


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 котором обретенный 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 уropатии, воспалительные заболевания, НДМП)
- 3. Сочетания этиологических факторов

# Алгоритмы диагностики энуреза

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

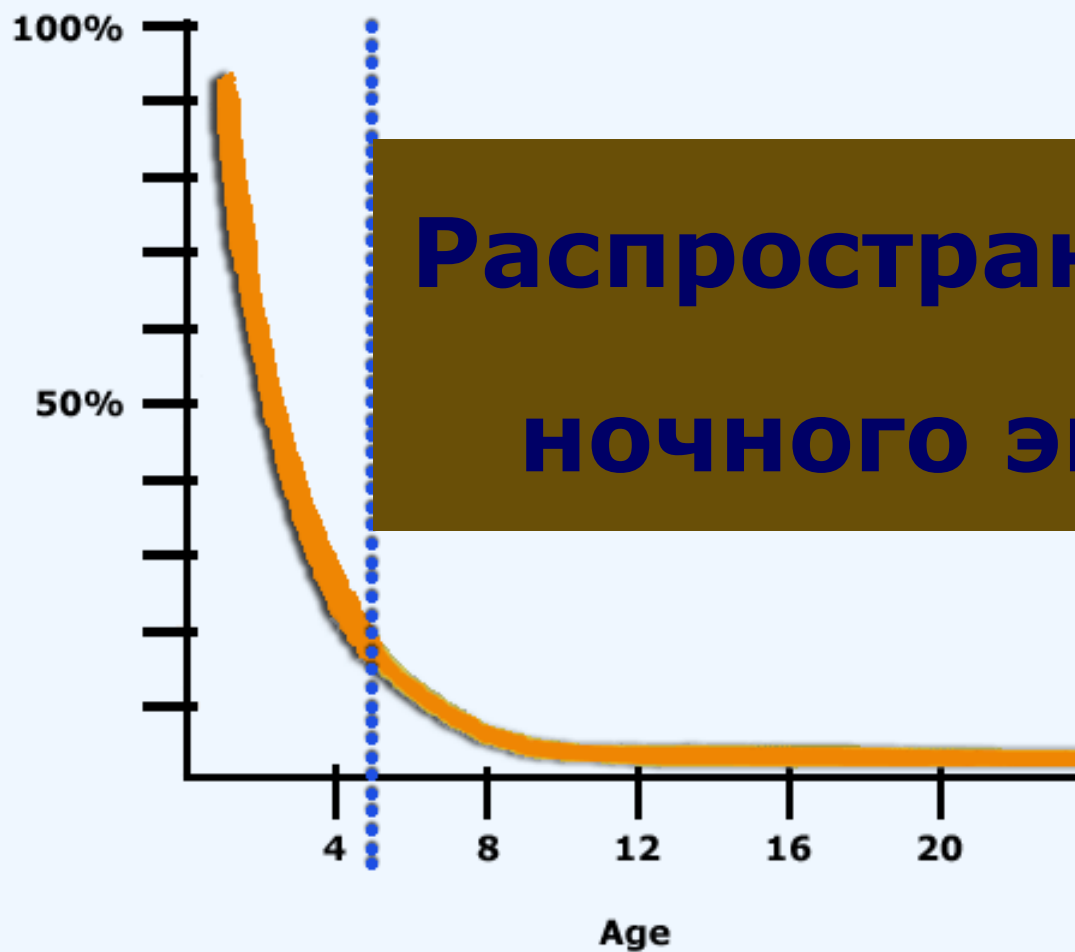
# Общее количество больных (дневной урологический стационар ДРКБ)

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



**Распространенность  
ночного энуреза**

**взрослые  
составляют  
0,5%**



# 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**

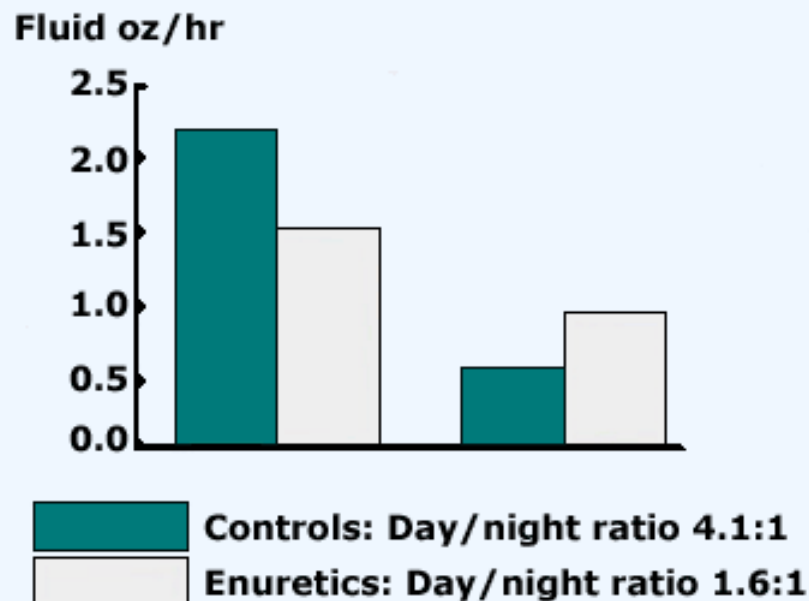


**Только в 15% случаев - энурезом не болел ни один из родителей**

# 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 микций и объёмов выпитой жидкости в сутки
- III. При необходимости – консультация эндокринолога
- IV. Лабораторный анализ мочи и УЗИ мочевыводящих путей

1003

Age Group	Percentage
18-24	10%
25-34	15%
35-44	25%
45-54	35%
55+	15%

# 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 5,6-6,2	68,1 59,2-77,0	191,3 116,0-266,0	130,0 113,3-146,7
	8-11	5,0 4,7-5,3	50,0 35,0-65,0	234,7 223,3-246,1	155,7 133,3-177,9
	12-14	4,1 3,9-4,4	115,0 103,0-127,0	271,4 235,0-307,0	196,9 181,3-212,5
Мальчики	4-7	5,3 4,2-6,4	63,0 41,0-85,0	135,0 113,0-157,0	107,7 67,3-148,0
	8-11	4,8 4,5-5,1	46,0 27,0-65,0	271,5 253,2-289,7	139,0 122,6-155,4
	12-14	4,1 3,5-4,8	39,0 13,0-65,0	325,0 307,0-343,0	192,5 168,1-216,9



# МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЭНУРЕЗА



Фармакотерапия :

❖ Антидиуретический гормон —  
*десмопрессин (минирин)*

# Схема применения Минирина



## ПОДЪЯЗЫЧНОГО

Начальная доза

1 таблетка 60\120мкг десмопрессина

7 дней

Сухие ночи

Мокрые ночи

Курс лечения - 3 месяца

Увеличение дозы в 2 раза

Контрольный визит к врачу

Снижение дозы

Отмена препарата

В случае возобновления энуреза –  
новый курс 3 месяца

# 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 (невроз, 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 микциями 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 недержание 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, сопровождающемся 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 (парадоксальная 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 произвольно 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, микционные проба).
- 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 микции	10	7,5
Постоянное недержание 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 позыв 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		
	Каждую ночь	15		
	Каждую ночь, несколько раз	20		
4. Ритм мочеиспусканий	А) число мочеиспусканий в сутки			
	5-8	0		
	9-10	1		
	11-12	2		
	13-14	3		
	15-16	4		
	17-18	5		
	19-20	6		
	20 и более	7		
	Б) Средний эффективный объем мочевого пузыря в мл.	4-7 лет	8-11 лет	12-14 лет
	До 50	4	5	6
	51-75	3	4	5
	76-100	2	3	4
	101-125	1	2	3
	126-150	0	1	2
	151-175	-	0	1
	176-200	-	-	0
5. Диурез с 18 до 6 ч. в % (по отношению к суточному)	До 40%	0		
	От 41-50%	1		
	От 51-60%	2		
	От 61% и более	3		
	Нет	0		
6. Лейкоцитурия	В анализе мочи по Нечипоренко	1		
	В общем анализе мочи	2		

Суммарный балл \_\_\_\_\_

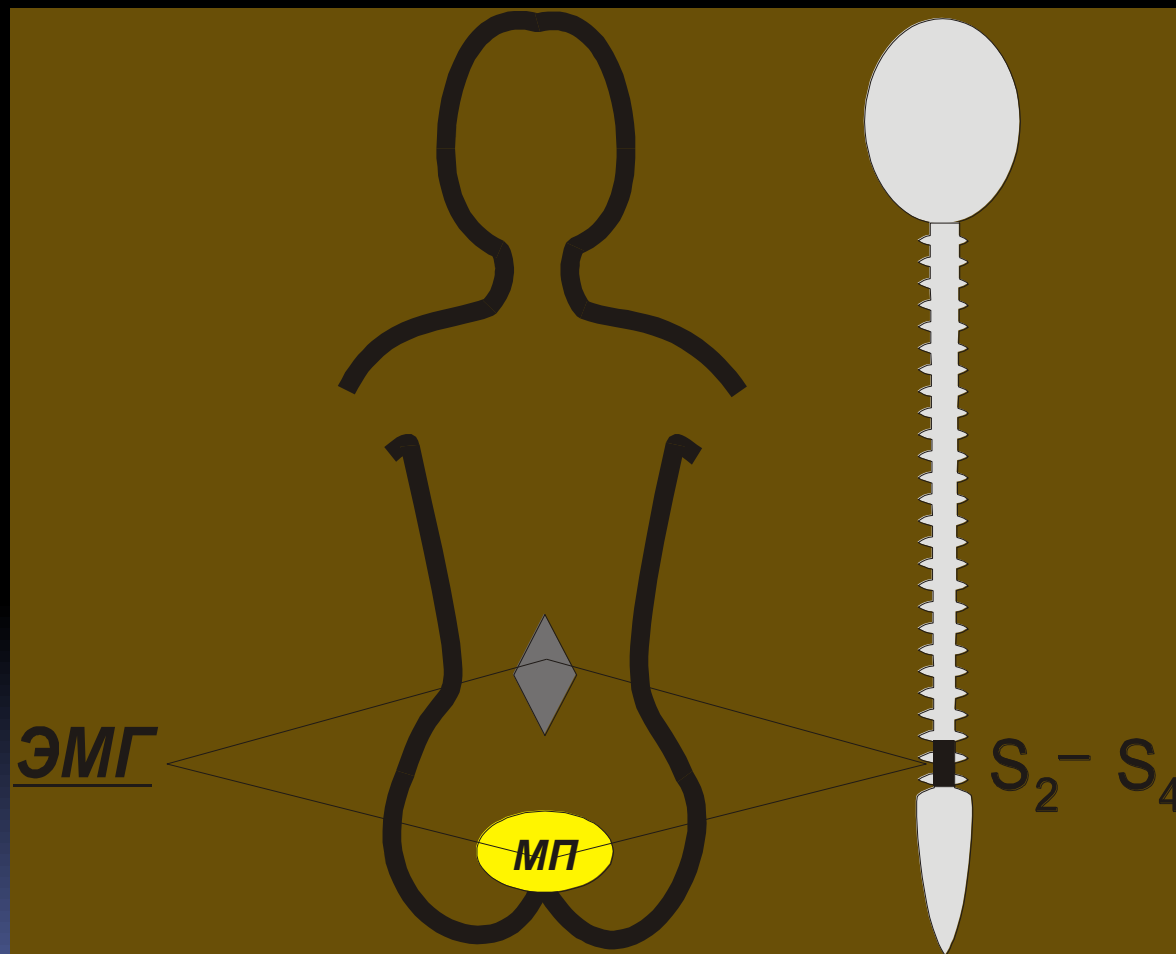
19-22 – средний балл при гиперрефлекторной форме НДМП



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: Садыхов Ренат, 13 лет  
 Дата: 20.07.2006  
 Отделение: Амб  
 Диагноз: Обсл

## Проба 1. Поверхностная ЭМГ. Спонтанная активность

1к: d, Erector trunci (spinae),  
 2к: s, Erector trunci (spinae),

## Спонтанная активность

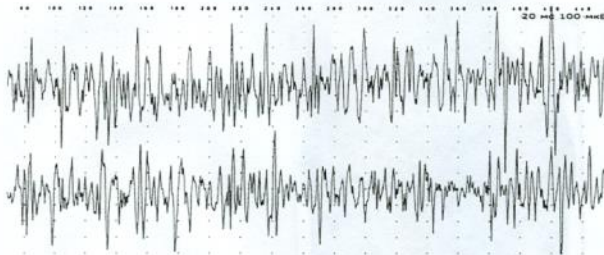
Феномены	Длительность
Фасцикуляции	12,4 мс

## Амплитуды и частоты

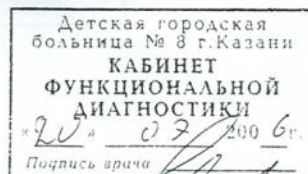
N	Феномен	Ампл., мкВ	Част., Гц
1	Фасцикуляции	851	39,1
2	Фасцикуляции	673	46,3

## Средние амплитуды и частоты

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



**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** С длинных мышц спины и m. erector 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

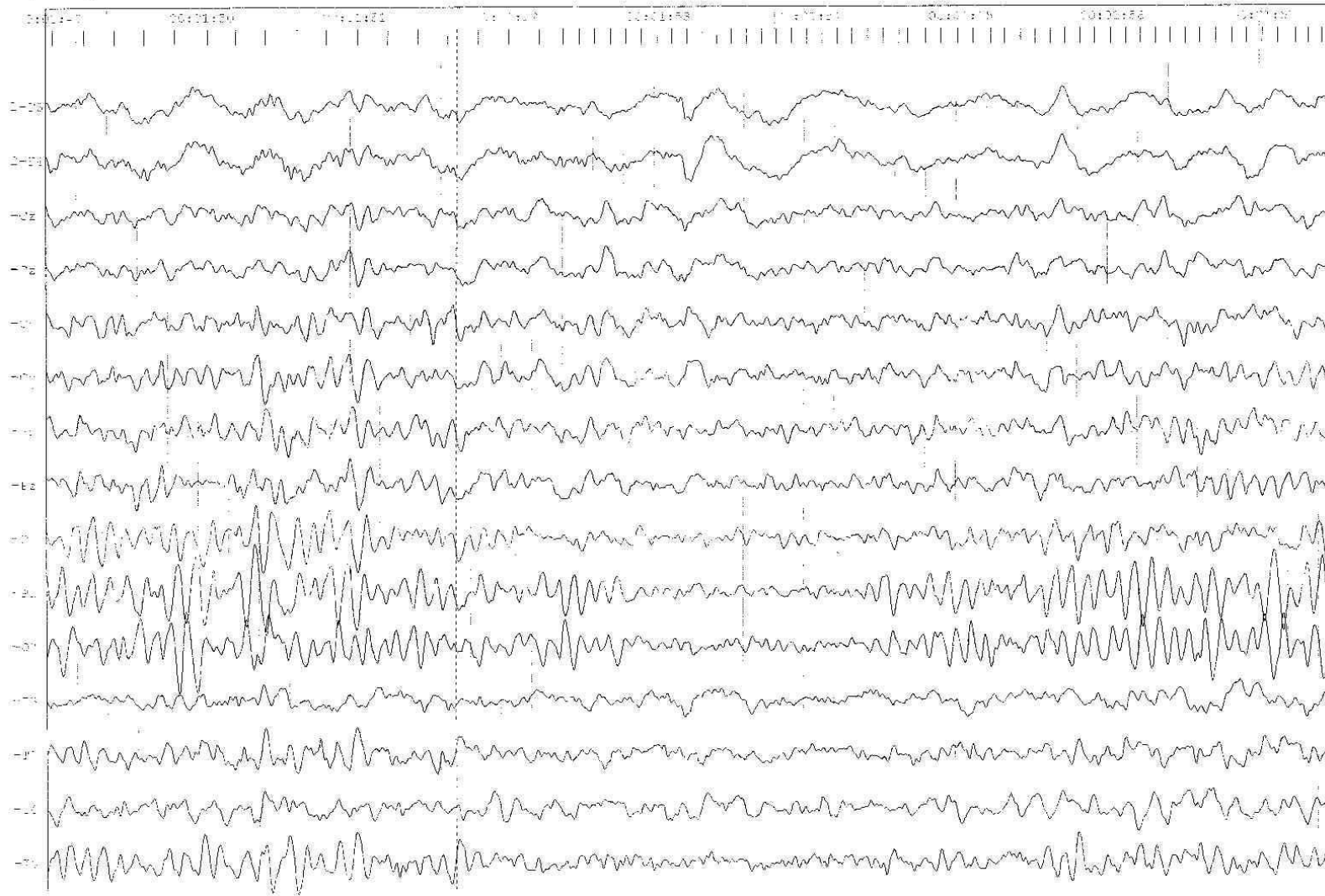
# Электрoэнцефалография

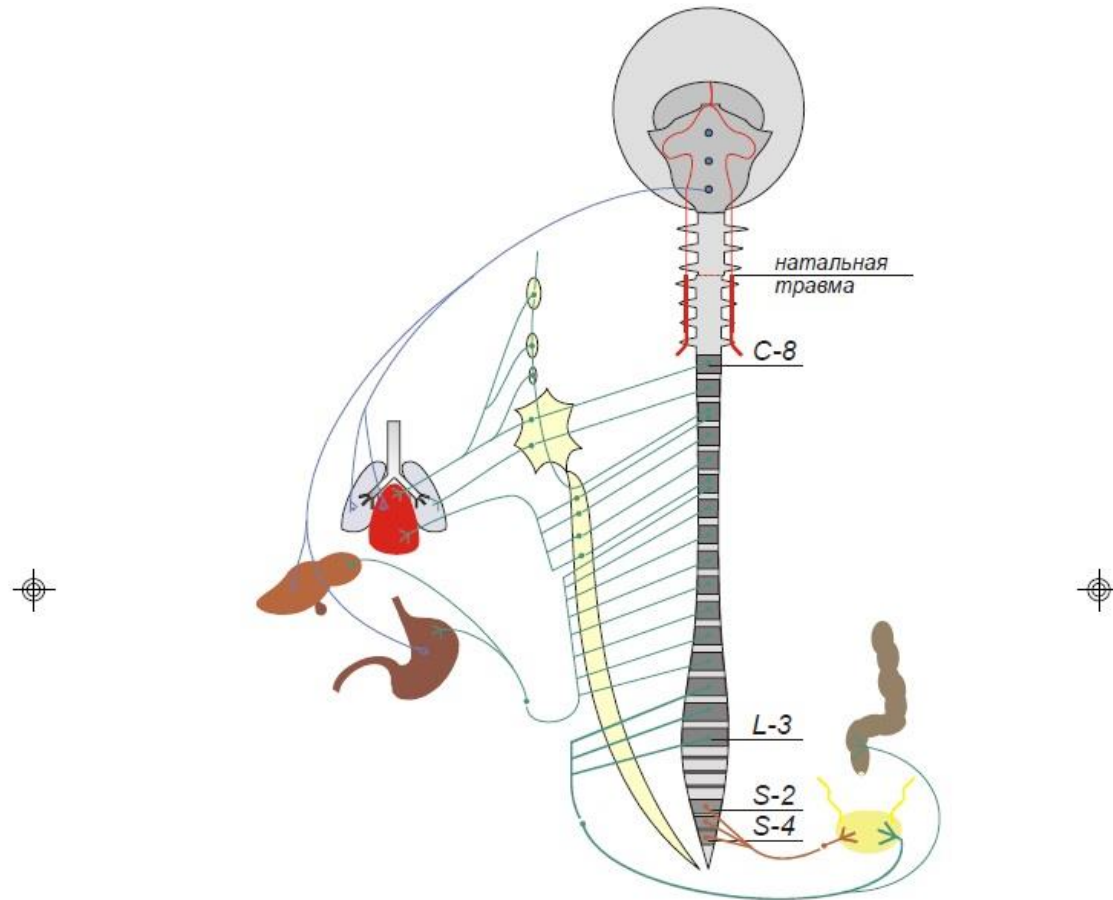
госпиталь Республиканская Клиническая больница  
93, Габдрахманов И З, М, 14 (13.03.1994)

**ATES**  
Medica Service

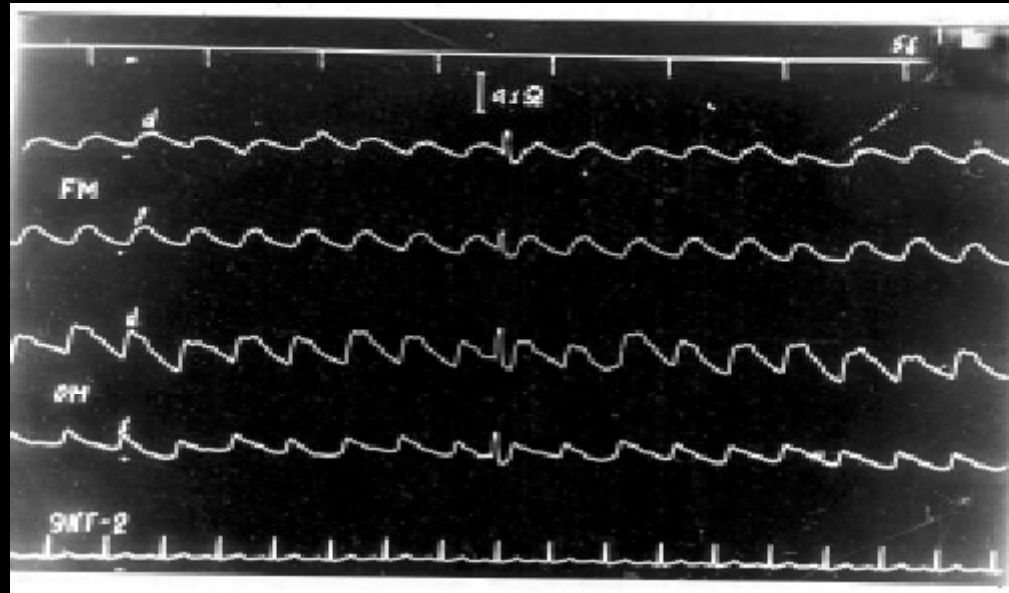
Neurotravel Rep. 3.4.02

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**



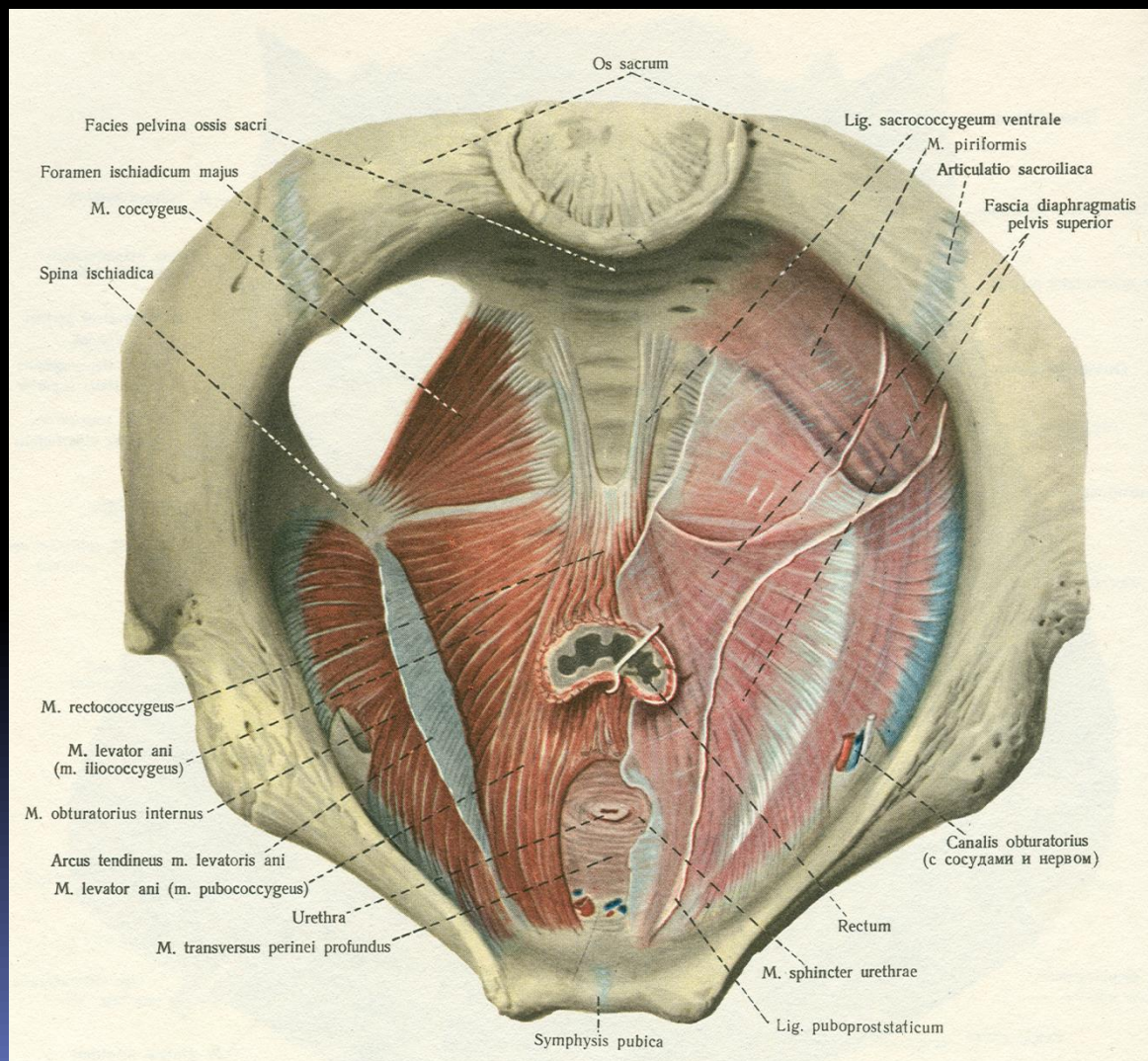
**Рентгенограмма шейного отдела позвоночника больного М., 4 года 3 мес. Изменение оси зубо-видного отростка второго шейного позвонка в виде наклона вперёд, смещение С2 вперёд на С3 с деформацией спинномозгового канала.**

# 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 микционной цистоуретрограмме (детрузорно-сфинктерная диссинергия).

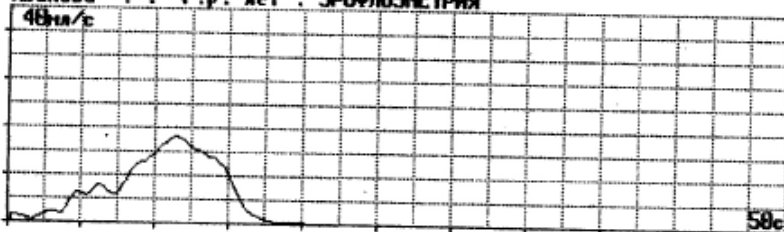
# Тест - УРОФЛОУМЕТРИЯ - N1.

Параметр	Измер.	Должн.	%Д	Параметр	Измер.	Должн.	%Д
T_о [сек]	14.79			Q_ср [л/с]	7.65		
V_э [л]	137.33			T_им [сек]	11.32		
Q_м [л/с]	17.72			T_ис [сек]	17.95		
Q_1с [л/с]	0.57			T_об [сек]	32.74		

Медицинское заключение : Тек.

Врач :

Иванова . . . г.р. лет : УРОФЛОУМЕТРИЯ



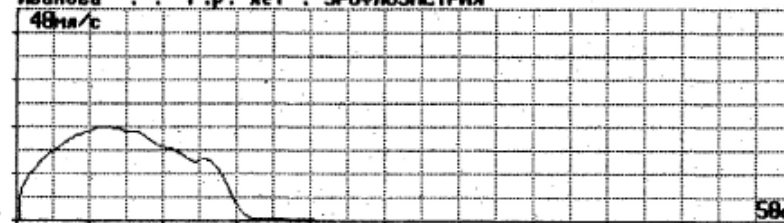
# Тест - УРОФЛОУМЕТРИЯ N2

Параметр	Измер.	Должн.	%Д	Параметр	Измер.	Должн.	%Д
T_о [сек]	3.68			Q_ср [л/с]	13.79		
V_э [л]	220.66			T_им [сек]	5.53		
Q_м [л/с]	19.66			T_ис [сек]	16.00		
Q_1с [л/с]	10.49			T_об [сек]	19.68		

Медицинское заключение : Тек.

Врач :

Иванова . . . г.р. лет : УРОФЛОУМЕТРИЯ



Урофлоуграммы до и после  
парентерального введения препарата

ПРОТОКОЛ УРОФЛОУМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Каждый

ДРКЕ

Подростковый центр

данные тек. анализа

Классификация : :

Диагноз : :

ФАМИЛИЯ : :

ИМЯ : :

ОТЧЕСТВО : :

N пациента : :

Пол : :

Возраст : :

Рост : :

Вес : :

Дата обследования : 04/10/2010 08:53

Тест - УРОФЛОУМЕТРИЯ

Параметр	Измер.	Должн.	%Д	Параметр	Измер.	Должн.	%Д
T_o	[сек]	1.32		Q_ср	[мл/с]	13.47	
V_э	[ мл]	177.93		T_эм	[сек]	4.42	
Q_m	[мл/с]	34.83		T_ис	[сек]	13.21	
Q_1с	[мл/с]	22.44		T_об	[сек]	14.53	

Медицинское заключение : Тек.

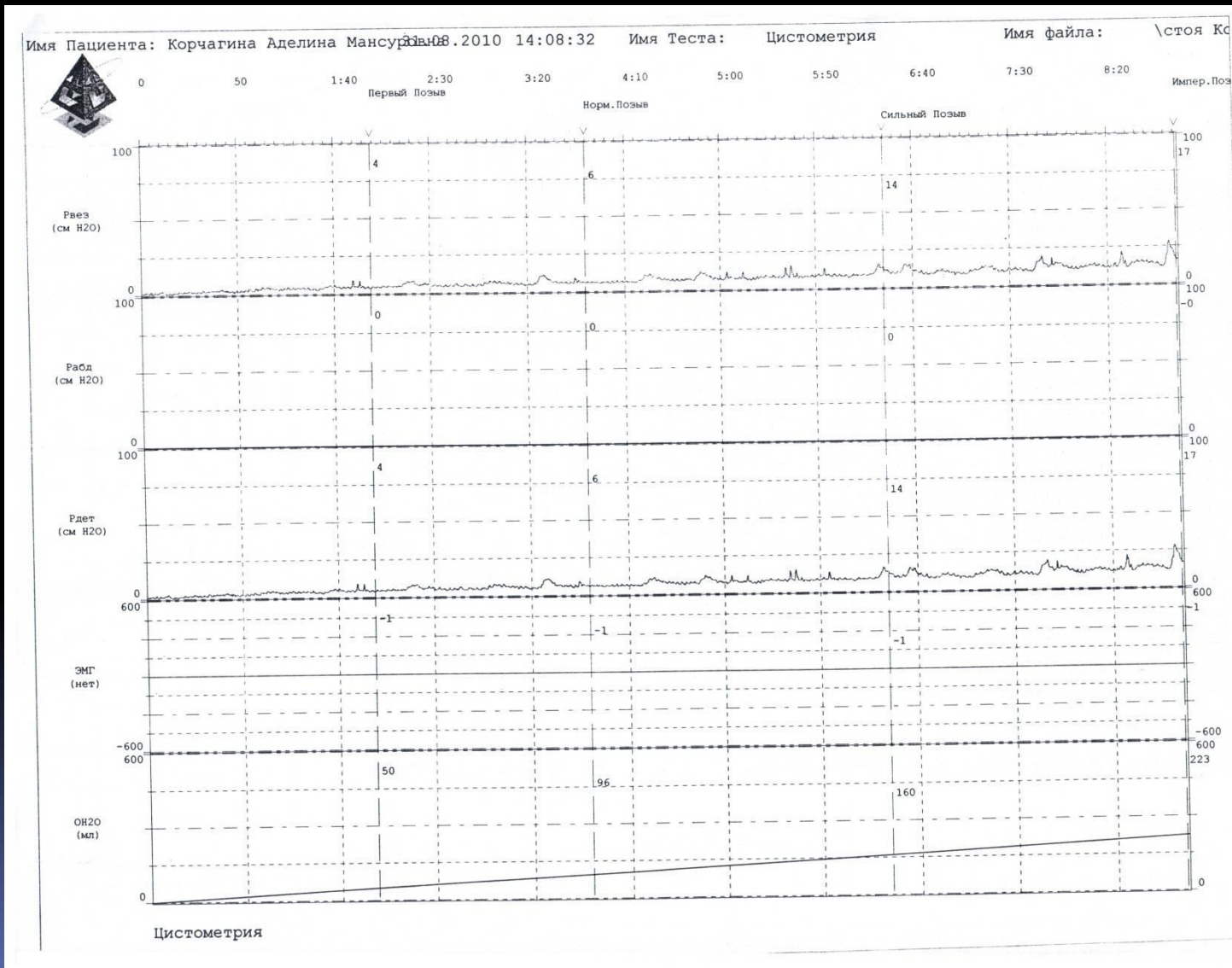
Врач :

г.р. лет : УРОФЛОУМЕТРИЯ



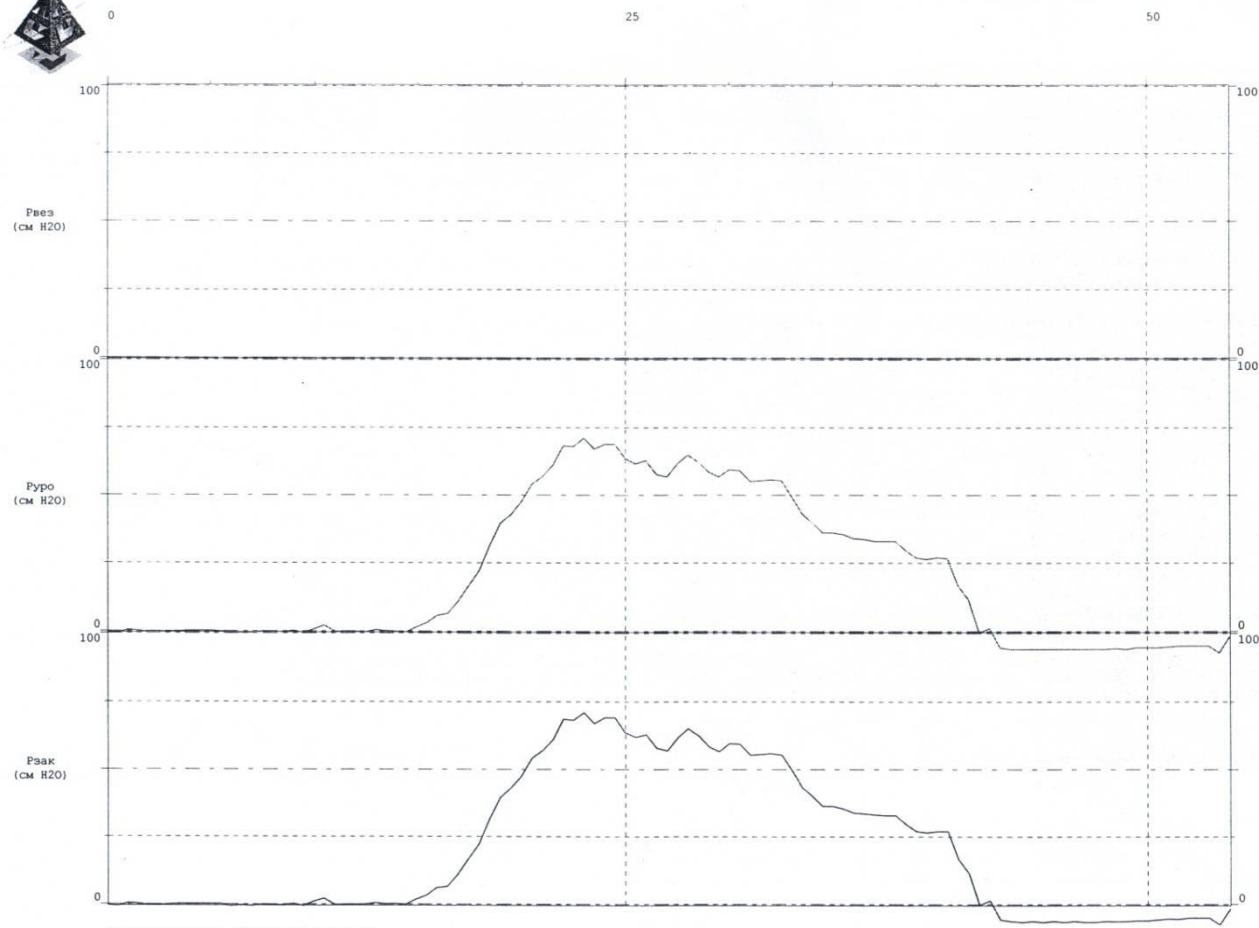
УФМ

# Цистометрия



# Профилометрия уретры

Имя Пациента: Корчагина Аделина Мансуровна 02.2010 13:09:14 Имя Теста: Уретральная Профилометрия Имя файла: \ПУД Кор



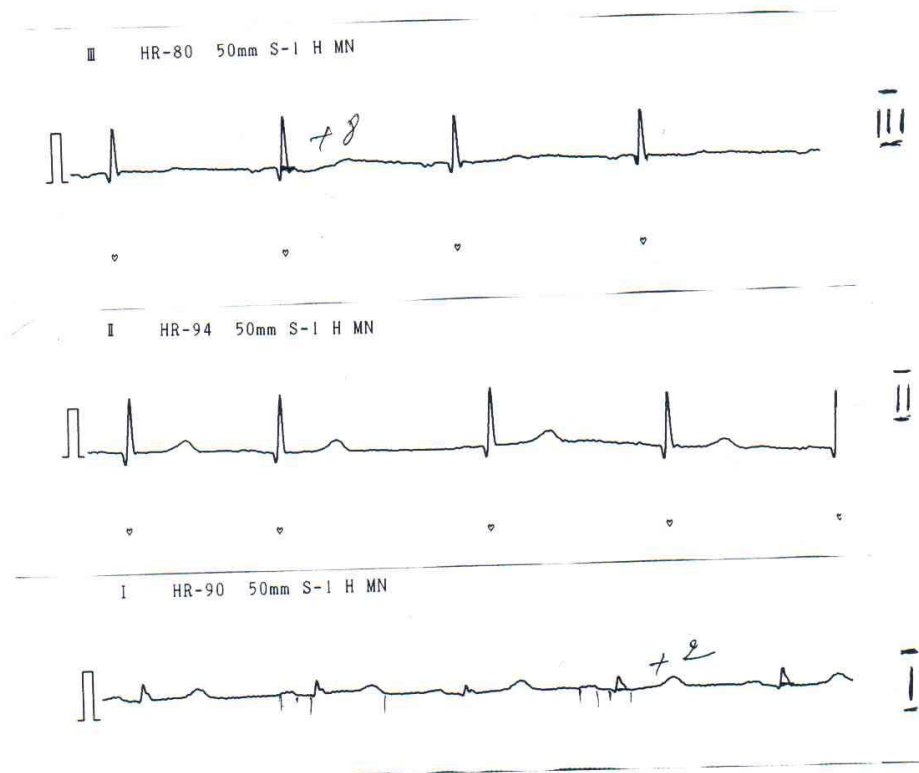
Уретральная Профилометрия

# 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



ЭКГ от <u>30.08.2007</u>					
Фамилия <u>Защитников</u>		Возраст <u>84</u>		отделение <u>20</u>	
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 <sub>V1</sub>		QT 0,30"
V2			T <sub>V2</sub>		RR 0,84-0,80"
V3			T <sub>V3</sub>		Чсс 71-100
V4			T <sub>V4</sub>		Ла +79"
V5			T <sub>V5</sub>		
V6			T <sub>V6</sub>		

Миграция  
 Заключение: V регулярный ритм по числу 71-100 ударов в м.  
 Положение электрической оси сердца вертикальное.

Сочетанные  
 дисфункции  
 других  
 висцераль-  
 ных органов  
 (функциональная  
 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)

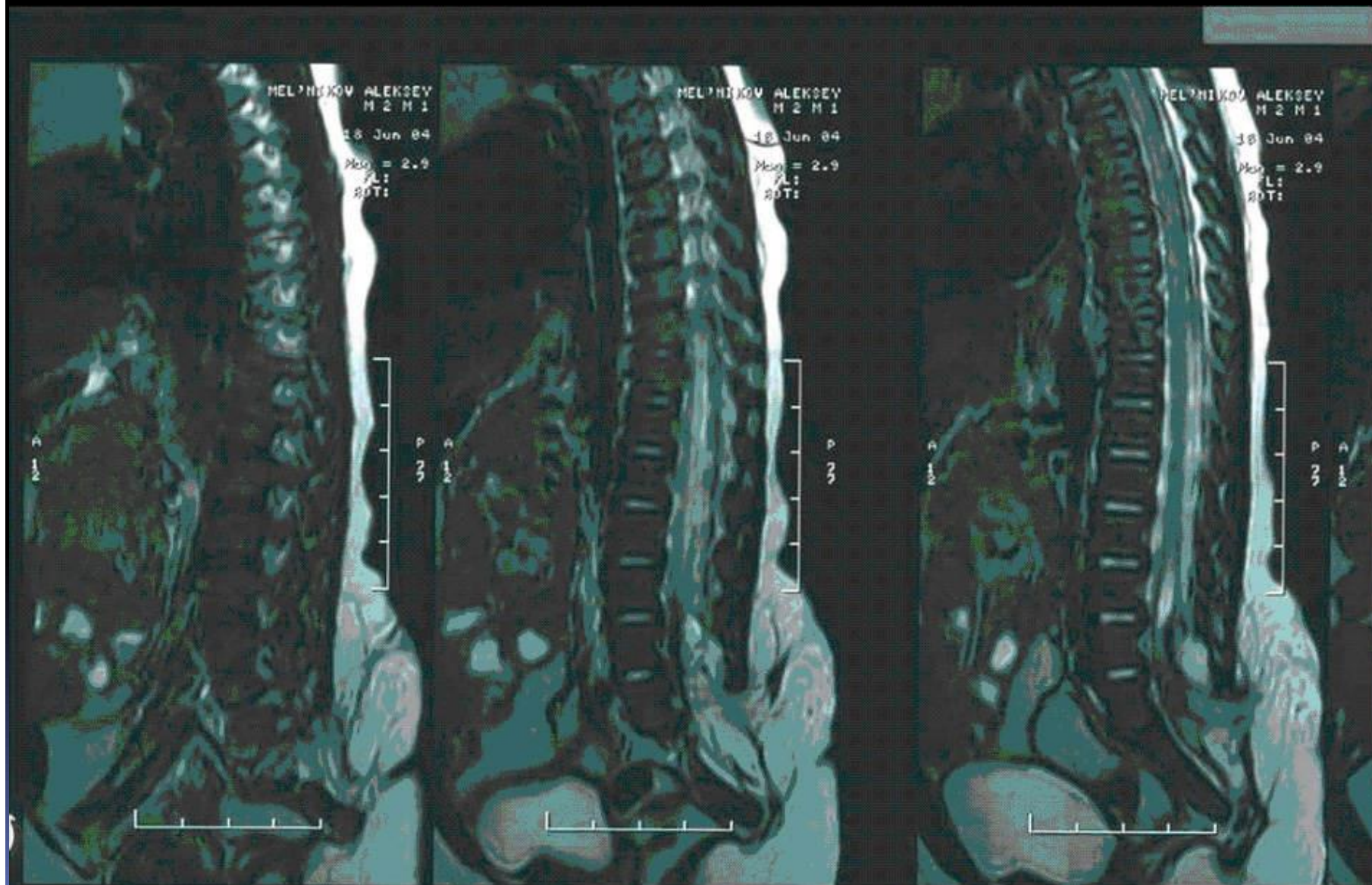
ХПН латентная — у 11, интермиттирующая — у 3, терминальная — у 1.



# Спинномозговая грыжа



# *MPT* спинного мозга






# Цистоуретерогидронефроз



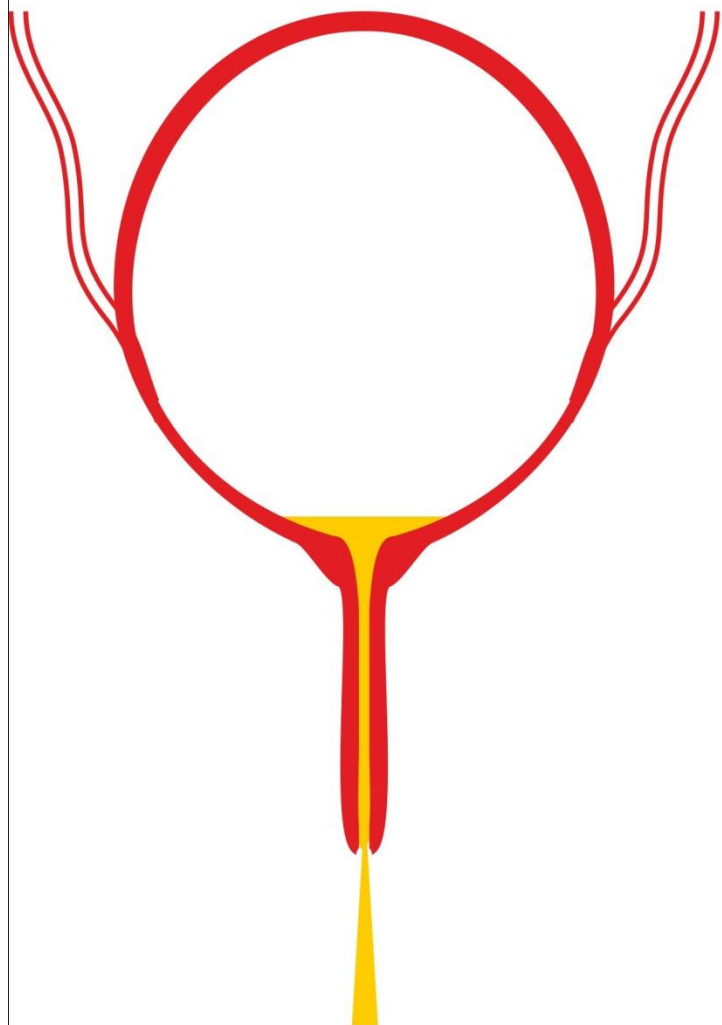


# Редкие причины вторичного энуреза:

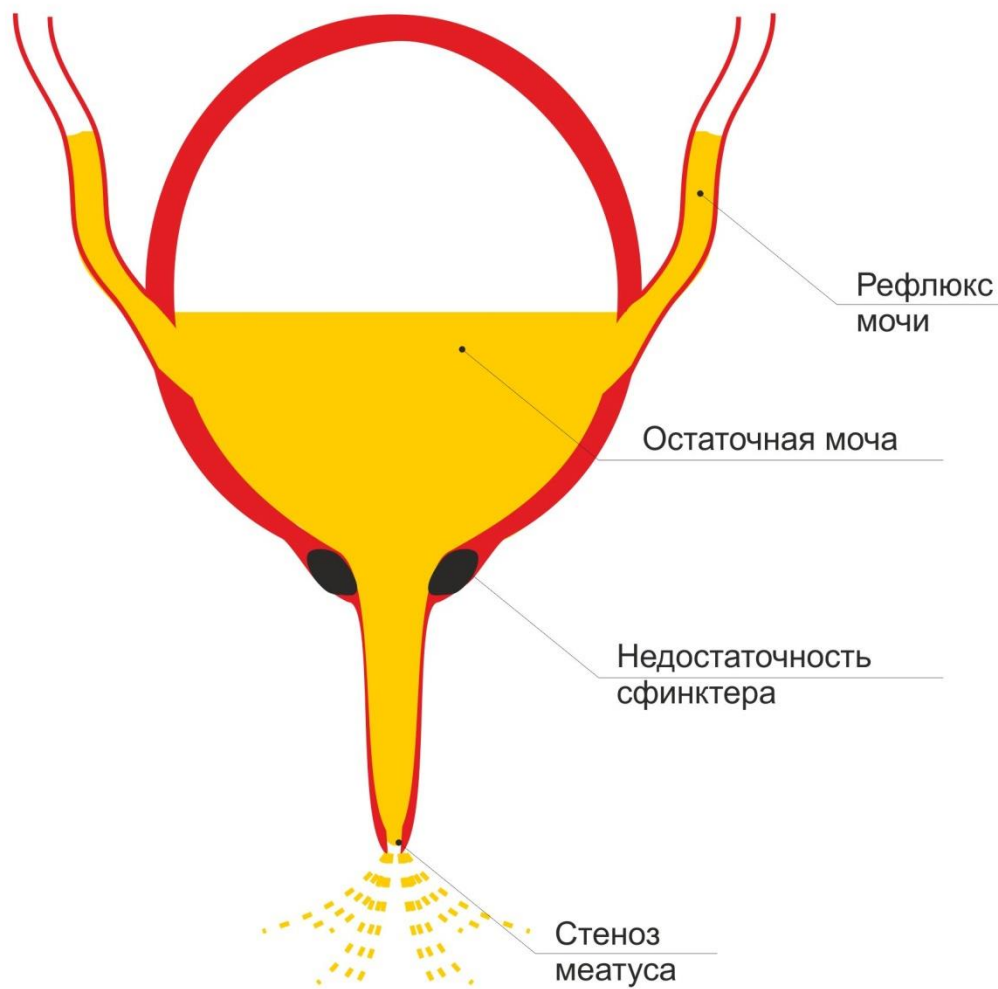
- ИВО
  - Цистит
  - Побочное действие некоторых фармпрепаратов
- 

# ИВО / меатальный стеноз уретры /

НОРМА



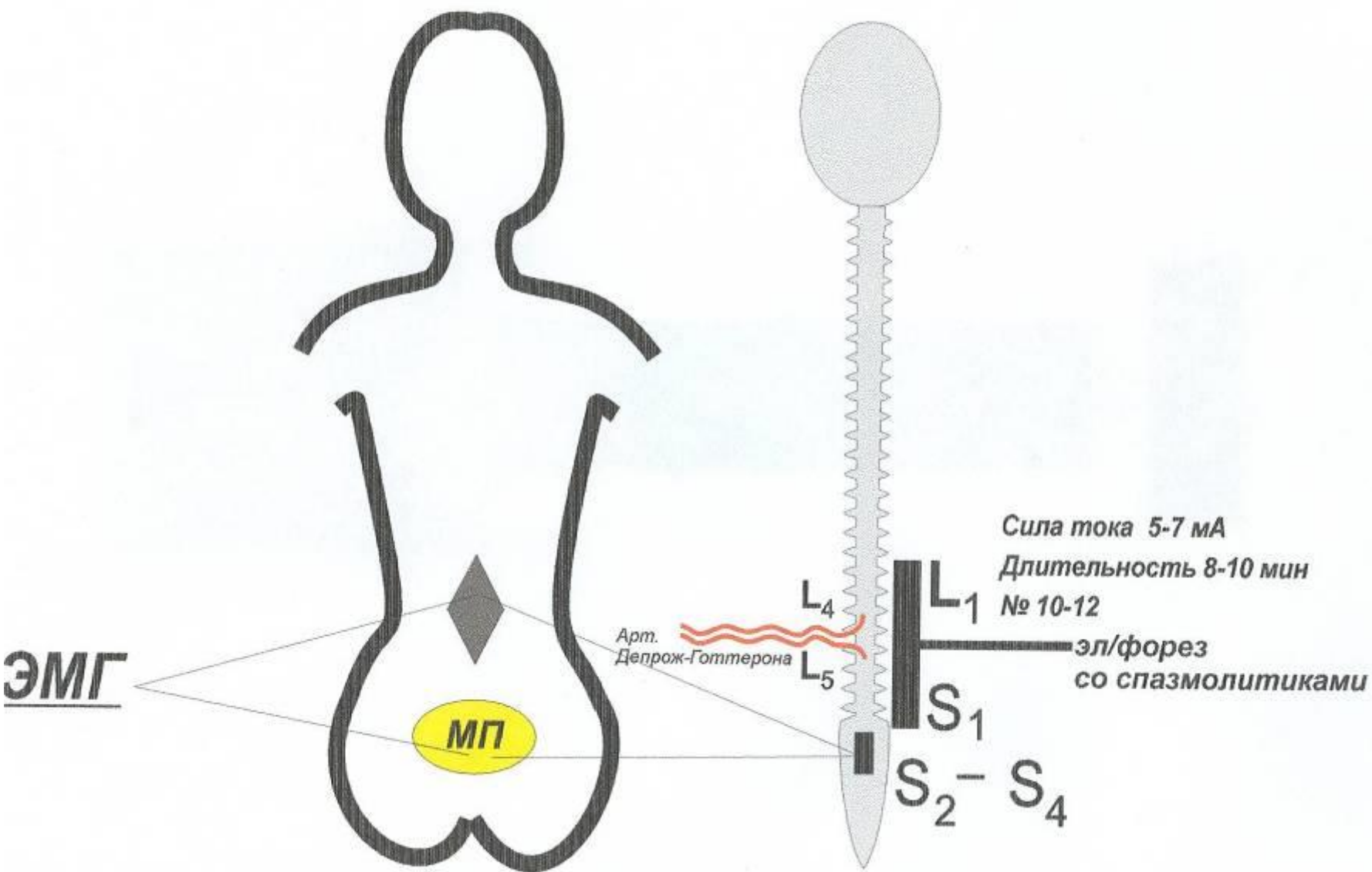
ПАТОЛОГИЯ



# Принципы лечения

- Немедикаментозное лечение (ночное пробуждение, психотерапия, физиотерапия, ЛФК, диета и т.д.)
- Лекарственная терапия (ноотропы, 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 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

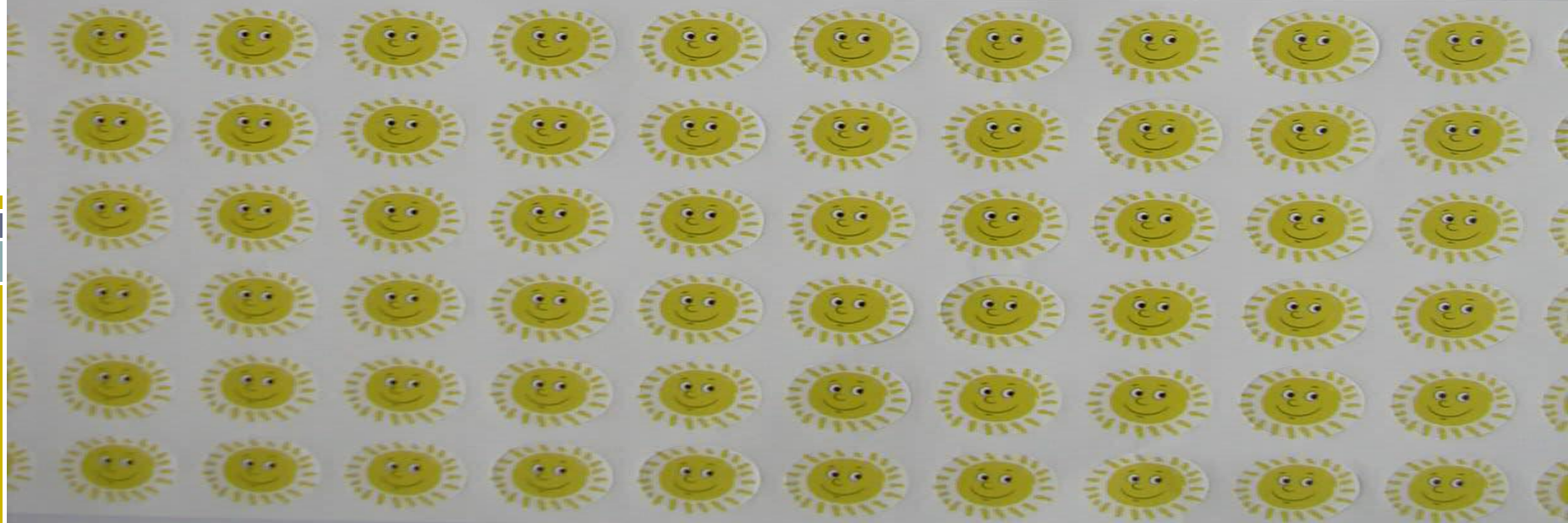
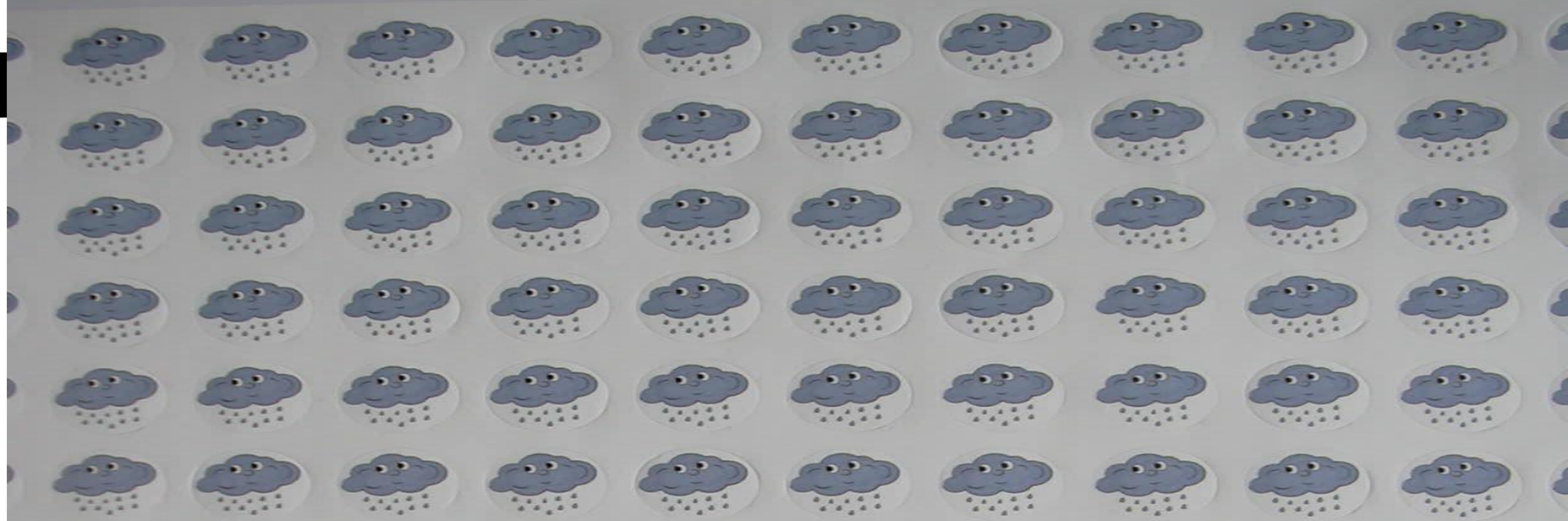


1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				





# СПАЗМЕКС®

тростника 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. Pfleger (Германия)

RU-SPX-165



Эксклюзивный дистрибьютор: ПРО.МЕД.ЦС Прага а.о. (Чешская Республика)  
Представительство в Москве: тел./факс: (495) 679-0703, 679-5605; e-mail: promedcs@promed.lucena.ru

## Консервативное 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	Дилятация 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%)
ихогенный (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

## ПЕДИАТР

- сбор анамнеза жизни (акушерский, перинатальный, семейный)
- клинический осмотр
- клинический и биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- проба по Нечипоренко
- измерение объема и ритма спонтанных мочеиспусканий
- проба Зимницкого
- УЗИ почек, мочевого пузыря для определения количества остаточной мочи

Симптомы патологии мочевой системы

ЕСТЬ

НЕТ

## УРОЛОГ или НЕФРОЛОГ

- оценка результатов лабораторного и инструментального обследования
- дополнительные исследования уродинамики

Другой диагноз

Симптомы патологии нервной системы

НЕТ

ЕСТЬ

## НЕВРОЛОГ Дополнительные методы исследования

- ЭЭГ
- электро-нейромиография

Другой диагноз

## ПЕРВИЧНЫЙ НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ

## МИНИРИН – 3 мес НАБЛЮДЕНИЕ ПЕДИАТРА

- контроль частоты эпизодов ночного недержания мочи
- контроль схемы лечения Минирином 1 раз в мес
- консультация невролога, нефролога, уролога

Эффект есть

Полный

Частичный


Продолжить лечение Минирином  
в максимально эффективной дозе до 6 мес

Эффекта нет  
в течение 1 мес

Альтернативные  
методы лечения

Консультации

- эндокринолога
- генетика
- психолога
- детского психиатра



«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 !**

