**ЭНУРЕЗ: ПРАКТИЧЕССКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ**

**Й. Ванде Валле**, доктор медицинских наук, доктор философии, профессор, Педиатрическая нефрология, Университетская больница Гента и SafePedrug, Гентский университет, Гент, Бельгия.

**С. Риттиг**, доктор медицинских наук, доктор философии, профессор, Педиатрия и подростковая медицина, нефро-урологическая

Группа, Орхусская университетская больница, Орхус, Дания.

**С. Теккуль,** доктор медицинских наук, доктор философии, профессор, отделение урологии Университета Хасеттепе, Анкара, Турция. **П. Остин**, доктор медицинских наук, доктор философии, профессор, Детская урология, Детский госпиталь Сент-Луиса, Медицинский факультет Вашингтонского университета,

Сент-Луис, США. **С.**

**Шей-Дей Ян**, доктор медицинских наук, профессор, госпиталь Тайбэй Цзу-Чи, Буддийский медицинский фонд, Тайвань. Школа медицины, буддийский университет Цзу-Чи, Хуалянь, Тайвань.

**П-Х. Лопес**, MD, доктор медицинских наук, больница Эксеквиль Гонсалес Кортес, Clinica Alemana, и Ибероамериканское Общество детской урологии, Сантьяго, Чили.

**Ш. Ван Херцель**, доктор философии, постдокторант, педиатрическая нефрология, университетская клиника Гента и Гентский университет, Гент, Бельгия.

# ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире около 10% детей в возрасте 6-7 лет страдают от энуреза. Поэтому энурез считается широко распространенным заболеванием, но его влияние часто недооценивается. Обучение семейных врачей редко включает в себя конкретные рекомендации по энурезу, и привычный подход часто заключается в том, чтобы ждать, когда проблема разрешится сама собой. Несмотря на то, что для вторичной и третичной медицинской помощи специализированные журналы приводят всесторонние рекомендации по энурезу, для первичной помощи рекомендации часто недостаточны (например, https://pathways.nice. org.uk/pathways/bedwetting-in-children-and-young-people), и часто сбивают с толку из-за устаревшей терминологии.

В этой статье представлены практические рекомендации и инструменты для лечения энуреза в рамках первичной медико-санитарной помощи детям в возрасте ≥5 лет, основанные на рекомендациях Международного общества по проблемам недержания мочи у детей (ICCS) в соответствии с новой стандартизацией и субтипированием пациентов ICCS.1–3 Документ был разработан Руководящим комитетом Всемирного дня недержания мочи в 2017 году, представляющим Американскую академию педиатрии (AAP), Североамериканские педиатрические урологические общества, Европейское общество педиатрической нефрологии (ESPN), Европейское общество детской урологии (ESPU), Азиатско-Тихоокеанскую ассоциацию педиатрической урологии (APAPU), Объединенную ибероамериканскую ассоциацию урологов (SIUP), Международную педиатрическую нефрологическую ассоциацию (IPNA) и ICCS. Следует подчеркнуть, что настоящие рекомендации немного отличаются от предыдущих рекомендаций, основанных на более ранних исследованиях, в которых, в отличие от современного подхода, не дифференцировались понятия NMNE и MNE.

# ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

# *Энурез можно классифицировать на моносимптоматический (MNE) и немоносимптоматический энурез (NMNE) в соответствии с отсутствием или наличием дневных симптомов нижних мочевых путей (СНМП).*

Последний является более сложным и включает в себя основную дисфункцию мочевого пузыря (органическую или функциональную), вызывающую дневные симптомы, такие как увеличение частоты мочеиспускания (> 8 / день), срочность (внезапная и срочная необходимость в мочеиспускании) и дневное недержание. Данных, подтверждающих диагностический и терапевтический подходы к NMNE, недостаточно,3 и они выходят за рамки данной статьи. Большинство экспертов согласны с тем, что любая базовая дисфункция мочевого пузыря должна выявляться и лечиться до начала специфического лечения ночного недержания мочи. Моносимптоматический энурез, считающийся более понятным, является сложным и многофакторным заболеванием, но у большинства пациентов обусловлен:

* небольшими объемами мочеиспускания (MVV; < 65% от ожидаемого объема мочевого пузыря для возраста [EBC], рассчитанного, как [(возраст + 1) \* 30 мл]); 4 и / или
* большим объемом мочи, производимой ночью (ночная полиурия; количество мочи, производимой в течение ночи, превышает 130% EBC); а также
* неспособностью проснуться в ответ на полный мочевой пузырь.

# ДИАГНОСТИКА

**Этап 1: Минимальные рекомендации (существенные)**

Первый медицинский осмотр детей с энурезом обычно проводится врачом общей практики, когда ребенок находится в возрасте ≥5 лет. Лечение энуреза в возрасте до 5 лет не рекомендуется. На этом этапе важно идентифицировать пациентов с дисфункцией мочевого пузыря (например, гиперактивный мочевой пузырь [OAB], дневное недержание), используя, например, вопросы, предлагаемые в таблице 1.

Отсутствие дисфункции мочевого пузыря указывает на то, что у пациента, вероятнее всего, MNE, и врачи должны перейти к (необязательному) ко второму этапу оценки или лечения. Положительный ответ на любой из вопросов в таблице 1 свидетельствует о дисфункции мочевого пузыря и NMNE, и в таком случае необходимо направление в специализированный лечебный центр. Однако OAB может быть вызван запором, и таким пациентам рекомендуется дать советы относительно приема пищи и жидкости. Если это приведет к разрешению проблемы запора и OAB, но не энуреза, можно начать второй этап оценки (или лечения).

***Таблица 1. Диагностические вопросы для выявления СНМП, указывающие на возможную дисфункцию мочевого пузыря (включая гиперактивный мочевой пузырь и дисфункциональное мочеиспускание)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подтекание мочи в течение дня:   * Капли мочи в трусах   + Перед мочеиспусканием   + После мочеиспускания * Очень мокрые трусы * Частота подтекания мочи (эпизодов / день) * Прерывистое или непрерывное подтекание мочи каждый день * История дневного недержания длится более 3,5 лет | Да | Нет |
| Частота мочеиспускания (≥8 мочеиспусканий / день) | Да | Нет |
| Редкое мочеиспускание (<3 мочеиспусканий / день) | Да | Нет |
| Внезапная и срочная необходимость помочиться | Да | Нет |
| Использование приемов (например, скрещивание ног, надавливание пяткой на промежность) | Да | Нет |
| Чтобы помочиться, необходимо тужиться (напряжение брюшных мышц, чтобы помочиться) | Да | Нет |
| Прерванный поток мочи или несколько мочеиспусканий один за другим | Да | Нет |
| Наличие инфекции мочевых путей в анамнезе b | Да | Нет |
| Заболевание и / или пороки развития:   * почек и / или мочевых путей * спинного мозга | Да | Нет |
| Запор | Да | Нет |

**Этап 2: Расширенная оценка (рекомендуется)**

Второй этап не является обязательным, но его проведение целесообразно, так как результаты увеличивают вероятность определения истинной патофизиологии энуреза и тем самым дают возможность назначить эффективное первоочередное лечение. В рамках этой расширенной процедуры оценки пациент заполняет два дневника. Примеры дневников можно найти по адресу http:// [www.drydawn.ie. Первый](http://www.drydawn.ie/) - двухдневный дневной дневник мочеиспускания для оценки объема мочевого пузыря ребенка путем измерения MVV в дневное время (за исключением утреннего мочеиспускания). Также в нем можно записать привычный режим потребления жидкости и мочеиспускания.

Во втором дневнике записывают количество мочи, произведенной в течение 7 ночей подряд, чтобы выяснить, присутствует ли ночная полиурия. Объем мочи можно рассчитать на основании суммы веса подгузника (1 г = 1 мл), утреннего объема мочи и объема ночной мочи.

# ЛЕЧЕНИЕ

**Первоочередное лечение при моносимптоматическом ночном энурезе**

Как уже упоминалось, лечение энуреза в рамках первичной медико-санитарной помощи целесообразно только в том случае, если подозревается MNE (то есть дневная дисфункция мочевого пузыря не обнаружена). Если в рамках второго этапа диагностической процедуры был заполнен дневник, то лечение MNE индивидуализируется на его основе, если дневник не заполнялся, то лечение определяется исходя из общей целесообразности для семьи.

В зависимости от этиологии возможны различные варианты лечения. Ночную полиурию можно лечить с использованием аналога вазопрессина десмопрессина, который уменьшает количество мочи в ночное время. В большинстве стран рекомендуемая стартовая доза для детей составляет 120 мкг / день (раствор) или 200 мг / день (таблетка). Лечение десмопрессином можно оптимизировать, следуя соответствующим рекомендациям.5 Если дети с ночной полиурией не реагируют на десмопрессин, несмотря на соблюдение предписанного режима терапии, рекомендуется направление. Увеличение дозы в рамках первичной медико-санитарной помощи не рекомендуется.

Маленький MVV  и проблемы бессонницы у детей с MNE лечатся с помощью энурезного будильника. Хотя он и может быть эффективным, будильник должен использоваться только в мотивированных, поддерживающих семьях из-за вероятной нагрузки, вызванной постоянным срабатыванием будильника. Необходимо контролировать соблюдение режима. При энурезе, вызванном ночной полиурией и небольшим MVV, может помочь комбинированное лечение с использованием будильника и десмопрессина.

Хотя эти рекомендации основаны исключительно на данных, касающихся терапии NMNE, при MNE также часто используются базовые рекомендации по урологии, касающиеся графика приема напитков и позы при посещении туалета. Пациентам следует выпивать достаточно жидкости в течение дня (~ 1000 мл / день для ребенка весом 10 кг, 1500 мл / день для ребенка весом 20 кг) и достигать количества выделяемой мочи на уровне ~ 30-40 мл / кг с ограничением приема жидкости перед сном. Это можно рекомендовать перед началом применения будильника / десмопрессина.

Хотя и будильники, и лечение десмопрессином успешны у значительной части пациентов, некоторые из них устойчивы к этой терапии. Это следует упомянуть при первой консультации, чтобы свести к минимуму разочарования и отказы от лечения. Энурез является сложным заболеванием, и иногда к нему необходим более сложный подход, например, из-за сопутствующих заболеваний, включая расстройство сна и психологические проблемы. В таком случае необходимо направление к специалисту.

Каким бы ни был выбор лечения, семейные врачи должны понимать, что энурез может быть тяжелым бременем для семей, и давать базовые рекомендации о том, как бороться с этим заболеванием.

# Финансирование

Финансируется Ferring Pharmaceuticals.

# Происхождение

Свободно представленное; Внешняя экспертная оценка.

# Конфликт интересов Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ванде Валле Й., Риттиг С., Бауер С. и др. Практические согласованные рекомендации по лечению энуреза. Eur J Pediatr 2012; 171(6): 971–983.
2. Невеус T., Эггерт П., Эванс Дж, и др. Оценка и лечение моносимптоматического недержания мочи: документ о стандартизации от Международного общества по проблемам недержания мочи у детей. J Urol 2010; 183(2): 441–447.
3. Остин П.Ф., Бауэр С.Б., Боуер В., и др. Стандартизация терминологии функций нижних мочевых путей у детей и подростков: обновленный отчет комитета по стандартизации Международного общества по проблемам недержания мочи у детей. Neurourol Urodyn 2016; 35(4): 471–481.
4. Хьялмас К. Уродинамика у нормальных детей и младенцев. Scand J Urol Nephrol Suppl 1988; 114: 20–27.
5. Камперис K., Ван Херзееле C., Риттиг С., Ванде Валле Й. Оптимизация ответа на десмопрессин у пациентов с моносимптоматическим ночным энурезом. Pediatr Nephrol 2017; 32(2): 217–226.

# Благодарности

Редакционная помощь в подготовке этой рукописи была предоставлена Кэролайн Лоат, доктором философии, Articuloat.

# Открытый доступ

Настоящая статья находится в открытом доступе: CC BY-NC

4.0 лицензия [(http://creativecommons.org/](http://creativecommons.org/) licenses/by-nc/4.0/).

# Обсудить статью

Предоставить и прочитать комментарии к этой статье: bjgp.org/lettersм

Источник: <http://bjgp.org/content/early/2017/05/22/bjgp17X691337>

**Адрес для направления писем**

Шарлотта Ван Херцель, Университетская больница, Гент, Де Пинтелаан 185, 9000 Гент, Бельгия. Электронная почта: [charlotte.vanherzeele@ugent.be](mailto:charlotte.vanherzeele@ugent.be)

Отправлено: 17 февраля 2017 года; Ответ

редактора: 28 февраля 2017 года; Окончательное принятие:

25 апреля 2017 года.  
©British Journal of General Practice (Британский журнал общей практики) 2017; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691337>