

ADHD – LIEČBA A REHABILITÁCIA PORUCHY

MUDr. Ján Šuba

Klinika detskej psychiatrie DFNSP a LFUK, Bratislava

Dňa 12. 11. 2003 sa v Bratislave v zariadení SUZA konala celoslovenská vedecko-pracovná schôdza organizovaná Sekciou detskej a dorastovej psychiatrie Psychiatrickej spoločnosti SLS, Klinikou detskej psychiatrie LF UK a DFNSP v Bratislave a Občianskym združením „Duševné zdravie detí“.

Vedecko-pracovná schôdza bola venovaná frekventne sa vyskytujúcej poruche v detskom veku. Hyperkinetická porucha F 90 (MKCH-10) resp. ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DSM-IV) je definovaná poruchou pozornosti, aktivity a kontroly impulzov. Pre hyperkinetickú poruchu je charakteristická vysoká komorbidita s viacerými poruchami diagnostikovanými v detstve – s poruchou správania, špecifickými poruchami školských schopností, enurézou, tikmi a akcentovaným vývinom osobnosti. Hyperkinetická porucha je stále výzvou pre pedopsychiatrov, ale aj pre iných odborníkov, s jasnou potrebou multidisciplinárneho prístupu v jej liečbe a rehabilitácii.

Úvod celoslovenského stretnutia bol venovaný zdarciam predneseným prítomnému jubilantovi, primárovi **MUDr. Ľudovítovi Entnerovi**, zakladateľovi Denného pedopsychiatrického sanatória v Bratislave, ktorému bola vedecko-pracovná schôdza venovaná.

Úvodná prednáška **MUDr. Šubu** bola venovaná najnovším informáciám o hyperkinetickej poruche. Prednesený príspevok poukazoval na fakt, že aj napriek postupnému zblížovaniu klasifikačných systémov MKCH-10 a DSM-IV pretrvávajú v kapitolách venovaných detskej psychiatrii rozdiely. V klasifikácii DSM-IV, v diagnostike ADHD, sú akceptované aj symptómy vyskytujúce sa samostatne len v oblasti pozornosti, hyperaktivity alebo impulzivity. V tejto klasifikácii je možné diagnostikovať úzkostné poruchy a poruchy nálady ako komorbidné. DSM-IV rozlišuje 3 subtypy ADHD – subtyp s prevahou poruchy pozornosti s výskytom 20–30%, subtyp s prevahou hyperaktivity – impulzivity s výskytom menej ako 15% a najčastejšie sa vyskytujúci kombinovaný subtyp s výskytom 50–75%. V súčasnosti sa prehodnocuje udávaný pomer výskytu hyperkinetickej poruchy u chlapcov a dievčat 4:1. U dievčat je hyperkinetická porucha pravdepodobne poddiagnostikovaná poruchou, pravdepodobne pre častejšie sa vyskytujúcu prezentáciu subtypom s prevládajúcou poruchou pozornosti, čo v našich v našich podmienkach môže viesť k nediagnostikovaniu a neliečeniu poruchy. V súčasnosti prevláda trend diagnostikovať hyperkinetickú poruchu v dospelom veku. Všeobecne je udávané pretrvávanie symptómov do dospelosti približne u viac ako 50% jedincov. Pri hyperkinetickej poruche, napriek uve-

deným klasifikačným rozdielom panuje všeobecná zhoda, že ide o rovnaký behaviorálny prejav s heterogénnou etiológiou. Vo všeobecnosti je akceptovaný neurobiologický podklad poruchy a posledné výskumy opätovne dokladujú, že u časti jedincov sa jedná o poruchu s familiárnou transmisíou. Súčasné zobrazovacie metódy dokumentujú časté podobné abnormality štruktúr mozgu, znížený prietok krvi a nižšiu metabolickú aktivitu v prefrontálnych, frontálnych a limbických oblastiach. Najnovšie výsledky zobrazovacích techník publikovali Castellanos a kolektív, ktorí poukazujú na fakt, že výsledky 18 MRI štúdií pacientov s ADHD zhodne dokumentujú asymetriu nucleus caudatus, zmeny veľkosti a tvaru corpus callosum, menšiu pravú frontálnu kôrovú oblasť a menšie pravé bazálne gangliá.

O úlohu pre- a perinatálnych faktorov pri ADHD referovala za autorský kolektív **doc. MUDr. Drobňá** z Novorodeneckej kliniky M. Rusnáka SZU, FNŠP sv. Cyrila a Metoda v Bratislave. Príspevok kládol dôraz na príčinné prenatálne faktory a dôraz na fakt, že skoré postnatálne obdobie je najzraniteľnejším obdobím vývinu mozgu. Je to obdobie dendritifikácie, synaptogenézy, tvorby neuroglie a prebiehajúcej myelinizácie. Rozsiahle pokroky v neonatológii v poslednom desaťročí umožňujú prežívať aj značne zdravotne znevýhodneným a extrémne nezrelým novorodencom. Predčasne narodené deti sú vo zvýšenej miere vystavené riziku poškodenia CNS s možným následkom hyperkinetickej poruchy. Cieľom príspevku autorského kolektívu bolo upozorniť na etiológiu poškodenia mozgu dieťaťa v pre- a perinatálnom období. Zlepšenie prenatálnej starostlivosti, rozvoj diagnostiky poškodenia mozgu a tímová spolupráca viacerých odborníkov je bezpodmienečne potrebná pri diagnostike, liečbe a rehabilitácii hyperkinetickej poruchy. Autorka konštatovala, že využitím špeciálnych diagnostických a liečebných neonatologických postupov v spolupráci s psychologickou a pedopsychiatrickou intervenciou bude možné prognózu pacientov s touto poruchou zlepšiť.

PhDr. Košč z Trnavskej univerzity prispel výstižným príspevkom venovaným hyperkinetickej poruche v dospelosti. Poukázal na fakt, že táto porucha je v dospeljej populácii nedostatočne diagnostikovaná a často prekrytá sekundárnou psychopatológiou – často v návaznosti na pridruženú poruchu osobnosti a syndróm závislosti od substancií.

PhDr. Laznibatová, riaditeľka Školy pre mimo-riadne nadané deti v Bratislave predniesla príspevok o prejavoch hyperaktivity u nadaných detí. Ako uviedla, súčasné poznatky dnes už jednoznačne potvrdzujú, že nadanie sa netýka len výkonových charakteristík, ale zasahuje celú osobnosť nadaného jedinca. Rovnako je známe, že vývin nadaných detí nebýva plynulý, rovnomerný, ale že sú tu prítomné vývinové asynchrónie a skokovitost vývinu.

Čo sa týka osobnostných prejavov, je možné u nadaných detí zaregistrovať veľmi široké spektrum, a to od individualizmu, uzavretosti, sociálnej plachosti, introverzie, cez primerané reagovanie, cez zvýšenú senzibilitu, afektivitu, až po hyperaktivitu a s tým súvisiace prejavy poruchy koncentrácie, nesústredenosti a neadekvátne reakcie.

O vlastných skúsenostiach s psychofarmakoterapiou hyperkinetickej poruchy a syndrómu prednášal za autorský kolektív **MUDr. Ondrejka** z Psychiatrickej kliniky UK JLF a MFN v Martine. Referoval o identifikácii primárnych hyperkinetických symptómov v rámci diagnózy hyperkinetickej poruchy a sekundárnych hyperkinetických syndrómov, ktoré sú súčasťou psychopatologickej výstavby inej základnej psychickej poruchy. Hyperkinetické symptómy autori identifikovali v 182 prípadoch. Primárna hyperkinetická porucha sa diagnostikovala v 117 prípadoch a sekundárne hyperkinetické syndrómy v 65 prípadoch. Zistila sa vysoká psychiatrická komorbidita pri hyperkinetickej poruche – viac ako 90%.

MUDr. Garajová z pedopsychiatrickej ambulancie v Prievidzi referovala o vlastných skúsenostiach s liečbou hyperkinetickej poruchy v ambulancii pedopsychiatra. Predložila zaujímavú analýzu súboru 152 pacientov s hyperkinetickou poruchou, ktorí boli v období troch rokov najmenej jedenkrát vyšetrení v pedopsychiatrickej ambulancii Prievidza. Rozborom bolo zistené, že v polovici prípadov dôvodom na odoslanie do pedopsychiatrickej ambulancie boli komorbidné poruchy, nie hyperkinetická porucha samotná, ako i skutočnosť, že len u 15 pacientov – prevažne v predškolskom veku – nebola prítomná žiadna komorbidná porucha. V sledovanom súbore sa najčastejšie vyskytovali emočné poruchy, tikové poruchy a funkčná enuréza. Časté boli aj poruchy správania s agresivitou. Vzhľadom na charakter poruchy a jej spojenie s edukačnými a adaptačnými problémami je nevyhnutný multidisciplinárny prístup.

O potenciálnych možnostiach ovplyvnenia hyperkinetickej poruchy prírodnými antioxidantmi referovala za autorský kolektív **MUDr. Trebatická**. V súvislosti s novými možnosťami liečby hyperkinetickej poruchy boli v odbornej literatúre publikované niektoré poznatky o účinku prírodných antioxidantov vrátane extraktu z kôry prímorskej borovice Pinus pinaster. Predmetom skúmania a predneseného príspevku bol potravinový suplement, štandardná zmes bioflavonoidov. Táto prírodná látka sa prejavuje ako silný antioxidant, vazorelaxant, antimuta-

gén. Pravdepodobne zvyšuje mikrocirkuláciu cez zlepšenie permeability kapilár. Cieľom referovanej pilotnej štúdie bolo vyšetriť účinok spomínanej látky u pacientov s hyperkinetickou poruchou. Skupinu užívajúcich potravinový suplement tvorilo 12 detí, z toho 10 chlapcov a 2 dievčatá, s priemerným vekom 9,5 roka. Druhú skupinu tvorilo 11 detí užívajúcich placebo, z toho 9 chlapcov a 2 dievčatá, s priemerným vekom 8,8 roka. Prvotné výsledky pilotnej štúdie poukazujú na štatisticky významné zlepšenie niektorých symptómov hyperaktivity a poruchy pozornosti. Autori referujú, že u pacientov s hyperkinetickou poruchou sa preukázalo zvýšené oxidačné poškodenie DNA. Po jednomesačnom podávaní skúšanej látky sa oxidačné poškodenie DNA významne znížilo na rozdiel od placeba, pri ktorom sa pozitívny účinok na oxidačné poškodenie DNA signifikantne neprejavil. Autori podotýkajú, že na definitívne výsledky štúdie je nutné počkať. **PhDr. Čiňovský** doplnil uvedený príspevok o detailnejšiu analýzu výsledkov psychologických vyšetrení.

V predpoludňajších hodinách sa uskutočnilo sympóziu sponzorované firmou Janssen-Cilag zamerané na súčasný stav farmakologickej liečby hyperkinetickej poruchy. Príspevok „Súčasný stav liečby hyperkinetickej poruchy versus odporúčané terapeutické algoritmy“ predniesol **MUDr. Šuba**. Konštatoval, že všeobecným konsenzom sú stimulancia považované za farmaká prvej voľby v terapii hyperkinetickej poruchy. V prednesenej práci zaznel prehľad najčastejšie využívaných alternatívnych farmakologických stratégií. V súčasnosti sú alternatívou stimulancií antidepresíva s noradrenergickým pôsobením. Tricyklické antidepresíva (TCA) redukujú symptómy hyperkinetickej poruchy menej významne ako stimulancia, ale pre dokázanú kardiotoxicitu sú považované za obsolentné. Selektívne inhibitory spätného vychytávania serotonínu (SSRI), mirtazapín, venlafaxín, bupropión a moklobemid majú významne menej nežiadúcich účinkov ako TCA, ale pre liečbu hyperkinetickej poruchy neboli oficiálne uvoľnené. V klinickej praxi sú niektoré novšie antidepresíva s úspechom využívané aj pre frekventnú komorbiditu hyperkinetickej poruchy s depresiou, OCD a inými úzkostnými poruchami. V dorasteneckom veku, najvýraznejšie pri stavoch komplikovaných abúsom etylu, prichádza do úvahy podľa autora tianeptín. Významnú úlohu v terapii explózívneho a agresívneho správania majú tymostabilizátory. Nízke dávky atypických neuroleptík môžu byť prospešné, ale obdobne oficiálne pre liečbu hyperkinetickej poruchy neboli uvoľnené. V klinickej praxi sú pravdepodobne neprávom obchádzaní alfa-2 adrenergní agonisti, s ktorými je na Slovensku len málo skúseností.

Mgr. Gašperík vo svojom príspevku poukázal na prvé skúsenosti v Európe s metylfenidátom s riadeným uvoľňovaním v liečbe hyperkinetickej poruchy.

MUDr. Rosenbergerová referovala o vlastných skúsenostiach s použitím metylfenidátu

u vybranej skupiny pacientov. V svojej prednáške uviedla zaujímavé a diskutované videosekvencie z letných táborov enuretických a hyperkinetických detí, ktoré každoročne organizuje.

V popoludňajšom programe ako prvá vystúpila **MUDr. Kopasová** z Kliniky detskej psychiatrie v Bratislave. Predniesla príspevok venovaný často diskutovanému vzťahu hyperkinetickej poruchy a bipolárnej poruchy. Konštatovala, že bipolárna porucha stále zostáva relatívne poddiagnostikovanou klinickou jednotkou u detí a adolescentov. Dôvodom je jednak často netypický klinický obraz, ktorý môže napodobňovať iné poruchy, a tiež aj pomerne frekventná komorbidita. Najdôležitejšou klinickou jednotkou ako z hľadiska diferenciálnej diagnózy, tak aj z hľadiska komorbidít je práve hyperkinetická porucha / ADHD. U časti detí môže byť hyperaktivita prvou vývojovou a vekovo špecifickou manifestáciou bipolárnej poruchy. Vysoké percento detí a adolescentov s bipolárnou poruchou vykazuje zároveň aj príznaky ADHD. Podobne u detí s ADHD sa relatívne často objavujú príznaky mánie. Toto obojsmerné prekryvanie symptómov môže viesť k pochybnostiam, či sa u týchto detí jedná o bipolárnu poruchu, alebo ADHD, alebo či u nich koexistujú obe tieto poruchy.

Príspevok odbornej asistentky **MUDr. Slovákovej** z KDP „ADHD – nedostatok intimity“ eseistickou formou reflektoval, že celkový obraz sveta, vytváranie si názoru naň človekom trpiaceho hyperkinetickou poruchou, je deformovaný nielen v zložke kognitívnej, ale aj emočnej. Schopnosť empatie je narušená, respektíve absentuje, z uvedeného rezultuje, že pre dospelého pacienta s ADHD môže byť pocit „intimity“ skoro neznámy.

Kolektív autorov z KDP DFNSP predniesol svoj príspevok „Výskyt a komorbidita hyperkinetických porúch u hospitalizovaných pacientov za 10 ročné obdobie“. Autori vychádzali z literárnych údajov o vysokej komorbidite a potreby jej diagnostikovania vzhľadom k farmakoterapii. Opierali sa o známe a opakovane publikované údaje, podľa ktorých viac ako 40% detí trpí jednou komorbidnou psychiatrickou poruchou. Zaujímavé výsledky za obdobie 10 rokov bolo na KDP hospitalizovaných 2943 pacientov, 1747 chlapcov a 1193 dievčat. S hyperkinetickými poruchami bolo hospitalizovaných 757 pacientov. Pre poruchu aktivity a pozornosti 547 pacientov a pre hyperkinetickú poruchu správania 183 pacientov. Pre hyperkinetické poruchy spolu bolo hospitalizovaných 613 chlapcov a 144 dievčat, čo predstavuje pomer 4,26:1. U tejto skupiny pacientov ako najfrekventnejšia komorbidita bola zistená funkčná enuréza (20,5%), adaptačné poruchy (18,3%), poruchy správania (18,3%) a úzkostné poruchy v detstve (18,1%). Zaujímavou informáciou bolo, že v sledovanom súbore boli v pomerne malom počte diagnostikované špecifické poruchy školských schopností (14,7%), ktoré sú podľa literárnych údajov prítomné u jednej tretiny

až polovice detských pacientov s touto poruchou. Problematike addikcie a výskytu ADHD sa venoval **doc. MUDr. Škodáček**. V skupine 97 hodnotených pacientov s rôznymi formami addikcie za obdobie 15 rokov bola hyperkinetická porucha diagnostikovaná u 12,2% pacientov a zaujala tretie miesto v komorbidite po diagnózach poruchy správania a mentálnej retardácie.

Nie nepodstatnou bola sekcia odborných vývešiek v ktorej bolo prezentovaných desať kvalitných posterov. Pre vymedzený priestor spomeniem len niektoré. **MUDr. Katríliková** sa venovala terapii agresivity u detí s hyperkinetickou poruchou. **Mgr. Tomášek** a spoluautori zacieliili svoj príspevok na ošetrovateľský proces v podmienkach Kliniky detskej psychiatrie. **Mgr. Tomagová** a autorský kolektív z Martina venovali svoj príspevok ošetrovateľskej starostlivosti o hyperkinetické dieťa z aspektu štandardizácie. Obdobne sa ošetrovateľskému procesu venovala **Mgr. Miertová** z Martina. **PhDr. Hollá** referovala o význame psychodiagnostiky v diferencovaní hyperkinetickej poruchy a porúch správania. Tradične kvalitným príspevkom sa prezentovala **MUDr. Bulánková** z pedopsychiatrickej ambulancie v Bratislave – Petržalke. V prepracovanej kazuistike referovala o vlastných skúsenostiach s liečbou hyperkinetickej poruchy nízkymi dávkami risperidonu u pacienta s hyperkinetickou poruchou v podmienkach pedopsychiatrickej ambulancie.

Odbornej akcie sa zúčastnili pedopsychiatri, psychiatri, psychológovia, pediatri, špeciálni a liečební pedagógovia, logopédi a rehabilitační pracovníci. Registrovaných bolo bezmála 200 účastníkov podujatia.

Vedecko-pracovná schôdza poukázala na niektoré všeobecne akceptované fakty a na skúsenosti s diagnostikou a terapiou tejto frekventnej poruchy. Poukázala na fakt, že za nepriaznivých okolností môže mať negatívny dosah na mnohé oblasti fungovania jedinca a môže ovplyvniť jeho životnú dráhu. Adekvátna liečba poruchy môže výrazne ovplyvniť kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny.

Celé podujatie uzatvorilo diskusné fórum na tému „Kvalita starostlivosti o deti s ADHD“. V diskusii viacerí zúčastnení konštatovali, že komplexná starostlivosť ostáva neustále výzvou pre pedopsychiatrov a spolupracujúce odbory. V starostlivosti o deti s hyperkinetickou poruchou je potrebné urobiť viaceré kroky – zabezpečiť adekvátnu farmakologickú liečbu, Na priebežnú psychologickú starostlivosť by mala nadväzovať kontinuálna špeciálno-pedagogická starostlivosť. Akcentovaná bola potreba interdisciplinárnej spolupráce.

Poznámka: V prípade bližšieho záujmu o prednášané témy je možné získať zborník abstraktov internetovej edrese www.psychiatriepropraxi.cz.