



Жамынчиев Эмир Керимбекович, андролог, детский уролог, сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Центральной клинической больницы РАН

Детская урология: экспресс-курс для педиатров

Актуальность

Расстройства мочеиспускания – нередкая проблема, оказывающая влияние на качество жизни, психологический комфорт, физическую активность, социализацию, успеваемость ребенка. Причинами расстройств мочеиспускания могут являться так называемые нейрогенные дисфункции мочевого пузыря, а также преходящие расстройства мочеиспускания.

Типы нарушений мочеиспускания у детей

Среди самых распространенных состояний, связанных с нарушениями мочеиспускания у детей раннего возраста, особое место занимает **синдром функционального детского учащенного мочеиспускания**. Это не заболевание, а обратимое самокупирующееся функциональное состояние, не связанное с анатомическими пороками развития, инфекционно-воспалительным поражением мочевого тракта. Вероятной причиной его развития могут стать психолого-эмоциональные аспекты, адаптация к новым социальным группам, внутренние переживания, о которых дети часто ничего не говорят родителям. Это состояние обычно проявляется в возрасте 4–6 лет, чаще у мальчиков.

Признаки. Ребенок начинает часто мочиться, частота мочеиспусканий в сутки может достигать ≥ 15 раз при нормальном питьевом режиме. Мочеиспускания – небольшими порциями, безболезненные. Ребенок их контролирует, держит мочу, во время сна мочиться не встает. Отклонения в клиническом анализе мочи отсутствуют.

Тактика. Необходимо провести обязательный урологический скрининг, который направлен на исключение заболеваний органической природы. Это состояние зачастую купируется самостоятельно при наблюдении за пациентом в течение ближайших нескольких месяцев.

Чаще всего среди расстройств мочеиспускания, связанных с нейрогенным мочевым пузырем, встречаются следующие.

Гиперрефлекторный (гиперактивный) мочевого пузыря

Состояние, характеризующееся частым мочеиспусканием, недержанием мочи, в том числе

с ургентными/императивными (неожиданными, непреодолимыми) позывами к мочеиспусканию. Ургентное недержание мочи иногда очень выражено: ребенок не может вытерпеть позыв и зачастую не в состоянии удержать мочу. Гиперрефлекторный мочевой пузырь может сопровождаться ночным энурезом – невозможностью держать мочу во время ночного сна.

Диагностика:

- физикальный осмотр;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи;
- рентгенологическое исследование копчика и пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- ведение дневников спонтанных мочеиспусканий;
- уродинамическое обследование.

Лечение должно быть комплексным и направленным на восстановление акта мочеиспускания. «Золотым стандартом» медикаментозной терапии считают назначение антихолинергических препаратов в целях восстановления резервуарной и экскреторных функций мочевого пузыря. В тяжелых случаях проводят ботулинотерапию (введение ботулотоксина в стенку мочевого пузыря).

Гипорефлекторный мочевой пузырь

Это состояние, при котором нарушены как резервуарная, так и эвакуаторные функции мочевого пузыря. У детей с такой патологией недостаточно ощущается позыв к мочеиспусканию, в связи с этим родители отмечают, что ребенок редко ходит мочиться. Зачастую дети игнорируют утреннее мочеиспускание после ночного сна. Мочеиспускание у них бывает неэффективным, при обследовании после акта мочеиспускания можно увидеть остаточную мочу, инфекционно-воспалительные изменения в анализах мочи.

Диагностика не отличается от таковой при гиперрефлекторном мочевом пузыре и включает:

- физикальный осмотр;
- клинический анализ мочи;
- УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи;
- рентгенологическое исследование копчика и пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- ведение дневников спонтанных мочеиспусканий;
- уродинамическое обследование.

Частота и объемы мочеиспускания у детей разного возраста

Возраст ребенка, лет	Объем мочи в сутки, мл	Число мочеиспусканий в сутки	Объем одной порции мочи, мл
1–3	750–820	10–12	60–90
3–5	900–1070	7–9	70–90
5–7	1070–1300	7–9	100–150
7–9	1240–1520	7–8	145–190
9–11	1520–1670	6–7	220–260
11–13	1600–1900	6–7	250–270

При постановке правильного диагноза таким детям рекомендован режим принудительных (каждые 2–3 ч) мочеиспусканий.

Лечение также должно быть комплексным и направленным на восстановление акта мочеиспускания.

Стрессовое недержание мочи

Это ситуация, возникающая при повышении внутрибрюшного давления. Родители замечают, что недержание мочи возникает во время смеха, кашля или при физической нагрузке.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи;
- ведение дневников спонтанных мочеиспусканий;
- уродинамическое обследование;
- магнитно-резонансная томография крестцово-копчикового отдела позвоночника.

Обследование проводят с целью дифференциальной диагностики этого состояния с другими, смежными ему.

Лечение:

- обязателен режим принудительного мочеиспускания;
- терапия с использованием метода биологической обратной связи (БОС-терапия);
- физиотерапия;
- в тяжелых случаях показано оперативное лечение – во взрослом возрасте проводят слинговые операции, которые помогают восстановить недостаточную функцию шейки мочевого пузыря.

Энурез

Энурез у детей – отдельная глава в проблемах нарушения мочеиспускания. Энурез – заболевание, характеризующееся недержанием мочи во время сна. В большинстве случаев от энуреза страдают дети допубертатного возраста. Единственной общей причиной для всех случаев энуреза не существует. Принято считать, что окончательное формирование доминирующих структур головного мозга, способных контролировать, «тормозить» процессы мочеиспускания, происходит к 4–5 годам жизни. Задержка созревания нервной системы с поздним становлением навыков регуляции мочеиспускания – наиболее популярная гипотеза этиопатогенеза энуреза. Основной патогенетический фактор связан с ослаблением нисходящих тормозных влияний корковых центров на спинальные центры мочеиспускания в состоянии сна.

Выделяют несколько вариантов энуреза.

Первичный энурез характеризуется монотонным течением, ранним началом, отсутствием «сухого» периода, отсутствием переживаний со стороны ребенка, критики и мотиваций относительно своего заболевания; нередко сопровождается задержкой психического развития, умственной отсталостью.



Вторичный энурез чаще связан с присутствием патологических факторов: инфекций (в том числе и нейроинфекций), острых и хронических интоксикаций, травм, обострений хронических заболеваний. Протекает волнообразно, может иметь место «сухой» период. Дети очень критичны к своему состоянию.

Невротический энурез обычно возникает через некоторое время после овладения ребенком навыков опрятности, характерно наличие «сухого» периода. Манифестация обычно связана с перенесенной острой или хронической психотравмирующей ситуацией, сильным испугом, депрессией. Протекает волнообразно. Ребенок обычно осознает свою проблему, переживает по этому поводу, имеет внутреннюю мотивацию к изменению ситуации.

Диагностические критерии энуреза (наличие обязательно для постановки диагноза):

- хронологический и психологический возраст ≥ 5 лет;
- непроизвольное недержание мочи происходит ≥ 2 раз в месяц в возрасте до 7 лет и ≥ 1 раза в месяц после 7 лет.

При **физикальном обследовании** производят оценку показателей физического развития, осматривают поясничную и крестцовую области для исключения пороков развития (ищут эпителиальные втяжения, участки оволосения кожного покрова в этой зоне, указывающие на вероятность аномалии).

Инструментальные методы:

- уродинамическое обследование (урофлоу-, профило-, цистометрия) для определения емкости и растяжимости мочевого пузыря, наличия и степени выраженности непроизвольных сокращений детрузора в фазу наполнения, состояния замыкательного аппарата уретры – помогает в дифференциальной диагностике с другими нейрогенными нарушениями;
- обязательно проведение электроэнцефалографии (у большинства больных энурезом в состоянии бодрствования регистрируют нормальную электроэнцефалограмму).

В случаях упорно текущего энуреза и при подозрении на психические расстройства, а также в ситуациях, когда заболевание нельзя объяснить другими причинами, ребенок обязательно должен быть проконсультирован психиатром.

Лечение:

- соблюдение диеты, отказ от маринадов, специй, копченостей, зеленого чая, чая с молоком (оба напитка обладают мочегонными свойствами);
- уменьшение общесуточного потребления жидкости (таким пациентам вечером ограничивают прием жидкости, при жажде можно дать огурец, кусочек яблока или моркови – это важная рекомендация, поскольку она помогает уменьшить число мочеиспусканий, увеличить число «сухих» ночей, что необходимо для выработки рефлекторных связей);
- использование так называемых мочевых энурезных будильников (работа такого устройства обеспечивается сенсором, расположенным под простыней или возле бедер ребенка; при выделении мочи сенсор срабатывает, и ребенок просыпается; в начале лечения ребенок просыпается только после полного опорожнения мочевого пузыря, но со временем он адаптируется и просыпается уже при выделении первых капель мочи);
- медикаментозная терапия (включает препараты разных групп, которые влияют на выработку жидкости, стабилизацию мочевого пузыря, созревание нервной системы).

Заключение

Нарушения мочеиспускания остаются острой проблемой в детской врачебной практике. Пациенты с вышеперечисленными жалобами обращаются за помощью специалистов ежедневно. Если в процессе беседы с родителями врачи-педиатры встретятся с подобными ситуациями, рекомендуется назначить консультацию узкого специалиста – детского уролога.



OMNIDOCTOR.RU

Клуб детских гастроэнтерологов и педиатров

OmniDoctor



Профессиональное сообщество

Участие практикующих врачей

Разбор клинических случаев и обсуждение тактик лечения

Гибридный формат мероприятия

очное присутствие
очные выступления

обсуждение докладов очно, онлайн и в чате заседания

трансляции видеозаписей

телемосты с удаленными спикерами



Захарова Ирина Николаевна
Основатель клуба

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии им. акад. Г.Н. Сперанского ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения РФ, почетный профессор ФГАУ «НИИЦ здоровья детей» Минздрава России, президент Ассоциации педиатров. Главный редактор журнала «Педиатрия. Consilium Medicum»



Бережная Ирина Владимировна
Председатель клуба

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии им. акад. Г.Н. Сперанского ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

РЕКЛАМА

+7(495) 098-03-58
e-mail: subscribe@omnidocor.ru
omnidocor.ru

