

ЕНУРЕЗ

G. Lasfargues
Les enuresies
La Revue du Praticien, 1997; 47: 8s11.

Енурез займає важливе місце серед усіх причин мимовільного виділення сечі. Вважають, що 5—10% дітей віком понад 5 років не набули навичок залишатись сухими. Проте енурез — не хвороба, а синдром, який завжди має тимчасовий характер. Слід дати чітке визначення енурезу: це активний, повний, мимовільний і неусвідомлений акт сечовипускання, який не зумовлений порушеннями анатомії сечових органів і найчастіше відбувається під час сну в дітей віком понад 5 років. Можна ще додати, що у хлопчиків це явище трапляється частіше, ніж у дівчаток.

Розрізняють два типи енурезу:

◆ **Первинний:** починаючи від народження, дитина ніколи не залишалась сухою вночі, за винятком нечисленних короткочасних періодів тривалістю до кількох тижнів.

◆ **Вторинний:** енурез з'явився після того, як дитина навчилася залишатись сухою до досягнення 5-річного віку вдень і вночі протягом 1-2 років. Саме при вторинному енурезі шукають пускові чинники і психосоціальні причини. Енурез іноді не що інше, як елемент нейропсихічних розладів, який поєднується з іншими симптомами: порушенням поведінки, сповільненим психомоторним розвитком та ін.

Енурез може поєднуватися з енкопрезом (мимовільною дефекацією), що свідчить про наявність глибших розладів в емоційній сфері.

Вік на початку захворювання, поширеність, розподіл серед різних груп

Навичка залишатись сухими вночі нормально формується у дітей до 5-річного віку, причому в дівчаток скоріше, ніж у хлопчиків. Це підтверджують численні епідеміологічні дослідження, зокрема, проведене у регіоні Парижа (табл. 1).

Таблиця 1.

Вік на момент набуття навички залишатися сухими: епідеміологічне дослідження 265 дітей регіону Парижа

Вік	До 2 років	2-3 роки	3-4 роки	4-5 років	5-10 років	понад 10 років
Хлопчики	123	26	7	10	9	4
Дівчатка	69	10	2	2	3	0

Якщо вважати, що нічне нетримання сечі є ненормальним явищем, частота його у популяції має такий вигляд: загалом — 6%, серед хлопчиків — 7,2%, серед дівчаток — 3,4%.

Класифікація

Запропоновано багато класифікацій енурезу. Ми дотримуємось однієї з найновіших, запропонованої в час координаційної наради під керівництвом G.Lenoir за участю педіатрів та дитячих урологів (табл. II).

Таблиця 2.
Класифікація енурезів

Ізольований нічний енурез	Енурез, який супроводжується денними розладами сечовипускання
Типова первинна форма у хлопчиків	Енурез із розладами денного сечовипускання — енурез при незрілості сечового міхура
Форма з нічною поліурією	Енурез при подразненні промежини — рефлекторний енурез
Первинно-вторинна психогенна форма	Енурез із емоційними розладами — неврогенний або психогенний енурез

Патофізіологія

Раніше вважали, що первинний ізольований енурез має психогенне походження. Нині більшість педіатрів стверджує, що нема суттєвого зв'язку між енурезом і психогенними розладами, які щонайбільше можуть зумовлювати певну денну гіперактивність сечового міхура.

При енурезі наявні функціональні розлади сечового міхура, т. зв. нестабільність або гіперактивність. Їх суть полягає в скороченнях детрузора сечового міхура, які не інгібуються вище розміщеними нервовими центрами (м'яз керується лише сакральним центром без контролю з боку кори головного мозку і підкіркових структур). Це нормально у дитини віком від 18 місяців до 3 років, проте при персистуванні у дитини старшого віку це явище має назву "незрілість сечового міхура". Неконтрольовані скорочення детрузора можуть провокуватись закрепами, що, своєю чергою, може бути причиною неконтрольованого сечовипускання вночі. Наразі викликає суперечки питання, як часто незрілість сечового міхура є причиною енурезу.

Цікаві результати нещодавно було одержано при дослідженні патофізіології енурезу групою шведських учених із Гетеборга (К.Нjalmас) та Упсали (J.Lackgren). З'ясовано, що первинний енурез часто поєднується з надмірним утворенням сечі, яку міхур неспроможний втримати. У 50—70% дітей позитивний ефект спостерігали при лікуванні аналогами вазопресину (DDAVP).

У тих пацієнтів, де таке лікування давало позитивний ефект, концентрація аргінінвазопресину (AVP) у сироватці крові була нижчою, ніж 2,5 пкг/мл, що супроводжувалось підвищеним діурезом при низькій осмолярності сечі. DDAVP у цих дітей компенсував нічний дефіцит аргінінвазопресину. Крім того, препарат має легку тонізуючу центральну дію на механізм пробудження. При ін'єкції шурам цього препарату інтрацеребрально або периферично спостерігали зростання продукції дофаміну в мозку, що супроводжувалось підвищеною активністю тварин. У тих пацієнтів, де лікування аналогами вазопресину було неефективним, рівень аргінінвазопресину в сироватці крові перевищував 2,5 пкг/мл, а функціональна спроможність сечового міхура була суттєво нижчою, ніж у контрольній групі.

У пацієнтів, що позитивно "відповіли" на лікування, енурез мав сімейний характер і був зумовлений генетично. У 17 датських родин було знайдено принаймні 1 ген, відповідальний за цей стан, який локалізований в XIII хромосомі.

Вивчали також глибину сну в дітей і дійшли висновку, що в пацієнтів, котрі страждали від енурезу, сон є глибшим.

Сімейний характер енурезу виявляють досить часто. З'ясовано, що у 2/3 пацієнтів енурез був і в батьків.

Диференціальний діагноз

Неконтрольоване виділення сечі у дітей не завжди можна вважати енурезом.

◆ У дівчаток *неконтрольоване виділення сечі* може бути зумовлене ектопічним екстравезикальним впадінням сечоводів. У цих випадках у дитини постійно виділяється сеча, кількість якої залежить від функціональної здатності паренхіми нирки, що дрениється через цей сечовід.

◆ *Нетримання сечі* — це неконтрольоване сечовиділення, яке відбувається незалежно від потреби спорожнити сечовий міхур. Це явище може бути постійним або тимчасовим, виникаючи за ряду обставин, переважно при фізичному навантаженні. Водночас із нетриманням сечі може спостерігатись і нормальне сечовипускання (патологічна інтермітуюча функція сфінктера) або епізоди відсутності сечовипускання (дитина неспроможна помочитися при переповненому сечовому міхурі).

◆ *Поліурія*, зумовлена певною причиною (ниркова недостатність, нецукровий діабет), може супроводжуватись неконтрольованим виділенням сечі подібно до енурезу.

З чого почати обстеження?

Діагностика первинного або вторинного характеру енурезу та виявлення його зв'язку з іншою патологією полягає головним чином у ретельному збиранні анамнезу та з'ясуванні таких моментів: енурез є інтермітуючим чи постійним; щоденним чи виникає через певні проміжки часу; ізольованим чи поєднується з іншими проблемами. Найчастіше трапляється енурез у хлопчиків, який не супроводжується жодними іншими проблемами і має ізольований характер. При клінічному обстеженні патології не виявляють: у дитини нормальні показники ваги і зросту, нормальний розвиток статевих органів, відсутні патологічна спрага та поліурія, нормальний артеріальний тиск, сечовий міхур після сечовипускання не пальпується, нормальні дані пальпації поперекової ділянки та живота (у т.ч. при пальпації нирок). Додаткові дослідження у цих випадках не потрібні, щонайбільше можна провести бактеріологічне дослідження сечі для виключення інфекції сечових шляхів.

Коли необхідні додаткові методи дослідження?

Додаткові дослідження для вивчення морфології нирок та сечовивідних шляхів (ультразвукове дослідження нирок, внутрішньовенна урографія), уродинамічне дослідження сечового міхура доцільно проводити лише у випадках наявності інфекції сечових шляхів, функціональних розладів сечового міхура (дизурія, полакіурія, імперативні позиви на сечовипускання, труднощі при випорожненні сечового міхура), при супутніх неврологічних розладах, атонічному сечовому міхурі, артеріальній гіпертензії, нирковій недостатності.

Ці дослідження проводять для того, щоб не пропустити органічну патологію: нейрогенний сечовий міхур, надміхурові перешкоди відтоку сечі, що спричинюють хронічну її затримку, ектопічне впадіння сечоводу.

Вибір лікування

При енурезі часто дають ряд стандартних порад:

- ◆ Тренувати сфінктери сечового міхура. Це означає, що дитина повинна мочитися у певні години, 2-3 рази перериваючи сечовипускання;
- ◆ Іноді рекомендують будити дитину о 23 годині, якщо у неї мимовільне сечовипускання відбувається незабаром після засинання;
- ◆ Намагатися класти дитину спати на твердій постелі, залишаючи лише тонкий матрац під простирадлом;
- ◆ Вести щоденник, у який дитина кожного ранку занотовує результат проведеної ночі.

Насправді ці прості поради рідко є ефективними. Тому педіатри переважно змушені вдаватися до інтенсивніших методів лікування.

Формування умовного рефлексу пробудження, або метод будильника

Цей метод здобув визнання в англомовних країнах, проте у Франції малопопулярний, оскільки багато родин вважає його надто жорстким. Незважаючи на це, ефективність цього методу лікування не викликає сумнівів.

Метою є досягнення пробудження при виділенні перших крапель сечі для того, щоб дитина могла закінчити сечовипускання в туалеті. Є широкий вибір будильників, із них найбільш відомий - "Pipi-Stop". У системі "Haltur" застосовано цей же принцип: дзвінок починає дзеленчати при появі перших крапель сечі, проте прилад мініатюрніший.

Останніми роками розроблено й досконаліші прилади, які прилаштовують у ліжку, білизну, піжаму, та ряд дуже мініатюрних систем. Основними напрямками вдосконалення є усунення таких недоліків: несвоєчасне пробудження, окрім зацікавленої особи, усіх членів сім'ї, фальшива тривога, відсутність дзвінка, незважаючи на те, що дитина помочилася в ліжку.

Видання англомовних країн інформують про ефективність цього методу в межах 65-100%, залежно від віку дитини та типу енурезу.

Дані про відсоток рецидивів є різними. Деякі дослідження свідчать, що він сягає 45%, в інших цей показник значно нижчий. Курс лікування повинен тривати 3-6 місяців.

Devlin та O'Cathain стверджують, що успішність цього методу лікування не залежить від віку дитини, статі, соціального статусу і рівня життя, проте зумовлена рівнем мотивації з боку дитини та членів сім'ї.

Медикаментозне лікування

Лікування енурезу аналогами вазопресину (десмопресин) ґрунтується на багатодієвому французькому дослідженні, яке проводилось під керівництвом G.Lepoir та охоплювало 238 дітей. При цьому ефект лікування оцінено як позитивний у 2/3 випадків із регресуванням симптомів протягом 2 тижнів та значним поліпшенням у 38% випадків. Усі діти добре переносили цей препарат.

Добровольцям пропонували вводити інтраназально за допомогою пульверизатора по 0,4 мл препарату перед сном упродовж 2 місяців з поступовою відміною препарату. Перевагами методу є швидкість дії і легкість введення, в т.ч. поза домом. Особливої уваги він заслуговує при енурезі з нічною поліурією.

Антидепресанти (типу тофранілу або анафранілу) широко застосовуються у Франції. Ризик побічних ефектів (дратівливість, збудження) при тих дозах, які звичайно призначають, невисокий. Препарат призначають одноразовою дозою 1 мг/кг перед сном. Дослідження, проведені у клініці Труссо, підтвердили позитивний ефект іміпраміну при лікуванні енурезу в 75% пацієнтів.

Оксибутинін у дозі 5 мг/добу (2 таблетки) часто дуже ефективний у випадках незрілості сечового міхура, т. зв. неінгібованої (незагальмованої) його іннервації. Ми вважаємо особливо цікавим те, що цей препарат ефективний при енурезі, який поєднується з денною полакіурією, іноді з нетриманням сечі та інфекцією нижніх відділів сечових шляхів. В інших випадках ефективність оксибутиніну є низькою.

Група авторів з Шанхая рекомендує застосовувати *індометацин*. Призначають 7-денний курс лікування у дозі 1-2 мг/кг/добу за один прийом. Результати лікування 36 дітей свідчать про помітне поліпшення вже на другий день лікування і зникнення енурезу на третій день. Для повного одужання рекомендують про-

довжувати лікування до двох тижнів. Усі діти, що отримували препарат, одужали. Проте автори не повідомляють ні про особливості енурезу в цих пацієнтів, ні про рецидиви захворювання. Припускають, що ефект індометацину опосередкований впливом на обмін простагландинів, що призводить до зменшення дебіту сечі та впливає на моторику сечового міхура.

Серед інших препаратів для лікування енурезу часто згадують амітриптилін та бензодіазепіни.

Висновки

Різноманітність методів лікування свідчить, про неоднорідність енурезу та неможливість існування єдиної його форми. У кожному випадку пропонують окрему схему лікування, проте ми рекомендуємо розпочинати з поради вести щоденник, а у випадку невдачі швидко перейти до іншого методу. Застосування будильників у Франції нині практикується рідко. Аналоги вазопресину легкі для застосування, добре переносяться і забезпечують добрий результат терапії. Важливим досягненням є терапія антидепресантами та оксibuтиніном (у випадку незрілості сечового міхура).

Дитину необхідно уважно вислухати, завоювати її довіру, а також переконати її у відсутності провини перед сім'єю (мотивація сім'ї). У цих випадках, зокрема, при первинному енурезі у хлопчиків без сімейного анамнезу, добрі результати досягають у 70-80%, залежно від методу лікування. Проте іноді первинний енурез резистентний до терапії. У таких випадках слід вивчити уродинамічні показники щоб виявити функціональні розлади та скоригувати лікування. У випадку стійкого енурезу можна застосувати психотерапію.

Переклад *Тараса Качмара*

Nous remercions vivement la rédaction de "LA REVUE DU PRATICIEN"
pour l'autorisation de la réimpression de cet article