

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

Klīniskais ceļš



**Bērnu klīniskā
universitātes
slimnīca**

MC

Metodiskās
vadības centrs

DOKUMENTA IZSTRĀDES (AKTUALIZĒŠANAS) GRUPA

Alfabētiskā kārtībā:

Bezborodovs Nikita. Psihiatrs, bērnu psihiatrs, Metodiskās vadības centra vadītājs bērnu psihiskās veselības jomā, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

Germanenko Ilana. Bērnu psihiatrs, Bērnu un jauniešu psihiskās veselības centrs, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

Sadarbībā ar Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas
Metodiskās vadības centru

Dokuments¹ izstrādāts, pamatojoties uz Ministru kabineta 2024.gada 13. augusta noteikumiem Nr.543 "Metodiskās vadības institūcijas noteikumi" un Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta un VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" 2025.gada 12. februāra līgumu "Par metodiskās vadības institūcijas pediatrijas un bērnu psihiatrijas jomā izveidi".

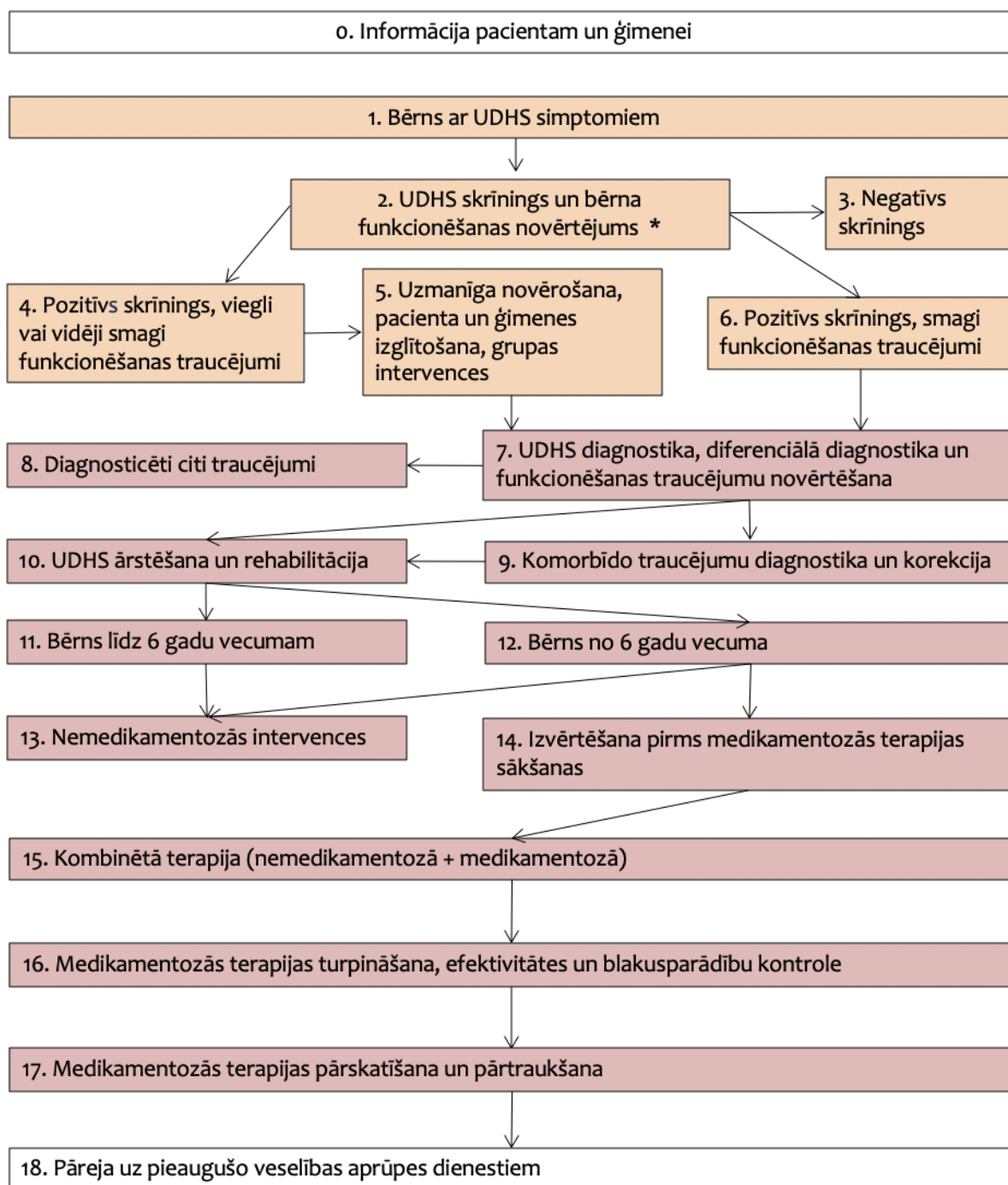
2025

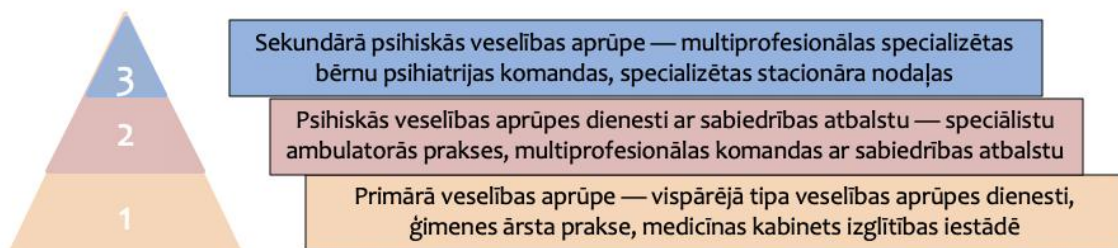
¹ Balstīts uz Eiropas Sociālā Fonda līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0./15/l/001 „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” izstrādātajiem dokumentiem.

Satura rādītājs

Mērķauditorija	6
0. Informācija pacientiem un ģimenei.....	6
1. Bērns ar UDHS simptomi.....	6
2. UDHS skrīnings un bērna funkcionēšanas novērtējums.....	7
3. Negatīvs skrīnings	7
4. Pozitīvs skrīnings, viegli vai vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi.....	8
5. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, grupas intervences.....	8
6. Pozitīvs skrīnings, smagi funkcionēšanas traucējumi	8
7. UDHS diagnostika, diferenciālā diagnostika un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana	9
8. Diagnosticēti citi traucējumi	10
9. Komorbīdo traucējumu diagnostika un korekcija	10
10. UDHS ārstēšana un rehabilitācija	10
11. Bērns līdz 6 gadu vecumam	10
12. Bērns no 6 gadu vecuma.....	11
13. Nemedikamentozās intervences	11
13.1. Psihoeducācija	11
13.2. Psihosociālās intervences pirmsskolas un skolas vidē.....	12
13.3. Uz uzvedību fokusētās ģimenes intervences.....	12
13.4. Sociālo iemaņu trenēšana.....	12
13.5. Kognitīvi biheiviorālās intervences	12
13.6. Kognitīvie treniņi un neuroatgriezeniskā saite	12
13.7. Uztura terapija.....	12
14. Izvērtēšana pirms medikamentozās terapijas sākšanas	13
15. Kombinētā terapija (nemedikamentozā + medikamentozā).....	13
16. Medikamentozās terapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole	14
17. Medikamentozās terapijas pārskatīšana un pārtraukšana.....	15
18. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpes dienestiem	15
Atsauces	16

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostika un ārstēšana. Klīniskais ceļš





Fokuss	Darbības	Veselības aprūpes līmenis
Atpazīšana	UDHS atpazīšana, primārais skrīnings	1.-2. līmenis
Nespecifiskas intervences	UDHS uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, uz uzvedību vērsta grupas intervences	1.-2. līmenis
Diagnostika	UDHS diagnostika, diferenciāldiagnostika, funkcionēšanas traucējumu novērtēšana	2. līmenis
Ārstēšana un rehabilitācija	Ārstēšanas un rehabilitācijas plāna izveide, procesa uzraudzība un rezultātu novērtēšana	2.–3. līmenis
	Nemedikamentozas intervences	1.–3. līmenis
	Medikamentozas terapijas sākšana, pārskatīšana un pārtraukšana	2.–3. līmenis
	Medikamentozās terapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole	1.–2. līmenis
	Īpaši sarežģītu, komorbīdu un rezistentu pacientu izvērtēšana/ārstēšana	3. līmenis

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 nespecifisko intervencu laikā
- Bērns/pusaudzis ar apstiprinātu UDHS, kuram ārsts–speciālists nozīmējis specifisku medikamentozu terapiju, pēc medikamentu devu stabilizēšanas un blakusparādību kontroles

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

- Traucējumu izvērtēšanai/ārstēšanai nepieciešamais intensitātes līmenis, speciālistu kompetences līmenis, uzraudzības līmenis nav pieejams 1. vai 2. līmenī
- 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

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
- Citas personas, kas ir iesaistītas cilvēku ar UDHS atbalstīšanā, piemēram, pedagogi

0. Informācija pacientiem 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 izplatība bērnībā ir no 2% līdz 7% [1], un atsevišķas izpausmes nozīmīgai pacientu daļai saglabājas arī pusaudžu un pieaugušā vecumā. UDHS pieder plašākai neirālās attīstības 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.

UDHS izraisa hroniskas sociālās, profesionālās, starppersonu un veselības problēmas pat tad, ja tiek nodrošināta savlaicīga ārstēšana, padarot to par vienu no būtiskākajiem neirālās attīstības traucējumiem pasaulē. Neatklāts un neārstēts UDHS ir saistīts ar būtiski paaugstinātu risku citu psihisko traucējumu attīstībai (piemēram, trauksmes spektra un afektīvajiem traucējumiem) un nelabvēlīgu sociālu prognozi pusaudžu un pieaugušā vecumā. [2].

UDHS ārstēšanai un rehabilitācijai ir pieejamas uz pierādījumiem balstītas, drošas un efektīvas psihosociālās un medikamentozās terapijas metodes, kas var būtiski mazināt šo traucējumu simptomus un ar tiem saistītās funkcionēšanas grūtības un tā rezultātā būtiski uzlabot pacienta psihosociālo prognozi [3].

1. Bērns ar UDHS simptomiem

Bērnā/pusaudzī vai viņa ģimenei ir sūdzības par mācīšanās vai uzvedības traucējumiem un neuzmanības, hiperaktivitātes, impulsivitātes simptomiem, kas nav atbilstoši vecumam un intelektuālās attīstības līmenim un ir pietiekami smagi, lai tiešā veidā negatīvi ietekmētu akadēmisko vai sociālo funkcionēšanu. Sūdzībām ir jābūt pastāvīga rakstura (vismaz 6 mēneši) ar tipisku sākumu agrīnā bērnībā, pirmsskolas vai agrīnā skolas vecumā.

Neuzmanības simptomi parasti ir no šādām grupām: grūtības noturēt uzmanību uzdevumiem, kas nenodrošina augstu stimulācijas vai atalgojuma līmeni vai prasa ilgstošu garīgo piepūli; viegla uzmanības novēršana uz svešiem stimuliem vai savām domām; šķiet, ka bērns sapņo vai

iegrimis savās domās; aizmāršīgums ikdienas darbībās; grūtības atcerēties, sekot līdzī un pabeigt ikdienas uzdevumus un aktivitātes.

Hiperaktivitātes/impulsivitātes simptomi parasti ir no šādām grupām: pārmērīga kustību aktivitāte; bieža skraidīšana; grūtības nosēdēt, nekustoties un neaiztiekot lietas, diskomforta sajūta, ja nepieciešams būt klusam vai mierīgi sēdēt; grūtības iesaistīties klusās aktivitātēs; pārlietu runāšana; tendence rīkoties, reaģējot uz tūlītējiem stimuliem, nepārdomājot vai neapdomājot riskus un sekas; grūtības sagaidīt savu kārtu; pārtraukšana vai iejaukšanās.

2. UDHS skrīnings un bērna funkcionēšanas novērtējums

Ja bērnam/pusaudzim ir mācīšanas vai uzvedības grūtības un viņa vecākam/likumiskajam pārstāvim vai pašam pacientam ir sūdzības par UDHS pamata simptomiem, tad primārās veselības aprūpes speciālistam (ģimenes ārsts, pediatrs, medicīnas māsa) vai skolas psihologam/speciālajam pedagogam ir jāveic UDHS skrīnings ar vecumgrupai piemērotiem vecāku aptaujas un/vai pašaptaujas instrumentiem.²

Ieteicamie UDHS skrīninga instrumenti [1]:

- UDHS novērtēšanas (reitinga) skala IV (ADHD-RS) – vecāku un skolotāju versija 5-17 gadu veciem bērniem;
- Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala (ASRS) – pašaptaujas instruments, izmantojams pusaudžiem sākot no 14 g.v.;
- Aptauja “Stiprās puses un grūtības” (SDQ) — vecāku versija 2—4 gadus veciem bērniem, vecāku versija 4—17 gadus veciem bērniem, pašaptaujas versija 11—17 gadus veciem bērniem.

Papildus skrīningam bērna izvērtēšanas laikā būtu jānosaka bērna vispārējās funkcionēšanas līmenis ar Bērnu globālās funkcionēšanas skalu (C-GAS).

Par UDHS iespējamību jādomā, ja:

- skrīninga rezultāts sasniedz klīniski nozīmīgu līmeni

UN

- bērnam/pusaudzim ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības izglītības, ģimenes, sociālajā, personiskajā, darba vai citās jomās, kas tiek novērotas (iespējams, dažādās pakāpēs) gan mājās, gan skolā, gan citās vidēs, kur bērns/pusaudzis atrodas (C-GAS punktu skaits ir zem 80 punktiem).

3. Negatīvs skrīnings

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 nonācis līdz UDHS skrīningam.

² Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

4. Pozitīvs skrīnings, viegli vai vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi

Ja bērna/pusaudža uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas problēmas ir saistītas ar vieglām/vidēji smagām funkcionēšanas grūtībām (C-GAS punktu skaits diapazonā no 80 līdz 41 punktam), rekomendē:

- veikt pacienta un viņa ģimenes izglītošanu,
- piedāvāt pacientam un viņa ģimenei dalību uz uzvedību fokusētajās grupu intervencēs (*nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai*),
- uzmanīgi novērot bērna/pusaudža veselības stāvokli periodā līdz 10-12 nedēļām pēc intervenču sākuma. [4]

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

Pacienta un ģimenes izglītošanu veic ģimenes ārsts, medicīnas māsa, skolas medicīnas māsa vai psihologs vai cits primārās veselības aprūpes speciālists, kas ir veicis UDHS skrīningu un bērna vispārējās funkcionēšanas līmeņa izvērtēšanu.

Jāsniedz atgriezeniskā saite par veiktā UDHS skrīninga rezultātiem un UDHS kā iespējamu bērna/pusaudža funkcionēšanas grūtību iemeslu. Jābūt gataviem ieteikt pašpalīdzības materiālus un metodes: informatīvas mājaslapas, atbalsta grupas, grāmatas u.c.

Ģimenes ārstam vai citam primārās veselības aprūpes speciālistam, kas ir veicis UDHS skrīningu, jārekomendē bērna/pusaudža vecākiem iesaistīties bērna vecumam un vajadzībām piemērotā uz 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. Latvijā realizēto uz uzvedību fokusēto grupas intervenču piemēri: “STOP 4—7”, “Ceļš pie sevis”, “Bērnu emocionālā audzināšana”, “Vecāku izglītības programma”, “Ceļvedis, audzinot pusaudzi”, “Palēciens”, “Saskarsmes veicināšanas programma “Dari!”.

Ja uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas grūtības pēc 10-12 nedēļu uzmanīgas novērošanas, pacienta un ģimenes izglītošanas un uz uzvedību fokusētām grupas intervencēm saglabājas un ir saistītas ar vismaz vidēji smagām funkcionēšanas grūtībām (C-GAS diapazonā no 60 līdz 41 punktiem), bērns/pusaudzis ir jānovirza izvērtēšanai sekundārās veselības aprūpes līmenī (bērnu psihiatrs vai bērnu neirologs). [4]

Nosūtot pacientu no primārās veselības aprūpes pie ārsta-speciālista, nosūtījumā jāiekļauj pilnvērtīga informācija par nosūtīšanas iemeslu, pacienta funkcionēšanas grūtībām un to izteiktību, iepriekš veiktiem izmeklējumiem (ja tādi ir) un veiktā UDHS skrīninga rezultātiem. ***Primārās veselības aprūpes speciālistiem nav jāveic UDHS klīniskā diagnostika un nav jāskaidro medikamentozā korekcija bērniem/pusaudžiem ar aizdomām par UDHS.***

6. Pozitīvs skrīnings, smagi funkcionēšanas traucējumi

Ja bērna/pusaudža uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas problēmas ir saistītas ar smagām funkcionēšanas grūtībām (C-GAS zem 41 punktiem), rekomendē:

- veikt pacienta un ģimenes izglītošanu,
- piedāvāt bērna/pusaudža vecākiem nosūtījumu uz uz uzvedību fokusētām grupas intervencēm (*nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai*),
- nekavējoties nosūtīt bērnu/pusaudzi izvērtēšanai pie ārsta-speciālista sekundārās veselības aprūpes līmenī (bērnu psihiatra vai bērnu neirologa) vai psihiskās veselības aprūpes dienestā bez uzmanīgās novērošanas perioda. [4]

Nosūtot pacientu no primārās veselības aprūpes pie ārsta-speciālista, nosūtījumā jāiekļauj pilnvērtīga informācija par nosūtīšanas iemeslu, pacienta funkcionēšanas grūtībām un to izteiktību, iepriekš veiktiem izmeklējumiem (ja tādi ir) un veiktā UDHS skrīninga rezultātiem. ***Primārās veselības aprūpes speciālistiem nav jāveic UDHS klīniskā diagnostika un nav jāsāk medikamentoza korekcija bērniem/pusaudžiem ar aizdomām par UDHS.***

7. UDHS diagnostika, diferenciālā diagnostika un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana

UDHS klīnisko diagnostiku Latvijā veic bērnu psihiatrs vai bērnu neirologs.³

UDHS diagnoze ir balstīta uz klīniskajiem simptomiem un anamnēzes datiem, par kuriem ziņo pacienti un viņu aprūpē iesaistītās personas, tostarp radinieki un skolotāji. Diagnozes pamatā ir informācija, kas iegūta no detalizētas klīniskās intervijas, kas uz doto brīdi tiek uzskatīta par diagnostikas “zelta standartu”. Latviešu valodā ir pieejams instruments “Vecāku intervija par bērna simptomiem-Mini-2”. [3]

Lai diagnosticētu UDHS, novērtējumā jāiekļauj **visi** aspekti: detalizēta attīstības un slimības anamnēze, pilna izvērsta klīniskā un psihosociālā bērna/pusaudža izvērtēšana, veselības aprūpes speciālista bērna/pusaudža simptomu novērtējums, psihiskā stāvokļa apraksts, somatiskas veselības novērtējums. Papildus bērna izvērtēšanas laikā būtu jānosaka bērna vispārējās funkcionēšanas līmenis ar Bērnu globālās funkcionēšanas skalu (C-GAS). ***UDHS klīnisko diagnozi nedrīkst noteikt tikai pēc skrīninga instrumenta rezultātiem vai informācijas no pacienta vecāka (likumiskā pārstāvja) vai skolas.***

Katram bērnam ar aizdomām par UDHS ir jāveic somatiskā apskate un neiroloģiskā apskate, pēc kurām ir apsverama papildu nepieciešamība izvērtēt stāvokli pie speciālistiem.

Bērnu neirologa kompetencē ir nozīmēt tālāko izmeklēšanu pēc klīniskajām indikācijām — EEG, MRT, polisomnogrāfiju, EMG, neirogrāfiju vai arī specifiskas laboratorijas analīzes diagnozes precizēšanai un nosūtīt uz konsultāciju pie ģenētiķa (hromosomu vai metabolisku slimību gadījumā).

Instrumentālie izmeklējumi rutīnā nav rekomendējami; uz tiem nosūta ārsts-speciālists pēc somatoneiroloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, gadījumā, 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. [5] Ja pacienta anamnēzē un klīniskās izvērtēšanas rezultātos ir norādes par zemu, vecumam neatbilstīgu globālu

³ Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

kognitīvo spēju (intelekta) līmeni *vai* zemu, pacienta globālu kognitīvo spēju (intelekta) līmenim neatbilstīgu sniegumu ar valodas vai matemātiskām spējām saistītajos uzdevumos, ir jāveic strukturēta pacienta intelekta spēju psiholoģiskā izpēte, izmantojot standartizētus testus: *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV)* vai *Woodcock-Johnson Tests of Cognitive Abilities-IV (WJ-IV)*.

Izpratne par bērna/pusaudža sniegumu un pielāgošanos izglītības vidē ir svarīga novērtēšanas procesa sastāvdaļa. Pedagogi var sniegt informāciju, izmantojot skrīninga vai novērtējuma skalas vai intervijas, tostarp sniedzot detalizētu informāciju par sociālo un akadēmisko funkcionēšanu.

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-speciālists izvērtē un risina pēctecīgi vai paralēli UDHS korekcijai un ārstēšanai.

10. UDHS ārstēšana un rehabilitācija

UDHS ārstēšana ir komplekso 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 u.c.).

Pacienta ārstēšanas un rehabilitācijas plāna izveide, ārstēšanas un rehabilitācijas procesa uzraudzība un rezultātu novērtēšana ir ārstējošā ārsta (bērnu psihiatra vai bērnu neirologa) kompetencē.

Pēc UDHS diagnozes noteikšanas ir jāizskaidro pacientam un viņa vecākiem UDHS diagnozes būtība un jāapspriež diagnozes saņemšanas iespējamās sekas. Ārstiem pēc diagnozes noteikšanas un tās būtības izskaidrošanas būtu jāpiedāvā pacientam un viņa ģimenei multimodāla ārstēšana un atbalsts.

11. Bērns līdz 6 gadu vecumam

Pirmsskolas vecuma bērniem primāri jāuzsāk ārstēšanas ar nefarmakoloģiskām intervencēm.

Medikamentozā terapija bērniem, kas ir jaunāki par 6 gadiem, nozīmējama retos (klīniski smagos un komorbīdajos) gadījumos, ja adekvātas nefarmakoloģiskās intervences nav

izrādījušās klīniski efektīvas, vienmēr strikti izvērtējot nepieciešamību, potenciālo ieguvumu un riskus, un ir bērnu psihiatru kompetencē.

Pārskatīt ārstēšanas un rehabilitācijas plānu bērnam ar UDHS līdz 6 gadu vecumam, kurš saņem nefarmakoloģiskās intervences, ārstējošajam ārstam ieteicams reizi 6 mēnešos (bet ne retāk kā reizi 12 mēnešos) vai pēc klīniskām indikācijām (psihiskā stāvokļa pasliktināšanās, jaunu veselības traucējumu parādīšanās, intervenču nepietiekamā efektivitāte u.c.). [4]

12. Bērns no 6 gadu vecuma

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

UDHS ārstēšanu vienmēr ieteicams sākt ar nemedikamentozajām intervencēm (skat. 13. sadaļu). Ja par spīti izmantotajām nemedikamentozajām intervencēm bērnam/pusaudzim saglabājas vismaz vidēji smagi ar UDHS simptomiem saistīti funkcionēšanas traucējumi (C-GAD punktu skaits mazāks par 60) vai objektīvu iemeslu (piemēram, nepieejamības) dēļ nemedikamentozās intervences nav iespējams realizēt pilnvērtīgi, paralēli nemedikamentozajām intervencēm ieteicams sākt UDHS medikamentozo terapiju.

Pārskatīt ārstēšanas un rehabilitācijas plānu bērnam ar UDHS pēc 6 gadu vecuma, kurš saņem nefarmakoloģiskās 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 tiek uzsākta medikamentozā UDHS terapija, tās uzraudzībai jānotiek pēc rekomendācijām šā klīniskā algoritma 15., 16. un 17. punktā. [4]

13. Nemedikamentozās intervences

Dažādas uzvedības intervences, psiholoģiskās un neirokognitīvās metodes un diētas tiek izmantotas gan pirms medikamentozās terapijas uzsākšanas, gan kā tās papildinājums.

Nefarmakoloģisko intervenču kopējais mērķis ir mazināt UDHS simptomu un ar tiem saistīto uzvedības un emociju traucējumu izteiktību, trenējot deficītārās 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 nefarmakoloģiskās intervences (*multimodāla psihosociālā intervence*), jo katrai intervencei ir savi mērķi un paredzamie efekti, kas jāpielāgo pacienta individuālajai situācijai, vecumam, veselības un sociālajām vajadzībām.⁴

13.1. Psihoeducācija

Psihoeducācijas vispārējais mērķis ir izglītot pacientus un viņu ģimenes, sniedzot informāciju par UDHS un ta ietekmi uz ikdienas funkcionēšanu, ārstēšanas iespējām, stratēģijām pacientu funkcionēšanas optimizēšanai u.c. Psihoeducāciju veic pacienta ārstējošais ārsts vai cita pacienta ārstēšanā un rehabilitācijā iesaistīta ārstniecības vai ārstniecības atbalsta persona savas kompetences ietvaros. Pacientam un viņa vecākiem (likumiskajiem pārstāvjiem) ir jāsniedz uz pierādījumiem balstīta informācija par UDHS simptomiem, etioloģiju, gaitu, prognozi un ārstēšanu, iekļaujot arī informāciju par to, kas pašlaik **nav** zināms.

⁴ Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

13.2. 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.

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

13.3. Uz uzvedību fokusētās ģimenes intervences

Uz uzvedību fokusētās ģimenes intervences (*behavioural parent training*) ir psihosociālās rehabilitācijas metodes, kas var uzlabot bērna uzvedību un samazināt vecāku izmantotās dezadaptīvās audzināšanas stratēģijas. Ārstniecības personai ir jārekomendē ģimenei iesaistīties pacienta vecumam un vajadzībām piemērotā uz uzvedību fokusētā grupas intervencē (skat. 5. sadaļu) gadījumā, ja tas netika izdarīts primārās veselības aprūpes posmā.

Ārstniecības personai ir jārekomendē ģimenei iesaistīties pacienta vecumam un vajadzībām atbilstīgā individuālā uz uzvedību fokusētā intervencē (piemēram, lietiskā uzvedības analīze) gadījumā, ja ģimenei nav iespējas piedalīties uz uzvedību fokusētā grupas intervencē vai ja iepriekšējā uz uzvedību fokusētā grupas intervence ir bijusi neefektīva. [4]

13.4. Sociālo iemaņu trenēšana

Psihosociālās intervences, kas ir mērķētas uz sociālo iemaņu trenēšanu (piemēram, sociālo prasmju grupas), var būt nepieciešamas pacientiem, kam UDHS pamata simptomu ietekmē ir attīstījušas starppersonu komunikācijas grūtības vienaudžu vidē. Šie treniņi parasti ir vērsti uz to, lai mācītu bērniem uztvert un interpretēt smalkus sociālos signālus un risināt problēmas sociālajās mijiedarbībās, vienlaikus nostiprinot atbilstošas prasmes, kas tiek demonstrētas grupas vidē. Treniņi fokusējas uz sociālo prasmju (komunikācijas, sadarbības, piedalīšanās u.c.) attīstīšanu un nostiprināšanu. [6]

13.5. Kognitīvi biheiviorālās intervences

Termins “kognitīvi biheiviorālās intervences” tiek lietots, lai apzīmētu plašu psiholoģisko pieeju klāstu, kurās izmanto kognitīvas un/vai uzvedības intervences ar mērķi mazināt UDHS simptomu ikdienas ietekmi uz funkcionēšanu. Kognitīvi biheiviorālo intervenču mērķis pacientu ar UDHS rehabilitācijā ir pacienta paškontroles spēju attīstīšana, adaptīvo problēmu risināšanas stratēģiju izstrāde un nostiprināšana, kā arī citu vadības funkciju trenēšana.

13.6. Kognitīvie treniņi un neiroatgriezeniskā saite

Kognitīvie treniņi UDHS kontekstā galvenokārt apzīmē datorizētu treniņu programmu izmantošanu, lai uzlabotu tādas kognitīvās funkcijas kā uzmanība un atmiņa (un rezultātā arī plašākus funkcionēšanas aspektus), kā arī UDHS simptomu smagumu. Neiroatgriezeniskās saites (*neurofeedback*) terapija izmanto bioatgriezeniskās saites principus, lai iemācītu cilvēkam pašam regulēt smadzeņu garozas elektrisko aktivitāti.

13.7. Uztura terapija

Veselības aprūpes speciālistiem jāseko, vai bērns ar UDHS saņem sabalansētu uzturu, pietiekamu šķidruma daudzumu un vai tiek nodrošinātas regulārās fiziskās aktivitātes. Grūtības kontrolēt savu uzvedību un hiperaktivitāte pacientiem ar UDHS var būt asociēta ar haotisku uztura uzņemšanu, nekvalitatīvas pārstrādātas pārtikas izvēli un tādiem ēšanas traucējumiem kā bulīmija un kompulsīva pārēšanās. Lielākā pierādījumu bāze ir brīvo taukskābju

suplementācijai, taču to nozīmēšana netiek uzskatīta par ārstēšanas līdzekli. Citus uztura bagātinātāju veidus, piemēram, vitamīnus, garšaugus, vai homeopātiskās metodes pētījumi neatbalsta.

14. Izvērtēšana pirms medikamentozās terapijas sākšanas

Ārstējošajam ārstam pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas ir jāpārskata klīniskā diagnoze, jāizvērtē līdztekus traucējumi un sociālā vide, jāizvērtē, vai ir citi psihiski, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi, un jāizvērtē somatiskā veselība.

EKG nav rekomendējams kā rutīnas izmeklējums pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas, ja pacientam nav paaugstināta kardiovaskulārā riska pazīmju vai līdztekus traucējumu, kuru ārstēšanai viņš lieto citus medikamentus ar paaugstinātu kardiovaskulāru blakņu risku. Ja tiek konstatētas attiecīgas klīniskās indikācijas, ārstējošajam ārstam pacients jānosūt uz konsultāciju pie bērnu kardiologa padziļinātai kardiovaskulārai izvērtēšanai pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas uzsākšanas.

15. Kombinētā terapija (nemedikamentozā + medikamentozā)

Ja par spīti izmantotajām nemedikamentozajām intervencēm bērnam/pusaudzim saglabājas vismaz vidēji smagi ar UDHS simptomiem saistīti funkcionēšanas traucējumi (C-GAD punktu skaits mazāks par 60) vai objektīvu iemeslu (piemēram, nepieejamības) dēļ nefarmakoloģiskās intervences nav iespējams realizēt, paralēli nefarmakoloģiskām intervencēm ieteicams sākt farmakoloģisko ārstēšanu. [4]

Terapiju ar stimulantu vai nestimulantu grupas preparātu UDHS ārstēšanai sāk bērnu psihiatrs vai bērnu neirologs pēc bērna izvērtēšanas, diagnozes noteikšanas un ārstniecības plāna izveides.

UDHS farmakoterapijā izmanto stimulējošos medikamentus (psihostimulantus) un nestimulējošos medikamentus. Stimulantu iedarbība parasti sākas ātri (dažu desmitu minūšu līdz 1 stundas laikā) un tie uzlabo uzmanību, koncentrēšanās spējas un impulsu kontroli aptuveni 70–80% bērnu ar UDHS. Nestimulanti (piem., atomoksetīns, guanfacīns) tiek lietoti, ja pacients nepanes terapiju ar stimulantiem, tie nav bijuši efektīvi vai ir kontrindicēti. Šā klīniskā ceļa tapšanas brīdī (2025. gadā) Latvijā UDHS ārstēšanai ir reģistrēti divi stimulantu grupas medikamenti – *metilfenidāts* un *lisdeksamfetamīns*.

Svarīgi informēt vecākus/aprūpētājus par efektiem, kādi paredzami no medikamentu lietošanas, par iespējamajām blaknēm, iedarbības ilgumu, lietošanas veidu un paredzamo lietošanas ilgumu. Šo informāciju vēlams sniegt arī rakstiski, to iekļaujot konsultanta slēdzienā/izrakstā.

Stimulantu medikamenti tiek rekomendēti kā pirmās izvēles terapija gan bērniem no 6 gadu vecuma, gan pusaudžiem. Izvēloties medikamentu UDHS simptomu korekcijai, jāņem vērā pacienta vecumu un svaru, simptomu raksturu un dinamiku dienas laikā, blakusslimības, iepriekšēju lietošanas pieredzi un ģimenes anamnēzi.

Pirmās izvēles medikamenti ir ***metilfenidāta preparāti*** (īsās vai garās darbības zāļu formas). Metilfenidāta deva tiek rēķināta, izejot no pacienta svara. Par efektīvo devu tiek uzskatīts devu

diapazons no 0,6 līdz 1,2 mg/kg. Absolūtās kontrindikācijas stimulantu lietošanai ietver smagu sirds slimību vai aritmiju klātbūtni, smagu hipertensiju vai cita veida nopietnus kardiovaskulārus traucējumus, neārstētu hipertireozī, slēgtā kakta glaukomu vai pierādītu alerģiju pret jebkuru simpatomimētisko līdzekli.

Ja viena veida vai konkrēta darbības ilguma stimulantu grupas medikaments nav efektīvs vai slikti panesams, jāizmēģina cita veida vai cita darbības ilguma stimulantu grupas medikaments. Latvijā UDHS ārstēšanai bērniem/pusaudžiem ir reģistrēts otrs stimulantu grupas medikaments **lisdeksamfetamīns**. Lisdeksamfetamīna efektīvo devu diapazons ir no 20 līdz 60 mg/d (bērniem līdz 12 g.v.) vai 70 mg/d (bērniem no 13 g.v.).

Trešās izvēles medikaments ir ne-stimulantu grupas preparāti **atomoksetīns** un **alfa-2 adrenoreceptoru agonisti guanfacīns un klonidīns** (ilgstošās darbības formas). Atomoksetīna titrēšanas laikā jāņem vērā un jāinformē pacients un viņa ģimene, ka medikamenta klīnisko efektivitāti iespējams novērtēt tikai pēc 8—12 nedēļām ilgas regulāras lietošanas terapeitiskā devā. Šī algoritma tapšanas brīdī (2025. gads) medikamenti atomoksetīns, guanfacīns un klonidīns (ilgstošās darbības formas) nav reģistrēti Latvijā UDHS ārstēšanai.

Šī algoritma tapšanas brīdī (2025. gads) Latvijā UDHS ārstēšanai ir pieejams viens preparāts ar 100% valsts kompensāciju – ilgstošās darbības metilfenidāts. Tiesības izrakstīt kompensējamo ilgstošās darbības metilfenidātu ir bērnu psihiatram saskaņā ar konsīlija slēdzienu.

Medikamenta deva ieteicamo devu diapazonā ir jātitrē līdz optimālai devai ar maksimālu klīnisko un panesamām blakusparādībām. 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 blakņu novērtēšanai.

16. Medikamentozās terapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole

Medikamentozās terapijas gadījumā uzraudzībai ir vairāki līmeņi: regulāras vizītes, augšanas un veselības monitorings, simptomu un funkcionēšanas novērtējums, medikamenta lietošanas kontrole un līdzestība. Pēc titrēšanas un devas stabilizēšanas medikamentozās terapijas efektivitātes un blakusparādību kontrole visu medikamentozās terapijas laiku jāturpina vismaz reizi 3 mēnešos.

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 dinamiskā 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.⁵

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

⁵ Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi [Nr. 555](#) “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

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

Medikamentozās terapijas laikā jāseko un medicīniskajā dokumentācijā jāreģistrē medikamenta izraisītās blakusparādības, TA un SF, augums, svars. Ja bērnam vai pusaudzim, lietojot stimulantu medikamentus, būtiski samazinās augšanas temps, jāapsver pārtraukums ārstēšanā, piemēram, skolas brīvlaikā, lai veicinātu "panākšanas" augšanu, vai arī jāapsver alternatīvs medikaments.

17. Medikamentozās terapijas pārskatīšana un pārtraukšana

Ārstējošajam ārstam, bērnu psihiatram vai bērnu neirologam, pacienta medikamentozā terapija ir jāpārskata ne retāk ka reizi 12 mēnešos un ar pacientu un viņa vecāku/likumisko pārstāvi jāapspiež medikamentozās terapijas turpināšanas lietderība. Daļa pusaudžu, pieaugot un uzlabojot savas pašregulācijas prasmes, var kompensēt UDHS simptomus un veiksmīgi tikt galā bez zālēm, bet citiem terapija var būt nepieciešama arī pieaugušo vecumā – to nosaka individuāli, regulāri pārvērtējot stāvokli. [4], [8]

18. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpes dienestiem

Lielākajā daļā gadījumu UDHS ir traucējumi, kas saglabājas visas dzīves laikā, un izpaužas kā pilnvērtīgi traucējumi vai kā daži noturīgi simptomi ar nepārtrauktu ietekmi uz cilvēka psihosociālo funkcionēšanu. UDHS izplatība pieaugušajiem tika noteikta diapazonā no 1,4% līdz 3,6%. [9] UDHS pieaugušajiem ir saistīts ar nozīmīgām ciešanām, lielāku risku komorbīdu veselības traucējumu attīstībai un būtiski sliktāku sociālo adaptāciju. UDHS adekvāta ārstēšana pieaugušo vecumā ļauj būtiski mazināt darbnespējas, vielu atkarības un citu komorbīdu psihisko traucējumu veidošanās riskus un izvairīties no ilgtermiņa sociālām un veselības sekām. [8]

Jauniešiem, kas skolas vecumā ārstēti 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. Ja UDHS vai komorbīdu psihisko traucējumu dēļ jauniešiem vajadzīga tālāka psihiatriskā palīdzība, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Pāreja būtu jāveic līdz 18 gadu vecumam, un tā ir iepriekš jāsaplāno gan ar bērnu, gan pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Jauniešiem ar UDHS un viņu vecākiem jāsniedz pietiekama informācija par pārejas procesu, nepieciešamības gadījumā, jāapsver formālas sanāksmes rīkošana, kurā piedalās bērnu un pieaugušo psihiskās veselības pakalpojumu sniedzēji, pacients un vecāki.

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.

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 izraisīto vielu kaitējoši pārmērīgai lietošanai un atkarībai, personības traucējumiem, emocionāliem traucējumiem un mācīšanās grūtībām).

Atsauces

- [1] S. V. Faraone *et al.*, “Attention-deficit/hyperactivity disorder,” *Nat Rev Dis Primers*, vol. 1, Aug. 2015, doi: 10.1038/nrdp.2015.20.
- [2] B. Franke *et al.*, “Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan,” Oct. 01, 2018, *Elsevier B.V.* doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.08.001.
- [3] S. V. Faraone *et al.*, “The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder,” Sep. 01, 2021, *Elsevier Ltd.* doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- [4] “National Institute for Health and Care Excellence (2018) Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [NICE Guideline NG 87]”, Accessed: Mar. 30, 2025. [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- [5] R. A. Barkley, “Neuropsychological Testing is Not Useful in the Diagnosis of ADHD: Stop It (or Prove It)!” 2019, [Online]. Available: www.guilford.com.
- [6] “ADHD Guideline Development Group. Australian evidence-based clinical practice guideline for Attention Deficit Hyperactivity. Melbourne: Australasian ADHD Professionals Association; 2022.”.
- [7] S. J. Westwood *et al.*, “Computerized cognitive training in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis of randomized controlled trials with blinded and objective outcomes,” Apr. 01, 2023, *Springer Nature*. doi: 10.1038/s41380-023-02000-7.
- [8] *CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020.*
- [9] J. J. S. Kooij *et al.*, “Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD,” *European Psychiatry*, vol. 56, pp. 14–34, Feb. 2019, doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.