

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ**Б. Х. Хамидов, Ф. М. Хуррамов, Н. Н. Назаров, М. Х. Назирова**Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Термезский филиал Ташкентской медицинской Академии, Термез, Узбекистан**Ключевые слова:** недержание мочи, энурез, никтурия, лечение, дети.**Таянч сўзлар:** сийдик тутта олмаслик, энурез, никтурия, даволаш, болалар.**Key words:** urinary incontinence, enuresis, nocturia, treatment, children.

В статье обсуждаются вопросы диагностики и лечения недержание мочи у детей. Детально рассматриваются этиологические факторы недержание мочи у детей. Даются практические рекомендации врачам по выбору подходов к диагностике и эффективным медикаментозных препаратов для лечения и фармакологических методов терапии. В качестве одного из эффективных медикаментозных препаратов для лечения моносимптомного ночного недержание мочи рекомендован лекарственное средство – Дриптан (оксибутина гидрохлорид).

БОЛАЛАРДА СИЙДИК ТУТА ОЛМАСЛИКНИНГ КОМПЛЕКС ТАШҲИСОТИ ВА ДАВОСИ**Б. Х. Хамидов, Ф. М. Хуррамов, Н. Н. Назаров, М. Х. Назирова**Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент,
Тошкент Тиббиёт Академияси Термез филиали, Термез, Ўзбекистон

Мақола болаларда энурезнинг ташҳислаш ва даволаш масалалари ёритилган. Болалардаги энурезнинг этиологик омиллари батафсил кўриб чиқилган. Шифокорларга касалликни даволаш усуллари ва даволашнинг самарали фармакологик усуллари бўйича амалий тавсиялар берилган. Болаларда энурезни даволашда самарали моносимптоматик доривоситалардан бири сифатида Дриптан (оксибутин гидрохлориди) препарати тавсия этилади.

COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN CHILDREN**B. Kh. Khamidov, F. M. Khurramov, N. N. Nazarov, M. Kh. Nazirova**Tashkent pediatric medical institute, Tashkent,
Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Termez, Uzbekistan

The article discusses the diagnosis and treatment of urinary incontinence in children. The etiological factors of urinary incontinence in children are considered in detail. Practical recommendations are given to doctors on the choice of approaches to diagnosis and effective medications for treatment and pharmacological methods of therapy. As one of the effective medications for the treatment of monosymptomatic nocturnal urinary incontinence, the drug Driptan (oxybutynin hydrochloride) is recommended.

Актуальность. Недержание мочи у детей это патологическое состояние, характеризующееся большой распространенностью (от 5 до 28%) среди детей различных возрастных групп и терапевтической резистентностью [1, 4-6], на протяжении длительного периода времени было преимущественно предметом исследований невропатологов и психиатров, рассматривавших его происхождение в связи с нарушением процессов созревания высших центров регуляции вегетативных функций [2].

Несмотря на то, что произвольное мочеиспускание во сне имеет такую же историю, как и сам человек, и обилие литературы по этой проблеме, она продолжает оставаться актуальной. [3-4]

Целью работы являлось – обоснование тактики комплексного лечения при непроизвольном мочеиспускании во время сна у детей.

Материалы исследования: под нашим наблюдением находилось 221 детей с недержанием мочи в возрасте от 3 до 17 лет. Мальчиков было – 105 (47,5%), девочек – 116 (52,5%). Все дети предварительно осмотрены невропатологами для исключения поражения нервной системы. В 3-5 летнем возрасте недержание мочи проявлялось у 154 (68,2%) детей, с 6-8 лет у 56 (26,8%), старше 8 у 11 (6%) детей. Ночное недержание было у 141 (64%), дневное недержание у 80 (36%) детей.

Методы исследования: комплексное обследование больных, помимо лабораторных,

рентгенорадиологических и инструментальных методов, включало: цистографию, микционную цистоуретрографию, экскреторную урографию, цистоманометрию, цистоскопию, определение остаточной мочи, электромиографию анального сфинктера и мышц тазового дна в положениях стоя и лежа, УЗИ почек и мочевого пузыря.

Результаты и обсуждение. При обследовании всех больных выявлена различного вида урологическая патология (стриктура уретры, клапан уретры, гипертрофия семенного канатика бугорка, циститы, везико-ренальный рефлюкс, мегауретер, гидронефроз, хронический пиелонефрит). Полученные данные свидетельствуют о том, что все дети, страдающие энурезом, в интересах ранней диагностики урологических заболеваний и применения патогенетических видов лечения, должны подвергаться предварительному обследованию в специализированных детских стационарах урологической патологии и передаваться для лечения энуреза в психоневрологический диспансер.

В большинстве случаев непроизвольное мочеиспускание во время сна отмечалось с раннего детства. Частота непроизвольных мочеиспусканий была различной, у 22% больных она отмечалась каждую ночь по 1-2 или 3 раза в разное время сна, в 76 случаев энурез сочетался с недержанием мочи во время бодрствования, а у 18% больных непроизвольные мочеиспускания имели место во время ночного и дневного сна.

Основными симптомами, побудившими родителей, обратившихся к врачу, были дизурические явления (в начале затрудненное, болезненное мочеиспускание, ночное и дневное недержание мочи с явлениями остаточной мочи) и стойкая лейкоцитурия. Все это являлось показанием к продлению дополнительного урологического обследования ребенка. У 19 детей с обструкцией шейки, у всех больных с клапанами и сужениями задней уретры уже с грудного возраста отмечалось опухолевидное образование над лоном (атонический мочевой пузырь). Катетеризация затруднена или невозможна, и вообще невозможна при склерозе шейки мочевого пузыря.

При декомпенсированной фазе склероза шейки мочевого пузыря с сохранением избыточного количества остаточной мочи перерастягиваются сфинктеры мочевого пузыря, что проявляется постоянным выделением мочи каплями из уретры. Хроническая задержка мочи в атоничном пузыре обуславливает недостаточное опорожнение лоханок и мочеточников, следствием чего является развитие гидроуретра и гидронефротической трансформации. В начале страдает функция почек, а затем наступают грубые морфологические изменения в результате гибели их паренхимы.

При микционной цистоуретрограмме при клапанах уретры отмечалось расширение задней части уретры, резко прерывающееся над препятствием, ниже которого она обычных размеров. Склероз шейки мочевого пузыря проявлялся в виде окулярного сужения или дефекта наполнения в области шейки. Шейка мочевого пузыря всегда реагирует на обструкцию уретры, поэтому говорить о патологии шейки следует только при отсутствии патологии уретры. У всех детей имелись выраженные вторичные изменения вышележащих отделов мочевой системы: трабекулярность и псевдодивертикулы стенок мочевого пузыря, дилатация верхних мочевых путей при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса на цистограмме.

Для лечения энуреза мы применяли комбинации различных методов. Из медикаментозных средств отдавали предпочтение дриптану. С этой целью назначали больным дриптан по схеме: в течение первой недели дети получали в 2-приема утром и на ночь, по 5 мг в течение второй недели доза возрастала за счет трехразового приема утром, в обед и перед сном. В течение третьей недели дозу препарата уменьшали, назначая его только на ночь. Как правило, первый курс лечения дриптаном сочетали с физметодами – назначали электрофорез с прозеринумом на надлобковую область. Последний в некоторых случаях чередовали с диатермией на крестцово-копчиковую область. При отсутствии выраженного эффекта от подобного лечения у больных атонией шейки мочевого пузыря прибегали к прецервикальным новокаиновым блокадам с растворами прозерина.

Для устранения обструкции больным произведены следующие оперативные вмешательства: рассечение передней полуокружности шейки с пластикой у 12 больных; частичная клиновидная резекция шейки мочевого пузыря – у 6; рассечение задней губы слизистой – у 6; иссечение клапанов – у 16; иссечение дивертикула уретры – у 4; удаление камня мочевого пузыря с пластикой шейки мочевого пузыря – у 24; антирефлюксная операция с пластикой пузырно-уретрального сегмента произведена у 10. При сочетании обструкции мочевого пузыря с пузырно-мочеточниковым рефлюксом без дилатации верхних мочевых путей ограничивались устранением препятствия. Все больные получали антисклеротическое, десенсибилизирующее, антибактериальное лечение и витаминотерапию.

Результаты настоящего исследования подтверждают необходимость детального обследования мочеполовой системы у детей с любыми формами энуреза в условиях урологического стационара.

Таким образом, недержание мочи у детей может быть обусловлено различными этиологическими факторами и их сочетанием, что диктует необходимость комплексного подхода к лечению. Комплексное и длительное (2-3 месяца) использование перечисленных способов позволяет добиться излечения непроизвольного мочеиспускания во сне у подавляющего числа больных. Анатомическая нормализация мочевых путей способствует частичному восстановлению их функциональной способности, нормализацию уродинамических процессов и делает более эффективной антибактериальную терапию, стиханию пиелонефрита и нормализацию мочеиспускания.

Использованная литература:

1. Вишневский, Е.Л. Ноктурия / Е.Л. Вишневский, О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь. – М., 2007. – 187 с.
2. Казанская И.В., Отпущенникова Т.В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение. Вопросы современной педиатрии 2003; 3: 68–70.
3. Elberg H., Berendt I., Mohr J. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to - chromosome 13q. Nature Genetics 1995; 10: 354–356.
4. Lane, W. Evaluation and management of enuresis / W. Lane, M. Robson // Engl. J. Urol. – 2009. – Vol. 360. – P. 1429.
5. Neveus, T. Evaluation of and treatment for vonosymptomatic enuresis: a standardization document from the international children's continence society / T. Neveus, P. Eggert, J. Evans // J. Urol. – 2010. – Vol.183, №2. – P. 441.
6. Ramakrishnan K. Evaluation and treatment of enuresis. Am Fam Physician 2008 Aug; 15; 78 (4): 489–496.