



УРГЕНТНАЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПОДРОСТКОВ

Атахонов М.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской Академии, Ургенч,
Узбекистан

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8047028>

ARTICLE INFO

Received: 06th June 2023

Accepted: 15th June 2023

Online: 16th June 2023

KEY WORDS

ABSTRACT

Актуальность. Наблюдающиеся нами состояния связанные с беспокойством мочеиспускания у подростков 15-19 лет на сегодняшний день достаточно серьезно ограничивает круг деятельности и пути саморазвития данного контингента. Трудность психо-эмоционального состояние, стеснение от сопутствующей болезни и ограничение себя от любимых видов спорта ослабляют у юноши интерес к жизни.

Ургентное недержание мочи у подростков - это патологическое состояние, характеризующееся достаточно большой распространенностью (от 5 до 28%) среди детей различных возрастных групп [1, 5]. Данное состояние на протяжении длительного периода времени было преимущественно предметом исследований невропатологов и психиатров, рассматривавших его происхождение в связи с нарушением процессов созревания высших центров регуляции вегетативных функций [3]. Причиной ургентного недержания мочи является гиперактивность или неконтролируемые сокращения мочевого пузыря[2, 4]. Такое состояние мочевого пузыря может быть обусловлено нейрогенными причинами (заболевания и травмы головного и/или спинного мозга), инфекцией мочевых путей (цистит, простатит), опухолями мочевого пузыря, затруднения оттока мочи у мужчин, вызванные развитием аденомы или рака предстательной железы[5, 6]. Иногда очевидных причин ургентного недержания мочи выявить не удастся. Несмотря на то, что произвольное мочеиспускание имеет такую же историю, как и сам человек, и обилие литературы по этой проблеме, она продолжает оставаться актуальной. [7, 8].

Целью работы являлось – обоснование тактики комплексного лечения при произвольном мочеиспускании у детей более взрослого возраста.

Материалы исследования: под нашим наблюдением с 2019 по 2021гг, находилось 76 детей с недержанием мочи в возрасте от 13 до 17 лет. Мальчиков было – 51 (67,1%), девочек – 25 (32,9%). Все исследуемые предварительно прошли осмотр



невропатолога и психолога для оценки неврологического статуса и для исключения наличие поражений нервной системы.

Методы исследования: произведено комплексное обследование больных, включающих: цистоманометрию, цистоскопию, определение остаточной мочи, электромиографию анального сфинктера и мышц тазового дна в положениях стоя и лежа, цистографию, микционную цистоуретрографию, экскреторную урографию, УЗИ сканирование почек и мочевыводящих путей.

Результаты и обсуждение. При обследовании больных выявлены различные виды урологических патологии (стриктура уретры, задний клапан уретры, гипертрофия семенного бугорка, циститы, хронический пиелонефрит). Полученные данные свидетельствуют о том, что все дети, страдающие энурезом или хотя бы имеющие беспокойные акты мочеиспускания в интересах ранней диагностики урологических заболеваний, должны подвергаться предварительному обследованию уролога и невропатолога в специализированных стационарах. В большинстве случаев непроизвольное мочеиспускание во время сна отмечалось с раннего детства. Частота непроизвольных мочеиспусканий была различной, у 27,1% больных она отмечалась каждую ночь по 1-2 или 3 раза в разное время сна, в 63 (82,9%) случаев недержания мочи сочетался с энурезом во время бодрствования, а у 13 (11,9%) больных непроизвольные мочеиспускания имели место во время повышенной физической активности.

Основными симптомами, побудившими родителей, обратившихся к врачу, были дизурические явления (в начале затрудненное, болезненное мочеиспускание, ночное и дневное недержание мочи с явлениями остаточной мочи) и стойкая лейкоцитурия. Все это являлось показанием к дополнительному обследованию с учетом лабораторных анализов. У 19 детей с обструкцией шейки, у всех больных с клапанами и сужениями задней уретры уже с грудного возраста отмечалось опухолевидное образование над лоном (атонический мочевой пузырь). Катетеризация затруднена или невозможна, и вообще невозможна при склерозе шейки мочевого пузыря.

При декомпенсированной фазе склероза шейки мочевого пузыря с сохранением избыточного количества остаточной мочи перерастягиваются сфинктеры мочевого пузыря, что проявляется постоянным выделением мочи каплями из уретры. Хроническая задержка мочи в атоничном пузыре обуславливает недостаточное опорожнение лоханок и мочеточников, следствием чего является развитие гидроуретра и гидронефротической трансформации. Вначале страдает функция почек, а затем наступают грубые морфологические изменения в результате гибели их паренхимы.

При микционной цистоуретрограмме при клапанах уретры отмечалось расширение задней части уретры, резко прерывающееся над препятствием, ниже которого она обычных размеров. Склероз шейки мочевого пузыря проявлялся в виде окулярного сужения или дефекта наполнения в области шейки. Шейка мочевого пузыря всегда реагирует на обструкцию уретры, поэтому говорить о патологии шейки следует только при отсутствии патологии уретры. У всех детей имелись выраженные вторичные изменения вышележащих отделов мочевой системы: трабекулярность и



псевдодивертикулы стенок мочевого пузыря, дилатация верхних мочевых путей при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса на цистограмме. Для лечения энуреза мы применяли комбинации различных методов. Из медикаментозных средств отдавали предпочтение спазмексу 15мг. Назначили по схеме: 3 раза в сутки по 1 таблетке, покрытой оболочкой или утром 2 таблетки и вечером 1 таблетка. Как правило, первый курс лечения сочетали с физметодами – назначали электрофорез с прозеринном на надлобковую область. Последний в некоторых случаях чередовали с диатермией на крестцово-копчиковую область.

При отсутствии выраженного эффекта от подобного лечения у больных атонией шейки мочевого пузыря прибегали к прецервикальным новокаиновым блокадам с растворами прозерина.

Для устранения обструкции больным произведены следующие оперативные вмешательства: рассечение передней полуокружности шейки с пластикой у 11 больных; частичная клиновидная резекция шейки мочевого пузыря – у 3; рассечение задней губы слизистой – у 2; иссечение клапанов – у 8; иссечение дивертикула уретры – у 2; удаление камня мочевого пузыря с пластикой шейки мочевого пузыря – у 9; антирефлюксная операция с пластикой пузырно-уретрального сегмента произведена у 10. Все больные получали антисклеротическое, десенсибилизирующее, антибактериальное лечение и витаминотерапию.

Выводы. Настоящего исследования подтверждают необходимость детального обследования мочеполовой системы у детей с любыми формами ургентного недержания и энуреза в условиях урологического стационара.

Таким образом, недержание мочи у детей может быть обусловлено различными этиологическим факторами и их сочетанием, что диктует необходимость комплексного подхода к лечению. Комплексное и длительное (2-3 месяца) использование перечисленных способов позволяет добиться излечения непроизвольного мочеиспускания во сне у подавляющего числа больных. Анатомическая нормализация мочевых путей способствует частичному восстановлению их функциональной способности, нормализацию уродинамических процессов и делает более эффективной антибактериальную терапию, стиханию пиелонефрита и нормализацию мочеиспускания.

References:

1. Ramakrishnan K. Evaluation and treatment of enuresis. Am Fam Physician 2008 Aug; 15; 78 (4): 489–496.
2. Вишневский, Е.Л. Ноктурия / Е.Л. Вишневский, О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь. – М., 2007. – 187 с.
3. Казанская И.В., Отпущенникова Т.В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение. Вопросы современной педиатрии 2003; 3: 68–70.
4. Neveus, T. Evaluation of and treatment for vonosymptomatic enuresis: a standardization document from the international children's continence society / T. Neveus, P. Eggert, J. Evans // J. Urol. – 2010. – Vol.183, №2. –P. 441.



5. Lane, W. Evaluation and management of enuresis / W. Lane, M. Robson // Engl. J. Urol. – 2009. – Vol. 360. –P. 1429.
6. Elberg H., Berendt I., Mohr J. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to - chromosome 13q. Nature Genetics 1995; 10: 354–356.
7. Ackley B (2010). Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care (9th ed.). Maryland Heights, Mo: Mosby. [ISBN 9780323071505](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-07150-5).
8. Venes D (2013). Taber's cyclopedic medical dictionary. Philadelphia: F.A. Davis. [ISBN 9780803629776](https://doi.org/10.1016/B978-0-7817-9776-6).