

Profesore Raisa Andrēziņa
Dr. Elmārs Tērauds
Dr. med. Laura Ķevere
Dr. Ņikita Bezborodovs

Uzmanības deficīta un
hiperaktivitātes sindroma (UDHS)
diagnostikas un korekcijas vadlīnijas
bērniem un pusaudžiem

Recenzēja: Dr. Ija Cimdiņa
Dr. Ludmila Zilbermane

BKUS Bērnu psihiatrijas klīnika
RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra

2014

Ievads

Pirmie dati par impulsīviem, hiperaktīviem bērniem, daļai no kuriem bija pārslimots meningīts, publicēti ap 1900. gadu, un šiem bērniem bija diagnosticēts jauns traucējumu veids – hiperaktivitātes sindroms. Pēc 1960. gada tika arvien vairāk pētīti emociju, uzmanības, mācību traucējumi bērniem bez neiroloģiska deficīta, un uz šo pētījumu bāzes veidojusies izpratne par uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (UDHS). Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms ir psihiski traucējumi, kuru sākums ir pirmsskolas vecumā, galvenās izpausmes ir neuzmanība, impulsivitāte un hiperaktīva uzvedība. Šo traucējumu sekas var būt vērojamas visas dzīves laikā un būtiski pasliktināt pacienta sociālo adaptāciju. Šo traucējumu izpēte sevišķi intensīvi notiek pēdējos 10–15 gados, publikācijās ir minēts arī UDHS pieaugušajiem. UDHS terapijā tiek piedāvāti metilfenidāta grupas medikamenti un antidepresanti kopā ar psihoterapiju. Gan pasaulē, bet it īpaši Latvijā UDHS diagnostika un ārstēšana ir nepietiekama. Nepilnīga ir informētība par šo traucējumu veidu gan mediķu un citu speciālistu vidū, gan sabiedrībā kopumā.

Saskaņā ar Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. pārskatu [1] ar UDHS jāsaprot diagnostiskā kategorija F90 Hiperaktivitāte un uzmanības traucējumi.

UDHS vadlīnijas domātas psihietriem, bērnu psihietriem, bērnu neirologiem un pediatriem, kā arī citu specialitāšu ārstiem un rezidentiem. Vadlīnijas varētu tikt izmantotas arī pirmsskolas un sākumskolas pedagogu un psihologu darbā. Vadlīniju mērķis ir aktualizēt UDHS savlaicīgu diagnostiku, kā arī sniegt informāciju par mūsdienīgas ārstēšanas iespējām Latvijā.

Etioloģija un patoģenēze [2–7]

Pēdējo gadu molekulāri ģenētiskie pētījumi rāda, ka UDHS ir saistīts ar dopamīna receptoru aktivitātes traucējumiem, dopamīna transporta un dopamīna beta hidroksilāzes disfunkciju (regulē norepinefrīna sintēzi). Ar UDHS patoģenēzi saistītie kandidātgēni: DRD4 (D4 receptoru gēns) konstatēts 34–68% UDHS pacientu, DRD5 (D5 receptoru gēns) 34%, DBH (dopamīna beta hidroksilāzes gēns) 33%, 5-HTT (serotonīna transportētājs) 31–33%, DAT1 (dopamīna transportētājs) u.c.

UDHS pacientiem ir samazināta dopamīna aktivitāte prefrontālajās smadzeņu daļās, kas pavājina informācijas fiksāciju un apstrādi. Magnētiskās rezonanses tomogrāfijas (MRT) pētījumos konstatēts samazināts prefrontālās garozas tilpums. Atrade pozitronu emisijas tomogrāfijā (PET) norāda uz samazinātu dopamīna aktivitāti *nucleus caudatus* un limbiskajā sistēmā, kā arī samazinātu apasiņošanu pieres daivā. MRT konstatēts, ka UDHS pacientiem par diviem gadiem novērojama prefrontālās un precentralās garozas attīstība, kā arī novērojama temporālo reģionu garozas hiperaktivitāte. Ir pētījumu dati [2], ka bērniem ar UDHS ir par 3–8% mazāks kopējais smadzeņu apjoms, šāda smadzeņu apjoma atšķirība saglabājas arī pusaudža vecumā un nav atkarīga no UDHS terapijas ar metilfenidāta grupas medikamentiem. Pieaugušo vecumā smadzeņu apjoma atšķirības izlīdzinās.

Būtiska loma UDHS etioloģijā ir norepinefrīna līmeņa svārstībām galvas smadzenēs (*locus coeruleus*) un perifērajā simpātiskās nervu sistēmas daļā. Norepinefrīns ir būtisks uzmanības procesu regulētājs CNS. Ar ietekmi uz norepinefrīna un dopamīna vielmaiņu skaidro medikamentu – antidepresantu, metilfenidāta – efektu, ārstējot UDHS.

Pārmantojamība: pētījumos ar monozigotiskajiem dvīņiem konstatēta 50% UDHS konkordance, bet brāļiem un māsām risks saslimt ir divas reizes lielāks nekā populācijā. Bērnu ar UDHS vecākiem statistiski biežāk novēro uzvedības traucējumus, depresiju un vielu atkarības slimību [6]. Ir pētījumi, kuros 76% pacientu ar UDHS konstatēti līdzīgi traucējumu simptomi ģimenē [5].

UDHS etioloģijā noteikta loma ir eksogēnajiem organiskajiem faktoriem [3], un kā būtiskākie ir minēti: smēķēšana grūtniecības laikā, marihuānas ilgstoša smēķēšana mātei, pacientam – patoloģiskas dzemdības (īpaši, ja tās komplikējas ar insultu – hemorāģisku vai hipoksisku), zems jaundzimušā svars vai priekšlaicīga dzimšana, galvas traumas zīdaiņa un bērna vecumā, toksisku faktoru iedarbība uz augli vai jaundzimušo. Šie faktori bieži ir noteicošie, vai bērnam ar ģenētisku UDHS predispozīciju attīstīsies UDHS.

Psihosociālie faktori [3]. Jau 1975. gadā tika publicēti *Rutter* UDHS risku paaugstinošie faktori: nopietnas nesaskaņas ģimenē, zema sociālā klase, liela ģimene (daudz bērnu), tēva kriminalitāte, psihiska slimība mātei. Nelabvēlīga sociālā un emocionālā situācija ģimenē ir būtisks faktors, kas paaugstina UDHS risku. Tomēr neviens no psihosociāliem faktoriem pats par sevi nav tiešs UDHS cēlonis, bet UDHS norisi padara smagāku.

Pēc dažādu autoru datiem [7], televizora skatīšanās pirmajos trijos bērna dzīves gados nav UDHS riska faktors. Nav atrasti arī pierādījumi par kādu produktu vai diētu tiešu saistību ar UDHS paaugstinātu risku.

Statistika

Statistikas gadagrāmatā par 2012. gadu [8] ir dati, ka Latvijā ir kopumā reģistrēti (“Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem”) 3517 pacienti ar Psihiskās attīstības traucējumiem (F8) un 3177 pacienti ar Bērnu un pusaudžu vecuma uzvedības un emociju traucējumiem (F9). No tiem pirmo reizi reģistrēti 600 pacientu ar F8 un 494 pacienti ar F9. Pēdējo gadu laikā pieaug aprūpē ņemto pacientu līdz 18 gadu vecumam skaits ar Hiperkinētiskiem traucējumiem (F90 un F90.1) no 692 pacientiem 2006. gadā līdz 1060 reģistrētiem pacientiem 2012. gadā, no tiem pirmo reizi aprūpē ņemti 117 pacieni 2006. gadā, 133 pacienti 2007. gadā, 150 pacientu 2009. gadā un 149 pacienti 2012. gadā. Latvijā nav statistikas datu par UDHS izplatību pieaugušo vecumā, šādi traucējumi tiek atpazīti un diagnosticēti tikai atsevišķos gadījumos.

Pēc statistikas datiem ASV ir ap 7,8% (2–20% dažādos pētījumos), t.i., ap 4,5 miljoniem bērnu, un 4,4% pieaugušo ar UDHS. No tiem ap 60% bērnu ar UDHS un mazāk nekā 15% pieaugušo ar UDHS saņēmuši atbilstošu terapiju pēdējā gada laikā [4, 5]. Kopumā pasaulē UDHS ir 1,0–8,7% bērnu, līdz pat 8,5% pusaudžu un 1,2–8,4% pieaugušo dažādos statistiskos pētījumos dažādās valstīs. Tāpat dažādos pētījumos ir ziņas, ka zēniem UDHS ir divas līdz deviņas reizes biežāk nekā meitenēm [4]. Lai gan pēdējos gados ir tendence pieaugt UDHS īpatsvaram meitenēm, tomēr ārsta palīdzību biežāk meklē zēnu vecāki.

50–60% UDHS pavada kādi komorbīdi traucējumi kā mācīšanās traucējumi, uzvedības traucējumi, depresija, bipolāri afektīvi traucējumi, ģeneralizēta trauksme, atkarības saslimšanas un vielu lietošana, personības traucējumu iezīmes, autiskā spektra traucējumi u.c. Saskaņā ar pētījumu datiem, 30–60% pacientu UDHS izpausmes dažādā mērā var būt novērotas arī pieaugušo vecumā.

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma diagnostiskie kritēriji (SSK-10) [1]

Lai sekmīgi atpazītu un diagnosticētu UDHS, ir nepieciešama pilna, izvēsta klīniska un psihosociāla izvērtēšana. Darbā ar pacientu jāievāc detalizēta objektīva anamnēze no bērna vecākiem (aizbildņiem) un citiem ģimenes locekļiem, pedagogiem, sociāliem darbiniekiem, kā arī ģimenes ārsta. Lai atvieglotu UDHS diagnostiku un izvērtētu šo traucējumu dinamiku, rekomendējams izmantot diagnostiskās skalas. Visiem bērniem jānovērtē somatiskais veselības stāvoklis, jāveic klīniskās analīzes un nepieciešamības gadījumā arī elektroencefalogramma, datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses tomogrāfija galvas smadzenēm.

Hiperkinētiskie traucējumi F90

(Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms)

F90 Hiperkinētiskos traucējumus iedala:

- F90.0 Hiperaktivitāte un uzmanības traucējumi

Iekļauj arī: Aktivās uzmanības vājums ar hiperaktivitāti

Klīniskā aina atbilst F90 vispārējiem kritērijiem. Praksē F90.0 uzskata par tipisko Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (nosaukums nāk no DSM 4 klasifikatora [9] – *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, ar kuru strādā psihiatri ASV un citās valstīs. Jaunajā DSM 5 klasifikatorā, kas stājās spēkā 2013. g., UDHS diagnostiskie principi un kritēriji nav mainījušies [20]).

- F90.1 Hiperkinētiskie uzvedības traucējumi

F90 diagnostiskos kritērijus papildina vairāk izteikta hiperaktivitāte un impulsīva uzvedība, kas kombinējas ar citiem uzvedības traucējumiem, kas SSK-10 ir aprakstīta Uzvedības traucējumi bērnu vecumā (F91) grupā.

- F90.8 Citi hiperkinētiskie traucējumi

- F90.9 Neprecizēti hiperkinētiski traucējumi, kodu izmanto reti, ja ir problemātiski diferencēt F90.0 no F90.1 (iekļauj hiperkinētisku reakciju bērnu vai pusaudžu vecumā).

F90 Hiperkinētiskā sindroma (UDHS) diagnoze saskaņā ar SSK-10 ir pamatota, ja no G1 ir konstatējami vismaz seši simptomi, no G2 – trīs simptomi, no G3 – vismaz viens simptoms, kas tiek novērots vismaz sešu mēnešu periodā.

Lai diagnosticētu hiperkinētisko sindromu (UDHS), uzmanības traucējumiem, hiperaktivitātei, nemierīgumam jābūt spilgti izteiktiem un konstatējamiem dažādās situācijās un vidēs (pirmsskolas izglītības iestādē, skolā, mājās), šo traucējumu cēlonis nav citi psihiski traucējumi vai slimība (piemēram, autisms vai afektīvi traucējumi).

Traucējumu sākums ir bērnam pirms septiņu gadu vecuma. Īpaši nozīmīga ir agrīna šo traucējumu diagnostika, lai nodrošinātu savlaicīgu ārstēšanas uzsākšanu un uzlabotu sociālo prognozi.

G1. Neuzmanība. Vismaz **seši** no minētajiem neuzmanības simptomiem ir spilgti izteikti vismaz **sešu** mēnešu novērošanas periodā, tie ir saistīti ar vāju adaptāciju un neatbilst bērna attīstības līmenim:

1. bērns nespēj uzmanīgi sekot uzdevumu detaļām vai arī pieļauj neuzmanības kļūdas mācību procesā vai rotaļās;
2. nespēj ilgi fiksēt uzmanību, mācoties vai rotaļājoties;
3. rodas iespaids, ka bērns nedzird to, ko viņam saka;
4. bērns nespēj sekot norādījumiem un pabeigt uzsākto darbu;
5. bieži traucēta darba un rotaļu organizācija (norise);
6. bieži izvairās no mājas darbiem vai citām aktivitātēm, kas prasa garīgu piepūli;
7. bieži zaudē priekšmetus, kas ir nepieciešami noteiktu darbību veikšanai, – skolas piederumus, rakstāmlietas, grāmatas u.c.;
8. ārējie kairinātāji viegli novērš uzmanību;
9. ikdienas aktivitātēs ir aizmāršīgs.

G2. Hiperaktivitāte. Vismaz **trīs** hiperaktivitātes simptomi no minētajiem vismaz **sešu** mēnešu novērošanas periodā, tie ir saistīti ar vāju adaptāciju un neatbilst bērna attīstības līmenim:

1. bieži nemierīgi kustina rokas un kājas, nevar būt mierā;
2. pamet savu vietu klasē vai citā situācijā, kad viņam būtu jāsēž;
3. bieži nevieta sāk skriet vai kaut kur rāpties, kad tas nav atļauts;
4. bieži spēlējas pārmērīgi trokšņaini vai ir grūtības spēlēt klusumā;
5. ilgstoša, pārmērīga kustību aktivitāte, ko nevar ietekmēt sociālā situācija vai aizrādījumi.

G3. Impulsivitāte. Vismaz **viens** no minētajiem impulsivitātes simptomiem vismaz **sešu** mēnešu periodā, tie ir saistīti ar vāju adaptāciju un neatbilst bērna attīstības līmenim:

1. bieži izkliež atbildes, pirms jautājums ir pabeigts;
2. nespēj stāvēt rindā, lai sagaidītu savu vietu grupu rotaļās;
3. bieži pārtrauc citus un iejaucas (piemēram, klātesošo rotaļās vai sarunās);
4. bieži nevieta runā pārāk daudz, nerēķinoties ar sociālo situāciju.

G4. Traucējumi sākušies ne vēlāk kā septiņu gadu vecumu.

G5. Aprakstītie kritēriji neizpaužas vienā noteiktā situācijā, bet tie ir novēroti gan mājās un skolā, gan citās iestādēs, kurās bērns atrodas (arī slimnīcā). Lai izvērtētu diagnostiskos kritērijus, nepieciešama informācija (objektīvā anamnēze) no vairākām personām.

G6. G1–G3 simptomi ir saistīti ar klīniski nozīmīgu distresu vai traucējumiem personas sociālajā, pedagoģiskajā un turpmākajā profesionālajā dzīvē.

G7. Traucējumi neatbilst vispārējiem attīstības traucējumu kritērijiem (F84.–), mānijas epizodei (F30.), depresijas epizodei (F32.–) vai trauksmei (F41.–).

Uzmanības traucējumu ar hiperaktivitāti un agresiju izvērtēšanas skala

IOWA Conners Rating Scale (Inattention with Overactivity and Aggression)

Adaptēts pēc: Loney J., Milich R., 1982 [10].

	Nav novērots (0)	Viegli izteikts (1)	Mēreni izteikts (2)	Ļoti izteikts (3)
Neuzmanības un hiperaktivitātes subskala				
1. Nemiers				
2. Dungošana un citas dīvainas skaņas				
3. Kaitināms un impulsīvs				
4. Nenoturīga uzmanība				
5. Nespēj pabeigt iesākto				
Opozicionāri izaicinošas uzvedības subskala				
6. Strīdīgs, ķildīgs				
6. Rikojas "viltīgi"				
8. Dusmu izviridumi, eksplozivitāte				
9. Izaicinoša uzvedība				
10. Nesadarbošanās				

Katras subskaļas maksimālā vērtība ir 15 punkti. Skala lietojama UDHS intensitātes un klīnisko īpatnību strukturētai izvērtēšanai. Skalu var izmantot kā skrīninga instrumentu.

UDHS atpazīšanai var izmantot arī *National Institute of Mental Health (NIMH) 2004.* gada UDHS rekomendācijās ietvertās skalas (*Checklist*).

Pazīmes, kas liecina par UDHS (pacienta vecākiem un profesionāļiem)

Bērna uzvedība (atzīmēt raksturīgās pazīmes):	
	visu laiku kustina pirkstus, plaukstus, rokas, pēdas, kājas
	staigā, skraida, grozās riņķī, kamēr citi sēž
	nevar nogaidīt pie līnijas, uzsākot spēli vai nomainoties spēles laikā
	nevar pabeigt iesākto
	ātri, pēc īsa brīža viss apnīk
	sapņains dienas laikā vai liekas, ka ir citā pasaulē
	runā tajā pašā laikā, kad runā citi
	ātri sadusmojas, pildot mājas darbus un skolas uzdevumus
	vispirms dara, pēc tam domā
	nevar noturēt uzmanību, ja kāds staigā apkārt

UDHS atpazīšanai var izmantot arī NIMH (*National Institute of Mental Health*) 2006. gada UDHS rekomendācijās ietvertās skalas.

Pazīmes, kas liecina par UDHS (pacienta vecākiem un psihiskās veselības aprūpes profesionāļiem)

Bērna attīstības līmenim neatbilstoša hiperaktivitāte		
	nepārtraukts nemiers	bieži kustina plaukstus un pēdas vai šūpo kājas sēžot
	kustību aktivitāte	skraida pa telpām, kāpj uz galdiem vai paliek sēžot situācijās, kurās tas netiek prasīts
Bērna attīstības līmenim neatbilstoša impulsivitāte		
	impulsivitāte	izsaka atbildes, pirms jautājums ir sadzirdēts
	nepacietība	grūtības sagaidīt savu kārtu vai griežas apkārt un iet prom
Bērna attīstības līmenim neatbilstoša neuzmanība		
	traucēta uzmanības pārslēgšana	uzmanību novērš jebkuri notikumi (redzami un dzirdami) klasē
	traucēta uzmanības noturība	neseko instrukcijām un norādījumiem, pieļauj neuzmanības kļūdas
	nespēja sekot instrukcijām	ir pastāvīgas grūtības sekot instrukcijām
	zaudē mācību līdzekļus	zaudē vai atstāj nepareizās vietās mācību piederumus
	nespēja fokusēt uzmanību	strauji pārslēdzas no viena nepabeigta darba uz citu, tas rada problēmas ar mājas darbu izpildīšanu

UDHS diferenciālā diagnoze [11]

1. Norma

Vecāki var sūdzēties par bērna kustīgumu, nespēju nosēdēt mierā, kas patiesībā ir vecuma normas robežās. Bērna ziņkārība un kustīgums var būt nogurdinoši vecākiem un skolotājiem, bet no ārsta puses tas prasa līdzjutību un izskaidrošanu, nevis UDHS diagnosticēšanu.

2. Situācijas hiperaktivitāte

Daži bērni un pusaudži ir hiperaktīvi un neuzmanīgi tikai vienā vidē, piemēram, skolā, bet ne mājās, un otrādi. Šiem bērniem pēc pašreizējiem diagnostiskajiem kritērijiem, kas prasa simptomu pervazivitāti, nevar diagnosticēt UDHS vai hiperkinētiskus traucējumus. Dažos gadījumos situācijas noteikti simptomi var būt kā maigāka pervazīvo simptomu izpausme, ko labāk atpazīst vienā noteiktā vidē. Citos gadījumos situācijas noteiktie simptomi atspoguļo tikai situācijas stresorus. Piemēram, simptomi, kas parādās skolā, var būt saistīti ar specifiskiem mācīšanās traucējumiem, bet simptomi, kas ir ierobežoti ar mājas vidi, var atspoguļot attiecību vai emocionālās problēmas ģimenē.

3. Uzvedības traucējumi (F91)

Ir skaidri zināms, ka UDHS un uzvedības traucējumi bieži kombinējas, tomēr iespējami ir varianti, kad izolēti uzvedības traucējumi ir grūti diferencējami ar UDHS. Impulsivitāte ir raksturīga abiem traucējumu veidiem. Bērni un pusaudži ar uzvedības traucējumiem var negribēt sēsties pie skolas darbiem, var staigāt pa macību telpu nodarbības laikā, traucējot tās norisi. Savukārt bērni un pusaudži ar uzvedības traucējumiem mājās var negribēt pildīt mājas darbus. Diferencēšanas jautājums ir, vai neuzmanība un motors nemiers saglabājas paša bērna izvēlēto aktivitāšu laikā, piemēram, zīmēšanas, komiksu lasīšanas laikā, kamēr spēlējas ar draugiem. Ja atbilde ir "nē", tas, visticamāk, nav UDHS, ja "jā", tas var būt UDHS un uzvedības traucējumu kombinācija (atkarībā no simptomu pervazivitātes, sākšanās vecuma u.tml.).

4. Emociju traucējumi (F92, F93, F3 grupa, F4 grupa)

Izteikta trauksme, depresija vai mēnija var izpausties kā nemiers un neuzmanība, bet šajos gadījumos UDHS diagnoze nav nosakāma. Novērtējot bērnu ar UDHS un emocionālo simptomu sajaukumu, ir svarīgi rūpīgi savākt anamnēzi, lai noskaidrotu, kas sākotnēji ir parādījies klīniskajā ainā. Ja sākotnēji parādījušies emocionālie simptomi, pareizā diagnoze, visticamāk, ir tikai emocionālie traucējumi. Tomēr, ja sākotnēji parādījušies UDHS simptomi, tad diagnoze var būt akūti emociju traucējumi, kas uzslājņojušies hroniskam UDHS.

5. Tiki, horeja un citas diskinēzijas (F95)

Šos traucējumus var sajaukt ar hiperaktīva bērna motoru nemieru. Ārstam uzmanīgi jānovēro kustību raksturs. Bērniem ar tikiem var būt arī UDHS, un bieži UDHS simptomi ir atrodamī agrīni pirms pirmo tiku parādīšanās.

6. Autiska spektra traucējumi (F84)

Par autiska spektra traucējumiem jāaizdomājas, kad nemiers un neuzmanība kombinējas ar autiska tipa sociālās funkcionēšanas traucējumiem, komunikācijas īpatnībām, rigīdu un stereotipu uzvedību, spontānas sižetiskas spēles trūkumu.

7. Intelektuālie traucējumi, garīgā atpalicība (F7 grupa)

Nevajadzētu diagnosticēt UDHS, ja indivīda uzmanības un uzvedības kontrole atbilst viņa psihiskajam vecumam. To nepieciešams attiecināt uz bērniem ar garīgo atpalicību, kā arī visiem citiem bērniem. Piemēram, ja 10 gadus veca zēna psihiskais vecums un attīstība atbilst sešu gadu vecumam, nevajadzētu diagnosticēt UDHS, ja viņa uzmanības un uzvedības kontroles līmenis atbilst tam, kas sagaidāms no sešus gadus veca bērna. Tomēr UDHS diagnoze ir apsverama, ja viņa uzmanības un uzvedības kontrole atbilst trīs gadus veca bērna līmenim, kas ir ievērojami zemāka par to, kas sagaidāma no viņa psihiskā vecuma. Ne vienmēr bērniem ar garīgo atpalicību ir UDHS, tomēr garīgā atpalicība būtiski paaugstina UDHS attīstības risku. Epidemioloģiskie dati liecina, ka UDHS ir vidēji 10–30 reizu biežāk sastopams bērniem ar garīgu atpalicību nekā bērniem vidēji populācijā.

UDHS komorbiditāte

UDHS komorbiditāte atkarībā no vecuma [12]

	<6 gadi	Bērni	Pusaudži	Pieaugušie
Opozicionāri izaicinoša uzvedība	+++	+++	++	+
Saskarsmes traucējumi	++	+	+	+
Uzvedības traucējumi	+	++	+++	Antisociāla personība
Trauksme	-/+	++	+++	+++
Depresija	-	+	++	+++
Distīmija	-	+	++	+++
Psihoaktīvu vielu lietošana	-	-	+	++

UDHS komorbiditāte ir atšķirīga dažādos vecuma posmos.

0–7 gadu vecuma bērniem UDHS kombinējas ar garīgās attīstības aizturi, logoneirozi un tiku neurozi.

6–11 gadu vecuma bērniem UDHS kombinējas ar socializētiem un nesocializētiem uzvedības traucējumiem, bērnu vecuma afektīviem traucējumiem, specifiskiem runas un valodas, specifiskiem mācīšanās prasmju traucējumiem, nikotīnismu.

12–16 gadu vecumā UDHS klīniskā aina kļūst komplicēta ar dažādiem uzvedības traucējumiem, ar specifisko personības traucējumu pakāpenisku attīstību (emocionāli nestabila, disociāla personība), bipolārām garastāvokļa traucējumu epizodēm (biežāk BAT 1), kā arī vielu atkarības slimībām.

UDHS komorbiditātes klīniskās izpausmes

UDHS kombinācija ar:	Klīniskās izpausmes
Opozicionāri izaicinoša uzvedība	Bieža kaitināmība, emocionāla labilitāte, vecāku kritizēšana, bieži verbāli konflikti
Saskarsmes traucējumi	Nespēja veidot attiecības ar vienaudžiem, izraisa verbālus un fiziskus konfliktus ģimenē, skolā, uz ielas
Uzvedības traucējumi	Raksturīga asociāla uzvedība skolā, skolas kavēšana, bēguļošana un klaiņošana, iespējamās zādzības un citas krimināli sodāmas darbības
Trauksme	Ārēji bravūrīgi, bet realitātē zems pašvērtējums, trauksme par attiecībām klasē un ar skolotājiem
Depresija un distīmija	Dažiem pacientiem ar endogēnu depresiju pusaudžu un bērnu vecumā depresijas klīnisko izpausmju fasāde ir UDHS, bieža kombinēšanās ar trauksmi
Psihoaktīvu vielu lietošana	UDHS pacienti bieži tiecas veidot attiecības ar asociālām personībām vai grupām, kuru iespaidā ir augsts risks uzsākt atkarības vielu lietošanu, kas sākotnēji pacientiem dod atvieglojumu trauksmes gadījumos, u.c.

UDHS norise un prognoze

Vecums (gadi)	1–3	4–6	7–10	11–13	14–17
Klīniskās izpausmes un sociālās problēmas	Bērniem ar turpmāku UDHS novēro neuzmanību, nepacietību, bērni ir trokšņaini, nepakļaujas ne lūgumiem, ne aizrādījumiem	Zems pašvērtējums, grūtības iekļauties pirmsskolas nodarbībās, adaptācijas grūtības	Sliktas sekmes skolā, socializācijas problēmas, destruktīva uzvedība klasē un ģimenē	Opozicionāri izaicinoša uzvedība, disforija, subdepresija, agrīna tieksmju un dziņu izbrīvēšanās	Antisociāla uzvedība, nespēja pabeigt mācību iestādi, atkarības slimības, augsts delinkventas uzvedības risks, augsta riska uzvedība, pusaudžu grūtniecība, augsts STS risks

UDHS pieaugušo vecumā

Daļai bērnu (ap 30–60%) ar UDHS traucējumi turpinās arī pieaugušo vecumā. Dažādos epidemioloģiskos pētījumos populācijā no 18 gadu vecuma UDHS novēro 4,2–4,7%, bet tiesu psihiatrijas klīnikās un centros, kur ārstē vardarbīgus pacientus vai alkohola atkarīgos, UDHS izpausmes novēro katram ceturtajam pacientam, tomēr UDHS netiek atpazīts kā atsevišķa diagnostiska kategorija [13]. Pieaugušo UDHS pacienti biežāk psihiatram sūdzas par koncentrēšanās traucējumiem, īstermiņa atmiņas traucējumiem, garastāvokļa svārstībām, bet aktīvās uzmanības vājums, nemiers vai impulsivitāte nav patognomi simptomi. Pieaugušo vecumā klasisko UDHS klīnisko ainu papildina garastāvokļa traucējumi, dažāda veida trauksme, specifiski personības traucējumi (galvenokārt antisociāli). Pieaugušajiem ar UDHS nav pazemināts intelekta koeficients. Klīnisko ainu bieži smagāku dara komorbiditāte ar atkarības vielu lietošanas, azartspēļu atkarību u.c. Lielākā daļa UDHS pacientu pieaugušo vecumā nav spējusi iegūt pietiekamu izglītību un profesiju. Bieži UDHS pacienti nonāk konfliktā ar likumu, nokļūst apcietinājumā, bieži ir izteiktas grūtības ar sociālo adaptāciju.

Pieaugušo vecumā UDHS retrospektīvi var palīdzēt diagnosticēt *Wender Utah Rating Scale*.

UDHS ārstēšana bērniem

UDHS ārstēšanas pamatprincipi [3–5,12,14–16]

UDHS ārstēšana ir komplekss pasākumu kopums, kurā aktīvu dalību ņem gan bērns un viņa vecāki, gan pirmsskolas un skolas pedagogi, gan sociālie darbinieki un ārsti – bērnu psihiatri, bērnu neirologi, psihoterapeiti, pediatri, ģimenes ārsti.

UDHS terapijas komponenti:

Nemedikamentozā terapija

- KBT
- sociālo iemaņu trenēšana
- vecāku apmācība
- individuālā / ģimenes / grupu psihoterapija
- sociālā palīdzība
- brīvā laika plānošana (sporta nodarbības u.c.)

Medikamentozā terapija

- stimulantu (metilfenidāta grupas medikamenti)
- antidepresantu grupas medikamenti (atomoksetīns, bupropions)
- citi medikamenti / kombinētā terapija

Alternatīvās ārstēšanas metodes (vitamīni, homeopātiskie u.c. līdzekļi)

Pirmsskolas vecuma bērniem (4–6 gadi) primāri jāuzsāk ārstēšana ar psihosociālo terapiju. Medikamentozā terapija pirmsskolas vecuma bērniem **nav** izvēles terapija, medikamenti nozīmējami retos (klīniski smagos un komorbīdos) gadījumos, vienmēr strikti jāizvērtē tās nepieciešamība. Metilfenidāta efektivitāte četrus gadus vecuma bērniem nav pietiekami pierādīta [16].

Skolas vecuma bērniem (no 7 gadu vecuma) vislabākā ir kombinēta terapija: **psihosociālā terapija + individuāla pedagoģiska palīdzība + farmakoterapija**. Vienmēr ieteicams terapiju uzsākt ar psihoterapiju un psihoedukāciju vecākiem. Kombinētās terapijas ilgums vienam pacientam ieteicams vismaz viens gads, pēc tam atkārtoti jāvērtē tālākās terapijas nepieciešamība un tās veids.

Obbligāti izmeklējumi medikamentozās terapijas laikā [19]

Pirms terapijas uzsākšanas

- Jāievāc pilna anamnēze un jāizvērtē sociālā situācija.
- Jānoskaidro vai pacientam nav bijuši krampji, nozīmīgi elpošanas vai sirdsdarbības traucējumi.
- Jāveic sākotnējs pacienta somatiskā stāvokļa novērtējums, nosakot asinsspiedienu un sirdsdarbības frekvenci un veicot EKG izmeklējumu ar QTc intervāla noteikšanu, ja anamnēzē ir norādes par sirds patoloģiju, sirds ritma traucējumiem, kā arī ja ģimenes anamnēzē ir norādes par pēkšņu sirdsdarbības traucējumu izraisītu nāvi/neizskaidrojamu nāvi.
- EEG izmeklējumu pirms terapijas uzsākšanas jāveic, ja anamnēzē ir norādes par krampju lēkmēm, vai vadoties pēc vispārējām EEG indikācijām bērna vecumā.
- Rūpīgi jāreģistrē pirms ārstēšanas augumu un ķermeņa masu augšanas diagrammā.
- Medikamentus nozīmējot, ar pacientu un viņa vecākiem jāaskaņo to pieņemšanas režīms.

Katrā vizītē

- Jāmēra augums un svars, jākontrolē kardiovaskulāro stāvokli (jāmēra asinsspiedienu un sirdsdarbības frekvenci), jāizjautā par medikamentu blaknēm.

Katrā devas pielāgošanas gadījumā, bet ne retāk kā reizi 6 mēnešos

- Jāreģistrē asinsspiedienu un pulsa frekvenci procentiļu diagrammā.
- Jāreģistrē augumu, ķermeņa masu un apetīti, izveidojot augšanas diagrammu.

Citi ieteikumi

- Ārstēšanas laikā strikti jākontrolē medikamentu panesību un blaknes, pēc nepieciešamības atkārtoti veicot klīniskās asins analīzes, EKG un EEG izmeklējumus.

- Ārstējot UDHS nav nepieciešama speciāla diēta, tomēr jāseko vai bērns saņem sabalansētu uzturu un pietiekamu šķidruma daudzumu
- Pirms metilfenidāta nozīmēšanas jāizvērtē vielu atkarības riski pacientam un viņa tuviniekiem
- Nozīmējot antidepresantus, jāizvērtē suicidālas uzvedības risks
- Antipsihotiskie līdzekļi UDHS ārstēšanai var tikt nozīmēti tikai, ja citu grupu medikamenti ir neefektīvi vai komorbīdos stāvokļos (UDHS + tiku neuroze, opozicionāri – izaicinoši uzvedības traucējumi u.c.)

Organizatoriskie faktori

- Uzmanības deficīta sindroma diagnostiku veic bērnu psihiatrs, sadarbojoties ar bērnu neirologu, kā arī citiem speciālistiem – psihoterapeitiem, kas specializējas darbā ar bērniem, psihologiem, sociālajiem darbiniekiem un pedagogiem. Ieteicams ir raksturojums no klases audzinātāja un skolas psihologa.
- Pirms medikamentozās terapijas uzsākšanas vienmēr jāizvērtē psihoterapijas iespēja un sociālie aspekti.
- UDHS nepieciešams iekļaut valsts apmaksāto diagnožu sarakstā. Valsts apmaksātas terapijas gadījumā terapijas uzsākšanai ar metilfenidāta grupas medikamentiem ir nepieciešams ārstu konsīlijs – divu bērnu psihiatru slēdziens vai viena bērnu psihiatra un viena bērnu neirologa slēdziens. Ja medikaments nav kompensējams medikamentu sarakstā, to var izrakstīt jebkurš sertificēts bērnu psihiatrs vai bērnu neirologs, kas apstiprina UDHS diagnozi un nepieciešamību uzsākt metilfenidāta terapiju. Citu medikamentu nozīmēšanas gadījumā terapiju nozīmē sertificēts bērnu psihiatrs.
- Medikamentu – metilfenidāta, antidepresantu vai neuroleptiķu – izvēle un to devu korekcija ir bērnu psihiatru un bērnu neirologu kompetencē, pārrunājot to ar bērna likumīgo pārstāvi (vecākiem vai aizbildni), kuri vienmēr jāinformē par iespējamām medikamentu blaknēm.
- UDHS balstterapiju nodrošina bērnu psihiatrs, bērnu neirologs vai ģimenes ārsts strikti sekojot medikamentu panesībai, blakusparādībām, bērna somātiskajam stāvoklim un veicot nepieciešamus izmeklējumus. Vismaz reizi mēnesī nepieciešama ambulatora vizīte pie ārstējošā bērnu psihiatra, bērnu neirologa vai ģimenes ārsta, nepieciešamības gadījumā atkārtoti jāveic asins analīzes, EKG vai EEG izmeklējumi. Saņemot UDHS terapijā medikamentus, bērnu psihiatra konsultācijas nepieciešamas ne retāk kā reizi trijos četros mēnešos.
- Uzsākot UDHS ārstēšanu, vizīšu biežums pirmā mēneša laikā pie bērnu psihiatra vai bērnu neirologa ir divas reizes mēnesī.

Palīdzības sniegšanas līmeņi pacientiem ar UDHS (F90)

1. **Ģimenes ārsti, pediatri** – primāra UDHS atpazīšana, somatiskā stāvokļa izmeklēšana: vispārējās klīniskās analīzes, EKG, endokrīno traucējumu izmeklēšana u.c. Bērnu sociālās situācijas novērtējums, tai skaitā informācija par psihoaktīvu vielu lietošanu ģimenē. Diagnozes precizēšanai pacienti nosūtāmi pie bērnu psihiatra un bērnu neirologa. Apstiprinātas UDHS diagnozes gadījumā balstterapijas turpināšana, strikti sekojot medikamentu lietošanai un blaknēm.
2. **Psihologi, psihoterapeiti** – primāra UDHS atpazīšana, psihodiagnostika, psihoedukācija bērna vecākiem, psihoterapija.
3. **Bērnu neirologi** – primāra UDHS diagnostika, anamnēzes datu, klīnisko izmeklējumu, neiroloģiskā stāvokļa izvērtējums. Izvērstu UDHS diagnozi un terapijas taktikas izvēli apstiprina sadarbībā ar bērnu psihiatru. Psihoterapijas nozīmēšana. Medikamentozā balstterapija, blakņu novērtēšana un korekcija.
4. **Bērnu psihiatri** – izvērstu UDHS diagnostika, izvērtējot anamnēzes datus, informāciju un / vai raksturojumu no mācību iestādes, psihologa atzinumu, ģimenes ārsta slēdzienu par somatisko stāvokli un bērnu neirologa slēdzienu. Komorbīdo traucējumu diagnostika. Bērna sociālās situācijas novērtējums. Psihoterapijas uzsākšana vai nozīmēšana. Medikamentozās terapijas uzsākšana un uzraudzība. Medikamentu blakņu novērtēšana un korekcija.
5. **Ārstu konsīlijs** – divi bērnu psihiatri vai viens bērnu psihiatrs + viens bērnu neirologs – rekomendējams, ja metilfenidāta grupas medikamenti tiks iekļauti valsts kompensēto medikamentu sarakstā. Konsīlijs apstiprina UDHS diagnozi un nepieciešamību uzsākt metilfenidāta terapiju. Konsīlijs var tikt sasaukts gan ambulatori, gan stacionārā.
6. **Bērnu psihiatri stacionārā** – izvērstu UDHS diagnostika un komorbīdu psihisku un somatisku traucējumu diagnostika komplikētos gadījumos. Psihoterapijas un medikamentozās terapijas uzsākšana. Medikamentu blakņu novērtēšana un korekcija.

Psihologa un psihoterapeita palīdzība

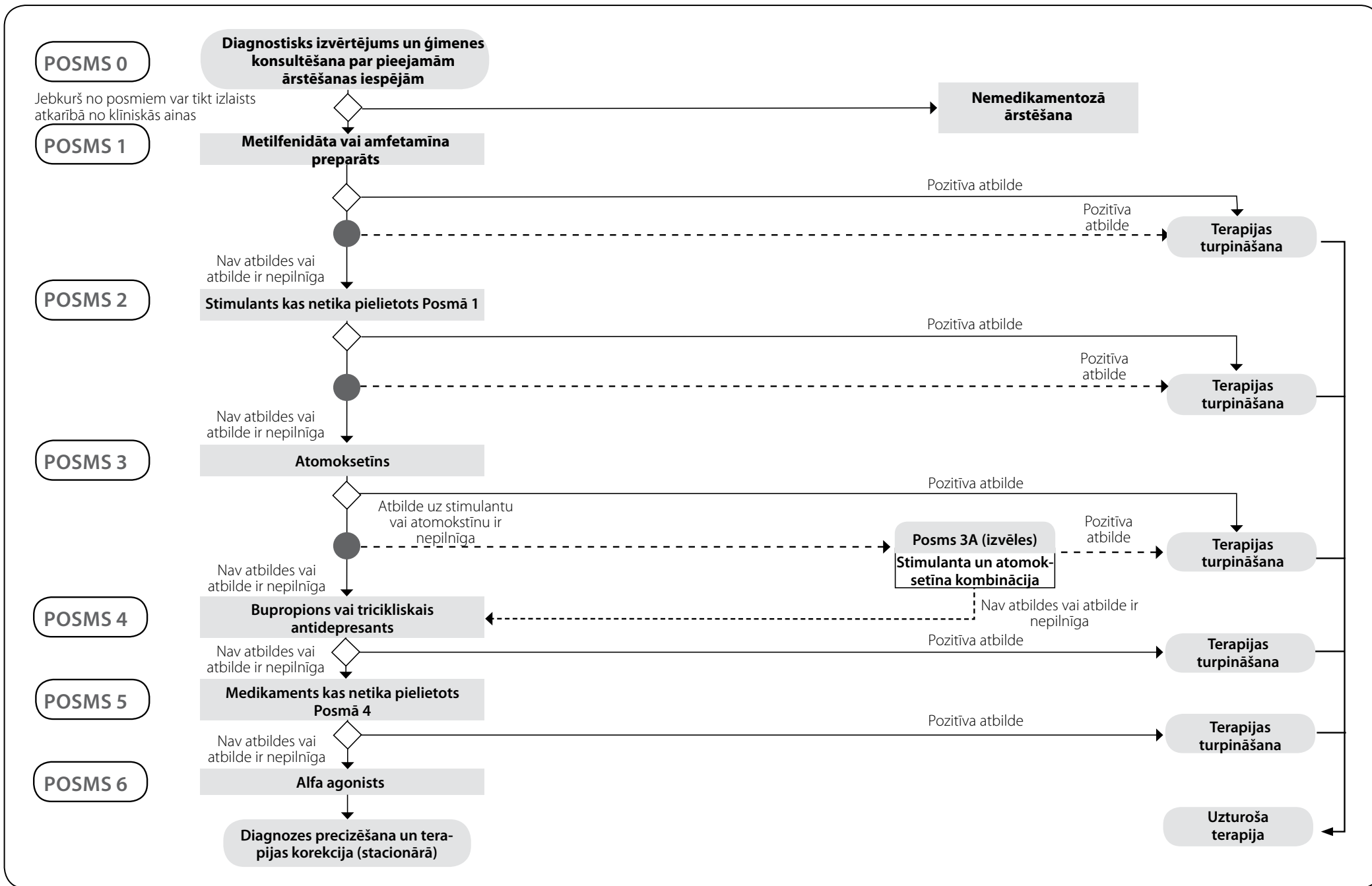
Jo mazāks bērns, jo lielāka uzmanība jāvelta vecāku izglītošanai un atbalstam. Pirmsskolas vecuma bērniem nepieciešama vecāku un pirmsskolu pedagogu izglītošana par UDHS, par šiem bērniem ieteicamo dienas režīmu – vairāk ieteicamas mierīgas nekā aktīvas rotaļas. Salīdzinoši īsāks laiks (bet vairākkārt dienas laikā) veltāms izglītojošām aktivitātēm. Laiks jāplāno katram bērnam individuāli atkarībā no uzmanības koncentrēšanas spējām, lai mērķtiecīgai mācību aktivitātei sekotu gan mierīgas, gan aktīvas fiziskās aktivitātes un rotaļas. Vecākiem ir jāskaidro, cik liela nozīme ir saprātīgam un nemainīgam dienas režīmam, ievērojot regulāru gulēšanas laiku, rīta pamošanos, diendusu, pārējo laiku veltot mācībām, rotaļām un fiziskām

aktivitātēm. Regulārās ēdienreizēs jānodrošina sabalansēts uzturs, jāierobežo stimulējošu dzērienu un šokolādes lietošana. Kopējās sarunās jāizskaidro vecākiem UDHS būtība, izglītojot par šo traucējumu etiopatoģenēzi, klīniskajām izpausmēm un ārstēšanas iespējām. Pirmsskolas vecuma bērnu vecākiem ir rekomendējama grupu terapija ar izglītojošu ievirzi. Specifisku individuālu psihoterapijas metožu, ko izmanto UDHS ārstēšanā, nav. Bērniem ieteicama psihoterapija ar kognitīvi biheivoriālu ievirzi, nepieciešams mācīt un trenēt sociālās prasmes, kā arī savstarpējo kontaktu veidošanas prasmes ar vienaudžiem, pedagogiem, ģimenes locekļiem. Uzvedības terapija var tikt mērķēta uz kādu no trijiem virzieniem: attiecību veidošana ar vecākiem, attiecību veidošana ar klasesbiedriem vai sociālo iemaņu trenēšana [16]. Labvēlīgi uz hiperaktivitāti iedarbojas peldēšana. Neatsverama nozīme ir kopīgām nodarbībām svaigā gaisā un labā noskaņojumā, slavējot ikvienu bērna veiksmi un panākumu.

Vēlama arī pašvaldības sociālo dienestu izpratne un iesaistīšanās ģimenes un UDHS pacienta sociālo problēmu risināšanā.

UDHS farmakoloģiskās ārstēšanas algoritms bērniem bez būtiskiem komorbīdiem traucējumiem

UDHS farmakoloģiskās ārstēšanas algoritms bērniem bez būtiskiem komorbīdiem traucējumiem



UDHS terapijā pielietotie medikamenti [5, 14–16]

Medikaments	Deva tabletē (mg)	Sākuma deva	Ieteicamā deva	Maksimālā dienas deva	Komentāri
Metilfenidāta preparāti					
Ritalin	5*, 10, 20*	5 mg 2x/dienā pirms ēšanas	0,5–1mg/kg/dienā	60 (100) mg/dienā	Īsās darbības stimulantu ir vieglāk dozējami un bieži izmantoti uzsākot terapiju, īpaši maziem bērniem (svars < 16 kg), bet sakarā ar īsu darbības laiku lietošanu apgrūtina nepieciešamība zāles lietot 2–3 reizes/dienā.
Medikinet	5, 10, 20				
Ritalin SR **	20				
Medikinet XL	5, 10, 20, 30, 40	5–10 mg 1x/dienā no rīta pirms brokastīm	0,5–1mg/kg/dienā	60 (100) mg/dienā	Ilgstošas darbības stimulantu ir vieglāk lietojami, uzlabo līdzestību terapijai, bet var būt saistīti ar lielākām problēmām ar apetīti, miegu dienas laikā.
Concerta	18, 27*, 36, 54	18 mg 1x/dienā no rīta pirms brokastīm	0,5–1mg/kg/dienā	72 (108) mg/dienā	Tableti nedrīkst dalīt. Jālieto uzdzerot ūdeni. Apvalks var saglabātais nesagremots vēdera izejā.
Amfetamīna preparāti**					
Pasaulē ir pieejami vairāki amfetamīna sāļu preparāti (īsas un prolongētas darbības), kā alternatīva metilfenidāta preparātiem.					

Medikaments	Deva tabletē (mg)	Sākuma deva	Ieteicamā deva	Maksimālā dienas deva	Komentāri
NSAI (norepinefrīna selektīvs atpakaļsaistes inhibitors)					
Atomoxetin (Strattera)	10, 18, 25, 40, 60*, 80*, 100*	Bērniem un pusaudžiem <70 kg 0,5 mg/kg/dienā 4 dienas, tad 1 mg/kg/dienā 4 dienas, tad 1,2 mg/kg/dienā; pieaugušiem 40 mg/dienā	0,5–1,4 mg/kg svara vai 40–80 mg./d.	1,8 mg/kg vai 100 mg/dienā; pieaugušiem līdz 120 mg/dienā	Nav iekļauts kontrolējamo medikamentu sarakstā. Izvēles preparāts pie aktīvas vielu atkarības, ja ir nozīmīgas blakusparādības no stimulantiem. Lieto 1–2 reizes dienā. Kapsulu nedrīkst dalīt.
Dažādi antidepresanti					
Bupropion (Wellbutrin SR)	150		3 mg/kg/dienā vai 150 mg/dienā	6 mg/kg/dienā vai 300 mg/dienā, bet vienas reizes ne lielāka par 150 mg	Nevar nozīmēt pacientiem, kuriem ir epilepsija vai augsts krampju lēkmju risks
Imipramin (Melipramin)	25		1mg/kg/dienā	4mg/kg/dienā vai 200 mg	Pirms terapijas uzsākšanas jāveic EKG kontrolei
Nortriptylin (Noritren)	25		0,5 mg/kg/dienā	2 mg/kg/dienā vai 100 mg	Pirms terapijas uzsākšanas jāveic EKG kontrolei
Citi medikamenti					
Clonidin	0,15	<45 kg: 0,05 mg pirms gulēšanas, titrējot pa 0,5 mg divas, trīs četras reizes dienā >45 kg: 0,1 mg pirms gulēšanas, titrējot pa 0,5 mg divas, trīs četras reizes dienā	3-10 mikrog/kg/d.	27-40,5 kg: 0,2 mg; 40,5-45 kg: 0,3 mg; >45 kg: 0,4 mg	Efektīvs impulsivitātes un hiperaktivitātes simptomu kontrolei, ja ir raustes simptomi, ko stimulantu pastiprina, miega traucējumi

* zāļu forma Latvijā nav pieejama

** medikaments Latvijā nav reģistrēts

UDHS ārstēšanas ieteikumu pierādījuma līmeņi:

A līmenis – pierādījumi ar augstu ticamību, kas iegūti vairākos labas kvalitātes nejaušinātos klīniskos pētījumos, par kuriem veikta metaanalīze

B līmenis – pierādījumi ar vidēju ticamību, kas iegūti atsevišķos labas kvalitātes nejaušinātos klīniskos pētījumos vai metaanalīzē par vairākiem labi organizētiem pētījumiem ar kontroles grupu (klīniski pētījumi bez nejaušināšanas, gadījumu kontroles pētījumi, kohortu pētījumi)

C līmenis – pierādījumi ar zemu ticamību, kas iegūti atsevišķos pētījumos ar kontroles grupu (klīniski pētījumi bez nejaušināšanas, gadījumu kontroles pētījumi, kohortu pētījumi)

D līmenis – nepietiekami pierādījumi, kas iegūti gadījumu sēriju novērojumos vai par kuriem saņemts vienprātīgs ekspertu ieteikums.

Medikamentu nosaukums	Ticamības līmenis
Methylphenidati hydrochloridum (Ritalin, Concerta, Medikinet)	A
Atomoxetin (Strattera)	A
Bupropion (Wellbutrin)	B
Imipramine	C
Nortriptyline	C
Venlafaxine	C
Neiroleptiķi (Melperon, Chlorprotixen u.c.)	D
Normotimiķi	D
Klonidīns	D

Metilfenidāta nozīmēšanas aspekti

- Metilfenidāta preparāti ir pirmās izvēles medikaments UDHS ārstēšanai daudzu valstu vadlīnijās. Latvijā ir salīdzinoši neliela pieredze šo medikamentu nozīmēšanā. Latvijā ir pieejami gan īsās darbības, gan ilgstošās darbības metilfenidāta preparāti.
- Ir pētījumi par to, ka UDHS pacienti, kuri ir saņēmuši terapijā metilfenidātu turpmākajos gados mazāk pakļauti vielu atkarības riskam (alkohols, marihuāna, kokaīns, psihostimulatori un tabaka) (Biederman, 1999).
- Tāpat ir pierādīts, ka stimulantu lietošana UDHS terapijā 2 reizes samazina atkarību risku pusaudžiem, pusaudži sāk vēlāk smēķēt un lietot alkoholu (Huss, 2008).
- Ja UDHS ārstēšanu uzsāk laikus (5–8 g.v.), tad terapijas prognoze ir labvēlīgāka, bet bērniem regulāri jākontrolē EKG (pēkšņas nāves risks), EEG, T3, T4 un TSH

- Metilfenidātu neiesaka lietot bērniem, kas jaunāki par 6 gadiem, bērniem ar izteiktu agresiju, trauksmi, ažitāciju vai spriedzi, ja ģimenes locekļi ir slimojuši ar Tureta sindromu; ja pacientam ir hipertireoīdisms, izteikta stenokardija vai sirds aritmija, glaukoma vai tireotoksikoze. Izteikta uzmanība nepieciešama, ja medikamentu izraksta bērniem ar epilepsiju, psihotiskiem traucējumiem, ja anamnēzē ir bijusi narkotiku vai alkohola atkarība.

Antidepresantu nozīmēšanas aspekti

UDHS ārstēšanai visvairāk piemēroti AD ar norepinefrīna aktivitāti [12], vienīgais reģistrētais antidepresants UDHS ārstēšanai bērnu vecumā ir atomoksetīns. Citi antidepresanti ar norepinefrīna aktivitāti (vai kombinētas darbības) ir venlafaxīns, duloksetīns, milnaciprāns, bupropions, reboksetīns, nortriptillīns, tie nav reģistrēti nozīmēšanai pacientiem līdz 18 gadu vecumam.

Nozīmējot AD ieteicams ir devu pakāpeniski titrēt, sekojot iespējamām blaknēm un efektivitātei. Klīniskā efektivitāte var tikt novērota pakāpeniski sākot no 2–3 terapijas nedēļas. Terapijas ilgums nav precīzi noteikts, tas var būt no 3–4 mēnešiem līdz 1 gadam, vai dažkārt arī ilgāk. AD pārtraukšana jāveic pakāpeniski vairāku nedēļu laikā.

Vienmēr – gan pirms AD uzsākšanas, gan uzsākot terapiju (īpaši pirmajā AD terapijas mēnesī), kā arī visu turpmākās AD terapijas laiku ir nopietni jāizvērtē pašnāvības risks. AD var paaugstināt pašnāvības risku bērniem un pusaudžiem.

- Atomoksetīns nozīmējams bērniem no 6 gadu vecuma. Biežākās iespējamās blaknes ir samazināta ēstgriba, nelabums, sāpes vēderā, retāk novēro agru pamošanos vai miegainību, kairināmību, garastāvokļa svārstības. Blaknēm ir tendence izzust pirmo ārstēšanās nedēļu laikā. Piesardzīgi nozīmējams, ja bērnam anamnēzē ir aknu darbības traucējumi. Medikamenta lietošanas laikā jākontrolē aknu fermenti. Var paaugstināt arteriālo asinsspiedienu. Atomoksetīna klīniskais efekts ir vērtējams pēc 4–6 nedēļu terapijas. Ieteicamais ārstēšanas kurss ir līdz 1 gadam, individuāli jāvērtē nepieciešamība turpināt lietot atomoksetīnu ilgāk.

Komorbīda UDHS ārstēšanas taktika

- UDHS un trauksme. Rekomendē uzsākt ģimenes terapiju vai citām nemedikamentozām metodēm, kā arī izstrādāt ārstēšanas plānu. Pirmās izvēles medikaments ir atomoksetīns (efektivitāti vērtē 6–12 ned.), ja tas nav efektīvs, tad stimulatoru grupas preparāti.
- UDHS un depresija. Uzsāk ar ģimenes terapiju vai citām nemedikamentozām metodēm. Pirmās izvēles medikaments atomoksetīns (efektivitāti vērtē ap 6 ned.), ja tas nav efektīvs, izvēlēties venlafaksīnu vai bupropionu, nepieciešamības gadījumā kombinēt ar normotimiķi.
- UDHS un rauste (tiki). Uzsākt nemedikamentozās metodes. Piesardzīgi nozīmēt atomoksetīnu vai atipiskos antipsihotiskos līdzekļus, neefektivitātes gadījumā izvēlēties klasiskos antipsihotiskos līdzekļus – haloperidolu vai pimozīdu. Nav ieteicami stimulatori.
- UDHS un agresivitāte. Uzsāk ar ģimenes terapiju, aizņemības vai citām nemedikamentozām. Piesardzīgi nozīmēt atipiskos antipsihotiskos līdzekļus, kombinējot ar normotimiķiem.

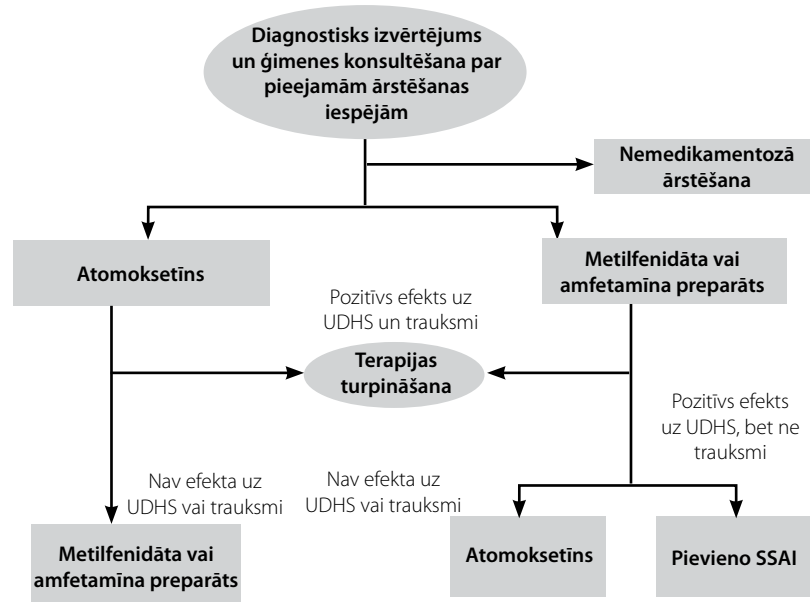
Alternatīvās ārstēšanas metodes – uzskaitīto līdzekļu efektivitāte nav klīniski pierādīta:

- Homeopātiskie līdzekļi (6–16 gadu vecumā)
- Zivju eļļa (omega 3 un 6 taukskābes; 7–12 gadu vecumā)
- Magnija, dzelzs un cinka preparāti
- Akupunktūra

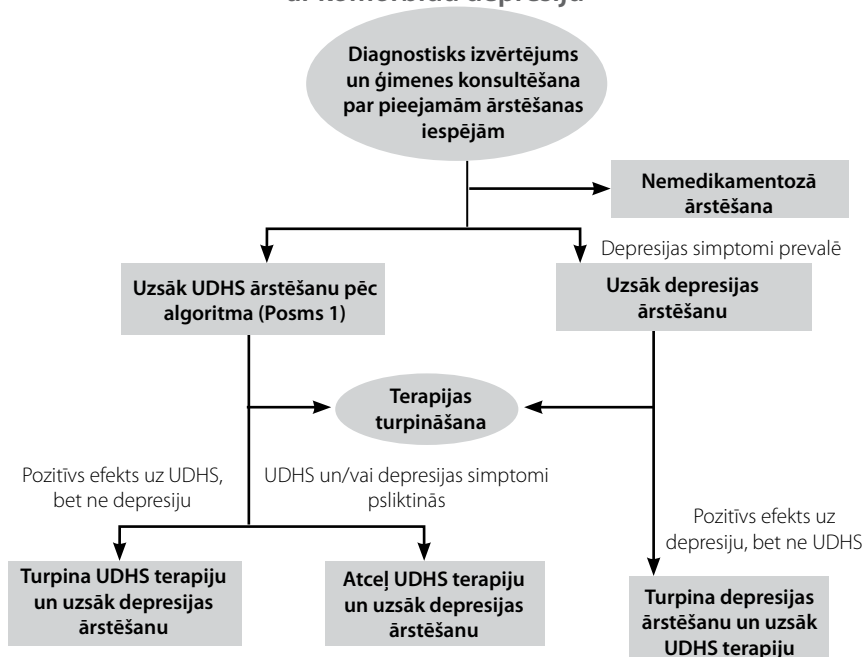
UDHS ārstēšanā lietoto galveno medikamentu blaknes [4; 10]

	Suicidālas domas vai uzvedība	Sirds ritma traucējumi	Krampju lēkmes, epilepsija	Kairināmība, disforija, aiztācība, afekta labilitāte	Augšanas palēnināšanās	Reibonis	Bezmiegs, murgaini sapņi	Rebound phenomena (rikošeta fenomēns)
Methilfenidāts								
Atomoksetīns	X	X	X	X	X	X	X	X
Bupropions	X		X	X				
Imipramīns	X	X	X	X				
Nortriptilīns		X	X	X		X		
Klonidīns				X			X	
ļespējāmie risinājumi	Rūpīga pacienta klīniskā stāvokļa monitorēšana; nepieciešamības gadījumā terapijas maiņa	Pirms terapijas uzsākšanas veikt EKG; traucējumu gadījumā terapijas maiņa	Pirms terapijas uzsākšanas veikt EEG; traucējumu gadījumā terapijas maiņa	Izvērtēt, vai kairināmība saistāma ar dozo terapiju, medikamentu devas izmaiņām; izvērtēt iespējamās komorbīdas traucējumus; mazināt devu; pievienot terapijā garastāvokļa stabilizatoru un / vai antidepresīvo medikamentu un / vai antipsihotisko terapiju	Piemērot brīvdienu terapijas atceļšanu; ja simptomi atšķiras – atcelt terapiju, mainīt to	Asinsspiediena kontrole; mainīt uz ilgstošas darbības formām	Nozīmēt medikamentus priekšpusdienā Mainīt uz īsas darbības preparātiem Ja traucējumi izteikti – terapijas atceļšana, maiņa	Pallelnāt stimulantu devu Mainīt uz ilgstošas darbības formām Pievienot terapiju vai mainīt terapiju ar antidepresantiem vai klonidīnu

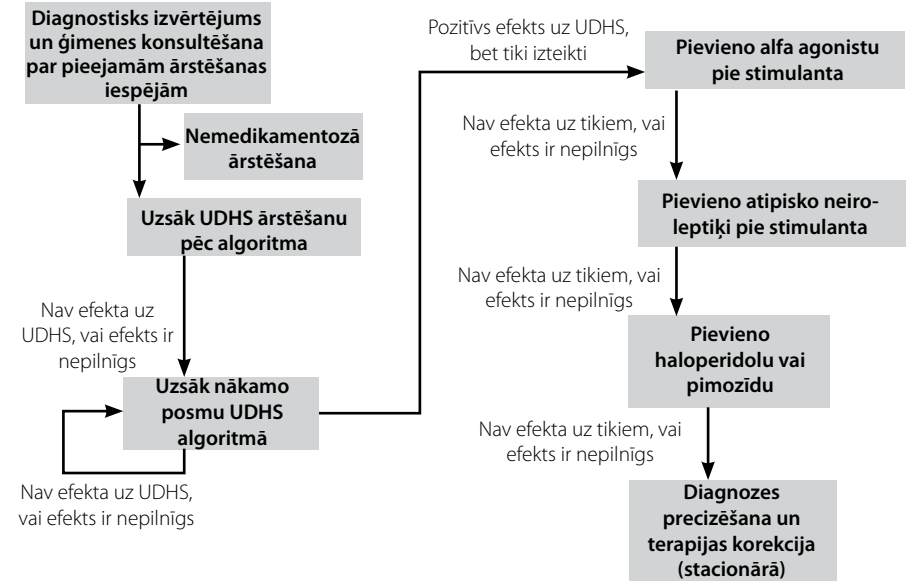
UDHS farmakoloģiskās ārstēšanas algoritms bērniem ar komorbīdu trauksmi



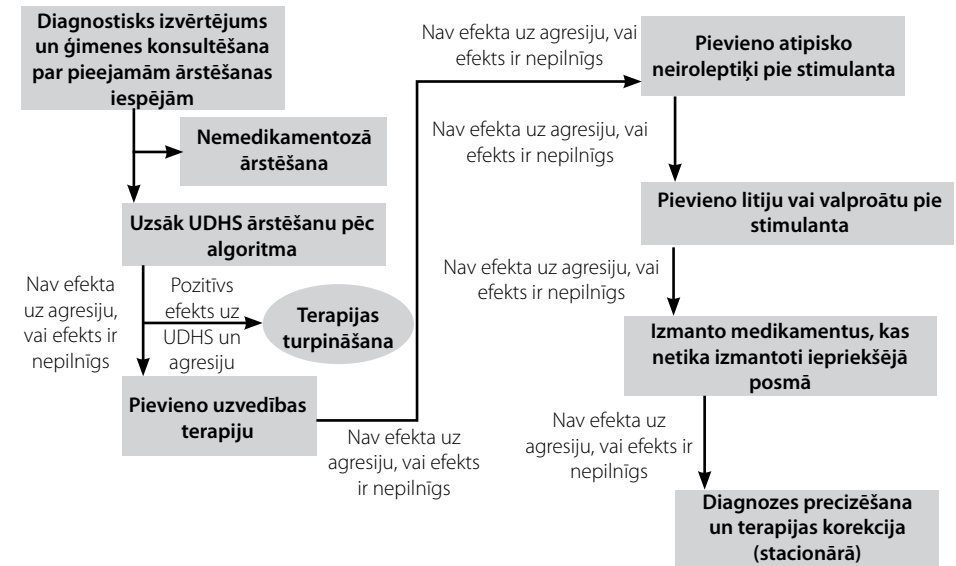
UDHS farmakoloģiskās ārstēšanas algoritms bērniem ar komorbīdu depresiju



UDHS farmakoloģiskās ārstēšanas algoritms bērniem ar komorbīdiem tikiem



UDHS farmakoloģiskās ārstēšanas algoritms bērniem ar komorbīdu agresiju



UDHS novērtēšanas (reitinga) skala – IV (17)

UDHS novērtēšanas skala – IV (*ADHD Rating Scale – IV*) izstrādāta vecāku un pedagogu vērtējumam par bērnu ar iespējamu vai diagnosticētu UDHS. Tās kritēriji ir sastādīti, pielāgojot pēc DSM IV klasifikācijas UDHS kritērijus. Dotā skala ir parocīga arī ārsta darbā, vērtējot UDHS simptomu dinamiku. Abu skalu variantu nepāra punkti (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17) sniedz informāciju par aktīvās uzmanības vājumu (*inattention*), bet pāra punkti (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18) sniedz informāciju par impulsivitāti un hiperaktivitāti. Katra skolas simptoma vērtība tiek vērtēta ar 0 līdz 3 punktiem.

UDHS smagumu vērtē pēc hiperaktivitātes simptomu smaguma punktu summas, aktīvās uzmanības vājuma simptomu punktu summas un / vai kopējā punktu skaita. Nosacīti esam iedalījuši UDHS diagnozes ticamību kā zemu, vidēju, augstu un ļoti augstu. Aizpildot skalu, jāņem vērā bērna vecums. Zemāk tabulā minēts punktu skaits, kas vērtēts pēc skolā aizpildītajām skalām; ja šī skala tiek aizpildīta mājās (to dara vecāki), parasti tiek iegūti zemāki rezultāti.

Vispārinot var secināt, ka pēc UDHS novērtējuma skolas – IV dažās vecuma grupās gan meitenēm, gan zēniem kopējais punktu skaits ar zemu diagnozes ticamību ir 0–13 punkti, ar vidēju ticamību 4–34 punkti, ar augstu ticamību 12–44, ar ļoti augstu ticamību ir 19–51 punkts. Vērtējot UDHS ar doto skalu zēniem, tiek iegūts vairāk punktu nekā meitenēm, kā arī, bērnam pieaugot, punktu summai ir tendence samazināties.

	UDHS ticamība (punktu skaits)				
	Vecums, gadi	Zema (1–50 procentiles)	Vidēja (51–80 procentiles)	Augsta (81–90 procentiles)	Ļoti augsta (91–99 procentiles)
Hiperaktivitāte (zēni)	5–7	0–6	7–16	17–20	21–27
	8–10	0–5	6–16	17–22	23–27
	11–13	0–3	4–12	13–17	18–27
	14–18	0–1	2–8	9–13	14–25
Hiperaktivitāte (meitenes)	5–7	0–2	3–11	12–19	20–26
	8–10	0–1	2–6	7–12	13–27
	11–13	0–1	2–6	7–11	12–25
	14–18	0	1–3	4–8	9–15
Aktīvās uzmanības vājums (zēni)	5–7	0–7	8–16	17–21	22–27
	8–10	0–9	10–19	20–24	25–27
	11–13	0–8	9–17	18–23	24–27
	14–18	0–7	8–15	16–20	21–27
Aktīvās uzmanības vājums (meitenes)	5–7	0–4	5–13	14–19	20–25
	8–10	0–3	4–10	11–19	20–27
	11–13	0–4	5–11	12–17	18–27
	14–18	0–2	3–8	9–13	14–21
Kopējais (zēni)	5–7	0–13	14–30	31–39	40–51
	8–10	0–15	16–34	35–44	45–53
	11–13	0–12	13–28	29–36	37–53
	14–18	0–9	10–23	24–31	32–51
Kopējais (meitenes)	5–7	0–7	8–23	24–36	37–48
	8–10	0–4	5–16	17–30	31–51
	11–13	0–5	6–17	18–27	28–49
	14–18	0–3	4–11	12–18	19–33

UDHS novērtēšanas (reitinga) skala – IV: mājas versija

Bērna vārds: _____ Dzimums: S V Vecums: _____

Izglītība: _____

Aizpildīja: māte _____ tēvs _____ aizbildnis _____

vecvecāki _____

Apvelciet ar aplīti skaitli, kas vislabāk raksturo jūsu bērna uzvedību pēdējos sešos mēnešos.

Simptomi, traucējumu veids	Nekad	Dažreiz	Bieži	Ļoti bieži
1. Nespēj sakopot uzmanību detaļām vai pieļauj skolas darbos paviršas kļūdas	0	1	2	3
2. Nemierīgi kustina rokas un kājas, grozās uz krēsla	0	1	2	3
3. Ir grūtības ilgstoši sakopot / koncentrēt uzmanību uz mācībām vai rotaļām	0	1	2	3
4. Atstāj savu vietu klasē vai citā situācijā, kurā tiek gaidīta mierīga palikšana savā vietā	0	1	2	3
5. Šķiet, ka viņš neklusās, kad ar viņu runā	0	1	2	3
6. Pārmērīgi skraida vai kāpelē situācijās, kad tas ir nepiedienīgi	0	1	2	3
7. Nespēj sekot instrukcijām un nespēj pabeigt darbu	0	1	2	3
8. Ir grūtības rotaļāties vai mierīgi piedalīties brīvā laika aktivitātēs	0	1	2	3
9. Grūti organizēt darbu un aktivitātes	0	1	2	3
10. Ir nepārtrauktā kustībā vai kā ar motoru "dzīts"	0	1	2	3
11. Izvairās no skolas darbiem (skolas darbiem, mājas darbiem), kas prasa ilgstošu garīgu piepūli	0	1	2	3
12. Runā skaļi un daudz (pārmērīgi)	0	1	2	3
13. Zaudē lietas, kas nepieciešamas skolā vai citās aktivitātēs	0	1	2	3
14. Runā / atbild, pirms jautājums ir pabeigts	0	1	2	3
15. Ir ļoti izklaidīgs	0	1	2	3
16. Grūti sagaidīt savu kārtu	0	1	2	3
17. Izklaidīgs / aizmāršīgs dienas darbos / aktivitātēs	0	1	2	3
18. Pārtrauc un uzmācās citiem	0	1	2	3

Adaptēts pēc: ADHD Rating Scale – IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. ADHD criteria are adapted by permission from DSM-IV, Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

UDHS novērtēšanas (reitinga) skala – IV: Skolas versija

Bērna vārds: _____

Dzimums: S V Vecums: _____ Izglītība: _____

Apvelciet ar aplīti skaitli, kas vislabāk raksturo bērna uzvedību pēdējos sešos mēnešos.

Simptomi, traucējumu veids	Nekad	Dažreiz	Bieži	Ļoti bieži
1. Nespēj sakopot uzmanību detaļām vai pieļauj skolas darbos paviršas kļūdas	0	1	2	3
2. Nemierīgi kustina rokas un kājas, grozās uz krēsla	0	1	2	3
3. Ir grūtības ilgstoši sakopot / koncentrēt uzmanību uz mācībām vai rotaļām	0	1	2	3
4. Atstāj savu vietu klasē vai citā situācijā, kurā tiek gaidīta mierīga palikšana savā vietā	0	1	2	3
5. Šķiet, ka viņš neklusās, kad ar viņu runā	0	1	2	3
6. Pārmērīgi skraida vai kāpelē situācijās, kad tas ir nepiedienīgi	0	1	2	3
7. Nespēj sekot instrukcijām un nespēj pabeigt darbu	0	1	2	3
8. Ir grūtības rotaļāties vai mierīgi piedalīties brīvā laika aktivitātēs	0	1	2	3
9. Grūti organizēt darbu un aktivitātes	0	1	2	3
10. Ir nepārtrauktā kustībā vai kā ar motoru "dzīts"	0	1	2	3
11. Izvairās no skolas darbiem (skolas darbiem, mājas darbiem), kas prasa ilgstošu garīgu piepūli	0	1	2	3
12. Runā skaļi un daudz (pārmērīgi)	0	1	2	3
13. Zaudē lietas, kas nepieciešamas skolā vai citās aktivitātēs	0	1	2	3
14. Runā / atbild, pirms jautājums ir pabeigts	0	1	2	3
15. Ir ļoti izklaidīgs	0	1	2	3
16. Grūti sagaidīt savu kārtu	0	1	2	3
17. Izklaidīgs / aizmāršīgs dienas darbos / aktivitātēs	0	1	2	3
18. Pārtrauc un uzmācās citiem	0	1	2	3

Adaptēts pēc: ADHD Rating Scale – IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. ADHD criteria are adapted by permission from DSM-IV, Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

Kur meklēt palīdzību?

- BKUS Gaiļezers Bērnu psihiatrijas klīnika, tel. **67536912**
Psihiskās veselības aprūpes ambulatorās nodaļa, tel. **67064901**
- Latvijas Bērnu psihiatru asociācija
- Pie sava ģimenes ārsta
- Pie bērnu psihiatra vai bērnu neirologa pēc dzīves vietas, interesēties pie ģimenes ārsta vai ambulatorās aprūpes psihiatra pēc dzīves vietas.

VĒRES

1. **10th revision of the international classification of diseases (ICD-10)**, Chapter V (F): Mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. Kieling C., Gonçalves R.R., Tannock R., Castellanos F.X. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008; 17(2) : 285–307.
3. Brock S.E., Jimerson S.R. **Identifying, Assessing, and Treating ADHD at School.** Springer Science, 2009.
4. Sadock B.J., Sadock A.S. **Kaplan & Sadock Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.** Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2009.
5. Goodman D.W. **The Black Book of ADHD**, 1st edition. MBL Communications, inc. 2009
6. Kupfer D.J. et al. **Oxford American Handbook of Psychiatry.** 2008.
7. Das Banerjee T., Middleton F., Faraone S.V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269–1274.
8. Pulmanis T., Pelne A., Taube M. **Psihiskā veselība Latvijā 2012. gadā.** Slimību profilakses un kontroles centrs, 13. izdevums. Rīga, 2013.
9. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
10. Loney J., Milich R. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 3rd ed. 1982, pp. 113–147.
11. Goodman R., Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed. Wiley-Blackwell, 2012.
12. Canadian ADHD Resource Alliance, 2007.
13. Nylander L. et al. **ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients.** *Nordic Journal of Psychiatry.* 2009, Vol 63, Nr 1.
14. Kaplan H.I., Sadock B.J. **Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**, 2nd edition. Lippincott Williams&Wilkins, 1996.
15. Stahl S.M. **Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications**, 3rd edition. Cambridge University Press, 2008.
16. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Diagnosis and Management of ADHD in children, young people and adults. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
17. ADHD Rating Scale–IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. ADHD criteria are adapted by permission from DSM–IV, Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.
18. ADHD: Clinical Practice Guideline for Diagnosis, Evaluation, and Treatment of ADHD in Children and Adolescent. *American Academy of Pediatrics*, 2011. *Pediatrics*, vol. 128, Nr. 5, 11. 2011.
19. Article 31 of Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council, the marketing authorisation of medicinal products for human use which contain the active substance "methylphenidate". COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels, 27.5.2009 C(2009)4242 of 27.5.2009
20. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington. American Psychiatric Association, 2013.

UDHS vadliniju sagatavošanu un izdošanu atbalsta

