

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

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 სექტემბრის № 304/თ ბრძანებით

## ენურების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

# ენურების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

## 1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

### ენურების განმარტება

დამის ენურები არის განმეორებადი, უნებლიე შარდვა ძილის დროს 5 წლისა და მეტი ასაკის ბავშვებში.<sup>1</sup> ნებისმიერი სახის უნებლიე შარდვა ძილის დროს ხუთი წლისა და მეტი ასაკის ბავშვებში ენურებად განიხილება. ენურები შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორეული, მონოსიმპტომური (გაურთულებელი) და არამონოსიმპტომური (თან ახლავს ქვედა საშარდე გზების დაზიანების სიმპტომები). ბავშვები პირველადი ენურებით მონოსიმპტომურნი არიან, არ აღენიშნებათ ქვედა საშარდე გზების დაზიანების ნიშნები და ანამნეზში შარდის ბუშტის ფუნქციის დარღვევა.<sup>1</sup> მდგომარეობა ითვლება პირველადად, როდესაც სიმშრალის პერიოდი ექვს თვეზე ნაკლებია. მდგომარეობა ითვლება მეორეულად, როდესაც სიმპტომისგან თავისუფალი პერიოდი შეადგენს 6 თვეს ან მეტს.

### ცხრილი №1

ენურების სახეები	დამახასიათებელი ნიშნები
პირველადი ენურები (შემთხვევათა 80 %)	ენურების აღმოცენებამდე სიმშრალის პერიოდი 6 თვეზე ნაკლებია.
მეორეული ენურები (შემთხვევათა 20 %)	ენურების განმეორება, სულ მცირე, 6-თვიანი სიმშრალის პერიოდის შემდეგ.
დამის ენურები	ენურები, რომელიც აღინიშნება ძილის დროს.
დღის სისველე	შარდის შეუკავებლობა ბავშვის სიფხიზლის პერიოდში.
მონოსიმპტომური (გაურთულებელი) ენურები	ენურები ქვედა საშარდე გზების დაზიანების სიმპტომებისა და შარდის ბუშტის დისფუნქციის გარეშე.
არამონოსიმპტომური ენურები	ენურები ქვედა საშარდე გზების დაზიანების სიმპტომებით (მაგ: შარდვის სიხშირის გაზრდა ან შემცირება, დღის სისველე, შარდის შეკავება, მოშარდვის იმპერატიული სურვილი, დაჭიმულობა, შარდის სუსტი ან წვეტილი ნაკადი, მოშარდვის შემდგომი წვეთი, შემაკავებელი მანევრები (ფეხის წვერებზე დგომა, ფეხების გადაჯვარედინება, ჩაცუცქება და ქუსლების მიჭერა შორისზე), არასრული დაცლის შეგრძნება, დისკომფორტი მუცლის ქვედა ნაწილის ან გენიტალიების არეში.

**შენიშვნა:** დამით მოსაშარდად ერთხელ გაღვიძება არ განიხილება ნორმიდან გადახრად.

## **ტერმინოლოგია:**

**სისველე, ჩასველება** – უნებლიე შარდვა.

**სიმშრალე** – უნებლიე შარდვის არარსებობა.

**სიმშრალის პერიოდი** – დროის მონაკვეთი, რომლის განმავლობაში ღამის უნებლიე შარდვა არ აღინიშნება.

**საწყისი წარმატება** – სიმშრალე 14 თანმიმდევრული ღამის განმავლობაში, 16-კვირიანი მკურნალობის პერიოდში.

**წარუმატებლობა** – სიმშრალის არარსებობა 16-კვირიანი მკურნალობის პერიოდში.

**ნაწილობრივი შედეგი** – ენურეზის სიხშირის შემცირება 50-90%-ით.

**მკურნალობის არაეფექტურობა** – ენურეზის სიხშირის შემცირება 50%-ზე ნაკლებით.

**ხანგრძლივი წარმატება** – რეციდივის არარსებობა 6 თვის განმავლობაში.

## **2. ეპიდემიოლოგია**

ღამის ენურეზი სამჯერ უფრო ხშირია დღის სისველესთან შედარებით და ვლინდება მცირე ასაკის ბავშვების 6,7%-ში და მოზრდილი ბავშვების 2,8%-ში.<sup>3,4</sup> ის სამჯერ უფრო ხშირია ბიჭებში<sup>5</sup>. მეორეული მიზეზების სიხშირე ნაკლებია 25%-ზე.<sup>6,7</sup> პირველადი ენურეზის შემთხვევების 97-98% განპირობებულია არაორგანული პათოლოგიით. დაახლოებით 2% მოდის ორგანულ დარღვევებზე.

## **პრობლემა**

პირველადი ენურეზის შემთხვევების აბსოლუტური უმრავლესობა თვითგანკურნებადია პუბერტატული ასაკის დადგომამდე.

## **3. ეტიოპათოგენეზი**

პირველადი ენურეზის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ განხილვის საგანია და ბოლომდე გარკვეული არ არის.

პირველადი ენურეზი განპირობებულია, ერთი მხრივ, შარდის ბუშტის ტევადობისა და მეორე მხრივ, ღამით პროდუცირებული შარდის მოცულობას შორის შეუსაბამობით, აგრეთვე ბავშვის უუნარობით, გაიღვიძოს სავსე შარდის ბუშტის საპასუხოდ.<sup>8</sup>

ამრიგად, ენურეზის პათოფიზიოლოგია სამი ძირითადი ფაქტორით არის წარმოდგენილი: ღამის განმავლობაში გამომუშავებული შარდის რაოდენობასა და შარდის ბუშტის ტევადობას შორის დისბალანსი, შარდის ბუშტის სწრაფი ავსება ღამით, გამოღვიძების პრობლემა (იხ. ცხრილი №2).

## ენურეთან ასოცირებული და ხელშემწყობი ფაქტორები

ფაქტორები	აღწერილობა
შარდის ბუშტის ფუნქცია <sup>8</sup>	შარდის ბუშტის ტევადობის შემცირება, ღამით შარდის შეკავების უნარის დაქვეითება.
დეტრუზორის არასტაბილურობა <sup>8, 9</sup>	გამოდვიძების პრობლემა შარდის ბუშტის გავსებისას და შეუკავებელი შეკუმშვა (მცირე ქვეჯგუფში).
გენეტიკური ფაქტორები <sup>10,11</sup>	ენურეთის სიხშირის მატება, როდესაც ანამნეზში ერთ ან ორივე მშობელს აღენიშნებოდა ენურეზი. ტყუპების შემთხვევაში ჩვეულებრივ ორივე მათგანს აღენიშნება ენურეზი. გენეტიკური გავლენა ენურეზზე ჰეტეროგენული და კომპლექსურია. <sup>10</sup> პასუხისმგებელი გენები მდებარეობს მე-8, მე-12, მე-13 და 22 ქრომოსომებში <sup>10</sup> .
განვითარების შეფერხება <sup>2,8</sup>	ცნს-ის, მოტორული განვითარებისა და მეტყველების შეფერხება
ღამის პოლიურია <sup>8</sup>	ანტიდიურეზული ჰორმონის გამომუშავების შემცირება ღამის განმავლობაში იწვევს პოლიურიას (ანტიდიურეზული ჰორმონის მიმართ პირდაპირი პასუხი).
ფსიქოლოგიური ფაქტორი <sup>2,8,12</sup>	იშვიათია პირველადი ენურეზის შემთხვევაში. უფრო ხშირია მეორეული ენურეზის დროს. განიხილება როგორც საპასუხო სიმპტომი სტრესზე ან ტრავმაზე (მაგ: მშობლების განქორწინება, ტრავმა სკოლაში, ჰოსპიტალიზაცია, სქესობრივი ძალადობა, ბავშვის იგნორირება).
ძილის დარღვევები <sup>9</sup>	ენურეზი შესაძლებელია აღმოცენდეს ძილის ყველა ფაზაში. ენურეზის მქონე ბავშვებში შეიძლება ძალიან ღრმა ძილი აღინიშნებოდეს.

მდგომარეობები/დაავადებები, რომელთა არსებობისას ენურეზი ერთ-ერთი გამოვლენაა/სიმპტომია (მეორეული ენურეზი):

- შარდის ბუშტის დისფუნქცია;
- თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა (ბავშვებში იშვიათია);
- ყაბზობა;
- უშაქრო დიაბეტი (ბავშვებში იშვიათია);
- შაქრიანი დიაბეტი;
- ჰიპერთირეოიდიზმი;
- ობსტრუქციული ძილის აპნოე;
- ჭიებით ინვაზია (*Enterobius vermicularis*);
- ფსიქოლოგიური სტრესი;
- კრუნჩხვითი დარღვევები;
- ნამგლისებრუჯრედოვანი დაავადება (ბავშვებში იშვიათია);
- საშარდე გზების ინფექცია (იშვიათია ბავშვებში)<sup>2,6</sup>.

#### **4. ენურეზის ბართულებები**

ენურეზის გართულებებია: ბავშვის დაბალი თვითშეფასების შეგრძნება, შიში რომ პრობლემა არ გახდეს ცნობილი სხვისთვის, თავს “განსხვავებულად” გრძნობენ თანატოლებისგან (“ნადირობა ბიზონებზე”); აკლდებიან/ტოვებენ სოციალურ აქტივობას, რომელიც ღამის გათევას ითვალისწინებს. ბავშვებზე ყველაზე დიდ უარყოფით გავლენას ახდენს ის, რომ იძულებულები არიან დაუყოვნებლივ იმოქმედონ – დაიბანონ და გამოიცვალონ ტანსაცმელი.

**ოჯახის მხრივ:** უძწეობის, დანაშაულის, შფოთვის შეგრძნება, ზეწოლა ოჯახის სხვა წევრებისგან (“რატომ არ მკურნალობ”, “ეჭიმთან რატომ არ მიგყავს”, “შენი ბრაღია” და ა.შ.), რამაც შეიძლება ოჯახის წევრებს შორის უთანხმოება გამოიწვიოს.

**მშობლებისთვის/მომვლელებისთვის:** ზედმეტი დატვირთვა (რეცხვა და გასუფთავება, სუნი, დამატებითი ფინანსური დანახარჯები ახალი ზეწრებისთვის, ლეიბებისთვის, საცვალი, ცხელი წყალი და ა.შ.).

#### **5. დაავადების დიაგნოზი, კლინიკური სიმპტომები**

პირველადი ენურეზის მქონე ბავშვებში მკურნალობის დაწყებამდე რეკომენდებულია ანამნეზის შეკრება, ფიზიკური გასინჯვა და შარდის საერთო ანალიზი (იხ. ცხრილი №3).

ენურეზის გამოსავლენად რეკომენდებულია 5 წლისა და უფროსი ასაკის ბავშვების შეფასება რუტინული ვიზიტების დროს [D]. ამ ვიზიტების დროს უნდა გამოიკითხონ თავად პაციენტი და მშობლები.

ენურების შეფასება

<p><b>ანამნეზი</b> (ენურებისთვის სპეციფიკური)</p>	<p>ბავშვის ასაკი ენურების აღმოცენებისას, ენურების ხანგრძლივობა და სიმძიმე, სიმშრალის პერიოდის ხანგრძლივობა (ენურების დიაგნოზი არ ისმება 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. სულ მცირე 6 თვიანი სიმშრალის პერიოდის შემდეგ რეციდივი მიანიშნებს მეორეულ ენურეზზე).</p> <p>ქვედა საშარდე გზების დაზიანების სიმპტომების არსებობა*- (ნიქტურიის გარდა ყველა სიმპტომი მიუთითებს არამონოსიმპტომურ და მეორეულ ენურეზზე).</p> <p>ანამნეზში სხვადასხვა დაავადებების არსებობა- (მაგ.: შაქრიანი დიაბეტი, ძილის აპნოე) შეიძლება მიუთითებდეს არამონოსიმპტომურ ენურეზზე.<sup>6</sup></p> <p>ფსიქოლოგიური ანამნეზი (ფსიქოლოგიური დარღვევები აღენიშნება მეორეული ენურების მქონე პაციენტების ერთ მესამედს).<sup>8</sup></p> <p>ენურების ოჯახური ანამნეზი (ხშირია, თუ ანამნეზში ერთ ან ორივე მშობელს ჰქონდა ენურეზი; ტყუალების შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, ორივე მათგანს აღენიშნება).<sup>2,10,12</sup></p> <p>მიღებული სითხის, მოშარდვისა და დეფეკაციის შესახებ დღიურის წარმოება (სიხშირისა და მოცულობის განსაზღვრა გვეხმარება დაავადებით შეკრულობის არსებობა, ენურების სიმძიმე და მკურნალობის ეფექტურობა).<sup>2,8</sup></p> <p>წარსულში ჩატარებული გამოკვლევებისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია.</p> <p>საყურადღებო ნიშნები: დიზურია, ტკივილი ან გამონადენი გენიტალიების ან სწორი ნაწლავის არეში, ჭინთვის გრძობა შარდვისას.</p>
<p><b>ფიზიკური გამოკვლევა</b><sup>2,6,8,17</sup></p>	<p>ყურის, ცხვირისა და ყელის დათვალიერება ადენოტონზილარული ჰიპერტროფიის გამოსავლენად.</p> <p>მუცლის ღრუს პალპაცია გადიდებული შარდის ბუშტისა და თირკმლების აღმოსაჩენად.</p> <p>შორისის გამოკვლევა ჰიპო-ეპისპადიის, ურეთრის ხერხელის სტენოზის, ურეთრის ექტოპიისა და სასირცხო ბაგეების ადჰეზიის დასადგენად. სწორი ნაწლავის გამოკვლევა პერიანალური და პერინეალური მგრძობელობის, სფინქტერის ტონუსისა და პერიანალური ექსკორიაციების და ვულვოვაგინიტის დასადგენად.</p> <p>მიზანმიმართული ნევროლოგიური გასინჯვა: სიარული, კუნთთა ტონუსი, ძალა და პერინეალური მგრძობელობა.</p> <p>საყურადღებო ნიშნები (საჭიროა შემდგომი კვლევა): ადენოტონზილარული ჰიპერტროფია, ხერხემლის</p>

	პათოლოგია (დეფორმაცია, გავა-კუდუსუნის ჩადრმაგება ან ჭარბი თმიანობა, რაც მიუთითებს ნერვული ღეროს დეფექტზე/დისრაფიზმზე), პათოლოგიური მყესთა რეფლექსები ქვედა კიდურებში, გადიდებული თირკმლები ან შარდის ბუშტი, სიარულის დარღვევა, სექსუალური ძალადობის ნიშნები.
<b>შარდის საერთო ანალიზი, შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა<sup>6</sup> ×</b>	საშარდე გზების ინფექციის, შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტის დადგენა.
<b>სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ბიოქიმიური კვლევა<sup>6</sup> ×</b>	სისხლში შარდმჟავას და შრატის კრეატინინის განსაზღვრა (თირკმლების ქრ. უკმარისობა), გლუკოზის განსაზღვრა (შაქრიანი დიაბეტი), ჰემოგლობინის ელექტროფორეზი (ნამგლისებრუჯრედოვანი დაავადება), თიროიდმასტიმული-რებელი ჰორმონი (ჰიპერთიროიდიზმი).
<b>გამოსახულებითი კვლევები<sup>2,6,8</sup> ×</b>	თიკმლებისა და შარდის ბუშტის ულტრასონოგრაფია და ცისტოურეთროგრაფია - სტრუქტურულ პათოლოგიაზე ეჭვის დროს, მნიშვნელოვანი დღის სისველის ან მორეციდივე საშარდე გზების ინფექცია ვეზიკოურეთრული რეფლუქსის აღმოსაჩენად. მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა ლუმბოსაკრალურ არეში ზურგის ტვინის დისრაფიზმზე ეჭვის დროს ან ნევროლოგიური გასინჯვით მიღებული პათოლოგიის დასადასტურებლად.
<b>უროდინამიკური კვლევა<sup>2,8</sup> ×</b>	ნარჩენი შარდის მოცულობის განსაზღვრა და ცისტომეტრია შარდის ბუშტის დისფუნქციის შესაფასებლად.

\* ნიქტურია, ჩაცუცქება, მოშარდვის იმპერატიული სურვილი, დღის სისველე, შეკრულობა.

× საჭიროა მხოლოდ მეორეული ენურეზის ნიშნების არსებობის, საყურადღებო ნიშნების აღმოჩენისას (ანამნეზით ან კვლევით) და იმ შემთხვევაში, როდესაც სტანდარტული მკურნალობა არაეფექტურია.

ენურეზის მქონე ყველა პაციენტი უნდა იქნეს გამოკვლეული ენკოპრეზისა და შეკრულობის დასადგენად. შეკრულობის დადასტურების შემთხვევაში, საჭიროა მისი მკურნალობა ენურეზის მკურნალობის დაწყებამდე [C]. ყაბზობის დიაგნოსტიკა ადვილია კლინიკური სურათის მიხედვით (ნაწლავთა მოქმედება კვირაში სამზე ნაკლებია). ეს უკანასკნელი შეიძლება ენურეზის გამომწვევი ერთ-ერთი მიზეზი იყოს (გადავსებულმა ნაწლავებმა შეიძლება გამოიწვიოს შარდის ბუშტის გადიზიანება ანატომიური სიახლოვის გამო). შეკრულობა მეორეული ენურეზის დროს შემთხვევათა 50%-ში ან უფრო ხშირად აღინიშნება, ხოლო პირველადი ენურეზის დროს - 75%-ში. იგი ასევე დაკავშირებულია დღის სისველესთან.<sup>13</sup> პროსპექტული ჯვარედინი კვლევით გამოვლინდა, რომ შეკრულობა პირველადი ღამის ენურეზის მქონე პაციენტების მესამედზე მეტს აღენიშნება.

მიუხედავად იმისა, რომ სისველე შეიძლება იყოს ღამის ეპილეფსიური გულყრის გამოვლინება, არ არსებობს ეპილეფსიასა და ენურეზს შორის კავშირის დამადასტურებელი მტკიცებულება. ელექტროენცეფალოგრაფია არ არის ენურეზის სადიაგნოზო რუტინული მეთოდი [B], გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ანამნეზით ვლინდება გულყრები/ეპილეფსია ან ენურეზს თან ახლავს გულყრისთვის დამახასიათებელი სხვა სიმპტომები.

პირველადი მონოსიმპტომური ენურეზის მქონე ბავშვებში რეკომენდებულია ძილის აპნოეს სიმპტომების გამორიცხვა [C] (მტკიცებულების დაბალი დონის მიუხედავად). არსებობს ძილის აპნოესა და ღამის ენურეზს შორის კავშირის დამადასტურებელი მონაცემები [IV]. მეორეული ენურეზის შემთხვევაში ძილის აპნოე ყოველთვის უნდა გამოირიცხოს [A].

## 6. მკურნალობა

პირველადი ღამის ენურეზის მკურნალობის პირველი ეტაპია პრობლემის თაობაზე პაციენტისა და მისი მშობლების განათლება. მათ უნდა იცოდნენ, რომ პირველადი ღამის ენურეზი, ჩვეულებრივ, მკურნალობის გარეშე იკურნება (წლიური მაჩვენებელი 15%).<sup>17</sup> პირველი რიგის მკურნალობა მარტივ ქცევით ჩარევას გულისხმობს. განგაშის სისტემა და ფარმაკოთერაპია გამოიყენება მოზრდილ ბავშვებში, რომელთაც ფსიქოსოციალური პრობლემა და დაბალი თვითშეფასება აღენიშნებათ. მედიკამენტური მკურნალობა ინიშნება 7 წლისა და მეტი ასაკის ბავშვებში, როდესაც არაფარმაკოლოგიური ღონისძიებები არაეფექტურია. ერთი მეთოდის გამოყენებისას წარუმატებლობის შემთხვევაში, მიმართავენ კომბინირებულ მკურნალობას (არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ან სხვადასხვა მედიკამენტების კომბინაცია). მდგრადი ენურეზის შემთხვევაში საჭიროა რეფერალი სპეციალისტთან (სქემა 1).

### *არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა:*

თუ პირველადი ღამის ენურეზი სტრესულ ზემოქმედებას არ ახდენს ბავშვზე, რაიმე სახის მკურნალობა საჭირო არა არის. თუმცა, მშობლებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და მიეცეს რჩევა არ დასაჯონ, შეარცხვინონ ან დაადანაშაულონ ბავშვი.<sup>2,19</sup> ღამის პირველადი ენურეზის მკურნალობა უნდა გადაიდოს, სანამ ბავშვს თავად არ ექნება სურვილი ან შესაძლებლობა ჩაერთოს მკურნალობის პროცესში. მკურნალობა იშვიათადაა ნაჩვენები 7 წლამდე ასაკის პაციენტებისათვის. ეფექტის მისაღწევად ზოგჯერ რამდენიმე თვეა საჭირო, ამასთანავე, ბავშვს მყარი მოტივაცია უნდა ჰქონდეს. მკურნალობა ეფექტურად ითვლება, თუ 16 კვირის განმავლობაში ბავშვს მშრალი პერიოდი ექნება 14 ღამის განმავლობაში თანმიმდევრულად, მკურნალობა არაეფექტურია, თუ ენურეზის სიხშირე შემცირდა 50%-ზე ნაკლებად, 50-90%-ით შემცირება ნაწილობრივი შედეგის მაჩვენებელია.<sup>1</sup>

მოტივაციური თერაპია გულისხმობს ემოციურ მხარდაჭერას, დანაშაულის გრძნობის უგულებელყოფას, ბავშვის წახალისებას საიმისოდ, რომ თავად



იკისროს პასუხისმგებლობა მკურნალობის პროცესზე (მიუხედავად იმისა, რომ პათოლოგიის აღმოცენება ბავშვზე არ არის დამოკიდებული, მას [ბავშვს] თავისი ფუნქცია აქვს მკურნალობის პროცესში).<sup>20</sup>

ქცევითი ინტერვენცია მშობლების აქტიურ ჩართვას მოითხოვს. ეს პროცესი ხანგრძლივია, შრომატევადი და ზოგჯერ უიმედობის განცდას იწვევს.<sup>21,22</sup> თუ წახალისების მეთოდის გამოყენებით ეფექტი ვერ იქნა მიღებული, შეიძლება ბავშვის თვითშეფასება ზედმიწევნით დაქვეითდეს.<sup>19</sup> ამიტომ ეს მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იქნეს სხვა მეთოდების ჩართვამდე ან მათთან კომბინაციაში, მით უმეტეს, რომ მას გვერდითი მოვლენები არ გააჩნია [D].

განგაშის სისტემის გამოყენება გულისხმობს სხვადასხვა სასიგნალო მოწყობილობის გამოყენებას, რომელთა მუშაობის პრინციპი ეფუძნება სენსორის გააქტივებას სისველეზე. ეს მეთოდი ეფექტურია.<sup>2,19,24</sup> განგაში აიძულებს ბავშვს გაიღვიძოს ან შეწყვიტოს მოშარდვა. პაციენტების უმეტესობას 6-16 კვირიანი მკურნალობის კურსი ესაჭიროება. ამ მეთოდის გამოყენებისას ენურეზი იკურნება ბავშვების 2/3-ში, თუ ამის შემდეგ მეთოდის გამოყენება გრძელდება - მათი ნახევარი რჩება მშრალი.<sup>24</sup> განგაშის ყველა აპარატი ერთნაირად ღირებულია<sup>21</sup>. უარყოფითი მხარეა ძილის დარღვევა (გაღვიძება). ეს მეთოდი ეფექტურია იმ შემთხვევაში, როდესაც მშობლები აქტიურად თანამშრომლობენ, არ აღინიშნება თანმხლები ფსიქიკური და ქცევითი პრობლემები, შარდის ბუშტი მცირე მოცულობისაა და ლოგინის დასველების ეპიზოდები ხშირია (კვირაში 4 და მეტი ღამე). განგაშის სისტემა გამოყენებული უნდა იქნეს მოზრდილი ასაკის, მოტივირებულ ბავშვებთან, რომელთა მშობლები ჩართული იქნებიან მკურნალობის პროცესში და რომლებთანაც ქცევითი მეთოდები არაეფექტური აღმოჩნდა.

წარმატებული მკურნალობის ალბათობა იზრდება, როდესაც განგაშის სისტემა კომბინირებულია ქცევით მეთოდებთან, სახელდობრ:

- რეციდივის რისკს ამცირებს ბავშვის წახალისება, მიიღოს ჭარბი რაოდენობით სითხე შარდის ბუშტის მოცულობის გასაზრდელად (როდესაც სიმშრალე მიღწეულია 14 თანმიმდევრული ღამის განმავლობაში).<sup>24</sup>
- „მშრალი ლოგინის“ ტრეინინგის დამატება (ბავშვის გაღვიძება განსაზღვრული ინტერვალებით, სანამ თვითონ არ მიეჩვენა გაღვიძებას საჭიროების დროს)<sup>17</sup> 75%-ით უფრო ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ განგაშის სისტემის გამოყენება, ამასთან, მცირდება რეციდივის რისკი.<sup>36</sup>
- განგაშის სისტემის კომბინაცია გაღვიძების ტრეინინგთან (სიგნალის საპასუხოდ ბავშვის გაღვიძების ქცევის წახალისება-დაჯილდოვება) ეფექტურია პაციენტების 90%-ზე მეტში.<sup>8</sup>

მალვიძარა საათის გამოყენება მარტივი, იაფი, უსაფრთხო და ზომიერად ეფექტურია განგაშის სისტემასთან კომბინაციაში. ბავშვი იღვიძებს უნებლიე შარდვამდე. მალვიძარა საათი გამოიყენება ბავშვის გასაღვიძებლად, რათა დაცალოს სავესე შარდის ბუშტი სანამ შეუკავებლობა განვითარდება ან დაძინებიდან 2-3 საათში. მალვიძარა საათის გამოყენება ეფექტურია შემთხვევათა 62-77%-ში. თუმცა,

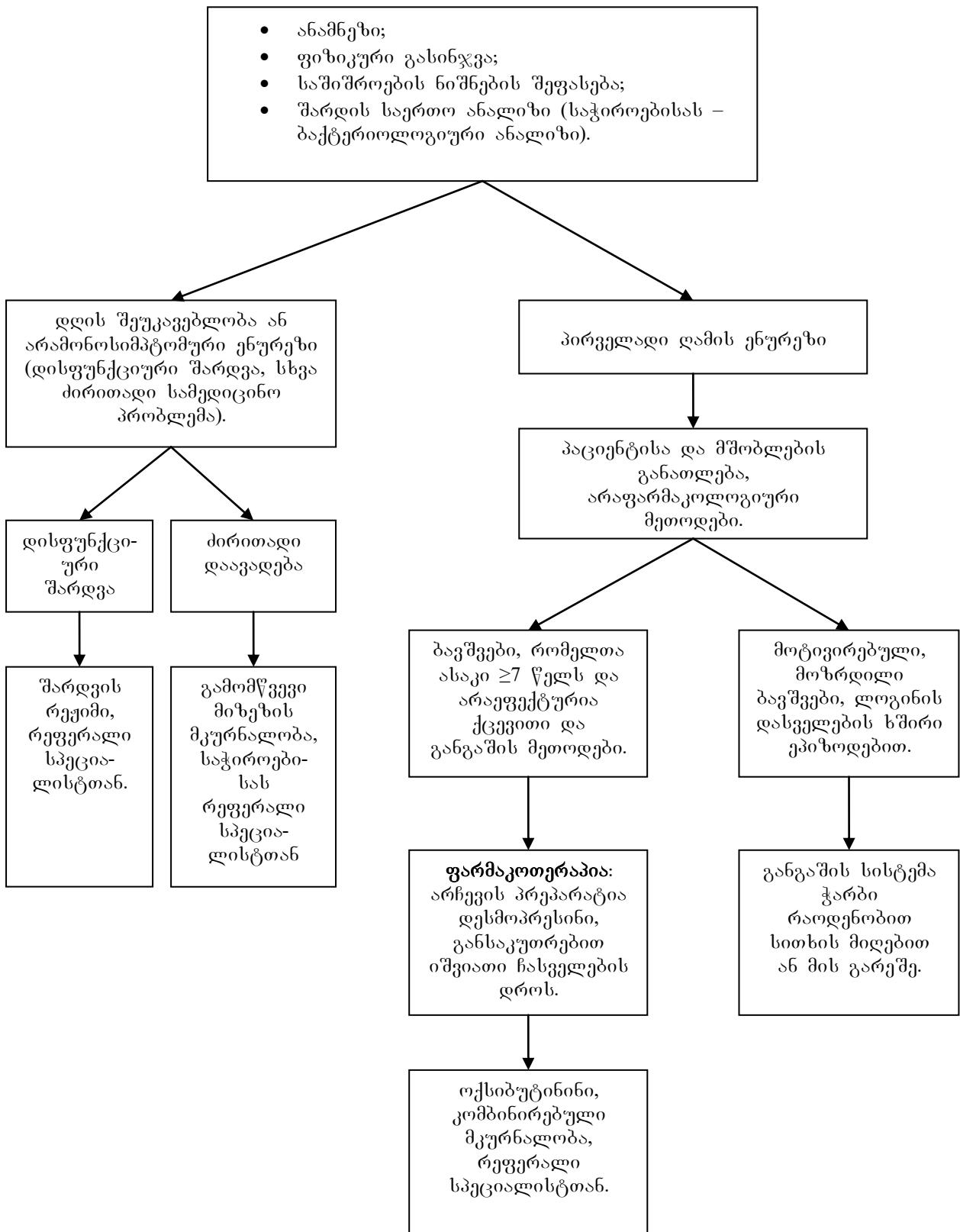
მკურნალობის დასრულებიდან 3 თვის შემდეგ რეციდივის რისკი იგივეა, რაც განგაშის სისტემის გამოყენებისას<sup>37</sup>.

“სახლის ტრეინინგი” მოიცავს ქცევის ისეთ წამახალისებელ ღონისძიებებს, როგორცაა ბავშვის მიერ დასვრილი ზეწრის გამოცვლა, ლოგინის დალაგება, „შშრალი ლოგინის“ ტრეინინგი, შარდის ბუშტისა და ზედმეტი სითხის მიღების ტრეინინგი. სისტემურმა მიმოხილვამ ცხადჰყო, რომ მხოლოდ ამ მეთოდების გამოყენება მინიმალურ ეფექტს იძლევა, მაგრამ, განგაშის სისტემასთან კომბინირებისას მცირდება რეციდივის განვითარების სისშირე<sup>23</sup>.

განგაშის სისტემა არჩევის მეთოდია პირველადი დამის ენურეზის დროს, როდესაც ოჯახი მოტივირებულია და მზადაა თანამშრომლობისთვის. **[B]**

განგაშის სისტემით მკურნალობა უნდა შეიცვალოს, თუ, მისი გამოყენების მიუხედავად, ბავშვი დროულად არ იღვიძებს **[C]**.

# სქემა 1. ენურეზის შეფასება და მკურნალობა



## ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

ფარმაკოლოგიური მკურნალობა ამცირებს ენურეზის სისშირეს ან სპონტანურ განკურნებამდე, დროებით აქრობს სიმპტომებს. გამოიყენება ანტიქოლინერგული საშუალებები (ოქსიბუტინინი, ჰიოსცინამინი), ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (იმიპრამინი, დეზიპრამინი) და დესმოპრესინი. ამ საშუალებებიდან მხოლოდ იმიპრამინისა და დესმოპრესინის გამოყენებაა ნებადართული აშშ საკვებისა და წამლის დეპარტამენტის მიერ (FDA). ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები კვირაში ერთი დამით ამცირებენ სისველის ეპიზოდებს. იმიპრამინის დოზაა 25 მგ 6 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში (20-25 კგ სხეულის მასით) და 50-75 მგ 11 წლის და მეტ ასაკში. ზოგიერთი რეკომენდაციის მიხედვით, მკურნალობა უნდა შეიზღუდოს 3 თვემდე.<sup>19</sup> პრეპარატი ინიშნება ერთხელ, დაძინებამდე ერთი საათით ადრე. პრეპარატის მიღებიდან 1-2 კვირაში ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში დოზა უნდა გაიზარდოს 50 მგ-მდე 7-12 წლის ბავშვებში და 75 მგ-დე მოზრდილებში<sup>20</sup>. ბავშვების უმრავლესობას იმიპრამინის შეწყვეტის შემდეგ რეციდივი აღენიშნება.<sup>26</sup>

მშობლებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია პოტენციურად საშიში, დოზაზე დამოკიდებული გვერდითი ეფექტების შესახებ<sup>26</sup>, როგორცაა: ძილიანობა, ლეთარგია, აგზნება, დეპრესია, ძილის დარღვევები და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გაღიზიანება. იშვიათია კრუნჩხვები, არითმიები და სიკვდილი დოზის გადაჭარბების შემთხვევაში. მკურნალობის დაწყებამდე რეკომენდებულია ეკგ-ის გადაღება<sup>2</sup>.

დესმოპრესინი, ვაზოპრესინის ანალოგია, შარდის მოცულობას ამცირებს დისტალურ მილაკებში რეაბსორბციის დაქვეითების ხარჯზე. მკურნალობის ეფექტურობა 60-70%-ში ვლინდება, თუმცა 80%-ს მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ რეციდივი უვითარდება<sup>2,8,30</sup>. დესმოპრესინი რეკომენდებულია იმ პაციენტებისათვის, რომელთა ოჯახებსაც არ შეუძლიათ ან არ სურთ არამედიკამენტური მკურნალობის ჩატარება. პრეპარატი ყველაზე ეფექტურია 8 წლისა და მეტი ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აქვთ მონოსიმპტომური ენურეზი ღამის პოლიურიით, შარდის ბუშტის ნორმალური ტევადობითა და ლოგინში ჩასველების (უნებლიე შარდვის) ნაკლებად ხშირი ეპიზოდებით<sup>31</sup>.

დესმოპრესინი გამოიყენება ტაბლეტის (0,2 მგ) ან ნაზალური სპრეის სახით (10 მკგ - ერთი შესხურება). მოქმედების ხანგრძლივობა 12 საათია.<sup>2</sup> მკურნალობა იწყება ერთი ტაბლეტით ან ერთი შესხურებით ყოველ საღამოს. დოზა იზრდება ყოველკვირეულად. დესმოპრესინით მკურნალობა კომბინირებულია სითხის მიღების შეზღუდვასთან (240 მლ-ზე ნაკლები დამით, მკურნალობის ფონზე) და ძილის წინ მოშარდვასთან. ინტრანაზალური და ეკვივალენტური პერორალური დოზა თანაბრად ეფექტურია<sup>30</sup>. მეორე გზაა პრეპარატის სწრაფი ტიტრაცია სიმშრალის პერიოდის მიღწევამდე<sup>32</sup>.

დესმოპრესინი მინიმალური ეფექტური დოზით უნდა იქნეს გამოყენებული. მკურნალობა იგივე დოზით გრძელდება სულ მცირე 4-6 კვირა, რის შემდეგაც საფეხურებრივად მცირდება 6-7 თვის მანძილზე. ეს ამცირებს მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ რეციდივის განვითარების სისშირეს<sup>32</sup>. დესმოპრესინისა და ოქსიბუტინინის კომბინაცია ამცირებს დღის

ჩასველების სისშირეს. ხოლო დესმოპრესინისა და განგაშის სისტემის კომბინაცია ზრდის მკურნალობის ეფექტურობას და ამცირებს რეციდივის რისკს.

დესმოპრესინით გამოწვეული გვერდითი ეფექტები შემთხვევათა 5%-ში ვლინდება. ინტრანაზალურმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ცხვირიდან სისხლდენა, ყელის ტკივილი, ხველა ან თავის ტკივილი. სისტემური რეაქცია ვლინდება გამონაყართ, სახის შეშუპებით, ენის ან ლორწოვანის შესიებით, ანორექსიით, გულისრევით, მუცლის ტკივილით, მხედველობის დაბინდვით და პირის ღრუში ცუდი გემოს შეგრძნებით. ამიტომ საჭიროა სიფრთხილე პრეპარატის დოზის შერჩევასა, სითხეების შეზღუდვა და ჰიპონატრემიის შეფასება იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს გულისრევა/ღებინება ან თავის ტკივილი აღენიშნება.

ანტიქოლინერგიული საშუალებები (ოქსიბუტინინი 2,5-5 მგ სამჯერ დღეში) ამცირებენ შარდის ბუშტის დეტრუსორის ტონუსს, შარდვის სისშირეს, მოშარდვის იმპერატიულ სურვილს და ზრდიან შარდის ბუშტის ტევადობას. ანტიქოლინერგიული მკურნალობა შეიძლება გამოყენებული იქნეს ბავშვებში პირველადი ღამის ენურეზისა და დღის სისველის კომბინაციის (შარდის ბუშტის ტევადობის შემცირება დეტრუსორის ჰიპერაქტივობის გამო), აგრეთვე დესმოპრესინის არაეფექტურობის დროს.<sup>8,17,28</sup> გვერდით მოვლენებს მიეკუთვნება: პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა, თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, თავბრუსხვევა, ტაქიკარდია, კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანება. ანტიქოლინერგიული საშუალებების ეფექტურობა და უსაფრთხოება კლინიკური კვლევებით შემდგომ დადასტურებას საჭიროებს [C].

**ცხრილი №4**

**ენურეზის მკურნალობა**

მკურნალობის სახე	ჩვენება	ეფექტურობა	გვერდითი მოვლენები
მოტივაცია <sup>17,19,22</sup>	მცირე ასაკის ბავშვები პირველადი ღამის ენურეზით; აუცილებელია მოტივაციური თერაპია (წახალისება, სიმშრალის პერიოდში ვარსკვლავების ან სტიკერების გამოყენება), დადანაშაულების აცილება, მხარდაჭერა.	ნაწილობრივი ეფექტი 75 % ; რეციდივი 5 %;	ფრუსტრაცია; სიმშრალის მიუღწევლობა წახალისების სისტემის გამოყენებისას აქვეითებს თვითშეფასებას
შარდის ბუშტის ტრენინგი <sup>17,22</sup>	მცირე ასაკის ბავშვები პირველადი ღამის ენურეზით; ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში უზრუნველყოფს შარდის შეკავებას.	მინიმალური გაუმჯობესება	არა აქვს

მკურნალობის სახე	ჩვენება	ეფექტურობა	გვერდითი მოვლენები
მშრალი ლოგინის ტრეინინგი <sup>17,23</sup>	მცირე ასაკის ბავშვები პირველადი ღამის ენურეზით; გულისხმობს ბავშვის გაღვიძებას მოსაშარდავად გარკვეული ინტერვალებით.	მინიმალური გაუმჯობესება	ძილის დარღვევა
ენურეზის განგაშის სისტემა <sup>2,17,19,24</sup>	მოზრდილი, მოტივირებული ბავშვები პირველადი ღამის ენურეზით; ბავშვის გაღვიძება სისველეზე მაღვიძარას რხევითი რეაქციით.	ეფექტურია პაციენტების 2/3-ში, განგაშის სისტემის გამოყენებისას სიმშრალე გრძელდება 50 %-ში.	ძილის დარღვევა
იმიპრამინი (25-75 მგ დღიური დოზა) <sup>2,19,20,26,27</sup> დეზიპრამინი (1-3 მგ კგ/წონაზე)	ბავშვები პირველადი ენურეზით	ეფექტურია 40-60 %-ში; რეციდივი მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ	ძილიანობა, კრუნხვები, არითმია, ლეტარგია, აგზნება, დეპრესია, ძილის დარღვევა, კუჭ/ნაწლავის გაღვიძანება.
ოქსიბუტინინი 2,5-5 მგ 3-ჯერ დღეში <sup>8,17,28,29</sup>	ბავშვები დღის შეუკავებლობით, პირველადი ღამის ენურეზით	ეფექტურია 47-71%-ში, ეფექტურობა იზრდება დესმოპრესინთან კომბინაციით	პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა, შეკრულობა, ძილიანობა, ტაქიკარდია, გულისრევა, თავის ტკივილი, კუჭ-ნაწლავის გაღვიძანება.
დესმოპრესინი (0,2-0,6 მგ დღიურად) დესმოპრესინი ინტრანაზალური 10-40 მკგ დღიურად <sup>2,8,30-35</sup>	ბავშვები პირველადი ღამის ენურეზით	60-70%; 80% - ში რეციდივი მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ.	თავის ტკივილი, ეპისტაქსისი, ყელის ტკივილი, მუცლის კოლიკა, ალერგია, ჰიპონატრიემია, ანორექსია, გულისრევა, მხედველობის დაბინდვა, ცუდი გემოს შეგრძნება პირში.

დესმოპრესინით მკურნალობა ალტერნატიული მეთოდია **[B]**. დესმოპრესინის ინტრანაზალური გამოყენებისას მცირდება სველი ღამეების სიხშირე, ეფექტი დოზაზე დამოკიდებული არ არის. თუ მიზანი საწყისი წარმატებაა (14 თანმიმდევრული მშრალი ღამე), მნიშვნელობა არ აქვს დოზებს (0,2-0,4-0,6 მგ).

დესმოპრესინით მკურნალობა უსაფრთხოა, როგორც ხანმოკლე, ისე ხანგრძლივი დროით მიღებისას. გვერდითი მოვლენები იშვიათია და განსაკუთრებით ნაკლებად ვლინდება პერორული გამოყენებისას **[A]**. დესმოპრესინით მკურნალობისას, წყლით ინტოქსიკაციის თავიდან ასაცილებლად, რეკომენდებულია სითხის მიღების შეზღუდვა 240 მლ-მდე (1 ჭიქა) 8-საათიან ძილამდე ერთი საათით ადრე. ინტრანაზალურთან შედარებით, უფრო მისაღებია დესმოპრესინის პერორული ფორმა, ვინაიდან უსაფრთხოა **[A]** და ტექნიკურად მარტივად შესასრულებელი **[D]**. დესმოპრესინით მკურნალობის ხანგრძლივობა 1 თვეზე ნაკლები პერიოდით არ აუმჯობესებს გამოსავალს.

**მკურნალობის ხანგრძლივობა**

იმ შემთხვევაში, თუ მიზანი სრული განკურნებაა, პრეპარატის მიღების შეწყვეტა უნდა დაიწყოს ეფექტის მიღწევიდან 1 თვის შემდეგ [B]. ხანგრძლივი მკურნალობის დროს, ეფექტურობის შესაფასებლად რეკომენდებულია მკურნალობის პერიოდული შეწყვეტა 1-2 კვირიანი ინტერვალებით [D]. რეციდივი ხშირია, თუ დესმოპრესინის მიღება სწრაფად წყდება. რეკომენდებული არ არის მკურნალობის შეწყვეტა ეფექტის მიღებისთანავე [B]. მკურნალობის სტრუქტურირებული შეწყვეტის გეგმის არსებობა (საფესურბერივი, წყვეტილი) რეციდივის გარეშე განკურნებას განაპირობებს პაციენტების 50%-ში, რომელთაც მანამდე, ასეთი გეგმის არარსებობისას, განუვითარდათ რეციდივი. მკურნალობის შეწყვეტის მომენტის განსაზღვრისათვის რეკომენდებულია სტრუქტურირებული შეწყვეტის გეგმის გამოყენება (სრული დოზებით მკურნალობის დროს) [B].

**მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების კომბინაცია**

დესმოპრესინის კომბინაცია განგაშის სისტემასთან არ იძლევა მდგრად უპირატესობას, თუმცა საწყის ეტაპზე მშრალი ღამეების რაოდენობა მეტია.

სპეციფიკური შემთხვევების გარდა, როდესაც დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის საწყის ეტაპზევი სიმშრალის პერიოდის მიღწევას, არ არის რეკომენდებული რუტინულად დესმოპრესინისა და განგაშის სისტემის კომბინაცია [A]. ბავშვებში, რომელთაც უნებლიე შარდვა ღამის განმავლობაში ერთზე უფრო ხშირად აღენიშნებათ, შეიძლება დესმოპრესინის გამოყენება შარდვის სიხშირის შესამცირებლად, რათა განგაშის სისტემა ასატანი გახდეს პაციენტისთვის [D]. დესმოპრესინისა და ანტიქოლინერგიული პრეპარატების კომბინაცია შეიძლება უფრო ეფექტური იყოს, ვიდრე მხოლოდ დესმოპრესინის გამოყენება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც მანამდე ჩატარებული მკურნალობა უშედეგო იყო [IV].

ცხრილი №5

**სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების უპირატესობები და ნაკლოვანებებები**

მეთოდი	უპირატესობა	ნაკლოვანება
მარტივი ქცევითი თერაპია	ადვილად დასანერგია, უსაფრთხოა, აუმჯობესებს მოტივაციას და არის დამატებითი მეთოდიც	განკურნების დაბალი მაჩვენებელი
განგაშის სისტემა	რეციდივის განვითარების რისკი დაბალია, უსაფრთხოა	დაყოფილებული პასუხი, პაციენტისა და ოჯახის თანამშრომლობის აუცილებლობა
დესმოპრესინი	სწრაფი შედეგი, არ არის საჭირო ბავშვისა და ოჯახის თანამშრომლობა, უსაფრთხოა	რეციდივის განვითარების მაღალი სიხშირე, სითხის მიღების შეზღუდვის საჭიროება ძილის წინ

როდესაც მკურნალობის მიზანი სიმშრალის მიღწევაა დროის მოკლე მონაკვეთში, რეკომენდებულია დესმოპრესინი და არა განგაშის სისტემა [A]. თუ მიზანი რეციდივის გარეშე სიმშრალის შენარჩუნებაა, ამ შემთხვევაში უპირატესობა განგაშის სისტემას ენიჭება [A]. არ არის რეკომენდებული განგაშის სისტემის გამოყენება ბავშვებში, თუ თავად ბავშვს ან მისი ოჯახის წევრებს დაბალი მოტივაცია აქვთ [B]. ასეთ დროს არჩევის საშუალებაა დესმოპრესინი [B]. დესმოპრესინი ეფექტურია მცირე ასაკის ბავშვებშიც, თუ სველი ღამეები იშვიათია [B]. მაშინ, როდესაც განგაშის სისტემა ეფექტურია ხშირი სველი ღამეების შემთხვევაში [B] და ამასთან რაც მეტია სველი ღამე, მით უკეთესია შედეგი. ენურეზის მქონე ბავშვებში, რომლებშიც სავარაუდოა ჰიპერაქტივობის სინდრომის არსებობა, დესმოპრესინის ნაცვლად მიზანშეწონილია განგაშის სისტემის გამოყენება [B].

**ცხრილი №6**

**ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებენ განგაშის სისტემის არჩევას**

დადებითი ბავშვანა	შარყოფითო ბავშვანა	ბავშვანას არ ახდენს
პაციენტისა და მშობლების მოტივაცია, ხშირი სველი ღამეები	მშობლების მიერ უარყოფითი დამოკიდებულება ენურეზისადმი, დღისით გამოყოფილი შარდის მაქსიმალური მოცულობა <45%, სტრესული მდგომარეობა როგორც ბავშვის, ისე მშობლის, ფსიქოლოგიური პრობლემები, ყურადღების დეფიციტის სინდრომი	სქესი (იბ), ასაკი (იბ), ჩატარებული მკურნალობა (იბ), დემოგრაფიული ფაქტორი (იბ), სოციალური მდგომარეობა (იბ), ბავშვის ცუდი საცხოვრებელი გარემო (იბ)

**ცხრილი №7**

**ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებენ დესმოპრესინის არჩევას**

დადებითი ბავშვანა	შარყოფითო ბავშვანა	ბავშვანას არ ახდენს
სველი ღამეების მცირე რაოდენობა	დღისით მოშარდული შარდის მაქსიმალური მოცულობაა 75 %, ჰიპერკალციურია ღამით. (IV)	სქესი, ოჯახური ანამნეზი (იბ), მშობლების დამოკიდებულება ენურეზისადმი, ღამის განმავლობაში ჩასველების რაოდენობა, ყურადღების დეფიციტი, მოტივაცია, ჩატარებული მკურნალობა, დემოგრაფიული ფაქტორი, შარდის ოსმოლარობა



- სქესს არ აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა არც დესმოპრესინით და არც განგაშის სისტემით თერაპიის დაწყებისას [A].
- ასაკს არ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა მკურნალობის მეთოდის არჩევისას [A].
- ოჯახურ ანამნეზს არ აქვს მნიშვნელობა მკურნალობის მეთოდის არჩევისას [B].

### შენიშვნები:

1. თუ მკურნალობის მიზანია სიმშრალის მიღება დროის მოკლე მონაკვეთში, რეკომენდებულია დესმოპრესინის მაქსიმალური დოზის გამოყენება.
2. როდესაც მკურნალობის მიზანი სრული განკურნებაა, ნებისმიერი მეთოდის გამოყენებისას 2-4 კვირიანი ინტერვალით უნდა განხორციელდეს პერიოდული შემოწმება მოტივაციის შეფასების მიზნით, პაციენტის წასახალისებლად, მედიკამენტური მკურნალობის დროს კი - დოზის ტიტრაციისთვის.
3. დღეისათვის არ არსებობს მტკიცებულება რომელიც ადასტურებს რომელიმე მეთოდის უპირატესობას. გადაწყვეტილება განგაშის სისტემის ან დესმოპრესინის გამოყენების შესახებ ერთობლივად უნდა იქნეს მიღებული პაციენტისა და ექიმის მიერ.
4. იმ შემთხვევაში, როდესაც განგაშის სისტემა გამოიყენება, მიზანი პაციენტისა და მისი ოჯახისთვის მოტივაციის შენარჩუნებაა.
5. მკურნალობის პერიოდში უმცირესი პროგრესიც კი (სიმშრალე, თანამშრომლობა) წახალისებული უნდა იქნეს. თუ საწყისი წარმატება ვერ იქნა მიღწეული 3-4 თვეში, ხოლო განგაშის სისტემის გამოყენების შემთხვევაში - უფრო ადრე ან ბავშვს აქვს გამოდვიძების პრობლემა, მკურნალობის საუკეთესო საშუალება დესმოპრესინია. თუ უკვე დანიშნულ დესმოპრესინზე არ აღინიშნება რეაქცია, საჭიროა მკურნალობის შეწყვეტა, განმეორებითი შეფასება ან რეფერალი უროლოგთან.
6. დესმოპრესინის გამოყენებისას წყლის რაოდენობა უნდა შეიზღუდოს ერთ ჭიქამდე სადამოს. მოწოდებულია დესმოპრესინით მკურნალობის 2 სქემა (იხ. ზემოთ).
7. სტრუქტურირებული შეწყვეტის განხორციელება (იხ. ცხრილი №8).
8. როდესაც ორივე სახის მკურნალობის ერთი ან რამდენიმე ციკლი უშედეგოა, მიზანი ხდება სტრესის შემცირება ან მკურნალობა დროებით უნდა გადაიდოს.
9. გახანგრძლივებული მკურნალობა (თვეები ან წლები, საჭიროების მიხედვით) პერიოდული შემოწმების გარეშე ან მოტივაციური თერაპია სასარგებლოა არაეფექტური მკურნალობის, რთული ოჯახური მდგომარეობის, ცუდი პროგნოზული ფაქტორების გავლენის შესამცირებლად. მკურნალობა უნდა შეწყდეს პერიოდულად 1-2 კვირით (მაგ: ყოველ 3-6 თვეში), რათა შეფასდეს პაციენტის მდგომარეობა მკურნალობის გარეშე და, საჭიროებისას, გაკეთდეს რეფერალი უროლოგთან.

სტრუქტურირებული შეწყვეტა. მკურნალობის დღეებში დესმოპრესინი ინიშნება იმ დოზით, რა დოზითაც მივაღწიეთ საწყის წარმატებას; სხვა დღეებში პაციენტი მედიკამენტის ნაცვლად უნდა წახალისდეს წარმატებით

	კვირა	ორშაბათი	სამშაბათი	ოთხშაბათი	ხუთშაბათი	პარასკევი	შაბათი
პირველი კვირა	დესმ.	–	დესმ.	დესმ.	–	დესმ.	–
მეორე კვირა	დესმ.	დესმ.	–	დესმ.	–	–	დესმ.
მესამე კვირა	–	დესმ.	–	–	დესმ.	–	დესმ.
მეოთხე კვირა	დესმ.	დესმ.	დესმ.	–	–	დესმ.	–
მესუთე კვირა	–	დესმ.	–	–	დესმ.	–	–
მეექვსე კვირა	–	–	–	–	–	დესმ.	–
მეშვიდე კვირა	–	–	დესმ.	–	–	–	დესმ.
მერვე კვირა	–	–	–	დესმ.	–	–	–
მეცხრე კვირა	–	–	–	–	–	–	–
მეათე კვირა	–	–	–	–	–	–	–

დესმ.- დესმოპრესინი

## **მეორეული და არამონოსიმპტომური ენურეზის მკურნალობა**

ენურეზის გამომწვევი რაიმე სამედიცინო პრობლემის არარსებობის შემთხვევაში ტარდება პირველადი ენურეზის შესაბამისი მკურნალობა. პაციენტების უმრავლესობაში ენკოპრეზთან ასოცირებული ენურეზის ან დღის სისველის დროს, ნაწლავთა ტრეინინგი ან შეკრულობის პრევენცია დღის სისველეს ამცირებს 89%-ით, ხოლო ენურეზის სიხშირეს 63% - ით.

ანამნეზში ქცევითი პრობლემა, ძილიანობა დღისით, გადიდებული ადენოიდებისა და ტონზილების ფონზე, შეიძლება მიუთითებდეს ძილის ობსტრუქციული აპნოეს არსებობაზე. ჰაერგამტარი გზების ქირურგიული კორექცია აუმჯობესებს ღამის ენურეზს და დღის სისველეს ან საერთოდ კურნავს მათ.<sup>39</sup>. ფსიქოგენური ენურეზის დროს ეფექტურია ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია და ოჯახური თერაპია. ბავშვებში შარდვის იმპერატიული სურვილით, შარდის ნორმალური ნაკადით, შარდის ბუშტის მცირე ტევალობით (უროდინამიკური ტესტის შედეგების მიხედვით) და გამოსახულებითი კვლევის ნორმალური სურათით, ეფექტურია ანტიქოლინერგიული მკურნალობა<sup>28</sup>. ის შეიძლება ეფექტური იყოს აგრეთვე ბავშვებში დღის და ღამის შარდის შეუკავებლობით და დესმოპრესინის არაეფექტურობისას<sup>8,17,28</sup>.

## **პრევენცია**

მიუხედავად იმისა, რომ არ არის ცნობილი მოქმედებს თუ არა ჩამოთვლილი ღონისძიებები ღამის სიმშრალის უზრუნველყოფაზე, რეკომენდებულია [C]:

- ტუალეტის ტრეინინგის დაწყება 18 თვის ასაკამდე, მაშინ, როდესაც შესაძლოა ბავშვი იღვიძებდეს მშრალი საფენით.
- შესაბამისი ქოთნის გამოყენება (რომელზეც ბავშვის ბარძაყები და ტერფები სათანადოდ დაეყრდნობა).
- შეთავაზება ბავშვისთვის მოშარდოს მაშინვე, როგორც კი მოშარდვის სურვილი გაუჩნდება. სასურველია ეს გაკეთდეს პირველივე ცდაზე. არ უნდა დარჩეს ბავშვი ქოთანზე სანამ არ მოშარდავს და არ უნდა დაატანოს თავს ძალა, თუ პირველ ჯერზე ვერ მოშარდავს.
- რჩევა-დარიგების მიცემა მშობლებისთვის, იქონიონ მოთმინება ტრეინინგის დროს, ვინაიდან მიზანი 3 თვეში მიიღწევა. არ ცვალონ მეთოდები.

## **7. ეთიკურ-სამართლებრივი საკითხები**

ენურეზის მართვა სამედიცინო ეთიკის პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. მნიშვნელოვანია პაციენტის ავტონომიის დაცვა და პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ან მეურვის თანამონაწილეობა პრობლემის გადაჭრის გზების ძიებისას.

## 8. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლის შემუშავების რეკომენდაციები

### *რეკომენდაციები გაიდლაინის იმპლემენტაციის შესახებ*

#### **გაიდლაინის დანერგვის (იმპლემენტაციის) ხელშეწყობი ფაქტორები**

- დონორი ორგანიზაციების, დარგობრივი ასოციაციების, შჯსდ სამინისტროს თანადგომა და ფინანსური მხარდაჭერა;
- პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების დიდ ნაწილს უკანასკნელი 5-10 წლის მანძილზე გავლილი აქვს მზადების ინტენსიური კურსი (რეზიდენტურის მოკლევადიანი კურსი სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“).
- დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი განათლების სასწავლო პროგრამებში გაიდლაინის ჩართვა.

#### **მოსალოდნელი ბარიერები გაიდლაინის დანერგვის პროცესში**

- განგაშის სისტემების ხელმიუწვდომლობა;
- ექიმებისადმი მიმართვიანობის დაბალი დონე არსებულ რეალობასთან შედარებით, რისი მიზეზიც არის პრობლემის გაუთვითცნობიერება მოსახლეობის მხრიდან და სტიგმა;
- დამკვიდრებული პრაქტიკა და ტრადიციები სამედიცინო პერსონალს შორის.

#### **გაიდლაინის იმპლემენტაციის რეკომენდებული მეთოდები**

##### გაიდლაინების გავრცელება/ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

- გაიდლაინის და თანმხლები მასალების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ინტერნეტის გზით, ასოციაციის ვებ-გვერდი, სამინისტრო და ა.შ.
- გაიდლაინების ნაბეჭდი და კომპიუტერული ვერსიების (კომპაქტდისკზე) გამრავლება და სამიზნე კონტინგენტში მათი გავრცელება.

##### განათლება და ტრენინგი

- საგანმანათლებლო მასალების გავრცელება.
- გაიდლაინის ინტეგრირება ოჯახის ექიმთა დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში, მათ შორის მოკლევადიანი (გადამზადების) პროგრამაში;
- გაიდლაინზე დაფუძნებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების შემუშავება ოჯახის ექიმებისთვის.

##### სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა:

- გაიდლაინებზე დაფუძნებული კითხვარების ჩართვა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდების ტესტებში სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“

### პროფესიული კონსენსუსის მიღწევა

- პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების, ნევროლოგების, პედიატრების და ენურეზის მართვაში ჩართული პროფესიონალების ერთობლივი კონფერენციების და კლინიკური შემთხვევების განხილვების ორგანიზება.

### საზოგადოების ინფორმირება

- პაციენტებისათვის საინფორმაციო ბროშურების მომზადება გაიდლაინში ასახული რეკომენდაციების შესახებ და მათი ფართოდ გავრცელება. ეს კომპონენტი მნიშვნელოვანია მშობლების მოზიდვისა და ენურეზის გამო აღეკვბატიური მიმართვიანობის უზრუნველსაყოფად.

### სადაზღვევო კომპანიების ინფორმირება:

- სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა გაითვალისწინონ ეროვნული გაიდლაინით გათვალისწინებული საკითხები რესურსების განაწილებისა და ხარისხის მონიტორინგის პროცესში.

### *კლინიკური პრაქტიკის აუდიტის კრიტერიუმები:*

1. რამდენ შემთხვევაშია შემოწმებული 5 წლისა და მეტი ასაკის ბავშვები ენურეზის არსებობაზე რუტინული ვიზიტის დროს?
2. რამდენ შემთხვევაშია შეკრებილი ენურეზისთვის სპეციფიკური ანამნეზი ენურეზით დაავადებულ ბავშვებში?
3. რამდენ შემთხვევაშია ჩატარებული სათანადო ფიზიკური გამოკვლევა?
4. რამდენ შემთხვევაშია შეფასებული ენურეზით დაავადებული ბავშვის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა?
5. რამდენ შემთხვევაშია ჩატარებული აუცილებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები(შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის საერთო ანალიზი) პირველადი ენურეზის შემთხვევაში?
6. რამდენ შემთხვევაშია ჩატარებული საჭირო ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები მეორეული ენურეზის შემთხვევაში?
7. რამდენ შემთხვევაშია ჩანაწერი პაციენტის ისტორიაში პაციენტის და მისი მშობლების განათლების შესახებ?
8. რამდენ შემთხვევაშია დაწესებული სწორად არამედიკამენტური მკურნალობა (მოტივაციური თერაპია, “მშრალი ლოგინის ტრეინინგი”, შარდის ბუშტის ტრეინინგი, მალვიძარა საათი, განგაშის სისტემა)?
9. რამდენ შემთხვევაში დაინიშნა სწორად ფარმაკოლოგიური მკურნალობა (7 წლისა და მეტი ასაკის ბავშვები, როდესაც არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა არაეფექტურია)?
10. რამდენ შემთხვევაში იყო დაწესებული ფარმაკოლოგიური მკურნალობა პირველი რიგის მედიკამენტით დესმოპრესინით?
11. რამდენ შემთხვევაშია დაწესებული მონიტორინგი?
12. რამდენ შემთხვევაშია ენურეზი კონტროლირებადი?
13. რამდენ შემთხვევაშია ენურეზი არაკონტროლირებადი?

## 9. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

### მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების დონე	ხარის- ხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ეყრდნობა კოჰორტულ კვლევებს	B	ეყრდნობა II და III დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	ეყრდნობა შემთხვევა-კონტროლის კვლევებს	C	ეყრდნობა IV დონის მტკიცებულებას, შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	ეყრდნობა შემთხვევათა სერიებს	D	ეყრდნობა V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსენსუსს
V	ეყრდნობა ექსპერტთა ვარაუდს		

## 10. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

## 11. გამომყენებული ლიტერატურა

### American academy of family physicians. Evaluation and treatment of enuresis 2008

1. Nevñus T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents:report from the Standardisation Committee of the International Children's Continenence Society. *J Urol*. 2006;176(1):314-324.
2. Fritz G, Rockney R, Bernet W, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(12):1540-1550.
3. Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH, Amromin J, Benca R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*. 2001;107 (4):E60.
4. Bower WF, Moore KH, Shepherd RB, Adams RD. The epidemiology of childhood enuresis in Australia. *Br J Urol*. 1996;78(4):602-606.
5. Miller K. Concomitant nonpharmacologic therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis. *Clin Pediatr (Phila)*. 1993;Spec No:32-37.

6. Robson WL, Leung AK. Secondary nocturnal enuresis. *Clin Pediatr (Phila)*. 2000;39(7):379-385.
7. Chiozza ML, Bernardinelli L, Caione P, et al. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *Br J Urol*. 1998;(81 suppl 3): 86-89.
8. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol*. 2004;171(6 pt 2): 2545-2561.
9. Nevñius T. The role of sleep and arousal in nocturnal enuresis. *Acta Paediatr*. 2003;92(10):1118-1123.
10. von Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiberg H, Rittig S. The genetics of enuresis: a review. *J Urol*. 2001;166(6):2438-2443.
11. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Nocturnal enuresis in a nationwide twin cohort. *Sleep*. 1998;21(6):579-585.
12. Center for Health Information Management and Evaluation. Missouri monthly vital statistics. Sexual abuse and the SAFE-CARE data. Jefferson City, Mo.: Missouri Dept. of Health and Senior Services; 2001. [www.dhss.mo.gov/FOCUS/Oct2001.pdf](http://www.dhss.mo.gov/FOCUS/Oct2001.pdf). Accessed November 26, 2007.
13. Robson WL, Leung AK, Van Howe R. Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics*. 2005;115(4):956-959.
14. McGrath KH, Caldwell PH, Jones MP. The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting. *J Paediatr Child Health*. 2008;44(1-2):19-27.
15. von Gontard A, Mauer-Mucke K, Płock J, Berner W, Lehmkuhl G. Clinical behavioral problems in day- and night-wetting children. *Pediatr Nephrol*. 1999;13(8):662-667.
16. Baeyens D, Roeyers H, Demeyere I, Vertñ S, Hoebeke P, Vande Walle J. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a risk factor for persistent nocturnal enuresis in children: a two-year follow-up study. *Acta Paediatr*. 2005;94(11):1619-1625.
17. Bedwetting. Paediatric Society of New Zealand. Best practice evidence based guideline. Nocturnal enuresis. <http://www.paediatrics.org.nz/documents/2005%20documents%20denise/guidelines/Enuresis%20guideline%20final%20endorsed.pdf>. Accessed November 26, 2007.
18. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(3):371-392.
19. Canadian Paediatric Society. Community Paediatrics Committee. Management of primary nocturnal enuresis. *Paediatrics & Child Health*. 2005;10(10):611-614.
20. Cendron M. Primary nocturnal enuresis: current concepts. *Am Fam Physician*. 1999;59(5):1205-1214, 1219-1220.
21. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Treating nocturnal enuresis in children: review of evidence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004; 31(4):223-234.
22. Glazener CM, Evans JH. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003637.
23. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD004668.
24. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD002911.
25. Yagci S, Kibar Y, Akay O, et al. The effect of biofeedback treatment on voiding and urodynamic parameters in children with voiding dysfunction. *J Urol*. 2005;174(5):1994-1997.
26. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD002117.
27. Evans JH. Evidence based management of nocturnal enuresis [published correction appears in *BMJ*. 2002;324(7329):98]. *BMJ*. 2001;323 (7322):1167-1169.
28. Nevñius T. Oxybutynin, desmopressin and enuresis. *J Urol*. 2001; 166(6):2459-2462.
29. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD002238.
30. Glazener CM, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD002112.

31. Kruse S, Hellström AL, Hanson E, Hjälmes K, Sillén U. Treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis with desmopressin: predictive factors. *BJU Int.* 2001;88(6):572-576.
32. Riccabona M, Oswald J, Glauninger P. Long-term use and tapered dose reduction of intranasal desmopressin in the treatment of enuretic children. *Br J Urol.* 1998;(81 suppl 3):24-25.
33. Bradbury MG, Meadow SR. Combined treatment with enuresis alarm and desmopressin for nocturnal enuresis. *Acta Paediatr.* 1995;84(9):1014-1018.
34. Robson WL, Leung AK, Norgaard JP. The comparative safety of oral versus intranasal desmopressin for the treatment of children with nocturnal enuresis. *J Urol.* 2007;178(1):24-30.
35. Thumfart J, Roehr CC, Kapelari K, Querfeld U, Eggert P, Müller D. Desmopressin associated symptomatic hyponatremic hypervolemia in children. Are there predictive factors? *J Urol.* 2005;174(1):294-298.
36. Mellon MW, McGrath ML. Empirically supported treatments in pediatric psychology: nocturnal enuresis. *J Pediatr Psychol.* 2000;25(4):193-214.
37. El-Anany FG, Maghraby HA, Shaker SE, Abdel-Moneim AM. Primary nocturnal enuresis: a new approach to conditioning treatment. *Urology.* 1999;53(2):405-408
38. Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics.* 1997;100(2 pt 1):228-232.
39. Firoozi F, Batniji R, Aslan AR, Longhurst PA, Kogan BA. Resolution of diurnal incontinence and nocturnal enuresis after adenotonsillectomy in children. *J Urol.* 2006;175(5):1885-1888.

**European Association of Urology. Monosymptomatic Enuresis. In: Guidelines on Pediatric Urology. 2008**

**Evidence-based clinical practice guidelines: primary monosymptomatic nocturnal enuresis in primary care. (Spanish Association of Primary Pediatrics)**

## 12. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

### ავტორები:

- ⇒ ნინო გელაშვილი (ოჯახის ექიმი), რუსუდან ჩიტაიშვილი (ოჯახის ექიმი), გია მელიქიშვილი (ბავშვთა ნევროლოგი), გივი ჯავაშვილი (რედაქტორი), გურამ კიკნაძე (რედაქტორი).

### ექსპერტები:

- ⇒ პედიატრ-ნევროლოგთა ასოციაცია;
- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.