

УДК 612-053.3-63-62-008.222/:223-073.4-8:612.6.06

Л. Н. Танцура, А. В. Линская, О. Ю. Лукьянцева

ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ЭНУРЕЗОМ

Л. М. Танцура, Г. В. Лінська, О. Ю. Лук'янцева

Гендерний аналіз результатів клініко-анамнестичного та ультразвукового дослідження сечового міхура у дітей з неврозоподібним енурезом

L. M. Tantsura, G. V. Linska, O. Yu. Lukiantseva

Gender analysis of results of the ultrasound and clinical-anamnestic research of bladder among children with neurosis-like enuresis

Было проведено комплексное обследование 90 детей с различными клиническими вариантами неврозоподобного энуреза в возрасте от 5 до 17 лет, из них — 66 мальчиков и 24 девочки. У более 90 % детей отмечался первичный неврозоподобный энурез. Выявлены гендерные клинические особенности неврозоподобного энуреза.

Обоснована необходимость проведения детям с неврозоподобным энурезом ультразвукового исследования (УЗИ) мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи и её бактериологического исследования на патогенную флору с определением чувствительности к антибиотикам.

Разработан алгоритм подхода к обследованию и лечению с учетом гендерных особенностей.

Ключевые слова: гендерный подход, неврозоподобный энурез, УЗИ мочевого пузыря, остаточный объем мочи

Було проведено комплексне обстеження 90 дітей з різними клінічними варіантами неврозоподібного енурезу у віці від 5 до 17 років, з них — 66 хлопчиків та 24 дівчинки. У понад 90 % дітей відзначався первинний неврозоподібний енурез. Виявлені гендерні клінічні особливості неврозоподібного енурезу.

Обґрунтовано необхідність проведення у дітей з неврозоподібним енурезом ультразвукового дослідження (УЗД) сечового міхура з визначенням залишкового об'єму сечі та бактеріологічного дослідження сечі на патогенну флору з визначенням чутливості до антибіотиків.

Розроблено алгоритм підходу до обстеження та лікування з урахуванням гендерних особливостей.

Ключові слова: гендерний підхід, неврозоподібний енурез, УЗД сечового міхура, залишковий об'єм сечі

The comprehensive examination of 90 children aged 5—17 (66 boys and 24 girls) with various clinical variants of neurosis-like enuresis has been conducted. The study found that more than 90 percent of children had primary neurosis-like enuresis. Gender clinical particularities of neurosis-like enuresis have also been determined.

A case has been made for bladder ultrasound with measurement of post-void residual urine volume, as well as urine microbiology test with determination of antibiotic sensitivity among children with neurosis-like enuresis.

The algorithm for gender approach to diagnosis and treatment has been developed.

Keywords: gender approach, neurosis-like enuresis, bladder ultrasound, residual urine volume

Усиление стрессогенности современной социальной среды, на фоне снижения уровня здоровья детей и молодежи в Украине, приводит к обострению неврологических проблем, одной из наиболее распространенных является энурез.

Энурез — расстройство, характеризующееся отсутствием торможения рефлекса мочеиспускания и сопровождающееся повторными эпизодами непроизвольного мочеиспускания во время сна или в состоянии бодрствования, в социально неприемлемых условиях.

По данным большинства авторов, на сегодняшний день в детской популяции энурез преобладает среди других нарушений мочеиспускания. Среди детей пятилетнего возраста энурезом страдают до 15 %, десятилетнего — 5 %, к 14 годам непроизвольное мочеиспускание отмечается у 2 % общей популяции детского населения [1, 2]. Энурез значительно влияет на качество

жизни ребенка, ограничивает его в социальных контактах и получении позитивного жизненного опыта, влияет на самооценку личности, снижает творческий потенциал. В рамках нашего исследования необходимо подчеркнуть целесообразность применения к изучению проблемы энуреза гендерного подхода. Известно, что неврозоподобный энурез более характерен для мальчиков, у них он встречается в 2—4 раза чаще, чем у девочек [3, 4]. Результаты наших предыдущих исследований указывают, что причины и факторы возникновения и развития энуреза у детей также имеют гендерную дифференциацию [6].

Несмотря на бесспорную актуальность затронутой проблемы, до настоящего времени не был проведен дифференцированный гендерный анализ особенностей остаточного объема мочи у детей, больных неврозоподобным энурезом, который может указать как на причины, так и на прогноз течения заболевания, а также эффективность лечения.

Целью исследования было изучение результатов ультразвукового исследования (УЗИ) мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи у детей с неврозоподобным энурезом с учетом гендерных различий.

Объект исследования — 90 больных неврозоподобным энурезом в возрасте от 6 до 17 лет, имеющих клинически подтвержденный диагноз.

Все исследуемые пациенты, страдающие неврозоподобным энурезом, были распределены на 2 группы: первая — группа мальчиков (66 человек), вторая — группа девочек (24 человека).

В ходе исследования использовали *методы*:

— *клинико-анамнестический* метод предполагает системный анализ медицинской документации (амбулаторных карт, выписок из историй болезни и др.), а также результатов медицинского осмотра и беседы с пациентами, опроса их родителей и родственников с помощью специальной анкеты на выявление данных, свидетельствующих о ранней резидуально-органической неполноценности нервной системы в результате патологии беременности и родов или разрушения сформировавшейся функции регуляции мочевого выделения вследствие различных заболеваний мозга (нейроинфекций, черепно-мозговых травм и сотрясения мозга в постнатальном периоде, наследственной отягощенности);

— *лабораторные* методы: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, бактериологический анализ мочи на патогенную флору и определение чувствительности колоний бактерий к антибактериальным препаратам;

— *ультразвуковое исследование* мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи. Такое исследование относится к обязательным методам диагностики при обследовании пациентов с неврозоподобным энурезом.

Для диагностики состояния мочевого пузыря системы детей наиболее простым и доступным, и в то же время достаточно информативным, является трансабдоминальное сканирование.

Трансабдоминальное исследование мочевого пузыря проводили пациентам в положении лежа на спине. Датчик устанавливали по средней линии на 2—3 см выше лобкового сочленения. При этом обязательным условием являлось наполнение мочевого пузыря до физиологического объема, то есть до объема, когда появляются первые позывы к мочеиспусканию. В норме такой объем составляет 200—300 мл.

Ультразвуковое исследование мочевого пузыря было весьма информативно при максимальном его заполнении. Кроме формы, размеров и положения данного органа, сонография позволяла судить о состоянии его стенки, толщине слизистой оболочки, эхоструктуре детрузора. При ультразвуковом сканировании были хорошо видны истинные и ложные дивертикулы мочевого пузыря, определялась форма шейки и диаметр сфинктерной части уретры, а также терминальные отделы мочеточников, даже при незначительном их расширении.

Ультразвуковое исследование проводили в два этапа: с наполненным мочевым пузырем и после мочеиспускания. Врач измерял объем и размеры полного мочевого пузыря, затем пациент опорожнял мочевой пузырь, в течение 5—10 минут после мочеиспускания УЗИ делали повторно. Количество жидкости вычисляли по специальным формулам. Для повышения точности результатов определение остаточного объема мочи проводили не менее трех раз. В день исследования нельзя было принимать

мочегонные препараты и продукты питания или напитки, раздражающие мочевой пузырь (острое, копченое, соленое, кофе, газировку, крепкий чай).

При обнаружении в ходе обследования аномалий развития мочевого пузыря или выявления его дисфункций, вызванных острым воспалительным процессом, пациенты были исключены из исследуемой группы и направлены на консультацию к урологу или нефрологу, где проходили дальнейшее наблюдение по профилю заболевания.

При изучении мочевого пузыря после полного мочеиспускания определяли остаточный объем мочи.

Обе группы пациентов были разделены на тех, кто страдал первичным и вторичным энурезом (табл. 1).

Таблица 1. Гендерное распределение обследованных пациентов, имеющих первичный и вторичный энурез

Пол	Первичный энурез		Вторичный энурез	
	абс.	%	абс.	%
Мальчики	64	96,97 ± 2,13	2	3,03 ± 2,13
Девочки	22	91,67 ± 5,76	2	8,33 ± 5,76

При первичном энурезе ребенок никогда на протяжении жизни не мог контролировать свой мочевой пузырь. Такой пациент мочился непроизвольно с рождения, поскольку условный рефлекс задержания мочи так и не был выработан. При этом чаще всего ребенок в психическом и физическом развитии не отличался от здоровых детей, иногда выявлялся отягощенный семейный анамнез по данному заболеванию.

При вторичном энурезе ребенок приобретал контроль над мочевым пузырем минимум на полгода, а затем его снова утрачивал или же выработанный рефлекс резко ослабевал по ряду причин (психическая травма, тяжелые инфекционные заболевания, интоксикация, выраженный и длительный болевой синдром, различные приобретенные заболевания или повреждения головного и спинного мозга и мочевыводящей системы).

В обеих группах преобладали дети с первичным энурезом: мальчики — 64 (96,97 ± 2,13 %), девочки — 22 (91,67 ± 5,76 %), пациентов со вторичным энурезом было выявлено небольшое количество: мальчики — 2 (3,03 ± 2,13 %), девочки — 2 (3,03 ± 2,13 %).

Детальный анализ клинической картины заболевания показал, что у мальчиков преобладали жалобы на ночное недержание мочи, наблюдавшееся с рождения, без «светлого промежутка», с неконтролируемым мочеиспусканием по 3 раза за ночь — у 6 (9,09 ± 3,57 %), по 2 раза за ночь — у 11 (16,67 ± 4,62 %), 1 раз за ночь — у 49 (74,24 ± 5,42 %). У 11 (16,67 ± 4,62 %) мальчиков энурез отмечался до 2-3-х раз в неделю. У 10 (15,15 ± 4,45 %) мальчиков энурез наблюдался не чаще чем 3 раза в месяц.

Среди девочек количество пациентов распределилось таким образом: непроизвольное мочеиспускание 3 раза за ночь наблюдалось у 2 (8,33 ± 5,76 %) пациенток, до 2 раз за ночь — у 8 (33,33 ± 9,83 %), 1 раз за ночь — у 14 (58,33 ± 10,28 %). У 6 (25,00 ± 9,03 %) девочек энурез отмечался до 2—3 раз в неделю. У 5 (20,83 ± 8,47 %) девочек энурез наблюдался не чаще чем 3 раза в месяц.

Была обнаружена достоверная разница по частоте эпизодов непроизвольного мочеиспускания 2 раза за ночь, у девочек в два раза чаще, чем у мальчиков.

У мальчиков, ночное недержание мочи, которое случалось один раз за ночь, через 2—3 часа после засыпания, было у 25 (37,88 ± 6,02 %) детей, в середине ночи — у 9 (13,64 ± 4,26 %), под утро — у 15 (22,73 ± 5,20 %) человек.

У девочек ночное недержание мочи, отмечавшееся через 2—3 часа после засыпания, было у 9 (37,88 ± 6,02 %), в середине ночи — у 3 (13,64 ± 4,26 %), под утро — у 2 человек (8,33 ± 5,76 %).

С высокой достоверностью у 15 (22,73 ± 5,20 %) мальчиков почти в 3 раза чаще превалировал энурез под утро, тогда как у девочек в этой группе он был только у 2 (8,33 ± 5,76 %). Возникновение ночного недержания мочи через 2—3 часа после засыпания, в середине ночи и с частотой 3 раза за ночь в обеих группах детей было почти одинаковым.

Обобщенные данные относительно гендерного распределения обследованных пациентов по частоте, с которой проявляется неврозоподобный энурез, и временем ночи, когда случался энурез у детей, показаны в таблицах 2 и 3.

Таблица 2. Гендерное распределение обследованных пациентов по частоте, с которой проявляется неврозоподобный энурез

Пол	3 раза за ночь	2 раза за ночь	1 раз за ночь	2—3 раза в неделю	3 раза в месяц
Мальчики	6 (9,09 ± 3,57 %)	11 (16,67 ± 4,62 %)	49 (74,24 ± 5,42 %)	11 (16,67 ± 4,62 %)	10 (15,15 ± 4,45 %)
Девочки	2 (8,33 ± 5,76 %)	8 (33,33 ± 9,83 %)	14 (58,33 ± 10,28 %)	6 (25,00 ± 9,03 %)	5 (20,83 ± 8,47 %)

Таблица 3. Гендерное распределение обследованных пациентов в зависимости от времени ночью, когда случался энурез у детей

Пол	3 раза за ночь в разное время ночи	2 раза за ночь в разное время ночи	После засыпания через 2—3 часа	Середина ночи	Под утро
Мальчики	6 (9,09 ± 3,57 %)	11 (16,67 ± 4,62 %)	25 (37,88 ± 6,02 %)	9 (13,64 ± 4,26 %)	15 (22,73 ± 5,20 %)
Девочки	2 (8,33 ± 5,76 %)	8 (33,33 ± 9,83 %)	9 (37,50 ± 10,09 %)	3 (12,50 ± 6,90 %)	2 (8,33 ± 5,76 %)

Таблица 4. Гендерное распределение обследованных пациентов в зависимости от возраста первого обращения родителей за медицинской помощью по поводу неврозоподобного энуреза

Пол	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет
Мальчики	10 (15,15 ± 4,45 %)	14 (21,21 ± 5,07 %)	12 (18,18 ± 4,78 %)	5 (7,58 ± 3,28 %)
Девочки	2 (8,33 ± 5,76 %)	5 (20,83 ± 8,47 %)	3 (12,50 ± 6,90 %)	3 (12,50 ± 6,90 %)

Таблица 5. Гендерное распределение обследованных пациентов в зависимости от возраста первого обращения родителей за медицинской помощью по поводу неврозоподобного энуреза

Пол	9 лет	11 лет	12 лет	14 лет
Мальчики	6 (9,09 ± 3,57 %)	5 (7,58 ± 3,28 %)	3 (4,55 ± 2,58 %)	11 (16,67 ± 4,62 %)
Девочки	2 (8,33 ± 5,76 %)	4 (16,67 ± 7,77 %)	2 (8,33 ± 5,76 %)	3 (12,50 ± 6,90 %)

С помощью УЗИ мочевого пузыря удалось выявить особенности дисфункции мочевого пузыря у пациентов обеих групп. Так, в ходе исследования у пациентов 1-й и 2-й групп была диагностирована дисфункция мочевого пузыря по гипертоническому или гипотоническому типам:

При *высоком внутрипузырном давлении* (гипертонический тип) в ходе УЗИ-диагностики у 28 (42,42 ± 6,13 %) пациентов первой и 14 (58,33 ± 10,28 %) — второй групп отмечали наличие таких признаков:

- утолщение стенки мочевого пузыря с множеством ложных дивертикул;
- форма пузыря округлая;
- шейка мочевого пузыря не дифференцирована;
- в момент мочеиспускания задняя уретра значительно растягивается;
- опорожнение мочевого пузыря происходит стремительно и, как правило, полностью.

Для диагностики причин возникновения неврозоподобного энуреза у пациентов особое значение имело изучение остаточного объема мочи, поскольку иногда названные выше диагностические признаки не выявлялись полностью, как, например, у пациентки Анастасии Н.,

При анализе возраста детей, когда родители впервые обратились за медицинской помощью по поводу неврозоподобного энуреза, отметим, что 36 (40,00 ± 5,19 %) из всех обследованных детей до 9-летнего возраста к врачам за медицинской помощью по поводу энуреза не обращались, лечились нетрадиционными методами (у знахарей) без результата. Большинство родителей детей, как мальчиков, так и девочек с неврозоподобным энурезом обратились за медицинской помощью в дошкольном возрасте и в период обучения в начальной школе. В 11 (16,67 ± 4,62 %) случаях пациентов первой группы и 3 (12,50 ± 6,90 %) пациентов второй группы с первичным недержанием мочи обратились за врачебной помощью по поводу энуреза лишь в возрасте 14 лет, стаж болезни детей был 9 лет (табл. 4, 5).

2008 года рождения. Проведенное ей ультразвуковое обследование показало, что мочевой пузырь пациентки без видимых патологических изменений, а остаточный объем мочи после опорожнения мочевого пузыря был очень незначительным и составлял 1,5 мл (рис. 1, 2).

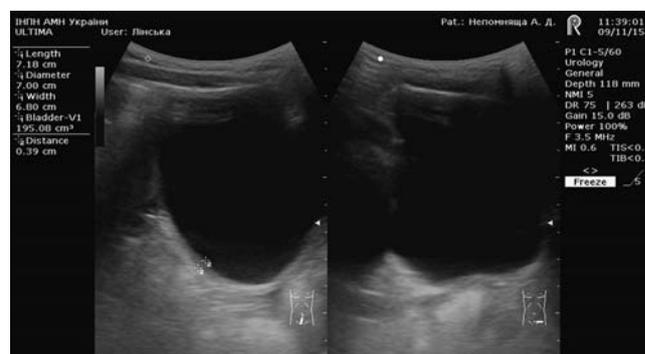


Рис. 1. Результат ультразвукового исследования пациентки Анастасии Н. 2008 г. р. до опорожнения мочевого пузыря

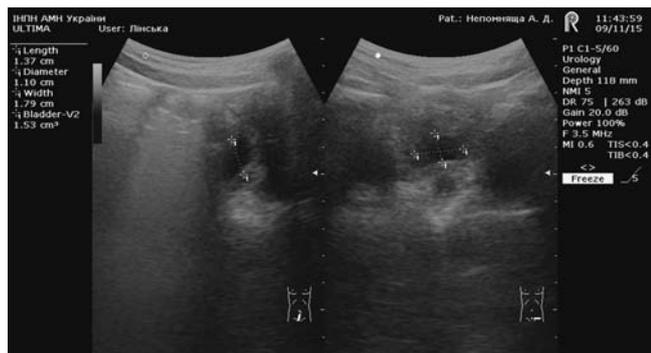


Рис. 2. Результат ультразвукового дослідження пацієнтки Анастасії Н. 2008 г. р. після опорожнення мочевого пузыря

Таким образом, УЗИ-исследование дало возможность исключить нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря по гипотоническому типу. Кроме того, как правило, при бактериологическом исследовании мочи на патогенную флору у данных пациентов патогенные микроорганизмы не были обнаружены.

Мочевой пузырь низкого давления (гипотонический тип) диагностировали у 38 (57,58 ± 6,13 %) пациентов первой и 10 (41,67 ± 10,28 %) второй групп по следующим характерным ультразвуковым признакам:

— мочевого пузыря выглядит растянутым, с истонченной стенкой, отмечается скопление мочи в боковых отделах, которые не лоцируют в паховых областях;

— шейка пузыря треугольной формы, в момент мочеиспускания она принимает форму языка и опускается вниз;

— после опорожнения в полости мочевого пузыря можно обнаружить остаточную мочу.

В рамках гендерного анализа результатов ультразвукового исследования мочевого пузыря пациентов с определением остаточного объема мочи (табл. 6) необходимо подчеркнуть, что гипотонический тип мочевого пузыря более характерен для пациентов мужского пола (57,58 ± 6,13 % пациентов первой и 41,67 ± 10,28 % — второй группы, девочек).

Для диагностики причин возникновения неврозоподобного энуреза у пациентов с гипотоническим типом мочевого пузыря также важное значение имело изучение объема остаточной мочи, поскольку в данном случае ее количества указывало на степень нарушения акта мочеиспускания — чем сильнее выражена гипорефлексия детрузора, тем больше мочи остается в полости мочевого пузыря.

Остаточный объем мочи до 10 мл в два раза чаще встречался у девочек (33,33 ± 9,83 %), чем у мальчиков (16,67 ± 4,62 %). Остаточный объем мочи 20—30 мл и 40—100 мл в группах мальчиков встречался в два раза чаще, чем в группах девочек. Объем остаточной мочи по 10—20 мл в группах мальчиков и девочек был одинаковым.

Так, у пациента Артура Н., 2009 года рождения, при УЗИ-исследовании было выявлено отсутствие патологических изменений мочевого пузыря, однако остаточный объем мочи после опорожнения мочевого пузыря был достаточно значительным и составлял 30,9 мл (рис. 3).

Таблица 6. Данные УЗИ мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи у детей с неврозоподобным энурезом

Пол	До 10 мл	10—20 мл	20—30 мл	30—40 мл	40—100 мл
Мальчики	11 (16,67 ± 4,62 %)	17 (25,76 ± 5,42 %)	10 (15,15 ± 4,45 %)	18 (27,27 ± 5,52 %)	10 (15,15 ± 4,45 %)
Девочки	8 (33,33 ± 9,83 %)	6 (25,00 ± 9,03 %)	2 (8,33 ± 5,76 %)	6 (25,00 ± 9,03 %)	2 (8,33 ± 9,83 %)



Рис. 3. Результат ультразвукового исследования пациента Артура Н. 2009 г. р. до опорожнения мочевого пузыря

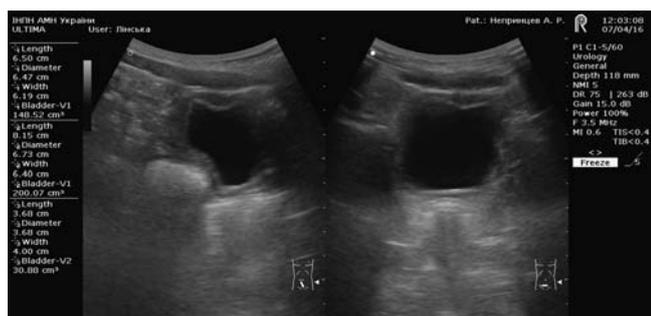


Рис. 4. Результат ультразвукового исследования пациента Артура Н. 2009 г. р. после опорожнения мочевого пузыря

Предполагаемой причиной нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у данного пациента выступало наличие урологической инфекции на фоне соединительнотканной дисплазии.

Для таких пациентов особенно важным методом диагностики было проведение посева мочи на патогенную флору. Это связано с тем, что клиническая картина основного заболевания пациента зависит от распространения вялотекущего воспалительного процесса в мочевом пузыре. При этом достаточно часто хронический пиелонефрит и/или цистит протекают латентно, дети ни на что не жалуются, клинический анализ мочи в данном случае также может быть не информативным. Чаще обнаруживаются признаки ночного недержания мочи и хронической интоксикации: общее недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита. Таким образом, болезнь часто недооценивают при диагностике и терапии неврозоподобного энуреза, так как в процессе обследования пациентов признаки бактериального воспаления отходят на второй план. О наличии воспалительных проявлений в почках свидетельствуют лишь данные бактериологического анализа мочи, который назначают лишь некоторым пациентам.

Проведенное нами многолетнее исследование с высокой степенью достоверности позволяет утверждать, что при неврозоподобном энурезе, с учетом данных УЗИ-исследования мочевого пузыря, с определением остаточного объема мочи, при обнаружении большо-

го остаточного об'єму мочи (вище 10 % от общего об'єму наповнення мочевого пузьря) проведення бактеріологічного дослідження мочи на патогенну флору і визначення чутливості до антибіотиків є надзвичайно необхідним. Це пов'язано з тим, що традиційний метод лабораторного дослідження — клінічний аналіз мочи не забезпечує отримання достовірної інформації про виявлення хронічного запалювального процесу в порожнині мочевого пузьря.

Асоціація бактерій *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis* однаково були виявлені як у хлопчиків, так і у дівчаток. У хлопчиків частіше були виділені асоціації бактерій *Candida albicans*, *Enterobacter*. У дівчаток частіше були виділені *Staphylococcus haemolyticus*, *Corynebacterii*, *Proteus mirabilis*, *Klinsiella pneumoniae*.

Бактеріологічне дослідження мочи виявило ріст колоній бактерій (дівчаток — 33,33 ± 9,83 %, хлопчики — 41,67 ± 10,28 %) у дітей з гіпотонічним мочевим пузьрем.

У пацієнтів з гіпофункцією мочевого пузьря, якщо при бактеріологічному посеві мочи була виявлена патогенна флора, то трактували це як залишкові явища хронічного циститу, більшого направили на консультацію до дитячого нефролога або уролога, де підбирали правильну антибактеріальну терапію. Для впевненості в одужанні необхідно було повторити посів мочи на патогенну флору і визначення чутливості колоній бактерій до антибактеріальних препаратів через 2 тижні після закінчення курсу терапії. Пацієнтів попереджали, що для профілактики хронічного запалювального процесу в мочевому пузьрі необхідно дотримуватися гігієни статевих органів, при перших ознаках неспontанного втримання мочи звертатися до невролога, уролога і проводити дослідження і лікування.

Після проведення курсу антибактеріального лікування при циститі пацієнтам призначали нейрометаболическу терапію з приводу невротоподібного енурезу.

В розвитку енурезу у пацієнтів з нейрогенною дисфункцією мочевого пузьря по гіпотонічному типу більшу роль грає характерна для них сполучнотканна дисплазія. Таке припущення корелює з висновками вчених про те, що головною причиною нейрогенного мочевого пузьря у дітей є гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція і сполучнотканна дисплазія [2, 5]. Відзначимо, що слабкість сполучнотканини, крім порушень акту мочовиділення в формі втримання або затримки мочи, сприяє розвитку пузьряно-мочеточникового рефлюксу, дифузних змін стінок мочевого пузьря, пієлонефриту, циститу, що було виявлено у пацієнтів обох груп при УЗД-дослідженні з визначенням залишкового об'єму мочи і бактеріологічному дослідженні.

На основі проведеного дослідження дітей, страждаючих невротоподібним енурезом, з урахуванням гендерних особливостей, клініко-анамнестических даних, УЗД мочевого пузьря пацієнтів з визначенням залишкового об'єму мочи і бактеріологічного посіву мочи, можна зробити наступні висновки.

Невротоподібний енурез частіше спостерігається у хлопчиків порівняно з дівчатками (хлопчики — 73,33 ± 4,69 %, дівчаток — 26,67 ± 4,69 %), носить первинний характер (хлопчики — 96,97 ± 2,13 %, дівчаток — 91,67 ± 5,76 %) в більшості випадків.

Показано, що батьки дітей, страждаючих енурезом, пізно звертаються за медичною допомогою — 40,00 ± 5,19 % досліджуваних після 9 років.

Виявлені гендерні клінічні особливості невротоподібного енурезу (хлопчики — 22,73 ± 5,20 %, дівчаток — 8,33 ± 5,76 %); у хлопчиків достовірно частіше спостерігалося вранішнє пробудження. В більшості випадків як у хлопчиків, так і у дівчаток енурез фіксувався 1 раз за ніч (хлопчики — 74,24 ± 5,42 %, дівчаток — 58,33 ± 10,28 %).

УЗД мочевого пузьря показало, що гіпотонічний тип переважав у хлопчиків (хлопчики — 57,58 ± 6,13 %, дівчаток — 41,67 ± 10,28 %). Залишковий об'єм мочи — 40—100 мл і майже в 2 рази частіше був характерним для хлопчиків (хлопчики — 15,15 ± 4,45 %, дівчаток — 8,33 ± 5,76 %), в той же час об'єм до 10 мл частіше спостерігалося у дівчаток (дівчаток — 33,33 ± 9,83 %, хлопчики — 16,67 ± 4,62 %).

Бактеріологічне дослідження мочи виявило ріст колоній бактерій (дівчаток — 33,33 ± 9,83 %, хлопчики — 41,67 ± 10,28 %) у дітей з гіпотонічним мочевим пузьрем.

Отримані результати дозволили правильно вибрати терапію і підвищити ефективність лікування у дітей з невротоподібним енурезом.

Список літератури

1. Белова Л. Н., Крупин В. Н. Нейрогенний мочевий пузьр // Неврологічний журнал. 2004. № 6. С. 4—10.
2. Вишневський Е. Л., Лоран О. Б., Вишневський А. Е. Клінічна оцінка розладів мочовиділення. Москва: Терра, 2001. 96 с.
3. Трошин В. М., Радаєва Т. М., Куркіна С. А. Розлади мочовиділення у дітей: монографія. Н. Новгород, 1999. С. 49.
4. Фесенко Ю. А. Енурез і енкопрез у дітей: монографія. СПб.: Наука і Техніка, 2010. 272 с.
5. Вишневський Е. Л. Достиження і перспективи розвитку дитячої нейроурології // Російський вестник перинатології і педіатрії, 1998, № 1. С. 44—48. Режим доступу: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1166260&ts=J>.
6. Танцур Л. Н., Лукьянцєва О. Ю. Застосування пікамилону в лікуванні невротоподібного енурезу // Патологія. 2006. Т. 3, № 1. С. 60—63.

Надійшла до редакції 30.11.2018 р.

ТАНЦУРА Людмила Николаевна, доктор медических наук, науковий керівник відділу дитячої психоневрології і пароксизмальних станів Госуларственного установа «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медических наук України» (ГУ «ІНПН НАМН України»), г. Харків, Україна; e-mail: _tantsura@ukr.net

ЛИНСКАЯ Анна Владимировна, лікар УЗД ГУ «ІНПН НАМН України», г. Харків, Україна; e-mail: annalinska@gmail.com

ЛУКЬЯНЦЕВА Ольга Юрьевна, молодший науковий співробітник відділу дитячої психоневрології і пароксизмальних станів ГУ «ІНПН НАМН України», г. Харків, Україна; e-mail: lukyanc@ukr.net

TANTSURA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of child psychoneurology and paroxysmal states of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: _tantsura@ukr.net

LINSKA Ganna, Physician diagnostic Ultrasound of the "INPN of NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: annalinska@gmail.com

LUKIANSEVA Olga, Junior Researcher of Department of child psychoneurology and paroxysmal states of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lukyanc@ukr.net