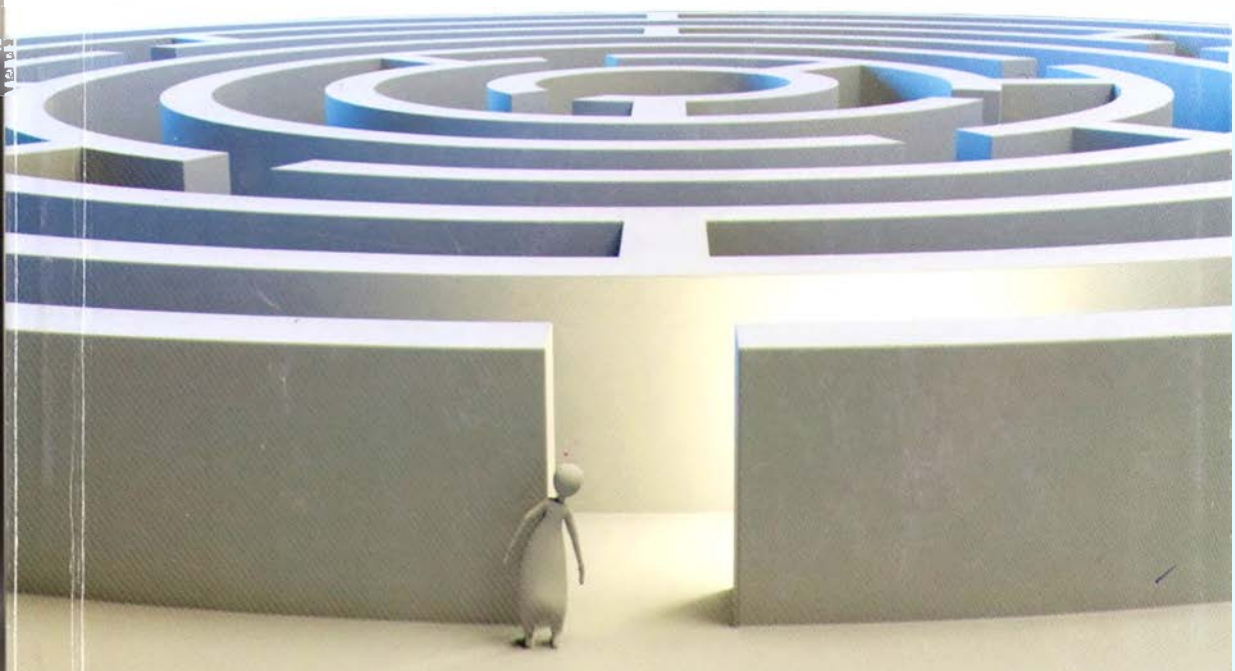


Генеральний партнер видання



НОВІ КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ: ПСИХІАТРІЯ



Київ
«Професійні видання. Україна»
2020

Нові клінічні протоколи: ПСИХІАТРІЯ

Київ
«Професійні видання. Україна»
2020

НАЦІОНАЛЬНА 3
НАУКОВА МЕДИЧНА
БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м.Київ, вул.Л.Толстого, 7

УДК 616.89-008-07/-08(083.13)
ББК 56.14
Н 73

Протоколи діагностики та лікування пацієнтів з психічними розладами (фінська версія), є одними з декількох національних європейських та світових протоколів, які рекомендовані до використання в Україні Міністерством охорони здоров'я України.

Призначені для лікарів-психіатрів, наркологів та психотерапевтів на стаціонарному етапі лікування пацієнтів, а також для сімейних лікарів і неврологів, лікарів всіх інших спеціальностей, що працюють з особами з психічними розладами.

УДК 616.89-008-07/-08(083.13)
ББК 56.14

ISBN 978-617-7911-00-4

© Оформлення.
УП «Профессиональные издания», 2020

Шановні колеги!

Запропоновані до Вашої уваги Протоколи діагностики та лікування пацієнтів з психічними розладами (фінська версія), є одними з декількох національних європейських та світових протоколів, які рекомендовані до використання в Україні вітчизняним МОЗ (до речі, власне МОЗ України і перекладених). Техніко-економічне забезпечення видання Протоколів – дизайн проекту, редагування та друк – люб'язно взяла на себе команда Міжнародного журналу «Психіатрія, психотерапія і медична психологія», за що ми їй надзвичайно вдячні. Моя особиста участь у виданні Протоколів була мінімальною та обмежувалася, власне, ініціативою, організацією процесу, а також відбором переліку клінічних станів.

Клінічні протоколи у практиці лікаря набувають дедалі більшого значення. Припускається, що Протоколи – це певний гарантований державою мінімум діагностичних та лікувальних заходів, які є обов'язковими для реалізації як медичним закладом, так і лікарем, що здійснює медичну практику. Тобто, це захист пацієнта і гарантія надання йому необхідного обсягу допомоги. Протоколи – це також і захист професійних дій лікаря. Дотримуючись рекомендацій протоколу, лікар може вимагати від пацієнта виконання певного обсягу зобов'язань, що стосуються обов'язкових обстежень, прийому ліків та іншого. Крім того, виконання протоколу є юридичним обґрунтуванням якісної медичної допомоги. Тому навіть за недостатньої технічної та медикаментозної забезпеченості психіатричних закладів, адміністрації цих закладів повинні прагнути, а лікарі мають вимагати від керівництва відповідності їхніх послуг вимогам протоколів. І насамкінець: Протоколи – це уніфікація, це діалог лікарів різних частин світу на єдиній професійній мові - у розпізнанні хвороби, оцінці стану, алгоритми та обсязі надання медичної допомоги.

Особливого значення Протоколи набувають в умовах переходу українських медичних закладів на нову організаційно-правову форму функціонування – комунального (некомерційного) підприємства, що передбачає нову фінансово-економічну модель господарювання та стандартизацію взаємодій з пацієнтами.

Слід зазначити, що у кожного лікаря залишається право користуватися будь-яким іншим клінічним протоколом з переліку, рекомендованого МОЗ України. Водночас сподіваємося, що опубліковані Протоколи будуть корисними, насамперед, у роботі лікарів-психіатрів, наркологів та психотерапевтів на стаціонарному етапі лікування пацієнтів, а також для забезпечення професійного розвитку фахівців з психіатрії та отримання пацієнтами якісної медичної допомоги.

З повагою,
д. мед. н., проф. В. Д. Мішиєв



6328/2

Укр. О

Дитяча психіатрія	6
Розлади здатності до навчання	7
СДУГ	9
Булінг (цькування) у школі	16
Енурез у дітей	18
Діти та домашнє насильство	23
Розлади аутистичного спектру	27
Тики в дитинстві	31
Депресія дитячого віку	34
Розлади адаптації у дітей	38
Панічний розлад у дітей	40
Обсесивно-компульсивний розлад у дітей	42
Суїцидальна поведінка у дитинстві та підлітковому віці	44
Розлади харчової поведінки у дітей і підлітків	46
Виявлення та лікувальна тактика при вчиненні сексуального насильства над дитиною	50
Підліткова психіатрія	56
Зловживання психотропними речовинами серед підлітків	57
Підліткова депресія	60
Ризик самогубства у підлітковому віці	64
Підлітковий психоз	66
Психіатрична оцінка підлітків та їх направлення на лікування	73
Психотерапевтичні методи лікування дітей та підлітків	77
Психофармакотерапія у дітей та підлітків	83
Психіатрія дорослих	86
Психіатричне обстеження дорослих	87
Агресивний або схильний до насильства пацієнт	91
Пацієнт із ризиком самогубства	96
Безсоння	100
Пацієнт з психосоматичними симптомами	104
Післяпологовий психоз та інші післяпологові психічні розлади	111
Гострий психоз	113
Шизофренія	119
Виявлення і діагностика депресії	125
Депресія	128
Біполярний афективний розлад	131
Хронічна депресія (дистимія)	136

Лікування депресії, асоційованої з іншими психічними розладами	138
Депресія, лікарські засоби і соматичні захворювання	141
Медикаментозне лікування депресії	143
Стареча депресія	155
Делірій у осіб похилого віку	159
Психози у осіб похилого віку	162
Злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС)	167
Тривожний розлад	170
Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)	175
Розлади адаптації	178
Емоційно нестабільний розлад особистості	180
Гостра реакція на стрес та посттравматичний стресовий розлад	184
Поєднаний діагноз	
(психічне захворювання та зловживання психоактивними речовинами)	189
Лікарські засоби для екстреної психіатричної допомоги	191
Лікування клозапіном	195
Довготривале вживання бензодіазепінів та їх відміна	198
Психотерапія для дорослих	206
Когнітивна психотерапія	212
Транссексуалізм	216
Скарги на порушення пам'яті, легкі когнітивні розлади та деменція	219
Клінічна оцінка порушень пам'яті	224
Когнітивні порушення судинного генезу та деменція	227
Лобно-скронева лобарна дегенерація	230
Лікування пацієнтів з порушенням пам'яті	232
Захворювання пов'язані з вживанням алкоголю	237
Лікування алкогольної абстиненції	238
Лікарські засоби, що використовуються при алкогольній залежності	241
Коротке втручання щодо ризиків вживання алкоголю	245
Надання допомоги залежним від алкоголю та наркотиків	247
Розпізнавання алкогольної та наркозалежності	248
Надання допомоги залежним від алкоголю та наркотиків	252
Лікування залежних від наркотиків	256
Лікування залежностей	262
Ігрова залежність	263

Розлади здатності до навчання

Автор: Heikki Lyytinen

Дата останнього оновлення: 2017-02-08

Основні положення

- Розлади здатності до навчання включають труднощі читання і письма, порушення арифметичних навичок, вимови та мовлення, та порушення розвитку рухових функцій.
- При відсутності лікування розлади здатності до навчання можуть призвести до більш серйозних проблем або значно погіршити успішність у молодшому шкільному віці.

Готовність до школи

- Когнітивні та рухові навички в учнів початкових класів можуть значно відрізнятися. Небагатьом дітям дозволяють піти до школи на рік раніше чи на рік пізніше. Це рішення приймають після консультації батьків дитини із фахівцями, які оцінюють готовність дитини до школи.
- Рішення стосовно відтермінування шкільного навчання на рік може бути складним, оскільки школа сприяє розвитку дитини, стимулюючи її та даючи досвід, який неможливо отримати в домашніх умовах.
- Дитина, яку вирішили віддати до школи на рік пізніше, може мати переваги у вигляді дошкільного навчання з інтенсивною програмою, яка базується на її індивідуальних потребах. Майже 25% дітей потребують особливої індивідуальної уваги у дитсадку та в початкових класах у зв'язку із затримкою розвитку в когнітивній чи руховій сферах.
- У деяких країнах дошкільна освіта передбачена для всіх дітей. Це урізноманітнює можливість здобувати навчальний досвід загалом. План дошкільної освіти повинен враховувати індивідуальні особливості та навчальні потреби дітей, наприклад, виходячи із даних про затримку розвитку, порушення мовних навичок чи порушення самоконтролю.
- Наявність розладів здатності до навчання у членів сім'ї підвищує ризик виникнення труднощів у навчанні дитини, проте цього можна уникнути, якщо своєчасно розпочати профілактичні заходи.

Порушення читання та письма

- Проблеми з читанням (дислексія), вимовою та письмом (дисграфія) часто поєднуються.
- Ці порушення не рівнозначні затримці розвитку.
- Понад 10% дітей мають труднощі в процесі набуття базових навчальних навичок, особливо навичку читання.
- Майже 6% дорослого населення мають проблеми з читанням, особливо з умінням читати вільно.
- Дислексія часто обумовлена генетичними факторами. Проблеми з читанням майже завжди, без винятку, мають місце у близьких родичів. У більш як третини дітей, батьки яких мають дислексію, спостерігаються труднощі з набуттям навичок читання.

Специфічні проблеми з арифметичними навичками

- Приблизно у 10–15% школярів виникають труднощі у вивченні математики, та близько 3% із них мають серйозну дискалькулію.
- При дискалькулії дитині зазвичай важко розуміти базові числові поняття, використовувати цифри та розташовувати їх у правильному порядку, буває порушене також просторове сприйняття та візуально-рухові функції.

Специфічні мовленнєві та мовні розлади

- При дисфазії набуття мовленнєвих та мовних навиків дитина страждає вже на ранніх етапах розвитку.
- Якщо дитина не вживає окремі прості слова до 2-х років чи речення до 3-х років, варто підозрювати дисфазію.
- З точки дозу диференційної діагностики, варто відрізнити вроджену затримку мовного розвитку від розладу слуху.
- Порушення мови може зберігатися і в дорослому віці у вигляді труднощів з уживанням чи розумінням мови.
- Приблизно 3% популяції страждає на дисфазію.
- Ризик мовних порушень вищий у дітей із затримкою мовного розвитку у віці 2–5 років та з дислексією у сімейному анамнезі, а також у дітей із труднощами як у вимові слів, так і в розумінні почутого.
 - Терапія мовних порушень повинна розпочинатися якомога раніше.

Розлади розвитку моторних функцій

- Приблизно 2–5% дітей страждають на порушення розвитку координації рухів – диспраксію.
- Порушення розвитку координації рухів проявляється як незвична незграбність рухів, яка не пов'язана із затримкою інтелектуального розвитку чи загальним станом здоров'я.
- Незграбність рухів часто є частиною більш значного порушення розвитку, такого як синдром мінімальної мозкової дисфункції (сьогодні часто називається РДУГ, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю).

Діагностика і лікування

- Для постановки діагнозу дитина повинна бути обстежена психологом, за можливості – нейропсихологом; оцінку плану подальших лікувальних дій проводять за допомогою педагога із спеціальною освітою.
- Розлади здатності до навчання можна лікувати за допомогою спеціальних методів навчання.
- Порушення здатності до навчання, залишене поза увагою, може дуже негативно впливати на майбутнє дитини.
- Якщо дитина не отримує необхідної підтримки щодо заохочення її зусиль для подолання проблеми, порушення здатності до навчання може призвести до більш тяжких розладів або значно знизити успішність у школі.
- Рання корекція порушень здатності до навчання ефективно запобігає виникненню вторинних проблем. При труднощах із читанням найкраще вжити відповідних заходів, як тільки дитина розпочне навчання у школі або ще під час дошкільного виховання.
- Якщо розвиток мови дитини проходить нормально, проте вона має труднощі у запам'ятовуванні букв у дошкільному віці (до 6 років), рекомендується почати тренувати навички читання за кілька місяців до початку навчального року. Особливо це стосується дітей, у яких є родичі з дислексією.
- Дуже корисним для розвитку відповідних навичок є комп'ютерне навчання, якщо воно достатньо приємне для дитини та задовольняє навчальні цілі.

СДУГ

Автор: Anita Puustjärvi

Дата останнього оновлення: 2016-10-18

Основні положення

- СДУГ (синдром дефіциту уваги та гіперактивності) – це поширений нейропсихіатричний синдром, симптоми якого виникають в дитинстві та часто тривають до дорослого віку.
 - Первинні симптоми включають проблеми контролю уваги та активності, імпульсивність. Найчастіше труднощі в керуванні увагою проявляються у вигляді гіперактивності, але також можуть проявлятися у зниженні рівня активності.
 - Більшість пацієнтів мають проблеми із виконавчими функціями, регуляцією емоцій та поведінки, а також і інші супутні розлади.
- Діагноз СДУГ встановлюється після повної оцінки анамнезу та симптомів пацієнта. Наявність СДУГ не виключається, навіть коли виявлені інші проблеми, які впливають на функціональний стан пацієнта.
- СДУГ, який вчасно не вилікували, може призвести до гірших результатів у навчанні та роботі, схильності потрапляти в аварійні ситуації, до розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин та скоєння злочинів. Все це пов'язано із соціальною ізоляцією підлітків.
- Лікування СДУГ складається із механізмів підтримки здатності функціонування у домашніх умовах, в побуті, у школі, навчальному закладі та на роботі. Застосовується психосоціальне та, в разі необхідності, медикаментозне лікування. Послідовне лікування симптомів покращує якість життя та зменшує ризики.

Поширеність

- За оцінками, від 5 до 7% дітей шкільного віку мають СДУГ, це означає, що у кожному класі в середньому в 1-ї дитини можна знайти цю патологію.
- Поширеність СДУГ серед дорослих складає приблизно 3–4 %.
 - Симптоми СДУГ часто (в 60–80% випадків) наявні і в дорослому віці, проте виражені симптоми з віком стають менш помітними.
- Серед дітей СДУГ діагностується у 3–6 разів частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток, у дорослих різниця між чоловіками та жінками менша.

Етіологія

- Розвиток клінічної картини СДУГ залежить від генетичної схильності, що наявна приблизно у 60–80% випадків СДУГ.
- Фактори навколишнього середовища можуть впливати на виникнення СДУГ, регулюючи активність генів ризику або впливаючи на тяжкість симптомів та на нормальний розвиток дитини.
 - До факторів ризику під час вагітності відносяться: куріння матері, прийом алкоголю або психоактивних речовин та асфіксія плоду. Надмірний стрес у вагітної також може відігравати значну роль у розвитку СДУГ.
 - Фактори ризику, пов'язані із родиною, такі як проблеми у спілкуванні та конфлікти, посилюють опозиційні, демонстративні та поведінкові симптоми та погіршують функціональні здібності, хоча самі вони не викликають СДУГ.

- Перегляд "швидких" телевізійних програм дітьми віком до 3 років, ймовірно, може посилювати проблеми з концентрацією уваги у шкільному віці. Надмірне захоплення комп'ютерними іграми може посилювати неспокій та викликати проблеми з концентрацією.
- Провідні симптоми, пов'язані з активністю головного мозку, асоціюються з аномальною дофамін- та норадреналін- опосередкованою активністю нейронів у ділянках мозку, які відповідають за регуляцію активності, уваги та у зв'язках між цими ділянками.
 - Регуляція збудливості часто порушується, що може супроводжуватися розладами сну (пацієнт не може достатньо заспокоїтися).

Симптоми та клінічна картина

- Епізодичні симптоми неуважності, гіперактивності або імпульсивності є досить поширеними, проте у пацієнтів із СДУГ такі симптоми спостерігаються часто, протягом тривалого часу та явно впливають на їхні функціональні здібності.
 - Зазвичай перші симптоми виникають уже в дошкільному віці, проте їх розпізнають значно пізніше.
- Виділяють три типи СДУГ:
 - синдром дефіциту уваги (СДУ) включає переважно проблеми з концентрацією без пов'язаної з ним імпульсивності чи гіперактивності;
 - гіперактивність без суттєвих проблем із концентрацією;
 - змішаний тип розладу з наявністю усіх основних симптомів.
- Усі типи розладів повинні кодуватися F90.0. за МКХ-10. Домінуючі симптоми можуть бути додатково визначені усно, якщо це дозволяє система обліку пацієнтів.
- Прояви симптомів є різними у різних вікових групах.
 - У дітей дошкільного віку гіперактивність проявляється як фізичний неспокій, бажання бігати та повзати всюди). У дітей шкільного віку – неможливістю всидіти на місці тривалий час, дорослі ж можуть уникати подій, де потрібно тривалий час займати сидяче положення.
 - У дітей дошкільного віку труднощі в керуванні увагою можуть проявлятися у вигляді короткотривалих ігор з частим переключенням уваги, у школярів – заглибленістю у свої думки, різними ненавмисними помилками та забуванням своїх речей у класі, у дорослих – властивістю надавати перевагу виконанню менш важливих завдань перед більш важливими.
 - У дітей дошкільного віку імпульсивність проявляється у непередбачуваній метушливості, у школярів – у неможливості стояти в черзі під час занять, ігор чи в нетерплячості у спілкуванні. У дорослих імпульсивність може призводити до раптової зміни місця навчання чи роботи та до труднощів в стосунках. Типовими є також швидкі та сильні емоційні реакції.
- Ступінь вираженості симптомів залежить від факторів навколишнього середовища. Наприклад, симптоми ймовірніше виникатимуть, коли пацієнт перебуває у великій групі людей, ніж наодинці із певною особою.
 - Зокрема, мотивація впливає на концентрацію. Іноді концентрація може бути надмірною – коли пацієнт настільки заглиблюється у свої думки, що втрачає відчуття часу та простору.
 - Фактори, що впливають на фізичне благополуччя (недостатність фізичної активності чи сну), сильні емоції (збудження, гнів) та стресові ситуації (незадоволені потреби, конфлікти вдома, залякування та травматичні ситуації), погіршують симптоми.

Діагноз

Діагностичні критерії

- СДУГ є симптомним діагнозом, який повинен задовольняти критерії МКХ; не існує специфічних діагностичних обстежень.
- Для встановлення діагнозу необхідна розширена оцінка усіх обставин.
 - Детальний анамнез (аномалії розвитку, попередні та теперішні симптоми, будь-які інші захворювання чи розлади, історія обстеження та лікування, поточні стресові чинники, ситуація у родині та сімейний анамнез).
- Тривалість симптомів та їх прояви в різних ситуаціях (бажано уточнити інформацію, звернувшись до дитячого садка/школи/іншого закладу безпосередньо).
- Перегляд факторів, що впливають на симптоми пацієнта та його функціональні можливості.
 - Клінічне фізикальне та неврологічне обстеження.
 - Дослідження, необхідні для диференційної діагностики, наприклад, лабораторні обстеження.
- Нейровізуалізація та ЕЕГ зазвичай не потрібні.
- Психологічне та нейропсихологічне обстеження не є необхідним для встановлення діагнозу, проте може бути вкрай важливим для складання програми лікування та реабілітації.
- У дітей оцінка мовлення перед оглядом фізичного терапевта може бути необхідною для отримання загальної картини ситуації.
- Для встановлення діагнозу пацієнт повинен мати 6 симптомів порушення уваги та 6 симптомів гіперактивності-імпульсивності із загальних 18 діагностичних критеріїв.
 - У пацієнтів 17 років та старших достатньо 5 симптомів порушення уваги та/або гіперактивності-імпульсивності (згідно нових критеріїв ДСК-5).
- Симптоми як правило виникають в дитинстві. Однак, їх могли не виявити до шкільного віку, та згідно критеріїв ДСК-5, достатньо виявити симптоми до 12-ти річного віку.
 - У випадку встановлення діагнозу у дорослих варто впевнитись, (з документації, наприклад), що симптоми виникали достатньо рано та персистують впродовж тривалого періоду.
 - Необхідно приділяти особливу увагу при встановленні діагнозу в дошкільному віці, оскільки діагностувати СДУГ складно у дітей віком до 5 років.
- Симптоми можуть виникати за різноманітних обставин, не обов'язково під час огляду у лікаря або під час психологічного тестування:
 - за різних обставин симптоми можуть відрізнятися;
 - спостереження за функціональними можливостями у різних обставинах може допомогти знайти засоби для їх корекції;
 - успішність у школі чи в дорослому житті не виключає можливості наявності СДУГ.
- Наявність іншого психіатричного розладу не виключає СДУГ, якщо пацієнт має одночасно симптоми різних розладів. Іноді ці симптоми можуть "перекривати" один одного.

Анкети

- Існують анкети для діагностики СДУГ (для дорослих DIVA) або опитувальники, які досліджують психічні функціональні можливості більш розширено. Проте, діагноз не може бути встановлений лише на базі результатів анкетування.
 - Інформативність та надійність таких опитувальників підвищується, якщо вони використовуються декількома особами (вчителі, батьки та діти) та заповнюються під час інтерв'ю.

Диференційна діагностика

- Гіперактивність у дитини дошкільного віку може бути пов'язана, наприклад, із розладом аутистичного спектру, розладом мови, моторними або сенсорними розладами, більш загальною затримкою розвитку.
- У школярів також важливо включати для диференційної діагностики проблеми з навчанням, тривожні розлади, опозиційно – демонстративні та поведінкові розлади і депресію.
- У підлітків та дорослих важливо враховувати в диференційному діагнозі афективний синдром (депресивний, біполярний розлади), залежність від прийому наркотичних речовин, психотичні розлади (продромальна стадія шизофренії), тривожний розлад та емоційно нестабільні та антисоціальні типи розладів особистості.
- Ймовірні соматичні причини включають епілепсію (малі епілептичні напади або абсанси), іншу неврологічну патологію (наприклад, нейрофіброматоз) та наслідки травм головного мозку.
- Неспокій та неуважність можуть виникати внаслідок розладів сну (апноє сну, синдром неспокійних ніг, тривале недосипання).
- Травматичний досвід або поточний стрес (цькування, зміни у сімейних обставинах, втрати, знуцання, розлад адаптації) також можуть викликати схожі симптоми. Тим не менше, варто пам'ятати, що такі симптоми СДУГ, як вищевказані, призводять до стресу та негативного досвіду і впливають на самосприйняття.

Інші одночасні розлади

- Багато хто з 75–80% пацієнтів мають одночасний психіатричний розлад або порушення, викликані вживанням наркотичних речовин.
- Різноманітні типи проблем із навчанням, вад розвитку мови, моторних, виконавчих функцій або порушення регуляції чутливості можуть виникати одночасно із СДУГ.
- Розлади сну трапляються частіше, ніж у інших людей. Часто бувають труднощі із засинанням та погіршується якість сну.
- У 50–90% пацієнтів симптоми СДУГ асоційовані з депресією, опозиційно-демонстративними і/або поведінковими розладами чи проблемами, пов'язаними із сприйняттям себе, самооцінкою, навичками соціальної взаємодії, часто внаслідок недостатньої підтримки.
- Тривожні розлади, такі як обсессивно-компульсивний розлад, часто більш ймовірні.
- СДУГ може виникати як частина більш серйозних нейро-психіатричних причин, можливо, із симптомами аутистичного спектру та/або тіками. Одночасно в одного пацієнта можуть бути декілька нейро-психіатричних розладів.
- СДУГ є фактором ризику розладу поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та куріння. Фармакологічне лікування СДУГ не підвищує цього ризику.

Лікування та реабілітація

- Адекватне лікування СДУГ включає консультування (психонавчання), психологічну терапію та фармакотерапію за необхідності.
 - Для контролю симптомів СДУГ важливо піклуватися про загальне самопочуття (сон, фізична активність, дієта, позитивні відносини).
 - Необхідна комбінація різних форм лікування та методів корекції функціонування у повсякденному житті.
 - Складаючи план лікування, потрібно враховувати інші супутні захворювання, проблеми, які впливають на відносини з батьками та в усюю родиною.
- У дітей молодшого шкільного віку лікуванням вибору є психосоціальне лікування, яке розпочинається після первинної медичної допомоги.

- Фармакотерапія застосовується рідко, її слід розпочинати у спеціалізованих відділеннях.
- У дітей шкільного віку та дорослих фармакологічне лікування може застосовуватись одночасно з іншими методами або у випадках, якщо інші форми допомоги не були ефективними.

Немедикаментозне лікування

- Не фармакологічне або психосоціальне лікування може включати різноманітні методи підтримки функціональної спроможності (настанови, зміна оточення), та практикування навиків самостійно або в групі. Часто найбільш доцільно надавати таке лікування значною мірою як частину повсякденного життя пацієнта, проте можна також додати різні форми індивідуальної або групової терапії – у разі необхідності.
 - Потреба в трудотерапії, нейропсихологічній реабілітації та логопедичній корекції оцінюється індивідуально.
 - Індивідуальна психотерапія або сімейна терапія не належать до першочергових форм лікування СДУГ, проте можуть застосовуватись в залежності від ступеню та природи проблеми.
 - Деякі діти із СДУГ потребують допомоги для розвитку соціальних навиків.
- Варто спробувати полегшити симптоми СДУГ, впливаючи на поведінку пацієнтів, і одночасно усувати подразнюючі чинники навколишнього середовища. Цього можна досягти, наприклад, використовуючи системи прогнозування, негайного зворотнього зв'язку, структурування та винагороди, а також використовуючи конкретні допоміжні засоби (піктограми, візуальний годинник, розклад дня).
 - Тренування пацієнтів із СДУГ – це реабілітація, спрямована на рішення та можливості, які реалізуються вдома та у повсякденному житті, у робочому середовищі (навчальні заклади). Зазвичай воно включає поведінкові настанови, методи для виконання завдань у повсякденному житті та практикування різних навиків.
- Навчання батьків допомагає їм розпізнавати поведінку дітей та коригувати її у правильно-му напрямку.
 - Навчання батьків може проводитись індивідуально для
 - кожної сім'ї або в групах. Для цього можна використовувати друковані матеріали.
 - Симптоми СДУГ можуть впливати на стосунки дітей і батьків та призводити до замкнутого кола негативних взаємозв'язків, яке потрібно розірвати. СДУГ у дитини також збільшує ризик конфліктів і проблем у відносинах між батьками
- Різні методи підтримки повинні починатись із дитячого садка та школи одразу, як тільки виявили проблеми, навіть у випадку відсутності діагнозу.
 - Необхідна тісна співпраця між працівниками школи та членами родини (та лікувальним закладом) як у плануванні, так і у впровадженні методів підтримки.
 - Найпоширенішими методами є структурування та розподіл завдань на менші частини, системи негайного зворотнього зв'язку та винагороди. Забезпечення у класі можливості рухатись для підтримки уваги часто значно полегшує заняття (це може бути сидіння на спортивній кулі, гра з клейкою масою). Зменшує конфлікти достатній контроль під час перерв та у вільний час.
 - Деякі пацієнти потребують особливих умов, наприклад, більше часу для відповідей на питання на екзаменах, підтримки помічника, диференційованого навчання у різних ситуаціях та з різних предметів або навчання у малих групах.
 - Варто враховувати наявність діагнозу СДУГ в медичній документації пацієнта під час складання ним іспитів та оцінювання результатів.
 - Експертиза також потрібна для керування навчанням та у ході професійної орієнтації.
- Узгоджені навчальні курси з адаптації для людей різного віку та заходи підтримки з боку однолітків є доступними.

-
- Для деяких родин буде корисною підтримка соціальних служб, інших людей або сімей, де є діти із схожими проблемами.
 - Якщо батьки теж мають виражені симптоми СДУГ або інші проблеми, які впливають на їхню функціональну здатність, вони також потребують лікування та реабілітації.

Медикаментозне лікування

- Коректно підібране фармакологічне лікування СДУГ є ефективним та безпечним. На стадії первинної медичної допомоги таке лікування може призначати лікар, добре ознайомлений із діагнозом та методами лікування СДУГ.
- Дія препаратів для лікування СДУГ базується на активації дофамін- та норадреналін-опосередкованих нервових шляхів, що зменшує вираженість симптоматики під час терапії.
- Можна використовувати психостимулятори (метилфенідат, ліздексамфетамін, дексамфетамін), атомоксетин або гуанфацин.
 - Механізм дії психостимуляторів є переважно дофамін- опосередкованим, із швидким початком дії через 30–60 хв. після прийому препарату.
 - Механізм дії атомоксетину переважно норадреналін- опосередкований, з поступовим початком впродовж 1–6 тижнів з початку прийому препарату.
 - Гуанфацин є агоністом альфа-2А-адренергічних рецепторів але його дія норадреналін-опосередкована, ефект настає через 1–3 тижні.
 - Можна припинити застосування психостимуляторів, проте не рекомендовано це робити із атомоксетином або гуанфацином.

Коментар експерта. Лікарські засоби ліздексамфетамін, дексамфетамін станом на 15.04.2019 в Україні не зареєстровані.

- Зазвичай медикаментозне лікування розпочинають із метилфенідату; існують препарати із різними тривалістю дії та вивільненням діючої речовини.
 - Підбір препарату повинен базуватись на тривалості дії та ймовірності досягнення максимального бажаного ефекту.
 - Фармакотерапію починають із малих доз, які поступово збільшують, в залежності від реакції організму та побічних ефектів, до досягнення ефективної терапевтичної дози без серйозних побічних наслідків.
 - На початку фармакологічного лікування необхідний частий моніторинг та корекція дози, не рідше одного разу на тиждень.
 - Якщо перший обраний препарат метилфенідату не дає очікуваного ефекту, варто спробувати препарат іншого виробника з цією ж речовиною або інший стимулятор, атомоксетин або гуанфацин.
- Не всі препарати показані для лікування СДУГ у дорослих.
 - Після підбору препарату та його дози пацієнта потрібно оглядати кожні 3–12 місяців для оцінки його фізичного та психічного стану, відповіді на лікування, потреби в препараті та адекватності дозування. Планові перерви в прийомі препарату не обов'язкові, але можуть бути необхідними для оцінки стану пацієнта.
 - Потрібно регулярно оцінювати фізичні параметри пацієнта під час лікування (вагу, зріст через криві росту), рівень артеріального тиску та пульсу, побічні ефекти.
- Найпоширенішими побічними ефектами стимуляторів та атомоксетину є втрата апетиту, головний біль, різні типи абдомінального дискомфорту, поведінкові симптоми (роздратованість, агресивність) та порушення сну. Іноді буває деяке прискорення пульсу та підвищення артеріального тиску. Вони зазвичай незначні при лікуванні дітей та підлітків зі здоровою серцево-судинною системою. У дорослих необхідно детально монітувати рівень артеріального тиску, особливо на початку медикаментозного лікування та під

час підвищення дози. Загальна слабкість, гіпотензія, брадикардія, запаморочення, та збільшення маси тіла можуть виникати, як побічні ефекти гуанфацину. Гуанфацин також може подовжувати інтервал QT.

- Якщо подібні побічні ефекти виникли, необхідна корекція дози та часу прийому препарату або його заміна.
- У деяких дітей та підлітків необхідність у фармакологічному лікуванні зменшується з часом, хоча деякі з них потребують прийому препаратів і в дорослому віці.
 - Дорослим рекомендується багатокomпонентна терапія з урахуванням супутніх розладів, що впливають на симптоми чи лікування.
- Існує ризик надмірного використання пацієнтами препаратів для фармакологічного лікування СДУГ, пов'язаний із зловживанням токсичними речовинами та антисоціальними тенденціями.
 - Фармакологічне лікування пацієнтів із СДУГ, які також мають супутній розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, потрібно контролювати особливо ретельно. У багатьох випадках виправдано використання препаратів, що не є психостимуляторами.
 - У осіб, які зловживають алкоголем, атомoksetин може мати переваги, зменшуючи симптоми СДУГ, проте він не впливає на вживання алкоголю.

Інші форми лікування

- Використання продуктів, що містять жирні кислоти, має деякі переваги у певних пацієнтів. Їх можна вживати, комбiнуючи з іншими формами лікування або тоді, коли інші методи не ефективні.
- Різні вправи з підтримки уваги також можна застосовувати як допоміжний метод для симптоматичної терапії СДУГ.
- Схеми лікування та критерії для госпіталізації.

Мережа лікування і критерії для направлення

- Попереднє обстеження з приводу підозри на СДУГ, початок заходів підтримки та медикаментозне лікування у не складних випадках належать до сфери первинної медичної допомоги у всіх вікових групах.
- У більшості міст було визначено ланцюг лікування або укладено іншу угоду щодо розподілу завдань та співпраці між первинною медичною допомогою та спеціалізованою медичною допомогою. Там, де цього немає, направлення на спеціалізовану допомогу повинно бути виписане наступним чином:
 - до дитячого психіатра, якщо симптоми включають значне погіршення психічного статусу, серйозні поведінкові розлади – агресивність або значні проблеми у взаємодії дитини з батьками;
 - до підліткового психіатра, якщо симптоми у підлітка включають значне погіршення психічного статусу, серйозні поведінкові проблеми або розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин;
 - до дитячого невролога, якщо у дитини чи підлітка підозрюється наявність неврологічного захворювання (такого, як нейрофіброматоз або епілепсія) або затримка інтелектуального розвитку.
- Для уточнення диференційного діагнозу у пацієнтів з коморбідністю або тяжкими симптомами необхідне подальше обстеження, більш агресивне фармакологічне лікування. Планування терапії та реабілітації у таких пацієнтів, а також узгодження подальшого лікування та спостереження знаходиться в компетенції спеціалізованих медичних закладів.

Булінг (цькування) у школі

Автор: Kirsti Kumpulainen

Дата останнього оновлення: 2017-12-18

Загальна інформація

- Булінг (цькування) – це багатовимірне явище, пов'язане з особистими якостями як ініціатора, так і того, на кого спрямований булінг, а також з реакцією та поведінкою оточуючих.
- Булінг включає як пряме цькування, наприклад – штовхання, побиття або стусани, так і непряме, тобто соціальні маніпуляції, наприклад виключення з групи або поширення чуток.
- Булінг у школі можна віднести до способів як фізичного, так і психологічного насильства, що часто негативно впливає на навчання та може призводити до відмови дитини її відвідувати школу.
- Зазвичай хлопці частіше, ніж дівчата, стикаються з фізичним булінгом, тоді як цькування, з яким стикаються дівчата, зазвичай є непрямим та пов'язаним із стосунками у групі.
- У більшості випадків жертвами булінгу стають ті, хто має певні відмінності від оточуючих, наприклад діти з надмірною масою тіла, депресією, ті, хто має труднощі з навчанням або новенькі діти.

Поширеність

- Згідно з різними дослідженнями, цькування у школі зазнає від 1/10 до 1/3 учнів.
- За даними дослідження, проведеного у Фінляндії, було виявлено, що приблизно третина всіх дітей, які брали у ньому участь, стикалася з булінгом, про що знали лише одна п'ята батьків цих дітей та 10% вчителів. Іншими словами, дитина яка зазнає цькування, зазвичай залишається на самоті.
- У більшості випадків дорослі не знають про булінг, тому рідко вживають заходів для перешкоджання цьому. Діти раннього шкільного віку більш охоче розповідають дорослим про цькування, тоді як старші діти, зазвичай, намагаються це приховати.
- Знущання має тенденцію продовжуватися, якщо вчасно не втрутитися у ситуацію. Тривале знущання зазвичай притаманне дітям, які одночасно цькують інших та самі є жертвами булінгу.
- Діти, які цькують інших або є жертвами булінгу, часто мають багато психологічних проблем. Психічні симптоми є найбільш поширеними серед дітей, які одночасно є ініціаторами та жертвами булінгу. Залежно від того, як довго триває булінг та наскільки він є жорстоким, ймовірність його зв'язку із подальшими психічними проблемами підвищується.
- Серйозні проблеми з булінгом, пережиті у дитинстві, які постійно повторювались, пізніше можуть призвести до депресії та суїцидальної поведінки. Було вивчено гендерні особливості ймовірності виникнення психічних проблем у майбутньому. Серйозні проблеми з булінгом у ранні шкільні роки особливо небезпечні для дівчаток (за відсутності встановленого у той час психічного розладу), оскільки є фактором ризику розвитку схильності до самогубства, потреби у стаціонарній психіатричній допомозі та прийомі психіатричних препаратів у дорослому віці. Хлопці, які стикаються з серйозним булінгом у ранньому шкільному віці та цькують інших, зазвичай також мають психічні порушення. Більшість з них у дорослому віці потребує лікування у психіатричному стаціонарі та прийому відповідних медикаментів.
- У дорослому віці ініціатори булінгу частіше, ніж інші, вдаються до кримінальних правопорушень або надмірного вживання алкоголю.

- З іншого боку, також відомо про схильність жертв булінгу до різноманітних психологічних проблем, порушеної самооцінки та труднощів у стосунках з оточуючими та в парі.

Лікування

- Важливим є своєчасне втручання дорослих у ситуацію булінгу. Згідно з дослідженнями, інші діти у групі схильні наділяти дитину, яку тривало цькують, негативними рисами у багатьох аспектах, згодом вони починають вважати жертву булінгу чужою для групи та "відхиленням від норми" у цілому.
- Шкільний медичний персонал разом із вчителями повинен проводити активний нагляд з приводу наявності булінгу у школі, пропонувати підтримку тим, на кого він спрямований, та співпрацювати між собою з метою припинення булінгу.
- Булінг відбувається між окремими особами та всіма іншими задіяними у ситуації, що впливають на неї своєю поведінкою. Отже, ефективним є проведення різних освітніх кампаній, програм із втручання у навчальний процес та досягнення взаємних домовленостей між учнями або усією школою. Найкращі результати дають втручання, які впливають на всю шкільну спільноту.
- Внаслідок булінгу багато дітей потребує психіатричного лікування та підтримки.
- Часто той, хто є ініціатором булінгу, також потребує професійної допомоги. Припинення булінгу приносить користь і його ініціатору.
- Доведена ефективність проведення розмов з родинами ініціатора булінгу та його жертви. Зазвичай ці обговорення проводить вчитель. Шкільна система опіки має забезпечувати підтримку та допомогу вчителю. Група з опіки над учнем, в якій мають брати участь шкільні медичні співробітники, може розробити ширший план втручання, особливо в тих випадках, коли у дитини виявлено психічні симптоми, та якщо попередні заходи не призвели до задовільного результату. Наприклад, шкільна медична сестра може брати участь у бесідах з родинами разом із вчителем. Спільні обговорення з родинами ініціатора та жертви повинні впливати на ситуацію та мають на меті припинення булінгу. Оцінка потреби у психіатричній консультації для задіяних у булінгу дітей проводиться окремо та індивідуально, проте інформація, отримана під час обговорень з батьками, може допомогти в оцінці потреби у консультації.
- За оцінювання потреби у психіатричній консультації відповідає шкільний медичний працівник. Інформація, необхідна для проведення такого оцінювання, має бути отримана від шкільного персоналу, який щоденно контактує з дитиною, та має включати: наявність психічних симптомів у дитини та їх тривалість, здатність до навчання у школі відповідно до віку, а також її соціальні відносини з однолітками. Якщо визнано потребу дитини у психіатричному консультуванні, має бути організована зустріч шкільного лікаря з дитиною та її батьками з метою планування подальших заходів. Оскільки шкільна медична сестра відіграє важливу роль у комунікації та є контактною особою у шкільній спільноті, її присутність на подібних зустрічах сприяє більш швидкому вирішенню проблеми. У ході планування подальших дій необхідно враховувати особливості організації дитячої психіатричної допомоги у різних країнах.
- Дитина може отримати консультацію шкільного медичного персоналу або лікарів у в дитячому/підлітковому психіатричному відділенні.

Енурез у дітей

Автор: Mika Venhola

Дата останнього оновлення: 2017-02-02

Основні положення

- Обстеження та лікування нічного енурезу покладені на первинну ланку системи охорони здоров'я.
- Зазвичай немає сенсу лікувати нічний енурез у дитини до 5 або 6 років.
- Використання енурезного будильника та десмопресину є альтернативними методами лікування.
- Денний енурез зазвичай лікується у закладі спеціалізованої медичної допомоги.

Загальна інформація

- Вік, коли дитина починає контролювати сечовипускання, дуже варіює. Тим не менш, можна припустити, що в середньому:
 - до 1 року сечовий міхур спорожнюється мимовільно;
 - приблизно у віці 2 років дитина починає розрізняти потребу в дефекації та сечовипусканні;
 - двоє з трьох дітей у віці від 3 до 4 років вміють контролювати процес сечовипускання;
 - у віці від 4 до 6 років вони можуть починати і переривати процес сечовипускання, коли захочуть.
- Трохи більше, ніж 10% учнів молодшої школи мають енурез, близько 5% – регулярно.
- Трохи менше, ніж у 1% підлітків, продовжується енурез, і приблизно у 0,5% він продовжується у дорослому віці.

Значення енурезу

- Енурез може вказувати на доброякісні варіювання індивідуального розвитку або на наявність серйозного захворювання.
- Незважаючи на те, що енурез часто не вказує на наявність якогось захворювання, переносити його може бути важко.
- Енурез не є порушенням поведінки, але у найгіршому випадку може призвести до цього.
- У більшості випадків дитину не можна звинувачувати в енурезі, але все ж буває, що дітей помилково карають.

Термінологія

- Нетримання означає нездатність контролювати сечовипускання з неврологічних або органічних причин.
- Енурез означає мимовільне сечовипускання внаслідок затримки розвитку.
- Енурез можна розділити на денний (enuresis diurna), нічний (enuresis nocturna) та змішаний (з нічними та денними симптомами).
- Первинний енурез означає, що дитина ніколи не мала "сухого періоду" протягом більш ніж 6 місяців.
- Вторинний енурез означає повторний енурез після того, як дитина протягом 6 місяців не мала таких проявів.

Нічний енурез (enuresis nocturna)

- Існує багато причин виникнення нічного діурезу, не всі з них відомі.
- Нічний енурез і час його припинення зазвичай залежать від фізичного розвитку.

Передумови

- Люди з нічним енурезом часто мають спільні ознаки.
 - Гіперпродукція сечі у нічний час
 - Вважається, що причиною цього є недостатня секреція антидіуретичного гормону
 - Не кожна людина з нічним енурезом має поліурію, і не кожна людина з поліурією має нічний енурез.
 - Поліурія також не пояснює, чому люди з нічним енурезом не прокидаються, коли їхній сечовий міхур наповнюється.
 - Міцний сон
 - Для багатьох людей з нічним діурезом важко прокинутися, і багато хто з них спить достатньо довго.
 - Під час реєстрації активності мозку у людей з нічним енурезом виявили сильнішу, ніж звичайна, реакцію на пробудження.
 - Не всі люди з міцним сном мочаться в ліжку, і не всі люди, які мочаться в ліжку, мають міцний сон.
- Спадковість
 - У близько половини людей з нічним енурезом принаймні один з батьків також мав нічний енурез.
 - Якщо обидва з батьків мали нічний енурез, вірогідність того, що їхні діти також будуть його мати, становить близько 80%.
 - Ця тенденція пов'язана з різними хромосомами (як мінімум, 8q, 12q та 13q), але остаточного висновку поки-що немає.

Обстеження

- Обстеження та лікування нічного енурезу покладені на первинну ланку системи охорони здоров'я.
- Якщо пацієнт не має інших симптомів, подальше обстеження або направлення його для надання спеціалізованої медичної допомоги не потрібні.
- При першому візиті зберіть анамнез пацієнта (таблиця 1) та зробіть загальний аналіз сечі (глюкоза, альбумін, ознаки запалення).

Лікування

- Нічний енурез не потрібно лікувати, якщо дитина не мотивована або дуже маленька (наприклад, менше 5 або 6 років).
- Якщо дитина має виражені симптоми вдень, лікування слід починати з усунення саме цих симптомів.
- Лікування нічного енурезу може бути недоцільним, якщо "сухих" ночей більше, ніж "мокрих".
- Нічний енурез не повинен лікуватися шляхом покарань, суворого поводження, гомеопатії, акупунктури, рефлексотерапії, гіпнозу, психотерапії або обмеження рідини. Жоден з цих методів не є кращим, ніж плацебо.
- Енурезний будильник та десмопресин показали свою ефективність при лікуванні нічного енурезу. Їх поєднання не призведе до підвищення ефективності.
- Енурезний будильник

Таблиця 1. Анамнез хворого з нічним енурезом

Інформація, яку потрібно отримати	Значимість або інтерпретація
Дані про зростання: вага та зріст	Недостатній набір ваги може бути пов'язаний з проблемою нирок.
Як часто пацієнт мочиться в ліжку?	Прогноз краший, якщо бувають "сухі" ночі.
Чи спостерігався у пацієнта період без проявів енурезу?	Пацієнти з вторинним енурезом також часто мають денні симптоми.
Чи наявні денні симптоми?	В першу чергу лікуйте денний енурез, особливо якщо пацієнт має ознаки гіперактивного сечового міхура.
Симптоми при сечовипусканні (біль, слабкий струмінь, недостатнє спорожнення сечового міхура)?	Це значний симптом; необхідно направити на подальше обстеження
Інфекції сечовивідних шляхів?	Це значний симптом; необхідно направити на подальше обстеження
Спрага, рясне пиття?	Захворювання нирок, діабет, полідипсія?
Закреп?	Спершу вилікуйте.
Калове забруднення?	Це майже точно через закреп; в першу чергу важливо лікувати закреп.
Розлади поведінки?	Причина чи наслідок? За потреби зверніться до спеціаліста.
Скільки часу тривають прояви нічного енурезу у дитини?	Мотивація щодо лікування, вибір лікування

- Енурезний будильник допомагає приблизно двом з трьох дітей, а у половини з тих, в кого зникають симптоми, не виникає рецидивів після лікування.
- Цей метод слід обрати, якщо ви хочете отримати постійний ефект, і якщо мотивація щодо лікування та ситуація в сім'ї підходять для такої форми лікування.
- Прагнення до лікування необхідне протягом принаймні 6 тижнів, без перерв та вихідних.
- Датчики енурезного будильника, поміщені у дитячу спідню білизну, є найбільш чутливими, проте також можливе розміщення датчиків під простиратлом.
- Найкращі результати одержують, коли один з батьків спить в одній кімнаті з дитиною і за сигналом негайно виводить дитину в туалет. Після цього слід змінити датчик і одяг та продовжувати сон. Сигнал може спрацювати кілька разів протягом ночі.
- В процесі лікування якість сну дитини змінюється, і згодом вона «навчиться» прокидатися тоді, коли відчуватиме наповненість сечового міхура, перш ніж мочитися в ліжку.
- Цей метод лікування потребує частих повторних візитів, перший – через 1–2 тижні – для того, щоб повторити інструкції та надати підтримку сім'ї у лікуванні.
- Лікування слід припинити, якщо через 6 тижнів не з'являються результати. Якщо не було отримано результату після першого лікування, його можна повторити приблизно через 4–6 місяців.
- Лікування не призводить до несприятливих наслідків, але не всім сім'ям подобається такий метод, оскільки гучний шум енурезного будильника часто будить інших членів сім'ї.
- Десмопресин
 - Лікування допомагає приблизно двом з трьох дітей. Є симптоматичним і не прискорює процес навчання мочитися не у ліжку. Після лікування дитина продовжуватиме мочитися у ліжку, якщо в процесі лікування вона не стала достатньо фізично зрілою, щоб залишатись "сухою" вночі.

- З позитивної сторони, відповідь на десмопресин швидка, і лікування можна здійснювати за багатьма схемами. Його можна приймати постійно або лише під час ночівлі за межами дому, шкільних поїздок, відпусток тощо.
- Лікування слід починати з пробного застосування максимальної дози (240 мкг) протягом 2 тижнів. За відсутності результату не потрібно продовжувати пробний курс. Пробний курс можна повторити через 4–6 тижнів.
- Якщо лікування допомагає, через декілька тижнів дозу можна зменшити вдвічі, щоб побачити, чи може пацієнт впоратися з меншою дозою.
- Важким побічним ефектом, пов'язаним із лікуванням, є гіпонатріємія. Ризик її виникнення дуже низький, але після прийому препарату слід уникати надмірного пиття.
- Оскільки препарат залишається ефективним в крові протягом приблизно 8 годин, його слід приймати безпосередньо перед сном, щоб терапевтичний ефект тривав до ранку.

Денний енурез (enuresis diurna)

- Діти зазвичай стають спроможними контролювати сечовипускання у віці від 4 до 6 років, але цей вік дуже варіює. Точно не відомо, як це відбувається, і яким є механізм довільного контролю.
- Лікування денного енурезу у дитини є складним діагностичним та терапевтичним завданням. На рівні первинної медичної допомоги лікування слід розпочинати лише тим лікарям, які мають достатній рівень відповідних знань та досвіду. В іншому випадку краще спрямувати пацієнта в плановому порядку до закладу спеціалізованої медичної допомоги.
- В направленні повинна міститися, як мінімум, інформація, наведена у таблиці 2.
- У закладі спеціалізованої медичної допомоги один раз проводиться ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів та інші спеціальні дослідження, за необхідності. Уродинамічні дослідження рідко допомагають в діагностиці денного енурезу.

Таблиця 2. Дані, які необхідно внести до направлення пацієнта з денним енурезом

Інформація, яку потрібно отримати	Подальша інформація
Анамнез запальних захворювань, недавній загальний аналіз сечі	Наявність запальних змін, глюкози, альбуміну?
Функція кишечника	Закреп, калове забруднення?
Об'єм сечі, що виділяється під час енурезу	Підкапування [сечі], мокрі труси, наскрізь мокрий?
Частота випадків мимовільного сечовипускання	Наявність "сухих" днів? Чи трапляються такі випадки в школі?
Частота та характер сечовипускання	Нечасто Часто
Сечовипускання	Біль або інші симптоми?
Імперативні позиви або імперативне нетримання сечі	Слід припустити гіперактивний сечовий міхур
Симптоми, пов'язані з контролем сечовипускання	Слід припустити гіперактивний сечовий міхур

Несправжнє нетримання сечі

- Особливий варіант денного енурезу, який проявляється незначним підкапуванням у спідню білизну після походу в туалет.
- У хлопчиків це, як правило, пояснюється перетисканням сечовивідних шляхів під час опускання штанів для того, щоб витягти пеніс, або лише частковим розстібанням блискавки. Уретра при цьому частково стискається, і в кінці сечовипускання деяка кількість сечі залишається у її проксимальному кінці. Після одягання трусів решта сечі швидко виходить. Це можна вилікувати шляхом надання пацієнтові рекомендацій мочитися сидячи або опустити штани до рівня стегон при сечовипусканні.

-
- У дівчат це пов'язано із затіканням сечі у вагіну. У дівчаток в до пубертатному періоді отвір уретри та вхід в піхву розташовані анатомічно близько один до одного. У деяких дівчат дівоча пліва сягає досить далеко до переду, що може збільшити ризик потрапляння сечі в піхву. Коли дівчинка сидить на унітазі, її таз нахиляється вниз і назад, і сеча, що потрапляє в піхву, залишається у склепінні піхви. Коли дівчинка встає, положення її піхви змінюється, і сеча витікає. Дівчинці слід рекомендувати підтиратися в положенні стоячи, щоб невелика кількість сечі, що витікає з піхви, поглиналася туалетним папером і не потрапляла у труси.

Нетримання сечі при сміху

- Неконтрольоване сечовипускання, пов'язане зі сміхом. Причина цього невідома і ефективного лікування не існує. Однак ці прояви зазвичай зменшуються або проходять з настанням статевої зрілості.
- Мимовільне сечовиділення є рясним і пов'язане лише зі сміхом.

Виплати по інвалідності

- Можливість отримання виплати по інвалідності внаслідок енурезу у дитини залежить від країни. У Фінляндії для отримання такої виплати необхідно встановити діагноз «енурез», симптоми якого повинні продовжуватися більше 6 місяців, а дитина повинна отримувати медичну допомогу у вигляді енурезного будильника або десмопресину. Виплати не надаються дітям до 5-річного віку.