

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00677&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00677. СДУГ

Автор: Anita Puustjärvi

Редактори оригінального тексту: -

Дата останнього оновлення: 2016-10-18

Основні положення

- СДУГ (синдром дефіциту уваги та гіперактивності) — це поширений нейропсихіатричний синдром, симптоми якого виникають в дитинстві та часто тривають до дорослого віку.
 - Первинні симптоми включають проблеми контролю уваги та активності, імпульсивність. Найчастіше труднощі в керуванні увагою проявляються гіперактивністю, але також можуть проявлятися зниженим рівнем активності.
 - Більшість пацієнтів мають проблеми із виконавчими функціями, регуляцією емоцій та поведінки, а також і інші супутні розлади.
- Діагноз СДУГ встановлюється після повної оцінки анамнезу та симптомів пацієнта. Наявність СДУГ не виключається навіть коли виявлені інші проблеми, що впливають на функціональний стан пацієнта.
- Нелікований СДУГ пов'язаний з гіршими результатами в навчанні та роботі, схильності потрапляти в аварійні ситуації, до розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин та скоєння злочинів. Все це пов'язано із соціальною ізоляцією підлітків.
- Лікування СДУГ складається із механізмів підтримки здатності функціонування в домашніх умовах, в побуті, в школі, у навчальному закладі та на роботі. Застосовується психосоціальне лікування та, за необхідності, медикаментозне. Послідовне лікування симптомів покращує якість життя та зменшує ризики.

Поширеність

- За оцінками, від 5 до 7% дітей шкільного віку мають СДУГ, це означає, що у кожному класі в середньому в 1-ї дитини можна знайти цю патологію.
- Поширеність СДУГ серед дорослих складає приблизно 3–4 %.
 - Симптоми СДУГ часто (в 60–80% випадків) тривають в дорослому віці, проте виражені симптоми з віком стають менш помітними.
- Серед дітей СДУГ діагностується у 3–6 разів частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток, у дорослих різниця між чоловіками та жінками менша.

Етіологія

- Розвиток клінічної картини СДУГ залежить від генетичної схильності, що наявна приблизно в 60–80% випадків СДУГ.
- Фактори навколишнього середовища можуть впливати на виникнення СДУГ, регулюючи активність генів ризику або впливаючи на тяжкість симптомів та на нормальний розвиток дитини.
 - До факторів ризику під час вагітності належать: куріння матері, прийом алкоголю чи психоактивних речовин та асфіксія плоду. Надмірний стрес у вагітної також може відігравати значну роль у розвитку СДУГ.
 - Фактори ризику, пов'язані із сім'єю, такі як проблеми спілкування та конфлікти — підсилюють опозиційні, демонстративні та поведінкові симптоми та погіршують функціональні здібності, хоча самостійно не викликають СДУГ.
 - Перегляд “швидких” телевізійних програм дітьми віком до 3-х років ймовірно може посилювати проблеми з концентрацією уваги в шкільному віці. Надмірне проведення часу за комп'ютерними іграми може посилювати неспокій та викликати проблеми із концентрацією.
- Провідні симптоми, пов'язані з активністю головного мозку, асоціюються з аномальною дофамін- та норадреналін-опосередкованою активністю нейронів у ділянках мозку, що відповідають за регуляцію активності, уваги та у зв'язках між цими ділянками.

- Регуляція збудливості часто порушується, що може супроводжуватись порушенням сну (пацієнт не може достатньо заспокоїтись).

Симптоми та клінічна картина

- Епізодичні симптоми неухважності, гіперактивності чи імпульсивності є досить поширеними, проте у пацієнтів із СДУГ такі симптоми часті, присутні впродовж тривалого часу та явно впливають на їх функціональні здібності.
 - Зазвичай, перші симптоми виникають уже в дошкільному віці, проте їх розпізнають значно пізніше.
- Виділяють три типи СДУГ.
 - Синдром дефіциту уваги (СДУ) включає переважно проблеми із концентрацією без пов'язаної імпульсивності чи гіперактивності
 - Гіперактивність та імпульсивність без суттєвих проблем із концентрацією
 - Змішаний тип розладу з наявністю усіх основних симптомів.
- Усі типи розладу повинні кодуватись F90.0. за МКХ 10. Домінуючі симптоми можуть бути додатково визначені усно, якщо це дозволяє система обліку пацієнтів.
- Прояви симптомів є різними у різних вікових групах.
 - У дітей дошкільного віку гіперактивність проявляється як фізичний неспокій, бажання бігати та повзати всюди). У дітей шкільного віку — неможливістю всидіти на місці тривалий час, дорослі ж можуть уникати подій, де потрібно тривалий час займати сидяче положення.
 - У дітей дошкільного віку труднощі в керуванні увагою можуть проявлятись у вигляді короткотривалих ігор з частим переключенням уваги, у школярів — заглибленістю в свої думки, різними ненавмисними помилками та забуванням своїх речей в класі, у дорослих — властивістю надавати перевагу виконанню менш важливих завдань перед більш важливими.
 - У дітей дошкільного віку імпульсивність проявляється в непередбачуваній метушливості, у школярів — в неможливості стояти в черзі під час занять, ігор чи нетерплячості в спілкуванні. У дорослих імпульсивність може

призводити до раптової зміни місця навчання чи роботи та до труднощів в стосунках. Типовими є також швидкі та сильні емоційні реакції.

- Ступінь вираженості симптомів залежить від факторів навколишнього середовища. Наприклад, симптоми ймовірніше виникатимуть, коли пацієнт перебуває у великій групі людей, ніж наодинці із певною особою.
 - Зокрема, мотивація впливає на концентрацію. Іноді концентрація може бути надмірною — коли пацієнт настільки заглиблюється в свої думки, що втрачає відчуття часу та простору.
 - Фактори, що впливають на фізичне благополуччя (недостатність фізичної активності чи сну), сильні емоції (збудження, гнів) та стресові ситуації (незадоволені потреби, конфлікти вдома, залякування та травматичні ситуації) погіршують симптоми.

Діагноз

Діагностичні критерії

- СДУГ є симптомним діагнозом, що повинен задовільняти критерії МКХ; не існує специфічних діагностичних обстежень.
- Для встановлення діагнозу необхідна розширена оцінка всіх обставин.
 - Детальний анамнез (аномалії розвитку, попередні та теперішні симптоми, будь-які інші захворювання чи розлади, історія обстеження та лікування, поточні стресові чинники, ситуація в сім'ї та сімейний анамнез)
 - Тривалість симптомів та їх прояви в різних ситуаціях (бажано уточнити інформацію, звернувшись до дитячого садка/школи/іншого закладу безпосередньо)
 - Перегляд факторів, що впливають на симптоми пацієнта та його функціональні можливості
 - Клінічне фізикальне та неврологічне обстеження
 - Дослідження, необхідні для диференційної діагностики, наприклад, лабораторні обстеження
 - Нейровізуалізація та ЕЕГ зазвичай не потрібні.

- Психологічне та нейропсихологічне обстеження не є необхідним для встановлення діагнозу, проте може бути вкрай важливим для складання програми лікування та реабілітації.
- У дітей оцінка мови перш ніж огляд фізичного терапевта може бути необхідною для отримання загальної картини ситуації.
- 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/чи гіперактивності-імпульсивності (згідно нових критеріїв ДСК-5).
- Симптоми повинні виникати з дитинства. Незважаючи на це, їх могли не виявляти до шкільного віку, та згідно критеріїв ДСК-5, достатньо виявити симптоми до 12-ти річного віку.
 - У випадку встановлення діагнозу у дорослих, варто впевнитись, (з документації, наприклад), що симптоми виникали достатньо рано та персистують впродовж тривалого періоду.
 - Необхідно приділяти особливу увагу при встановленні діагнозу в дошкільному віці, так як діагностувати СДУГ складно у дітей віком до 5 років.
- Симптоми можуть виникати за різноманітних обставин, не обов'язково під час огляду у лікаря чи під час психологічного тестування.
 - За різних обставин симптоми можуть відрізнятись.
 - Спостереження за функціональними можливостями у різних обставинах може допомогти знайти засоби для їх корекції.
 - Успішність в школі чи в дорослому житті не виключає можливості наявності СДУГ.
- Наявність іншого психіатричного розладу не виключає СДУГ, якщо пацієнт має одночасно симптоми різних розладів. Іноді ці симптоми можуть "перекривати" один одного.

Анкети

- Існують анкети для діагностики СДУГ (для дорослих DIVA [\[веб|http://www.divacenter.eu\]](http://www.divacenter.eu)) чи опитувальники, що досліджують психічні функціональні можливості більш розширено (5–15

[[веб|http://www.5-15.org](http://www.5-15.org)] та SDQ [[веб|http://www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)]). Проте, діагноз не може бути встановлений базуючись лише виключно на результатах анкетування.

- Інформативність та надійність таких опитувальників підвищується, якщо вони використовуються декількома особами (вчителі, батьки та діти) та заповнюються під час інтерв'ю.

Диференційна діагностика

- Гіперактивність у дитини дошкільного віку може бути пов'язана, наприклад, із розладом аутистичного спектру, розладом мови, моторними чи сенсорними розладами чи більш обширною затримкою розвитку.
- У школярів також важливо включати для диференційної діагностики проблеми з навчанням, тривожні розлади, опозиційно-демонстративні та поведінкові розлади і депресію.
- У підлітків та дорослих важливо враховувати в диференційному діагнозі афективний синдром (депресивний, біполярний розлади), залежність від прийому наркотичних речовин, психотичні розлади (продромальна стадія шизофренії), тривожний розлад та емоційно нестабільні та антисоціальні типи розладів особистості.
- Ймовірні соматичні причини включають епілепсію (малі епілептичні напади або абсанси), іншу неврологічну патологію (наприклад, нейрофіброматоз) та наслідки травм головного мозку.
- Неспокій та неуважність можуть виникати внаслідок розладів сну (апноє сну, синдром неспокійних ніг, тривале недосипання).
- Травматичний досвід чи поточний стрес (цькування, зміни в сімейних обставинах, втрати, знущення, розлад адаптації) також можуть викликати схожі симптоми. Тим не менше, варто пам'ятати, що такі симптоми СДУГ, як вищевказані, призводять до стресу та негативного досвіду і впливають на самосприйняття.

Інші одночасні розлади

- Багато хто з 75–80% пацієнтів мають одночасний психіатричний розлад чи порушення, викликані вживанням наркотичних речовин.
- Різноманітні типи проблем із навчанням, вад розвитку мови чи моторних, виконавчих функцій чи порушення регуляції чутливості можуть виникати одночасно із СДУГ.

- Розлади сну трапляються частіше, ніж в інших людей [настанова 00678 | Розлади сну у дітей та п...]. Часто бувають труднощі із засинанням та погіршується якість сну.
- У 50–90% пацієнтів симптоми СДУГ асоційовані з депресією [настанова 00682 | Депресія дитячого віку], опозиційно - демонстративними і/або поведінковими розладами [настанова 00700 | Розлади поведінки у діте...] чи проблемами, пов'язаними з баченням себе, самооцінкою чи навиками соціальної взаємодії, часто внаслідок недостатньої підтримки.
- Тривожні розлади, такі як обсесивно-компульсивний розлад [настанова 00548 | Бартолініт; кіста та абс...], часто більш ймовірні.
- СДУГ може виникати, як частина більш серйозних нейропсихіатричних причин, можливо з симптомами аутистичного спектру [настанова 00694 | Розлади аутистичного спе...] та/або тіками [настанова 00686 | Тики в дитинстві]. Одночасно в одного пацієнта можуть бути декілька нейропсихіатричних розладів.
- СДУГ є фактором ризику розладу поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та куріння. Фармакологічне лікування СДУГ не підвищує цього ризику.

Лікування та реабілітація

- Адекватне лікування СДУГ включає консультування (психонавчання), психологічну терапію та фармакотерапію за необхідності.
 - Для контролю симптомів СДУГ важливо піклуватися щодо загального самопочуття (сон, фізична активність, дієта, позитивні відносини).
 - Необхідна комбінація різних форм лікування та методів корекції функціонування в повсякденному житті.
 - Складаючи план лікування, потрібно враховувати інші супутні захворювання, проблеми, що впливають на ситуацію у батьків та в усій родині.
- У дітей молодшого шкільного віку лікуванням вибору є психосоціальне лікування, що розпочинається на первинній медичній допомозі.
 - Фармакотерапія застосовується рідко та її слід розпочинати у спеціалізованих відділеннях.

- У дітей шкільного віку та дорослих фармакологічне лікування може застосовуватись одночасно з іншими методами або якщо інші форми допомоги не були ефективними.

Немедикаментозне лікування

- Нефармакологічне чи психосоціальне лікування може включати різноманітні методи підтримки функціональної спроможності (настанови, зміна оточення), та практикування навиків наодинці чи в групі. Часто найбільш доцільно надавати таке лікування значною мірою як частину повсякденного життя пацієнта, проте можна також додати різні форми індивідуальної чи групової терапії за необхідності.
 - Потреба в трудотерапії, нейропсихологічній реабілітації та логопедичній корекції оцінюється індивідуально.
 - Індивідуальна психотерапія чи сімейна терапія не належить до першочергових форм лікування СДУГ, проте може застосовуватись залежно від ступеню та природи проблеми.
 - Деякі діти зі СДУГ потребують допомоги для розвитку соціальних навиків [Доказ 06996 | D].
- Варто спробувати полегшити симптоми СДУГ, впливаючи на поведінку пацієнтів і усувати подразнюючі чинники навколишнього середовища. Цього можна досягти, наприклад, використовуючи системи прогнозування, негайного зворотнього зв'язку, структурування та винагороди, а також використовуючи конкретні допоміжні засоби (піктограми, візуальний годинник, розклад дня).
 - Тренування пацієнтів із СДУГ — це реабілітація, спрямована на рішення та можливості, що реалізуються вдома та у повсякденному житті, в робочому середовищі (навчальні заклади). Зазвичай воно включає поведінкові настанови, методи для виконання завдань у повсякденному житті та практикування різних навиків.
- Навчання батьків [Доказ 05458 | C] допомагає їм розпізнавати поведінку дітей та коригувати її у правильному напрямку.
 - Навчання батьків може проводитись індивідуально для кожної сім'ї чи в групах. Для цього можна використовувати друковані матеріали.
 - Симптоми СДУГ можуть впливати на стосунки діти - батьки та вести до замкнутого кола негативних взаємозв'язків, яке варто розірвати. СДУГ у дитини також збільшує ризик конфліктів і проблем у відносинах між батьками

- Різні методи підтримки повинні починатись із дитячого садка та школи одразу, як тільки виявили проблеми, навіть у випадку відсутності діагнозу.
 - Необхідна тісна співпраця між працівниками школи та членами родини (та лікарняним закладом) як в плануванні, так і у впровадженні методів підтримки.
 - Найпоширенішими методами є структурування та розподіл завдань на менші частини, системи негайного зворотнього зв'язку та винагороди. Забезпечення можливості рухатись в класі для підтримки уваги часто значно полегшує заняття (такі, як сидіння на спортивній кулі, гра з клейкою масою). Достатній контроль на перервах та у вільний час зменшує конфлікти.
 - Деякі пацієнти потребують особливих умов, наприклад, більше часу для відповідей на питання на екзаменах, підтримки помічника, диференційоване навчання в різних ситуаціях та з різних предметів чи навчання у малих групах.
 - Варто враховувати наявність діагнозу СДУГ в медичній документації пацієнта під час складання ним іспитів та оцінюванні результатів.
 - Експертиза також потрібна для керівництва навчанням та у випадку професійної орієнтації.
- Узгоджені навчальні курси з адаптації для людей різного віку та заходів підтримки з боку однолітків є доступними
- Деяким сім'ям буде корисна підтримка соціальних служб, інших людей чи сімей, у яких є діти із такими ж проблемами.
- Якщо у батьків також є виражені симптоми СДУГ чи інші проблеми, що впливають на їх функціональну здатність, вони також потребують лікування та реабілітації.

Медикаментозне лікування

- Коректно підібране фармакологічне лікування СДУГ є ефективним та безпечним. На первинній медичній допомозі таке лікування може призначити лікар, добре ознайомлений із діагнозом та методами лікування СДУГ.
- Дія препаратів для лікування СДУГ базується на активації дофамін- та норадреналін-опосередкованих нервових шляхів, що зменшує вираженість симптоматики під час терапії.

- Можна використовувати психостимулятори (метилфенідат, ліздексамфетамін, дексамфетамін), атомоксетин чи гуанфацин.
 - Механізм дії психостимуляторів переважно дофамін-опосередкований, з швидким початком дії через 30–60 хв. після прийому препарату.
 - Механізм дії атомоксетину переважно норадреналін-опосередкований, з поступовим початком впродовж 1–6 тижнів з початку прийому препарату.
 - Гуанфацин є агоністом альфа-2А-адренергічних рецепторів але його дія норадреналін-опосередкована, ефект настає через 1–3 тижні.
 - Можна припинити застосування психостимуляторів, проте не рекомендовано це робити із атомоксетином чи гуанфацином.

Коментар експерта. Лікарські засоби ліздексамфетамін, дексамфетамін станом на 15.04.2019 в Україні не зареєстровані.

- Зазвичай медикаментозне лікування розпочинають із метилфенідату [Доказ 03216 | C]; існують препарати із різними тривалістю дії та вивільненням діючої речовини.
 - Підбір препарату повинен базуватись на тривалості дії та ймовірності досягнути максимального бажаного ефекту.
 - Фармакотерапію починають із малих доз, які поступово збільшують залежно від відповіді організму та побічних ефектів до досягнення ефективної терапевтичної дози без серйозних побічних наслідків.
 - На початку фармакологічного лікування необхідний частий моніторинг та корекція дози, не рідше одного разу в тиждень.
 - Якщо перший обраний препарат метилфенідату не дає очікуваного ефекту, варто спробувати препарат іншого виробника з цією ж речовиною або інший стимулятор, [Доказ 03589 | B], атомоксетин чи гуанфацин.
 - Не усі препарати показані для лікування СДУГ у дорослих.
 - У випадку підбраного препарату та його дози потрібно оглядати пацієнта кожні 3–12 місяців для оцінки фізичного та психічного стану, відповіді на лікування, потреби в препараті та адекватного дозування. Планові перерви в прийомі препарату не обов'язкові, але можуть бути необхідними для оцінки стану пацієнта.

- Потрібно регулярно оцінювати фізичні параметри пацієнта під час лікування (вагу, зріст через криві росту), рівень артеріального тиску та пульсу та побічні ефекти.
- Найчастішим побічними ефектами стимуляторів та атомоксетину є втрата апетиту, головний біль, різні типи абдомінального дискомфорту, поведінкові симптоми (роздратованість, агресивність) та порушення сну. Іноді буває деяке прискорення пульсу та підвищення артеріального тиску. Вони зазвичай незначні при лікуванні дітей та підлітків зі здоровою серцево-судинною системою. У дорослих необхідно детально моніторувати рівень артеріального тиску, особливо на початку медикаментозного лікування та під час підвищення дози. Загальна слабкість, гіпотензія, брадикардія, запаморочення, та збільшення маси тіла можуть виникати, як побічні ефекти гуанфацину. Гуанфацин також може подовжувати інтервал QT.
 - Якщо подібні побічні ефекти виникли, потрібна корекція дози та часу прийому препарату або його заміна.
- У деяких дітей та підлітків необхідність в фармакологічному лікуванні зменшується з часом, хоча деякі з них потребують прийому препаратів і в дорослому віці.
 - Дорослим рекомендується багатокomпонентна терапія з урахуванням супутніх розладів, що впливають на симптоми чи лікування.
- Існує ризик надмірного використання пацієнтами препаратів для фармакологічного лікування СДУГ, що пов'язаний із зловживанням токсичними речовинами та антисоціальними тенденціями.
 - Фармакологічне лікування пацієнтів із СДУГ, які також мають супутній розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, повинно контролюватись особливо ретельно, та в багатьох випадках виправдано використання препаратів, що не є психостимуляторами.
 - У осіб, які зловживають алкоголем, атомоксетин може мати переваги, зменшуючи симптоми СДУГ, проте він не впливає на вживання алкоголю.

Інші форми лікування

- Використання продуктів, що містять жирні кислоти, має деякі переваги у певних пацієнтів. Їх можна вживати, комбінуючи з іншими формами лікування або тоді, коли інші методи не ефективні.
- Різні вправи з підтримки уваги також можна застосовувати як допоміжний метод для симптоматичної терапії СДУГ.

- Схеми лікування та критерії для госпіталізації

Мережа лікування і критерії для направлення

- Попередня обстеження на підозрюваний СДУГ, початок заходів підтримки та медикаментозне лікування у не складних випадках належать до сфери первинної медичної допомоги у всіх вікових групах.
- У більшості міст було визначено ланцюг лікування або укладено іншу угоду щодо розподілу завдань та співпраці між первинною медичною допомогою та спеціалізованою медичною допомогою. Якщо ні, направлення повинно бути виписане на спеціалізовану допомогу наступним чином:
 - до дитячого психіатра, якщо симптоми включають значне погіршення психічного статусу, серйозні поведінкові розлади - агресивність чи значні проблеми взаємодії дитини з батьками;
 - до підліткового психіатра, якщо симптоми у підлітка включають значне погіршення психічного статусу, серйозні поведінкові проблеми чи розлад пов'язаний із вживанням психоактивних речовин;
 - до дитячого невролога, якщо у дитини чи підлітка підозрюється наявність неврологічного захворювання (такого, як нейрофіброматоз чи епілепсія) чи затримка інтелектуального розвитку.
- Для уточнення диференційного діагнозу у пацієнтів з коморбідністю чи важкими симптомами необхідне подальше обстеження, більш агресивне фармакологічне лікування. Планування терапії та реабілітації у таких пацієнтів, а також узгодження подальшого лікування та спостереження знаходиться в компетенції спеціалізованих медичних закладів.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00333\] ADHD – Related resources\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00333\] ADHD – Related resources\]](#)
- Література [\[пов'язані 00333\] ADHD – Related resources\]](#)

Джерела інформації

R1. Bello NT. Clinical utility of guanfacine extended release in the treatment of ADHD in children and adolescents. Patient Prefer Adherence 2015;9():877-85. [PubMedID|26170637]

Настанови

- [Настанова 00678](#). Розлади сну у дітей та підлітків.
- [Настанова 00682](#). Депресія дитячого віку.
- [Настанова 00700](#). Розлади поведінки у дітей і підлітків.
- [Настанова 00548](#). Бартолініт; кіста та абсцес Бартолінової залози.
- [Настанова 00694](#). Розлади аутистичного спектру.
- [Настанова 00686](#). Тики в дитинстві.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06996](#). Social skills training for ADHD in children .
Дата оновлення: 2012-05-11
Рівень доказовості: D
Резюме: Social skills training for ADHD might possibly improve children’s general behavior and ADHD symptoms rated by parents although it might not improve teacher-rated outcomes.
- [Доказовий огляд 05458](#). Parent training interventions for ADHD.
Дата оновлення: 2018-02-07
Рівень доказовості: C
Резюме: Parent training interventions may have a positive effect on general behaviour of children with ADHD and may reduce parental stress.
- [Доказовий огляд 03216](#). Treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder.
Дата оновлення: 2018-01-15
Рівень доказовості: C
Резюме: Methylphenidate may be effective in relieving the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults, in children and adolescents it is more effective than psychological/behavioural therapies. Vyropion may also decrease the severity of ADHD symptoms and cause a clinical improvement in adults.
- [Доказовий огляд 03589](#). Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents.
Дата оновлення: 2016-03-02
Рівень доказовості: B
Резюме: Amphetamines appear to improve the core symptoms of ADHD in children and adolescents in the short term compared with placebo but are also associated with higher risk of experiencing adverse events.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00677 Ключ сортування: 031.025 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-10-18

Автор(и): Anita Puustjärvi Автор(и) попередніх версій статті: Hannu Westerinen Редактор(и):
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Hilka Salmén Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics Psychiatry Neurology

Ключові слова індексу

mesh: Impulse Control Disorders mesh: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity mesh: attention deficit disorder ADHD
ADD lisdexamphetamine dexamphetamine atomoxetine guanfacine mesh: hyperactivity
mesh: perception disturbance mesh: Impulse Control mesh: Motor Skills Disorders mesh: Motor Activity
mesh: Learning Disorders mesh: school performance problems mesh: Methylphenidate mesh: Language mesh: Behavior
speciality: Neurology icpc-2: P81 speciality: Paediatrics speciality: Psychiatry