

Лечение первичного неосложнённого энуреза

В.М. Делягин

Кафедра поликлинической педиатрии РГМУ,
ФГУ Федеральный научно-клинический центр
детской гематологии, онкологии
и иммунологии, Москва

Введение

Энурез – неспособность контролировать мочеиспускание днём или ночью. Неспособность удерживать мочу по ночам называется ночным энурезом (НЭ). Энурез неорганической природы (F98.0) по классификации МКБ-10 рассматривается в V классе (психические расстройства и расстройства поведения) в группе состояний (F98), начинающих обычно в детском и подростковом возрасте.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения определяют энурез как курабельное состояние детского возраста. Эта трактовка энуреза как детского заболевания – важный шаг на пути лечения и адаптации вместо табуирования и игнорирования. Но ведение пациента с энурезом – сложная многокомпонентная задача, требующая междисциплинарной и межпрофессиональной кооперации, сотрудничества с родителями ребёнка, длительной и упорной работы, умения внушить уверенность пациенту и его окружению, способность при неудачах действовать без паники и по строгому алгоритму [1, 2].

Лечение

Если у ребёнка есть сочетание дневного и ночного недержания мочи, то первоначально начинают лечение дневного энуреза. Обычно он обусловлен нейрогенным мочевым пузырём, тяжёлыми неврозами, циститом и т. п. После адекватного лечения существенно улучшается и ночная симптоматика. После чего приступают к лечению ночного энуреза.

Лечение первичного НЭ окружено множеством мифов, педиатрам известно мало, а родители не спешат обращаться за помощью. По нашим данным, за медицинской помощью обращается не более 10–12 % пациентов. Причём родители обращаются к врачу обычно при достаточно тяжёлых случаях энуреза, при частых ночных мочеиспусканиях. Даже в случае обращения помощь нередко не соответствует современным требованиям. Так, при первичных визитах в 10–12 % случаях рекомендуется ждать «созревания ребёнка», ограничение жидкости – в 20–25 %, насильственное пробуждение – в 25–27 %, аларм-терапия – 5–7 %, медикаментозное лечение – в 10–58 %*. Следует отметить, что аларм-терапия и медикаментозное лечение рекомендуются, как правило, в условиях специализированных консультативных центров. В первичном звене педиатрической службы они используются крайне редко. Из этих цифр видно, что дети часто остаются одинокими перед проблемой. Первый и важнейший этап – создание атмосферы тепла, участия, заинтересованности в ребёнке, снятие страха и фрустрации. Ребёнок не должен чувствовать себя изгоем.

Если кто-то из родителей или близких ранее страдал НЭ, было бы очень хорошо рассказать это ребёнку, подчеркнув, что всё завершилось благополучно. Нельзя ругать и наказывать ребёнка за «мокрую ночь». Надо создать положительную мотивацию, поощрять за каждую «сухую ночь», в случае неудачи говорить: видишь, прежде было удачно, значит, всё наладится. Монотерапия обычно не эффективна, требуется комбинация режимных, диетических мероприятий, изменение психологического климата, медикаментозное вмешательство [3].

Диета и режим. Детей необходимо приучать посещать туалет тут же после сна, далее каждые 2–3 часа, перед выходом из дома или перед уходом из школы. Следует приучить ребёнка не пить днём бесконтрольно, не пить много жидкости за ужином, принимать пищу не позже, чем за 1,5–2 часа до сна. Перед сном обязательно посетить туалет. Ограничения жидкости не должны проводиться жёстко. Маленькие дети легко обезвоживаются, количество принятой жидкости следует варьировать в зависимости от внешней температуры, физической активности ребёнка, наличия диареи, лихорадки и т. п. Не должно быть поздних укладываний, физических и психических нагрузок перед сном, длительность сна должна соответствовать возрастным нормам (табл. 1), т. е. необходимо устранить все причины, ведущие к утомлению и чрезмерно глубокому сну.

Если эпизоды ночного недержания мочи не часты и возраст ребёнка до 5 лет, в первые 3 месяца после обращения по поводу ПНЭ можно ограничиться режимными мероприятиями, изменением диеты, психологическими мерами.

Аларм-терапия не снижает ночной диурез, не предотвращает сама по себе непроизвольное отхождение мочи. Большинство детей даже не просыпаются при сигнале, но они прекращают мочеиспускание. Услышав сигнал, родители должны довести ребёнка до туалета, где он опорожняет мочевой пузырь. Полного пробуждения не требуется. После смены белья ребёнка можно уложить в постель. В итоге аларм-терапия способствует увеличению физиологической ёмкости мочевого пузыря. Эффективность терапии максимальна при положительной мотивации ребёнка. У маленьких детей достичь этого сложно. Аларм-терапия более эффективна у старших детей. Необходимо учесть интересы других членов семьи. Если в этой же комнате с ребёнком спят сиблинги, пожилые люди и аларм-терапия воспринимается ими негативно, применять её не целесообразно. Скорость наступления положительного эффекта варьирует от 2 недель до нескольких месяцев. Если после 3 месяцев нет эффекта, проведение аларм-терапии следует прекратить. Если эффект наступил и ребёнок не мочится в постель, отказаться от аларм-терапии можно не ранее 3 месяцев. Эффективность аларм-

Таблица 1. Рекомендуемая длительность сна для детей и подростков

Возраст	Длительность сна в часах
1–5 мес.	16 ¹
6 мес. – 3 года	10–14
3–6 лет	10–12
6–9 лет	10
9–12	9
Подростки	9 ²

Примечание. 1 – Длительность сна детей первых 3 лет жизни обычно комбинируется из ночного и дневного сна.

2 – Длительность сна подростков должна составлять не менее 9 час. Физиологически они склонны спать по утрам дольше, чем в младшем возрасте, что плохо согласуется со школьным расписанием

* Рекомендации нередко даются сочетанно, поэтому общая сумма баллов превышает 100 %.

Таблица 2. Препараты, используемые для лечения ночного энуреза				
Препарат	Доза	Взаимодействие	Противопоказания	Примечания
Антихолинергические препараты				
Оксибутин* (оксибутинин)	До 12 лет – данных недостаточно (по протоколам США не применяется) 12 лет и старше – 0,1 мг/кг 2–3 раза в сутки, но не более 5 мг на приём**	Суммация эффекта при одновременном приёме других антихолинергических препаратов	Гиперчувствительность к препарату	Не применять при лихорадке, в жаркое время года, при физической нагрузке. Сочетание оксибутина и десмопрессина показано у детей с гиперреактивным мочевым пузырём и энурезом, у которых на фоне применения оксибутина улучшилась дневная симптоматика, но сохранился НЭ
Трициклические антидепрессанты				
Имипрамин	1 мг/кг за 1 час до сна. 6–12 лет – 15–25 мг РО. При неуспехе терапии через 2 недели дозу можно повысить до 50 мг. > 12 лет – 50 мг. При неуспехе терапии через 2 недели дозу можно повысить до 75 мг	Повышает токсичность симпатомиметиков, блокирует эффект клонидина	Гиперчувствительность	Легко возникает летальная передозировка, что резко ограничивает применение при НЭ. Может снизить умственные способности, вызвать судороги, раздражительность, сонливость, нарушение проводимости, задержку мочи, гипертиреозидизм
Аналоги вазопрессина				
Десмопрессин (Пресайнекс)	Спрей интраназальный, 10–40 мкг/сутки, доза титруется в зависимости от возраста и состояния больного	Усиливает эффект вазопрессорных препаратов (следует контролировать АД)	Гиперчувствительность, анурия, задержка жидкости различной этиологии, гипосмолярность плазмы, недостаточность кровообращения, необходимость терапии диуретиками, болезнь Виллебранда типа IIb.	Транзиторная головная боль, тошнота, спастическая боль в животе, дисальгоменорея, умеренная артериальная гипертензия, приливы, умеренное понижение АД. При рините следует назначать сублингвально (т. к. всасывание из полости носа нарушено).
Примечание. * – известны пролонгированные формы, но у детей они используются очень ограниченно. Из этой же группы Толдеродин и Флафоксат (Уриспас) разрешены только для детей старше 12 лет; ** – можно назначать в дозе 2,5–5 мг однократно перед сном.				

терапии составляет 68 % [4], частота рецидивов – 29–66 %. В случае рецидива надо попытаться выяснить провоцирующие факторы и аларм-терапию можно возобновить. Если рецидив наступил ранее 3 мес. «сухого периода», проводить аларм-терапию повторно нет смысла.

Медикаментозная терапия (табл. 2). Антихолинергические препараты показаны пациентам с раздражённым мочевым пузырём, с ургентными позывами днём. В этом случае антихолинергические препараты (оксибутин хлорид и тольтеродин) снижают сократимость детрузора, обладают анальгезирующим эффектом и повышают функциональную ёмкость мочевого пузыря. Если нет признаков дисфункции мочеиспускания, антихолинергические препараты не показаны. В качестве побочных эффектов известны: сухость во рту, плохая аккомодация, покраснение лица, запор, неполное опорожнение мочевого пузыря, общая подавленность. Антихолинергические препараты нельзя назначать лихорадящим детям, во время физических нагрузок или в жаркое время суток (способствуют гипертермии, снижая образование пота).

Трициклические антидепрессанты. Имипрамин был первым препаратом этой группы, применённым для лечения НЭ. Выбор объяснялся господствовавшей в то время теорией психологических причин НЭ. Обсуждается центральный механизм или местное действие. Имипрамин снижает тонус детрузора, повышает сопротивление потоку мочи, блокирует повторный захват норадреналина или серотонина в пресинаптических нейронах. Лечение имипразином эффективно у 5–40 % детей. Частота рецидивов высока. Побочных эффектов много (см. табл. 2). ВОЗ не рекомендует имипрамин для лечения НЭ.

Десмопрессин является синтетическим аналогом природного антидиуретического гормона вазопрессина, агонистом рецептора V2, регулирует объём и осмотическую концентрацию мочи, не обладает сосудосуживающим действием. По сравнению с вазопрессином обладает более длительным по времени и более сильным антидиуретическим действием.

В лечении НЭ десмопрессин является средством первой линии. Имеются различные лекарственные формы десмопрессина: инъекции, таблетки, капли в нос и назальный спрей.

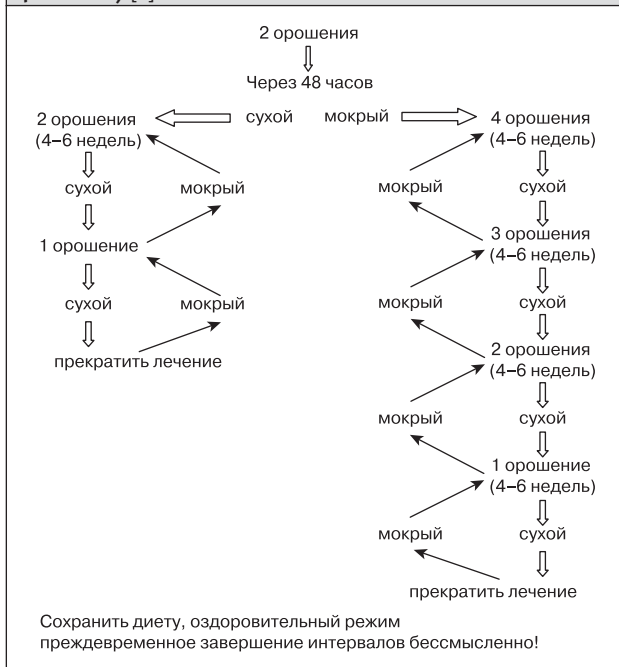
Стартовая доза при назначении таблеток – 0,2 мг. Её можно увеличивать до достижения полного эффекта, не превышая 0,6 мг на приём. Но титровать таблетированный препарат не всегда легко. У маленьких детей возникают затруднения при проглатывании таблеток.

Стартовая эквивалентная доза при назначении десмопрессина в растворе – 120 мкг, максимальная – 360 мкг. При закапывании препарата ребёнок должен сидеть, запрокинув голову. Препарат, назначаемый интраназально в каплях, может частично вытечь из носовых ходов, что особенно часто наблюдается у подвижных детей. Это затрудняет сохранение лечебной дозы.

В последние годы в качестве средства лечения НЭ применяется новая форма десмопрессина в виде назального спрея – Пресайнекс (производство Ми-фарм С.п.А., Италия). Пресайнекс не имеет таких сложностей в применении. Он хорошо фиксируется на слизистой, дозой легко управлять. Антидиуретический эффект начинается через 15 минут после введения дозы, достигает максимума через 1 час и сохраняется до 8 часов (в одной дозе – 10 мкг действующего вещества). При сопоставительных исследованиях эффективности различных лекарственных форм десмопрессина (капли, интраназальный катетер, спрей получено, что максимальная абсорбция препарата свойственна спрею Пресайнексу). Это объясняется тем, что дисперсия раствора в виде спрея значительно выше, чем в каплях, спрей распределяет действующее вещество по передней поверхности носовых ходов, в то время как капли распределяются в основном по задней поверхности носовых ходов и быстро выводятся.

Препарат Пресайнекс лучше применять по апробированной схеме (рис. 1) по принципу «step down» (шаг вниз), меняя дозу в зависимости от эффекта через строго определённые промежутки времени [5]. Предложено начинать с максимальной дозы. Если она эффективна, через 4–6 недель снизить на

Рис. 1. Схема применения десмопрессина (назальный спрей – Пресайнекс) [5]



1 впрыскивание (на 10 мкг). Если положительный эффект сохраняется, продолжать 4–6 недель и т. д. Если снижение дозы на каком-то этапе повлекло за собой возобновление НЭ, через 48 «неудачных» часов (т. е. через 2 ночи подряд) доза повышается до предшествующей эффективной.

Существует и другая схема лечения, по сути, не противоречащая той, что представлена на рис. 1,

и построенная по принципу «step up» (подъем шаг за шагом). Начинают с минимальной дозы (10 мкг), если нет эффекта в ближайшие 2 суток, повышают её на 10 мкг и т. д. Обычно, чтобы оставаться сухим, ребёнку хватает 30 мкг (при правильном ведении диеты, режима и т. д.). Схема «step up» кажется нам менее удачной из-за отложенного эффекта. При начале лечения с максимальной дозы ребёнок остаётся сухим в первую же ночь. Это тут же меняет психологический климат в семье, снимает стрессы и фрустрацию, внушает уверенность, дети начинают улыбаться.

Эффективность лечения при монотерапии десмопрессином может достигать 80 % и более. С учётом возможных случаев отсутствия комплаенса и генетической гетерогенности НЭ, часть пациентов остаются рефрактерными к лечению. В частности, это может быть обусловлено индивидуально высоким уровнем простагландина E2, который блокирует ренальный эффект вазопрессина и его аналогов за счёт снижения концентрации цАМФ. Активность простагландина E2 может быть подавлена его антагонистом – индометацином [6].

Если на фоне лечения десмопрессином ребёнок по-прежнему мочится (или после улучшения вновь стал мочиться) в постель, следует вернуться к переоценке диагноза и потребовать ведения дневника. По результатам дневника микций, становится видно, является ли причиной неуспеха большой ночной объём мочи (в этом случае требуется повысить дозу десмопрессина) или, если объём микций небольшой, требуется назначение холинергических препаратов (оксибутина). Если ребёнок по неясным причинам мочится до полуночи из-за неконтролируемых сокращений мочевого пузыря, это тоже является показанием для приёма оксибу-

Синтетический аналог природного антидиуретического гормона

ПРЕСАЙНЕКС

Десмопрессин

Спрей назальный дозированный
10 мкг/доза, 6 мл (60 доз)

Высокая точность дозировки

Удобная форма выпуска

Безопасный и эффективный способ применения

Не вызывает атрофии слизистой оболочки носа

- Снижает осмолярность плазмы
- Повышает концентрацию мочи
- Уменьшает число мочеиспусканий
- Обеспечивает контроль ночного энуреза
- Не оказывает сосудосуживающего эффекта

Показания к применению

- Несахарный диабет центрального генеза
- Первичный ночной энурез
- Диагностика концентрационной способности почек

Эксклюзивный дистрибьютор: ЗАО «АПФ-трейдинг»

125212, г. Москва, Головинское ш., д.8, корп. 2а

Тел: (495) 452-42-43, факс (495) 786-21-17

E-mail: apf@mail.ru, www.pharmapf.ru

Консультация специалиста по тел.: 8-926-226-74-04



тина. У старших детей при очень упорном ночном энурезе в исключительных случаях десмопрессин можно сочетать с имипрамином (тофранилом).

Частота побочных эффектов при лечении десмопрессином в форме назального спрея отличается не существенно от таковой при плацебо, что свидетельствует об уникальной безопасности препарата. Редко сообщается о неприятных ощущениях в носу, головных болях (1 %), ещё реже – о болях в животе. В крайне редких случаях сообщается о гипергидратации. Чтобы избежать этого, требуется строго контролировать приём жидкости, особенно у импульсивных детей. Ребёнок может получить не более 1 чашки жидкости во время ужина, 1 чашки жидкости после ужина и ничего не пить за 2 часа до сна. Изложенное свидетельствует о безопасности десмопрессина у детей.

Заключение

Моносимптомный НЭ представляет собой огромную медико-социальную проблему по распространённости и влиянию на ребёнка и его семью.

Эффект лечения больного с энурезом будет тем лучше, чем раньше назначена адекватная терапия. Лечение НЭ должно носить комплексный характер и начинаться после углублённого обследования пациента. Основное место в лечении НЭ принадлежит современной лекарственной форме десмопрессина – назальному спрею Пресайнексу.

Литература

1. Robson L. Enuresis. eMedicine, last updated 7 December 2007. <http://emedicine.medscape.com/article/1014762-overview>
2. Miller K. Concomitant nonpharmacologic therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis // Clin. Pediatr. 1993; spec. № 32–37.
3. Makari J., Rushton H. Nocturnal enuresis. What are the effects of of interventions for relief symptoms // American Family Physicians. 2006; 73: 73–76.
4. Forsythe W., Butler R. Fifty years of enuretic alarms // Arch. Dis. Child. 1989; 64: 879–885.
5. Riccabona M., Oswald J., Korner I. Therapie der Enuresis // PKdiatrische Praxis. 2000; Bd. 58: 243–252.
6. Kamps K. Nocturnal polyuria in monosymptomatic nocturnal enuresis refractory to desmopressin treatment // American Journal of Physiology Renal Physiology. 2006; 291: F1232–F1240.

Бланк бесплатной подписки на журнал «Трудный пациент»

Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край, область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты*					
* Ваш e-mail будет включён в базу интернет-рассылки электронной версии журнала					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 127055, Москва, а/я 91, журнал «Трудный пациент» или по e-mail: info@t-patient.ru , academizdat@mail.ru					





Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ
Торгово-промышленная палата РФ
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова

I РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

„Управление качеством медицинской помощи и системы непрерывного образования медицинских работников”

Основные направления научной программы конгресса:

- Организация и нормативно-правовое регулирование медицинской помощи по терапии;
- Лекарственное обеспечение, стандарты профилактики, лечения и реабилитации больных;
- Система непрерывного медицинского образования в Российской Федерации;
- Организация терапевтической медицинской помощи в условиях поликлиники;
- Деятельность врачей общей практики (семейных врачей);
- Медицинское страхование в России, медицинская аккредитация;
- Менеджмент и маркетинг медицинских услуг;
- Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении (компьютерные технологии, телемедицина);
- Новые организационно-правовые формы медицинских учреждений в условиях модернизации здравоохранения России;
- Организация медицинской помощи по неврологии;
- Организация медицинской помощи по гастроэнтерологии;
- Организация медицинской помощи по иммунологии и аллергологии;
- Организация медицинской помощи по акушерству и гинекологии;
- Организация медицинской помощи по педиатрии;



Программа конгресса на сайте: www.expodata.ru

ПРИГЛАСИТЕЛЬНЫЙ БИЛЕТ

I РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

„Управление качеством медицинской помощи и системы непрерывного образования медицинских работников”

16-17 июня 2009 г.

**Здание Мэрии
г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 36**



Время работы конгресса:
16 июня - с 9.00 до 18.00
17 июня - с 9.00 до 18.00

ПО ВОПРОСАМ УЧАСТИЯ:
ООО “Экспо пресс”
Телефон/факс: (495) 617-36-43/44/79,
www.expodata.ru, gigexpo@mail.ru

