

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ СИНДРОМ НА НЕВНИМАНИЕ И ХИПЕРАКТИВНОСТ КАЈ ДЕЦАТА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување на синдромот на невнимание и хиперактивност кај децата преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на синдромот на невнимание и хиперактивност кај децата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на синдромот на невнимание и хиперактивност кај децата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8915/2

30 ноември 2013 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

СИНДРОМ НА НЕВНИМАНИЕ И ХИПЕРАКТИВНОСТ

МЗД Упатство
17.6.2010

- Основни податоци
- Симптоми и дијагноза
- Преваленца
- Улога на тимот од ПЗЗ
- Третман и рехабилитација
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- ADHD (Синдром на дефицит на внимание и хиперактивност) е често невропсихијатриско нарушување кое го привлекува јавниот интерес. Нарушувањето се карактеризира со хиперактивност, проблеми во концентрацијата, импулсивност и дистрактибилност.
- ADD се карактеризира со проблеми во концентрацијата без асоцирана хиперактивност.
- Базичниот развоен проблем кај овие деца е проблем во препознавањето и одговорот на сензорните стимули и емотивните импулси. Импулсите водат кон избрзан одговор. Реакцијата на детето на стресните ситуации секогаш е пренагласена (на пример, семејни расправи, соочување со екцесивни барања, траума или загуба).
- Иако многу деца со синдром на хиперактивност и невнимание не добиваат соодветен третман и рехабилитација, многу родители се склони да ја прифатат дијагнозата дури и доколку проблемите на детето се со друго потекло (понекогаш дури и во прилог на ADHD). Проценката на емоционалниот развој мора да се направи доволно сеопфатно.

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

- Во 50-90% од случаите симптомите на ADHD вклучуваат различни психијатриски проблеми, како депресија, анксиозност, опозиционерство, нарушено поведение или биполарни растројства. ADHD може да биде во помала мера (20-25%) асоциран со проблеми поврзани со учењето или развојот (моторни функции, перцепција, јазични вештини и комуникација). Детето има проблеми со самодовербата, нарушената слика за себе и социјалната улога се понекогаш присутни, иако не се доволно силно изразени за да претставуваат посебна дијагноза сами за себе.
- Исто така, ADHD може да биде дел од многу посериозен невропсихијатриски ентитет со елементи на Аспергеров синдром, опсесивно-компулсивно поведение и/или тикови.

ПРЕВАЛЕНЦА

- Барем 5% од децата имаат синдром на невнимание/хиперактивност, проблеми во моторната координација и перцептивни тешкотии на почетокот од образованието: секое одделение има барем едно хиперактивно дете. Само дефицит на внимание без хиперактивност е поредок, но заради неговата природа многу почесто останува неоткриен.
- Генетската предиспозиција за ADHD е сигнификантна. Наследството, заедно со влијанието на околината и некои типови на социјални средини, може да го поттикнат развојот на

ADHD. Родителот на детето со ADHD може да имал или има слични проблеми. Од една страна ваков родител може да ги разбере проблемите на сопственото дете, но од друга страна може да му биде тешко да ја оствари својата улога на родител согласно своите особини.

- Проблемите се почести кај момчињата отколку кај девојчињата. Како и да е, кај девојчињата помалку јасните проблеми може да останат недијагностицирани.
- Една третина од овие деца имаат значајни тешкотии, па третманот и рехабилитацијата се неопходни веќе во предучилишна возраст, додека останатите имаат потреба од поддршка на училишна возраст.
- Симтомите на синдромот на невнимание со хиперактивност може да се презентираат и со тешкотии во приклучувањето кон групните активности. Понекогаш ова ги изненадува родителите и тие ги обвинуваат околините фактори.
- Проблемите со вниманието може да продолжат и во адолтниот период и бараат третман.

УЛОГАТА НА ТИМОТ ОД ПЗЗ

- Раната детекција е важна за да се обезбеди адекватна рехабилитација, но третманот и рехабилитацијата и во подоцнежните фази се исто така корисни.
- Без оглед на презентираниите симптоми, треба да се има холистички приод од самиот почеток, со цел да се избегне ограничувањето околу една дијагноза.
- Покрај анамнестичките податоци добиени од родителите, најважните елементи од емоционалниот развој на детето треба внимателно да се испитаат. Сферите во кои детето нема проблеми веднаш треба да се стават настрана, а лекарот треба да продолжи да истражува во сферите кои се потенцијално проблематични. На пример:
 - Капацитетот за учење на детето, неговата работоспособност и дали сферите на неговиот интерес се соодветни за возраста.
 - Способност за имагинарна игра.
 - Навиките поврзани со сонот, квалитетот на сонот, потребата за заштита и сигурност.
 - Можните стравови, чувството на несигурност, дали можноста на детето да биде одделено од родителите е очекувано за возраста.
 - Квалитетот на врската со родителот, браќата, сестрите и пријателите, експресијата на позитивните чувства или чувството на бес и лутина.
 - Односот на детето кон сопствениот или кон туѓиот имот, односот кон животните.
 - Способноста на детето да побара поддршка или помош од возрасните и да ги послуша.
 - Атмосферата во семејството, соработката помеѓу родителите во одгледувањето на детето, дали родителите се многу строги во однос на дисциплината и нивното сопствено справување со проблемите.
- Прашањата нема да му помогнат на лекарот да одлучи дали има потреба од дополнителни истражувања, туку им помагаат и на родителите да се ориентираат во однос на развојот на нивното дете, фокусирајќи се на него, семејството и на најблиската околина.
- Присуството на обата родители се препорачува од самиот почеток. Треба да се направи обид да се лоцира отсутниот родител. Ако не е можно да се вклучи отсутниот родител во процесот, треба барем да се информира за него. Ова е посебно важно доколку родителот се упатува на понатамошна обработка.
- Во текот на консултациите лекарот може да користи Winnicott's Squiggle Game како помош во контактот со детето. За време на играта детето и лекарот се менуваат во својот ред да цртаат со молив на еден лист хартија. Друга личност потоа ги довршува цртежите и комплетира слика на која ѝ дава име (1). За детето ова е вообичаено интересна игра, а на лекарот му овозможува да направи процена на способноста на детето да соработува, да дели искуства и идеи со друга личност и да ја користи својата имагинација. Не треба да се врши притисок врз детето доколку потешко се изразува. За сликата и за нејзините детали се дискутира, но нејзиното значење не треба да се толкува.

- Структурирани интервјуа треба да се направат во ПЗЗ или во секундарната специјалистичка служба каде се спроведува третманот на детето. Овие прашалници нудат многу вредни дополнителни информации во иницијалната проценка на детето, но даваат и стандардизирани информации за емотивниот капацитет на детето. Користа од овие прашалници може да се спореди со рутинските лабораториски крвни анализи. Поопширните тестови подразбираат SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), CBCL (Child Behavior Checklist за родителите) и TRF (Teachers' Report Form за наставниците), додека прашалникот за DSM-базирана дијагноза може да се користи за многу полимитирана процена на ADHD симптомите (2).
- Ако е неопходно детето да се упати на специјалистички преглед, пропратното писмо треба да содржи известување за претходната медицинска историја на детето, впечатоци од иницијалниот преглед и изјава од семејството за неговата потреба за помош.
- Ако семејството смета дека проблемот постои само во градинката или во училиштето и дека установите се целосно одговорни за ваквото однесување на детето, ова треба јасно да се истакне и да биде појдовна точка во понатамошната обработка на детето.

ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

- Ако се неопходни дополнителни истражувања, тие треба да бидат направени од мултидисциплинарен тим, со акцент на психијатрискиот и невропсихијатрискиот приод. Сите понатамошни истражувања мора да ги опфатат и детските дневни центри или училиштата. Пристапот варира помеѓу различни медицински центри и се развиваат одредени терапевтски модалитети.
- Почетната точка за интервенција и изборот помеѓу различни форми на третман и рехабилитација зависи од многу фактори, вклучително коегзистирачки развојни и емоционални проблеми, семејната дисфункција, капацитетот на родителите за справување со проблемот, како и достапноста на локалните капацитети.
- Најуспешните интервенции базираат на истовремена помош и на детето и на семејството, сè со цел да се минимизира растројството и да се поддржи здрав развој.
- Додека е многу важно симптомите да се контролираат, детето треба да продолжи со емоционалниот развој. Детето треба да биде свесно за своите чувства во различни ситуации и да може да ги контролира. Родителите треба да бидат способни да му пружат поддршка на детето.
- Многу деца со невропсихијатриски симптоми манифестираат хиперсензитивност или хипосензитивност на сензорните стимули, проблеми во одговорот на сензорниот стимул, проблеми со моторната координација и секвенционирање, како и проблеми со справување со емоционалните стимули. Сето ова е дополнителен товар за детето. Ситуацијата потсетува на случка во која деснак се тера да пишува со лева рака за време на многу брз диктат на туѓ јазик, додека сите други лесно ја извршуваат поставената задача. Во поволни опкружувања детето лесно се смирува, добро комуницира и ги восприема искуствата конструктивно и ги споделува со другите. Многу е важно на детето со хиперактивност и дефицит на внимание да му се понуди можност за такво поведение. Не е доволно детето само со помош од друго лице да ги изврши поставените задачи.
- Најдобро документиран кратко-дејствувачки ефект врз симптомите на хиперактивноста е постигнат со психостимуланси (различни форми на methylphenidate (ннд-**B**) и atomoxetine. Медикаментозната терапија не треба да се почне само поради симптомите, туку по сеопфатна проценка. Намалувањето на симптомите ја олеснува комуникацијата помеѓу детето и неговите родители.
- Некои нефармаколошки пристапи се потврдиле исто така како ефикасни, на пример-релаксациона терапија.
- Семејставата имаат полза од прирачниците за одгледување на деца, прилагодени програми, семејни одмори, социјална поддршка, добро напишани информации, групни активности на родителите на врсниците, а понекогаш и психотерапија.

- Блиска соработка на семејството и училиште е неопходна и вообичаено има потреба од специјални аранжмани на училиште во кои вниманието е насочено кон индивидуалните специјални потреби на детето, користење на помош во учењето, работа во мали групи итн.
- Доколку постои загриженост за развојот на детето и родителот со симптоми на хиперактивност и невнимание треба адекватно да се третира и да се рехабилитира.
- Потребни се и експертски студии и центри за грижа. Транзицијата на ваквото дете во адулт бара посебно внимание.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

27.6.2011

- Кохранови прегледи
- Други сумарни докази
- Литература

Кохранови прегледи

- Methylphenidate, clonidine, guanfacine, desipramine and atomoxetine може да ги редуцираат ADHD симптомите кај децата со тикови (ннд-С).
- Инсуфициентни се доказите за ефикасноста на медикаментозната терапија кај децата со синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност (ннд-D).
- Инсуфициентни се и доказите за ефикасноста на семејната терапија за синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност кај децата и кај адолесцентите (ннд-С).
- Нема докази за ефикасноста на dextroamphetamine-от за синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност кај децата со интелектуални попречености (ннд-D).

Други сумарни докази

- Carbamazepine-от може да биде ефикасен кај синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност (ннд-С).
- Антидепресивите и methylphenidate-от се чинат ефикасни кај адултите со синдром на дефицит на внимание со хиперактивност, иако нема докази од контролирани студии (ннд-D).
- Methylphenidate-от е поефикасен во третманот на децата со синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност од психолошко/бихевиоралната терапија(ннд-В).
- Clonidine-от има ефект врз редукцијата на симптомите на синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност. Сепак, ефикасноста е помала од таа на стимулативната терапија, а несаканите ефекти се вообичаени (ннд-В).
- Бихевиоралните третмани не се веројатно поефикасни од стандардната грижа за децата со синдромот на дефицит на внимание со хиперактивност (ннд-С).

Литература

- Ical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2000 May;105(5):1158-70. **PubMed**
- Culpepper L. Primary care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 2006;67 Suppl 8():51-8. **PubMed**
- Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997 Oct;36(10 Suppl):85S-121S. **PubMed**
- Kates N. Attention deficit disorder in adults. Management in primary care. Can Fam Physician 2005 Jan;51():53-9. **PubMed**

- Schonwald A. Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Curr Opin Pediatr* 2005 Apr;17(2):265-74. **PubMed**
- Wolraich ML, Bickman L, Lambert EW, Simmons T, Doffing MA. Intervening to improve communication between parents, teachers, and primary care providers of children with ADHD or at high risk for ADHD. *J Atten Disord* 2005 Aug;9(1):354-68. **PubMed**

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team), Article ID: rel00333 (031.025).

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Berger LR. The Winnicott Squiggle Game: a vehicle for communicating with the school-aged child. *Pediatrics* 1980 Dec;66(6):921-4. **PubMed**
2. Biederman J, Monuteaux MC, Kendrick E, Klein KL, Faraone SV. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Arch Dis Child* 2005 Oct;90(10):1010-5. **PubMed**
3. Hannu Westerinen Article ID: ebm00677 (031.025)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.06.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**