

Энурез — расстройство, проявляющееся стойким, произвольным мочеиспусканием днем или ночью (без связи с временем суток). У детей 1,5—2 лет недержание мочи является физиологическим явлением, связанным с незрелостью соматовегетативной регуляции. В возрасте 3—4 лет начинают устанавливаться навыки задержки мочи при наполнении мочевого пузыря, к 5 годам жизни контроль за тазовыми функциями достигается в преобладающем большинстве случаев. По разным данным, ночным энурезом страдают от 10 до 20% детей в возрасте 5 лет, 5% — десятилетних и 2% — больных от 12 до 14 лет. По мере взросления распространенность энуреза снижается, и к 18 годам он сохраняется лишь у 1% подростков. У мальчиков ночное недержание мочи наблюдается чаще, чем у девочек (2:1 до 3:2), дневное недержание мочи чаще отмечается у девочек.

Этиология

Этиология расстройств мочеиспускания мультифакториальная и основными причинами являются:

- инфекции мочевыводящей системы;
- пороки развития и нарушения функции почек, мочевого пузыря и мочевыводящих путей;
- органические поражения нервной системы, неврозы; расстройства психики (редко) и психологические стрессы;
- нарушения циркадного ритма секреции гормонов, регулирующих экскрецию воды и солей (вазопрессин, натрийуретический гормон, система ренин-ангиотензин-альдостерон);
- врожденное нарушение формирования условного “сторожевого” рефлекса;
- задержка становления навыков регуляции мочеиспускания;
- нарушение приобретенного рефлекса мочеиспускания вследствие воздействия неблагоприятных факторов;
- наследственная отягощенность.

Основа регулирования функции мочевого пузыря представляется сложной и не до конца изученной. Местные внутрисстеночные нервные узлы, спинальные, подкорковые (зрительный бугор и гипоталамус) и корковые (парацентральная доля, передняя центральная извилина) центры регуляции мочеиспускания объединены проводящими путями в единую функциональную систему. Взаимодействие различных элементов этой системы реализуется в 12 интегральных пузырных рефлексах. Недостаточность или избыточная активность хотя бы одного из пузырных рефлексов может вызвать серьезные нарушения функции мочевого пузыря.

Профилактика развития энуреза связана со своевременным формированием навыков опрятности, выявлением и лечением урологической патологии, комфортной психологической обстановкой в семье и коллективе.

Классификация

Выделяют *дневной энурез* — недержание мочи в течение дня и *ночной* — мочеиспускание во время сна. Кроме того, различают *первичный* (персистирующий) и *вторичный, или психогенный* (приобретенный) энурез. При первичном энурезе у пациента контроль над функциями мочевого пузыря не сформирован с рождения. При вторичном энурезе условный рефлекс, вызывающий пробуждение, уже был выработан, но оказался утрачен или резко ослаблен по ряду причин (психическая травма, тяжелые инфекционные заболевания, интоксикации).

Клиническая картина и диагностика

Клиническую картину смотрите в таблице 1. Диагностика и дифференциальная диагностика энуреза основывается на адекватной оценке анамнестических, клинических и параклинических данных (табл. 2).

Применение ноотропов в комплексной терапии энуреза у детей



Л.М. КУЗЕНКОВА,
заведующая отделением психоневрологии Института педиатрии, доктор медицинских наук

О.И. МАСЛОВА,
консультант Консультативно-диагностического центра, профессор, доктор медицинских наук

А.Г. ТИМОФЕЕВА,
ученый секретарь, кандидат медицинских наук

О.В. БЫКОВА,
старший научный сотрудник отделения психоневрологии Института педиатрии, кандидат медицинских наук

ГУ “Научный центр здоровья детей” РАМН (Москва)

А.С. АРТЮХИНА,
доктор медицинских наук
Центр лечения детей с нарушениями мочеиспускания (Волгоград)

Таблица 1. Клиническая картина первичного и вторичного энуреза

Первичный (персистирующий)	Вторичный (психогенный)
<ul style="list-style-type: none"> • чаще энурез “регулярный”, каждую ночь или почти каждую ночь • у многих детей глубокий сон (не видит, не помнит снов, мокрый не просыпается) • энурез учащается при утомлении • часто отсутствие психоневрологической патологии или симптомы неврастении • часто изменения на электроэнцефалограмме • часто выявляется нейрогенная дисфункция мочевого пузыря • отсутствие нефроурологической патологии • возможно наличие энуреза у родственников в детстве • возможна никтурия 	<ul style="list-style-type: none"> • бывает нечасто, непостоянно, нерегулярно • может быть ночью, реже днем • проявляется после “сухого” периода • в спокойной обстановке может проходить • дети переживают, огорчаются из-за своего состояния • чаще сон поверхностный (много сновидений, часто тревожных)

Таблица 2. Анамнестические, клинические и параклинические данные энуреза

Анамнестические	Клинические	Параклинические
<ul style="list-style-type: none"> • характер воспитания ребенка • частота эпизодов недержания мочи • наследственная отягощенность по энурезу и эндокринным заболеваниям • тип энуреза • особенности уродинамики • инфекции мочевыводящих путей и изменения в анализах мочи • наличие энкопреза или запоров и абдоминалий • “беспричинные” лихорадки • травмы и заболевания центральной нервной системы • эпилептические и пароксизмальные состояния • психические заболевания и нарушения психомоторного развития • прием транквилизаторов и антиконвульсантов • количество жидкости, выпиваемой ребенком за сутки 	<ul style="list-style-type: none"> • оценка антропометрических данных • оценка соматического статуса • оценка неврологического статуса, интеллектуального уровня и состояния психоэмоциональной сферы 	<ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови • общий и суточные анализы мочи • анализ мочи на бактериурию • ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с микцией • биохимическое исследование крови (электролиты, мочевины, креатинин, протеинограмма) • при необходимости проводятся: цистометрия, цистоскопия, цистоуретрография, экскреторная урография • рентгенологическое исследование позвоночника • компьютерная томография, магнитно-резонансная томография • электромиография

Лечение

Немедикаментозное лечение: использование мочевых будильников, ночные пробуждения по расписанию, обязательное опорожнение мочевого пузыря перед сном, жесткая постель, комфортный температурный и световой режим, благоприятная психоэмоциональная обстановка, психотерапия (только при лечении детей с нормальным интеллектом), диетотерапия, ограничение потребления любой жидкости после ужина, исключение из рациона продуктов, обладающих мочегонным действием, физиотерапия.

Хирургическое лечение назначают при пороках развития мочевыводящей системы или при стойком отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Лекарственная терапия:

1. При энурезе вследствие инфекции мочевых путей назначаются антибиотики и уросептики (с учетом чувствительности выделенной патогенной микрофлоры к антибиотикам).
2. При первичном ночном энурезе — десмопрессин в дозе 0,2 мг 1 раз на ночь, при недостаточном эффекте — увеличение дозы до 0,4 мг. Курс лечения — от 6 недель до 3 месяцев с последующей отменой препарата в течение одной недели и возобновлением терапии при необходимости.
3. При нейрогенной дисфункции мочевого пузыря — м-холинолитики.
4. При вторичном (психогенном) ночном энурезе — препараты ноотропного, тимолептического действия, транквилизаторы.

Поскольку в патогенезе энуреза значительная роль принадлежит нарушению интегративных функций центральной нервной системы, то не вызывает сомнения необходимость воздействия на высшие центры регуляции актов мочеиспускания с помощью нейротропных средств. При вторичном энурезе рекомендуются препараты, улучшающие метаболические и биоэнергетические процессы в нервных клетках, влияющие на нейромедиаторные системы мозга, — ноотропы.

Одним из таких препаратов является Пантогам® — кальциевая соль D(+)-пантоил-гамма-аминомасляной кислоты. Положительный терапевтический эффект Пантогама® у детей с вторичным энурезом обусловлен его вегетотропной активностью, транквилизирующим действием, способностью повышать контроль подкорковых областей, стимулировать корковую деятельность и формирование условно-рефлекторных связей, а также воздействовать непосредственно на функции сфинктера, т.к. метаболитные ГАМК-рецепторы найдены не только в центральной нервной системе, но и во многих внутренних органах, в т.ч. и в мочевом пузыре.

Многочисленные исследования показали эффективность препарата Пантогам® для коррекции невротических состояний, часто сопровождающих энурез у детей. Прием Пантогама® расширяет адаптационные возможности ребенка путем нормализации соматовегетативных, когнитивных и эмоциональных компонентов психической деятельности детей.

При первом назначении Пантогама® рекомендуется титрование дозы в начале курса лечения и по его окончании, по трапедии (постепенное наращивание дозы в течение 10—20 дней, прием препарата в максимальной дозе на протяжении 20—30 дней и затем снижение дозы в течение следующих 10—20 дней до полной отмены). Возможно повторение курса 2—3 раза в год. В схему лечения “большими” ноотропами, к которым мы относим Пантогам®, не рекомендуется одновременное назначение других ноотропов. Однако показано назначение сосудистых средств, поливитаминов и антиоксидантов.

Пантогам®

КЛАССИКА НООТРОПНОЙ ТЕРАПИИ



- ◆ Широкий спектр фармакотерапевтического действия
- ◆ Новые возможности в лечении и профилактике пограничных нервно-психических расстройств у детей и взрослых
- ◆ Эффективность, проверенная временем



ООО “ПИК-ФАРМА”
Москва, Спасский туп., д. 2, стр. 1, тел./факс (495) 105-57-00, 680-43-19
www.pikfarma.ru, e-mail: pikfarma@pikfarma.ru

АС-001667, АС-000339, 003489/01