

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал федерального
государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования «Российская
медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Электронное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

*Материалы XIX юбилейной межрегиональной научно-
практической конференции, посвященной 40- летию
ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России*

г. Пенза, 23 июня 2017 г.

Пенза

Издательство ПГУ

2017

СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭНУРЕЗЕ У ДЕТЕЙ

Г. В. Долгушкина¹, Р. Т. Галеева¹, А. Н. Астафьева¹, О. А. Понятова²,

Л. Р. Искандярова², С. В. Заикина³

¹ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ²ГБУЗ
«Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова»,

³ГБУЗ «Городская детская поликлиника», г. Пенза

Актуальность проблемы энуреза обусловлена высокой распространенностью этой патологии в детском возрасте. Международной классификацией болезней X пересмотра, энурез определяется как стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и /или ночью. Распространенность энуреза у детей в возрасте от 4 до 15 лет, по данным разных авторов, колеблется от 2,3 до 30 %. Чем младше ребенок, чем выше частота встречаемости энуреза, в связи с возрастной незрелостью регуляции функции тазовых органов.

Выделяют дневное и ночное недержание мочи. Ночной энурез встречается в 1,5–2 раза чаще у мальчиков, чем у девочек, почти во всех возрастных группах. В возрасте 5 лет ночной энурез выявляется у 15–20 % детей, к моменту поступления в школу – у 7–12 % детей. Нижняя возрастная граница, позволяющая поставить этот диагноз точно не определена, однако принято считать, что данная проблема приобретает клиническое значение примерно с 3–4 лет, когда должен сформироваться «зрелый тип мочеиспускания».

Нормальное мочеиспускание возможно при анатомической и функциональной полноценности не только сфинктеров и детрузора мочевого пузыря, но и системы нервных структур, регулирующих этот сложный акт (корковые в спинальные центры, периферические рецепторы симпатических и парасимпатических нервов, представленные в мочевом пузыре). К сожалению, часто недооценивается лечение очага поражения нервной системы как первопричины заболевания.

Задачей нашего исследования было изучение состояния нервной системы у детей с энурезом. Под нашим наблюдением находилось 32 ребенка с ночным энурезом в возрасте от 5 до 14 лет, мальчики составляли – 78 % (25 чел.), девочки – 22 % (7 чел.). Обследование проводилось на базе ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова. Всем детям проведено общепринятое в нефрологии клинично-лабораторное и инструментальное исследование, в том числе, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, микционная цисто-графия, экскреторная урография; комплексное неврологическое обследование с использованием электроэнцефалографии, эхоэнцефалографии, реоэнцефалографии, МРТ головного мозга; консультации окулиста, психоневролога, уролога, девочкам – гинеколога.

27 детей (84 %) диагностирован моносимптоматический энурез, у 5 детей (16 %) – полисимптоматический энурез (энурез в сочетании с гиперактивным мочевым пузырем). После обследования все дети были разделены на три группы: 1 группа – 18 чел. (56,3 %) с неврозоподобной формой энуреза; 2 группа – 9 чел. (28,1 %) с невротической формой энуреза; 3 группа – 5 детей (15,6 %) со смешанной формой энуреза. Органической патологии органов мочевой системы не было диагностировано ни у одного ребенка.

При неврозоподобной форме энуреза у детей выявлены микроорганические изменения со стороны ЦНС в виде мелких псевдокист, расрастания глии – у 14 чел. (77,7 %). Все дети из этой группы на 1 году жизни наблюдались неврологом по поводу церебральной ишемии, гипертензионно-гидроцефального синдрома, травмы ЦНС, но лечение проводили не в полном объеме. У 3 детей из первой группы диагностированы остаточные явления нейроинфекции.

По результатам исследований установлено, что энурез при неврозоподобной форме имеет свои особенности:

- чаще «регулярный», каждую ночь или почти каждую ночь;
- может быть несколько раз за ночь;
- энурез учащается при переутомлении, не зависит от стрессов, конфликтов и др.;
- нередко явления церебрастении – утомляемость, головные боли, головокружение;

(часто глубокий сон (не видит и не помнит снов, мокрый не просыпается);

(в большинстве случаев выявляются изменения на ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, МРТ головного мозга;

(часто признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

лечении детей с неврозоподобной формой энуреза использовалась комплексная терапия: ноотропы (пантогам, пантокальцин, пикамилон и др.); метаболическая терапия (элькар, витамины группы В); средства, уменьшающие образование мочи (минирин, минирин таблетки сублингвальные); физио-терапия (электрофорез со спазмолитиками, затем – индуктотермия на разные отделы позвоночника и спинного мозга); при признаках нейрогенной дис-функции мочевого пузыря – физиотерапия на область мочевого пузыря с целью стабилизации функционального состояния мочевого пузыря.

При невротической форме энуреза у детей микроорганических изменений со стороны ЦНС в виде мелких псевдокист, расрастания глии; изменений на ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, МРТ головного мозга – не выявлено. Явления энуреза и 3 детей (33,3 %) второй группы сочетались с неврозом навязчивых движений; у 2 детей (22,2 %) – с астеническим синдромом, у 4 чел. (44,4 %) – с невротической поллакиурией в дневное время. У всех детей из двух группы установлено наличие длительного отрицательного психологического воздействия на ребенка (конфликты в семье, со сверстниками; проблемы в школе; неполные семьи и т.д.). К сожалению, своевременной психологической помощи ребенку в разрешении конфликтной ситуации не было оказано.

Выявлены следующие особенности невротического энуреза у детей: – появляется после «сухого периода»; – бывает нерегулярно; – в спокойной обстановке проходит; – дети переживают из-за своего состояния; – сон чаще поверхностный (трудность засыпания, много сновидений часто устрашающего характера); – часто сопутствующие невротические расстройства (эмоциональная возбудимость, тики, логоневроз и др.).

Лечение детей с невротической формой энуреза проводилось седативными препаратами и транквилизаторами, холинолитиками (дриптан, спазмекс) в сочетании с психологической поддержкой ребенку и его семье.

Дети со смешанной формой энуреза были самыми сложными в ведении из-за сочетанной патологии, требующей неоднократных курсов медикаментозной терапии по 2–3 месяца, физиотерапии и психологической коррекции.

На основании проведенных исследований можно сделать выводы:

1. Неврозоподобные состояния – самая частая причина энуреза у детей.
2. Использование топической диагностики поражения нервной системы

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных 2017

и целенаправленное воздействие на очаг поражения в сочетании с симптоматической терапией функциональных расстройств мочевого пузыря могут существенно улучшить результаты лечения детей с энурезом.

Лечение энуреза у детей должно проводиться индивидуально у каждого больного с учетом уровня и характера поражения нервной системы, в также функционального состояния мочевого пузыря.