практика родительского воспитания (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). При проведении такого тренинга рекомендуется применять наиболее приемлемые стратегии управления поведением с учетом их понимания и культурного происхождения (*степень рекомендации D, уровень доказательности 3*). Также можно рассмотреть семейную терапию, если очевидны серьезные нарушения внутрисемейных взаимоотношений (*GPP*).

Помимо прочего, целесообразно рассмотреть проведение учебных (академических) вмешательств для детей с РДВГ и консультаций с педагогами, которые тесно взаимодействуют с ребенком в процессе школьного обучения (*степень рекомендации С, уровень доказательности 2+*). Также следует объяснить родителям и учителям, что предоставление ими информации об успехах и поведении ребенка в школе может быть полезным (*GPP*).

При ведении пациентов с РДВГ не рекомендуется проведение только тренинга социальных навыков (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*) или когнитивно-поведенческой терапии (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*), или биологической обратной связи (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). Кроме того, не следует применять одну лишь восстановительную когнитивную терапию при РДВГ со значительными когнитивными нарушениями (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*).

Направление к специалисту по терапии занятостью может быть рассмотрено у детей с сенсорными и двигательными нарушениями в качестве дополнения к лечению РДВГ (*степень рекомендации D, уровень доказательности 3*).

Установлено, что четкие доказательства для использования пищевых добавок и углеводов при РДВГ отсутствуют. Родителям и детям следует рекомендовать контролировать прием в пищу продуктов, содержащих пищевые добавки или большое количество углеводов, для того чтобы отслеживать физические или поведенческие проявления (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). При ведении пациентов с РДВГ ограничительная диета не рекомендуется (*степень рекомендации С, уровень доказательности 2++*). Добавки омега-3 могут быть использованы в качестве дополнительного лечения РДВГ (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*).

### **Фармакотерапия**

При принятии решения о начале медикаментозной терапии РДВГ в первую очередь следует рассмотреть применение метилфенидата (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). Для лечения симптомов РДВГ метилфенидат можно использовать длительно, однако следует регулярно проверять эффективность проводимой терапии (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). Для того чтобы ограничить развитие нежелательных событий, связанных с лечением, могут быть рассмотрены «лекарственные каникулы». В дни отсутствия приема медикаментов следует проводить мониторинг симптомов РДВГ и их ухудшения (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). У детей, принимающих метилфенидат, необходим регулярный контроль роста, веса и индекса массы тела (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*). Если есть обеспокоенность по поводу замедления развития, следует рассмотреть продолжение фармакотерапии и совместно с родителями принять решение. Также необходимо изучить другие вероятные медицинские причины, которые могли это обусловить (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*).

Прежде чем назначить медикаментозное лечение РДВГ, целесообразно уделить особое внимание личному и семейному анамнезу сердечно-сосудистых заболеваний. Детей с ранее выявленными кардиологическими проблемами, перед тем как начать терапию метилфенидатом или

атомоксетином, следует направить на консультацию к кардиологу (*степень рекомендации С, уровень доказательности 2+*).

Метилфенидат можно назначать детям и подросткам, страдающим РДВГ с сопутствующим тикозным расстройством, но лечение должно быть приостановлено, если возникло ухудшение тиков (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). Также у пациентов с РДВГ следует рассмотреть терапию метилфенидатом при наличии коморбидного разрушительного поведенческого расстройства (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). Кроме того, лечение РДВГ метилфенидатом может быть рекомендовано у детей и подростков с расстройством аутистического спектра. При ведении таких пациентов следует предпринимать особые меры предосторожности и внимательно наблюдать за побочными действиями (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*).

Начинать лечение метилфенидатом следует с малых доз путем медленной титрации в соответствии с ответом на терапию, при этом необходима коррекция времени приема препарата для минимизации кратковременных побочных эффектов (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*).

Рекомендуется рассмотреть использование метилфенидата с медленным высвобождением вместо метилфенидата с быстрым высвобождением, если есть опасения по поводу злоупотребления препаратом. У таких пациентов следует тщательно контролировать прием медикамента (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*).

Атомоксетин можно назначать для терапии симптомов РДВГ при высоком риске злоупотребления метилфенидатом или связанных с ним побочных действий (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). В процессе лечения атомоксетином у ребенка следует периодически проводить мониторинг показателей развития – роста, веса и индекса массы тела каждые шесть месяцев (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*) и психического состояния (суицидальные идеи). Если есть опасения по поводу задержки развития, рекомендуется рассмотреть необходимость дальнейшего приема медикамента и принять решение совместно с родителями, а также оценить другие медицинские причины, вероятно, с этим связанные (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*). В дополнение, атомоксетин может быть использован в качестве первой линии лечения РДВГ при коморбидном тикозном расстройстве (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*).

Важно отметить, что применение комбинации метилфенидата и атомоксетина для лечения симптомов РДВГ не рекомендуется (*степень рекомендации С, уровень доказательности 2+*). Использование метилфенидата или атомоксетина у дошкольников следует рассматривать только при неэффективности психосоциальных вмешательств. Необходимо предпринимать тщательные меры предосторожности и проводить мониторинг побочных эффектов при принятии решения о продолжении приема медикамента (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*).

Для того чтобы улучшить соблюдение предписанного лечения у каждого пациента с РДВГ, следует учитывать предпочтения как самих детей, так и их родителей (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*).

## **Вопросы экономической эффективности**

Несмотря на то что фармакотерапия РДВГ является экономически эффективной, лечение должно быть индивидуализированным. Кроме того, прежде чем начинать терапию данного расстройства, следует учитывать возможное наличие коморбидных состояний (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*).

*Подготовил Станислав Костюченко*

*Оригинальный текст документа читайте на сайте [www.moh.gov.sg](http://www.moh.gov.sg)*