

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem

Klīniskais ceļš

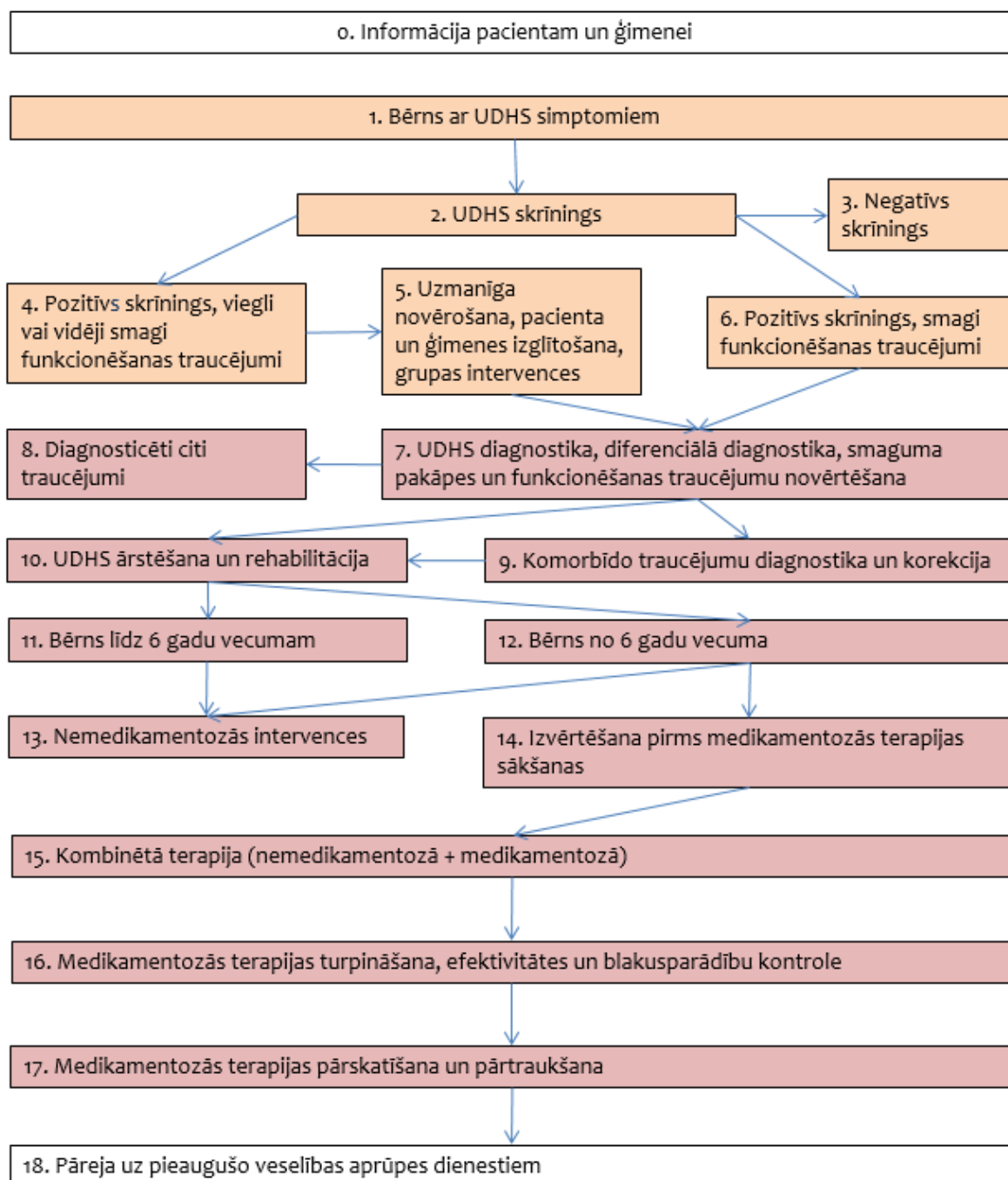
Autors: Ņikita Bezborodovs, psihiatrs, bērnu psihiatrs

Darba grupa Ņikitas Bezborodova vadībā: Elmārs Tērauds, psihiatrs, Mikus Dīriks, bērnu neirologs, Zanda Pučuka, pediatrs, Reinis Siliņš, ģimenes ārsts, Anete Masaļska, bērnu psihiatrs, Ilze Mežraupe, psihiatrs, psihoterapeits, Marina Svētiņa, uztura speciālists, Ieva Bite, klīniskais psihologs, Laila Pāpe (Aksjonenko), klīniskais psihologs, Ija Cimdiņa, bērnu psihiatrs

Saturs

Klīniskā ceļa shēma	2
Mērķauditorija.....	4
0. Informācija pacientam un ģimenei.....	4
1. Bērns ar UDHS simptomiem	4
2. UDHS skrīnings	4
3. Negatīvs skrīnings.....	5
4. Pozitīvs skrīnings, viegli vai vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi.....	5
5. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, grupas intervences	5
6. Pozitīvs skrīnings, smagi funkcionēšanas traucējumi.....	6
7. UDHS diagnostika, diferenciālā diagnostika, smaguma pakāpes un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana	6
8. Diagnosticēti citi traucējumi	7
9. Komorbīdo traucējumu diagnostika un korekcija.....	7
10. UDHS ārstēšana un rehabilitācija	7
11. Bērns līdz sešu gadu vecumam	7
12. Bērns no sešu gadu vecuma	8
13. Nemedikamentozās intervences	8
Psihoedukācija	8
Psihosociālās intervences pirmsskolas un skolas vidē.....	8
Uz uzvedību fokusētas ģimenes intervences.....	9
Sociālo iemaņu trenēšana un kognitīvi biheiviorālās intervences	9
Uztura terapija.....	9
14. Izvērtēšana pirms medikamentozās terapijas sākšanas.....	9
15. Kombinētā terapija (nemedikamentozā + medikamentozā)	9
16. Medikamentozās terapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole	10
17. Medikamentozās terapijas pārskatīšana un pārtraukšana	10
18. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpes dienestiem	10
Atsauces	12

Klīniskā ceļa shēma





Indikācijas pacienta vadīšanai konkrētā psihiskās veselības aprūpes līmenī

1. līmenis

- Bērns/pusaudzis ar UDHS simptomiem, bez nozīmīgiem funkcionēšanas traucējumiem
- Bērns/pusaudzis ar UDHS simptomiem un viegliem vai vidēji smagiem funkcionēšanas traucējumiem uzmanīgas novērošanas un nespecifisku intervenču laikā
- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS, kuram ārsts–speciālists nozīmējis specifisku medikamentozu terapiju, pēc medikamentu devu stabilizēšanas

2. līmenis

- Bērns/pusaudzis ar UDHS simptomiem un viegliem vai vidēji smagiem funkcionēšanas traucējumiem pēc uzmanīgas novērošanas perioda, ja nespecifiskās intervences nav bijušas efektīvas
- Bērns/pusaudzis ar UDHS simptomiem un smagiem funkcionēšanas traucējumiem
- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS

3. līmenis

- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS un kliniski smagiem komorbīdiem traucējumiem
- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS līdz 6 gadu vecumam, ja tiek apsvērta medikamentozā terapija
- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS, ja nav klīniskas uzlabošanās pēc vismaz viena stimulantu grupas un viena ne–stimulantu grupas preparāta izmēģināšanas
- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS, ja tiek apsvērta medikamentozā terapija ar medikamentiem ārpus apstiprinātām indikācijām

4. līmenis

- Traucējumu izvērtēšanai/ārstēšanai nepieciešamais intensitātes līmenis, speciālistu kompetences līmenis, uzraudzības līmenis nav pieejams 2. vai 3. līmenī

Mērķauditorija

- Bērnu psihiatri, psihiatri
- Bērnu neirologi, neirologi
- Ģimenes ārsti
- Pediatri
- Klīniskie, veselības un izglītības psihologi
- Funkcionālie un rehabilitācijas speciālisti
- Medicīnas māsas
- Citas ārstniecības atbalsta un ārstniecības personas
- Sociālo dienestu un citu iesaistīto valsts un pašvaldības iestāžu speciālisti
- Pacienti un viņu ģimenes locekļi

0. Informācija pacientam un ģimenei

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) ir viens no visbiežāk sastopamajiem psihisko traucējumu veidiem bērnībā, kas nozīmīgai pacientu daļai var saglabāties arī pusaudžu un pieaugušā vecumā. UDHS pieder plašākai neirālās attīstības (*neurodevelopmental*) traucējumu grupai un ir saistīts ar atipisku bērna centrālās nervu sistēmas attīstību un nobriešanu, ko nosaka sarežģīta daudzu bioloģisko, ģenētisko un vides, psihosociālo faktoru mijiedarbība.

UDHS bērniem klīniski izpaužas ar grūtībām koncentrēt uzmanību (uzmanības deficītu), hiperaktivitāti (motorisku nemieru) un impulsivitāti (impulsu kontroles traucējumiem), kas nozīmīgi traucē bērna sociālajai funkcionēšanai un ierobežo bērna spējas veiksmīgi iekļauties izglītības sistēmā un citās vidēs. Neatklāts un neārstēts UDHS ir saistīts ar būtiski paaugstinātu risku citu psihisku traucējumu (uzvedības traucējumu, emociju traucējumu, narkotisku vielu atkarības u. c.) attīstībai un nelabvēlīgu sociālo prognozi pusaudžu un pieaugušā vecumā.

UDHS ārstēšanai un rehabilitācijai ir pieejamas uz pierādījumiem balstītas, drošas un efektīvas psihosociālās un medikamentozās korekcijas metodes, kas var būtiski mazināt šo traucējumu simptomus un ar tiem saistītās funkcionēšanas grūtības un konsekvēnti būtiski uzlabot pacienta psihosociālo prognozi. [1]

1. Bērns ar UDHS simptomiem

Bērnam/pusaudzim vai viņa ģimenei ir sūdzības par mācīšanās vai uzvedības problēmām un bērna grūtībām koncentrēt uzmanību un/vai par hiperaktivitāti—impulsivitāti, kas sākušās bērna attīstības periodā, tipiski — agrīnā bērnībā, pirmsskolas vai agrīnā skolas vecumā.

- Ar neuzmanību saprot gan būtiskas grūtības uzmanības noturēšanā uzdevumos, kas nav saistīti ar augstu stimulācijas līmeni vai ātru un biežu atalgojumu, gan vieglu uzmanības novēršamību un problēmas ar aktivitāšu organizēšanu.
- Ar hiperaktivitāti saprot pārmērīgu motorisku aktivitāti un grūtības saglabāt fizisku mieru, kas visizteiktāk izpaužas strukturētās situācijās, kad vajadzīga uzvedības pašregulācija.
- Ar impulsivitāti saprot tendenci reaģēt uz tiešiem stimuliem, nedomājot par iespējamajām sekām vai riskiem. [2]

2. UDHS skrīnings

Primārās veselības aprūpes speciālists (ģimenes ārsts, pediatrs, medicīnas māsa) veic UDHS skrīningu ar vecumgrupai piemērotiem vecāku aptaujas un/vai bērnu/pusaudžu pašaptaujas instrumentiem un novērtē bērna funkcionēšanas traucējumu izteiktību un ietekmes pakāpi.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

Ieteicamie skrīninga instrumenti [3]:

- UDHS novērtēšanas (reitinga) skala IV (ADHD-RS) — versija 5—17 gadus vecu bērnu vecākiem un skolotājiem;
- pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala (ASRS) — pašaptaujas instruments, kas izmantojams pusaudžiem no 14 gadu vecuma;
- aptauja "Stiprās puses un grūtības" (SDQ) — versija 2—4 gadus vecu bērnu vecākiem, versija 4—17 gadus vecu bērnu vecākiem, pašaptaujas versija 11—17 gadus veciem bērniem.

Par UDHS iespējamību jādomā, ja:

rezultāts skrīningā sasniedz klīniski nozīmīgu līmeni

UN

bērnam/pusaudzim ikdienā ir ievērojamas funkcionēšanas grūtības izglītības, ģimenes, sociālajā, personiskajā, darba vai citās jomās un šīs grūtības tiek novērotas (iespējams, dažādās pakāpēs) mājās, skolā un citās vidēs, kur bērns/pusaudzis atrodas. [4]

3. Negatīvs skrīnings

Primārās veselības aprūpes speciālistam jāizvērtē citu psihisko, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumu iespējamība (pēc attiecīgajiem klīniskajiem algoritmiem), kā arī citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ bērns/pusaudzis ir nokļuvis uz UDHS skrīningu.

4. Pozitīvs skrīnings, viegli vai vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi

Ja bērna/pusaudža uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas problēmas saistītas ar vieglām/vidēji smagām funkcionēšanas grūtībām, primārās veselības aprūpes speciālists:

- veic pacienta un ģimenes izglītošanu,
- piedāvā bērna/pusaudža vecākiem nosūtījumu iesaistei uz uzvedību fokusētās grupas intervencēs (*nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai*),
- uzmanīgi novēro bērna/pusaudža veselības stāvokli periodā līdz 10 nedēļām. [4]

5. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, grupas intervences

Pacientu un viņa ģimeni par UDHS izglīto primārās veselības aprūpes speciālists (ģimenes ārsts, pediatrs, medicīnas māsa) vai cits veselības aprūpes speciālists, kas veicis UDHS skrīningu.

Ģimenes ārstam vai citam primārās veselības aprūpes speciālistam, kas veicis UDHS skrīningu, jārekomendē bērna/pusaudža vecākiem iesaistīties bērna vecumam un vajadzībām piemērotā uzvedību fokusētā grupas intervencē. **Lai iesaistītos uz uzvedību fokusētā grupas intervencē, nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai.**

Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozā uz uzvedību fokusētās grupas intervences pašlaik nav plaši pieejamas, bet tās realizē atsevišķas pašvaldības, nevalstiskās organizācijas un izglītības iestādes.

Ja uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas grūtības pēc 10 nedēļu ilgas uzmanīgas novērošanas, pacienta un ģimenes izglītošanas un uz uzvedību fokusētām grupas intervencēm saglabājas un ir saistītas ar vismaz vidēji smagām funkcionēšanas grūtībām, bērns/pusaudzis ir jānovirza izvērtēšanai sekundārās veselības aprūpes līmenī (bērnu psihiatrs, bērnu neirologs vai pediatrs ar pieredzi UDHS diagnostikā).

Pacientu no primārās veselības aprūpes nosūtot pie ārsta—speciālista, nosūtījumā jāiekļauj pilnvērtīga informācija par nosūtīšanas iemeslu, pacienta funkcionēšanas grūtībām un to izteiktību, iepriekš veiktajiem izmeklējumiem (ja tādi ir) un UDHS skrīninga rezultātiem.

Primārās veselības aprūpes speciālistiem nav jāveic UDHS klīniskā diagnostika un nav jāsāk medikamentoza korekcija bērniem/pusaudžiem ar aizdomām par UDHS. [4]

6. Pozitīvs skrīnings, smagi funkcionēšanas traucējumi

Ja bērna/pusaudža uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas problēmas ir saistītas ar smagām funkcionēšanas grūtībām, primārās veselības aprūpes speciālists:

- veic pacienta un ģimenes izglītošanu,
- piedāvā bērna/pusaudža vecākiem nosūtījumu iesaistei uz uzvedību fokusētās grupas intervencēs (*nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai*),
- bērnu/pusaudzi nekavējoties nosūta izvērtēšanai sekundārās veselības aprūpes līmenī (pie bērnu psihiatra, bērnu neirologa vai pediatra ar pieredzi UDHS diagnostikā) bez uzmanīgās novērošanas perioda.

Pacientu no primārās veselības aprūpes nosūtot pie ārsta—speciālista, nosūtījumā jāiekļauj pilnvērtīga informācija par nosūtīšanas iemeslu, pacienta funkcionēšanas grūtībām un to izteiktību, iepriekš veiktajiem izmeklējumiem (ja tādi ir) un UDHS skrīninga rezultātiem.

Primārās veselības aprūpes speciālistiem nav jāveic UDHS klīniskā diagnostika un nav jāsāk medikamentoza korekcija bērniem/pusaudžiem ar aizdomām par UDHS. [4]

7. UDHS diagnostika, diferenciālā diagnostika, smaguma pakāpes un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana

UDHS klīnisko diagnostiku veic bērnu psihiatrs, bērnu neirologs, pediatrs vai cits kvalificēts sekundārās veselības aprūpes ārsts—speciālists ar kompetenci un pieredzi UDHS diagnostikā.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

Katram bērnam ar aizdomām par UDHS ir jāveic somatiskā apskate. Bērna somatisko apskati var veikt sekundārās veselības aprūpes ārsts—speciālists, kas veic UDHS klīnisko diagnostiku, vai primārās veselības aprūpes speciālists, kas ir veicis UDHS skrīningu (apskates rezultātus atspoguļojot nosūtījumā pie ārsta—speciālista).

Katram bērnam ar aizdomām par UDHS ir jāveic neiroloģiskā apskate: motoriskās, jušanas, koordinācijas, līdzsvara sistēmas objektīva klīniska izmeklēšana. Pēc tam apsverama nepieciešamība papildus izvērtēt funkcionālo stāvokli pie funkcionālajiem speciālistiem—ergoterapeita, logopēda vai fizioterapeita.

Bērna neiroloģisko apskati var veikt sekundārās veselības aprūpes ārsts—speciālists, kas veic UDHS klīnisko diagnostiku, vai primārās veselības aprūpes speciālists, kas ir veicis UDHS skrīningu (apskates rezultātus atspoguļojot nosūtījumā pie ārsta—speciālista).

Ja tiek konstatētas attiecīgas klīniskās indikācijas, veselības aprūpes speciālists, kas veicis bērna neiroloģisko apskati, nosūta bērnu uz konsultāciju pie bērnu neirologa padziļinātai neiroloģiskai izmeklēšanai.

Bērnu neirologa kompetencē ir atbilstīgi klīniskajām indikācijām nozīmēt tālākos izmeklējumus: EEG, MRT, polisomnogrāfiju, EMG, neirogrāfiju vai specifiskas laboratorijas analīzes diagnozes precizēšanai un hromosomu vai metabolisku slimību gadījumā nosūtīt uz konsultāciju pie ģenētiķa.

Instrumentālie izmeklējumi UDHS diagnostikā rutīnā nav rekomendējami, uz tiem nosūta ārsts—speciālists pēc somatoneiroloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, ja ir aizdomas par citiem veselības traucējumiem.

Specifiska psiholoģiskā vai neiropsiholoģiskā diagnostika nav obligāta UDHS diagnozes noteikšanai, ar tās palīdzību nevar pierādīt vai noliegt UDHS esību, bet tā var kalpot par svarīgu informācijas avotu pacienta diagnostikas un diferenciāldiagnostikas procesā.

Par vajadzību veikt specifisku psiholoģisku vai neiropsiholoģisku UDHS diagnostiku lemj ārsts—speciālists, kas veicis UDHS klīnisko diagnostiku, nepieciešamības gadījumā izsniedzot nosūtījumu uz šo izmeklējumu.

UDHS specifisko psiholoģisko vai neiropsiholoģisko diagnostiku veic klīniskais vai veselības psihologs un sagatavo atzinumu par psiholoģiskās izpētes rezultātiem, kuru izsniedz pacientam un viņa vecākam/likumiskajam pārstāvim un ārstējošajam ārstam.

Dietologa vai uztura speciālista konsultācija vēlama gadījumā, ja vērojama sakarība starp noteiktu pārtikas produktu lietošanu un bērna uzvedību, kā arī tad, ja bērnam ir kāda cita veida ēšanas traucējumi. Uz konsultāciju pie dietologa vai uztura speciālista pacientu nepieciešamības gadījumā nosūta ārstējošais ārsts—speciālists. [5]

8. Diagnosticēti citi traucējumi

Ja bērnam/pusaudzim netiek diagnosticēts UDHS, bet tiek diagnosticēti citi psihiski, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi, to ārstēšanai un rehabilitācijai jānotiek pēc attiecīgā klīniskā algoritma.

9. Komorbīdo traucējumu diagnostika un korekcija

Komorbīdi psihiski, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi var būtiski apgrūtināt UDHS atpazīšanas un diagnostikas procesu, būt iemesls diagnostiskām un terapeitiskām kļūdām, būt saistīti ar smagākiem funkcionēšanas traucējumiem un sliktāku psihosociālo prognozi.

Komorbīdus psihiskos, uzvedības un neirālās attīstības traucējumus ārstējošais ārsts izvērtē un risina pēctecīgi vai paralēli UDHS korekcijai un ārstēšanai.

10. UDHS ārstēšana un rehabilitācija

UDHS ārstēšana ir komplekss pasākumu kopums, kurā aktīvi piedalās gan bērns/pusaudzis un viņa vecāki, gan pirmsskolas un skolas pedagogi, gan sociālie darbinieki, gan ārsti (bērnu psihiatri, bērnu neirologi, psihoterapeiti, pediatri, ģimenes ārsti).

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

Pacienta ārstēšanas un rehabilitācijas plāna izveide, ārstēšanas un rehabilitācijas procesa uzraudzība un rezultātu novērtēšana ir ārstējošā ārsta (bērnu psihiatra, bērnu neirologa, pediatra vai cita kvalificēta sekundārās veselības aprūpes speciālista ar pieredzi UDHS ārstēšanā) kompetencē.

11. Bērns līdz sešu gadu vecumam

Pirmsskolas vecuma bērni primāri jāstādīst ar nemedikamentozām intervencēm.

Medikamentozā ārstēšana pirmsskolas vecuma bērniem nozīmējama retos (klīniski smagos un komorbīdos) gadījumos, ja adekvātas nemedikamentozās intervences nav izrādījušās klīniski efektīvas, vienmēr strikti izvērtējot nepieciešamību, potenciālo ieguvumu un riskus. [6]

Pirms sākt medikamentozu UDHS ārstēšanu bērnam, kurš jaunāks par sešiem gadiem, vēlams konsultēties pie speciālista ar pieredzi UDHS ārstēšanā pirmsskolas vecuma bērniem (specializētā bērnu psihiatrijas multiprofesionālā komandā).

Pārskatīt ārstēšanas un rehabilitācijas plānu bērnam ar UDHS līdz sešu gadu vecumam, kura terapijā tiek izmantotas nemedikamentozās intervences, ārstējošajam ārstam ieteicams reizi sešos mēnešos (bet ne retāk kā reizi 12 mēnešos) vai pēc klīniskām indikācijām (psihiskā stāvokļa pasliktināšanās, jaunu veselības traucējumu parādīšanās, izmantoto intervenču nepietiekamā efektivitāte u.c.).

12. Bērns no sešu gadu vecuma

Visefektīvākā ārstēšana skolas vecuma bērniem ir kombinēta terapija: **nemedikamentozās intervences + medikamentozā terapija.**

UDHS ārstēšanu vienmēr ieteicams sākt ar nemedikamentozām intervencēm. [6]

Ja bērnam/pusaudzim par spīti izmantotajām nemedikamentozajām intervencēm saglabājas vismaz vidēji smagi, ar UDHS simptomiem saistīti funkcionēšanas traucējumi vai ja objektīvu iemeslu (nepieejamības) dēļ nav iespējams pilnvērtīgi īstenot nemedikamentozās intervences, tad paralēli ieteicams sākt UDHS medikamentozo terapiju.

Pārskatīt ārstēšanas un rehabilitācijas plānu bērnam ar UDHS pēc sešu gadu vecuma, kura terapijā tiek izmantotas nemedikamentozās intervences, ārstējošajam ārstam ieteicams ne retāk kā reizi 12 mēnešos vai pēc klīniskām indikācijām (psihiskā stāvokļa pasliktināšanās, jaunu veselības traucējumu parādīšanās, izmantoto intervenču nepietiekamā efektivitāte u.c.). Ja sāk medikamentozu UDHS terapiju, tās uzraudzībai jānotiek pēc rekomendācijām šā klīniskā ceļa 15., 16. un 17. punktā.

13. Nemedikamentozās intervences

Nemedikamentozo intervenču kopējais mērķis ir mazināt UDHS simptomu un ar tiem saistīto uzvedības un emociju traucējumu izteiktību (trenējot deficitārās prasmes un pielāgojot vidi bērna spējām un vajadzībām) un uzlabot pacienta psihosociālo funkcionēšanu un dzīves kvalitāti. Visbiežāk konkrētā pacienta ārstēšanā un rehabilitācijā ir jākombinē vairākas nemedikamentozās intervences (**multimodāla psihosociāla intervence**), jo katrai intervencei ir savi mērķi un paredzamie efekti, kas jāpielāgo pacienta individuālajai situācijai, vecumam, veselības un sociālajām vajadzībām.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

Psichoedukācija

Pacienta un viņa vecāku psichoedukācija ir veiksmīgas ārstēšanas un rehabilitācijas pamats. Psichoedukāciju veic ārstējošais ārsts vai cita pacienta ārstēšanā un rehabilitācijā iesaistīta ārstniecības atbalsta vai ārstniecības persona (piemēram, klīniskais vai veselības psihologs, medicīnas māsa, funkcionālais speciālists) savas kompetences ietvaros.

Psihosociālās intervences pirmsskolas un skolas vidē

Veselības aprūpes sistēmas darbinieku pienākums ir sniegt pacientam, viņa vecākiem (likumiskajiem pārstāvjiem) un ar viņu informēto piekrišanu arī izglītības sistēmas darbiniekiem informāciju par pacienta veselības stāvokļa īpatnībām, kas var ietekmēt viņa mācīšanās spējas un individuālās izglītības vajadzības, un par mācību vides pielāgojumiem un ieteicamajiem atbalsta pasākumiem.

Bērnam/pusaudzim nepieciešamie atbalsta pasākumi jāizvēlas tādi, kas saskan ar pacienta individuālajām veselības vajadzībām, un to izvēle ir izglītības sistēmas speciālistu kompetencē.

Uz uzvedību fokusētas ģimenes intervences

Ja tiek konstatētas attiecīgas klīniskās indikācijas, ārstējošajam ārstam ir jārekomendē ģimenei iesaistīties pacienta vecumam un vajadzībām piemērotā uz uzvedību fokusētā **grupas** intervencē (skatīt 5. punktā), ja tas netika darīts primārās veselības aprūpes posmā.

Gadījumā, ja ģimenei nav iespējas piedalīties vai ja iepriekšējā uz uzvedību fokusētā grupas intervence ir bijusi neefektīva, ārstējošajam ārstam ir jārekomendē ģimenei iesaistīties pacienta vecumam un vajadzībām piemērotā **individuālā** uz uzvedību fokusētā intervencē (piemēram, lietišķajā uzvedības analīzē).

Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozā uz uzvedību fokusētās grupas vai individuālās intervences pašlaik ir pieejamas ierobežoti, bet tās realizē atsevišķas pašvaldības, nevalstiskās organizācijas, izglītības iestādes un privātas veselības aprūpes iestādes.

Sociālo iemaņu trenēšana un kognitīvi biheiviorālās intervences

Ja tiek konstatētas attiecīgas klīniskās indikācijas, ārstējošajam ārstam ir jārekomendē pacientam iesaistīties sociālo iemaņu trenēšanas un/vai kognitīvi biheiviorālajās intervencēs.

Valsts veselības aprūpes sektorā sociālo iemaņu trenēšanas un kognitīvi biheiviorālās intervences pašlaik ir pieejamas ierobežoti, bet tās realizē atsevišķas pašvaldības, nevalstiskās organizācijas, izglītības iestādes un privātas veselības aprūpes iestādes.

Uztura terapija

Veselības aprūpes speciālistiem visos veselības aprūpes līmeņos jāseko, vai bērns ar UDHS saņem sabalansētu uzturu, pietiekamu šķidruma daudzumu un vai tiek nodrošinātas regulāras fiziskās aktivitātes.

14. Izvērtēšana pirms medikamentozās terapijas sākšanas

Ārstējošajam ārstam pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas pacients ir jāizvērtē, izvērtējumā iekļaujot:

- klīniskās diagnozes pārskatīšanu,
- komorbīdu traucējumu un sociālās vides novērtēšanu,
- somatiskās veselības novērtēšanu.

Ja pacientam nav paaugstināta kardiovaskulārā riska pazīmju vai komorbīdu traucējumu, kuru ārstēšanai viņš lieto citus medikamentus ar paaugstinātu risku kardiovaskulāro blakņu attīstībai, tad EKG nav rekomendējama kā rutīnas izmeklējums pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas uzsākšanas.

Ja tiek konstatētas attiecīgas klīniskās indikācijas, ārstējošajam ārstam pacients jānosūta uz konsultāciju pie bērnu kardiologa padziļinātai kardiovaskulārai izvērtēšanai pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas uzsākšanas.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

15. Kombinētā terapija (nemedikamentozā + medikamentozā)

Ja bērnam/pusaudzim par spīti izmantotajām nemedikamentozajām intervencēm saglabājas vismaz vidēji smagi, ar UDHS simptomiem saistīti funkcionēšanas traucējumi vai ja objektīvu iemeslu (nepieejamības) dēļ nav iespējams pilnvērtīgi īstenot nemedikamentozās intervences, tad

paralēli ieteicams sākt medikamentozo ārstēšanu ar pirmās izvēles stimulantu grupas preparātu pēc norādījumiem UDHS diagnostikas un ārstēšanas klīniskajā algoritmā. [7]

Ārstējošais ārsts noteikti informē vecākus/aprūpētājus par efektiem, kādi paredzami no medikamentu lietošanas, par iespējamajām blaknēm, iedarbības ilgumu, lietošanas veidu un paredzamo lietošanas ilgumu. Šo informāciju vēlamams sniegt arī rakstiski, to iekļaujot konsultanta slēdzienā/izrakstā.

Terapiju ar stimulantu grupas preparātu UDHS ārstēšanai sāk bērnu psihiatrs, psihiatrs, bērnu neirologs vai pediatrs ar pieredzi un kompetenci UDHS ārstēšanā (pēc bērna izvērtēšanas, diagnozes noteikšanas un ārstniecības plāna izveides).

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

16. Medikamentozās terapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole

Pēc titrēšanas un devas stabilizēšanas medikamentozās terapijas efektivitātes un blakusparādību kontrole visu medikamentozās terapijas laiku jāturpina reizi 1—3 mēnešos samērīgi pacienta klīniskajam stāvoklim.

Pēc titrēšanas un devas stabilizēšanas medikamentu izrakstīšanu un medikamentozās terapijas efektivitātes un blakusparādību kontroli ar ārstējošā ārsta—speciālista rekomendāciju var veikt pacienta ģimenes ārsts. Šajā gadījumā vizīte pie ārstējošā ārsta—speciālista novērošanai dinamikā ieteicama reizi sešos mēnešos (bet ne retāk kā reizi 12 mēnešos) vai gadījumā, ja ģimenes ārsts novēro pacienta psihiskā stāvokļa pasliktināšanos, ja parādās jauni veselības traucējumi vai attīstās blakusparādības, ja samazinās medikamentozās terapijas efektivitāte vai ja ir citas klīniskas indikācijas konsultācijai pie ārsta—speciālista.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

Medikamenta efektivitātes un blakusparādību kontrolei ieteicams izmantot strukturētus vecāku aptaujas un/vai pašaptaujas instrumentus:

- ADHD-RS — UDHS simptomu un medikamenta klīniskās efektivitātes novērtēšanai,
- blakusparādību skala — medikamenta blakusparādību novērtēšanai.

17. Medikamentozās terapijas pārskatīšana un pārtraukšana

Ārstējošajam ārstam, bērnu psihiatram, bērnu neirologam, pediatram vai citam kvalificētam sekundārās veselības aprūpes speciālistam ar kompetenci un pieredzi UDHS ārstēšanā pacienta medikamentozā terapija ir jāpārskata ne retāk kā reizi 12 mēnešos un ar pacientu un viņa vecāku/likumisko pārstāvi jāapspriež medikamentozās terapijas turpināšanas lietderība.

18. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpes dienestiem

UDHS gadījumā līdzīgi citiem neirālās attīstības traucējumiem lielai daļai (līdz pat 70 %) pacientu traucējumi saglabājas arī pieaugušo vecumā un ir saistīti ar nozīmīgām ciešanām, lielāku risku komorbīdu veselības traucējumu attīstībai un būtiski sliktāku sociālo adaptāciju. UDHS adekvāta ārstēšana pieaugušo vecumā ļauj būtiski mazināt darbnespējas, delinkvences, vielu atkarības un citu komorbīdu psihisko traucējumu veidošanās riskus un izvairīties no ilgtermiņa sociālām un veselības sekām. [8]

Jauniešiem, kas skolas vecumā ārstēti specializētos bērnu psihiatrijas dienestos un bijuši uz rehabilitāciju sakarā ar UDHS simptomiem un ar tiem saistītiem funkcionēšanas traucējumiem, ir jānodrošina iespēja atkārtotam izvērtējumam skolas beigšanas vecumā, lai noskaidrotu vajadzību

pēc UDHS ārstēšanas turpināšanas arī pieaugušo vecumā. Ja UDHS vai komorbīdu psihisko traucējumu dēļ jauniešiem vajadzīga tālāka psihiatriskā palīdzība, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem.

Noslēdzot sadarbību ar bērnu psihiskās veselības aprūpes dienestiem, ārstējošais ārsts sagatavo un izsniedz etapa epikrīzi, tajā iekļaujot gan pilnvērtīgu informāciju par pacienta veselības stāvokli, sadarbības laikā konstatētajiem veselības traucējumiem, par ārstēšanu un rehabilitāciju, gan rekomendācijas tālākai pacienta veselības aprūpei.

Pārejas periodā uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem rekomendējama oficiāla koordinēšanas sapulce, kurā piedalās bērnu un pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestu pārstāvji, un jauniešiem ir jāsaņem pilna informācija par pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Pārejas plānošanā jāpiedalās jauniešiem un nepieciešamības gadījumā arī viņa vecākam (likumiskajam pārstāvim).

Pēc pārejas uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem ir jāizvērtē jaunieša ar UDHS vajadzības, vērtējumā iekļaujot personīgo, izglītības, darba un sociālo funkcionēšanu, tāpat jāizvērtē arī komorbīdi traucējumi (īpašu uzmanību pievēršot atkarību izraisošo vielu kaitējoši pārmērīgi lietošanai un atkarībai, personības traucējumiem, emocionāliem traucējumiem un mācīšanās grūtībām).

Atsauces

1. Andrēziņa R, Tērauds E, Ķevere L, Bezborodovs N. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostikas un korekcijas vadlīnijas bērniem un pusaudžiem. 2014.
2. World Health Organization (WHO). 10th revision of the international classification of diseases (ICD–10), Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders. Geneva: 1992.
3. Banaschewski T, Zuddas A, Asherson P, et al. ADHD and Hyperkinetic Disorder. Oxford University Press; 2015.
4. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). NICE guideline [NG87] Attention deficit h hyper yperactivity activity disorder: diagnosis and management. 2018.
5. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Points on the diagnosis, assessment and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. Commonwealth of Australian, 2012; 1–29.
6. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics, 2019; 144(4).
7. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 2014; 28(3): 179–203.
8. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. European Psychiatry, 2019; 56: 14–34.