

Ошибки педиатра в лечении энуреза у детей

И. В. Казанская, Т. В. Отпущенникова

Еще до нашей эры упоминание о больных энурезом встречается на папирусных свитках Древнего Египта. «Эта проблема существует с тех пор, как наши предки начали носить одежду и пользоваться постельными принадлежностями. Энурез встречался у людей всех национальностей и во все времена» [1].

О медицинской и социальной значимости энуреза можно судить хотя бы по тому факту, что практически ни один педиатрический или урологический форум не проходит без обсуждения этой темы. Во всем мире около 10% детей в возрасте 6–7 лет страдают от энуреза (более 3 эпизодов в неделю). Распространенность недержания мочи уменьшается с возрастом. У детей 9,5 лет энурез встречается в 1,5–8% случаев (в зависимости от частоты эпизодов в неделю) [2]. Поэтому энурез считается широко распространенным заболеванием, но его влияние часто недооценивается. Привычный подход зачастую заключается в том, чтобы ждать, когда проблема разрешится сама собой. Такая тактика обусловлена, вероятно, возможностью спонтанного выздоровления к подростковому возрасту, которое отмечается у 15–17% детей [3]. В то же время постоянный энурез сохраняется у 50% пациентов старшего возраста, что указывает на склонность заболевания к рецидивированию [3, 4]. При этом необходимо помнить, что у 8–10% детей с ночным недержанием мочи в подростковом и взрослом возрасте сохраняются расстройства мочеиспускания днем, приводящие нередко к развитию психопатологических расстройств, значительному снижению качества жизни и требующие длительного лечения. Социальную значимость энуреза определяет также отношение родителей, в 61% случаев считающих мочеиспускание в постель тяжелым бременем для семьи и зачастую (в 1/3) наказывающих детей за это.

Определение и классификация

Международным обществом по проблемам удержания мочи у детей (International Children's Continence Society (ICCS)) моносимптомный энурез (МНЭ) определяется как недержание мочи в ночное время при отсутствии каких-либо симптомов нарушения функции нижних мочевых путей. Любой случай мочеиспускания в постель у людей старше 5 лет считается энурезом.

У детей с энурезом и другими симптомами со стороны нижних мочевых путей (НМП) диагностируется немонасимптомный энурез. Последний является более сложным и включает в себя основную дисфункцию мочевого пузыря (органическую или функциональную), вызывающую дневные симптомы, такие как увеличение частоты мочеиспусканий (> 8 раз/день), urgency (внезапная и срочная необходимость в мочеиспускании) и дневное недержание мочи. Перед постановкой диагноза необходимо тщательно собрать анамнез, в результате чего выявить или исключить симптомы, появляющиеся в дневное время. Любые сопутствующие симптомы со стороны нижних мочевых путей означают, что следует устанавливать диагноз «заболевание НМП, проявляющееся в дневное время». Большинство экспертов согласны с тем, что любая базовая дисфункция мочевого пузыря должна выявляться и лечиться до начала специфического лечения ночного недержания мочи.

Заболевание считают «первичным», если симптом существует постоянно, с частотой более трех эпизодов в неделю, и не выявлено периодов отсутствия энуреза свыше 6 месяцев. Его считают «вторичным», если энурез возник снова после «сухого периода» в 6 и более месяцев [5, 6]. Причиной вторичного энуреза могут быть психологические стрессовые факторы (развод или смерть родителей, рождение брата или сестры, поступление в детское дошкольное учреждение или школу, появление в неполной семье «третьего лишнего» (отчима, мачехи) и др.). Стресс — неизбежный необходимый компонент жизни человека, главное средство социализации индивида. По Г. Селье, человеку свойственна потребность в стрессе. Патогенным же является прежде всего хронический стресс, вызванный неудачами, безысходными ситуациями, крушением надежд. При длительном пребывании организма в экстремальных условиях наступают значительные изменения — физиологические, психологические и социально-психологические. Они приобретают уже необратимый характер. Организм вступает в полосу патологических повреждений. Стресс, приведший к стадии истощения, обозначают как дистресс. Дистресс — фактор риска многих заболеваний, в том числе энуреза [7].

Нарушение целостности центральной нервной системы (ЦНС) (травмы, ушибы головного, спинного мозга, нейроинфекции) или урологические причины (дебют инфекции мочевых путей, хирургические вмешательства, операции на органах мочеполовой сферы) также могут привести к возникновению вторичного энуреза. Травма головного и спинного мозга, нанесенная органу, находящемуся в состоянии быстрого развития и созревания (первые 3–6 лет жизни), прогностически особенно неблагоприятна, поскольку последствия травмы непредсказуемым образом могут проявляться в последующие годы жизни [8, 9]. По мнению ряда авторов вторичный энурез — это результат декомпенсации резидуально-органического фона с нарушением адаптационных механизмов организма при повышенных нагрузках (психологических, физиологических). Данная гипотеза определяет единство диагностики и терапии первичного и вторичного энуреза [10, 11].

Этиология и патогенез энуреза

Энурез является сложным и многофакторным заболеванием. По результатам многочисленных отечественных и зарубежных исследований выявлена полиэтиологичная природа энуреза. Порой у одного и того же больного могут присутствовать все известные на настоящее время причины энуреза. Однако в большинстве случаев выявление очевидной причины энуреза невозможно [4, 12–14].

Моносимптомный энурез у большинства пациентов обусловлен следующими патофизиологическими факторами:

- небольшими объемами мочеиспускания (< 65% от ожидаемого объема мочевого пузыря) для возраста, рассчитанного по формуле Р. Abrams, 2007: $[(30 \times \text{возраст в годах}) + 30 \text{ (мл)}]$ [15, 16];
- большим объемом мочи, производимой ночью (ночная полиурия) [17, 18];
- неспособностью проснуться в ответ на полный мочевой пузырь (повышение порога пробуждения) [19–21];
- наследственностью.

Генетически энурез представляет собой сложное и неоднородное заболевание. Описаны локусы в хромосомах 12, 13, 22 [22]. Первичный и вторичный энурез представляют собой спектр генетически детерминированных заболеваний, сопровождающихся поздним овладением навыка самостоятельного контроля за опорожнением мочевого пузыря при первичном энурезе и особой предрасположенностью к негативному воздействию социально-психологических факторов, провоцирующих возникновение вторичного энуреза [23].

Большое значение в этиопатогенезе энуреза имеет задержка созревания нервной системы с поздним становлением навыков регуляции мочеиспускания. Согласно этой концепции, незрелость ЦНС приводит к нарушению регуляции функций различных систем организма. Сторонники этой концепции предполагают, что при наличии функциональной задержки созревания ЦНС сокращение мочевого пузыря может не тормозиться во время сна. Дисфункции созревания занимают промежуточное место между органическими и психогенными расстройствами, примыкая то к одним, то к другим. Важными предрасполагающими факторами, формирующими задержку темпов созревания, являются раннее органическое поражение головного мозга гипоксического и травматического генеза, вызванное патологическим течением беременности и родов, а также травмы ЦНС и нейроинфекции [8, 24–26]. Клиническими проявлениями постгипоксической церебральной недостаточности на органном уровне является симптомокомплекс расстройств вегетативной нервной системы в виде нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, нарушений регуляции почечного кровотока и, по данным ряда авторов, циркадного ритма секреции вазопрессина. Подтверждением данной гипотезы являются высокие темпы спонтанных ремиссий энуреза — у 10–15% детей в год [27, 28].

В последнее время все большее внимание уделяют изучению психологических факторов и стресса в развитии и персистенции энуреза у детей [6].

Энурез также может быть обусловлен рядом заболеваний, таких как сахарный или несахарный диабет, неолугоурическая почечная недостаточность и др., инфекции мочевых путей, запоры [29], нейрогенный мочевой пузырь, пороки развития мочевых путей (клапаны уретры), храп или апноэ во время сна [30].

Диагностика

Диагностика предполагает комплексное поэтапное (с учетом уровня оказания помощи детям с недержанием мочи) обследование, которое состоит из нескольких этапов.

- I этап — уровень районной поликлиники.
- II этап — уровень межрайонного (окружного) диагностического центра.
- III этап — консультативно-диагностические центры/стационары — структурные подразделения многопрофильных больниц.

На первом этапе обследования (обычно это участковый педиатр) необходимо изучить анамнез, установить время появления жалоб на недержание мочи, провести оценку клинических признаков и минимальные лабораторные исследования. По показаниям проводятся дополнительные исследования.

Хотелось бы привести рекомендации С. Я. Долецкого, относящиеся к форме отношения с родителями детей:

1. Убежденное и четкое, но не категоричное изложение сведений о больном, что свидетельствует о высоком профессиональном уровне врача, вызывает доверие к нему лично и к коллективу, который он представляет.
2. Соблюдение известной дистанции при условии предельной доброжелательности облегчает взаимопонимание в сложных ситуациях.
3. Проявление таких душевных качеств, как доброта, внимание, ласка и др., необходимых для лечащего врача, вносит успокоение в сознание родителей.
4. Твердая воля при предъявлении родителям определенных требований облегчает лечебный процесс, ибо родители, теряющие порой самообладание, не всегда понимают, что их поведение нередко отражается

непосредственно на состоянии ребенка [9].

Следует помнить, что родителей обычно беспокоят самые яркие проявления — ночное недержание мочи или мокрые штанишки днем. Поэтому очень важно уже на первом этапе установить, как шло формирование рефлекса на мочеиспускание, когда были сняты памперсы (оптимальный срок — от 10 месяцев до 1,5 лет), как формировались навыки опрятности, не было ли у ребенка поллакиурии и симптомов императивного неудержания или недержания мочи. Родители чаще описывают эти состояния как «заигрался и не успел добраться до туалета, а потом пошел и помочился». Важно выяснить, не было ли недержания мочи у ближайших родственников. Энурез как патологию мы начинаем рассматривать с 5 лет, но задержку формирования зрелого типа мочеиспускания можно заметить уже с 3 лет, в случае несоблюдения правил приучения ребенка к акту управляемого мочеиспускания. Напомним, что зрелый тип мочеиспускания характеризуется не только появлением волевого контроля над мочеиспусканием (возможность помочиться без позыва и, наоборот, удержать мочу при возникновении позыва), отсутствием недержания мочи днем и во время ночного сна, но и формированием порций, соответствующих возрасту пациента. Поэтому мама должна быть информирована о нормальной частоте мочеиспускания и об объеме мочевого пузыря в различных возрастных группах (формула $V \text{ мл} = [(30 \times n) + 30]$, где n — возраст в годах, не должна быть тайной).

Собирая анамнез, нельзя забывать о том, что на многие вопросы ребенок может ответить сам. Кроме того, важно выяснить, считает ли он мокрую кровать/мокрые штанишки неудобством. В противном случае, при отсутствии четкой мотивации, дети не будут соблюдать правила лечения и рассчитывать на хороший эффект будет трудно.

Оценка ночного недержания мочи должна включать следующие вопросы, адресованные родителям:

- *Время появления энуреза.* (С рождения или после «сухого» периода более 6 месяцев?)
- *Частота недержания мочи.* (Каждую ночь? Сколько раз в неделю? Сколько эпизодов за ночь?)
- *Количество выделяемой мочи.* (Постель слегка влажная или полностью мокрая?)
- *Сухие интервалы.* (Какой самый длительный период, когда ваш ребенок оставался сухим? Сколько ему тогда было лет? Какие факторы провоцировали учащение эпизодов энуреза?)
- *Глубина сна.* (Сложно или легко разбудить вашего ребенка? Что вам приходится делать, чтобы разбудить его? Просыпается ли ребенок ночью, чтобы сходить в туалет (никтурия)?)
- *Дистресс.* (Какие негативные стрессовые факторы предшествовали появлению энуреза? Семья полная или нет? С кем проживает и кем воспитывается ребенок? Наличие в семье братьев/сестер? Характер взаимоотношения со сверстниками/родителями?)

Следует отметить, что далеко не все родители готовы к выяснению взаимоотношений в семье и тем более мало кто воспринимает их как стрессовые по отношению к ребенку. В выяснении таких вопросов педиатру необходима особая деликатность и чуткость. Для выявления психоневрологических расстройств родителям ребенка может быть предложен специальный опросник, помогающий диагностике поведенческих нарушений.

При сборе анамнеза крайне важно оценить работу кишечника. Наличие у ребенка стула 1 раз в два дня и реже, плотная консистенция каловых масс или если кал напоминает овечий являются признаками хронического запора, что может негативно отражаться на функции мочевого пузыря.

При физикальном обследовании проводят осмотр пояснично-крестцового отдела позвоночника с целью выявления пороков развития и явлений спинального дизморфизма: гиперпигментация в пояснично-крестцовой области, подкожная липома, асимметрия ягодиц, гипертрихоз, что является показанием к рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника, которая выявит костные маркеры миелодисплазии, наличие дополнительных образований и определит дальнейшее обследование в специализированном нейроурологическом центре.

Обязательным является осмотр у больных наружных половых органов с целью выявления возможной патологии (аномалии развития, рубцовый фимоз, баланопостит, синехии малых половых губ и вульвовагинит у девочек, мацерация кожи промежности при дневном недержании мочи).

Как правило, у детей с моносимптомным ночным энурезом физикальное обследование не выявляет какой-либо патологии.

Лабораторные тесты и ведение дневника мочеиспускания и дефекации

Обязательным этапом диагностического протокола является проведение лабораторных тестов для исключения (или выявления) инфекционных осложнений со стороны мочевых путей. Если в анализах мочи выявляется стойкая лейкоцитурия, которая сопровождается бактериурией, пациента нужно обязательно проконсультировать у нефролога. Если же анализы мочи нормальные, необходимо перейти к следующему важному диагностическому мероприятию — ведению дневника мочеиспускания и дефекации.

Согласно терминологии ICCS, дневник мочеиспускания предполагает регистрацию режима приема жидкости, времени появления позывов, объема выделенной мочи за одно мочеиспускание, симптомов недержания и

ургентности, оценку продукции мочи в ночное время с учетом объема принятой жидкости, регистрацию актов дефекации. Оценить ночной объем мочи можно, взвешивая пеленки (памперсы) по утрам и добавляя объем мочи, выделенный утром. Примеры ведения дневников мочеиспускания и дефекации представлены в Методических рекомендациях «Основные принципы диагностики и лечения расстройств мочеиспускания у детей и подростков» [31].

Лечение

При составлении плана лечения МНЭ следует придерживаться соблюдения четкой последовательности, основанной на рекомендациях ICCS. Пошаговое лечение может быть представлено следующим образом:

- 1 шаг — уротерапия;
- 2 шаг — alarm-терапия;
- 3 шаг — фармакотерапия.

Уротерапия — система когнитивных методов. Основная помощь на этом этапе заключается в информировании семьи и самого ребенка о соблюдении режима дня и особенно питьевого режима. При выявлении нарушения режима питья и мочеиспусканий, носящего поведенческий и ситуационный характер, требуется коррекция этих нарушений до проведения любых видов медикаментозного лечения под контролем педиатра. Питьевой режим надо организовать так, чтобы прием жидкости распределялся равномерно в течение дня, с ограничением в вечернее время. Вечером рекомендуются спокойные игры, чтение, ласка матери. Такая терапия требует поддержки родителей, желания ребенка, терпения и времени. «Скоро сказка сказывается, не скоро дело делается...»

Необходимо объяснить ребенку и родителям, как правильно опорожнять мочевой пузырь и следить за частотой стула. Полезно продолжать вести дневник регистрации частоты мочеиспусканий и эпизодов энуреза, а также времени дефекации. Эффективность уротерапии контролируется врачом каждые 1–3 месяца. При этом совместно с родителями и ребенком проводятся беседы, поддерживающие мотивацию к продолжению лечения.

После коррекции стереотипа поведения больного ребенка в течение 4–6 месяцев и при отсутствии ночной полиурии в лечение можно добавить использование ночного будильника с датчиками, реагирующими на влагу (alarm-терапия). Этот метод помогает ребенку проснуться в момент промокания белья мочой. Особенно хороший эффект этот вид лечения дает в семьях с устойчивой мотивацией не только у ребенка, но и у родителей. Если улучшения в течение первого месяца лечения не наступает, его следует прекратить и переходить к фармакотерапии.

Третий шаг — фармакотерапия. В основе базовой терапии МНЭ лежит десмопрессин — синтетический аналог антидиуретического гормона (АДГ). В России используются как таблетированная форма десмопрессина — таблетки 0,2–0,4 мг, так и подъязычные таблетки 60 мкг, 120 мкг, 240 мкг. При этом применение подъязычных таблеток десмопрессина позволяет добиться хорошего лечебного эффекта при меньшей дозе активного вещества.

Рекомендуемая схема лечения десмопрессином: 3 месяца 120 мкг в виде подъязычных таблеток 1 раз в сутки перед сном. В случае необходимости дозу можно увеличить до 240 мкг (две таблетки по 120 мкг) на ночь перед сном. Таблетку помещают под язык, где происходит ее быстрое растворение. Запивать подъязычную таблетку не надо. Доза не зависит ни от веса, ни от возраста ребенка. Врач обычно начинает с меньшей дозы, а затем постепенно повышает ее, добиваясь хорошего эффекта. Длительность лечения (отсчет ее начинается с появления «сухих» ночей) составляет 3–6 месяцев. Циклы лечения могут повторяться несколько раз — до тех пор, пока сохраняются симптомы. Согласно проведенным клиническим исследованиям и опыту применения в амбулаторной практике, препарат отлично принят маленькими пациентами и обеспечивает высокую приверженность лечению.

Очевидно, что причиной благоприятного эффекта десмопрессина при МНЭ является его антидиуретическая активность, поэтому ночная полиурия при нормальной резервуарной функции мочевого пузыря является предикторами положительного терапевтического эффекта.

Литературные данные и собственный многолетний опыт работы над проблемой расстройств мочеиспускания и энуреза позволили выявить ряд диагностических и терапевтических ошибок, допускаемых педиатрами, которые в совокупности приводят к значительному снижению эффективности лечения больных с расстройствами мочеиспускания и энурезом и позднему выявлению сопутствующей патологии.

Ошибки, допускаемые на первом этапе оказания медицинской помощи больным с недержанием мочи:

1. Недостаточно внимательно собранный анамнез: недооценка негативных биологических (патология течения беременности) и психосоциальных факторов, воздействующих первые 3–6 лет жизни, особенностей стиля воспитания ребенка.
2. Неумение или пренебрежительное отношение к ведению дневника регистрации мочеиспускания и дефекации.
3. Ложная стыдливость при осмотре наружных половых органов ребенка.

4. Несоблюдение пошагового принципа диагностики и лечения недержания мочи (начало лечения с фармакотерапии без анализа прогностических критериев эффективности медикаментозных препаратов).

Несомненно, на долю педиатров выпадает нелегкая доля первичного диагностирования и лечения. Но благодарные улыбки детей и улучшение качества их жизни, полученные в результате дифференцированного лечения высококвалифицированными педиатрами, стоят того.

Таким образом, лечение МНЭ у детей следует начинать с 5 лет. Дети, у которых вышеперечисленные методы лечения оказались неэффективными в течение 3–6 месяцев, должны обследоваться более углубленно в условиях урологического и неврологического стационара.

При наличии признаков немоносимптомного ночного энуреза лечение пациента должно проводиться урологами.

Четкое соблюдение диагностического алгоритма помогает выявить больных именно с МНЭ, а соблюдение пошагового принципа лечения позволяет добиться успеха даже при терапевтически резистентных случаях уже на уровне оказания медицинской помощи — в районной поликлинике.

Литература

1. Брызгунов И. П. Ночное недержание мочи у детей. М.: Медицина. 1982. 36 с.
2. Bower W. F., Moore K. H., Sheferd R. B., Adams R. D. The epidemiology of childhood enuresis in Australia // Br J Urol. 1996. Vol. 78. P. 602–606.
3. Папаян А. В. Энурез у детей. СПб, 1996. 77 с.
4. Delvin J. B. Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis // Irish Med J. 1991. Vol. 84. P. 118–120.
5. Lackgren G., Hjalmas K., von Gontard A., de Gennaro M., Lottmann H., Terho P. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy // Acta Paediatr. 1999; 88 (6): 679–690. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10419258>.
6. Neveus T., von Gontard A., Hoebeke P., Hjalmas K., Bauer S., Bower W., Jørgensen T. M., Rittig S., Walle J. V., Yeung C. K., Djurhuus J. C. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society // J Urol. 2006; 176 (1): 314–324. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753432>.
7. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс. 1982. 127 с.
8. Долецкий С. Я. Морфофункциональная незрелость организма ребенка и ее значение в патологии. В кн.: Нарушение созревания структур и функций детского организма и их значение для клиники и социальной адаптации / Под ред. В. В. Королева. М., 1976. С. 7–21.
9. Долецкий С. Я. Общие проблемы детской хирургии. М.: Медицина, 1984. 272 с.
10. Фесенко Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. СПб: Наука и Техника, 2010. 320 с.
11. Отпущенникова Т. В. Обоснование лечебной тактики у детей, больных энурезом, с различными вариантами дисфункций мочевого пузыря. Автореф. дисс. ... к. м. н. 2004. 18 с.
12. Lottmann H. Nocturnal enuresis — primary care awareness // BJU. 2001; 87 (suppl. 1): 68–70.
13. Ritting S., Matthiesen T. B., Hunsballe J. M. et al. Age-related changes in the circadian control of urine output // Scand J Urol Nephrol. 1995; 173: 71–76.
14. Butler R. J. Establishment of wrong definition in nocturnal enuresis // Arch Dis Child. 1991; 66: 267–271.
15. Fonseca E. G., Bordallo A. P., Garcia P. K., Munhoz C., Silva C. P. Lower urinary tract symptoms in enuretic and nonenuretic children // J Urol. 2009. Vol. 182. P. 1978–1983.
16. Neveus T., Tuvemo T., Lackgren G., Stenberg A. Bladder capacity and renal concentrating ability in enuresis-pathogenic implications // J Urol. 2001. Vol. 165. P. 2022–2025.
17. Norgaard J. P., Rittig S., Djurhuus J. C. Nocturnal enuresis: an approach to treatment based on pathogenesis // J Paediatr. 1989, Vol. 114. P. 705–710.
18. Walle J. V., Rittig S., Bauer S., Eggert P., Marschall-Kehrel D., Tekgul S. Practical consensus guidelines for the management of enuresis // Eur J Paediatr. 2012. Vol. 1716. P. 971–983.
19. Гольбин А. Ц. Патологический сон у детей. Л.: Медицина, 1979. 248 с.
20. Neveus T., Lackgren G., Tuvemo T., Stenberg A. An individualized approach towards the understanding of therapy-resistant bedwetting // BJU international. 1999, suppl. 3, Vol. 83, p. 89.
21. Watanabe H., Imada N., Kawachi A. et al. Physiological background of enuresis type I. A preliminary report // Scand. J. Urol Nephrol. 1996, vol. 31, suppl. 183, p. 7–10.
22. Neveus T., Lackgren G., Tuvemo T., Hjalmas K., Stenberg A. Enuresis-background and treatment // Scand J Urol Nephrol Suppl. 2000; 206: 1–44.
23. Hollmann E., von Gontard A., Eiberg H. et al. Molecular genetic, clinical and psychiatric correlations in nocturnal enuresis / Proceedings of the 1-st Congress of the International Children's Continence Society. Paris, 1997, p. 28–29.
24. Астрахан Д. Х., Мейерович С. И. Комплексное клинко-психологическое обследование детей с перинатальным поражением головного мозга / VII Всероссийский съезд неврологов. Нижний Новгород, 1995, № 3, с. 35–36.
25. Бадалян Л. О. Детская неврология. М.: Медицина, 1975. С. 103–105.
26. Дементьева Г. Н., Вельтищев Ю. Е. Профилактика нарушений адаптации и болезней новорожденных. Лекция. МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, 2000, 23 с.

27. Forsythe W. L., Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate: a study of 1129 enuretics // Arch Dis Child. 1974, vol. 49, p. 259–263.
 28. Alon U. S. Nocturnal enuresis // Pediatr. Nephrol. 1995, vol. 9, suppl. 3, p. 94–103.
 29. Umlauf M. G., Chasens E. R. Sleep disordered breathing and nocturnal polyuria: nocturia and enuresis // Sleep Med Rev. 2003. Vol. 7. P. 403–411.
 30. Заваденко Н. Н. Энурез: классификация, патогенез, диагностика и лечение // Невролог. журнал. 2001, № 2, с. 42–46.
 31. Основные принципы диагностики и лечения расстройств мочеиспускания у детей и подростков. Методические рекомендации № 10. М., 2013. 40 с.
-

Т. В. Отпущенникова*¹, кандидат медицинских наук

И. В. Казанская**, доктор медицинских наук, профессор

* **ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов**

** **ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва**

¹ Контактная информация: tkatina1@yandex.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.78.23.016

Ошибки педиатра в лечении энуреза у детей/ Т. В. Отпущенникова, И. В. Казанская

Для цитирования: Лечащий врач № 9/2019; Номера страниц в выпуске: 10-13

Теги: энурез, расстройство мочеиспускания, стресс
