

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 11 თებერვლის № 332/თ ბრძანებით

**ყურადღების დეფიციტისა და
ჰიპერაქტივობის სინდრომის მართვა
სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და
მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის
დონეზე**

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის მართვა სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

(პროტოკოლი)

1. დაავადების / პრობლემის განმარტება

ADHD - ესაა ჰეტეროგენული ქცევითი სინდრომი, მიმდინარე ყურადღების კონცენტრირების დეფიციტით, ჰიპერაქტივობითა და იმპულსურობით.

ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტივობის სინდრომი (ADHD) წარმოადგენს ნეირო-ბიჰევიალურ განვითარებად მოშლილობას. ADHD იდენტიფიცირებულია, როგორც „ყურადღებობის და ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის მდგრადი მაგალითი, რომელიც უფრო ხშირად მუდგანდება და უფრო მძიმეა, ვიდრე, ჩვეულებრივ შეინიშნება ინდივიდებში, განვითარების ანალოგიურ დონეზე“.

პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები

პროტოკოლში გამოყენებულია შემდეგი შემოკლებები

ADHD	- ყურადღების დეფიციტი/ ჰიპერაქტიური სინდრომი.
ICD 10	- დაავადებათა და მათთან დაკავშირებული ჯანმრტელობის პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მეათე გადახედვა.
DSM-IV	- ფსიქიური დარღვევების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მეოთხე გამოცემა.
AACAP	- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის ამერიკის აკადემია.
AAP	- ამერიკის პედიატრიის აკადემია.

2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

ADHD-ს დიაგნოზი უნდა დაისვას სპეციალიზებული პედიატრის, ნევროლოგის ან ფსიქიატრის მიერ.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე ოჯახის ექიმის მიერ ADHD-ზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში უნდა მოხდეს მშობლებისათვის ქცევითი რეკომენდაციების მიცემა, განმეორებითი შეფასებისას (1 თვეში) სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში – რეფერალი სპეციალისტთან.

ADHD-ს სადიაგნოზო კრიტერიუმები DSM-IV-ის მიხედვით მოწოდებულია I ცხრილში.

დიაგნოზის დასასმელად პაციენტს უნდა აღენიშნებოდეს 9 ჩამოთვლილიდან მინიმუმ 6 ქცევითი დარღვევა.

სიმპტომები უნდა იყოს აღმოცენებული 7 წლამდე და უნდა გრძელდებოდეს მინიმუმ 6 თვე.

გამოსატული უნდა იყოს ჩამორჩენა მინიმუმ 2 სხვადასხვა სოციალურ სფეროში (სკოლა, ეზო, სახლი).

ADHD-ს სამი ქვეტიპი გააჩნია:

1. უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსური
 - სიმპტომთა უმეტესობა (ექვსი ან მეტი DSM-IV კრიტერიუმებიდან) არის ჰიპერაქტიურ-იმპულსური კატეგორიის.
 - უყურადღებობის ექვსზე ნაკლები სიმპტომია სახეზე, თუმცა გარკვეულწილად შეიძლება იყოს განხილული უყურადღებობაც.
2. უმეტესად უყურადღებობა
 - სიმპტომთა უმეტესობა (ექვსი ან მეტი DSM-IV კრიტერიუმებიდან) არის უყურადღებობის კატეგორიის და არსებობს ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის ექვსზე ნაკლები სიმპტომი, თუმცა გარკვეულწილად შეიძლება იყოს წარმოდგენილი ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობაც.
 - ამ ქვეტიპის მქონე ბავშვები ნაკლებად ახერხებენ თავის მოწვევებას, აქვთ სირთულეები სხვა ბავშვებთან შეგუებისას. ისინი შეიძლება ჩუმად ისხდნენ, მაგრამ სულაც არ აქცევენ ყურადღებას იმას, თუ რას აკეთებენ. შესაბამისად, ასეთ ბავშვებს შეიძლება არც კი მიექცეს ყურადღება, და მშობლებმა და მასწავლებლებმა შეიძლება ვერც კი შეამჩნიონ ADHD-ს სიმპტომები.
3. კომბინირებული ჰიპერაქტიურ-იმპულსური და უყურადღებობა.
 - უყურადღებობის ექვსი ან მეტი სიმპტომი (DSM-10 კრიტერიუმებიდან) და ასევე ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის ექვსი ან მეტი სიმპტომია (DSM-10 კრიტერიუმებიდან) სახეზე.
 - ბავშვთა უმრავლესობას ADHD-ს კომბინირებული ტიპი გააჩნია.

ცხრილი 1. ADHD-ის სადიაგნოზო კრიტერიუმები DSM-IV

<p>I</p> <p>A ან B</p> <p>უყურადღებობისა და ჰიპერაქტიულობა/იმპულსურობის სიმპტომები</p>
<p>A</p> <p>კონცენტრაციის უუნარობა – ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ექვსი ან მეტი სიმპტომი უნდა ვლინდებოდეს სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში იმ ხარისხით, რომ მოცემული ასაკის ბავშვს ხელს უშლიდეს გარემოსთან შეგუებაში.</p>
<p>1. ხშირად ვერ ახერხებს მიაქციოს მკაფიო ყურადღება დეტალებს ან უშვებს დაუდევარ შეცდომებს სკოლის დავალებებში, საქმიანობაში ან სხვა სახის აქტივობებში.</p>
<p>2. სირთულეები სხვადასხვა დავალებების შესრულებისას ან თამაშის დროს ყურადღების გარკვეული დროით დაძაბვისას.</p>
<p>3. ხშირად ჩანს, თითქოს არ უსმენს მასთან პირადად მოსაუბრეს.</p>
<p>4. ხშირად არ მიჰყვება და არ ასრულებს მიცემულ ინსტრუქციებს, ვერ ახერხებს სკოლის დავალებების დამთავრებას, ვერ ართმევს თავს საოჯახო ან სამსახურის მოვალეობებს (ყოველივე ეს გამომდინარეობს წინააღმდეგობრივი ქცევიდან, ან პრობლემები იქმნება ინსტრუქციის გაგებაში და მის შესრულებაში).</p>
<p>5. ხშირად აღინიშნება პრობლემები დავალებების და აქტივობების ორგანიზების საკითხში.</p>
<p>6. ხშირად თავს არიდებს, არ მოსწონს, ან არ სურს შეასრულოს სამუშაო, რომელიც მოითხოვს გონების ძალისხმევას დროის გარკვეული მონაკვეთის განმავლობაში.</p>
<p>7. ხშირად კარგავს ნივთებს, რომლებიც საჭიროა ამა თუ იმ დავალებისათვის ან აქტივობისათვის.</p>
<p>8. ადვილად ეფანტება ყურადღება არაარსებითი მოვლენების, გარე სტიმულის ზემოქმედებით.</p>
<p>9. ხშირად არის გულმაღიწყი ყოველდღიური დავალებების შესრულებისას.</p>
<p>B</p> <p>ჰიპერაქტიულობა- იმპულსურობა – ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ექვსი ან მეტი სიმპტომი უნდა ვლინდებოდეს სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში იმ ხარისხით, რომ მოცემული ასაკის ბავშვს ხელს უშლიდეს გარემოსთან შეგუებაში.</p>

ჰიპერაქტიულობა
1. ხშირად მოუსვენრად ამოდრავებს ხელებს, ტერფებს ან ცქმუტავს და წრიალებს სკამზე.
2. ხშირად დგება ადგილიდან საკლასო ოთახში ან რომელიმე სხვა გარემოში, მაშინ, როდესაც სიტუაციიდან გამომდინარე, ერთ ადგილზე მშვიდად ჯდომა არის საჭირო.
3. ხშირად უადგილოდ და უმიზნოდ დარბის ან ცოცავს გადამეტებული აქტივობით (მოზარდებსა და უფროსებში გამოიხატება მოუსვენრობის გრძნობით).
4. ხშირად ვერ ახერხებს მშვიდად და ჩუმად თამაშს, გართობას ან დასვენებას.
5. ხშირად ჩართულია აქტიურ მოქმედებებში, ადგილიდან ადგილზე გადადის, თითქოს ძრავა ამოდრავებს.
6. ხშირად მომეტებულად ბევრს ლაპარაკობს.
იმპულსურობა
7. ხშირად წამოისვრის პასუხს კითხვის დაბოლოების დალოდების გარეშე.
8. ხშირად უჭირს დაელოდოს თავის რიგს.
9. ხშირად უადგილოდ ერთეება ან აწყვეტინებს სხვებს (მაგ. იჭრება საუბარში ან თამაშში).
II
ჰიპერაქტიურ- იმპულსური ან ყურადღების კონცენტრაციის ზოგიერთი სიმპტომი, რომელმაც გარკვეული შეფერხება გამოიწვია, ბავშვს აღინიშნებოდა 7 წლის ასაკამდე.
III
სიმპტომებისაგან გამოწვეული შეზღუდვები აღინიშნება ორ ან მეტ სხვადასხვა გარემოში (მაგ. სკოლაში, სათამაშო მოედანზე, სახლში და ა.შ.)
IV
მნიშვნელოვანი შეზღუდვა/ჩამორჩენა ცალსახად უნდა იყოს გამოხატული სოციალურ, სასკოლო ან სამუშაო გარემოში.
V
სიმპტომები არ ვლინდება მხოლოდ განვითარების პროცესში წამოჭრილი აშლილობის, შიზოფრენიის ან სხვა ფსიქიური აშლილობის დროს. ამ სიმპტომების უკეთ ახსნა არ შეიძლება სხვა ფსიქიური აშლილობების გამოვლინებებით (როგორცაა მაგ. განწყობილების აშლილობა, შინაგანი შფოთვა და ფორიაქი, ასოციაციური აშლილობა ან პიროვნული აშლილობა).

3. სიმპტომები და ნიშნები

უყურადღებობა, ჰიპერაქტიულობა და იმპულსურობა წარმოადგენს ADHD-ს მქონე პაციენტის დამახასიათებელ ქცევის მანერას. ADHD-ს სიმპტომების შეფასება განსაკუთრებით რთულია იმის გამო, რომ ძნელია გაიმიჯნოს უყურადღებობის, ჰიპერაქტიულობისა და იმპულსურობის ნორმალური დონე კლინიკურად მნიშვნელოვანისაგან, რომელიც საჭიროებს ჩარევას. ADHD-ს მქონე ბავშვებში ეს ქცევა უფრო გამოკვეთილია და უფრო ხშირად ვლინდება. იმისათვის, რათა დაისვას ამ აშლილობის დიაგნოზი, ბავშვს უნდა ჰქონდეს სიმპტომები 6 ან მეტი თვის განმავლობაში და უფრო მეტად გამოხატული, ვიდრე იმავე ასაკის სხვა ბავშვებს.

ADHD-ს ზემოთ მოხსენიებულ სამი ქვეტიპის (უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსური, უპირატესად უყურადღებობის და კომბინირებული) სიმპტომებია:

1. უპირატესად უყურადღებობის:

- ყურადღების ადვილად გადატანა, დეტალების გამოტოვება, საგნების დავიწყება, ხშირი გადართვა ერთი აქტიურობიდან მეორეზე.
- ერთ რამეზე ფოკუსირების (კონცენტრირების) სიძნელეები.
- რაიმე ამოცანის გადაწყვეტისას სულ რაღაც წუთებში მოწყენას, მაშინაც კი, როდესაც ისინი რაღაცას გასართობს აკეთებენ.
- სირთულეებს რაიმე ამოცანის ორგანიზებასა და დასრულებაზე ყურადღების ფოკუსირებისას და რაიმე ახლის სწავლებისას.
- პრობლემებს საშინაო დავალებების შესრულებისას ან ჩაბარებისას, იმ საგნების (მაგალითად, ფანქრები, სათამაშოები, დავალებები) ხშირ დაკარგვას, რომლებიც საჭიროა ამოცანის ან საქმიანობის დასრულებისათვის.
- საუბრის დროს მოსმენის ნაკლებობას (თითქოს არ უსმენენ მოსაუბრეს).
- ოცნებას, ადვილად დაბნევას და ნელ მოძრაობას.
- სირთულეებს ინფორმაციის ისე სწრაფად და აკურატულად დამუშავებისას, როგორც ამას სხვები ახერხებენ.
- სირთულეებს ინსტრუქციების მიღევისას.

2. უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსურობის:

- მოუსვენრად მოძრაობას და ტრიალს თავის სკამზე.
- საუბარს გაჩერების გარეშე.

- სწრაფ მოძრაობას აქეთ-იქით, მხედველობის არეში მყოფი ყველას და ყველაფრის შეხებას და თამაშს.
- პრობლემებს აღვილზე ჯდომასთან დაკავშირებით სადილის დროს, სკოლაში ან მოყოლის დროს.
- მუდმივად მოძრაობაში ყოფნას.
- სირთულეებს რაიმე ამოცანისა ან საქმიანობის წყნარად კეთებისთვის.

ამ ქვეტიპში, ზემოხსენებულის გარდა, უპირატესად იმპულსური ხასიათის სიმპტომებს მიაკუთვნებენ:

- არიან ძალიან მოუთმენელნი.
- წამოროშავენ შეუსაბამო კომენტარებს, ამუღავნებენ თავის ემოციებს ყოველგვარი მორიდების გარეშე და მოქმედებენ მოსალოდნელი შედეგის გათვალისწინების გარეშე.
- აქვთ სირთულეები სასურველი საგნების მოლოდინისას ან თამაშისას თავისი რიგის ლოდინისას.

ადამიანთა უმეტესობა ამუღავნებს ხოლმე ზოგიერთ ასეთ ქცევას, მაგრამ არა იმ დონეზე, როდესაც ამგვარი ქცევა მნიშვნელოვნად ხელს უშლის ადამიანთა საქმიანობას, ურთიერთობას ან სწავლას. ძირითადი დარღვევები შესაბამისი და ერთნაირია, სხვადასხვა კულტურულ კონტექსტშიც კი.

სიმპტომები შეიძლება არსებობდეს მოზრდილ ასაკშიც ADHD-ს დიაგნოზის მქონე ბავშვთა ნახევარზე მეტში. ამისი დადგენა რთულია, ვინაიდან მოზრდილთათვის არ არსებობს ADHD-ს აღიარებული სადიაგნოზო კრიტერიუმები.

დიფერენციული დიაგნოზი და კომორბიდული დაავადებების შეფასება

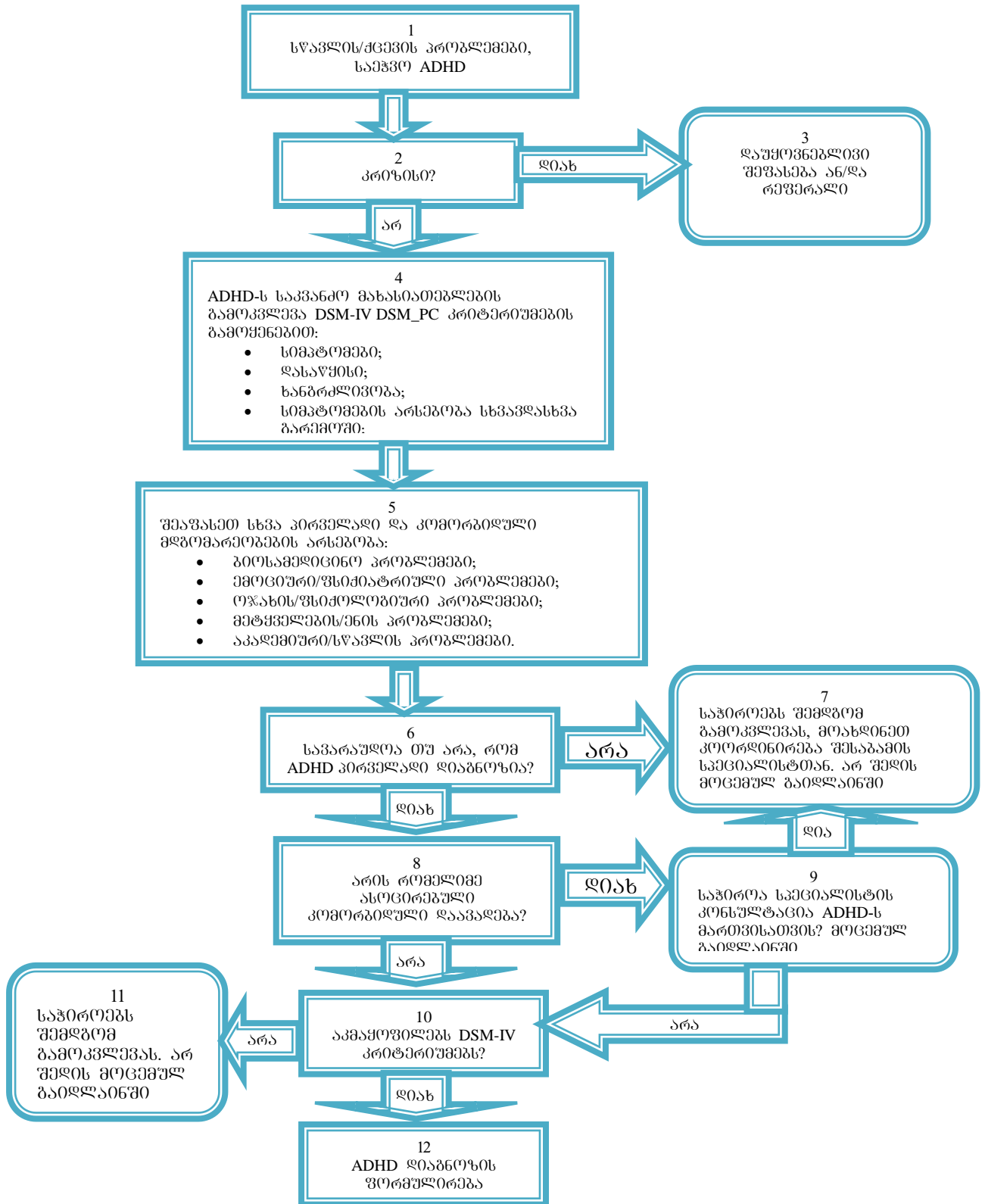
ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის დიაგნოსტიკისას აუცილებელია დიფერენცირება ჩატარდეს შემდეგ მდგომარეობებთან:

- შფოთვითი აშლილობა;
- შფოთვითი აშლილობა, გამოწვეული ბავშვობის ასაკში ოჯახის წევრებთან განშორების შიშით;
- განვითარების პერვერსიული აშლილობა;
- გონებრივი ჩამორჩენილობა;
- მედიკამენტური ინტოქსიკაციით გამოწვეული იმპულსურობის, ჰიპერაქტივობისა და უყურადღებობის სიმპტომები;

- სენსორული ინტეგრაციის დარღვევა;
- ბიოსამედიცინო პრობლემები, როგორცაა ანემია, ჰიპოთირეოზი, ნევროლოგიური - ტურეტის სინდრომი, კრუნჩხვითი დარღვევები, ქრომოსომული ანომალიები - მყიფე X სინდრომი, ტყვიით ინტოქსიკაცია, ქრონიკული დაავადებები, და ა.შ.)
- ოჯახური და ფსიქო-სოციალური პრობლემები,
- მეტყველებისა და ენობრივი პრობლემები.

გასათვალისწინებელია, რომ დეპრესია, შფოთვითი აშლილობა, ქცევითი აშლილობა, მეტყველების სპეციფიკური დარღვევები და დასწავლის უნარის დაქვეითება ADHD-სთან თანხვედრილი მდგომარეობებია და მათი არსებობა არ გამორიცხავს ADHD-ს დიაგნოზს.

სურათი 1. ADHD-ს სადიაგნოზო ალგორთმი



4. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

რუტინული ლაბორატორიული ტესტირება ADHD-ს დიაგნოზის დასადასტურებლად არ არსებობს, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევა შესაძლოა საჭირო გახდეს პირველადი შეფასების შემდეგ კომორბიდული დაავადებების ან სავარაუდო ალტერნატიული პირველადი დაავადებების გამოვლენის მიზნით.

სპეციალისტის კონსულტაცია აუცილებელია დიაგნოზის დასასმელად და მკურნალობის დასაწყებად.

დაუყოვნებელი რეფერალი

პაციენტის დაუყოვნებელი რეფერალი სპეციალისტთან ADHD-ის შემთხვევაში აუცილებელია კრიზისის არსებობისას.

ADHD-ს სიმპტომების შეფასების დაწყებამდე უნდა განისაზღვროს, ხომ არ არის კრიზისული სიტუაცია, რომელიც დაუყოვნებლივი ჩარევას მოითხოვს. აღნიშნული შეფასება უნდა ჩატარდეს მომართვის ადგილზე – ოფისში, ტელეფონით, სასწავლო დაწესებულებაში და ა.შ. კრიზისთან ერთად შესაძლებელია ADHD-ც აღინიშნებოდეს, თუმცა ამ შემთხვევაში ADHD-ს მართვა მოგვიანებით უნდა დაიწყოს, კრიზისი საჭიროებს დაუყოვნებლივ რეაგირებას. კრიზისის არსებობის შესაფასებლად უნდა დაისვას შემდეგი შეკითხვები:

- არის სუიციდის საშიშროება?
- არის ძალადობის/ფიზიკური დაზიანების საშიშროება სხვებისათვის?
- არის ბავშვზე ძალადობის საშიშროება?
- არის სკოლიდან გარიცხვის საშიშროება?
- არის დაპატიმრების/კანონთან პრობლემების შექმნის საშიშროება?

პირველადი ჯანდაცვის რგოლში უნდა მოხდეს კრიზისის არსებობის შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში დაუყოვნებლივი რეფერალი მესამეულ დონეზე.

5. მკურნალობა

ზოგადი რეკომენდაციები

- *ოჯახის ექიმის მიერ ADHD-ზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში უნდა მოხდეს მშობლებისათვის ქცევითი რეკომენდაციების მიცემა, განმეორებითი შეფასებისას (1 თვეში) სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში – რეფერალი სპეციალისტთან დიაგნოზის დასადასტურებლად.*

- **ADHD-ს მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს მხოლოდ ADHD-ზე სპეციალიზებული ფსიქიატრის, ნევროლოგის ან პედიატრის მიერ;**
- პირველი რიგის მკურნალობა ADHD-იმ მქონე პაციენტთა უმრავლესობისათვის მასტიმულირებელი მედიკამენტებია (A);
- ჩვეულებრივ, ადეკვატურად მონიტორირებული ფარმაკოთერაპია მეტად ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ ინტენსიური ქცევითი თერაპია (B).
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვებთან მედიკამენტური თერაპია არ არის რეკომენდებული;
- მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად აუცილებელია ქცევითი, საგანმანათლებლო, ფსიქოლოგიური რჩევები და აქტივობები, მედიკამენტური და კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის კომბინაცია უფრო ეფექტურა, ვიდრე ნებისმიერი მათგანი ცალ-ცალკე (A);
- მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებამდე უნდა ჩატარდეს ეკგ იმ პაციენტებთან, რომელთაც გასინჯვისას აღმოაჩნდათ რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, ან აღენიშნებათ ანამნეზში გულის დაავადება, ან აქვთ გულის სერიოზული დაავადების, ან ახალგაზრდა ასაკში უეცარი სიკვდილის ოჯახური ანამნეზი.

მედიკამენტური მკურნალობა

მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ADHD-ს მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა, ისევე, როგორც მკურნალობის სქემის შეცვლა ან გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ უნდა მოხდეს სპეციალიზებული ფსიქიატრის, ნევროლოგის ან პედიატრის მიერ.

პირველი რიგის მედიკამენტური თერაპია ADHD-ს შემთხვევაში სტიმულანტებია. ამ მედიკამენტთა გახანგრძლივებული ფორმები ისევე ეფექტური ADHD-ს სამკურნალოდ ბავშვებში და მოზრდილებში, როგორც ხანმოკლე ფორმები, (B). ატომოქსეტინი, ნორადრენერგული უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი, მეორე რიგის მედიკამენტია. სხვა მედიკამენტების ეფექტურობაზე, როგორცაა ბუპროპრიონი, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და ალფა-2-აგონისტები, მტკიცებულებები ნაკლებადაა.

ქცევითი თერაპია

სწორად წარმატებული კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად საკმაოდ ეფექტურია, მნიშვნელოვანია ოჯახისა და მომვლელის განათლება, მხარდამჭერი ჯგუფების შექმნა, სადაც ADHD-ს დიაგნოზის მქონე ბავშვის მშობლები ერთმანეთს გაუზიარებენ თავიანთ

გამოცდილებას, საკმაოდ ეფექტური და გამოცდილი მეთოდია წახალისება, მაგალითად ყველა კარგ საქციელზე ან კარგად შესრულებულ დავალებებზე პრიზის ან ქულის მინიჭება.

მედიკამენტური თერაპიის გვერდითი ეფექტების მონიტორირება

- რუტინული სისხლის ანალიზი ან ეკგ არ არის რეკომენდებული თუ არ აღინიშნება შესაბამისი ჩვენება;
- ღვიძლის დაზიანება ატომოქსეტინის იშვიათი და იდიოსინკრაზიურლი გვერდითი ეფექტია – ღვიძლის ფუნქციების რუტინული ანალიზი არ არის რეკომენდებული. მშობელი ან მომვლელი უნდა გაფრთხელდეს აღნიშნული გვერდითი მოქმედების შესახებ (ჩვეულებრივ გამოვლინდება მუცლის ტკივილით, აუხსნელი გულისრევითა და ღებინებით, შარდის გამუქებითა და სიყვითლით).
- ქვემოთაღნიშნული მონიტორირება უნდა წარმოებდეს მეთილფენიდატის, ატომოქსეტინისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში, თუ სხვაგვარად არ არის მითითებული

სიმაღლე (უნდა გაკონტროლდეს ბავშვები და მოზარდები)

- უნდა გაიზომოს ყოველ 6 თვეში, ზრდის მრუდი უნდა შეაფასოს ექიმმა, რომელიც იღებს გადაწყვეტილებას მკურნალობის შესახებ;
- თუ აღინიშნება მნიშვნელოვანი ჩამორჩენა სიმაღლეში, უნდა მოხდეს მედიკამენტური თერაპიის შეწყვეტა არდადეგებზე, რათა მოხდეს ჩამორჩენის ანაზღაურება

წონა (უნდა გაკონტროლდეს ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები)

- უნდა გაიზომოს მე-3 და მე-6 თვეზე მკურნალობის დაწყებიდან და შემდეგ ყოველ 6 თვეში. ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში უნდა შედგეს ზრდის ჩარტი და შეფასდეს მკურნალი ექიმის მიერ;
- თუ მოზრდილებთან წონის კლება ასოცირებულია მედიკამენტურ თერაპიასთან, უნდა გაკონტროლდეს სხეული მასის ინდექსი და გადაწყდეს მედიკამენტური თერაპიის შეწყვეტა წონის პერსისტული კლების შემთხვევაში;
- ბავშვებთან წონის რეგულაციისათვის შემდეგი გზებია მოწოდებული:
 - მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს ჭამის დროს ან ჭამის შემდეგ ნაცვლად ჭამამდე მიღებისა;
 - პაციენტმა უნდა მიიღოს დამატებითი საკვების ულუფა დილით ადრე ან გვიან საღამოს, როდესაც სტიმულანტის მოქმედება მინიმალურია;

- საკვები რაციონი უნდა იყოს მაღალკალორიული, სრულფასოვანი.

გულის ფუნქციები და არტერიული წნევა (უნდა გაკონტროლდეს ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები)

- გულის რითმი და არტერიული წნევა უნდა გაკონტროლდეს ყველა დოზის ცვლილებისას და 3 თვეში ერთჯერ და დაფიქსირდეს ცენტრალურ ჩარტში,
- ტაქიკარდია მოსვენების დროს, არითმია, და სისტოლური წნევა 2 ჯერ გაზონილი 95 პერცენტულზე მეტი (ან კლინიკურად მნიშვნელობანი მატება) უნდა გახდეს ექიმთან მიმართვისა და დოზის შემცირების სიგნალი.

რეპროდუქციული სისტემა და სექსუალური ფუნქცია (უნდა გაკონტროლდეს მოზარდები და მოზრდილები, მხოლოდ ატომოქსეტინის მიღების შემთხვევაში)

- უნდა მოხდეს დისმენორეის, ერექციული და ეაკულაციური დისფუნქციის მონიტორირება;

გულყრები (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და ატომოქსეტინის მიღების შემთხვევაში)

- თუ აღინენიშნებათ გამწვავება ბავშვებს, რომელთაც ჰქონდათ ეპილეფსია, ან ფიქსირდება ახლად აღმოცენებული გულყრები, მედიკამენტი უნდა შეწყდეს დაუყოვნებლივ;
- მესამეული დონის სპეციალისტთან შეთანხმებით უნდა იქნეს განხილული დექსამფეტამინის დანიშვნის საკითხი.

ტიკები (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში)

- განიხილეთ, არის თუ არა ტიკი სტიმულანტით გამოწვეული, და არის თუ არა ტიკებით გამოწვეული ზიანი მეტად მნიშვნელოვანი, ვიდრე ADHD-ს მკურნალობა;
- თუ ტიკები სტიმულანტებითაა გამოწვეული, განიხილეთ დანიშნული სტიმულანტის ატომოქსეტინით შეცვლა

ფსიქოტიკური სიმპტომები (ბოდვა, ჰალუცინაცია) (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში)

- უნდა შეწყდეს მედიკამენტური მკურნალობა, ჩატარდეს სრული ფსიქიატრიული გამოკვლევა;
- განიხილეთ ატომოქსეტინის დანიშვნის საკითხი

შფოთვის სიმპტომები პანიკის ჩათვლით (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში)

- როდესაც სიმპტომები გამოწვეულია სტიმულანტებით, განსაკუთრებით მოზრდელებში, რომელთაც აღენიშნებათ თანმხლები შფოთვითი აშლილობა, შემცირებული უნდა იქნეს დოზა და/ან კომბინირებული თერაპია წარმართოს ანტიდეპრესანტთან ერთად, რომელიც გამოიყენება შფოთვითი აშლილობისას;
- შესაძლოა, ეფექტური იყოს ატომოქსეტინზე გადასვლა.

აჟიტაცია, გაღიზიანებადობა, თვითმკვლევლობაზე ფიქრი, თვითდაშავება – (ატომოქსეტინის მიღების შემთხვევაში)

- მჭიდრო მონიტორირება, განსაკუთრებით მკურნალობის დაწყების პირველ თვეს ან დოზის მომატების შემდეგ;
- ატომოქსეტინის დანიშვნის შემთხვევაში პაციენტი ან მშობელი/მომვლელი უნდა გაფრხილებულ იქნეს, რომ პრეპარატის ერთ-ერთი გვერდითი მოვლენაა სუიციდალური აზრები, თვითდაშავება, რაც განსაკუთრებით ხშირია მკურნალობის პირველი კვირების განმავლობაში. ნებისმიერი გამოვლენისას აუცილებელია ექიმის საქმის კურსში ჩაყენება;

6. რეაბილიტაცია / მეთვალყურეობა

აუცილებელია დაავადებული ბავშვის მონიტორინგი. მშობლებისგან, მასწავლებლებისგან და უშუალოდ ბავშვისგან მიიღება დაწვრილებითი ინფორმაცია სამიზნე შედეგებისა და გვერდითი ეფექტების შესახებ. მონიტორინგის სიხშირე დამოკიდებულია დისფუნქციის დონეზე, გართულებებზე, დანიშნული მკურნალობის ხასიათზე.

ბავშვის მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ ექიმთან 3-6 თვეში ერთხელ მოსვლაც საკმარისია.

მიზანდასახული მკურნალობის შედეგად, კლინიკური ნიშნების გამოსატყულება ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს. მიუხედავად ამისა,

მოზარდების 22-85%-სა და მოზრდილების 4-66%-ში დიაგნოზის მოხსნა ვერ ხერხდება.

7. ბაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

„ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიუობის სინდრომის მართვა სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე“

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

ადამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკის ექთანი, სპეციალიზებული პედიატრი, ფსიქოლოგი, ბავშვთა ნევროლოგი.

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები: საინფორმაციო მასალა პაციენტებისათვის, კითხვარების ნაბეჭდი ფორმა. გაიდლაინისა და პროტოკოლის ნაბეჭდი და ელექტრონული ვერსია.