ЭКСПЕРТИЗА НОЧНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПРИЗЫВНИКОВ: «ВОЗМОЖНА ЛИ ЕЕ ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА?»

Малых А.Л.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная клиническая медико-санитарная часть» Кафедра семейной медицины ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Ульяновск, Россия

Проблема энуреза у детей и подростков носит многосторонний и междисциплинарный характер и вызывает законный научно-практический интерес у врачей многих специальностей.

Библиография этого заболевания крайне обширна. Однако вопросы экспертизы ночного недержания мочи (н.н.м.) у подростков и призывников в доступной нам литературе освещены мало. Лишь в известной монографии Б.И.Ласкова и В.Я.Креймера (1975) имеется соответствующий раздел.

Предварительный ретроспективный анализ 540 историй болезни пациентов, поступивших в урологическое отделение МУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть» г.Ульяновска с 1999 по 2002 г.г. показал, что у 93% больных экспертное заключение основывается на 3-х дневной пробе со снотворным, результат, которого утром оценивает средний медицинский персонал по наличию или отсутствию влажной постели у призывников. Считать таковым заключение экспертизы, на наш взгляд, можно лишь с большой натяжкой, а тем более объективным без учета анализов, результатов обследования – просто заблуждение, которое полностью устраивает военно-медицинскую комиссию. На возникающие при этом естественные вопросы по обоснованию установки диагноза энуреза, военные эксперты отвечают: «А разве объективная экспертиза энуреза возможна?».

В связи с этим целью данной работы являлось определение объективных критериев ночного энуреза у призывников во время военно-медицинского освидетельствования, разработка алгоритма обследования и проведения экспертной оценки заболевания

Пациенты и методы.

Работа проводилась на базе урологического отделения «Центральной клинической медико-санитарной части» г.Ульяновска. Клинические наблюдения и лабораторно-инструментальные исследования проводились у 350 призывников в возрасте от 16 до 23 лет. Группы наблюдения формировались методом случайного распределения.

Основную группу составили 190 пациентов в возрасте от 16 до 23 лет (средний возраст 18,9±1,8 года), страдавших н.н.м. не менее 9 лет, проходивших стационарное обследование в течении 3-х раз за время наблюдения.

Вторую группу составили 70 подростков, у которых было констатировано выздоровление от энуреза, со сроком стойкой ремиссии от 6 мес. до 1,5 лет. Диагноз первичного энуреза устанавливался на основании критериев МКБ-Х.

В группу контроля вошли 90 призывников в возрасте от 16 до 22 лет (средний возраст 18,3±1,6года), которые во время 2-х кратного экспертного обследования были признаны практически здоровыми, и у которых (35 пациентов) энурез отмечался в анамнезе короткое время и прекратился не менее 3-х лет перед данным исследованием.

У всех обследованных изучался анамнез, клинические данные, проводилось общеклиническое и специальное обследования. Последнее включало в себя экскреторную урографию, цистоскопию, урофлоуметрию, преднизолоновый тест, пробы Реберга (по показаниям) и Зимницкого, дневную электроэнцефалографию, развернутый биохимический анализ крови, ультразвуковое допплерографическое исследование 4 уровней артериальных сосудов почек, воротной, почечной вены, электромиографию с определением уровня внутриректального давления.

Катамнез изучался от 1 года до 5 лет. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Statistica 6.0». Применялись критерии Фишера, Стьюдента, ранговый и линейный коэффициент корреляции. Различия считались достоверными при значении $P<0,05$.

Результаты исследования и их обследования

Анализ анамнестических данных пациентов различных групп показал, что средняя продолжительность эпизодов н.н.м. максимальна была в I группе и составила 12,9лет±0,7года. Тяжелая степень тяжести (энуреза 5-7 раз в течении недели) отмечалась

у 63% пациентов. В группе реконваленцентов (II группа) эти показатели составили соответственно 7,5±1,7лет, а в III группе – 6,3±2,1года, что в два раза меньше, чем в I группе у больных с установленным первичным энурезом (r=0,4 при P <0,05). Причем у 11 пациентов, III группы ночное недержание мочи возникло в возрасте 14-16 лет, непосредственно перед припиской в военкомате. Именно у этих больных (9 чел.), по данным анамнеза зафиксирован ежедневный энурез, который за 11 дней пребывания в стационаре зафиксирован не был.

Во II группе тяжелая форма энуреза отмечалась у 46%, средняя степень тяжести (1 раз в неделю)- у 22% и легкая (1-2 эпизода в месяц) - у 34% пациентов.

Достоверные записи в истории развития и в другой медицинской документации в I группе представлены у 82%, во второй – 77%, а в третьей – 56% пациентов, причем у 15 пациентов (16,6%) записи о ходе заболевания носили недостоверный, сфальсифицированный характер.

Анализ состояния здоровья обследованных призывников показал разную степень распространенности патологии в изучаемых группах. В I группе количество диагнозов на 1 пациента составило - 3,5. Чаще других диагностировалось следующие состояния: везикоптоз – 72%, в том числе II степени у 30% пациентов, у 56% - нефроптоз I-III степени, у 52% - spina bifida posterior SB-S_1, L_1-L_2; у 36% - функциональная недостаточность шейки мочевого пузыря и внутреннего сфинктера.

Во II группе эти заболевания выявлялись на 45% меньше, чем в первой, а в III группе в 2,5 раза реже (P< 0,05).

Таким образом, пациенты 1 группы имели многочисленную сочетанную уронефрологическую и неврологическую патологию, длительное и тяжелое течение энуреза, что подтверждалось данными медицинской документации.

Сходные данные нами были получены при лабораторных исследованиях. Показатели пробы Зимницкого во всех выделенных группах отличались от возрастной нормы. Различие соотношения дневного и ночного энуреза составило в I группе 1:2,01; во II группе – 1,15:1; в III группе – 1,4:1. Полученные результаты, косвенно, подтвердили наличие суточной дизритмии антидиуретического гормона у пациентов с энурезом (Norgaard 1989).

Симптом Алексеева-Шрамма отмечался как положительный у пациентов I группы в 30% и только 5% - во II-III . Ультразвуковое исследование мочевого пузыря и урофлоуметрия не показали достоверных различий в физиологическом его состоянии. Эффективный объем во всех трех группах колебался от 220,6 до 430,0 мл., а толщина стенки не превышала 3,56-4,375 мм (P>0,05).

Анализ допплерографических показателей почечного кровотока в зависимости от калибра сосуда показал на наличие сосудистой дисфункции, характеризующейся в крупных артериях вазоспастической реакцией, а в мелких (в междолевой и, особенно, дуговых) периферической вазодилатацией, хотя в норме индексы резистентности изменяются незначительно (М.И.Пыков с соавт. 2001 г.) - это говорит о вовлечении в патологический процесс ряда морфологических стректур. Их выраженность определяется степенью тяжести заболевания, его давностью и особенностями клиники.

Развернутый биохимический анализ крови, с одной стороны, указывает на отсутствие патологии концентрационной функции почек во всех III группах. Показатель креатинина в среднем составил 78,3±6,3 мкмоль/л, мочевина 5,3±мкмоль/л, остаточный азот 27,5±мкмоль/л.

С другой стороны, уровень энергетических ферментов, показывающих вовлечение митохондриального аппарата в патологический процесс и характеризующих его деятельность, достоверно различался у пациентов различных групп. Показатель щелочной фосфатазы (ЩФ) в I группе составил 475,6±39,2 Ед/л, лактат дегидрогенеза (ЛДГ) – 407,8±48,3 Ед/л; в во II группе ЩФ= 193,4±35 Ед/л, ЛДГ=322,4±38,3 Ед/л; в III группе ЩФ= 265,3±19,8 Ед/л, ЛДГ=246,4±31,3 Ед/л (r=0,4 при P<0.05).

Полученные результаты говорят, что несмотря на распространенное мнение о том, что «экспертиза энуреза- темный лес», заболевание имеет ряд анамнестических, клинических и лабораторных особенностей, степень проявления, которых зависит от факторов, изложенных выше.

Главными критериями постановки диагноза на наш взгляд, должен быть: документальное подтверждение энуреза в детском возрасте, его появление в 14-17 лет всегда сомнительно. Преобладание ночного энуреза над дневным , наличие явлений везикоптоза или нефроптоза, наличие spina bifida posterior, увеличение объема простательной железы, свыше 28,5 $см^3$,повышение уровня ЛДГ, ЩВ, лактат дегидрогенеза, сочетающееся с сосудистой дистонией почечных сосудов все это - объективные критерии наличия энуреза у призывника. А если это сочетается с дисфункцией шейки мочевого пузыря и снижением его цистометрического объема и с положительной « 3 дневной пробой со снотворным », то диагноз поставлен правильно.

Исходя из этого, алгоритм обследования с н.н.м., должен строится на выявлении у призывника клинико-морфологических изменений, которые характеризуют выявленную патологию.

Кроме того, мы предполагаем, по степени выраженности изменений гемодинамики почечных сосудов, сочетанности патологии почек и нервной системы, уровня энергетической недостаточности ферментов можно прогнозировать течение энуреза, его исход и длительность диспансерных мероприятий.