

**УДК 616.61.053-07-085**

*Махсудова Хакимахон Файзуллаевна*

*Кафедра педиатрии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА  
РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ  
МЕТОДАМИ**

**Резюме:** Термин «энурез» в переводе с греческого enureo обозначает «недержание мочи». В научную литературу он впервые был введен в 1774 г. J.L. Petit. Со времен Авиценны (980–1037 гг.) данной проблеме посвящено множество научных работ врачей различного профиля, но и до настоящего времени пока еще нет единого мнения относительно этиологии, патогенеза, а следовательно, и единой концепции лечения данного заболевания у детей.

Среди детского населения распространенность ночного энуреза очень высока. По данным различных авторов, энурез в возрасте от 4 до 15 лет встречается у 2,3–30% детей, в возрасте 5 лет — у 15-20% детей, когда они поступают в школу, в возрасте 7 лет — в 12% случаев. К 10 годам — около 5%, к 14-2%, среди детей в возрасте 18-1%, а среди людей старше 18 лет - 0,5%. Энурез чаще встречается у мальчиков (60%), чем у девочек (40%).

В этой статье описано более 250 методов лечения энуреза на сегодняшний день, с высоким уровнем тревожности (71,3%) у детей, страдающих энурезом, трудностями в общении со сверстниками (24,1%) и повышенной конфликтностью в семейных ситуациях, но освещаются методы терапии в зависимости от формы, этиологии и патогенеза заболевания.

**Ключевые слова:** энурез, дошкольный возраст, лечения.

**Makhsudova Khakimakhon Fayzullayevna**

## **ISSUES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENURESIS OF VARIOUS ETIOLOGIES IN CHILDREN BY MODERN METHODS**

**Resume:** The term "enuresis" in Greek enureo means "urinary incontinence". It was first introduced into the scientific literature in 1774 by J.L. Petit. Since the time of Avicenna (980-1037), many scientific works of doctors of various profiles have been devoted to this problem, but even to this day there is still no consensus on the etiology, pathogenesis, and, consequently, a unified concept for the treatment of this disease in children.

Among the children's population, the prevalence of nocturnal enuresis is very high. According to various authors, enuresis at the age of 4 to 15 years occurs in 2.3–30% of children, at the age of 5 years — in 15-20% of children when they enter school, at the age of 7 years — in 12% of cases. By the age of 10 — about 5%, by 14-2%, among children aged 18-1%, and among people over 18 - 0.5%. Enuresis is more common in boys (60%) than in girls (40%).

This article describes more than 250 methods of treatment of enuresis to date, with a high level of anxiety (71.3%) in children suffering from enuresis, difficulties in communicating with peers (24.1%) and increased conflict in family situations, but highlights the methods of therapy depending on the form, etiology and pathogenesis of the disease.

**Keywords:** enuresis, preschool age, treatment.

**Актуальность.** Энурез у детей – это нарушение контролируемого опорожнения мочевого пузыря, сопровождающееся непроизвольным мочеиспусканием во сне[6]. Энурез у детей проявляется подтеканием мочи во время сна, которое может возникать периодически или повторяться до нескольких раз за ночь[2]. Диагностика энуреза у детей требует установления причин нарушения и включает ведение дневника

мочеиспусканий, лабораторные исследования крови и мочи, УЗИ мочевого пузыря, уродинамические исследования, неврологическое обследование и пр. В комплексной терапии энуреза у детей применяется психотерапия, физиотерапевтическое лечение, медикаментозная терапия[4].

Энурез у детей – разновидность недержания мочи у детей, сопровождающаяся повторными эпизодами непроизвольного мочеиспускания, которые обычно происходят во сне[3]. Проблема энуреза у детей требует интегративного подхода; ее решение должно проводиться с участием специалистов в области педиатрии, детской урологии и нефрологии, детской неврологии, детской психологии и др. Распространенность энуреза среди детей колеблется от 4 до 20%: непроизвольное мочеиспускание наблюдается у 18-20% 5-летних детей; 12-14% - 7-летних и около 4% - подростков 12-14 лет. Статистически чаще (примерно в 2 раза) энурез встречается у мальчиков.

При первичном (персистирующем) энурезе отсутствует предшествующий контроль за опорожнением мочевого пузыря.

Вторичный (приобретенный, рецидивирующий) энурез, возникший после периода стабильного контроля за мочеиспусканием (не менее 6 месяцев), чаще всего свидетельствует о влиянии дополнительных патологических факторов (урологических, неврологических)[1].

Распространенность энуреза у детей в возрасте 4 - 15 лет, по данным разных авторов колеблется от 2,3 до 30%. У 8 – 10% детей с ночных недержанием мочи в подростковом и взрослом возрасте сохраняются расстройства мочеиспускания днем, что нередко приводит к развитию психопатологических расстройств, значительному снижению качества жизни и требует длительного лечения. О социальном значении энуреза свидетельствуют следующие цифры: 61% родителей считают мочеиспускание в постель серьезной проблемой, а 1/3 из них наказывают детей за это[3].

Результатами многочисленных отечественных и зарубежных исследований определена полиэтиологичная природа ночного энуреза и невозможность в большинстве случаев выявления очевидной причины[2,5].

**Цель исследования.** Уточнить этиологические факторы ночного энуреза у детей и разработать алгоритм патогенетического лечения различных клинических форм заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 90 детей с энурезом в возрасте от 3 до 6 лет (50 мальчиков и 40 девочек), которым проводилось этапное дифференцированное лечение с учетом различных этиологических факторов заболевания.

**Результаты исследования.** Результаты лечения у всех 90 детей с энурезом оценивались по следующим критериям. Полным излечением от энуреза считали случаи, когда после завершения очередного курса этапного лечения энурез отмечался либо однократно (случайность), либо не отмечался вообще на протяжении последующих (без лечения) 3 месяцев. При регистрации двух и более эпизодов энуреза в течение 3 месяцев без лечения назначался вновь очередной курс этапного лечения.

Таким образом, реализованный описанный алгоритм лечения ночного недержания мочи у детей, с учетом различных этиологических и патогенетических механизмов заболевания, позволил добиться полного излечения энуреза у всех 90 пациентов. У 77,3 этот результат был достигнут после двух курсов терапии и у 22,7% — после трех курсов.

Ночное недержание мочи у детей — заболевание полиэтиологическое и требует комплексной параклинической диагностики при участии детских врачей различной специализации (уронефрологов, невропатологов, эндокринологов и детских психологов прежде всего).

В настоящее время с учетом анализа этиологических факторов заболевания, наряду с первичным и вторичным энурезом, необходимо

выделять еще и смешанную форму энуреза, что должно отражаться и в существующей в настоящее время клинической классификации данного заболевания.

Патогенетическое лечение энуреза у детей должно проводиться дифференцированно, с учетом клинической формы заболевания, поэтапно, через каждые 3 месяца, до полного выздоровления.

Детям со вторичной и смешанной формой энуреза лечение оптимально проводить в условиях дневного стационара. Лечение первичной формы энуреза возможно в амбулаторных условиях при участии участкового педиатра, уронефролога или невропатолога поликлиники.

Дриптан (оксибутинин) и Минирин (десмопрессин) являются базовыми фармакологическими средствами для лечения энуреза и сопутствующих расстройств мочеиспускания. Максимальная эффективность действия оксибутинина - при полном синдроме императивного мочеиспускания, а десмопрессина – при наличии ночной полиурии.

Применение препаратов Кортексин и Пантокальцин в комплексной терапии гиперактивного мочевого пузыря и сопутствующих нервно-психических расстройств восстанавливает функции мочевого пузыря и повышает качество жизни пациентов. 5. Комплексная терапия энуреза с учетом этиопатогенеза заболевания значительно повышает эффективность лечения.

**Вывод.** Таким образом, лечение детей с ночным недержанием мочи проводилось нами дифференцированно, с учетом всех этиологических и патогенетических механизмов развития заболевания. В результате этого полного излечения энуреза удалось добиться у всех 62 детей (59,6%) с вторичным энурезом после 2 курсов этапного лечения и у 42 детей (40,4%) со смешанной формой энуреза после 3 курсов лечения. Если после отмены

лечения энурез отмечался однократно или не отмечался вообще в течение 3 месяцев, считали излечение от энуреза полным. При наличии двух и более эпизодов ночного недержания мочи в течение 3 месяцев без лечения назначался очередной курс этапного лечения до полного выздоровления.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Белан Ю.Б., Морозова Т.А. Психосоматические аспекты нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей. Педиатрия, 2010. — № 6. — С. 21–25.
2. Брязгунов И.П. Ночной энурез у детей и подростков. М.: Медпрактика., 2006. — 75 с.
3. Гарманова Т.Н., Шадеркина В.А. Энурез — теоретические основы и практические рекомендации. // Экспериментальная и клиническая урология. — 2014. № 2. — С. 102–106.
4. Делягин В.М. Лечение первичного ночного энуреза с применением назального спрея десмопрессина. Метод. рекомендации № 21. — М., 2009. — 20 с.
5. Морозов В.И., Рашитов Л.Ф., Морозов Д.В. Нейрогенные дисфункции висцеральных органов у детей (хирургические и педиатрические аспекты). — Казань: Отечество, 2008. — 152 с.
6. Fonseca E.G., Bordallo A.P., Jarcia P.K., Munhoz C., Silva C.P., Lover urinazy tract symptoms in enuretic and nonenuretic children. // J. Urol. 2009. — Vol. 182. — P. 1978–1983.