Содержание

[**Введение** 2](#_Toc473485715)

[Общая информация 2](#_Toc473485716)

[**Основная часть** 2](#_Toc473485717)

[Классификация 2](#_Toc473485718)

[Диагностика 3](#_Toc473485719)

[Дифференциальный диагноз 7](#_Toc473485720)

[Госпитализация 9](#_Toc473485721)

[**Заключение** 9](#_Toc473485724)

[Лечение 9](#_Toc473485723)

[**Информация** 12](#_Toc473485725)

# Общая информация

## Краткое описание

**Энурез** - это стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и ночью. Существуют понятия первичный и вторичный энурез. Первичным считается энурез проявляющийся с рождения, а вторичный после периода свободного от энуреза, развившимся вслед за каким-либо повреждающим воздействием.

**Энкопрез** - дневные и ночные недержание кала, наблюдаются при органических поражениях сфинктера, у детей с психопатической конституцией, как неврогенный синдром, представляющий собой как реакцию протеста.

**Протокол** "Энурез, энкопрез".

# Коды по МКБ:

F 98.0 Энурез

- Энурез неорганической природы

- Энурез (первичный, вторичный) неорганической природы

- Функциональный энурез

- Недержание мочи неорганического генеза

F 98.1 Энкопрез

- Энкопрез неорганической природы

- Функциональный

- Недержание кала

- Психогенный

## Классификация

**По этиологии:**

1. Невротические.

2. Генетические особенности.

3. Неврозоподобные состояния.

4. Урологическая или проктологическая патология.

5. Патология головного и спинного мозга.

6. Сочетание указанных видов патологии.

**Диагностика**

 **Диагностические критерии**

**Жалобы и анамнез:** недержание мочи, кала, психотравмирующая обстановка, страхи, навязчивые состояния, повышенная раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности, частая смена настроения, подавленность. В анамнезе психическая травма, перинатальная патология, перенесенная ЧМТ, нейроинфекция.

**Физикальное обследование:** исследование психо-эмоциональной сферы, неврологического статуса, вегетативной нервной системы выявляет функциональные расстройства нервной системы, эмоциональную лабильность, явления цереброастении; органическое поражение ЦНС.

**Невротический энурез и энкопрез** вызывается только психической травмой, бывает нечасто, непостоянно, нерегулярно. В ночное время, реже - днем. В спокойной обстановке проходят. Дети переживают, огорчаются из-за своего состояния. Сон чаще поверхностный.

**Энурез, генетически обусловленный,**чаще встречается у детей если у одного из родителей в детстве имело место недержание мочи. Причина такого знуреза обусловлена селективным среднесуточным дефектом ночной секреции антидиуретического гормона. Доказано, что это может быть связано с повышенной ночной резистентностью почек к эндогенному антидиуретическому гормону.

**Энурез и энкопрез при неврозоподобных состояниях**, основой которых является микроорганика со стороны ЦНС. Чаще причиной неврозоподобных состояний являются: остаточные явления перинатальной патологии ЦНС; последствия травм, нейроинфекций ЦНС; генетические заболевания. У пациентов с неврозоподобными состояниями часто выявляется нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, которая часто сочетается с аномалиями мочевых путей, рефлюксами.
Энурез при этом имеет свои особенности: чаще регулярный, каждую ночь или почти каждую ночь, может быть несколько раз за ночь. Ребенок мокрый не просыпается, энурез учащается при утомлении, не зависит от стрессов, конфликтов, ребенок при этом не переживает, не огорчается, часты симптомы цереброастении: утомляемость, головные боли, головокружения. Нередко у таких детей выявляются изменения на ЭЭГ, КТ головного мозга, часто глубокий сон, часто выявляется нейрогенная дисфункция мочевой системы.

Для определения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря используются специальные методы оценки уродинамики нижних мочевых путей. Эти методы позволили урологам сформулировать клинические признаки, на основании которых можно достаточно точно установить диагноз.

**Виды нейрогенной дисфункции мочевого пузыря**

|  |  |
| --- | --- |
| Гиперрефлекторная дисфункция мочевого пузыря(гиперрефлекторный мочевой пузырь) | - часто энурез;- мочеиспускания частые, малыми порциями;- средняя суточная порция мочи меньше нормы;- может испускать мочу при смехе, кашле. |
| Гиперрефлекторная постуральная дисфункция мочевого пузыря (гиперрефлекторный постуральный мочевой пузырь) | - ночью недержания мочи нет;- утренняя порция мочи нормального объема; днем порции мочи малые;- мочеиспускание днем частое;- может быть дневное недержание мочи. |
| Гипорефлекторная дисфункция мочевого пузыря (гипорефлекторный мочевой пузырь) | - мочеиспускание редкое;- много остаточной мочи (в норме 20-30 мл);- большой мочевой пузырь на цистограмме;- моча может отходить каплями(парадоксальная ишурия). |

Обязательным для выявления нейрогенной дисфункции мочевого пузыря является определение суточного ритма спонтанных мочеиспусканий. В течение минимум 2-х суток записывается точное время мочеиспускания и количество выделенной мочи. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря часто осложняется инфекцией мочевыводящей системы, пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Лабораторные исследования: без патологии.

**Инструментальные исследования**

1. Электроэнцефалография (ЭЭГ) - метод регистрации биотоков мозга, исследование фоновой ЭЭГ с гипервентиляцией и фотостимуляцией. Изменения электрической активности мозга неспецифичны, зависят от этиологии энуреза или энкопреза. Обычно они проявляются в виде нарушения регулярности основного ритма, неравномерности его частоты и амплитуды, нарушений зональных различий, наличия медленных волн, преимущественно θ диапазона, иногда в виде билатерально-синхронных вспышек, единственных острых колебаний.

При неврозах выявлено 3 типа изменений ЭЭГ:
- 1 тип характеризуется повышенной синхронизацией α-ритма во всех отделах полушариях;
- 2 тип - десинхронизированные ЭЭГ с преобладанием во всех областях быстрой активности, острых колебаний;
- 3 тип изменений ЭЭГ - слабая выраженность α-ритма, преобладание полиморфных медленных волн, наличие пароксизмальных вспышек медленной активности, снижение реакции на раздражители.

2. Цистография - метод исследования мочевого пузыря путем предварительного его наполнения жидким или газообразным контрастным веществом с последующей рентгенографией. Она дает наглядное представление о контурах полости, форме, величине, расположении мочевого пузыря, позволяет установить анатомические изменения, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и судить, в определенной степени, о его функциональном состоянии.

3. ЭМГ - метод графической регистрации биоэлектрической активности мышц, позволяющей осуществлять качественную и количественную оценку функции мышц, обеспечивающих динамическую активность нижних мочевых путей. Для этой цели используют методику ЭМГ анального сфинктера, мышц тазового дна, мочевого пузыря и сфинктера уретры.

4. Компьютерная томография головного мозга по показаниям, с целью исключения органического поражения головного мозга.

5. Исследование глазного дна, консультация окулиста.

6. ЭКГ- при астенических состояниях.

7. УЗИ - органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря - по показаниям.

**Показания для консультации специалистов:**

1. Окулист - осмотр глазного дна.

2. Логопед - для назначения индивидуальных занятий при заикании.

3. Психолог - определение психологического статуса.

4. Кардиолог - с целью исключения патологии со стороны сердечно-сосудистой системы.

5. Уролог - с целью исключения урологической патологии.

**Минимум обследования при направлении в стационар:**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. АЛТ.

4. АСТ.

5. Кал на яйца глист.

**Основные диагностические мероприятия:**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Копрограмма.

4. Окулист.

5. ЭЭГ.

6. Логопед.

7. Психолог.

8. Анализ суточного ритма мочеиспусканий и объема спонтанных мочеиспусканий.

9. Анализ мочи по Нечипоренко.

10. Анализ мочи по Зимницкому.

**Дополнительные диагностические мероприятия:**

1. Краниограмма в двух проекциях.

2. Психиатр.

3. КТ головного мозга.

4. ЭКГ.

5. Кардиолог.

6. УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря.

7. ЛОР-врач.

8. Педиатр.

9. МРТ головного мозга.

10. Уролог.

11. Гастроэнтеролог.

12. R-графия позвоночника.

13. Цистография.

14. ЭМГ.

15. Экскреторная урография.

16. Рентгено-урологическое исследование.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Невротического****генеза** | **Неврозоподобный** | **Генетически** **обусловленный** | **При патологии****ЦНС и****Спинного** **мозга** | **При урологической****патологии** |
| Дебют | Четкая связь со стрессом, психической травмой | Чаще с рождения, м.б. после физич­еской травмы | С рож­дения | С момента развития основной патологии | С мо­мента развития основной патологии |
| Отя­гощен­ная наследствен-ность по эну­резу | Нет | Нет | Есть | Нет | Может быть |
| Отягощенная наследствен-ность по почечной патологии | Нет | Нет | Нет | Нет | Нет, но может быть |
| Энурез только ночной | Чаще ночью, реже днем | Не всегда | Да | Нет | Нет |
| Сочетание с дневным энурезом | Может быть | Может быть | Нет | Часто | Может быть |
| Частота энуреза за ночь | Нечасто, нерегулярно, не постоянно | Регулярно, может несколько раз за ночь | До 1-2 раз | Более 1-2 раз | Более 1-2 раз |
| Наличие дневного неудержания мочи | Не характерна | М.б. при НДМП | Не характерна | Может быть | Может быть |
| Дизурия | Не характерна | Не характерна | Не характерна | Не характерна | Возможна при присоединении ИМС |
| Ночная полиурия | Не характерна | Не характерна | Очень характерна | Не характерна | Возможна при нарушении функции почек |
| Характер сна | Беспокойный, поверхностный, тревожный | Может быть глубокий сон | М.б. глубокий | М.б. нарушен | Не нарушен |
| Симптомы невроза | Характерны | Не характерны | Не характерны | Не характерны | Не характерны |
| Вегетативные нарушения | Могут быть | Характерны | Не характерны | Характерны | Могут быть |
| Запоры | Могут быть | Возможны | Не характерны | Характерны | Могут быть |
| Костные аномалии | Нет | Нет | Нет | Могут быть | Могут быть |
| Течение энуреза | Купируются после ликвидации причины | Чаще монотонное, у части уменьшение с возрастом | Постепенное уменьшение частоты с возрастом | Зависит от характера основной патологии | Зависит от характера основной патологии |

**Госпитализация**

**Показания к госпитализации (плановая):** недержание мочи и кала и связанные с ними тревога, астения, депрессия, фобии, навязчивые состояния, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушение сна.

## Лечение

**Тактика лечения**
Лечение энуреза и энкопреза включает, прежде всего, режимные моменты, различные варианты психотерапии, помогающие больному преодолеть невротизирующую ситуацию или дезактуализировать ее. Большое значение играют доверительные отношения между врачом и пациентом.
Необходимо создание лечебно-охранительного режима, назначение седативной терапии - сбор седативных трав, настойка пустырника, валериана, персен, ново-пассит, сонапакс, радедорм и др.
Эффективна седативная иглорефлексотерапия, ЛФК; при генетически обусловленных энурезах эффективно применение адиуретина, при неврозоподобных энурезах и энкопрезах - лечение основного заболевания. Применяются препараты, улучшающие метаболические и биоэнергетические процессы в нервных клетках, влияющие на нейромедиаторные системы мозга - нооторопы: пирацетам, пиридитол, гопантеновая кислота и др. Ноотропы могут назначаться перед сном с целью уменьшения глубины сна.
Физиолечение - электростимуляция анального сфинктера и другие виды физиопроцедур. Используется метод обратной биосвязи.
Для лечения сложных форм энуреза, которые проявляются частым мочеиспусканием, сильными позывами, дневным недержанием и неудержанием мочи, используется дриптан (оксибутинин).
При гипорефлекторной дисфункции применяется прозерин в таблетках.

**Цели лечения:** своевременное выявление и лечение энуреза у детей поможет предупредить негативное воздействие этой патологии на формирование личности, на психическое состояние ребенка и его адаптацию в обществе.

**Немедикаментозное лечение:**

1. Режим (спокойная обстановка, без перегрузок), ужин за 3 часа до сна, последний час перед сном ребенку нужно 3 раза помочиться (каждые 20 минут); теплая жесткая постель.

2. Психотерапия заключается в лечебном воздействии на психику больного различными способами; всегда важно во время беседы с больным вскрыть причину, травмирующую нервно-психическую сферу больного, и попытаться устранить ее или, используя различные приемы психотерапии, уменьшить ее значимость. В случае неврастении, невроза навязчивых состояний, вегетоневроза применяют преимущественно метод рациональной психотерапии (или психотерапии убеждения). Нельзя ругать, тем более наказывать ребенка, не рекомендуется будить детей с неврозом.

3. Фитотерапия - экстракт валерианы, пустырника, пассифлоры, хмеля, мелиссы, мяты; сана-сон.

4. Занятия с психологом.

5. Рефлексотерапия основана на использовании приемов древней восточной медицины.

6. Физиотерапевтические процедуры, электрофорез с холинолитиками или спазмолитиками, озокеритовые аппликации на область мочевого пузыря или пояснично-крестцовую область, электростимуляция, СМТ, магнитотерапия, лазеротерапия, ультразвук.

7. Расслабляющий массаж мышц спины, живота.

8. ЛФК для укрепления мышц промежности, спины, живота.

9. Кислородный коктейль.

**Медикаментозное лечение:**

1. Седативные: тофизопам (грандаксин), клоразепат (транксен), мебикар, ноофен, персен, ново-пассит, сонапакс, хлорпротексин.

2. Ноотропы: пирацетам, пиридитол, гопантеновая кислота.

3. С целью улучшения мозгового кровообращения: винпоцетин, циннаризин, гинкго-билоба.

4. Витаминотерапия - витамины группы В, фолиевая кислота, аевит.

5. Общеукрепляющие средства - глицин, магне В6.

6. Стимулирующая терапия: прозерин.

7. Спазмолитик: оксибутинин (дриптан).

8. Антидиуретический гормон - адиуретин СД.

**Профилактические мероприятия:**

1. Устранение психической травмы.

2. Соблюдение охранительного режима, ограничить непосильные, чрезмерные нагрузки, работу на персональном компьютере.

3. Налаживание межличностных отношений.

4. Выявление урологической и проктологической патологии.

**Дальнейшее ведение:** лечение энуреза, в случае успеха необходимо продолжить еще не менее 3-х месяцев после его прекращения, так как возможны рецидивы; необходимо устранение психической травмы, правильный режим дня.

**Основные медикаменты:**

1. Адаптол, таблетки 0,3

2. Актовегин, ампулы 2 мл по 80 мг

3. Винпоцетин, таблетки 5 мг

4. Глицин, таблетки 0,1

5. Магния лактат+пиридоксина гидрохлорид - магне В6

6. Ново-пассит, таблетки покрытые оболочкой, раствор для внутреннего применения

7. Ноофен, таблетки 0,25

8. Пиридоксин гидрохлорид - ампулы 1 мл 5%, витамин В6

9. Тиамин бромид, ампулы 1 мл 5%

10. Тиамин бромид, ампулы 1 мл 5%

11. Тиоридазин (сонапакс), таблетки 10 и 25 мг

12. Фолиевая кислота, таблетки 0,001

13. Цианокобаламин, ампулы 1 мл 200 и 500 мкг

**Дополнительные медикаменты:**

1. Адиуретин СД

2. Аевит в капсулах

3. Винкамин (оксибрал), капсулы 30 мг

4. Галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, 10 мг и 20 мг

5. Гопантеновая кислота, таблетки 0,25

6. Грандаксин, 50 мг

7. Диазепам, ампулы по 2 мл 5%

8. Дриптан (оксибутинин), таблетки 5 мг

9. Имипрамин (мелипрамин) 25 мг

10. Клоразепат (транксен), капсулы 0,01 и 0,005

11. Мебикар, таблетки 300 мг

12. Персен, таблетки

13. Пирацетам, таблетки 0,2, 0,4

14. Танакан, таблетки 40 мг

15. Хлорпротиксен 15, таблетки

16. Эктракт валерианы, таблетки 20 мг

**Индикаторы эффективности лечения:**

1. Контролирование мочеиспускания при энурезе и дефекации при энкопрезе.

2. Повышение эмоционального и психического тонуса, нормализация сна.

# Информация

Источники и литература

1. Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК (Приказ №239 от 07.04.2010)
	1. 1. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря под редакцией М. Д. Джавад-Заде, В. М. Державина. Москва 1989 г. 2. Справочник по неврологии под редакцией Е. В. Шмидта. Москва 1988 г. 3. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей. 2003 г. 4. Н.К.Благосклонова, Л. А. Новикова. Детская клиническая электроэнцефалография. Руководство для врачей. Москва 1994 г. 5. Коровина Н. А. Гаврюшова Л. П. Захарова И. Н. Энурез у детей. Методическое пособие для врачей. Москва 2000 г.