

КГМУ. ДРКБ МЗ РТ.



Энурез и нейрогенные нарушения мочеиспускания у детей.

д.м.н. проф. Морозов В.И.

Казань 2016г.

- Ночной энурез – это непроизвольное упускание мочи во время ночного сна продолжительностью не менее 3 месяцев у ребенка старше 5 лет, чаще чем 1 раз в течение 1 месяца.
- В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ – X) энурез рассматривается в качестве болезни.

Проблемы в изучении энуреза



Классификация энуреза



- Первичный энурез (33%)
- Вторичный энурез (67%)
- Энурез смешанной этиологии

- Первичный энурез – это состояние, когда ребенку с раннего (грудного возраста) не удалось достигнуть контроля за нормальным опорожнением мочевого пузыря по достижению 5 летнего возраста.
- Вторичный энурез – это состояние, при которомобретенный ранее контроль за мочеиспусканием по той или иной причине был утрачен, тогда как раньше он присутствовал.
- Первичный энурез всегда моносимптомный, вторичный – полисимптомный (+ расстройства акта мочеиспускания днем во время бодрствования).

Этиология энуреза

- 1. Наследственная (генетическая) предрасположенность
- 2. Патология центральной и периферической нервной системы:
 - - ФЗ ЦНС и М.М.Д (неврозы: тики, заикание)
 - - перинатальные поражения
 - - постнатальные травмы
 - - нейроинфекции
 - - врожденные и приобретенные заболевания головного и спинного мозга
 - - уронефрологическая патология(врожденные обструктивные уропатии, воспалительные заболевания, НДМП)
- 3. Сочетания этиологических факторов

Алгоритмы диагностики энуреза

1. Первичный энурез: жалобы, анамнез (наследственность), определение суточного ритма произвольных миций и объема выпитой и выделенной жидкости, общий анализ мочи (при необходимости УЗИ мочевыводящих путей).
2. Вторичный энурез: диагностика обструктивной уропатии, воспалительных заболеваний, НДМП.

Общее количество больных (дневной урологический стационар ДРКБ)

Календар ный год	2005	2006	2007	2008	2009	всего
Моно- симптом- ный энурез	24	10	29	44	22	129(47.5%)
НДМП +симптом энуреза)	25	10	22	56	30	143(52.5%)
всего	49	20	51	100	40	272(100%)

Первичный энурез

Эпидемиология





Этиология первичного энуреза

- Генетические/ наследственные факторы
- Ночная полиурия

Наследственность ПЭ



**В 75% случаев - оба родителя
страдали энурезом в детстве**



**В 45% случаев - один из
родителей страдал
энурезом**

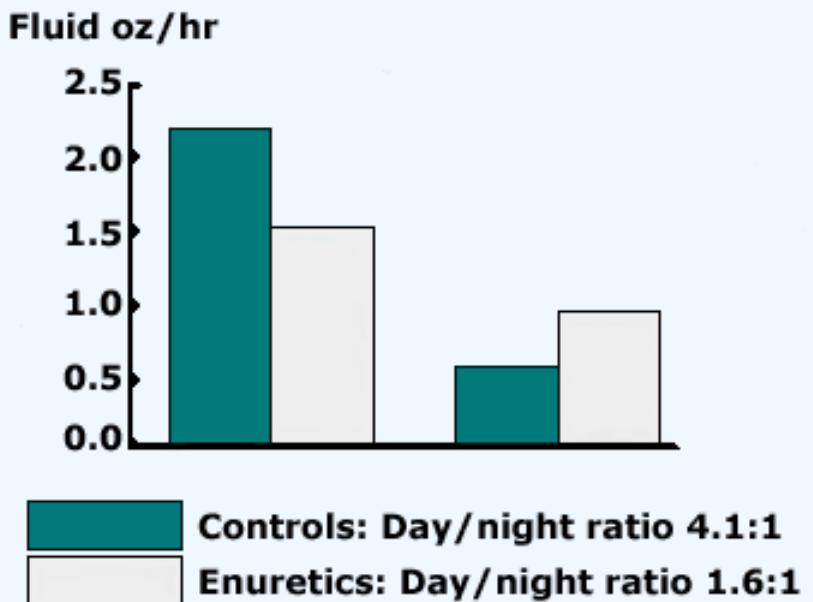


**Только в 15%
случаев - энурезом
не болел ни один из
родителей**

Патофизиология выделение мочи



Различное соотношение выработки мочи у здоровых детей и детей с первичным энурезом с нарушением циркадного ритма выработки АДГ



Poulton, 1952

у здоровых детей соотношение день/ночь 4.1:1
у детей с энурезом соотношение день/ночь 1.6:1

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЭНУРЕЗЕ



- I. Сбор анамнеза
- II. Объективная оценка произвольных миций и объёмов выпитой жидкости в сутки
- III. При необходимости – консультация эндокринолога
- IV. Лабораторный анализ мочи и УЗИ мочевыводящих путей

Суточный ритм мочеиспускания

Нормативы спонтанных мочеиспусканий у детей

Пол	Возраст	Частота мочеиспусканий в сутки	Эффективный объем мочевого пузыря в мл		
			мин.	макс.	сред.
Девочки	4-7	5,9	68,1	191,3	130,0
		5,6-6,2	59,2-77,0	116,0-266,0	113,3-146,7
	8-11	5,0	50,0	234,7	155,7
		4,7-5,3	35,0-65,0	223,3-246,1	133,3-177,9
	12-14	4,1	115,0	271,4	196,9
		3,9-4,4	103,0-127,0	235,0-307,0	181,3-212,5
Мальчик	4-7	5,3	63,0	135,0	107,7
		4,2-6,4	41,0-85,0	113,0-157,0	67,3-148,0
	8-11	4,8	46,0	271,5	139,0
		4,5-5,1	27,0-65,0	253,2-289,7	122,6-155,4
	12-14	4,1	39,0	325,0	192,5
		3,5-4,8	13,0-65,0	307,0-343,0	168,1-216,9

Вишневский Е.Л., 1997

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЭНУРЕЗА



Фармакотерапия :

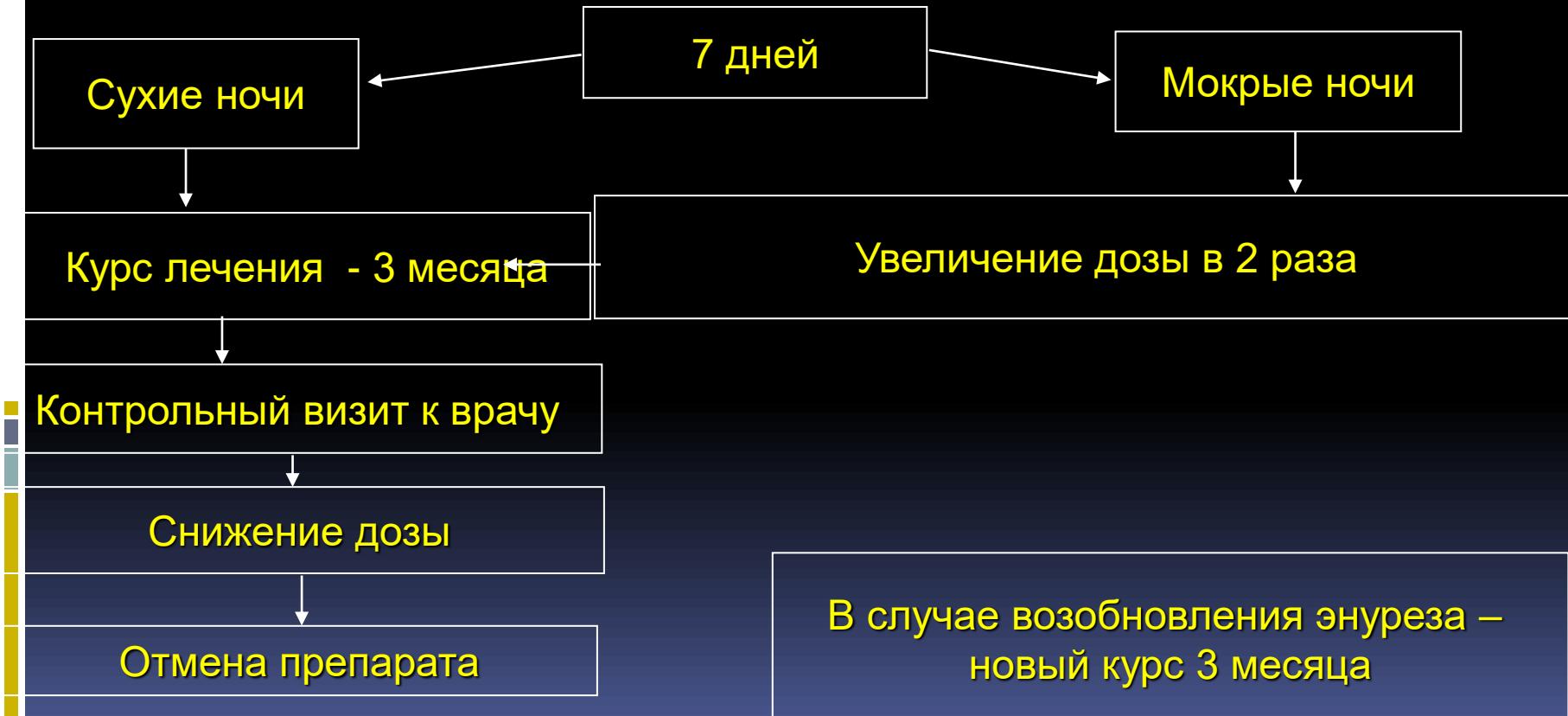
❖ Антидиуретический гормон
десмопрессин (минирин)

Схема применения Минирина

ПОДЪЯЗЫЧНОГО

Начальная доза

1 таблетка 60\120мкг десмопрессина



Противопоказания к назначению минирина

1. Патологическая (психологическая) полидипсия
2. Сердечная и почечная недостаточность
3. Индивидуальная непереносимость
4. Атрофический ринит при назальном
употреблении

Вторичный энурез

Этиология вторичного энуреза



- Нефропатии
- НДМП (гиперактивный МП)
- Воспалительные заболевания мочевого пузыря
- Заболевания ЦНС и спинного мозга
(миелодисплазия)
- Психические заболевания и расстройства
(nevroz, неврастения, шизофрения и т.д.)

Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря (НДМП)

НДМП — это разнообразные формы нарушений его резервуарной и эвакуаторной функций, развивающихся вследствие поражения нервной системы на её различных уровнях — от коры головного мозга до интрамурального аппарата мочевого пузыря.

Терминология и основные клинические симптомы НДМП

- 1. Поллакиурия – учащенное мочеиспускание с уменьшением интервалов между мицциями по сравнению с возрастной нормой.
- 2. Олигокиурия (редкое мочеиспускание) – уменьшение частоты мочеиспусканий ниже границы возрастной нормы. При этом выделяются большие объёмы мочи, значительно превышающие возрастной объём мочевого пузыря.
- 3. Императивный (повелительный) позыв на мочеиспускание – непреодолимое желание помочиться с резким сокращением времени (от 1 до 10 с) с момента появления позыва до мочеиспускания либо из-за появления болей, либо из-за страха перед недержанием.

- 4. Императивное недержание или неудержание мочи – невозможность волевым решением, за счет повышения уретрального сопротивления, удержать мочу.
- 5. Дизурия – учащенное, болезненное, затрудненное мочеиспускание.
- 6. Никтурия – ночной диурез превышает по объёму дневной.
- 7. Увеличение утреннего эффективного объёма мочевого пузыря при поступательной гиперрефлексии. Эффективный объём мочевого пузыря, соответствующий разности между физиологической ёмкостью пузыря и объёмом остаточной мочи (объём полученный при естественном позыве и мочеиспускании).
- 8. Объём остаточной мочи – количество мочи, которое остается в мочевом пузыре после естественного мочеиспускания – является объективным показателем хронической задержки мочи.

9. Нарушение чувства позыва на мочеиспускание.
10. Затрудненное мочеиспускание – неспособность начать мочеиспускание и опорожнить мочевой пузырь как в интимной обстановке, так и в присутствии посторонних лиц, удлинение времени мочеиспускания, прерывистое мочеиспускание в несколько этапов, включение в механизм опорожнения мочевого пузыря внепузырных сил: напряжение мышц передней брюшной стенки (мочеиспускание с напряжением, потугами), принятие определенных поз, облегчающих акт мочеиспускания (поза «орла» и др.).
- 11 Пузырно-сфинктерная диссинергия – недостаточное или импульсивное раскрытие произвольного сфинктера мочевого пузыря при мочеиспускании, сопровождающееся прерыванием струи мочи – одно из причин хронической задержки мочи.

12. Истинное недержание мочи – развивается вследствие поражения сфинктерного аппарата и дезадаптации мочевого пузыря.
13. Парадоксальное недержание мочи – недержание на фоне хронической задержки мочи (пародоксальная ишурия), развивается вследствие перерастяжения мочевого пузыря и его сфинктерного аппарата.
14. Дриблинг – капельное подтекание мочи из уретры после совершенного акта мочеиспускания.
15. Поведенические позы перед и во время мочеиспускания – положения тела, которое непроизвольно принимает больной с целью удержания мочи или кала (сжатие промежности перекрещиванием ног, изменение пузырно-уретрального угла наклоном туловища вперед, надавливания на наружные половые органы – девочки на клитор, мальчики сжимают головку полового члена руками).

Алгоритм обследования больных с НДМП

1. Уронефрологическая диагностика

- Анамнез
- Клиническая симптоматика
- Суточный ритм произвольных мочеиспусканий
- Лабораторные исследования
- Урофлоуметрия
- Узи почек и мочевого пузыря
- МЦУГ, ЭУ (по показаниям)
- Уродинамические исследования (цистометрия, профилометрия уретры, мицционные пробы).
- Цистоскопия с калибровкой уретры.
- МРТ, КТ (по показаниям).
- Исключение органической урологической патологии

2. Неврологическая диагностика (с участием невропатолога)

- оценка перинатального анамнеза
 - клиническая симптоматика
 - нейрорентгенологические исследования
 - электрофизиологические исследования (ЭМГ, РЭГ, ЭЭГ, КИГ).
 - эхо-ЭГ (по показаниям)
 - офтальмоскопия (по показаниям)
 - КТ, МРТ (по показаниям)

3. Диагностика сочетанной соматической патологии

- Анамнез
- ЭКГ
- ФГДС
- Рентгеноконтрастные исследования ЖКТ
- УЗИ билиарной системы

Оценка жалоб больных с НДМП

Жалобы больных (n=133)	Количество больных	
	Абс.	%
Частые мочеиспускания	83	64,2
Редкие мочеиспускания	36	27,1
Нормальный ритм мочеиспускания	14	10,5
Энурез	64	48,0
Дневное недержание мочи	39	29,4
Императивные позывы к мицции	10	7,5
Постоянное неудержание мочи	19	14,2
Энкопрез	31	23,3
Запоры	58	43,6

Оценка синдрома императивного мочеиспускания

Ф.И.О. _____

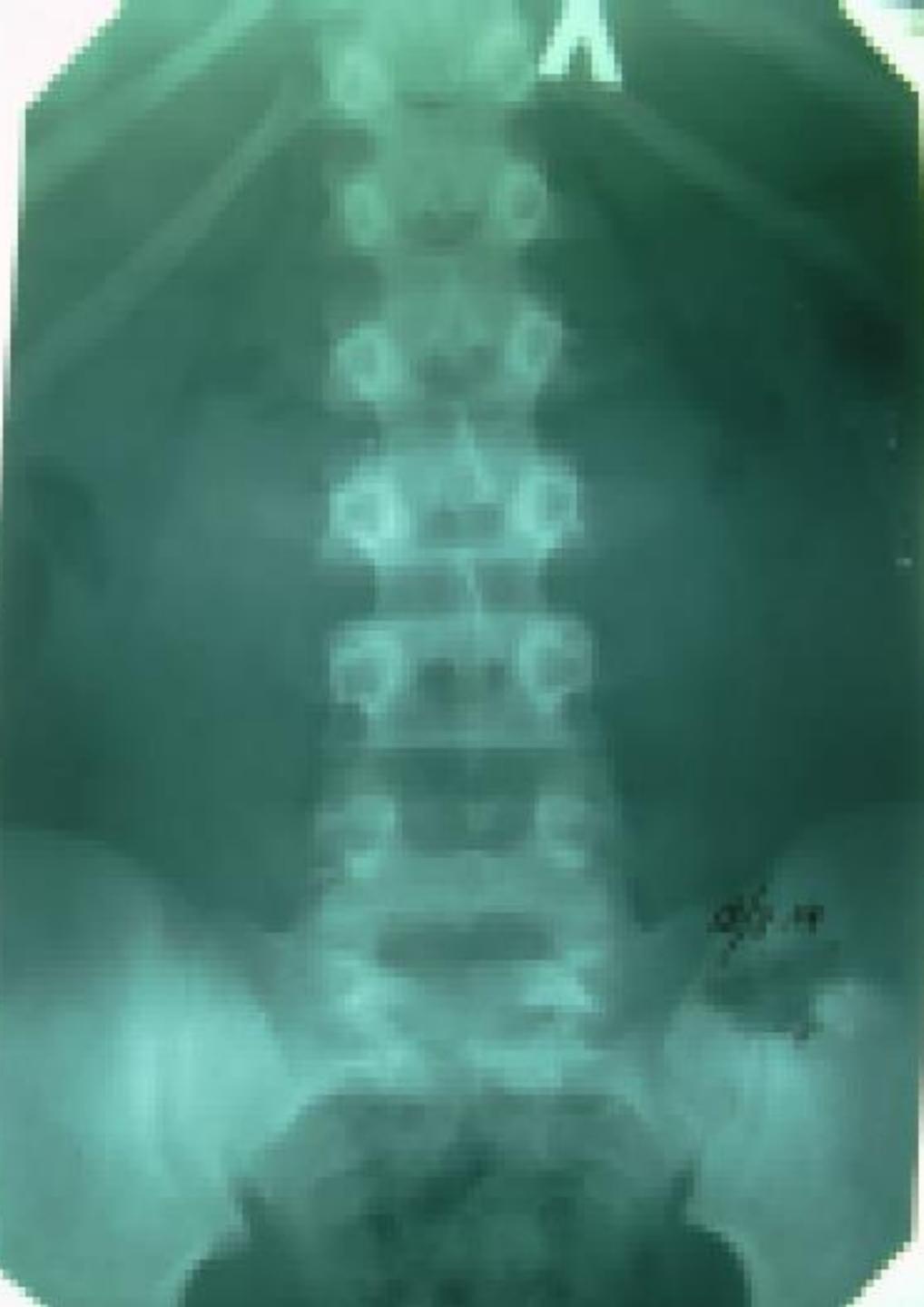
Пол _____

Дата рождения _____ **Дата заполнения** _____

1. Императивный позвы на мочеиспускание	Нет	0		
	Не каждый день	1		
	Каждый день 1-2 раза	2		
	Каждый день несколько раз	3		
2. Императивное недержание мочи	Нет	0		
	Не каждый день	1		
	Каждый день 1-2 раза	2		
	Каждый день несколько раз	3		
3. Непроизвольное мочеиспускание во время сна	Нет	0		
	Не каждый месяц	1		
	Несколько раз в месяц	5		
	Несколько раз в неделю	10		
4. Ритм мочеиспусканий	Каждую ночь	15		
	Каждую ночь, несколько раз	20		
	A) число мочеиспусканий в сутки			
	5-8	0		
5. Диурез с 18 до 6 ч. в % (по отношению к суточному)	9-10	1		
	11-12	2		
	13-14	3		
	15-16	4		
6. Лейкоцитурия	17-18	5		
	19-20	6		
	20 и более	7		
	B) Средний эффективный объем мочевого пузыря в мл.	4-7	8-11	12-14
51-75	до 50	лет	лет	лет
	51-75	4	5	6
	76-100	3	4	5
	101-125	2	3	4
6. Лейкоцитурия	126-150	1	2	3
	151-175	0	1	2
	176-200	-	0	1
	До 40%	-	-	0
6. Лейкоцитурия	От 41-50%	0		
	От 51-60%	1		
	От 61% и более	2		
	Нет	3		
6. Лейкоцитурия	В анализе мочи по Нечипоренко	0		
	В общем анализе мочи	1		

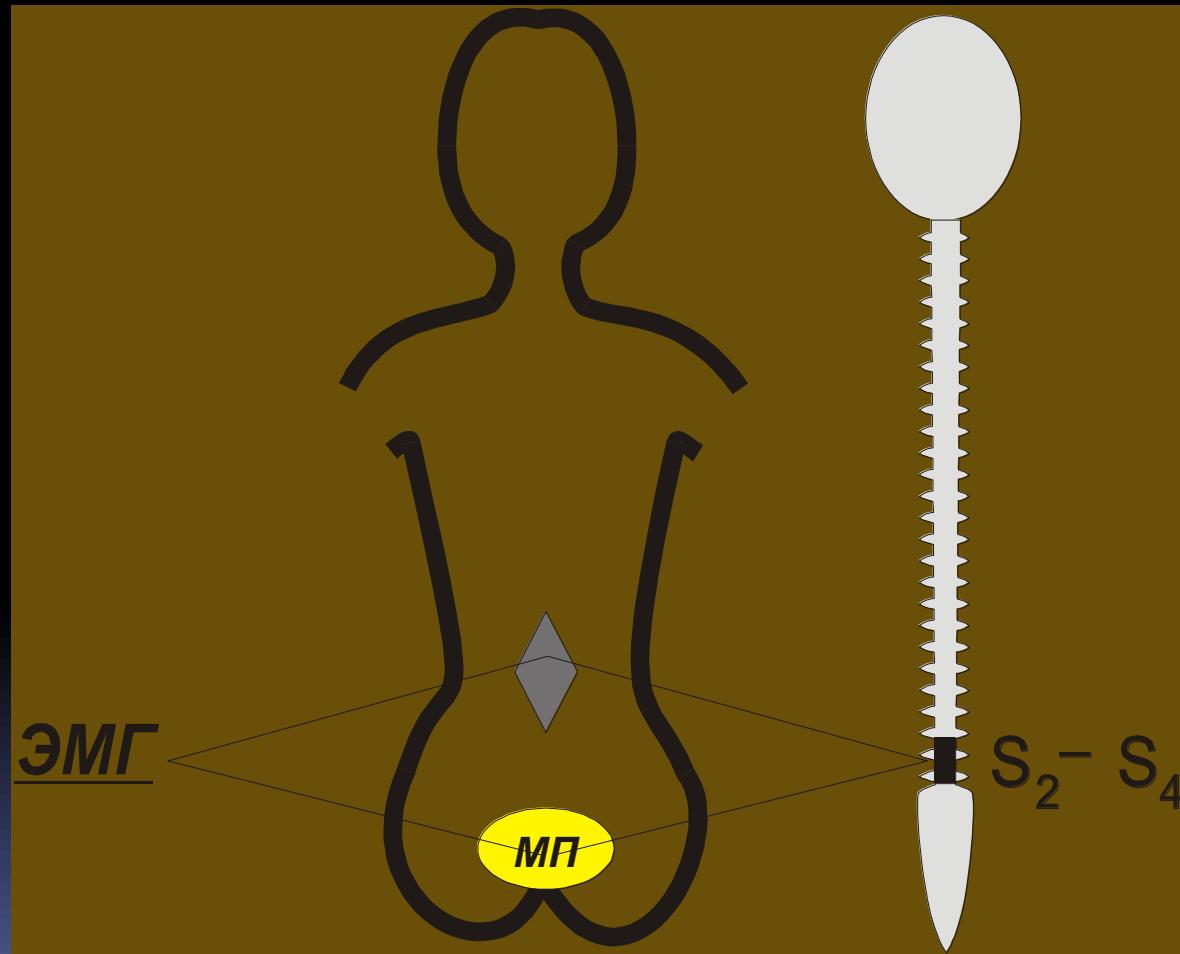
Суммарный балл _____

**19-22 – средний балл при
гиперрефлекторной форме
НДМП**



Spina bifida
sacralis у
больного К., 12
лет с
миелодисплазией
пояснично-
крестцового
отдела спинного
мозга и вторичной
НДМП, детрузорно-
сфинктерной
диссинергией.

Электромиография



Протокол обследования

Пациент: Садыков Ренат, 13 лет

Дата: 20.07.2006

Отделение: Амб

Диагноз: Обсл

Проба 1. Поверхностная ЭМГ. Спонтанная активность1к: d, Erector trunci (spinae),
2к: s, Erector trunci (spinae),**Спонтанная активность**

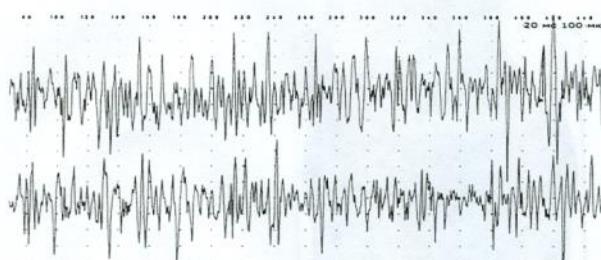
Феномены	Длительность
Фасцикуляции	12,4 мс

Амплитуды и частоты

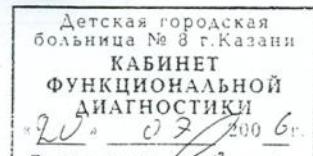
N	Феномен	Ампл., мкВ	Част., Гц
1	Фасцикуляции	851	39,1
2	Фасцикуляции	673	46,3

Средние амплитуды и частоты

N	Феномен	Ампл., мкВ	Част., Гц
1	Фасцикуляции	762	42,7



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: С длинных мышц спины и т. еrector spinae регистрируются изменения электрогенеза, свидетельствующие о заинтересованности сегментарных мотонейронов S(3)-S(5) сегментов спинного мозга, в сочетании с легкими надсегментарными изменениями.



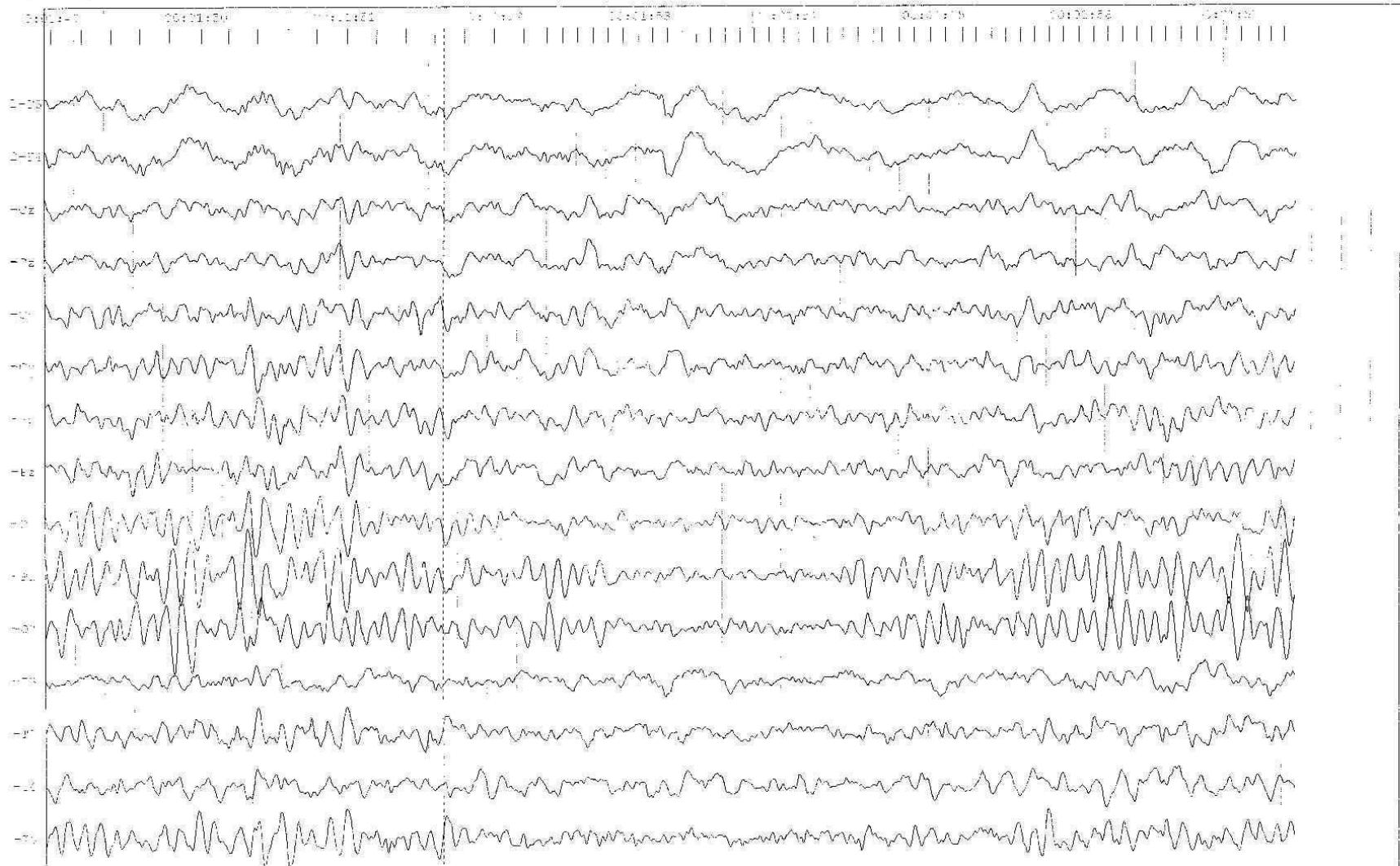
Протокол обследования ЭМГ с мышц- выпрямителей спины в области ромбовидного треугольника

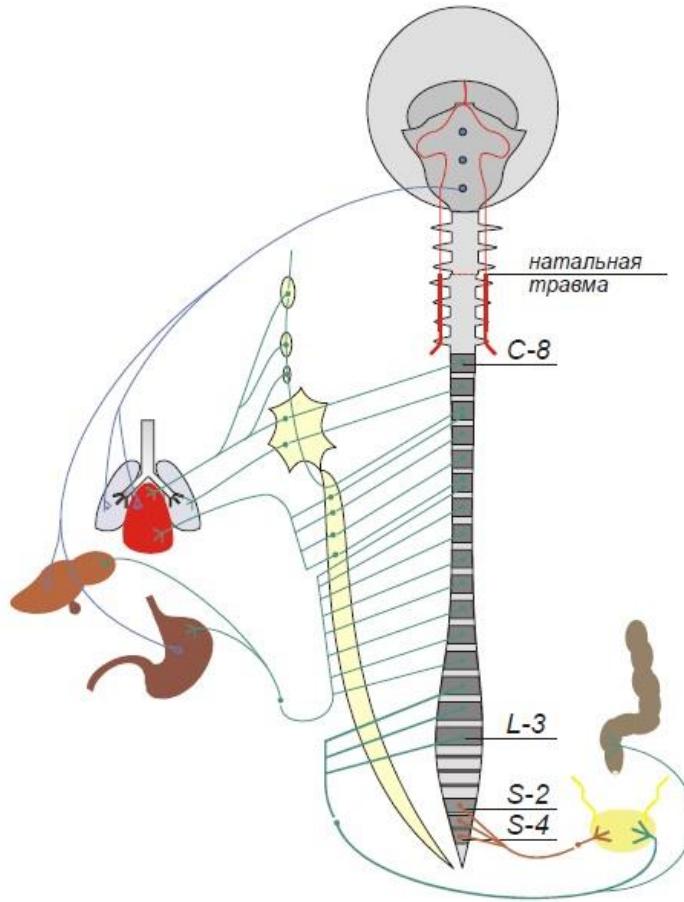
Электроэнцефалография

Республиканская Клиническая больница
92, Габдрахманов И.З., м., 14 (13.03.1994)

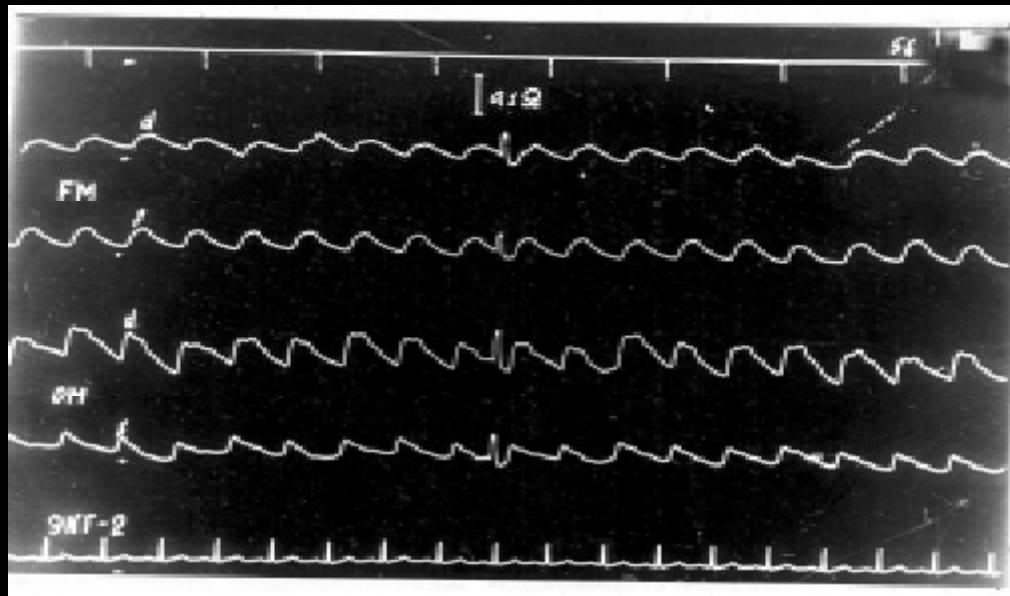
ATES
Neurotravel Series 3.4.02

10.03.2009 9:56:53





Патогенез НДМП и других висцеральных органов у детей с натальной травмой шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий.



Реоэнцефалограмма ребёнка С. 4,5 года. с натальной травмой шейного отдела позвоночника, позвоночных артерий и вторичной НДМП. Отмечается снижение амплитуды вертебральных и каротидных РЭГ

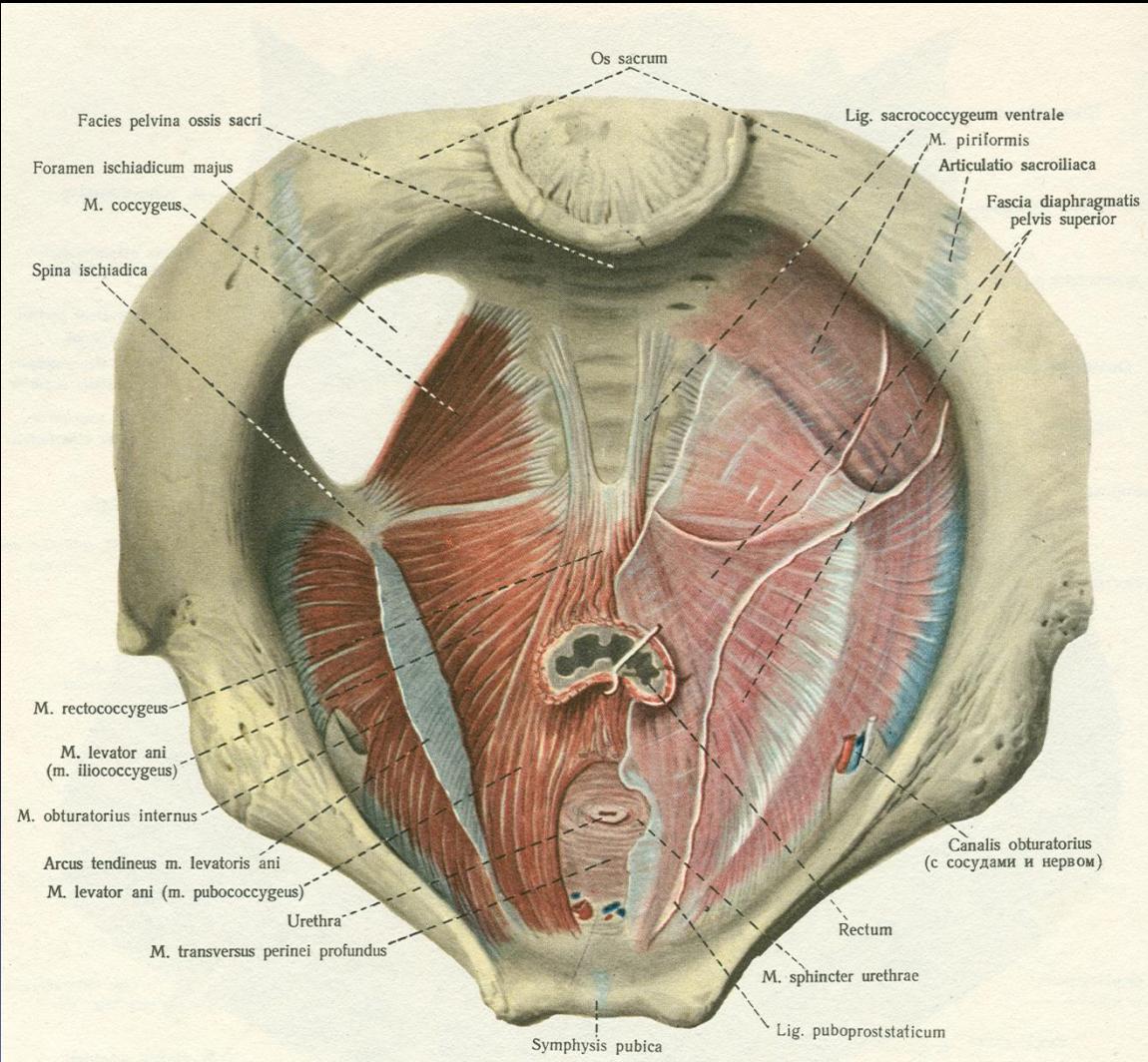


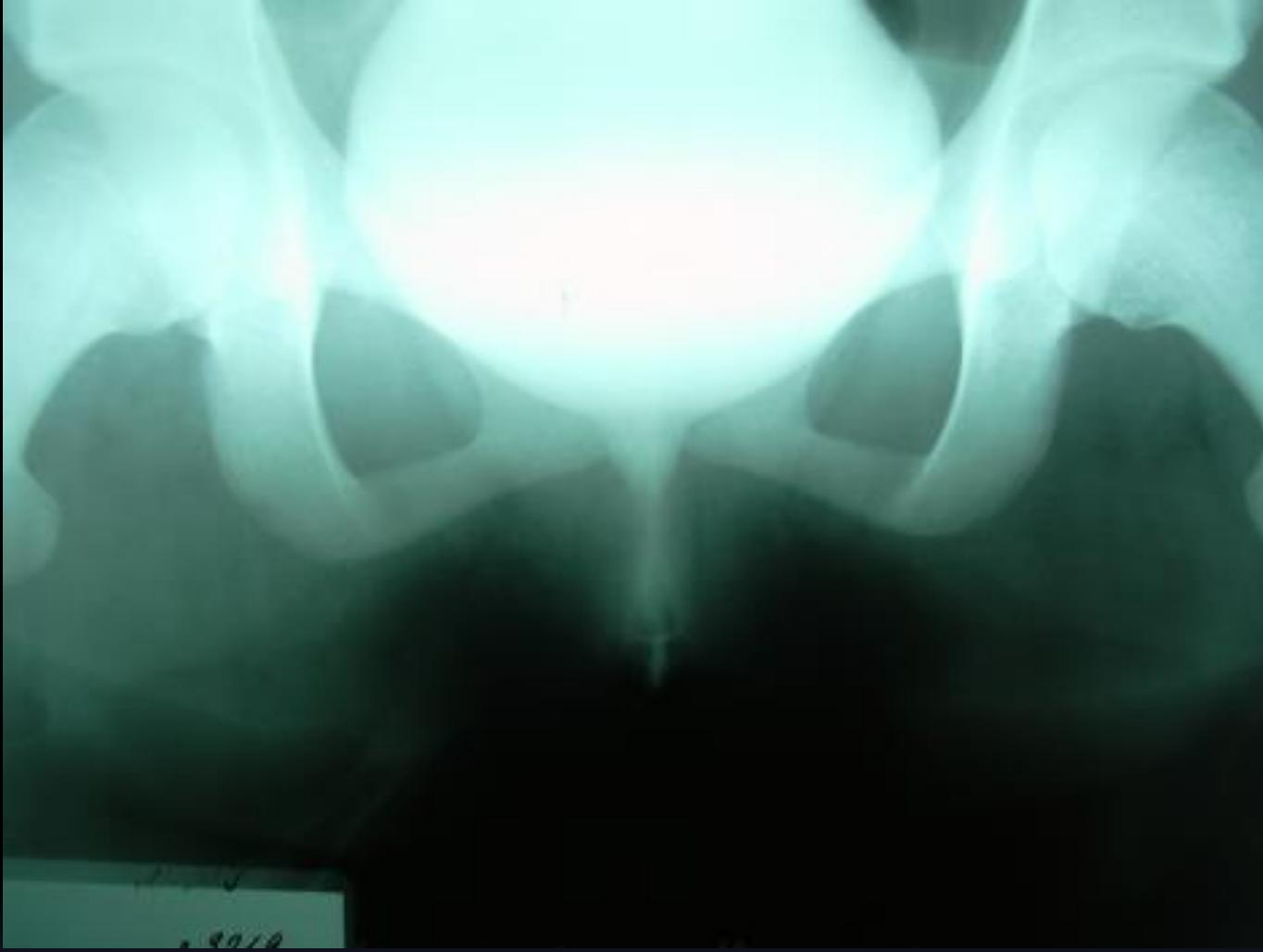
**Рентгенограмма шейного отдела позвоночника больного М.,
4 года 3 мес. Изменение оси зубо-видного отростка второго
шейного позвонка в виде наклона вперёд, смещение С2
вперёд на С3 с деформацией спинномозгового канала.**

Уровни поражения нервной системы у больных с НДМП.

Уровень поражения нервной системы	Количество больных	
	абс	%
Церебральный	22	16,5
Цервикальный	59	44,4
Пояснично-крестцовый	31	23,3
Сочетанный	18	13,5
Невротические состояния	3	2,3
Итого	133	100,0

Мочеполовая диафрагма





Сегментарное сужение в области средней уретры на миционной цистоуретограмме (дetrusorно-сфинктерная диссинергия).

Тест - УРОФЛОУМЕТРИЯ №1.

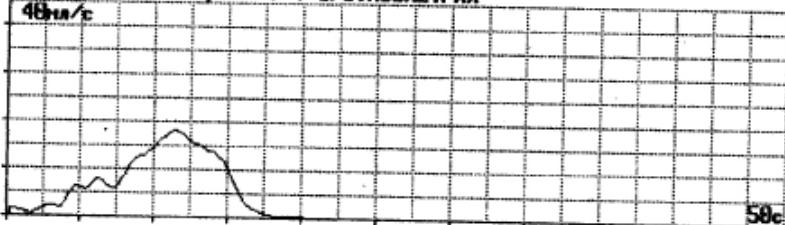
Параметр	Измер.	Должн.	ХД	Параметр	Измер.	Должн.	ХД
T_о [сек]	14.79			Q_cр [л/с]	7.65		
V_э Г л/с	137.33			T_им [сек]	11.32		
Q_m [л/с]	17.72			T_ис [сек]	17.95		
Q_ic [л/с]	0.57			T_об [сек]	32.74		

Медицинское заключение : Тек.

Врач :

Иванова . . Г.Р. лет : УРОФЛОУМЕТРИЯ

48мл/с



Тест - УРОФЛОУМЕТРИЯ №2

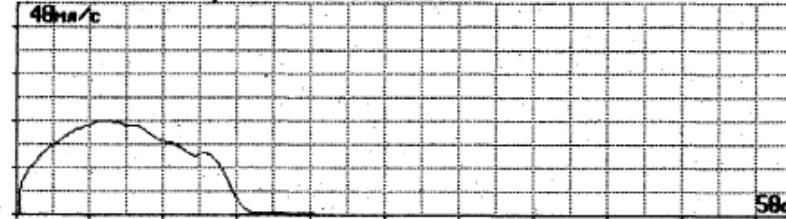
Параметр	Измер.	Должн.	ХД	Параметр	Измер.	Должн.	ХД
T_о [сек]	3.68			Q_cр [л/с]	13.79		
V_э Г л/с	220.66			T_им [сек]	5.53		
Q_m [л/с]	19.66			T_ис [сек]	16.00		
Q_ic [л/с]	10.49			T_об [сек]	19.68		

Медицинское заключение : Тек.

Врач :

Иванова . . Г.Р. лет : УРОФЛОУМЕТРИЯ

48мл/с



Урофлоуграммы до и после
парентерального введения препарата

данные тек. анализа
ПРОТОКОЛ УРОФЛОУМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
Казань
ДРКБ
Подростковый центр

Классификация :
Диагноз *бурсит ч*
Фамилия :
Имя :
Отчество :
Н. пациента :

Дата обследования : 04/10/2010 08:53

УФМ

Тест - УРОФЛОУМЕТРИЯ

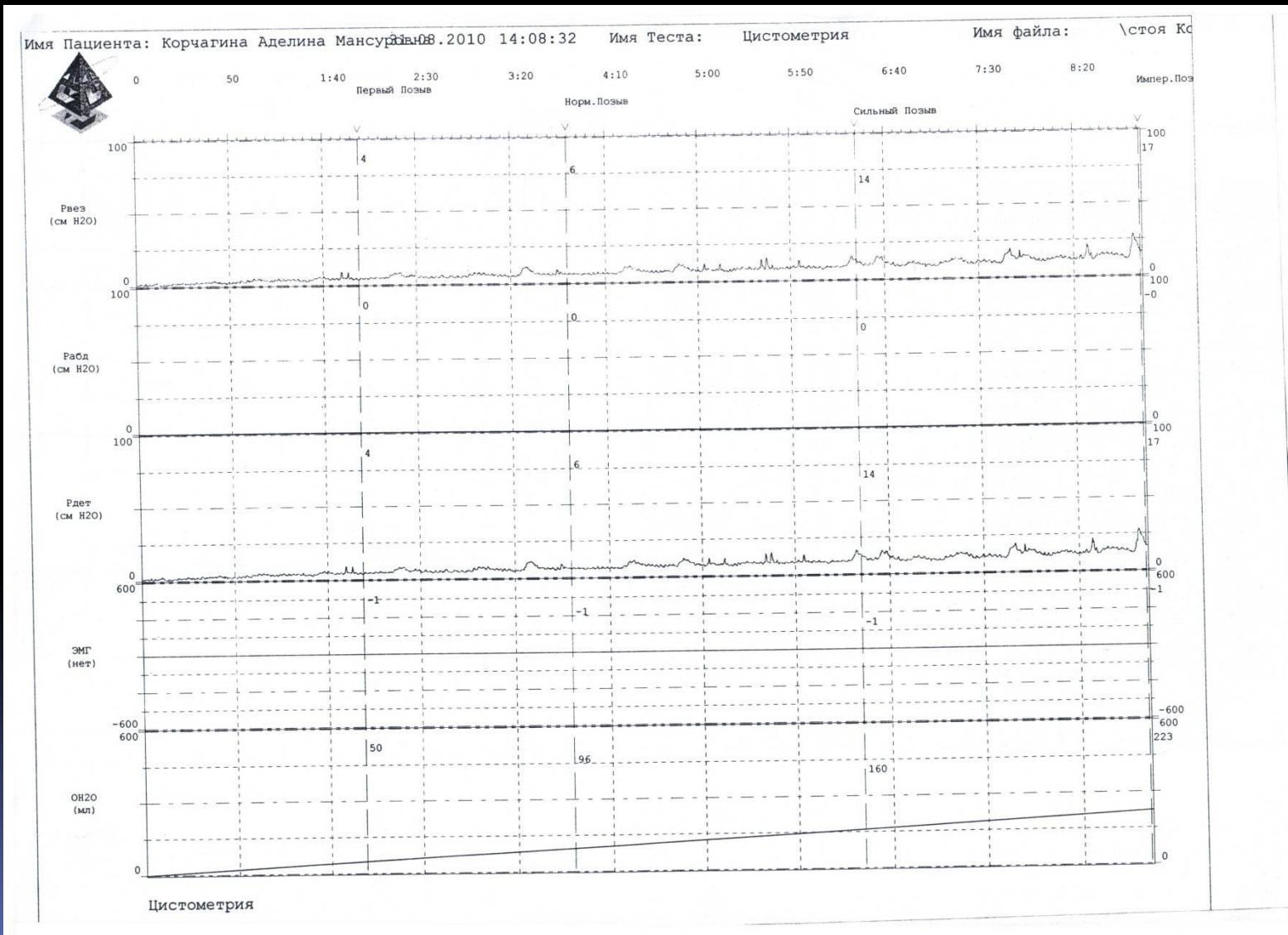
Параметр	Измер.	Должн.	%Д	Параметр	Измер.	Должн.	%Д
T_o [сек]	1.32			Q_crp [мл/с]	13.47		
V_e [мл]	177.93			T_Qm [сек]	4.42		
Q_m [мл/с]	34.83			T_ис [сек]	13.21		
Q_ic [мл/с]	22.44			T_об [сек]	14.53		

Медицинское заключение : Тек..

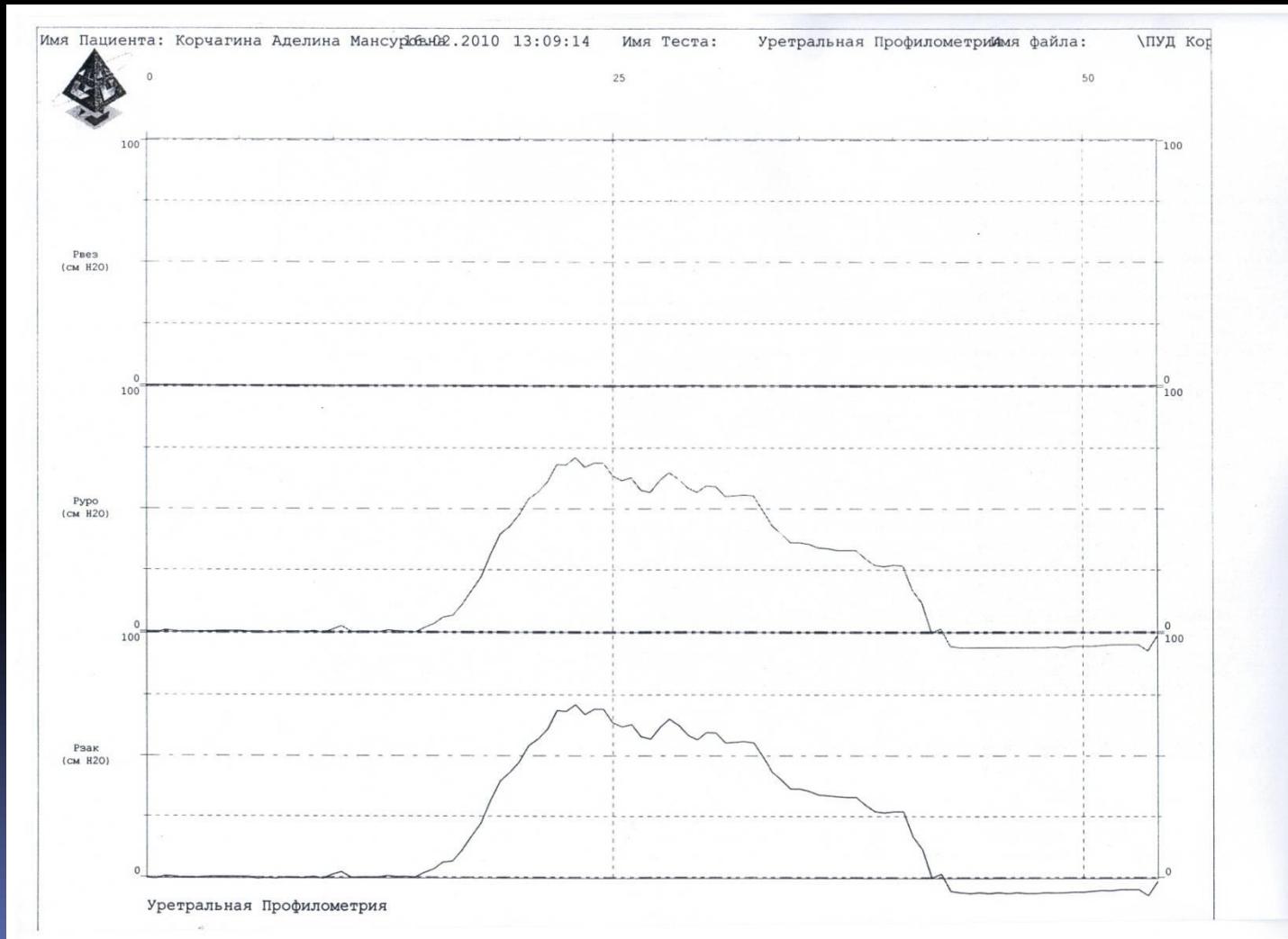
Врач :



Цистометрия



Профилометрия уретры



Данные уродинамических исследований у больных с НДМП

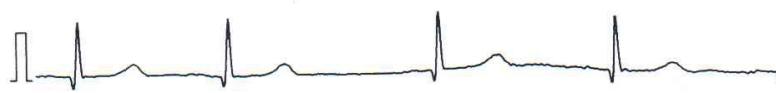
Уровень поражения нервной системы (n = 133)	Данные уродинамических исследований					
	Ретроградная цистометрия			Профилометрия уретры		
	Нормо-рефл	Гипер-рефл	Гипо-рефл	Нормальн. Тонус	Повышен. Тонус	Снижен . тонус
1. Церебральный (n=22)	5(22,7%)	17(77,3 %)	-	5(22,7%)	17(77,3%)	-
2. Цервикальный (n=59)	13(22,0 %)	46(78,0 %)	-	33(56,0%)	26(44,0%)	-
3. Пояснично-крестцовый (n=31)	3(9,7%)	-	28(90,3 %)	17(54,8%)	-	14(45,2 %)
4. Сочетанный (n=18)	3(16,7%)	10(55,5 %)	5(27,8%)	3(16,7%)	10(55,5%)	5(27,8%)
5. Невротические состояния (n=3)	1(33,3%)	2(66,7%)	-	1(33,3%)	2(66,7%)	-

ЭКГ

III HR-80 50mm S-1 H MN



II HR-94 50mm S-1 H MN



I HR-90 50mm S-1 H MN



ЭКГ от

30.09 2007г

Фамилия Задорожный возраст 81 отделение 20
I P Q R S T
II P Q R S T
III P Q R S T

AVR	T	PQ 0,12''
AVL	T	P 0,08''
AVF	T	QRS 0,08''
V1	T _{V1}	QT 0,38''
V2	T _{V2}	RR 0,84-0,80''
V3	T _{V3}	Чс 71-100'
V4	T _{V4}	
V5	T _{V5}	
V6	T _{V6}	

Легкое

La +79°

Заключение: Регулярный ритм по пред. чс 71-100 ударов в м
Положение электрической оси сердца вертексправо.

Сочетанные
дисфункции
других
висцераль-
ных органов

(функцио-
нальная
кардиопатия
)

Осложнения НДМП у детей (основные показатели)

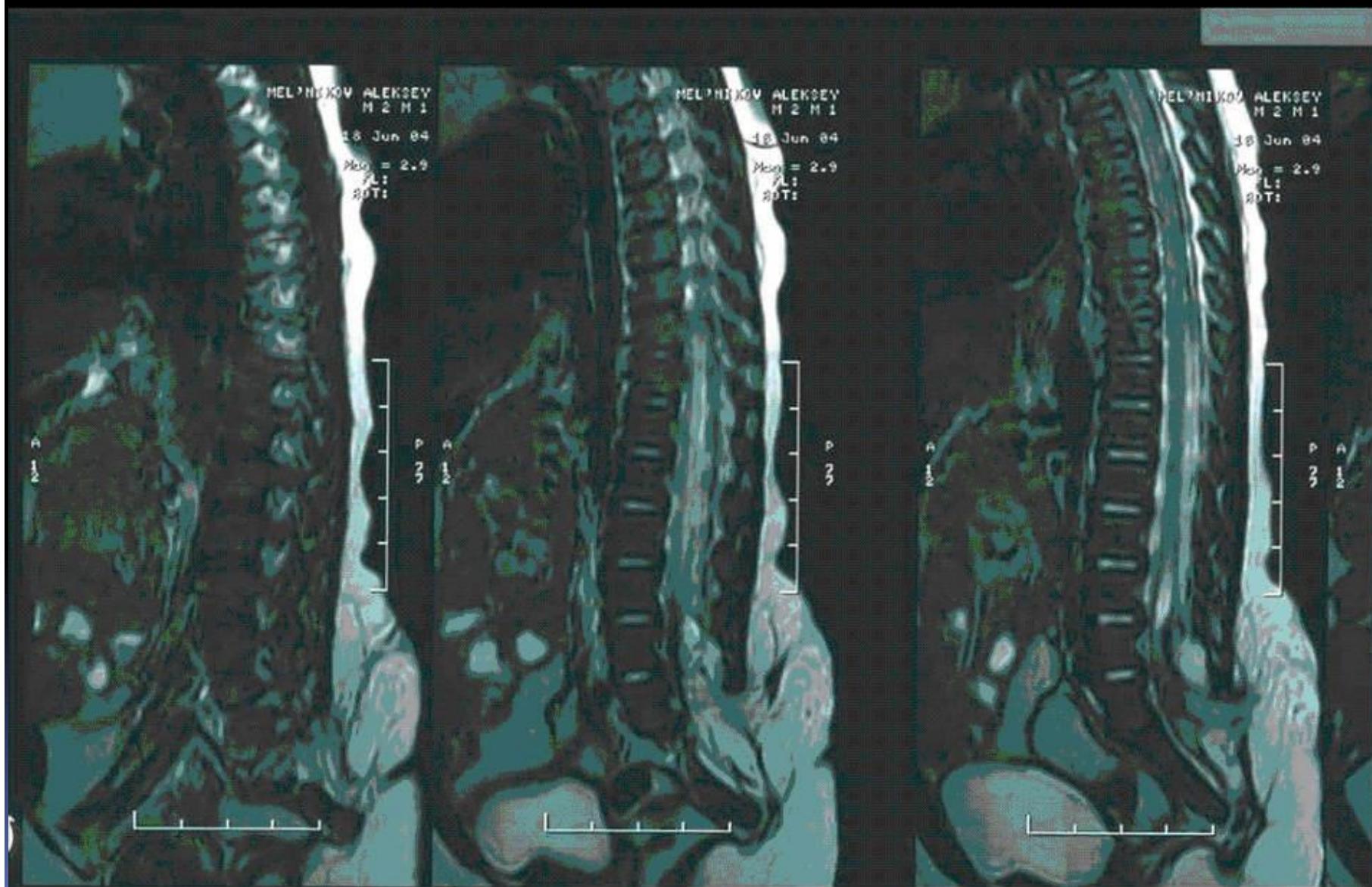
№	Признак	Количество (n=133)	
		Абс.	%
1.	Энурез	64	48,1
2	Дневное императивное неудержание мочи	39	29,3
3	«Хронический пиелонефрит» (ИВО по данным МЦУГ)	114	85,7
4	ПМЛР	49	43,0 (% от 114)
5	ХПН	15	13,2 (% от 114)

ХПН латентная — у 11, интермиттирующая — у 3, терминальная — у 1.

Спинномозговая грыжа



MPT спинного мозга



Цистоуретерогидронефроз

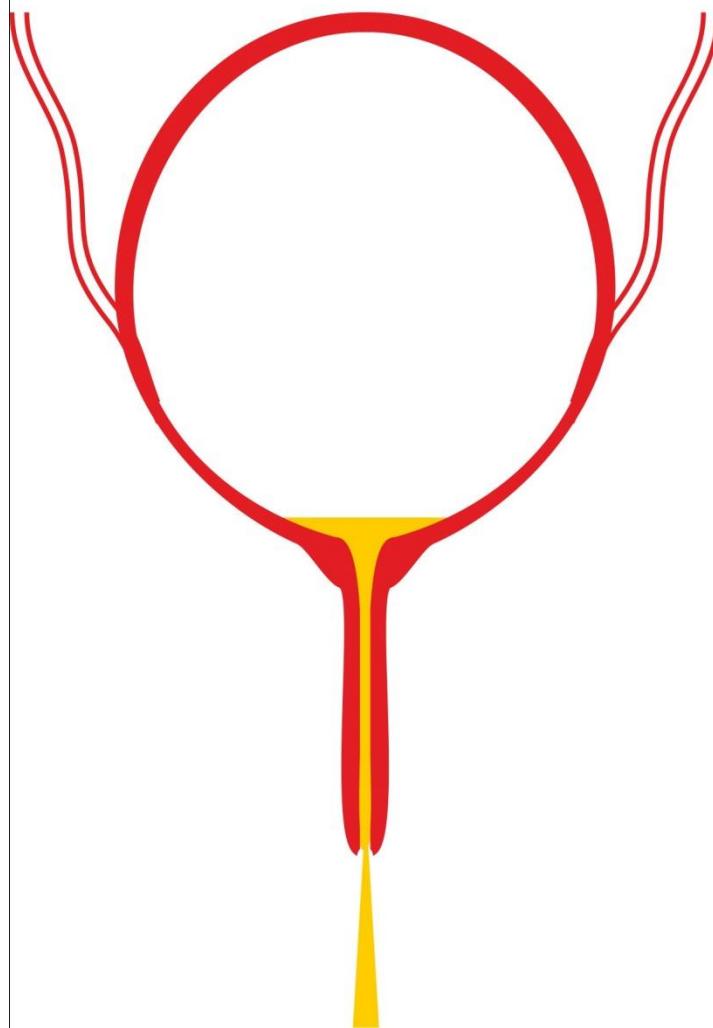


Редкие причины вторичного энуреза:

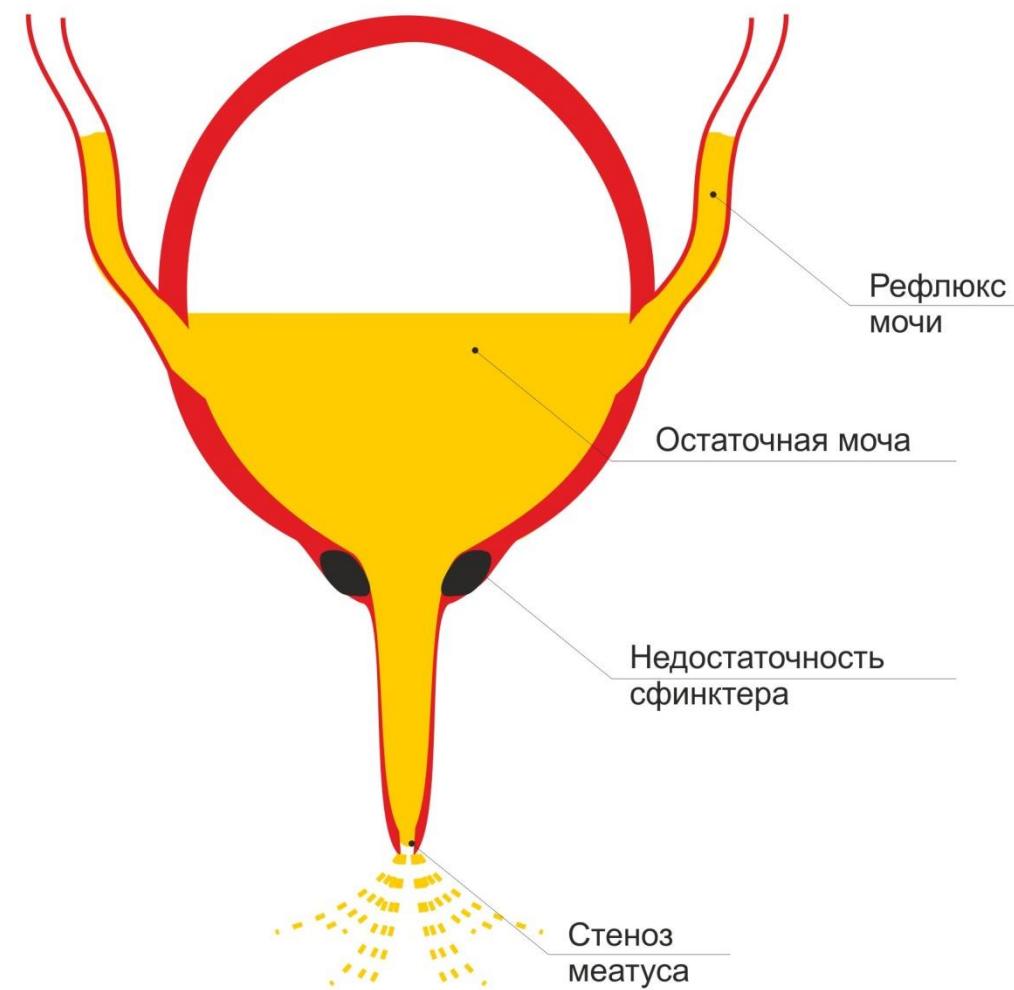
- ИВО
- Цистит
- Побочное действие некоторых фармпрепаратов

ИВО / меатальный стеноз уретры /

НОРМА



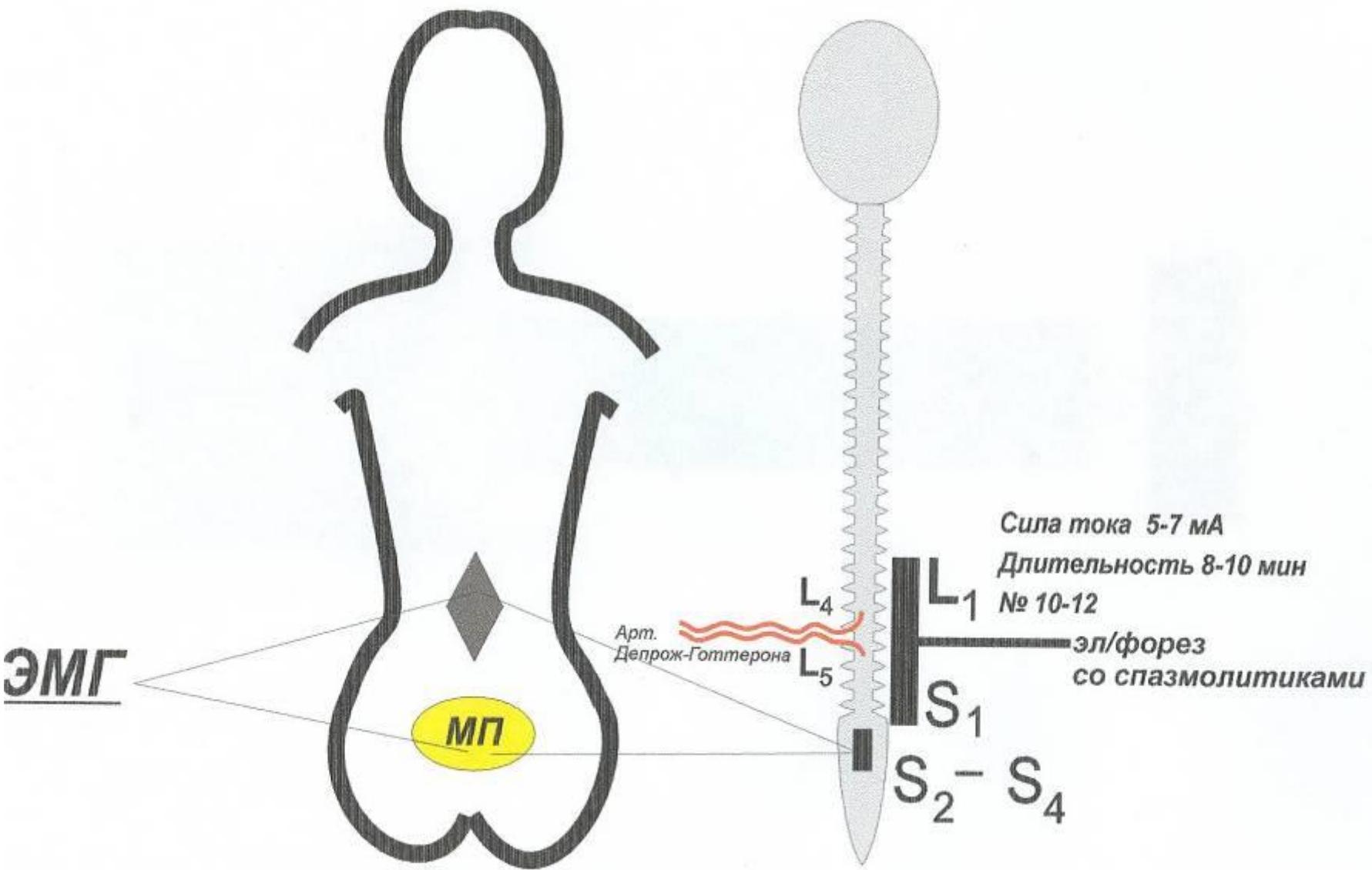
ПАТОЛОГИЯ



Причины лечения

- Немедикаментозное лечение (ночное пробуждение, психотерапия, физиотерапия, ЛФК, диета и т.д.)
- Лекарственная терапия (ноотропы, м-холинолитики, вегетотропные препараты)
- Хирургическое лечение (как правило, коррекция осложнений)

Физиотерапия миелодисплазии
пояснично-крестцового отдела спинного мозга



Упражнения по Кегелю

Если врач назначил Вам СПАЗМЕКС®

Представленный Вам комплекс упражнений направлен на укрепление мышц тазового дна, в том числе мышц, поддерживающих мочевой пузырь, матку и кишечник. Комплекс рекомендован при заболеваниях вышеуказанных органов: нарушениях мочеиспускания (в т.ч. синдроме гиперактивного мочевого пузыря), опущении органов и пр. Для хорошего эффекта старайтесь выполнять упражнение 1 как можно чаще, а остальные упражнения 2–3 раза в день. Комплекс выполняется до еды. Упражнения лежа выполняются на твердой поверхности (на полу).

• Упражнение 1

Это упражнение Вы можете выполнять в любую свободную минуту: сидя у телевизора, в транспорте, на работе; и в любом положении: сидя, стоя, лежа.

Сжимайте сфинктер (кольцо мышц) вокруг ануса, как будто Вы удерживаете позыв к опорожнению кишечника. Постарайтесь не задействовать при этом другие мышцы: живота, ягодиц, бедер. Упражнение следует выполнять ритмично: напряжение-пауза, напряжение-пауза и так до 10 раз. Длительность периодов напряжения и расслабления по 5 секунд.

• Упражнение 2

Лягте на спину, подложите подушку под голову и плечи. Ноги согните в коленях и слегка разведите. Руки положите на боковые поверхности живота. На выдохе поднимите голову и плечи. Сохраняйте это положение до 10 секунд. На вдохе опуститесь на подушку и расслабьтесь. Повторите упражнение 5–6 раз.



• Упражнение 3

Лягте на спину. Ноги согните в коленях и слегка разведите. Руки положите на грудь. На выдохе откидывайте туловище назад, пока мышцы живота не напрягутся. Удерживайтесь в таком положении до 10 секунд. Повторите упражнение 5–6 раз.



• Упражнение 4

Лягте на спину. Руки вытяните вдоль туловища, ладони прижмите к бедрам. Изогнитесь в сторону насколько это возможно, скользя рукой по ноге и немного приподняв голову. Задержитесь в этом положении на 2–3 секунды. Вернитесь в исходное положение, отдохните. Сделайте это же упражнение в другую сторону. Повторите 3–4 раза.

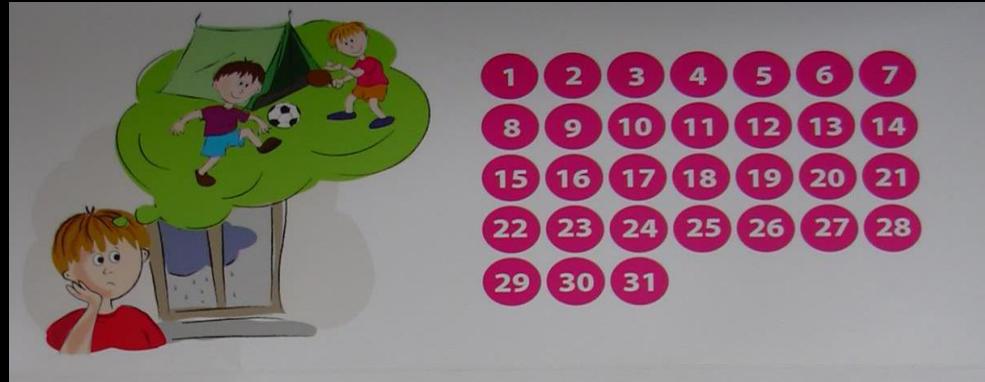


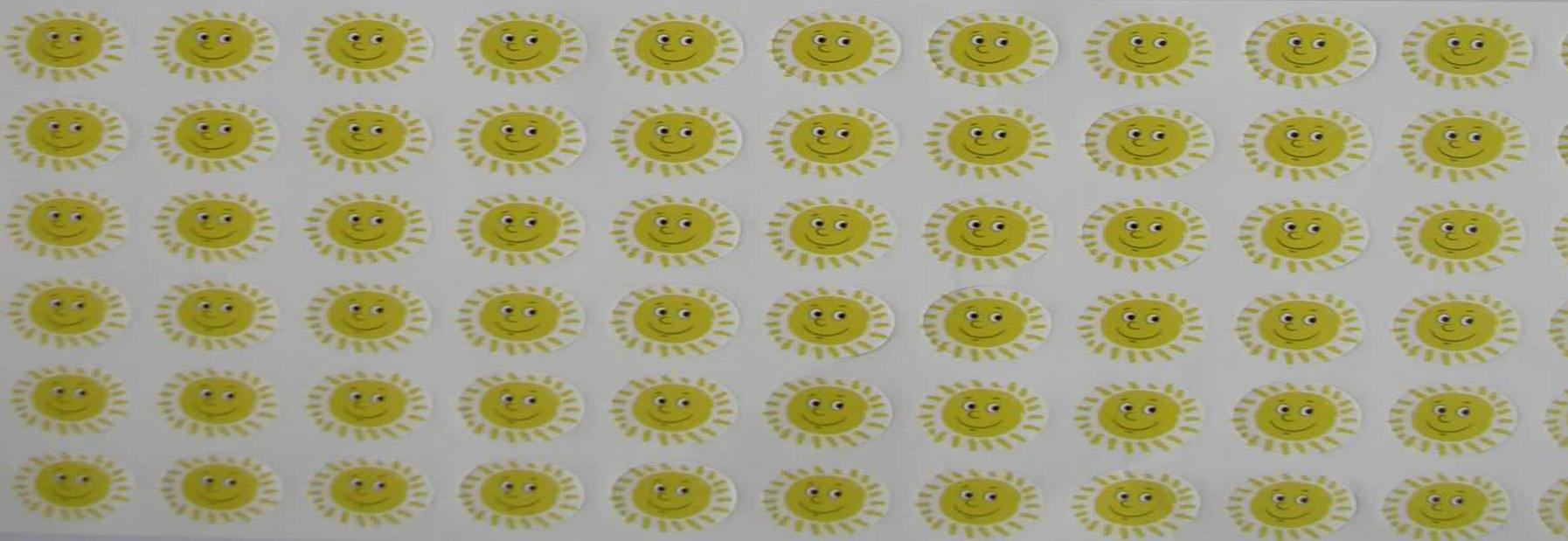
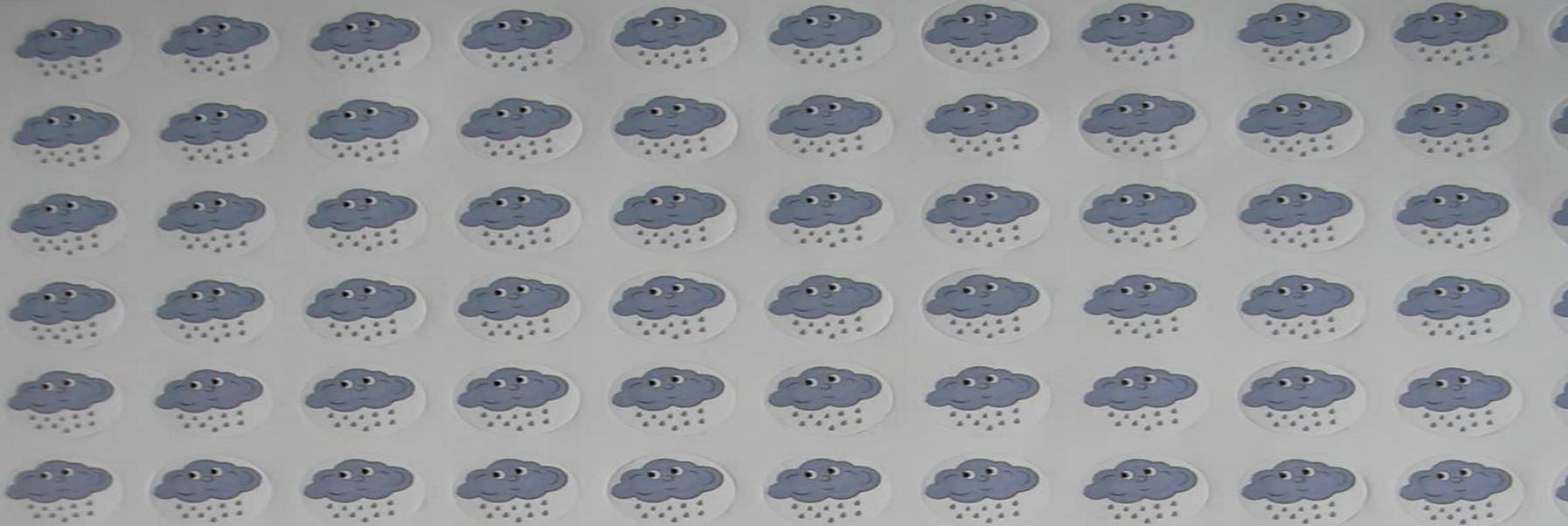
• Упражнение 5

Лягте на спину. Ноги согните в коленях и слегка разведите. Руки положите на бедра. На выдохе поднимайте голову и плечи, тянитесь руками к коленям. Дотроньтесь до колен. Вернитесь в исходное положение. Расслабьтесь. Повторите упражнение 5–6 раз.



Психотерапия энуреза







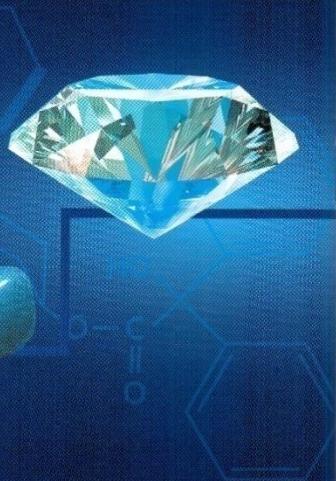
СПАЗМЕКС®

тромпия хлорид табл. 5 мг и 15 мг

Совершенная
структура –
непревзойденные
преимущества



Высший уровень безопасности
и эффективности терапии
гиперактивного мочевого пузыря



www.spasmex.ru

Антихолинергический препарат для лечения гиперактивного мочевого пузыря, обладающий исключительным комплексом преимуществ:

Эффективность и безопасность на высоком уровне.

Не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, так как не преодолевает гематоэнцефалический барьер.

Нет метаболизма в печени.

Отсутствует взаимодействие с другими лекарствами.

Производитель Dr. R.Pleger (Германия)

RU-SPX-165



Эксклюзивный дистрибутор: ПРО.МЕД.ЦС Прага а.о. (Чешская Республика)

Представительство в Москве: тел./факс: (495) 679-0703, 679-5605; e-mail: promedcs@promed.lucena.ru

Консерва- тивное лечение ГАМП

Общее количество выполненных оперативных вмешательств и катетеризаций мочевого пузыря у больных с НДМП при различных уровнях поражения ЦНС.

Уровень поражения ЦНС	Вид оперативного вмешательства		Катетеризация мочевого пузыря	Всего
	Цистокутанеостомия	Диллятация уретры		
Церебральный (n=22)	1 (4,5%)	2 (9,1%)	—	3 (13,6%)
Цервикальный (n=59)	3 (5,1%)	—	—	3 (5,1%)
Пояснично-крестцовый (n=31)	8 (25,8%)	4 (12,9%)	6 (19,4%)	18 (58,1%)
Сочетанный (n=18)	—	1 (5,6%)	—	1 (5,6%)
Психогенный (невротические состояния) (n=3)	—	1 (33,3%)	—	1 (33,3%)
Всего (n =133)	12 (9,0%)	8 (6,0%)	6 (4,5%)	26 (19,5%)

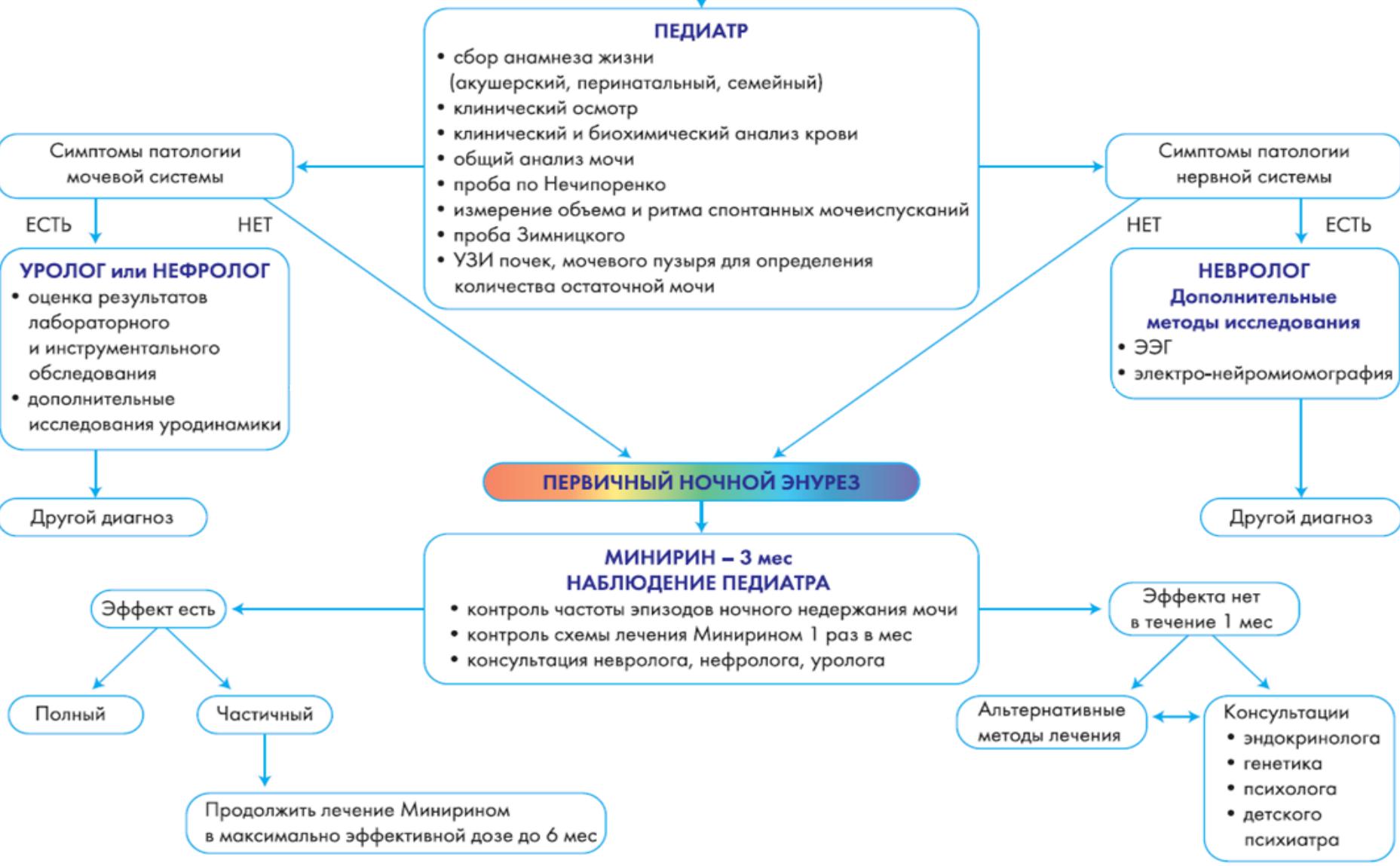
Результаты лечения, полученные через 1 год в каждой из 5 клинических групп

больных.

Уровень поражения ЦНС	Результаты лечения (через 1 год)		
	без улучшения	улучшение	полное излечение
Церебральный (n=22)	—	19 (86,41%)	3 (13,6%)
Цервикальный (n=59)	—	45 (76,3%)	14 (23,7%)
Пояснично-крестцовый (n=31)	—	30 (96,8%)	1 (3,2%)
Сочетанный (n=18)	—	15 (83,3%)	3 (16,7%)
Иногенный (нервотические состояния) (n=3)	—	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Всего =133	—	111 (83,5%)	22 (16,5%)

Тактика врача при первичном обращении по поводу ночного энуреза

ЖАЛОБЫ НА НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ



«Следует всегда помнить, что лечение энуреза может быть только тогда успешным, когда разрабатывается индивидуальная методика лечения для каждого конкретного случая.

Поэтому прежде всего необходимо найти хорошего врача-специалиста в области лечения различных форм недержания мочи, который объективно оценит состояние больного, поставит точный диагноз, назначит курс лечения и будет постоянно держать больного под контролем.»

Ненси Брюнинг
(« Регулирование функции мочевого пузыря. – Москва – Крон-Пресс.- 1995 г.)

Благодарим за внимание !

