

Ēšanas traucējumu (ĒT) diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem

Klīniskais ceļš

Autore: Ilze Mežraupe, psihiatrs, psihoterapeits

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

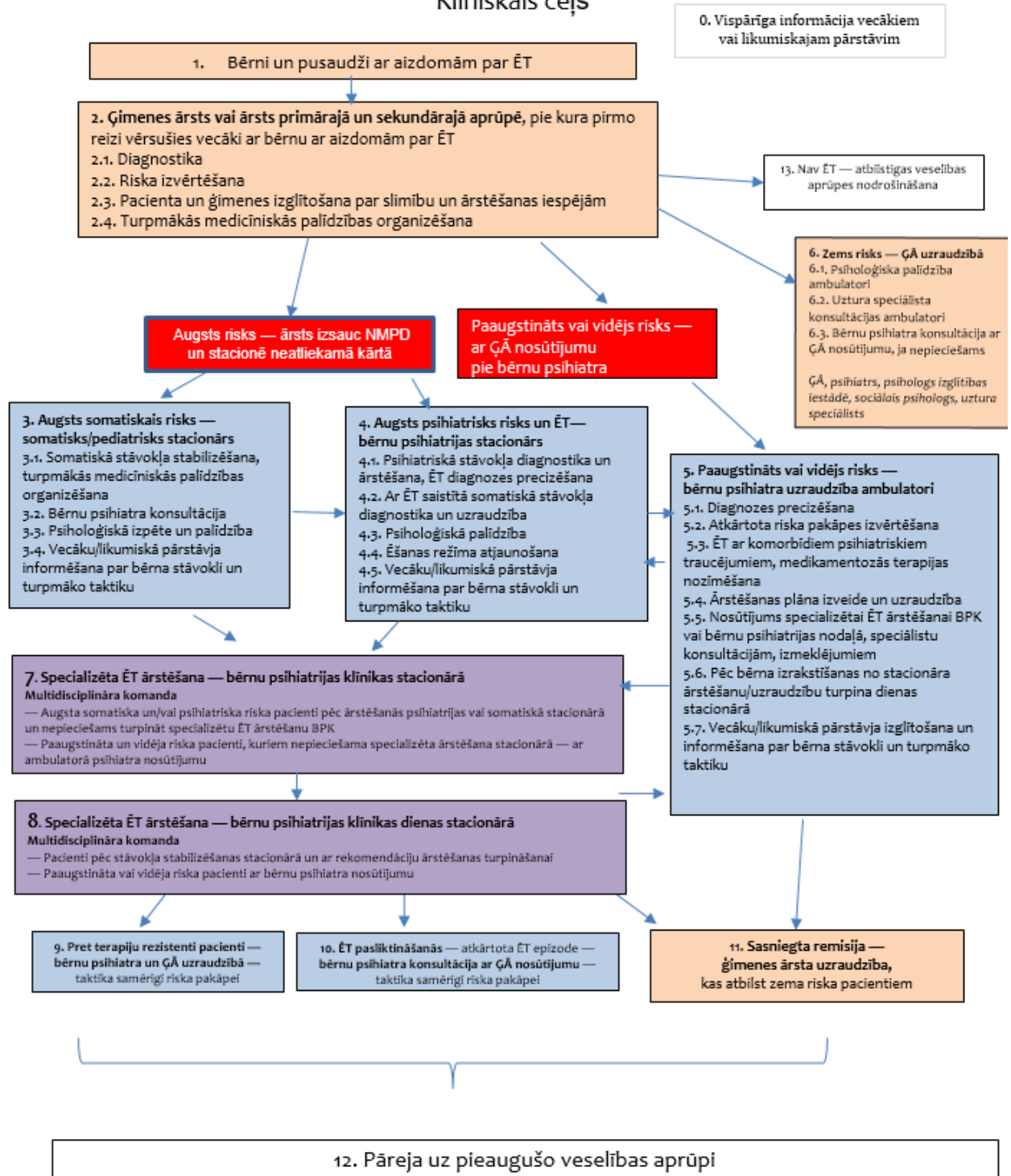
Saturs

Klīniskā ceļa shēma.....	3
Mērķauditorija.....	5
0. Vispārīga informācija vecākiem vai likumiskajam pārstāvim.....	5
1. Bērni un pusaudži ar aizdomām par ĒT.....	8
2. Ģimenes ārsts vai ārsts primārajā un sekundārajā aprūpē, pie kura pirmo reizi vērsušies vecāki ar bērnu ar aizdomām par ĒT.....	9
2.1. Diagnostika.....	9
2.2. Riska izvērtēšana.....	9
2.3. Pacienta un ģimenes izglītošana par slimību un ārstēšanas iespējām.....	9
2.4. Turpmākās medicīniskās palīdzības organizēšana.....	9
3. Augsts somatiskais risks — somatisks/pediatriks stacionārs.....	9
3.1. Somatiskā stāvokļa stabilizēšana, turpmākās medicīniskās palīdzības organizēšana.....	10
3.2. Bērnu psihiatra konsultācija.....	10
3.3. Psiholoģiskā izpēte un palīdzība.....	10
3.4. Vecāku/likumiskā pārstāvja informēšana par bērna stāvokli un turpmāko taktiku..	10
4. Augsts psihiatrisks risks un ĒT — bērnu psihiatrijas stacionārs.....	10
4.1. Psihiatriskā stāvokļa diagnostika un ārstēšana, ĒT diagnozes precizēšana.....	10
4.2. Ar ĒT saistītā somatiskā stāvokļa diagnostika un uzraudzība.....	10
4.3. Psiholoģiskā palīdzība.....	11
4.4. Ēšanas režīma atjaunošana.....	11
4.5. Vecāku/likumiskā pārstāvja informēšana par bērna stāvokli un turpmāko taktiku..	11

5. Paaugstināts vai vidējs risks — bērnu psihiatra uzraudzība ambulatori.....	11
5.1. Diagnozes precizēšana.....	11
5.2. Atkārtota riska pakāpes izvērtēšana	11
5.3. ĒT ar komorbīdiem psihiatriskiem traucējumiem, medikamentoza terapija	11
5.4. Ārstēšanas plāna izveide un uzraudzība	11
5.5. Nosūtījums specializētai ĒT ārstēšanai Bērnu psihiatrijas klīnikā vai bērnu psihiatrijas nodaļā, speciālistu konsultācijām, izmeklējumam.....	12
5.6. Pēc bērna izrakstīšanas no stacionāra ārstēšanu/uzraudzību turpina dienas stacionārā	12
5.7. Vecāku/likumiskā pārstāvja izglītošana un informēšana par bērna stāvokli un turpmāko taktiku.....	12
6. Zems risks — ģimenes ārsta uzraudzībā	12
6.1. Psiholoģiska palīdzība ambulatori.....	12
6.2. Uztura speciālista konsultācijas ambulatori	12
6.3. Bērnu psihiatra konsultācija ar ĢĀ nosūtījumu, ja nepieciešams	13
7. Specializēta ĒT ārstēšana — bērnu psihiatrijas klīnikas stacionārā.....	13
8. Specializēta ĒT ārstēšana — bērnu psihiatrijas klīnikas dienas stacionārā.....	13
9. Pret terapiju rezistenti pacienti — bērnu psihiatra un ģimenes ārsta uzraudzība — taktika samērīgi riska pakāpei	14
10. ĒT pasliktināšanās, atkārtota ĒT epizode — bērnu psihiatra konsultācija ar ģimenes ārsta nosūtījumu. Taktika samērīgi riska pakāpei	14
11. Sasniegta remisija — ģimenes ārsta uzraudzība.....	15
12. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpi	15
13. Nav ĒT — atbilstīgas veselības aprūpes nodrošināšana.....	15
Atsauces.....	16

Klīniskā ceļa shēma

Ēšanas traucējumu (ĒT) diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem. Klīniskais ceļš





Indikācijas pacienta vadīšanai konkrētā psihiskās veselības aprūpes līmenī

1. līmenis

- Bērna vecāki vērsušies pēc palīdzības pie ģimenes ārsta vai cita speciālista ar aizdomām par ĒT (straujš svara zudums, pārāk mazs svars vecumam, augšanas aizture, ēšanas uzvedības un paradumu maiņa, badošanās vai izvadošas uzvedības pazīmes, pastiprināta sportošana ar mērķi novājt, dažādi somatiski traucējumi, amenoreja u.c.) vai ir bažas par bērna/pusaudža veselības stāvokli augstākminētās uzvedības dēļ.
- Zema riska ĒT pacienti — primāri diagnosticēti, tiek organizēta palīdzība ĢĀ aprūpē, rekomendēta psiholoģiska intervence, uztura speciālista konsultācijas, bērnu psihiatra konsultatīva uzraudzība.
- Remisiju sasniegušiem pacientiem nepieciešama vispārējā veselības stāvokļa uzraudzība.
- Pacientiem, kas nesaņem specializētu palīdzību, nepieciešama vispārējā veselības stāvokļa uzraudzība. Ja riska līmenis paaugstinās — pāreja uz specializētu aprūpi.

3. līmenis

- Augsta somatiska riska pacienti — ārstēšana pediatrijas stacionārā, vienlaicīgi jāorganizē bērnu psihiatra uzraudzība un ĒT ārstēšana, multidisciplināra pieeja.
- Augsta psihiatriska riska pacienti vai pacienti ar psihiatrisku komorbiditāti, vienlaicīgi jāorganizē ĒT ārstēšana, multidisciplināra pieeja.

4. līmenis

- Ēšanas traucējumu izvērtēšanai/ārstēšanai nepieciešamais intensitātes līmenis, speciālistu kompetences līmenis, specializētas uzraudzības līmenis nav pieejams 3. līmenī.

Mērķauditorija

- Ģimenes ārsti
- Psihiatri, bērnu psihiatri
- Pediatri, bērnu ginekologi, endokrinologi, citu specialitāšu ārsti un ārstniecības personas
- Klīniskie, veselības, izglītības psihologi
- Psihoterapeiti
- Dietologi un uztura speciālisti
- Funkcionālie un rehabilitācijas speciālisti
- Medicīnas māsas
- Skolu medicīniskie darbinieki
- Izglītības speciālisti: pedagogi, sporta pedagogi, treneri, interešu izglītības speciālisti
- Pacienti un viņu ģimenes locekļi

0. Vispārīga informācija vecākiem vai likumiskajam pārstāvim

Klīniskais ceļš “Ēšanas traucējumu (ĒT) diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem” sniedz strukturētu informāciju par ĒT diagnosticēšanu un veselības aprūpes organizēšanu un vadīšanu veselības aprūpes sistēmā bērniem un pusaudžiem, ņemot vērā slimības smaguma pakāpi un somatisko risku.

Pacientiem ar ĒT un viņu piederīgajiem jāiepazīstas ar izglītojošu informāciju par ĒT, tiem raksturīgajām īpatnībām, simptomiem, pazīmēm, uzvedību, par ĒT riskiem, cik lielā mērā tie attiecas uz pacientu un kā ietekmē, īpašu uzmanību pievēršot augsta somatiskā vai psihiatriskā riska izskaidrošanai, slimības gaitas un ārstēšanas iespējām, iespējamajiem iznākumiem, paredzamajām grūtībām un ierobežojumiem. [1]

Kas ir ēšanas traucējumi?

ĒT ir specifiska, kompleksa, potenciāli dzīvību apdraudoša psihisko traucējumu grupa, ko raksturo izmainīta domāšana par uzturu un ēšanu, ķermeņa masu, formu un attiecīga uzvedība un kas tālāk ietekmē psihosociālo adaptāciju un somatisko veselību. [1; 2; 4; 6; 8]

Ēšanas traucējumus iedala trīs pamata grupās:

- *anorexia nervosa* (AN) — raksturīgas izteiktas bailes no resnuma, pat ja bērna svars ir normāls vai samazināts, pieaugoša uzņemamā ēdiena daudzuma ierobežošana, ko dažkārt pavada izvadoša uzvedība (vemšanas izraisīšana pēc ēdienreizēm, pārmērīga fiziska aktivitāte, caurejas līdzekļu lietošana) un būtiska novājēšana līdz pat kaheksijai;
- *bulimia nervosa* (BN) — arī saistīta ar bailēm kļūt resnam/resnai, tāpēc tiek izraisīta vemšana pēc ēdienreizēm, kuras uzskata par pārēšanos, bet svars saglabājas tuvu normai;
- atipiski ēšanas traucējumi, no kuriem biežākie ir kompulsīva pārēšanās (KP, biežāk jauniešu un pieaugušā vecumā): nekontrolējamas pārēšanās epizodes, raksturīga svara palielināšanās, aptaukošanās.

ĒT pārsvarā sākas pusaudžu vai agrīnā pusaudžu vecumā, nereti kā anoreksija vai atipiska anoreksija, kas pāriet bulīmijā, raksturīga atkārtotā pārēšanās pēc remisijas sasniegšanas un pāreja citos ĒT (piemēram, AN → BN vai KP).

Plašāku informāciju par ĒT bērniem un pusaudžiem un to veidiem, ārstēšanu skatīt klīniskajā algoritmā “Ēšanas traucējumu diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem”, tīmekļa vietnē www.anoreksija.lv; angļu valodā vadlīnijas ĒT diagnostikā un ārstēšanā var atrast vietnē <https://www.nice.org.uk>.

ĒT bieži kombinējas ar emocionāliem traucējumiem un psihiatrisku komorbiditāti (depresiju, trauksmi, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, autiskā spektra traucējumiem, šizofrēniju u.c.), tāpēc ir būtiski ārstēšanas procesā pievērst uzmanību un risināt abus apdraudošos faktoros — emocionālo un fizisko.

Kā vecākiem atpazīt ĒT?

Vislielākais risks saslimt ar ĒT ir 13—17 gadu vecumā, tomēr pēdējo gados ar anoreksiju saslimst arī bērni 8—12 gadu vecumā. Pārsvarā slimo meitenes, apmēram 10 % gadījumu — zēni.

Ja ģimenē nav pieņemts ieturēt vismaz vienu kopīgu maltīti dienā, ĒT paradumu un uzvedības izmaiņas ilgstoši var nepamanīt. Ja rodas aizdomas, ka svara zudums vai pārmaiņas saistītas ar ēšanu, ieteicams atsākt kopīgas maltītes un, pamanot neveselīgas izmaiņas ēšanas paradumos, pārrunāt iemeslus un mērķi. [1; 2; 6; 18]

Kādām pazīmēm pievērst uzmanību?

- Bērns sāk pastiprināti sevi aplūkot spogulī, bieži svērties, runāt par nepieciešamību novājt, pauž neapmierinātību ar savu izskatu.
- Ēšanas uzvedības, paradumu maiņa, badošanās pazīmes.
- Dažādu diētu (veģetārās, vegānās) uzsākšana ar tendenci samazināt uzņemtā ēdiena daudzumu.
- Selektīva ēšana ar ortoreksijas pazīmēm (pārmērīga uzmanības pievēršana veselīgam uzturam, dzīvesveidam).
- Straujš svara zudums.
- Pārāk mazs svars vecumam, augšanas aizture (vairākus gadus aug garumā, bet svars nemainās, piemēram, līdz 16 gadu vecumam paliek 12 gadus veca bērna svarā).
- Pastiprināta sportošana ar mērķi novājt.
- Menstruālā cikla traucējumi, amenoreja.
- Sūdzības par kuņģa—zarnu trakta darbības traucējumiem, aizcietējumiem.
- Atkārtota vemšana pēc ēdienreizēm.
- Sūdzas par palielinātu svaru, bet svars ir normāls vai pat zem normas.
- Pusaudži ar palielinātu svaru un/vai ievērojamām svara svārstībām.

Kā diagnosticē ĒT?

ĒT var identificēt dažādās vidēs:

- ģimenē,
- bērna/pusaudža izglītības iestādē,
- ārpusskolas un sporta nodarbību pulciņos, sekcijās,
- primārās un sekundārās veselības aprūpes iestādēs, kur bērna vecāki vērsušies pēc palīdzības citu sūdzību dēļ.

Ja bērna skolotājs, treneris vai medicīnas darbinieks vecākam izsaka aizdomas par iespējamiem ĒT bērnam, tad vecākiem ar bērnu jādodas pie ģimenes ārsta (ĢĀ), kas veiks bērna apskati, novērtēs veselības stāvokli, riskus un, ņemot vērā klīnisko atradi, organizēs ārstēšanu vai diagnostiku. [1; 2; 6; 18; 19]

Kā ārstē ĒT?

Iespējamo smago somatisko komplikāciju dēļ ĒT identificēšana, diagnostika un ārstēšana ir kompleks process, ne tikai psihiatriska ārstēšana. [1; 2; 4; 18; 19]

ĒT komplicētā rakstura dēļ (tie dažādās smaguma pakāpēs var ietekmēt kā somatisko, tā psihisko veselību) svarīga ir visu līmeņu aprūpes sadarbība, tāpēc tiek iesaistīti dažādu specialitāšu ārsti un konsultanti, jo:

- jānovērš ĒT izraisītie akūtie stāvokļi, kas var apdraudēt dzīvību vai izraisīt invaliditāti,
- pacienta ārstēšana jāorganizē atbilstīgi slimības smaguma pakāpei,
- jādiagnosticē un jāārstē vai jāizslēdz citas somatiskās slimības,
- jāsniedz psiholoģiska palīdzība un atbalsts pacientam un ģimenei,
- jādiagnosticē un jāārstē komorbīdas psihiskās slimības.

Bērna/pusaudža ĒT ārstēšanas procesu vada un uzrauga bērnu psihiatrs.

Visbiežāk ēšanas traucējumus identificē ĢĀ, kurš, izvērtējot somatiskos un psihiskos riskus, lemj par tālāko taktiku un turpina veselības stāvokļa uzraudzību pēc bērna/pusaudža izrakstīšanas no stacionāra.

Specializēta ĒT aprūpe nozīmē multidisciplināru pieeju — organizētu attiecīgi kvalificētu speciālistu (ĢĀ, pediatra, psihiatra, uztura speciālista, psihologa) sadarbību. Speciālistiem jābūt ar pieredzi ĒT ārstēšanā, procesā jāiesaista vecāki, ģimenes locekļi.

Stacionārā un dienas stacionārā ārstēšanu vada bērnu psihiatrs, vienlaicīgi sadarbojoties ar pediatru, bērnu endokrinologu, bērnu ginekologu un citu specialitāšu ārstiem, uztura speciālistu/dietologu, psihologiem, nodaļas personālu.

Valsts medicīnas aprūpē bērnus un pusaudžus ārstē par valsts budžeta līdzekļiem stacionārā, dienas stacionārā un ambulatori.

Ārstēšanas nodrošināšana par personīgajiem līdzekļiem

Ja vecāki un/vai bērns nevēlas ĒT ārstēšanu turpināt valsts nodrošinātajā aprūpē, galvenā atbildība par privāti praktizējošo speciālistu iesaisti jāuzņemas vecākiem: jāorganizē ārstēšanas plāns, kas nodrošina psiholoģisko palīdzību un uztura speciālista konsultācijas privātās struktūrās.

Ģimenes ārsta uzraudzībā regulāri jākontrolē pacienta veselības stāvoklis un svara dinamika, bērnu psihiatra konsultatīvā uzraudzībā — psihiskais stāvoklis.

Pasliktināšanās gadījumā, izvērtējot riskus, vadošais ārsts (ĢĀ vai psihiatrs) lemj par turpmāko taktiku — vai ir nepieciešama stacionāra somatiska vai psihiatriska tipa stacionārā valsts medicīnas aprūpē.

Kas notiek, ja ĒT neārstē?

Ja ĒT netiek ārstēti, tie negatīvi ietekmē ne tikai somatisko veselību, bet arī psihisko.

ĒT izraisītās fiziskās un psiholoģiskās sekas var būtiski pasliktināt dzīves kvalitāti pieaugušā vecumā, tāpēc svarīgi ĒT identificēt savlaicīgi un sākt ārstēšanu.

Jo ilgāk ĒT netiek atpazīti un/vai nesāk ārstēšanu, jo grūtāk panākama pacienta sadarbība ārstēšanas procesā un remisija (stāvokļa stabilizēšana). [14]

Izvērtējot pacientus ar aizdomām par ĒT, jānoskaidro, ko viņi, viņu ģimenes locekļi, aprūpētāji zina par ĒT vispār un saistībā ar pacientu, lai novērstu pārpratumus.

ĒT ir psihiatriski traucējumi, tāpēc visos veselības aprūpes līmeņos to ārstēšanu uzrauga bērnu psihiatrs.

Ģimenes ārsta taktika, bērnu samērīgi riska pakāpei virzot uz psihiatrisko aprūpi:

- augsta riska pacientus stacionē, izsaucot NMPD brigādi,
- paaugstināta un vidēja riska pacientiem ĢĀ izsniedz nosūtījumu konsultācijai pie bērnu psihiatra, virzot bērnu uz specializētu ĒT aprūpi vai konsultēšanu,
- ja riska pakāpe ir paaugstināta, vidēja vai zema, bet vecāki nevēlas saņemt palīdzību valsts veselības sistēmā, ĢĀ informē vecākus par nepieciešamo ārstēšanu un par personīgajiem līdzekļiem iesaistāmajiem speciālistiem (psihiatrs, uztura speciālists vai dietologs, psihologs vai psihoterapeits), kā arī turpina uzraudzīt bērna veselības stāvokli un svara dinamiku,
- stāvoklim pasliktinoties, jārikojas pēc augsta riska taktikas — neatliekami jānosūta specializētai ĒT ārstēšanai, kamēr pacienta veselības stāvoklis nav kritiski slikts!

Īpašas situācijas

Jāņem vērā, ka ĒT pacientiem, īpaši AN pacientiem, var būt izteikta pretestība ārstēties vai atsākt ēst, tādējādi pakļaujot sevi augstam somatiskam riskam.

Svarīgi zināt! Vecākiem ir tiesības rīkoties pret bērna gribu un meklēt medicīnisku palīdzību, ja bērna veselība ir pakļauta augstam riskam.

Ārstam samērīgi pacienta veselības stāvoklim un riskiem jāievēro likumā noteiktās normas par neatliekamu stacionēšanu un pacienta piespiedu ārstēšanu.

1. Bērni un pusaudži ar aizdomām par ĒT

Ja aizdomas vai bažas par bērna ĒT rodas nemedicīniskās struktūrās (izglītības iestādē, sporta klubā, interešu pulciņā u.tml.), atbildīgajai personai par šīm aizdomām jāinformē bērna vecāki, kuriem nekavējoties jākonsultējas ar savu ĢĀ.

Ja aizdomas radušās vecākiem, nekavējoties jāvēršas pēc palīdzības pie ĢĀ (ģimenes ārsta aprūpe bērniem/pusaudžiem tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem).

Ja ĒT pirmo reizi tiek konstatēti primārajā vai sekundārajā aprūpē, kur bērna vecāki vērsušies jebkādu sūdzību dēļ (pediatrs, gastroenterologs, ginekologs u.c.), un ja augsta somatiska vai psihiatriska riska dēļ nav nepieciešama neatliekama stacionēšana, ārstam pacients jānosūta pie ĢĀ, kas izvērtēs pacienta stāvokli un organizēs turpmāko nepieciešamo veselības aprūpi.

Ja ĒT pirmo reizi konstatē kāda neatliekama stāvokļa rezultātā (ģībonis, sirds ritma traucējumi, citi akūti stāvokļi) sabiedrībā, lielākoties tiek pieteikts izsaukums NMPD brigādei un bērns tiek nogādāts slimnīcas neatliekamās palīdzības nodaļā.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība un ārstēšana valsts slimnīcās tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem.

Bērni, kuriem ĒT rezultātā iestājušies smagi veselības traucējumi, kad vajadzīga neatliekama palīdzība, ir uzskatāmi par augsta riska pacientiem (skatīt 2., 6. punktu).

2. Ģimenes ārsts vai ārsts primārajā un sekundārajā aprūpē, pie kura pirmo reizi vērsušies vecāki ar bērnu ar aizdomām par ĒT

2.1. Diagnostika

ĒT diagnostika: anamnēze, kas norāda uz ēšanas paradumu, uzvedības un diētas maiņu, izvadošu uzvedību, pastiprinātu fizisku aktivitāti un svara samazināšanos vai ilgstošu nepalielināšanos, bērnam augot.

ĒT diagnostikai kā papildu informatīvu rīku ieteicams izmantot *SCOFF* aptauju (skatīt algoritmā), kas sniegs orientējošu informāciju par iespējamiem ĒT, un *EDE-Q6* aptauju (skatīt algoritmā), kas sniegs detalizētāku informāciju par ĒT raksturu pēdējās 28 dienās.

2.2. Riska izvērtēšana

ĢĀ kompetencē ir izvērtēt pacienta vispārējo fizisko un psihisko stāvokli, ņemot vērā riska kritērijus, un lemt par tālāko taktiku (skatīt 1. pielikumu “Riskā pakāpes novērtēšana jauniem pacientiem ar ēšanas traucējumiem” algoritmā).

Riska pakāpi (augsta, paaugstināta, vidēja, zema) nosaka pēc pacienta somatiskā un psihiskā stāvokļa un ņem vērā, izlemjot ārstēšanas taktiku (skatīt 3., 4., 5., 6. punktu).

2.3. Pacienta un ģimenes izglītošana par slimību un ārstēšanas iespējām

Lai, izvērtējot pacientus ar aizdomām par ĒT, uzzinātu pilnvērtīgu informāciju, novērstu pārpratumus un veicinātu sadarbību ar vecākiem ārstēšanas procesā, jānoskaidro, ko pacienti, viņu ģimenes locekļi, aprūpētāji zina par ĒT vispār un saistībā ar pacientu (skatīt punktu “Vispārīga informācija vecākiem un likumiskajam pārstāvim”).

2.4. Turpmākās medicīniskās palīdzības organizēšana

Augsta riska pacienti neatliekami ar NMPD jānogādā akūtajam stāvoklim atbilstīgā somatiskā/pediatriskā profila stacionārā (skatīt 3. punktu) vai bērnu psihiatrijas nodaļā/stacionārā (skatīt 4. punktu).

NMPD brigādi izsauc ārsts (ĢĀ vai speciālists), kurš konstatējis ĒT un augsto risku.

Paaugstinātas vai vidējas riska pakāpes pacientiem ar ĢĀ nosūtījumu jānododas uz konsultāciju pie bērnu psihiatra (skatīt 5. punktu).

Ja nepieciešama steidzama specializēta konsultācija bērnu psihiatrijas klīnikā, ģimenes ārsts var izmantot steidzamības rindas pieteikumu BKUS tīmekļa vietnē (<https://www.bkus.lv/lv/content/steidzamibas-rindas-pieteikums-gimenes-arstiem-un-specialistiem>).

Bērnu psihiatra konsultācija ar ĢĀ nosūtījumu valsts veselības aprūpē ir par valsts budžeta līdzekļiem.

Zemas riska pakāpes pacienti turpina ārstēšanos ĢĀ uzraudzībā (skatīt 6. punktu).

3. Augsts somatiskais risks — somatisks/pediatriskis stacionārs

Augsta somatiska riska pacientus NMPD brigāde nogādā stacionārā, kur tiek sniegta stāvokļa stabilizēšanai atbilstīga medicīniskā palīdzība. Aprūpi vada un speciālistu konsultācijas un izmeklējumus organizē ārstējošais ārsts (pediatrs, gastroenterologs) attiecīgajā nodaļā.

Šajā aprūpes līmenī jāiesaista arī bērnu psihiatrs, psihologs, uztura speciālists vai dietologs un citi nepieciešamie speciālisti.

3.1. Somatiskā stāvokļa stabilizēšana, turpmākās medicīniskās palīdzības organizēšana

Ārsts izvērtē pacienta somatisko un psihisko stāvokli un nozīmē neatliekamās medicīniskos pasākumus, organizē turpmāko aprūpi un speciālistu konsultācijas.

3.2. Bērnu psihiatra konsultācija

Bērnu psihiatrs izvērtē bērna psihisko stāvokli, iespējamās psihiskās komorbiditātes, riskus un nepieciešamības gadījumā nozīmē medikamentozu terapiju, kā arī, izvērtējot riskus un ieguvumus, lemj par bērna pārvešanu uz psihiatrijas nodaļu.

3.3. Psiholoģiskā izpēte un palīdzība

Psihologs veic sākotnējo psiholoģisko izpēti (emocionālā sfēra un domāšanas traucējumi), uzsāk psiholoģisku intervenci.

Palīdzībā iesaistot nepieciešamos speciālistus, jāgādā par savstarpēju dokumentētu informācijas apmaiņu.

Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas bērns, kurš stacionārā nokļuvis augsta somatiska riska dēļ, jāpārved uz bērnu psihiatrijas stacionāru, kur specializētu ĒT ārstēšanu turpina multidisciplināra komanda.

3.4. Vecāku/likumiskā pārstāvja informēšana par bērna stāvokli un turpmāko taktiku

Vecāki/likumiskais pārstāvis jāinformē par katra etapa gaitu, rezultātiem, turpmāko taktiku (skatīt punktu “Vispārīga informācija vecākiem un likumiskajam pārstāvim”).

Ārstēšana valsts stacionārā notiek par valsts budžeta līdzekļiem.

4. Augsts psihiatriskais risks un ĒT — bērnu psihiatrijas stacionārs

Pacientu ar augstu psihiatrisku risku — suīcīda draudiem, paškaitējumu, depresiju, akūtiem psihotiskiem stāvokļiem — neatliekamā kārtā NMPD brigāde nogādā slimnīcā, kur bērnu stacionārā psihiatrijas nodaļā un kur vienlaicīgi uzsāk psihiatriskā stāvokļa diagnostiku vai diagnozes precizēšanu un ārstēšanu, ar ĒT saistīto somatisko stāvokļu diagnostiku, izvērtēšanu un ārstēšanu.

Ārstēšanu organizē pēc multidisciplināras pieejas principiem: iesaista nepieciešamos speciālistus (pediatru, uztura speciālistu, psihologu u.c.) un nodaļas personālu, nodrošina savstarpēju informācijas apmaiņu.

Ja lokāli nav iespējams nodrošināt vienlaicīgu psihiatriskā stāvokļa un ĒT ārstēšanu, tad ārstējošajam ārstam jāorganizē pacienta pārvešana specializētai ĒT ārstēšanai bērnu psihiatrijas klīnikā.

4.1. Psihiatriskā stāvokļa diagnostika un ārstēšana, ĒT diagnozes precizēšana

Bērnu psihiatrs, izsverot anamnēzi, klīnisko gaitu, psiholoģiskās izpētes rezultātus, novērojumus nodaļā, precīzē diagnozi un nozīmē izmeklēšanu, psiholoģisko izpēti un nepieciešamo ārstēšanu.

4.2. Ar ĒT saistītā somatiskā stāvokļa diagnostika un uzraudzība

Somatiskā stāvokļa kontroli un diagnostiku uzrauga pediatrs.

Bērnu psihiatrs pacientam organizē nepieciešamās speciālistu konsultācijas un izmeklējumus, seko rekomendāciju izpildei.

Bērnu psihiatrijas nodaļas personāls regulāri pārbauda bērna vitālo funkciju rādītājus un novēro bērna emocionālo stāvokli, ēšanas uzvedību.

4.3. Psiholoģiskā palīdzība

Svarīgi ir iespējami drīz sākt psiholoģisku intervenci.

4.4. Ēšanas režīma atjaunošana

Uztura speciālists izveido individuālu ēdināšanas un papildu barošanas plānu, kura izpildei seko nodaļas personāls.

4.5. Vecāku/likumiskā pārstāvja informēšana par bērna stāvokli un turpmāko taktiku

Vecāki/likumiskais pārstāvis jāinformē par ārstēšanas gaitu un rezultātiem katrā etapā un par turpmāko taktiku.

Ārstēšana bērnu psihiatrijas stacionārā notiek par valsts budžeta līdzekļiem.

5. Paaugstināts vai vidējs risks — bērnu psihiatra uzraudzība ambulatori

Paaugstinātas un vidējas riska pakāpes pacienti un pacienti pēc izrakstīšanās no stacionāra ārstējas ambulatori bērnu psihiatra uzraudzībā vai dienas stacionārā, kur tiek izveidots psihorehabilitācijas plāns vismaz sešiem mēnešiem vai līdz remisijai. Vispārējās veselības stāvoklim seko ĢĀ.

Specializēta ĒT aprūpe nozīmē multidisciplināru pieeju — organizētu attiecīgi kvalificētu speciālistu (ĢĀ, pediatra, psihiatra, uztura speciālista, psihologa) sadarbību. Speciālistiem jābūt ar pieredzi ĒT ārstēšanā, procesā jāiesaista vecāki, ģimenes locekļi.

Pasliktināšanās gadījumā, izvērtējot riskus, vadošais ārsts (ĢĀ vai psihiatrs) lemj par turpmāko taktiku — vai ir nepieciešama stacionāra somatiska vai psihiatriska tipa stacionārā valsts medicīnas aprūpē.

ĢĀ uzdevums ir sekot bērna vispārējam stāvoklim un attīstībai, svāra dinamikai, koordinēt citu speciālistu (bērnu ginekologa, endokrinologa u.c.) iesaisti veselības stāvokļa novērtēšanai. Pēc bērna izrakstīšanās no slimnīcas vai dienas stacionāra vecākiem jākonsultējas ar ĢĀ, jāiepazīstina ar izrakstu no stacionāra un ārstējošā ārsta rekomendācijām par uzraudzību. Sākotnēji bērna kontroles vizītes ik pēc divām nedēļām, pakāpeniski pārejot uz kontroles vizītēm reizi mēnesī un retāk.

5.1. Diagnozes precizēšana

Bērnu psihiatrs precizē ĢĀ nosūtītā pacienta ĒT diagnozi un veic vispārēju psihiskā stāvokļa izvērtēšanu, diagnostiku.

5.2. Atkārtota riska pakāpes izvērtēšana

Pirms ārstēšanas un tās gaitā regulāri atkārtoti jāizvērtē gan somatiskais stāvoklis, gan psihiskais stāvoklis un jāveic izmaiņas ārstēšanas procesā.

5.3. ĒT ar komorbīdiem psihiatriskiem traucējumiem, medikamentoza terapija

ĒT ārstēšana atbilstīgi riska pakāpei, vienlaicīga psihiatrisko traucējumu ārstēšana, medikamentozās terapijas nozīmēšana un uzraudzība.

5.4. Ārstēšanas plāna izveide un uzraudzība

Bērnu psihiatrs pēc izvērtēšanas rezultātiem lemj par turpmāko ārstēšanas taktiku un par to informē pacienta vecākus/likumisko pārstāvi.

Paaugstinātas un vidējas riska pakāpes ĒT pacientu ārstēšana pēc multidisciplināras pieejas principiem: psiholoģiska interence, psihiatriska uzraudzība, uztura speciālista konsultācijas, kontroles vizītes pie ĢĀ un citiem speciālistiem.

Ambulatori par valsts budžeta līdzekļiem pieejama ir bērnu psihiatra uzraudzība, ĢĀ uzraudzība un citu speciālistu konsultācijas ar ĢĀ nosūtījumu, ja šie speciālisti strādā valsts veselības aprūpes iestādēs.

Valsts apmaksātas uztura speciālista konsultācijas ambulatori pieejamas ar BKUS bērnu psihiatra nosūtījumu.

Valsts apmaksātas psihologa konsultācijas vai psihoterapija pieejamas psihiatrijas slimnīcu dienas stacionārā vai ambulatori ar attiecīgās iestādes bērnu psihiatra nosūtījumu, kā arī Pusaudžu resursu centrā (www.pusaudzim.lv).

Vecākiem ir tiesības izvēlēties bērna ĒT ārstēšanu un aprūpi pie privāti praktizējošiem speciālistiem par personīgajiem līdzekļiem. Ieteicams saglabāt bērnu psihiatra un ĢĀ uzraudzību.

Ja vecāki un/vai bērns nevēlas ĒT ārstēšanu turpināt valsts nodrošinātajā aprūpē, galvenā atbildība par privāti praktizējošo speciālistu iesaisti jāuzņemas vecākiem: ārstēšanas plāns jāorganizē pēc multidisciplināras pieejas principiem — psiholoģiska palīdzība un uztura speciālista konsultācijas privātās struktūrās, pie ĢĀ regulāri kontrolējot pacienta veselības stāvokli un svara dinamiku, bērnu psihiatra konsultatīvā uzraudzībā — psihisko stāvokli.

5.5. Nosūtījums specializētai ĒT ārstēšanai Bērnu psihiatrijas klīnikā vai bērnu psihiatrijas nodaļā, speciālistu konsultācijām, izmeklējumiem

Bērnu psihiatrs lemj par nepieciešamību bērnu stacionēt bērnu psihiatrijas nodaļā vai nosūtīt specializētai ārstēšanai BKUS Bērnu psihiatrijas klīnikas stacionārā, dienas stacionārā vai ambulatori konsultācijām, speciālistu konsultācijām un izmeklējumiem (bērnu ginekologs, atkārtotas analīzes, kardiogramma u.c.)

5.6. Pēc bērna izrakstīšanas no stacionāra ārstēšanu/uzraudzību turpina dienas stacionārā

5.7. Vecāku/likumiskā pārstāvja izglītošana un informēšana par bērna stāvokli un turpmāko taktiku

6. Zems risks — ģimenes ārsta uzraudzībā

Zemas riska pakāpes ĒT pacientus, izsverot somatisko stāvokli un bērnu psihiatra izvērtējumu, uzrauga ĢĀ un organizē psiholoģisku intervenci bērnam un vecākiem.

ĢĀ kompetencē ir izvērtēt riska palielināšanos un attiecīgi iniciēt intensīvāku specializētu ārstēšanu.

6.1. Psiholoģiska palīdzība ambulatori

Valsts apmaksātas psihologa konsultācijas vai psihoterapija pieejamas psihiatrijas slimnīcu dienas stacionārā vai ambulatori ar attiecīgās iestādes bērnu psihiatra nosūtījumu, kā arī Pusaudžu resursu centrā (www.pusaudzim.lv).

6.2. Uztura speciālista konsultācijas ambulatori

Valsts apmaksātas uztura speciālista konsultācijas ambulatori pieejamas ar BKUS bērnu psihiatra nosūtījumu.

6.3. Bērnu psihiatra konsultācija ar ĢĀ nosūtījumu, ja nepieciešams

Ambulatori par valsts budžeta līdzekļiem ar ĢĀ nosūtījumu ir pieejamas bērnu psihiatra konsultācijas un nepieciešamā sekojošā uzraudzība.

7. Specializēta ĒT ārstēšana — bērnu psihiatrijas klīnikas stacionārā

Augsta somatiskā riska pacienti tiek pārvesti no somatiskā/pediātriskā stacionārā pēc stāvokļa stabilizēšanas. Augsta psihiatriskā riska pacienti ar ĒT tiek pārvesti no bērnu psihiatrijas nodaļas, ja tur nav iespējams nodrošināt specializētu ĒT aprūpi.

Paaugstināta un vidēja riska pacienti, kuriem nepieciešama specializēta ārstēšana stacionārā:

- pacienti ar izteiktu pretestību ārstēšanai, ēšanas atsākšanai,
- ambulatori ārstēšana nesekmīga — ilgstoši negatīva svara dinamika vai svars ilgstoši nemainās,
- pacienti, kas dzīvo tālu no nepieciešamās medicīniskās aprūpes,
- apgrūtināta pacienta sociālā vai ģimenes situācija.

Augsta riska pacientiem ar ĒT palīdzība jāsaņem specializētā stacionārā, kur vienlaicīgi tiek nodrošināta somatiskā stāvokļa uzraudzība, stabilizēšana un psiholoģiska intervence, ēšanas uzvedības korekcija un darbs ar ģimeni.

Specializētu multidisciplināru ĒT ārstēšanas komandu vada psihiatrs, kura galvenais uzdevums ir precizēt iepriekš noteikto diagnozi, slimības smaguma pakāpi, komorbiditātes, izveidot ārstēšanas plānu. Specializētā multidisciplinārā komanda regulāri apspriežas, izvērtējot ārstēšanas gaitu, progresu, grūtības.

No stacionāra pacientu izraksta tad, kad stabilizējies somatiskais stāvoklis (atbilst paaugstinātai vai vidējai riska pakāpei) un pacients ārstēšanas procesā sācis sadarboties: vērojama ēšanas uzvedības uzlabošanās, pakāpenisks svara pieaugums, mazinājusies izvadošā uzvedība un paškaitējums.

Izrakstot pacientu no stacionāra, ārstējošais ārsts izsniedz izrakstu par ārstēšanas gaitu un rekomendācijām turpmākajai aprūpei.

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

8. Specializēta ĒT ārstēšana — bērnu psihiatrijas klīnikas dienas stacionārā

Pacients pēc izrakstīšanās no stacionāra turpina ārstēšanos dienas stacionārā Ēšanas traucējumu programmā.

Bērnu psihiatra uzraudzībā dienas stacionārā tiek izveidots psihorehabilitācijas plāns vismaz sešiem mēnešiem vai līdz remisijai. Vispārējās veselības stāvoklim seko ĢĀ.

Specializētu multidisciplināru ĒT ārstēšanas komandu vada psihiatrs, kura uzdevums ir izveidot ārstēšanas plānu un taktiku, regulāri uzraudzīt pacientu, turpināt izrakstīto medikamentozo terapiju vai, ņemot vērā pacienta stāvokli, to mainīt.

Multidisciplinārajā komandā iesaistītie speciālisti: psihiatrs, psihologi (konsultācijas pacientam un vecākiem), uztura speciālists (konsultācijas pacientam un vecākiem), pediātrs un citi speciālisti. Lietderīgi ir informēt un sadarbībā iesaistīt ĢĀ.

Specializētā multidisciplinārā komanda regulāri apspriežas, izvērtējot ārstēšanas gaitu, progresu, grūtības.

Būtiska ir informācijas apmaiņa un sadarbība ar vecākiem/likumisko pārstāvi, pārrunājot gan grūtības, gan progresu.

Pacients no Dienas stacionāra Ēšanas traucējumu programmas tiek izrakstīts pēc sešiem mēnešiem vai pēc remisijas sasniegšanas.

Kad pacientu izraksta no dienas stacionāra, viņam tiek izsniegts izraksts par ārstēšanas gaitu, rezultātiem un rekomendācijas ārstējošajam psihiatram un ĢĀ, kuru uzraudzībā pacients turpinās ārstēties.

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

Ja pacienta dzīvesvietas vai citu apstākļu dēļ nav iespējams apmeklēt Ēšanas traucējumu programmu BKUS, tad ĢĀ un bērnu psihiatra kontrolē jāorganizē ambulatora uzraudzība, kas iespējami vairāk atbilst multidisciplināras aprūpes principiem, iesaistot psihologu vai psihoterapeitu un uztura speciālistu atbilstīgi paaugstinātas/vidējas riska pakāpes pacientu aprūpei.

9. Pret terapiju rezistenti pacienti — bērnu psihiatra un ģimenes ārsta uzraudzība — taktika samērīgi riska pakāpei

ĒT, īpaši AN, raksturo izteikta pacienta pretestība ārstēšanai, bieži vērojama pasliktināšanās. Rezistences dēļ ārstēšana bieži ir neveiksmīga, pacienti ilgstoši nesadarbojas ar ārstēšanas procesā iesaistītajām personām (ģimeni) un speciālistiem.

Šādos gadījumos ģimenes ārstam vai bērnu psihiatram, uztura speciālistam, psihologam, ja tādu apmeklē, rūpīgi jāseko pacienta somatiskajam un psihiskajam stāvoklim, nepieļaujot stāvokļa pasliktināšanos līdz dzīvību apdraudošam.

Ja pacienta stāvoklis pasliktinās, stacionēšana jāorganizē attiecīgi vai nu somatiskā, vai psihiatriskā profila stacionārā.

Ārstam jāievēro likumā noteiktās normas par pacienta piespiedu ārstēšanu.

ĒT pacientiem, īpaši AN pacientiem, var būt izteikta pretestība ārstēties vai atsākt ēst, tādējādi pakļaujot sevi augstam somatiskam riskam. Vecākiem jābūt informētiem, ka viņiem ir tiesības rīkoties pret bērna gribu un meklēt medicīnisku palīdzību, ja bērna veselība ir pakļauta augstam riskam. Skatīt arī punktu “Vispārīga informācija vecākiem un likumiskajam pārstāvim”.

10. ĒT pasliktināšanās, atkārtota ĒT epizode — bērnu psihiatra konsultācija ar ģimenes ārsta nosūtījumu. Taktika samērīgi riska pakāpei

Pēc remisijas sasniegšanas dažādu psihoemocionālu faktoru ietekmē pacienta ar ĒT stāvoklis var pasliktināties. Var atkārtoties iepriekšējā epizode, piemēram, atkārtota anoreksija ar svara zudumu, izvadošu uzvedību, vai arī mainīties uz cita veida ĒT — kompulsīvu pārēšanos, bulīmijas epizodi.

Ja pacients remisijā atrodas ĢĀ uzraudzībā, pacients jānosūta uz konsultāciju pie ārstējošā bērnu psihiatra vai pacienta vecākiem jāpiesaka atkārtota vizīte pie ārstējošā bērnu psihiatra.

11. Sasniegta remisija — ģimenes ārsta uzraudzība

Par sasniegtu ĒT remisiju var uzskatīt stabilu stāvokli, kad novērsta malnutricija, sasniegts minimālais normālais svars un atjaunojušās organisma fizioloģiskās funkcijas, normalizējusies ēšanas uzvedība un bērnam nav nepieciešama ēšanas uzraudzība. Bērna veselības stāvokli uzrauga ĢĀ (uzraudzība kā zemas riska pakāpes pacientiem).

12. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpi

Ja pacients līdz pilngadības sasniegšanai nav sasniedzis remisiju, jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem un specializēta ĒT ārstēšana atbilstīgi pieaugušo veselības aprūpes iespējām.

Noslēdzot sadarbību ar bērnu psihiatriskās 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 psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem rekomendējama oficiāla koordinēšanas sapulce, kurā piedalās bērnu un pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestu pārstāvji. Jaunietim ir jāsaņem pilna informācija par pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem. Pārejas plānošanā jāpiedalās jaunietim un nepieciešamības gadījumā arī viņa vecākiem (likumiskajam pārstāvim).

Zemas, vidējas vai paaugstinātas riska pakāpes pacienti turpina ārstēties konsultatīvi ĢĀ un psihiatra uzraudzībā. Ārstējošais ārsts (ĢĀ vai psihiatrs) nosaka nepieciešamo ambulatoro konsultāciju biežumu. Taktika augstas riska pakāpes pacientiem principā atbilst algoritmiem bērnu un pusaudžu ĒT ārstēšanā.

13. Nav ĒT — atbilstīgas veselības aprūpes nodrošināšana

Ja konstatēts, ka sūdzības, kuru dēļ atbildīgās personas vai aprūpētāji vērsušies pēc palīdzības, nav izraisījuši ēšanas traucējumi, ģimenes ārsts savas kompetences ietvaros turpina slimības gaitas norises novērošanu, izmeklēšanu un ārstēšanu.

Atsauces

1. Junior MARSIPAN (Management of Really Sick Young Patients with Anorexia nervosa).
2. NICE guideline. Eating disorders: recognition and treatment. (2017).
3. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. F. Morgan, Fiona Reid, J Hubert Lacey, BMJ, vol. 319, Dec 1999.
4. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, table 5: Guidelines for inpatient admission for children.
5. Risk assessment framework for young people with eating disorders (Junior MARSIPAN: 17–19).
6. Early detection of eating disorders in general practice; E. Rowe; AFP Vol. 46, Nov 2017.
7. A Practice-Based Guide to the Inpatient Management of Adolescents with Eating disorders, with special Reference to Regional and Rural Areas. Eating disorder toolkit. P.32.
8. An Introduction to Coping with Eating problems. Gillian Todd; 2011.
9. DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 2000).
10. Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q 6.0, Fairburn & Beglin, 2008.
11. Todd G. An Introduction to Coping with eating problems, Overcoming London; <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>
12. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorder <http://www.anad.org/education-and-awareness/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>
13. Smart CE, Annan F, Bruno LPC, et al. Nutritional management in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes, 2014; 15 (Suppl. 20): 135–153. <https://www.ispad.org>
14. Jaunumi anoreksijas ārstēšanā. *Anorexia nervosa* pacienta rezistence un medicīniskais risks; Kēvere L, Sestule I., Doctus, Marts 2015.
15. https://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm#Set2
16. Eating Disorders Best Practice Guidelines for Dietitians (Ireland) https://www.researchgate.net/publication/279686636_Eating_disorders_best_practice_guidelines_for_dietitians
17. Joel Yager, Michael J. Devlin, et al. Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition.
18. NICE Clinical guideline [CG189]. Obesity: identification, assessment and management <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
19. NICE guidelines. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity in children and young people: prevention and lifestyle weight management programs. Obesity: identification, assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs94>
20. Kosmerly S, Waller G, Robinson AL. Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy for eating disorders (2014), http://eprints.whiterose.ac.uk/85467/3/WRRO_85467.pdf?gathStatIcon=true
21. NICE guideline. Eating disorders: recognition and treatment. (2017), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
22. NICE guideline [NG69]. Eating disorders: recognition and treatment. (2017), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/ifp/chapter/Anorexia-nervosa-treatment-for-children-and-young-people>
23. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders (RANZCP). (2014), https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/eating-disorders-cpg.aspx
24. <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-are-eating-disorders>