

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

УДК 616.8-009.22/222-07-08

Г.Л. Пономарева

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

G.L. Ponomareva

CHILD'S PELVIC ORGANS DYSFUNCTION

Кировская государственная медицинская академия

Нарушение функций тазовых органов – нередкая патология нервной системы, особенно в детском возрасте. Большой интерес представляет алгоритм обследования и лечения наиболее часто встречающегося заболевания – энуреза. Подробно описана не только тактика и ведение больного педиатром или семейным врачом, но и лечение народными средствами и помощь на этапе беседы с родителями. Не менее актуальна проблема функциональных запоров, что нашло отражение в алгоритме ведения таких больных. Данная статья направлена на стандартизацию обследования и лечения больных с нарушениями тазовых функций педиатрами и врачами общей практики.

Ключевые слова: нарушения функций тазовых органов, дети, обследование, лечение.

Pelvic organs dysfunction is not rare nervous system disorder especially in childhood. Algorithm of examination and treatment of the most frequently occurring disorder enuresis is of a great interest. Not only strategies and way of treating patient by pediatrician or family physician is fully described, it is also about natural remedies treatment and assistance during conversation with parents. Another relevant problem is functional constipation, it is reflected in the algorithm of treating such patients. This article is aimed to standardizing examination and treatment of patients with pelvic organs dysfunction by pediatricians and family physicians.

Key words: pelvic organs dysfunction, children, examination, treatment.

Нарушения мочеиспускания у детей встречается в клинической практике любого специалиста, особенно педиатра, достаточно часто. Но не всегда участковые педиатры правильно ориентируются в методах диагностики и профилактики данной патологии. Наша статья поможет разобраться в этой не легкой для пациента проблеме.

С рождения до 6 месяцев мочевой пузырь опорожняется по мере накопления мочи. С 6 месяцев до одного года ребенок начинает ощущать и пытается как-то «сигнализировать» о необходимости помочиться. Внимательная мать замечает это. С этого времени целесообразно начать обучение ребенка, пытаться привить ему гигиенические навыки. После года идет активное формирование условного рефлекса на удержание мочи и опорожнение мочевого пузыря. Этому способствует правильное воспитание ребенка. Условный рефлекс обычно формируется к 3–4 годам. Расстройства мочеиспускания – патология, которая непосредственно не угрожает жизни больного, но является, несомненно, значимой проблемой, приводящей к более или менее выраженному ограничению

психической и физической активности пациента, затрудняющей его социальную адаптацию и общение со сверстниками, способствующей отставанию в учебе, конфликтным ситуациям в семье. Насколько эта проблема значима для самого ребенка, говорит тот факт, что дети с нарушениями мочеиспускания ставят ее на 3-е место после таких стрессов, как смерть родителей и возможность ослепнуть. Необходимо подчеркнуть, что данная патология касается не только самого пациента, но и его микроокружения, что, в свою очередь, может поддерживать торпидность течения расстройств мочеиспускания. Тем более описанный комплекс проблем актуален для детей, особенно в определенные, критические с точки зрения психофизиологических изменений периоды (в преддошкольном, дошкольном и школьном периоде, при вовлечении ребенка в новую социальную группу – детский сад, школьный коллектив, в пре- и пубертатном периоде) [3, 5, 9].

Среди расстройств мочеиспускания следует выделить: физиологическое недержание мочи, нейрогенные дисфункции мочевого пузыря, энурез и дизурические явления (расстройства мочеиспускания, обусловленные инфекцией нижних мочевых путей, – уретрит, баланит, вульвит, цистит).

Физиологическое недержание мочи

Данное явление не относится к патологии до определенного возраста и характеризует этапы формирования функции мочевого пузыря. С рождения до 6 месяцев у ребенка имеет место «незрелый тип мочеиспускания». Рефлекторные дуги мочевого пузыря замыкаются на уровне спинного и среднего мозга, и мочеиспускание осуществляется рефлекторно по мере накопления мочи (до 20 раз в сутки). С 6 месяцев ребенок начинает ощущать наполнение мочевого пузыря и пытается «сигнализировать» окружающим о необходимости опорожнить его (ребенок становится сосредоточенным, начинает тужиться, иногда плакать и успокаивается после мочеиспускания). Поэтому врач, к которому обратились родители с такими «жалобами», должен успокоить родителей и объяснить, что на данном этапе у малыша формируется корковый контроль над мочеиспусканием. Но для исключения различных заболеваний органов мочевыделительного тракта ребенку необходимо провести ультразвуковое обследование и общий анализ мочи. С этого времени родителям целесообразно приступать к началу обучения малыша «туалетным» навыкам. После года происходит еще более активное становление условного рефлекса, у ребенка формируется центральное торможение мочеиспускания и увеличивается емкость мочевого пузыря [1, 5].

Завершение формирования функции мочевого пузыря («зрелый тип мочеиспускания») происходит к 3–4 годам и характеризуется рядом показателей:

– соответствие объема мочевого пузыря возрастным нормативам (колебания объема мочи в течение суток от 60 до 160 мл);

– адекватное диурезу и объему мочевого пузыря число мочеиспусканий в сутки (7–9 раз);

- полное удержание мочи днем и ночью;
- умение задерживать на время и прерывать при необходимости мочеиспускание;
- умение опорожнять мочевой пузырь без предшествующего позыва при малом его объеме за счет волевого регулирования акта мочеиспускания;
- определенное поведение, сопровождающее акт мочеиспускания (уединение, гигиена и др.).

Если наполненный мочевой пузырь может разбудить ребенка, то корковый контроль над функцией мочеиспускания сформирован. Учитывая возраст, недержание мочи, как наиболее яркое проявление расстройства мочеиспускания, считается патологией обычно у детей старше 5 лет. В этом возрасте регулярное недержание мочи требует обследования и лечения у различных специалистов.

Функциональные нарушения мочеиспускания у детей

Международное общество по удержанию мочи у детей (ICCS) рассматривает функциональное недержание мочи у детей как недержание мочи в отсутствии каких-либо нейрогенных или анатомических причин. Функциональное недержание мочи может быть вызвано гиперактивностью мочевого пузыря (ургентный синдром или ургентное недержание мочи) или нарушением мочеиспускания при наличии или отсутствии гиперактивности детрузора (дисфункциональное мочеиспускание) [4, 7, 8, 9].

Ургентный синдром (ургентное недержание мочи)

Ургентное (императивное) недержание мочи – это состояние, когда ребенок испытывает императивный (ургентный) позыв к мочеиспусканию, возникающий внезапно и требующий безотлагательного мочеиспускания. Это недержание мочи является признаком гиперактивности мочевого пузыря (ГАМП). Этот тип недержания мочи наиболее распространен и составляет 52–58% от всех детей с недержанием мочи.

Дисфункциональное мочеиспускание (ДМ)

ДМ – это любая функциональная аномалия, которая приводит к патологическому мочеиспусканию. ICCS определяет дисфункциональное мочеиспускание как «гиперактивность уретрального сфинктера в фазу мочеиспускания у неврологически нормально-го ребенка». ДМ является самой распространенной причиной дневного недержания мочи у детей и часто служит причиной возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса и инфекций мочевых путей. Примерно в 40% случаев причиной визита к детскому урологу является именно дисфункциональное мочеиспускание. Эта форма нарушения мочеиспускания вызвана дискоординацией между детрузором и наружным уретральным сфинктером/мышцами тазового дна. Обычно пациенты имеют недержание мочи, инфекции мочевых путей и хронические запоры.

Существует 3 формы дисфункционального мочеиспускания. Признаки мочеиспускания типа *staccato* (стаккато) – это периодические подъемы активности мышц тазового дна во время мочеиспускания с пролонгированным временем мочеиспускания

и в некоторых случаях с наличием остаточной мочи. Фракционированное (или прерывистое) мочеиспускание характеризуется неполным и редким мочеиспусканием. Струя мочи выделяется отдельными фракциями. Объем мочевого пузыря обычно увеличен, и имеет место остаточная моча. Обычно сокращения детрузора нормальные, но очень сильные сокращения мышц тазового дна вызывают дисфункциональное мочеиспускание. У пациентов с фракционированным мочеиспусканием и мочеиспусканием типа *staccato* уродинамические исследования могут показывать гиперактивность детрузора. В целом на долю ДМ приходится 31% от всех случаев функционального недержания мочи у детей. Синдром ленивого мочевого пузыря (*lazy bladder syndrome*) – это еще одна форма дисфункционального мочеиспускания. Характеризуется редким мочеиспусканием и мочевым пузырем с большой емкостью. Чаще встречается у девочек и характеризуется редкими мочеиспусканиями через 8–12 ч, которые могут перемежаться с недержанием мочи. При этом нередко отмечаются запоры, а длительная задержка мочи в мочевом пузыре приводит к развитию инфекции нижних отделов мочевой системы. Мочеиспускание у данной категории детей требует дополнительных усилий со стороны мышц передней брюшной стенки, но даже при этих условиях оно нередко носит прерывистый характер и не сопровождается полным опорожнением мочевого пузыря.

Редкие мочеиспускания могут иметь поведенческий характер, или лежащий в их основе явный дефицит активности мышц-выталкивателей (гипорефлексия детрузора). Особенностью лечения является обеспечение частого мочеиспускания (через 2 ч), а для полной эвакуации мочи – двойное мочеиспускание. В редких случаях указанная дисфункция сочетается с расширением верхних отделов мочевой системы. Встречается только у 4% детей с недержанием мочи [4].

Синдром Хинмана

Данный симптомокомплекс впервые описан F. Hinman и F. Vauman в 1973 г. и является наиболее тяжелым вариантом дисфункционального мочеиспускания (или детрузорно-сфинктерной диссинергии). Данный синдром представляет собой угрозу развития гипертензии и хронической почечной недостаточности.

Синдром Очоа (урофациальный синдром)

Описан колумбийским урологом Очоа. Синоним данной патологии – урофациальный синдром обусловлен изменением выражения лица при смехе, создающей впечатление крика или плача. Существует гипотеза, которая объясняет взаимосвязь выражения лица и расстройств функции мочевого пузыря. Она заключается в предположении о близости центров мочеиспускания и лицевого нерва в стволе головного мозга, и нарушения в этой области могут затрагивать некоторые органые функции. Данный симптомокомплекс имеет много общих особенностей с синдромом Хинмана. Возраст больных – от 3 мес. до 16 лет. Предполагается наследственная причина данной патологии. Клиническая картина характеризуется дневным и/или ночным энурезом, хроничес-

кими запорами, рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей, высокой частотой гидронефроза. Синдром Очоа представляет угрозу развития гипертензии и хронической почечной недостаточности.

Недержание мочи при смехе

Распространено среди девочек предпубертатного и пубертатного возраста и иногда сопровождается полным опорожнением мочевого пузыря. При уродинамическом исследовании обычно изменений не находят, но в редких случаях обнаруживают неподдающиеся сокращения мочевого пузыря (гиперактивный мочевой пузырь). Это состояние может ликвидироваться самостоятельно. Есть сообщения об эффективности препарата метилфенидат (Риталин) при этом виде недержания мочи [9].

Энурез

Слово «enuresis» имеет греческое происхождение и означает «истечение мочи». На сегодняшний день существует множество определений энуреза. Приведем лишь некоторые из них:

1. Американская Психиатрическая Ассоциация определяет энурез как «повторяющееся непроизвольное опорожнение мочевого пузыря во сне или в период бодрствования в возрасте пяти лет и старше».

2. Энурез – непроизвольное мочеиспускание ребенка в одежду или ложе в возрасте, когда контроль мочеиспускания должен быть достигнут, при условии отсутствия медицинской патологии.

3. Энурез – нормальное опорожнение мочевого пузыря, происходящее в несоответствующее или социально недопустимое время или в несоответствующем или социально недопустимом месте.

4. Энурез – ненамеренное мочеиспускание днем и/или ночью ребенком в возрасте пяти лет и старше, при отсутствии врожденных или приобретенных дефектов нервной системы или мочевого тракта.

5. Энурез – непроизвольное мочеиспускание во время ночного сна не менее чем 2 раза в месяц у детей в возрасте, когда имеется нормальный контроль за функцией мочевого пузыря (начиная с возраста 4–6 лет) при отсутствии врожденных или приобретенных дефектов мочевого тракта.

По определению Международного общества по борьбе с недержанием мочи, энурез – это «...объективно демонстрируемое состояние, при котором бесконтрольное мочеиспускание является социальной или гигиенической проблемой».

Классификация

Принято выделять дневной энурез, при котором отмечается недержание мочи в течение дня (во сне и в состоянии бодрствования), и ночной энурез, при котором мочеиспускание происходит во время ночного сна (распространенность последнего значительно выше). Кроме того, различают первичный (персистирующий) и вторичный (приобретенный) энурез. При первичном энурезе у пациента с рождения никогда не было контроля за мочевым пузырем, а при вторичном – недержание мочи появляется после периода стабильного контроля за мочеиспускани-

ем. Энурез бывает также осложненным и неосложненным. Неосложненный энурез диагностируется в случае объективного отсутствия отклонений в соматическом и неврологическом статусах пациента [1, 3, 4, 5, 8].

Минимальный возраст для установления диагноза «энурез» составляет 5 лет.

Шифры по МКБ X

N31 Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря.

N31.0 Незаторможенный мочевой пузырь, не классифицируемый в других рубриках.

N31.1 Рефлекторный мочевой пузырь, не классифицируемый в других рубриках.

N31.2 Нейрогенная слабость мочевого пузыря, не классифицируемая в других рубриках.

N31.8 Другие нервно-мышечные дисфункции мочевого пузыря.

N31.9 Нервно-мышечные дисфункции мочевого пузыря неуточненные.

N39.3 Непроизвольное мочеиспускание.

N39.4 Другие уточненные виды недержания мочи.

F98.0 Энурез неорганической природы.

R32 Недержание мочи неуточненное.

Невротическое недержание мочи

В детском возрасте чаще наблюдается астенический невроз и неврозы навязчивых состояний – навязчивые мысли, страхи, движения. Невроз вызывается только психической травмой. Причиной может быть, например, какое-то заболевание с госпитализацией ребенка без родителей. Нередко неврозы возникают при использовании (или при ожидании) болезненных процедур. Имеют значение болезни родителей, конфликты дома и в детских учреждениях и др. В ряде случаев родители не могут отметить явную психическую травму, так как они оценивают события иначе, чем дети. В этих случаях после психического воздействия энурез появляется у ребенка со сформированным рефлексом мочеиспускания, после того, как он уже какое-то время был «сухим».

Невротическое недержание мочи имеет свои особенности:

- бывает нечасто, непостоянно, нерегулярно;
- может быть ночью, реже днем;
- в спокойной обстановке проходит;
- дети переживают, огорчаются из-за своего состояния;
- сон чаще поверхностный (много сновидений, часто тревожных).

Психиатр или психоневролог выявляет у ребенка другие проявления невроза, а часто и причину возникновения. В подобных случаях энурез проходит при элементарной терапии в детских санаториях, в стационаре или при восстановлении благоприятной обстановки в семье и детском саду или школе [2, 5].

Генетически обусловленное недержание мочи

В развитии данного вида недержания мочи (НМ) имеет значение наследственный фактор. Так, если и отец, и мать в детстве страдали генетически обусловленным НМ, то риск развития этого заболе-

вания у ребенка близок к 77%, если страдал один из родителей, то данный показатель составляет 43%. В отсутствиеотягощенной наследственности по этому заболеванию риск развития его составляет всего 15%. Дети, страдающие генетически обусловленным НМ, по сравнению со здоровыми детьми выделяют ночью большее количество концентрированной мочи. Относительная никтурия у таких детей обусловлена селективным нарушением ночной секреции антидиуретического гормона (АДГ), или вазопрессина. Кроме этого, она может быть связана с повышенной ночной резистентностью почек к эндогенному АДГ, что характерно в основном для подростков и молодых людей, страдающих ночным НМ. При данном виде энуреза у членов семей выявлены изменения в длинном плече 13-й хромосомы (локусы 13q13 и 13q14.2, названные маркерами Enuri) [1, 2, 3, 8].

При диагностике НМ, обусловленного ночным дефицитом АДГ, имеют значение следующие признаки:

- наличие НМ у ближайших родственников в детстве;
- относительная никтурия;
- отсутствие заболеваний почек и органов мочеполовой системы;
- отсутствие психоневрологических заболеваний.

Энурез при неврозоподобных состояниях

Основой неврозоподобных состояний является микроорганика центральной нервной системы. Чаще причинами неврозоподобных состояний являются остаточные явления перинатальной патологии ЦНС, последствия травм ЦНС, остаточные явления нейроинфекций и генетические заболевания. Это самая частая причина энуреза у детей. При неврозоподобных состояниях задерживается формирование условного рефлекса мочеиспускания, и энурез наблюдается с рождения. По мере улучшения функций ЦНС созревает механизм центрального торможения позыва на мочеиспускание, и рефлекс с запозданием, но постепенно вырабатывается. Соответствующая терапия ускоряет формирование рефлекса. Нередко при неврозоподобных состояниях у детей бывает очень глубокий сон. Что может быть следствием повреждения ЦНС, симптомом церебрастении. У некоторых детей глубокий сон является генетической особенностью. Именно у пациентов с неврозоподобными состояниями часто выявляется нейрогенная дисфункция мочевой системы. Она часто сочетается с аномалией мочевых путей, рефлюксами. Это вполне понятно, т.к. повреждающие перинатальные факторы влияют не только на ЦНС, но и могут обусловить развитие аномалий, патологию периферических нервных рецепторов, позднее созревание [2, 3, 4, 5].

- энурез при неврозоподобных состояниях имеет свои особенности:
 - чаще «регулярный», каждую ночь или почти каждую ночь;
 - может быть несколько раз за ночь;
 - ребенок мокрый не просыпается;
 - энурез учащается при утомлении, не зависит от стрессов, конфликтов и др;

- ребенок не переживает, не огорчается;
- часты симптомы церебрастении: утомляемость, головная боль, головокружение;
- часто выявляются симптомы, указывающие на наличие гипертензионно-гидроцефального синдрома или его последствий;
- нередко выявляются изменения на ЭЭГ, ЭХО-ЭГ;
- часто глубокий сон (не видит или не помнит снов, мокрый не просыпается);
- часто выявляется нейрогенная дисфункция мочевой системы.

Вопросами нейрогенной дисфункции мочевого пузыря занимаются урологи. Для изучения используются специальные методы оценки уродинамики нижних мочевых путей – урофлуорометрия, цистометрия, профилометрия уретры и др.

Диагностика

При постановке диагноза необходимо учитывать диагностические критерии (МКБ-10):

- возраст ребенка не менее 5 лет (Алгоритм диагностики и лечения первичного ночного энуреза у детей. Протокол заседания № 6 от 17.12.2004);
- частота произвольного или преднамеренного упускания мочи в кровати или одежде не реже 2 раз в месяц у детей до 7 лет, и не реже 1 раза в месяц у детей в возрасте 7 лет и старше;
- отсутствие анатомических аномалий мочевой системы, эпилептических припадков, неврологических расстройств или психических заболеваний;
- длительность энуреза не менее 3 мес.

Четкий алгоритм диагностических мероприятий позволяет врачу при первичном обращении пациентов с жалобами на нарушения мочеиспускания и недержание мочи определить, в какой степени это состояние является проявлением ГАМП или моносимптоматического энуреза, лечение которых входит в компетенцию педиатра [2, 4, 9].

В первую очередь необходимо тщательно собрать анамнестические данные, причем помимо акушерского анамнеза следует уточнить семейный анамнез с выявлением заболеваний нервной и мочевой систем, наличие энуреза у родителей и родственников. В анамнезе жизни ребенка, кроме перенесенных заболеваний и травм, выясняются особенности воспитания, формирование навыков опрятности, поведение ребенка, условия проживания в семье, пищевой режим (детям старше года требуется не более 1,0–1,5 литра жидкости в сутки), характер сна.

При первичном обращении к врачу собирается подробный анамнез нарушений мочеиспускания с уточнением возраста возникновения, наличия и длительности «сухого» периода, частоты эпизодов недержания мочи и времени их возникновения (день, ночь), характера струи мочи, наличия императивных позывов, недержания мочи при напряжении, наличия сопутствующего запора или энкопреза и инфекции мочевыводящих путей. Детальное тщательное изучение истории болезни заболевания позволит избежать в последующем многих ненужных обследова-

ний и правильно назначить необходимую терапию. Основопологающая роль в диагностике нарушений функции мочевого пузыря отводится клиническому анализу мочеиспускания. Функциональное состояние оценивается путем регистрации родителями ритма спонтанных мочеиспусканий у ребенка в домашних условиях в течение 2–3 дней (отмечается время и объем каждого мочеиспускания, результаты записывают в виде таблицы); врачом заполняются специальные таблицы, позволяющие выявить «зрелый тип мочеиспускания» и синдром императивного мочеиспускания. В дальнейшем эти данные помогут оценить эффективность проводимой терапии. При физикальном осмотре исследуются органы брюшной полости и урогенитальной системы. Проводится осмотр поясничной области с целью выявления эпителиальных втяжений, оволосения кожных покровов в области крестца, указывающих на возможность аномалий строения позвоночника и спинного мозга. При исследовании неврологического статуса обращают внимание на состояние двигательной, чувствительной и рефлекторной сферы (обязательно исследуется чувствительность в области промежности и тонус анального сфинктера). Обязательно проведение нескольких общих и одного количественного анализов мочи, при необходимости – бактериологического исследования. Показана проба Зимницкого для оценки функционального состояния почек. Для исключения пороков развития мочевой системы используется скрининг-метод – проведение ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря. Необходимо проводить исследование до и после мочеиспускания, лежа и стоя. С помощью ультразвукового исследования можно определить расположение мочевого пузыря, толщину его стенок, наличие остаточной мочи (в норме толщина стенки мочевого пузыря при его наполнении не превышает 2 мм, а количество остаточной мочи не должно превышать 10% от выделенной) [2, 4, 9].

При выявлении урологической и неврологической патологии пациенты нуждаются в обследовании в условиях специализированного стационара. При необходимости проводятся более детальные обследования:

1. Электроэнцефалография (ЭЭГ) – исследование головного мозга, основанное на графической регистрации его электрических потенциалов при помощи аппарата электроэнцефалографа и направленное на выявление участков мозга с патологической активностью.

2. Цистография – рентгенологическое исследование мочевого пузыря, при котором в него с помощью катетера вводится контрастное вещество и затем делается три рентгеновских снимка наполненного мочевого пузыря, в момент мочеиспускания и после опорожнения мочевого пузыря. Направлено на выявление нарушений в работе мочевого пузыря.

3. Внутривенная урография – рентгенологическое исследование почек с помощью введенного внутривенно контрастного вещества, что позволяет

сделать серию рентгеновских снимков для изучения формы, размеров, положения и функции почек и мочевыводящей системы.

4. Нейросцинтиграфия – исследование почек с помощью введенного внутривенно радиоизотопа, способного накапливаться в почечной ткани, что фиксируется аппаратурой и позволяет узнать объем нормально функционирующей ткани почек и ее чашечно-лоханочной системы.

5. Цистоскопия – исследование слизистой оболочки мочевого пузыря и уретры с помощью оптического прибора цистоскопа.

6. Урофлуометрия – исследование способности мочевого пузыря и мочевого сфинктера (круговой мышцы, находящейся в месте перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал и препятствующей произвольному мочеиспусканию) удерживать мочу.

Таким образом, исключив на первичном этапе порок развития мочевого тракта и позвоночника, инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы, заболевания центральной нервной системы, эндокринную патологию, педиатр может назначить терапию. Если при активном лечении энуреза неврологом, психиатром или педиатром в течение 6–12 месяцев эффекта нет, необходимо рентгеноурологическое исследование, так как возможны аномалии мочевой системы, которые при УЗИ не могут быть выявлены.

Лечебные мероприятия

Энурез нужно лечить, потому что у детей на фоне энуреза часто развиваются неврозы, появляется чувство неполноценности, ущербности, которые могут сохраняться в дальнейшем длительное время, даже после ликвидации энуреза. Лечебные мероприятия зависят от формы энуреза, однако при любой форме энуреза показаны диетические и санитарно-гигиенические мероприятия.

Назначения педиатра при любом виде энуреза

Лечение любых видов энуреза необходимо начинать с режимных моментов, которые направлены на коррекцию поведения ребенка и выработку условного рефлекса мочеиспускания [2, 6, 7, 10].

1. Адекватная психотерапия (невроз, неврозоподобное состояние).

2. Режим (спокойная обстановка, без перегрузок – телевизор, гости, ссоры и т.д.).

3. Диета: ужин за 3 часа до сна без продуктов, обладающих мочегонным действием – молочные продукты (молоко, кефир, творог, сметана, сливки), яблоки, огурцы, крепкий чай и кофе. На ужин можно дать яйцо, сухие рассыпчатые каши (гречка, рис, пшено) с маслом, вареньем, сахаром, бутерброд с сыром. Один стакан слабозаваренного чая. За 20–30 минут до сна дается хлеб с кусочком сельди или присолненный.

4. Последний час перед сном 3 раза ребенку нужно помочиться (каждые 20 минут).

5. Рекомендуются теплая, жесткая постель. Желательно спать на спине с валиком под коленями.

6. ЛФК для укрепления мышц спины, живота, промежности. Рекомендуются велосипед, роликовые и обычные коньки, лыжи, плавание, если нет противопоказаний.

Лечение невротического недержания мочи

1. Создание лечебно-охранительного режима.

Необходимо создание спокойной обстановки. Нельзя упрекать, тем более наказывать ребенка. Не рекомендуется будить детей с неврозом. Разговор с ребенком врача и родителей должен быть успокаивающим и вселяющим уверенность, что энурез обязательно пройдет, все будет хорошо.

2. Седативная терапия: теплая ванна перед сном, прием санасола, фитотерапия (пассифлора, пустырник, валериана, персен, ново-пассит).

3. Лечебная физкультура.

Лечение генетически обусловленного энуреза

При выявленном ночном дефиците вазопрессина эффективен его синтетический аналог Десмопрессин (Адиуретин СД, Минирин) [2, 6, 7, 10]. Адиуретин СД выпускается в каплях, закапывается 1 раз в сутки перед сном на носовую перегородку. Доза равномерно делится на оба носовых хода. Начальная доза при площади поверхности тела менее 1м² – 2 капли (10 мкг), при площади более 1м² – 3 капли (15 мкг). Минимальная доза дается 5–6 дней. Далее при отсутствии эффекта доза повышается по 1 капле в неделю и устанавливается индивидуально в зависимости от эффекта. Максимальная доза при площади поверхности тела менее 1м² – 6–8 капель, при большей площади – до 8–10 капель. Курс лечения ориентировочно до 6–12 недель. Если энурез возобновляется, лечение можно продолжить до 6–12 месяцев. Адиуретин СД оказывает выраженное антидиуретическое действие, в то время как его влияние на гладкую мускулатуру внутренних органов по сравнению с природным АДГ значительно снижено. Терапия адиуретином СД оправдана, если НМ наблюдается не чаще чем 2–3 ночи в неделю. Адиуретин СД не следует назначать при сниженной функции почек, наличии обструктивной уро-, нефропатии, в активной фазе пиелонефрита, цистита; при повышенном артериальном давлении, заболеваниях печени. В случае развития острого ринита у больного лечение Адиуретином СД следует на время заболевания прервать.

Минирин выпускается в таблетках по 0,1–0,2 мг, в упаковке по 30 штук. Оптимальная доза подбирается индивидуально. Начальной дозой является прием 0,2 мг минирина на ночь (однократно). В случае недостаточного эффекта доза может быть увеличена до 0,3 мг, впоследствии – до максимальной 0,4 мг. Курс лечения составляет 3 месяца. Эффективность – до 80–90%.

Лечение энуреза при неврозоподобных состояниях

Поскольку в основе данного вида энуреза лежит неврологическая патология, целесообразно, чтобы лечение проводил невролог. При сочетании с нефроурологическим заболеванием необходимо совместное наблюдение специалистов [2, 6, 7, 8, 10].

Терапия неврозоподобного энуреза включает целый ряд психологических и лечебных мероприятий:

1. Разговор врача и родителей должен быть мобилизующим, т.е. необходимо разъяснить, что только при старании самого ребенка можно вылечиться.

2. Существенное значение имеют психологические мероприятия. Ребенок сам должен в графике отмечать «сухие» ночи и анализировать итоги вместе с родителями. Поощряются его успехи словесно либо какой-то наградой, а неудачи обычно игнорируются.

3. Целесообразно использование рефлексотерапии.

4. При неврозоподобном энурезе детей рекомендуется будить и добуживаться, чтобы ребенок мочился в туалет, полностью проснувшись, сознательно. Это способствует выработке рефлекса. Будить необходимо в одно и то же время, предварительно установив, в какое время ребенок мочится (в начале ночи или позже).

5. Обязательно лечение неврологом основного заболевания – гипертензионно-гидроцефального синдрома, церебрастении, вегетативной дистонии. Если у ребенка глубокий сон, показаны мероприятия или препараты, делающие сон менее глубоким (душ перед сном, жесткая постель). Тонизирующим, возбуждающим действием обладают препараты красавки (белладонны): настойка красавки, экстракт красавки сухой, беллатаминал, белласпон. Все препараты назначают перед сном. Доза подбирается индивидуально, начиная с минимальной (меньше обычной возрастной). Доза эффективна, если у ребенка появились сновидения и он стал легче просыпаться для мочеиспускания.

6. Рекомендуются препараты, улучшающие метаболические и биоэнергетические процессы в нервных клетках, влияющие на нейромедиаторные системы мозга – ноотропы (пирацетам, ноотропил, пикамилон, энцефабол, фенибут, семакс, когитум и др). Дозы возрастные. Курс лечения 2–3 месяца, по показаниям проводятся повторные курсы. В случаях глубокого сна последняя доза дается перед сном. Если общеневрологических показаний к ноотропам нет, препарат может назначаться один раз в сутки только перед сном с целью уменьшения глубины сна. Целесообразно назначение аминокислот: глутаминовой кислоты, глицина. Курс лечения 1–1,5 месяца.

7. Трициклические антидепрессанты (имипрамин, мелипрамин, amitриптилин) в последние годы назначают реже. Антидепрессанты делают сон менее глубоким и назначаются при энурезе перед сном. Доза подбирается строго индивидуально в стационаре, под строгим врачебным контролем. Эффект может проявиться в первые 2 недели. Курс лечения 1–2 месяца при хорошей переносимости.

8. Показано периодическое назначение препаратов, улучшающих трофику тканей, в том числе и мочевого пузыря: витамины В6, В15, В1, В2, А, Е, анаболические препараты – оротат калия или карнитин. Дозы возрастные. Курс 1 месяц.

9. Всем детям назначается ЛФК для укрепления

мышц спины, живота, промежности, позвоночника. Курсы массажа повторяются 2–3 раза в год.

Беседа врача с родителями: основные положения

Родителям важно знать, что энурез, как и любое заболевание, у каждого ребенка протекает по-разному. К настоящему времени известно более 300 самостоятельных методов его лечения. Правильное распознавание расстройства и индивидуальный подбор соответствующих методов для каждого конкретного малыша гарантируют полное выздоровление в оптимально короткие сроки, а выполнение всех рекомендаций специалиста и назначенных процедур, вкупе с подключением психологических семейных ресурсов, быстро приводят к стойкому положительному эффекту [2, 10].

Основные рекомендации для родителей (что нужно довести до сознания родителей): При резко возникшем энурезе в первую очередь нужно устранить ситуацию, травмирующую психику ребенка. Обеспечить в семье максимальное спокойствие, снять конфликтную атмосферу, нормализовать психологический климат. Хроническая конфликтность в семье часто приводит к усугублению проблемы. Ребенку требуется уделить больше внимания: читать вместе книги, ходить на прогулки, особенно перед сном.

Детям, страдающим энурезом, устанавливается определенный режим питания и употребления жидкости: не менее чем за 2 часа до сна ее количество снижается или питье отменяется вовсе. Важно соблюдать эти правила и приучать ребенка к новым стереотипам питания, например, к ограничению соленой и острой пищи, которая усиливает жажду. Можно заменить соки, чай, компот долькой апельсина, яблока. Если малыш настойчиво просит пить, его можно отвлечь чем-нибудь, дать маленькую ложку напитка. Постепенно такой режим питания становится привычным для ребенка и не вызывает сложностей в соблюдении. Если ребенок категорически отказывается спать днем, не надо делать из укладывания стрессовую ситуацию. Малыш может провести послеобеденное время в кресле, слушая знакомую сказку или кассету. Важно на протяжении лечения сократить или временно отказаться от длительного просмотра телепередач и увлечения компьютерны-

ми играми, которые сильно влияют на неокрепшую нервную систему ребенка. Книга в этом случае может заменить телевизор. Перед ночным сном неплохо максимально ритуализировать занятия, то есть в одном и том же порядке каждый вечер совершать вместе с ребенком одни и те же действия. Например, убирать игрушки на место, купаться, рассказывать сказку или спонтанно придуманную историю с продолжениями, выполнять вечерние рекомендации врача.

Энурез является важной проблемой в детском возрасте. Своевременное выявление и лечение энуреза у детей поможет предупредить негативное воздействие этой патологии на формирование личности, на психическое состояние ребенка и его адаптацию в обществе.

Литература

1. Абрамович Э.Е. Раннее выявление энуреза у детей. Педиатрия, 1999; (4), С. 94–95.
2. Алгоритм диагностики и лечения первичного ночного энуреза у детей. Пособие для врачей. М.: СПР МФОЗМиР. 2006. 26 с.
3. Брызгунов И.П. Ночной энурез у детей и подростков. М.: МЕДПРАКТИКА – М. 2006. 76 с.
4. Казанская И.В., Отпущенникова Т.В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение. Вопросы современной педиатрии. 2003; 2(6), С. 58–64.
5. Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Захарова И.Н. Энурез у детей. М., 2002. 35 с.
6. Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиций доказательной медицины (Методическое пособие для врачей педиатрических специальностей). М.: СПР МФОЗМиР, Изд. Дом «Династия», 2003. 28 с.
7. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы лечения. СПб. ООО «Элби-СПб», 2003. 134 с.
8. Папаян А.В. Энурез у детей. Под ред. Ю.В. Наточина. СПб.: Фолиант. 1998. 79 с.
9. Осипов И.Б., Смирнова Л.П. Неврогенный мочевого пузыря у детей. СПб: «Питер». 2001. 80 с.
10. Цыган А.Н., Устинова Т.С., Филатов М.В. и др. Лечение первичного ночного энуреза в амбулаторных условиях. Вопросы современной педиатрии. 2002. 1(3). С. 82–84.

Сведения об авторе

Пономарева Галина Леонидовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии Кировской ГМА. Адрес: г. Киров, ул. Володарского, 70-7, тел.: 67-35-90 (раб). E-mail: galinalp@rambler.ru