

Энурез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика

«Практические врачи не могут лечить энурез, а лишь испытывают наугад или поочередно то или иное средство. Должную направленность действиям врача может придать только отчетливое представление об этиологии и патогенезе страдания»

И.М.Эпштейн.

ВВЕДЕНИЕ

Термином «энурез» (от греческого «enureo» – мочиться) обозначают недержание мочи.

Недержание мочи (инконтиненция) – это состояние, при котором происходит произвольное выделение мочи, которое может быть выявлено визуально. Оно является гигиенической и социальной проблемой (Международное общество по удержанию мочи, 1975).

Энурез – это состояние, которое сопровождается несформированностью или нарушением навыка самостоятельного контроля за опорожнением мочевого пузыря, в результате чего возникают повторные эпизоды произвольного мочеиспускания во время сна или в состоянии бодрствования. Международной классификацией болезней X пересмотра (1995), энурез неорганической природы определяется как стойкое произвольное мочеиспускание днем и/или ночью, не соответствующее психологическому возрасту ребенка.

Расстройства акта мочеиспускания по типу энуреза известны с глубокой древности. Первые упоминания об этом состоянии встречаются еще в древнеегипетских папирусах и относятся к 1550 году до нашей эры.

Энурезу посвящено большое количество литературы, однако поток статей, монографий, диссертаций не иссякает. Создано множество теорий этиологии и патогенеза заболевания, порой диаметрально противоположных, предложено множество разнообразных методов лечения.

Неослабевающий интерес к энурезу связан не только с неясностью проблемы, но и с огромным ее практическим значением. Больные лишены возможности жить нормальной жизнью, подвержены депрессии. Имеются указания, что у части мальчиков, страдающих энурезом, в дальнейшем снижается половая функция.

Второй причиной внимания к энурезу является его высокая распространенность. По данным различных авторов, распространенность энуреза у детей в возрасте от 4 до 15 лет колеблется от 2,3 до 30 %. В возрасте 5 лет ночной энурез наблюдается у 15-20 %, к моменту поступления в школу - 7-12 % детей, у мальчиков встречается в 2-3 раза чаще, чем у девочек. У 18-летних и взрослых частота ночного энуреза составляет 1-1,5 %. Среди призывников и рядового состава армий разных стран ночное недержание мочи регистрируется сравнительно часто, в 1 – 2,5 % случаев, но при этом необходимо помнить об элементах аггравации.

Ночное недержание мочи у детей в возрасте до 3 лет считается физиологическим явлением, у детей старшего возраста – заболеванием. Нижняя возрастная граница,

позволяющая поставить диагноз «Энурез» точно не определена: по мнению И.М. Эпштейна энурез начинается как болезнь у детей в возрасте 5-10 лет, В.А. Смирнова - 4-8 лет, И.Н. Шапиро - 7- 9 годам. Однако принято считать, что данная проблема приобретает клиническое значение примерно с 5 лет.

ФИЗИОЛОГИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

У новорожденных и грудных детей мочеиспускание осуществляется вне среды сознания – рефлекторно. Дуги рефлексов замыкаются на уровне спинного и среднего мозга. Период наполнения мочевого пузыря сменяется неконтролируемым его опорожнением. Чувство наполнения мочевого пузыря появляется между 1-м и 2-м годом жизни, к 3-му году возникает способность удерживать мочу в течение короткого времени, когда пузырь полон. К механизмам, обеспечивающим удержание мочи, относят:

- уретральные силы «закрытия»;
- нормальная эластичность уретры;
- контроль центральной и периферической нервной системы;
- нормальное анатомическое положение мочевого пузыря и уретры;
- правильное распределение внутрибрюшного давления;
- сохранность поперечно-полосатой мускулатуры уретры и парауретральной зоны;
- сохранность гладкой мускулатуры уретры;
- равномерность фазы накопления;
- нормальные функциональные пузырно-уретральные взаимоотношения (максимальное давление в уретре должно превышать давление в мочевом пузыре – «+» градиент);
- постоянство максимального уретрального давления.

О «зрелом типе мочеиспускания» говорят тогда, когда оно становится полностью управляемым ребенком. Этот контроль представляет собой умение активно сокращать сфинктер и мышцы тазового дна, подавлять детрузорную активность и тем самым регулировать и задерживать (при необходимости) опорожнение мочевого пузыря. Считается, что этот процесс завершается к 3 - 4 годам жизни и его клиническими признаками являются:

- соответствие объема мочевого пузыря возрасту ребенка, в среднем 100 – 125 мл;
- число мочеиспусканий в сутки 7- 8 раз;
- полное удержание мочи днем и ночью;
- умение задерживать и прерывать при необходимости акт мочеиспускания;
- опорожнение мочевого пузыря без предшествующего позыва на мочеиспускание при малом его объеме;
- волевое управление сфинктерными механизмами.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Энурез – полиэтиологичное заболевание. В настоящее время существуют следующие теории возникновения энуреза:

- задержка созревания нервной системы;
- нарушение реакции активации во время сна;

- нарушение ритма секреции вазопрессина;
- неблагоприятная наследственность;
- урологическая патология и инфекция мочевыводящих путей;
- действие психологических факторов и стресса.

Задержка созревания нервной системы с поздним становлением навыков регуляции мочеиспускания является наиболее популярной гипотезой этиопатогенеза энуреза. Нарушение созревания нервной системы может быть обусловлено органическими или функциональными (в первую очередь, психогенными) расстройствами. Так, гипоксические и травматические повреждения головного мозга новорожденных детей вызывают циркуляторные нарушения системного и регионарного мозгового кровообращения, которые сохраняются длительное время после рождения и являются одной из основных причин церебральной недостаточности. Последняя включает симптомокомплекс расстройств вегетативной нервной системы, в том числе в виде нейрогенных дисфункций мочевого пузыря и нарушения регуляции почечного кровотока, что отражается на диурезе. Распространенными являются сочетания энуреза с различными формами психоневрологических расстройств.

Нарушения сна некоторыми специалистами рассматривается в качестве одной из ведущих причин энуреза. В большинстве случаев эпизоды ночного непроизвольного мочеиспускания отмечаются на границе стадий сна. С учетом изменений при одновременной регистрации ЭЭГ и цистометрограммы выделено три типа энуреза: I, IIa, IIb (подробнее см. стр. 7).

Снижение выброса вазопрессина. В норме концентрация вазопрессина (адиуретического гормона) в крови зависит от времени суток: в ночное время она выше, чем днем. Поэтому ночью выделяется меньший объем мочи с более высокой осмолярностью. При энурезе снижена секреция вазопрессина в ночное время, что приводит к образованию большого объема неконцентрированной мочи, переполнению мочевого пузыря и непроизвольному мочеиспусканию.

Энурез наследуется по аутосомнодоминантному типу: локусы генетических нарушений находятся в хромосоме 13 (13q13 и 13q14.2). Этот регион в настоящее время известен под названием «ENUR1». Если один или оба родителя страдали энурезом, то у ребенка риск энуреза составляет 77%, когда один родитель имел энурез, риск снижается до 43% и до 15% – если никто из родителей не болел.

Инфекция мочевыводящих путей может способствовать возникновению энуреза (особенно часто это бывает у девочек) и встречается в 1 – 16 % случаев. Выявление и успешное лечение инфекции способствует избавлению от ночного недержания мочи у одной трети больных. Недержание мочи нередко сопровождает заболевания и аномалии строения органов системы мочевого выделения, выступая в роли основного или сопутствующего симптома. Однако, вероятность обнаружения анатомической патологии мочевой системы при энурезе очень низка.

Психологические факторы и стресс играют большую роль в прогрессировании энуреза.

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. Ложное недержание – непроизвольное выделение мочи без позывов на мочеиспускание. Связано с врожденными, приобретенными дефектами:
экстрофия мочевого пузыря - врожденное отсутствие передней стенки;

тотальная эписпадия уретры – отсутствие передней стенки мочеиспускательного канала;

тотальная гипоспадия уретры – отсутствие задней стенки мочеиспускательного канала;

эктопия устьев мочеточников с необычным расположением.

II. Истинное недержание – «непроизвольная потеря мочи, объективно доказуемая и вызывающая социальные и гигиенические проблемы»:

стрессовое недержание мочи, или недержание мочи при напряжении (повышении внутрибрюшного давления);

ургентное недержание мочи – непроизвольная потеря мочи с предшествующим безотлагательным позывом на мочеиспускание (ГАМП);

смешанное недержание мочи – сочетание стрессового и ургентного недержания мочи;

энурез – любая непроизвольная потеря мочи;

ночной энурез – жалобы на потерю мочи во время сна;

постоянное недержание мочи, недержание мочи от переполнения (парадоксальная ишурия);

другие типы недержания (ситуационные, н.п. при половом акте).

По происхождению энурез подразделяется на неорганический (функциональный), органический, смешанный.

При органическом энурезе непроизвольное мочеиспускание во сне является симптомом органических изменений в нервной (25 %) или мочеполовой системах (3 %).

Энурез неорганической природы - расстройство, характеризующееся непроизвольным мочеиспусканием мочи днем или во время ночного сна у детей старше 3-х летнего возраста при отсутствии урологических заболеваний и поражения спинного мозга (МКБ 10). Функциональный энурез обусловлен функциональными нарушениями со стороны нервной системы, в том числе и коры головного мозга. К нему относят ночное (реже – дневное) недержание мочи вследствие воздействия психогенных факторов, дефектов воспитания, перенесенных травм (включая психические) и инфекционных заболеваний.

В зависимости от возраста проявления выделяют первичный и вторичный энурез.

При первичном (врожденном, персистирующем) энурезе пациент никогда не контролировал мочеиспускание или период контроля не превышал 3-6 месяцев. При первичном энурезе физиологический рефлекс торможения мочеиспускания не формируется и эпизоды недержания мочи по мере взросления не приостанавливаются. При этом отсутствуют симптомы органического или психоэмоционального характера. В большинстве случаев первичный энурез наблюдается только ночью.

Вторичный (приобретенный, рецидивирующий) энурез – состояние, при котором больные снова начинают мочиться в постель после значительного периода ремиссии от 3-6 мес. до нескольких лет, т.е. это происходит уже после того, как ребенок приобрел навык самостоятельного мочеиспускания. Рецидивирующий энурез появляется чаще всего после тяжелой нервно-психической нагрузки. Отмечается связь с различными урологическими (воспалительные заболевания мочевыводящей системы), нефрологическими (хроническая почечная недостаточность), неврологическими (последствия сотрясения мозга, нейроинфекции - энцефалопатическое недержание мочи), психическими, эндокринными (сахарный или

несахарный диабет) заболеваниями и проявляться независимо от сна, как днем, так и ночью.

В популяции более широко распространен первичный энурез, однако с возрастом увеличивается доля вторичного (50% случаев к 12 годам).

В зависимости от времени совершения непроизвольного мочеиспускания во сне в течение суток выделяют дневной (крайне редко), ночной (наиболее частая форма) и смешанный энурез. При ночном энурезе непроизвольное мочеиспускание происходит только ночью (85 %), дневной встречается значительно реже (5 %). Примерно у 10 % детей имеется смешанный тип энуреза (ночной и дневной).

По частоте проявлений различают энурез с частыми проявлениями (мочеиспускание во сне совершается каждую ночь), умеренными (2-3 раза в неделю) и редкими (2-3 раза в месяц).

Энурез может проявляться в осложненной и неосложненной формах.

Осложненный энурез:

- сочетание с неврологическими нарушениями;
- сочетание с невротическими реакциями или реактивными состояниями;
- непроизвольное мочеиспускание на фоне нервных нарушений в виде расстройств мочеиспускания (учащенное, болезненное, учащенное и болезненное);
- наличие инфекции мочевых путей;
- сочетание с анатомо-функциональными изменениями со стороны мочевыводящих путей;
- сопутствующий энкопрез (недержание кала).

К неосложненному относят случаи энуреза, при котором объективно отсутствуют отклонения в соматическом и неврологическом статусах, а также изменения в анализах мочи.

Типы энуреза с учетом изменений ЭЭГ и цистометрограммы при ночном мониторинге (H.Watanabe, 1995): 1) тип I - характеризуется ЭЭГ-ответом на растяжение мочевого пузыря и стабильной цистометрограммой: глубокий сон сменяется поверхностным при заполнении мочевого пузыря, но импульсация от мочевого пузыря оказывается недостаточно эффективной для полного пробуждения (59,8%); 2) тип IIa - характеризуется отсутствием ЭЭГ-ответа при переполнении мочевого пузыря, стабильной цистометрограммой (9,4 %); 3) тип IIb - характеризуется отсутствием ЭЭГ-ответа на растяжение мочевого пузыря и нестабильной цистометрограммой только во время сна: сокращения гиперрефлекторного мочевого пузыря во время ночного сна (30,8%). Ночной энурез типов I и IIa расценивается, соответственно, как умеренная и выраженная дисфункция пробуждения, а ночной энурез типа IIb – как латентный нейрогенный мочевой пузырь.

Кроме того, выделяют моносимптомный ночной энурез, характеризующийся отсутствием:

- дневного недержания мочи;
- гипермоторных нарушений функции мочевого пузыря (частое мочеиспускание – более 8 раз в сутки, императивные позывы, немедленное стремительное мочеиспускание и др.);
- гипомоторных нарушений функции мочевого пузыря (редкое мочеиспускание – менее 3 раз в сутки, большие порции мочи, ослабление позыва на мочеиспускание и др.).

Среди пациентов с моносимптомным ночным энурезом выделяют группы с ночной полиурией или без таковой, реагирующих или не реагирующих на терапию десмопрессином (хороший или плохой ответ), с нарушениями пробуждения или дисфункциями мочевого пузыря.

Невротический энурез чаще встречается среди застенчивых, пугливых, «забитых» детей с поверхностным нестабильным сном (такие пациенты обычно очень переживают по поводу имеющегося дефекта).

Неврозоподобный энурез (бывает первичным и вторичным) характеризуется сравнительно безразличным отношением к эпизодам энуреза на протяжении длительного времени (до подросткового возраста), а впоследствии усиленными переживаниями по этому поводу.

В диагнозе необходимо указывать все основные показатели, характеризующие проявление болезни.

КЛИНИКА

Непроизвольное мочеиспускание во сне является основным проявлением болезни, вынуждающим больного (его родителей) обращаться за медицинской помощью. У одних больных мочеиспускание во сне происходит без видимых внешних проявлений, другие больные перед мочеиспусканием ведут себя беспокойно и нередко с появлением первых капель мочи просыпаются. Мочеиспускание во сне наступает через различные временные промежутки. При каждом мочеиспускании во сне выводится неодинаковое количество мочи. Причем эти колебания могут быть значительными: от 200 до 400 мл и более. Часть больных энурезом указывает на ненормальность мочеиспускания и в состоянии бодрствования: учащенные, болезненные, повелительные. В холодное время года энурез проявляется чаще. Длительное течение и безуспешное лечение заболевания неблагоприятно сказываются на психике больных. У большинства из них развиваются различной степени невротические проявления.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНУРЕЗА по МКБ-10 (F 45.3):

1. Хронологический и психологический возраст не менее 5 лет;
2. Непроизвольное или преднамеренное недержание мочи в кровати или в одежде, которое происходит с частотой не реже 2 раз в месяц у детей в возрасте до 7 лет и не реже 1 раза в месяц в возрасте 7 лет и старше;
3. Энурез не является прямым следствием анатомических аномалий мочевых путей, эпилептических припадков, неврологических расстройств или какого-либо не психиатрического заболевания;
4. Отсутствие психического расстройства, которое отвечало бы другим категориям МКБ-10;
5. Состояние должно отмечаться в течение не менее 3 месяцев.

Ночное недержание мочи проявляется единственным симптомом – «мокрой постелью», от которой исходит запах мочи. Однако мочеиспускание в постель легко может быть воспроизведено искусственно с какой-либо целью. Отсюда необходимость в объективных методах диагностики.

Диагностический комплекс должен обязательно включать следующие мероприятия:

1. Сбор анамнеза: установить, когда началось заболевание, что повлияло на его возникновение, факторы, предшествовавшие началу заболевания (психическая травма, нервное потрясение, переохлаждение, острое заболевание с повышением температуры тела, с изменением или без них в анализах мочи), обращаемость обследуемого за медицинской помощью до призыва на военную службу и во время прохождения ее, изучить особенности течения болезни и лечения больного, проанализировать проводимое ранее лечение, ознакомиться с режимом военного труда и быта обследуемого, частотой энуреза до и во время прохождения службы, изучить наследственность (энурез у родителей), семейный анамнез (требования родителей к формированию навыков опрятности). Выяснить условия жизни в детстве, перенесенные инфекционные заболевания и травмы (ушибы, сотрясения головного, спинного мозга, нейроинфекции, операции на ЦНС и других органах в первые три года жизни, лейкоцитурия, запоры, энкопрез), наличие психотравмирующих ситуаций в семье, успеваемость в учебе, режим труда и отдыха, наличие патологических феноменов в виде снохождения, сноговорения, бруксизма (скрип зубами), характер ночного сна. Уделяют внимание факту наличия обструкции дыхательных путей, а также приступов ночных апноэ и эпилептических приступов (или неэпилептических пароксизмов). Пищевая и лекарственная аллергия, крапивница (уртикария), атопический дерматит, аллергический ринит и бронхиальная астма в ряде случаев могут способствовать повышенной возбудимости мочевого пузыря. В ряде случаев недержание мочи может быть индуцировано побочным действием транквилизаторов и антиконвульсантов (сонопакс, препараты вальпроевой кислоты, фенитоин и т.д.). Поэтому необходимо выяснить какие из этих препаратов и в какой дозировке получает пациент (или получал ранее). Серьезные факторы, на которые надо обращать внимание, – это запоры и недержание кала у ребенка. Они могут вызывать нестабильность мочевого пузыря и последующее инфицирование мочевых путей. После устранения этих причин энурез в половине случаев прекращается сам собой. Обязательно должно проводиться тщательное изучение личности больного, его характерологических особенностей. Во время беседы с больными энурезом часто отмечают неустойчивое внимание, суженный кругозор, плохую сообразительность, замедленную реакцию, повышенную утомляемость, замкнутость, отстранение от общественной жизни. Необходимо помнить, что энурез у больных олигофренией, шизофренией, эпилепсией, с реактивными и невротическими состояниями наблюдается чаще, чем у людей, не страдающих этими заболеваниями.

По возможности выясняется акушерский анамнез: токсикоз и угроза прерывания беременности, физические и психические травмы, анемия, нефропатия, инфекционные заболевания урогенитальной сферы у матери, прием лекарственных препаратов, работа в условиях вредного производства, преждевременные, затяжные, стремительные роды, оперативное родоразрешение путем кесарева сечения, тугое обвитие плода пуповиной.

2. Дневник мочеиспускания для определения количества мочеиспусканий в сутки, соотношения дневного и ночного диуреза, количества теряемой мочи и причин их возникновения:

Дневник мочеиспускания

Ф. И. О.

Дата					
Время	Количество мочи, мл	Факт энуреза, мл	Что делали при этом	Был ли нестерпимый позыв?	Выпитая жидкость (объем и вид)
2.00	2	мокрый (сухой)	спал	нет	250 мл чая в 21.00

Инструкция по заполнению:

1. Заполняйте дневник в течение, как минимум, трех дней.
2. Начинайте вести дневник сразу после утреннего подъема и заполняйте точно 24 часа.
3. Используйте отдельные строки записи для мочеиспусканий, недержания, потребления жидкости, если они не совпадают по времени.
4. Обозначение количества мочи, выделившегося при недержании: 1- выделение капель, увлажнение белья; 2-одежда промокла насквозь; 3-мочевой пузырь опорожнился весь.

3. Физикальное обследование

- оценка показателей физического развития;
 - осмотр кожи внутренних поверхностей бедер, запах от обмундирования и белья, изменения со стороны наружных половых органов (фимоз, свищи, эпи-, гипоспадия, др.), выраженность вторичных половых признаков, ректальное исследование предстательной железы с определением тонуса анального сфинктера;
 - осмотр поясничной области с целью выявления эпителиальных втяжений и оволосения кожных покровов в области крестца, указывающих на возможность аномалии строения позвоночника и спинного мозга;
 - психоневрологический статус: асимметрия носогубных складок, некоторое отклонение языка при высовывании, неустойчивость в позе Ромберга, признаки орального автоматизма, изменение ахилловых и подошвенных рефлексов; вегетативные изменения в виде гипергидроза, акроцианоза, гипотермии кистей и стоп; чувствительность в области промежности; характерологические особенности (патологические) личности, наличие вредных привычек (онихофагия, бруксизм и т.п.), расстройств сна, различных пароксизмальных и неврозоподобных состояний.
- Проводится тщательное дефектологическое обследование по методу Векслера или с использованием тестовых компьютерных систем («Ритмотест», «Мнемотест»,

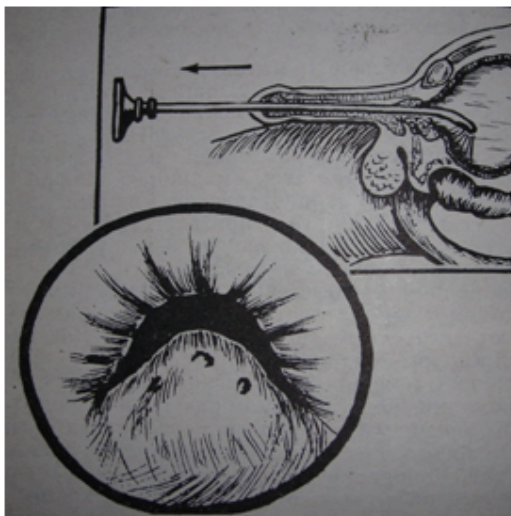
«Бинатест») для выяснения состояния интеллектуального развития пациента и статуса основных когнитивных функций;

- оценка состояния эндокринных желез;

4. Инструментальные методы обследования

- определение физиологической и экспериментальной емкости мочевого пузыря (разница между указанными показателями у больных энурезом меньше, чем у здоровых);

- цистоскопия (разрыхление шейки мочевого пузыря, чрезмерная инъецированность сосудов слизистой, трабекулярность, наличие дивертикулов, полипозных разрастаний, склероза шейки мочевого пузыря, симптома Алексева-Шрама:



Симптом Алексева – Шрама

- уродинамическое обследование (урофлоуметрия, профилометрия, цистометрия) для определения емкости и растяжимости мочевого пузыря, наличия и выраженности произвольных сокращений детрузора в фазу накопления, состояния замыкательного аппарата уретры, для одновременной регистрации детрузорного давления и скорости мочеиспускания с целью выявления признаков инфравезикальной обструкции и снижения сократительной функции детрузора;

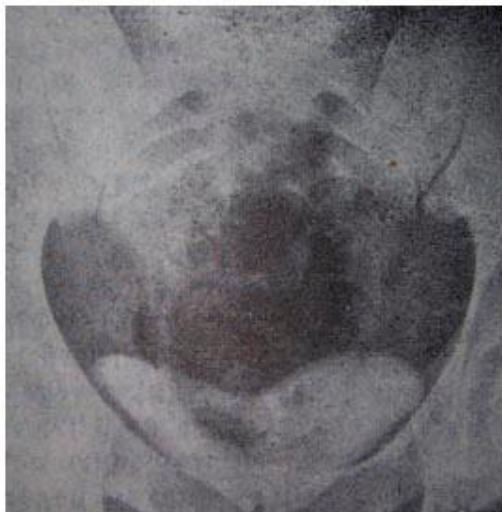
- рентгенологические исследования (исключить или диагностировать патологические изменения со стороны гипофиза, незаращение дужек поясничных или крестцовых позвонков в органах мочевой системы (spina bifida), выявление у ряда больных признака «языка»):

- люмбо-сакрального отдела позвоночника, турецкое седло;

- обзорная рентгенография органов мочевого выделения;

- выделительная, инфузионная урография;

- цистография (микционная) в двух проекциях – симптом «языка» Беккермана:



Симптом «языка»

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, мочеполовой системы;
- электроэнцефалография (у большинства больных ночным недержанием мочи в состоянии бодрствования регистрируется нормальная ЭЭГ, с хорошо выраженными альфа-волнами, но несколько ослабленными по "астеническому типу" реакциями на индифферентные раздражители, свидетельствующие о наличии очага повышенной возбудимости коры головного мозга, связанного с заболеванием);
- компьютерной или магнитно-резонансной томографии (КТ или МРТ), нейрорентгенографии (НЭМГ) - при подозрении на наличие аномалий развития позвоночника или спинного мозга необходимо проведение рентгенографического исследования (в 2 проекциях).

Больного осматривают смежные специалисты перед представлением на ВВК:

- психиатр - в случаях упорно текущего энуреза и при подозрении на наличие психического расстройства, а также в случаях, когда заболевание нельзя объяснить другими причинами;
- отоларинголог - отмечена прямая зависимость между наличием аденоидов и полипов в носоглотке больных и энурезом, а также положительный эффект, наступающий после их устранения;
- невропатолог – состояние двигательной, чувствительной, рефлекторной сфер;
- хирург;
- терапевт;
- окулист;
- дерматолог.

5. Лабораторные методы обследования

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ мочи по Зимницкому;
- посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам: зачастую необходимо убедиться, что у пациента с недержанием мочи отсутствуют признаки воспаления со стороны мочевыделительной системы. При отсутствии патологии, можно предположить, что имеет место частичная незрелость центральной нервной системы;

- анализ секрета предстательной железы;
- спермограмма.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Первичный ночной энурез

Когда установлен диагноз «Энурез», чаще всего имеют в виду первичный ночной энурез, который проявляется мочеиспусканием во сне, наблюдается у ребенка с самого рождения и не сопровождается симптомами каких-либо нарушений органического или психического характера. Такой первичный энурез необходимо отличать от других форм энуреза, которые возникают в связи с различными урологическими, неврологическими, психическими или эндокринными заболеваниями и проявляются дневным недержанием мочи (дневной энурез) или рецидивом, наступившим после хотя бы полугодового отсутствия «мокрых ночей», – вторичный энурез. Диагностика основывается на типичной клинической картине и тщательном исключении всех возможных причин вторичного ночного энуреза (психических заболеваний, травм, заболеваний головного, спинного мозга, операций на них; воспалительных заболеваний мочевыводящей системы, психогенной полидипсии, сахарного, несахарного диабета, снижения концентрационной способности почек). Если перечисленные выше заболевания отсутствуют и расспрос уточняет, что ребенок мочится в постель во сне, при этом не просыпается и разбудить его в это время довольно трудно, то с большой долей вероятности ребенок страдает первичным ночным энурезом. У всех больных необходимо проводить анализы мочи общий, на бактериурию, по Зимницкому, исследовать уровень мочевины, электролитов, сделать УЗИ почек.

2. Нарушение мочевыделения при олигофрении. При олигофрении бывают разные степени интеллектуального дефекта. При глубоких – идиотия и имбецильность – навыки мочеыведения формируются медленно и быстро нарушаются под влиянием самых незначительных соматических и ситуационных воздействий. У больных олигофренией недержание мочи встречается в 2-5 раз чаще, чем у здоровых сверстников. Недержание мочи при данной патологии чаще всего первичное. Вторичное недержание мочи у лиц с врожденным слабоумием обычно возникает в 7-10 лет после перенесенных нейроинфекций, сотрясений мозга, психических травм. В случаях, когда недержание мочи возникает преимущественно в ночное время, заболевание может напоминать энурез. Особенностью в этом случае является отсутствие переживаний больным своего дефекта, его монотонность и четкая зависимость от соматических вредностей и состояния психофизического возбуждения.

3. Нарушение мочевыделения при шизофрении и шизофреноподобных синдромах. При шизофрении недержание мочи почти всегда происходит в дневное время. Его вряд ли можно назвать произвольным, т. к. больной способен себя сдерживать, однако из-за нарушенных влечений, бреда или галлюцинаций сознательно не может контролировать себя. У этих больных нет анатомических дефектов, нет дисфункции сфинктеров и других расстройств, приводящих к недержанию мочи. В подобных случаях недержание мочи сопровождается изменениями в поведении, может сопровождаться недержанием кала.

Некоторые заболевания головного мозга (опухоли и т. д.) могут протекать с шизофреноподобной симптоматикой, особенно в инициальном периоде. Нередко первыми признаками заболевания, на которые обращают внимание окружающие, является нарушение мочевого выделения. В подобных случаях недержание мочи также происходит как днем, так и ночью. Сопровождается изменениями в поведении, может быть недержание кала.

4. Недержание мочи при маниакальных и депрессивных синдромах. Наблюдается у больных с выраженными аффективными расстройствами. При резко выраженном маниакальном состоянии больной патологически деятелен, активен, подвижен. Недержание мочи бывает чаще всего днем и обусловлено тем, что больной, вследствие своей сверхдеятельности не обращает внимание на такую «мелочь», как необходимость вовремя сходить в туалет. При депрессивном синдроме недержание мочи также бывает чаще всего днем. Для больного характерна скорбная поза, тоска, тревога, чувство безысходности. При беседе ход их мыслей приблизительно таков: все равно жизнь не мила, зачем же еще и в туалет ходить, к тому же от тоски и сил совсем нет.

5. Недержание мочи при гипердинамическом синдроме – часто встречается в детском и подростковом возрасте (4-10 лет) Патология беременности, ненормальные роды, заболевания первых лет жизни, ЧМТ - все это может привести к чрезмерной двигательной активности, суетливости. Дети не могут сидеть на месте и в период повышенной двигательной активности не обращают внимание на позывы на мочеиспускание.

6. Недержание мочи при эпилепсии. При этом заболевании недержание мочи может быть относительно независимым от эпилептического припадка расстройством и иметь неодинаковую клиническую картину. От 40 до 90 % больных эпилепсией страдали в детстве непроизвольным мочеиспусканием во сне. Хотя между эпилепсией и энурезом нет четкой этиологической взаимосвязи, тем не менее нельзя игнорировать наличие каких-то общих патогенетических звеньев. Кроме того, для больных эпилепсией характерен слишком глубокий сон, который углубляется приемом антиконвульсантов или приемом фенобарбитала и его производных.

7. Патохарактерологическое недержание мочи. Патохарактерологические реакции как вид болезненного реагирования на реально существующие микросоциально - психологические неприятности весьма распространены, особенно в детском и юношеском возрасте. При этом выделяются реакции активного и пассивного протеста. При этом почти всегда недержание мочи происходит в бодрствующем состоянии, носит осознанный характер и относится к группе сверхценных переживаний. Патохарактерологические реакции в дальнейшем отрываются от своей первопричины и становятся доминирующими в поведении больного.

8. Невротическое недержание мочи. Если этот тип патологии встречается во время сна, он с полным правом может именоваться невротическим энурезом. Невротическое недержание мочи может быть составной частью того или иного невроза (главным образом невроза страха, истерического невроза), а может быть одним из симптомов системных неврозов. У больных неврозом имеется множество специфических переживаний (со слов больного «симптомов на копейку, переживаний на рубль»). Эти больные предполагают и постоянно ощущают, что их мало любят, что к ним равнодушны. При невротическом расстройстве нарушаются взаимоотношения фаз сна: фаза глубокого сна сужается, а поверхностного становится длиннее, и длится

почти всю ночь. Постоянно снятся обильные, порой мучительные сновидения, сопровождающиеся чувством страха и тревоги. При этом больной на мгновение теряет способность контролировать позыв на мочеиспускание. Затем при просыпании эта способность автоматически восстанавливается.

Невротическое недержание мочи может проявляться не только во сне, но и наяву. Такие случаи логичнее именовать не энурезом, а «невротическим недержанием мочи». Этот термин шире термина «невротический энурез».

9. Неврозоподобное непроизвольное мочеиспускание. Этот вид патологии проявляется главным образом во сне, поэтому данные случаи могут быть расценены как энурез, но обязательно с добавлением соответствующего прилагательного. Если психогенные формы недержания мочи являются социально обусловленными и вызываются лишь психогенными факторами, то неврозоподобное недержание мочи порождается биологическими дефектами: патологической наследственностью, патологией беременности, родов, постнатального периода. Неврозоподобное непроизвольное мочеиспускание – понятие сборное, включающее в себя множество разнородных явлений, объединенных отсутствием психогенного происхождения, прогрессивности, заметного переживания своих страданий и других критериев. Когда речь идет о психогенных формах недержания мочи, то наследственно обусловленные особенности конституции больного могут играть предрасполагающую роль. На это «слабое звено» падает психогенный фактор и возникает комплекс расстройств, включающий недержание мочи. При неврозоподобном же недержании мочи определяющую роль играет не психогенный фактор, а фактор ранней резидуально-органической неполноценности нервной системы или разрушение сформировавшейся функции регуляции мочевого пузыря благодаря нейроинфекциям или сотрясениям мозга в постнатальном периоде. В других случаях наследственная предрасположенность столь выражена, что является единственной причиной появления недержания мочи.

Таким образом, можно выделить:

1. Первичный неврозоподобный энурез, включающий 3 формы:

- а) наследственно обусловленную;
- б) вызванную патологией беременности;
- в) вызванную патологией родов и первых лет жизни.

2. Вторичный неврозоподобный энурез, возникший в возрасте 3-4 лет под влиянием мозговых инфекций и травм, включающий 4 варианта первичного неврозоподобного недержания мочи:

а) вследствие профундосомнии (примерно у 70-75% больных) с первичным неврозоподобным недержанием мочи имеет место слишком глубокий сон, который может вызываться наследственной предрасположенностью или церебральной патологией. Критерии профундосомнии: больной обмочился и продолжает спать; непроизвольное мочеиспускание не под утро, а в первые 2-3 часа сна; не снятся сны;

б) вследствие дисфункции сфинктеров уретры (примерно 20 % пациентов). При этом, обмочившись, больной сразу же просыпается; мочеиспускание происходит под утро; прослеживается четкая взаимосвязь между количеством выпитой жидкости и частотой недержания мочи; во время недержания мочи пузырь полностью опорожняется, поэтому объем мочи значителен;

в) вследствие дисфункции мочевого пузыря (5-10% пациентов). При этом мочеиспускание происходит 4-5 раз в течение ночи; мочеиспускание малыми

порциями; помочившись, больной сразу же просыпается, но иногда желание столь неодолимо, что, уже проснувшись, больной выпускает струю мочи в постель.

г) смешанные формы.

Разграничение невротического и неврозоподобного недержания мочи

Признак	Невротическое недержание мочи	Неврозоподобное недержание мочи
I. Клиническая характеристика		
Связь возникновения с психической травматизацией	Обязательна	Отсутствует
Связь возникновения с признаками дизонтогенеза или энцефалопатии	Отсутствует	Обязательна
Зависимость динамики от соматических заболеваний, физической усталости и т.д.	Незначительна	Выражена
Течение расстройства	Зависит от ситуации; недержание мочи то исчезает, то появляется	Монотонное, усиливающееся от неблагоприятных биологических воздействий
II. Особенности психического состояния		
Церебрастенический и невропатический синдромы	Редко	Часто
Сопутствующие невротические расстройства	Почти всегда	Если и возникают в связи с недержанием мочи, то лишь в подростковом возрасте

III. Особенности неврологического состояния		
Очаговая неврологическая симптоматика	Редко	Часто
Вегетативно- сосудистые расстройства	Редко	Часты
IV. Данные параклинических исследований		
Изменения на ЭЭГ	Как в популяции в целом	У 40—80% по органическому типу
Изменения на краниограмме	Признаки гидроцефалии редки и не выражены	Как правило, признаки гидроцефалии

Периодически под маской энуреза проходит совершенно иная патология, где недержание мочи является лишь симптомом другого заболевания, и больной длительное время не получает необходимого лечения. Возникает необходимость дифференцировать энурез со следующими патологическими состояниями: 1) ночные эпилептические приступы, 2) аллергические заболевания (кожные, пищевые и лекарственные формы аллергии, уртикария), 3) эндокринные заболевания (сахарный и несахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз), 4) ночные апноэ и частичная обструкция дыхательных путей, 5) побочные эффекты, вследствие принятия лекарственных препаратов (в частности, тиоридазина и препаратов вальпроевой кислоты).