

УДК 616.62-008.223-053-07-085

Исаков М.У., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской
психологии и с курсом психотерапии*

Андижанский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Резюме: Лечение энуреза — сложная и по-прежнему до конца не решенная проблема. Актуальность ее связана с достаточно большой распространенностью данной патологии и ее социальной значимостью.

Частота энуреза в детском возрасте, по данным разных авторов, колеблется от 2,5 до 30 %. Такой разброс данных объясняется трудностью получения достоверной информации и различной частотой патологии по возрастам (снижается с возрастом — от 20 % в 4—5 лет до 1 — 1,5 % у детей старше 15 лет).

Социальная значимость этого заболевания определяется резким снижением качества жизни ребенка, отрицательным влиянием на формирование личности и характера, что затрудняет адаптацию больных в обществе.

Ключевые слова: энурез, дошкольный возраст, лечения.

Isakov M.U., Agranovsky M.L., Muminov R.K.

*Department of Psychiatry, Narcology, Medical
Psychology and with a course of psychotherapy*

Andijan State Medical Institute

DIAGNOSIS AND THERAPY OF ENURESIS IN YOUNG CHILDREN

Resume: Treatment of bedwetting is a complex and still not fully resolved problem. Its relevance is associated with the rather high prevalence of this pathology and its social significance.

The incidence of bedwetting in childhood, according to different authors, ranges from 2.5 to 30%. This scatter of data is explained by the difficulty of obtaining reliable information and the different frequency of pathology by age (it decreases with age - from 20% at 4-5 years to 1-1.5% in children over 15 years old).

The social significance of this disease is determined by a sharp decrease in the quality of life of a child, a negative impact on the formation of personality and character, which complicates the adaptation of patients in society.

Key words: enuresis, preschool age, treatment.

Актуальность. Проблема современной диагностики причин и лечения энуреза у детей относится к числу важнейших социальных и медицинских аспектов. Международной классификацией болезней X пересмотра (1995) энурез неорганической природы определяется как стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и (или) ночью, не соответствующее психологическому возрасту ребенка.

По определению Международного общества по проблеме недержания мочи (International Continence Society - ICS), энурез – это недержание мочи в ночное время. Любой случай мочеиспускания в постель у людей старше 5 лет считают энурезом [4]. При первичном (персистирующем) энурезе отсутствует предшествующий контроль за опорожнением мочевого пузыря.

Вторичный (приобретенный, рецидивирующий) энурез, возникший после периода стабильного контроля за мочеиспусканием (не менее 6 месяцев), чаще всего свидетельствует о влиянии дополнительных патологических факторов (урологических, неврологических)[1,3].

Распространенность энуреза у детей в возрасте 4 - 15 лет, по данным разных авторов колеблется от 2,3 до 30%. У 8 – 10% детей с ночным недержанием мочи в подростковом и взрослом возрасте сохраняются

расстройства мочеиспускания днем, что нередко приводит к развитию психопатологических расстройств, значительному снижению качества жизни и требует длительного лечения.

Результатами многочисленных отечественных и зарубежных исследований определена полиэтиологичная природа ночного энуреза и невозможность в большинстве случаев выявления очевидной причины[2,5].

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 110 детей с энурезом в возрасте от 3 до 5 лет (80 мальчиков и 30 девочек), которым проводилось этапное дифференцированное лечение с учетом различных этиологических факторов заболевания.

Результаты исследования. Результаты лечения у всех 110 детей с энурезом оценивались по следующим критериям. Полным излечением от энуреза считали случаи, когда после завершения очередного курса этапного лечения энурез отмечался либо однократно (случайность), либо не отмечался вообще на протяжении последующих (без лечения) 3 месяцев. При регистрации двух и более эпизодов энуреза в течение 3 месяцев без лечения назначался вновь очередной курс этапного лечения.

Таким образом, реализованный описанный алгоритм лечения ночного недержания мочи у детей, с учетом различных этиологических и патогенетических механизмов заболевания, позволил добиться полного излечения энуреза у всех 110 пациентов. У 85 детей (77,3%) этот результат был достигнут после двух курсов терапии и у 25 детей (22,7%) — после трех курсов.

Ночное недержание мочи у детей — заболевание полиэтиологическое и требует комплексной параклинической диагностики при участии детских врачей различной специализации (уронефрологов, невропатологов, эндокринологов и детских психологов прежде всего).

В настоящее время с учетом анализа этиологических факторов заболевания, наряду с первичным и вторичным энурезом, необходимо выделять еще и смешанную форму энуреза, что должно отражаться и в существующей в настоящее время клинической классификации данного заболевания.

Патогенетическое лечение энуреза у детей должно проводиться дифференцированно, с учетом клинической формы заболевания, поэтапно, через каждые 3 месяца, до полного выздоровления.

Детям со вторичной и смешанной формой энуреза лечение оптимально проводить в условиях дневного стационара. Лечение первичной формы энуреза возможно в амбулаторных условиях при участии участкового педиатра, уронефролога или невропатолога поликлиники.

Дриптан (оксибутинин) и Минирин (десмопрессин) являются базовыми фармакологическими средствами для лечения энуреза и сопутствующих расстройств мочеиспускания. Максимальная эффективность действия оксибутинина - при полном синдроме императивного мочеиспускания, а десмопрессина – при наличии ночной полиурии.

Применение препаратов Кортексин и Пантокальцин в комплексной терапии гиперактивного мочевого пузыря и сопутствующих нервно-психических расстройств восстанавливает функции мочевого пузыря и повышает качество жизни пациентов. 5. Комплексная терапия энуреза с учетом этиопатогенеза заболевания значительно повышает эффективность лечения.

Дисфункции мочевого пузыря и энурез у детей формируются под воздействием неблагоприятных факторов перинатального периода и раннего детства, являясь наиболее яркими проявлениями симптомокомплекса расстройств вегетативной нервной системы.

Вторичный энурез – это результат декомпенсации резидуально – органического фона с нарушением адаптации при повышенных нагрузках, что определяет единство диагностики и терапии энуреза первичного и вторичного происхождения.

Вывод. Энурез представляет собой один из симптомов расстройств мочеиспускания, наблюдающихся в широком диапазоне проявлений – от изолированного непроизвольного мочеиспускания во время ночного сна до его сочетания с полным или неполным синдромом императивного мочеиспускания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Брызгунов И.П. Ночной энурез у детей и подростков / И.П. Брызгунов. — М.: Мед. практика, 2006. — С. 75.

2.Гарманова Т.Н. Энурез — теоретические основы и практические рекомендации / Т.Н. Гарманова, В.А. Шадеркина // Экспериментальная и клиническая урология. — 2014. — № 2. — С. 102-106.

3.Делягин В.М. Лечение первичного ночного неосложненного энуреза с применением назального спрея десмопрессина (Метод. рекомендации № 21) / В.М. Делягин. — М., 2009. — 20 с.

4.Фесенко Ю.А. Энурез и энкопрез у детей / Ю.А. Фесенко. — СПб.: Наука и техника, 2010. — 262 с.

5.Fonseca E.G. Lower urinary tract symptoms in enuretic and nonenuretic children / E.G. Fonseca, A.P. Bordallo, P.K. Jarcia, C. Munhoz, C.P. Silva // J. Urol. — 2009. — Vol. 182. — P. 1978-1983.