

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Ильюхин П. А.¹, Голикова К. В.², Короткий А. А.¹

*¹Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь;*

*²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации», район д. Юхновка, Республика Беларусь*

Реферат. Социальные последствия заболеваний, проявляющихся недержанием мочи, являются важной проблемой детского возраста, зачастую приводя к ограничениям жизнедеятельности пациентов и, соответственно, к инвалидности. Клинико-экспертное исследование 46 детей-инвалидов с недержанием мочи позволило сгруппировать признаки инвалидности с учетом патогенеза заболеваний, выделяя органическую и неорганическую природу. Выявлено, что установление категории «ребенок-инвалид» у лиц с недержанием мочи органической природы (78,3 %, ДИ: 64,4–87,7) приводит к нарушениям функций выделения ($p < 0,001$) и ограничению способности к самообслуживанию ($p < 0,001$), а неорганической (21,7 %, ДИ: 12,3–35,6) — нарушениям психических функций ($p < 0,001$) и ограничению способности к самообслуживанию и способности контролировать свое поведение ($p < 0,05$). Недержание мочи, возникающее реже раза в сутки, не является инвалидизирующим ($p < 0,05$). Доказано, что с увеличением частоты недержания мочи у детей возрастает нуждаемость в мероприятиях реабилитации и абилитации ($r = 0,24$, $p < 0,05$). Был разработан метод оценки ограничений жизнедеятельности у детей с мочевого инконтиненцией и энурезом, проявляющимися недержанием мочи.

Ключевые слова: дети-инвалиды, недержание мочи, ограничение категорий жизнедеятельности, мочевого инконтиненция, энурез.

Введение. Актуальность проблемы недержания мочи обусловлена высокой распространенностью этого заболевания в детском возрасте и социально-гигиеническими аспек-

тами. Своевременное выявление, лечение, медицинская реабилитация и абилитация недержания мочи у детей помогает предупредить негативное воздействие этого явления

не только на жизнедеятельность организма в физическом аспекте, но и на формирование личности, психическое состояние ребенка и его адаптацию в обществе. Важность изучения данного вопроса определяется и тем фактом, что подобные нарушения неблагоприятно влияют на качество жизни детей и их родителей, способствуют формированию психопатологических реакций и черт личности у ребенка, часто искажая, отягощая или даже замедляя эволюцию его психофизического развития [1].

Цель работы — разработка метода оценки ограничений жизнедеятельности у детей с недержанием мочи.

Материалы и методы. Исследование проводилось в несколько этапов, включающих:

1. *Ретроспективный анализ медицинской документации* на 50 детей с недержанием мочи с целью уточнения патогенетических механизмов, приводящих к недержанию мочи в детском возрасте, проходивших медико-социальную экспертизу в медико-реабилитационных экспертных комиссиях г. Минска и Минской области за период 2019–2021 гг., а также ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». К недержанию мочи у исследуемых детей ретроспективной группы в 22,0 % (ДИ: 12,8–35,2) случаев приводило морфоструктурное нарушение спинного мозга (*spina bifida*), в 78,0 % (ДИ: 64,8–87,3) — мочевыделительной системы, в 26,0 % (ДИ: 15,9–39,6) — другие заболевания.

2. *Проспективное клинико-экспертное исследование* 46 детей-инвалидов в возрасте от года до 17 лет с недержанием мочи органической природы, классифицируемым как мочеважная инконтиненция (78,3 %, ДИ: 64,4–87,7), и неорганической природы — энурезом (21,7 %, ДИ: 12,3–35,6). Выявлено, что установление категории «ребенок-инвалид» у лиц с недержанием мочи органической природы приводит к нарушениям функций выделения ($p < 0,001$) и ограничению способности к самообслуживанию ($p < 0,001$), а неорганической — к нарушениям психических функций ($p < 0,001$) и ограничению способности к самообслуживанию и способности контролировать свое поведение ($p < 0,05$). При этом недержание мочи, возникающее реже раза в сутки, во всех случаях

не являлось инвалидизирующим ($p < 0,05$). С увеличением частоты недержания мочи у детей возрастала нуждаемость в мероприятиях реабилитации и абилитации ($r = 0,24$, $p < 0,05$). В социальной реабилитации и абилитации нуждалось 24 (52,2 %, ДИ: 38,1–65,9) ребенка, при этом в социально-педагогической поддержке — 17 (37,0 %, ДИ: 24,5–51,4) детей, психологической помощи — 19 (41,3 %, ДИ: 28,3–55,7), в создании специальных условий для получения образования — 15 (32,6 %, ДИ: 20,9–47,0) детей.

Оценка основных категорий жизнедеятельности у детей проводилась в соответствии с нормативными правовыми документами, регламентирующими проведение медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь. У детей оцениваются следующие основные категории жизнедеятельности: способность к самостоятельному передвижению, к самообслуживанию, к общению, к ориентации, к обучению, к ведущей возрастной деятельности (лица в возрасте до 14 лет), к трудовой деятельности (лица в возрасте старше 14 лет) и способность контролировать свое поведение.

Результаты и их обсуждение. В ходе научно-исследовательской работы нами был создан метод оценки ограничений жизнедеятельности у детей с недержанием мочи.

Данный метод показан детям в возрасте до 18 лет с недержанием мочи вследствие нервно-мышечной дисфункции мочевого пузыря, не классифицированной в других рубриках (N31 — код в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра), нейрогенной слабости мочевого пузыря (N31.2), непроизвольного мочеиспускания (N39.3), других уточненных видов недержания мочи (N39.4), недержания мочи неуточненного (R32), энуреза (F98.0).

Важно, что степень выраженности ограничения категорий жизнедеятельности, являющаяся основанием для решения вопроса об установлении инвалидности, у данных детей оценивается на основании результатов экспертно-реабилитационной диагностики, включающей следующие блоки:

1. Сбор и оценка жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни пациента: сбор и оценка сведений о наличии перинатальной

патологии, травм, оперативных вмешательств, эндокринных заболеваний, заболеваний нервной системы и др., сведений о длительности недержания мочи, первых проявлениях недержания мочи; сведений о сформированности навыков опрятности по удержанию мочи до того, как развилось недержание мочи и сопоставление с должествующим возрастным сроком формирования данного навыка, соответствующего 4–5 годам; сведений о частоте и характере симптомов недержания мочи (время суток, наличие факторов, провоцирующих недержание мочи (психоэмоциональное перенапряжение, физические нагрузки и др.), императивные позывы к мочеиспусканию, болезненность при мочеиспускании, необходимость применения режима принудительного мочеиспускания, в том числе при помощи катетера, нуждаемость в напоминании и др.), а также о наличии способности осуществлять гигиенические процедуры по завершению акта мочеиспускания приемлемым в окружающем социуме способом и в соответствии с возрастом, в том числе самостоятельно пользоваться горшком (туалетом); сведений, содержащихся в дневнике мочеиспускания ребенка, заполненного в течение не менее 3 дней для детализации времени мочеиспускания и объема выделенной мочи, не менее 7 дней — для детализации частоты эпизодов мочеиспускания и частоты императивных позывов и других симптомов; сведений о лице, осуществляющим уход за ребенком, социально-бытовой среде в семье с целью уточнения, являются ли симптомы недержания мочи проявлением заболевания или недостаточного ухода; также оценка результатов оказания медицинской помощи, включая медицинскую реабилитацию и абилитацию в амбулаторных и стационарных условиях, хирургического лечения, в том числе реконструктивных операций, сроков и качества (в полном объеме, частично, невыполнения с детализацией причины и др.) их выполнения, эффективности; изучение и анализ медицинских и иных документов (история развития ребенка, эпикризы, психолого-педагогическая характеристика и др.), позволяющих объективизировать жалобы, кратность и характер симптомов недержания мочи, частоту обращений за медицинской помощью, отражающих выполнение

рекомендаций по лечению, медицинской реабилитации и абилитации и т. д.

2. Комплексный медицинский осмотр: исследование и оценка соматического статуса и анализ соматометрических показателей, отражающих уровень физического развития; визуальное исследование и оценка состояния кожных покровов (гиперемия, раздражение, мацерация и др.) паховой области, внутренней поверхности бедер и области промежности; исследование и оценка психологической сферы и неврологического статуса, особенностей психомоторного развития (у детей в возрасте до 3 лет); объективный осмотр и оценка состояния органов мочевыделительной системы путем визуального осмотра передней брюшной стенки (форма, симметричность живота и др.) и поясничной области, пальпации области живота (поверхностная, глубокая) и перкуссии мочевого пузыря и почек; проведение и оценка стрессового теста.

3. Анализ результатов проведенных исследований:

- при мочевой инконтиненции: анализ результатов клинико-лабораторных и клинико-инструментальных исследований: общего анализа крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Зимницкому (по показаниям), биохимического анализа крови (по показаниям), ультразвукового исследования органов брюшной полости, в том числе почек, органов малого таза, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, урофлоуметрии (по показаниям), магнитно-резонансной томографии и (или) компьютерной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника, почек, органов малого таза (по показаниям при первичном направлении на медико-социальную экспертизу), уродинамического исследования (по показаниям); анализ данных медицинского осмотра врачей-специалистов: врача-педиатра (врача общей практики), врача-уролога, врача-детского невролога (врача-невролога), врача-детского хирурга, врача-нефролога (по показаниям), врача-гинеколога (по показаниям);

- при энурезе: анализ результатов клинико-лабораторных и клинико-инструментальных исследований: общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови (по показаниям), ультразвуково-

вого исследования органов брюшной полости, в том числе почек, органов малого таза, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи (при первичном направлении на медико-социальную экспертизу), магниторезонансной томографии и (или) компьютерной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника, почек, органов малого таза (по показаниям при первичном направлении на медико-социальную экспертизу), электроэнцефалографии (по показаниям); анализ данных медицинского осмотра врачей специалистов врача-педиатра (врача общей практики), врача-психиатра детского (врача-психиатра-нарколога) с оценкой результатов психологической диагностики, врача-детского невролога (врача-невролога) (по показаниям), врача-уролога (по показаниям), врача-детского хирурга (по показаниям), врача-гинеколога (по показаниям).

4. Оценка степени выраженности нарушений функций выделения и нарушений психических функций (незначительные, легкие, умеренные, выраженные, резко выраженные). Дополнительно необходимо оценивать другие функции организма (нарушения функций обмена веществ и метаболизма и др.), являющиеся причиной возникновения недержания мочи или отражающие его последствия для организма.

5. Оценка категорий жизнедеятельности ребенка, которая осуществляется через понятие «функциональный класс» (ФК), где ФК0 характеризует незначительное нарушение или его отсутствие, что соответствует 0–4 %, ФК1 — легкое (5–25 %), ФК2 — умеренное (26–50 %), ФК3 — выраженное (51–75 %), ФК4 — резко выраженное (76–100 %);

6. Оценка степени выраженности нарушений функций организма и степени ограничения жизнедеятельности осуществляется с учетом: гендерных особенностей акта мочеиспускания; возрастных особенностей формирования навыка опрятности по удержанию мочи; компенсации техническими средствами социальной реабилитации (приставка к унитазу, приспособление для туалета для детей, стомийное оснащение, катетер для самокатетеризации и др.), подгузниками (впитывающими трусиками) с учетом временного периода их ежедневного ис-

пользования по возрасту (до 3 лет), впитывающими простынями (пеленками), гигиеническими прокладками и другими средствами; компенсации при помощи консервативных методов лечения недержания мочи (соблюдение гигиенических мероприятий, питьевого режима (ограничение жидкости во второй половине дня при энурезе), организация сна и исключение эмоционального возбуждения перед сном и др.), режима принудительного мочеиспускания (каждые 2–3 ч в течение дня), психотерапии, мероприятий физической реабилитации и абилитации (физиотерапия, упражнения для укрепления мышц тазового дна и др.), рефлексотерапии, метода биологической обратной связи; компенсации лекарственными средствами (вазопрессин и его аналоги; антидепрессанты, витамины, антихолинэргические средства, нейропротекторные средства, спазмолитические средства и др.); необходимости в хирургическом лечении, в том числе в реконструктивной операции, и возможности его применения в соответствии с состоянием здоровья ребенка и его возрастом.

Для упрощения процесса медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности нами созданы критерии оценки ограничений жизнедеятельности у детей с недержанием мочи при мочевого инконтиненции и при энурезе.

Мочевая инконтиненция характерна для следующих нозологий: нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря, не классифицированная в других рубриках (N31), нейрогенная слабость мочевого пузыря (N31.2), непроизвольное мочеиспускание (N39.3), другие уточненные виды недержания мочи (N39.4), недержание мочи неуточненное (R32), мочевого инконтиненция вследствие врожденных и приобретенных заболеваний мочевого выделительной системы, спинного мозга.

Незначительные нарушения функций выделения у данных пациентов диагностируются при наличии следующих клинико-функциональных данных: недержание мочи (вне зависимости от типа мочевого инконтиненции) проявляется реже раза в сутки и не требует регулярного использования гигиенических прокладок и других гигиенических средств, что приводит к ограничению кате-

горий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию — ФК0; ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 3 до 14 лет) — ФК0.

Легкие нарушения функций выделения обусловлены наличием стрессовой инконтиненции (недержание мочи при напряжении) легкой степени тяжести: непроизвольное (отсутствуют позывы к мочеиспусканию) истечение мочи в небольшом количестве (пропитывает нижнее белье, но не верхнюю одежду) при умеренных или тяжелых физических нагрузках (бег, быстрая ходьба, танцы, подвижные игры, в том числе с элементами спорта, подъем по лестнице и др.), при сильном кашле, чихании, смехе, а при легких физических нагрузках (ходьба в спокойном темпе, выполнение работы по дому, сюжетно-ролевые игры и др.) истечения мочи нет. Выделение мочи ночью не наблюдается. Число эпизодов недержания мочи от 2 до 6 раз в сутки. При стрессовом тесте — выделение небольшого количества мочи в первую фазу, при расслаблении мышц (вторая фаза) истечения мочи не происходит. Объем остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря — более 10,0 % от исходного объема мочи в мочевом пузыре на момент диагностики. При этом возникают ограничения следующих категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию — ФК1; ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 3 до 14 лет) — ФК1.

Умеренные нарушения функций выделения рассматриваются в зависимости от типа мочевой инконтиненции и возникают в следующих случаях:

а) смешанный тип мочевой инконтиненции (сочетание ургентной и стрессовой инконтиненции). Выделение мочи (в различных объемах) при легких физических нагрузках (ходьба в спокойном темпе, выполнение работы по дому, предметная деятельность, малоподвижные игры и др.), сочетающихся с императивными позывами к мочеиспусканию в этот момент. Выделение мочи может наблюдаться ночью и (или) днем (в зависимости от преобладания стрессовой или ургентной инконтиненции). Число эпизодов недержания мочи более 6 раз в сутки. Стрессовый тест положительный (в первую либо вторую фазу в зависимости от

преобладания стрессовой или ургентной инконтиненции). Различный объем остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря. Постоянное применение гигиенических прокладок позволяет предотвратить протекание мочи на верхнюю одежду;

б) стрессовая инконтиненция средней степени тяжести. Непроизвольное (отсутствуют позывы к мочеиспусканию) выделение мочи в небольшом количестве (пропитывает нижнее белье, иногда верхнюю одежду) при легких физических нагрузках (ходьба в спокойном темпе, выполнение работы по дому, малоподвижные игры и др.). Отсутствуют императивные позывы к мочеиспусканию. Истечение мочи может возникать при резком повышении внутрибрюшного давления, в том числе при быстром переходе с горизонтального положения в вертикальное, требующем быстрой группировки и напряжения мышц. Истечения мочи ночью и в спокойном состоянии нет. Число эпизодов недержания мочи более 6 раз в сутки. При стрессовом тесте — выделение небольшого (до 5 мл) количества мочи в первую фазу, при расслаблении мышц (вторая фаза) истечения мочи не происходит. Объем остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря — более 10,0 % от исходного объема мочи в мочевом пузыре на момент диагностики. Постоянное применение гигиенических прокладок позволяет предотвратить протекание мочи на верхнюю одежду;

в) парадоксальная ишурия (ischuria paradoxa) — денервация мочевого пузыря при сохранении эластичности сфинктера.

Наличие умеренных нарушений функций выделения приводит к ограничению способности к самообслуживанию — ФК2 и к ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 3 до 14 лет) — ФК2.

Выраженные нарушения функций выделения рассматриваются в зависимости от вида мочевой инконтиненции и возникают в следующих случаях:

а) ургентная инконтиненция. Выделение различного объема мочи (обычно более 100 мл). Часто наблюдается полное опорожнение мочевого пузыря. Наличие нестерпимого позыва к мочеиспусканию, неспособности прервать акт мочеиспускания. Выде-

ление мочи не связано с физической нагрузкой. Никтурия. Стрессовый тест положительный во второй (отсроченной) фазе. Объем остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря — более 10,0 % от исходного объема мочи в мочевом пузыре на момент диагностики. Наблюдается гиперемия, мацерация кожных покровов паховой области, внутренней поверхности бедер, области промежности, а также резкий стойкий запах мочи. Применение гигиенических прокладок не позволяет предотвратить протекание мочи на верхнюю одежду;

б) Стрессовая инконтиненция тяжелой степени. Выделение мочи путем полного опорожнения мочевого пузыря при изменении положения тела (переходе из горизонтального положения в вертикальное и (или) поворотах туловища в горизонтальном положении и др.). Стрессовый тест положительный в первой фазе. Объем остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря — более 10,0 % от исходного объема мочи в мочевом пузыре на момент диагностики. Наблюдаются гиперемия, мацерация кожных покровов паховой области, внутренней поверхности бедер, области промежности, а также резкий стойкий запах мочи. Применение гигиенических прокладок не позволяет предотвратить протекание мочи на верхнюю одежду;

в) ложная мочева инконтиненция. Наличие врожденных или приобретенных аномально расположенных отверстий мочевыводящих путей (эктопия, мочевые свищи, наличие стомы и др.), необходимость использования катетера для контроля и поддержания мочевого континенции.

Выраженные нарушения функций выделения приводят у детей к ограничению таких категорий жизнедеятельности, как способность к самообслуживанию — ФК3, к самостоятельному передвижению — ФК1 и к ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 5 до 14 лет) — ФК2.

Резко выраженные нарушения функций выделения характеризуются тяжелыми клиническими проявлениями. Это постоянное неконтролируемое (непроизвольное) выделение мочи, требующее постоянного применения технических средств социальной

реабилитации, подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок). При пальпации надлобковой области происходит самопроизвольное выделение мочи. Определяется различный объем остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря. Наблюдается гиперемия, мацерация кожных покровов паховой области, внутренней поверхности бедер, области промежности, а также резкий стойкий запах мочи.

Резко выраженные нарушения функций выделения приводят к ограничению категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию — ФК4, к самостоятельному передвижению — ФК2 и к ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 5 до 14 лет) — ФК3.

Энурез — это постоянное или непостоянное расстройство, характеризующееся непроизвольным выделением мочи неорганического характера (отсутствие врожденных и приобретенных заболеваний мочевыводительной системы, спинного мозга). Первичный энурез — это продолжение физиологического акта непроизвольного выделения мочи, вторичный энурез — возникновение непроизвольного выделения мочи после выработки навыка опрятности по удержанию мочи не ранее, чем через год. При наличии недержания мочи неорганической природы оценка степени выраженности функций и ограничений жизнедеятельности проводится только у детей в возрасте старше 5 лет при отсутствии эффекта (длительностью более 6 месяцев) от комплекса проведенных лечебных мероприятий в стационарных и амбулаторных условиях, мероприятий медицинской реабилитации и абилитации.

Первичный симптоматический энурез характеризуется отсутствием дневных симптомов дисфункции мочевого пузыря, первичный моносимптомный энурез — присутствием одного или нескольких признаков дисфункции мочевого пузыря (эпизоды недержания мочи днем, увеличение или уменьшение частоты дневных мочеиспусканий (в норме в возрасте 5–6 лет — 7–9 раз в сутки, в возрасте 7–9 лет — 7–8 раз в сутки, в возрасте 10–17 лет — 6–7 раз в сутки), эпизоды ургентного недержания мочи, эпизоды задержки опорожнения мочевого пузыря, не-

равномерное истечение мочи, либо «слабая» струя мочи при мочеиспускании). Для энуреза неорганической природы не имеет экспертного значения объем выделенной мочи при акте мочеиспускания.

Установлено, что при энурезе неорганической природы у детей происходит нарушение психических функций.

Незначительные нарушения психических функций рассматриваются при наличии непроизвольного ночного или дневного выделения мочи (не более 4 дней в неделю и не чаще раза в сутки), при этом отмечается отсутствие необходимости использования гигиенических прокладок. Ограничения категорий жизнедеятельности не возникает.

Легкие нарушения психических функций характеризуются непроизвольным ночным и/или дневным выделением мочи (1–2 раза в течение суток) не более 5 дней в неделю.

Легкие нарушения психических функций приводят к ограничению категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию — ФК0, к ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 5 до 14 лет) — ФК0.

Умеренные нарушения психических функций обусловлены непроизвольным ночным и/или дневным выделением мочи (1–2 раза в течение суток) 5 и более дней в неделю. Наблюдается гиперемия покровов паховой области, области промежности, стойкий запах мочи. Необходимость в использовании подгузников (впитывающих трусиков) и впитывающих пеленок (простыней) во время сна.

Умеренные нарушения психических функций приводят к ограничению категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию — ФК0, ФК1, способность контролировать свое поведение — ФК0, ФК1, способность к ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 5 до 14 лет) — ФК0, у детей находящихся в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания и де-

тей с выделением мочи в любых местах, в том числе не предназначенных для этой цели — ФК1.

Выраженные нарушения психических функций характеризуются ежедневным и еженочным (неоднократным) непроизвольным выделением мочи при наличии индифферентного отношения пациента к ситуации, в любых местах, в том числе не предназначенных для этой цели. Наблюдается гиперемия, мацерация кожных покровов паховой области, внутренней поверхности бедер, области промежности, резкий стойкий запах мочи. Необходимость в постоянном использовании подгузников (впитывающих трусиков), а также впитывающих пеленок (простыней) во время сна.

Выраженные нарушения психических функций приводят к ограничению категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию — ФК2, способность контролировать свое поведение — ФК2, способность к ведущей возрастной деятельности (у детей в возрасте от 5 до 14 лет) — ФК2.

К резко выраженным нарушениям психических функций не применимо.

Ограничения категорий жизнедеятельности при *резко выраженным нарушениям психических функций* не оцениваются.

Заключение. Таким образом, был разработан метод оценки ограничений жизнедеятельности у детей с недержанием мочи, включающий клинико-функциональные характеристики нарушений функций выделения у лиц с мочевиной инконтиненцией вследствие различных морфоструктурных нарушений мочевыделительной системы и спинного мозга и клинико-функциональные характеристики нарушений психических функций у лиц с энурезом, а также ограничений категорий жизнедеятельности при них. Указанный метод позволил научно обосновать и усовершенствовать процесс проведения медико-социальной экспертизы детям с недержанием мочи.

Список цитированных источников

1. Гарманова, Т. Н. Энурез — теоретические основы и практические рекомендации / Т. Н. Гарманова, В. А. Шадркина // Экспериментальная и клиническая урология. — 2014. — № 2. — С. 102–106.

Medical and social examination of children with urinary incontinence

Ilyukhin P. A.¹, Golikova K. V.², Korotkiy A. A.¹

¹Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus;

*²National Science and Practice Center of Medical Assessment and Rehabilitation,
district of the village of Yukhnovka, Republic of Belarus*

A clinical and expert study of 46 disabled children with urinary incontinence made it possible to group the signs of disability taking into account the pathogenesis of diseases, distinguishing organic and non-organic nature. It was revealed that the establishment of the category “disabled child” in persons with urinary incontinence of an organic nature leads to violations of excretion functions ($p < 0.001$), and inorganic — violations of mental functions ($p < 0.001$). A method has been developed to assess the limitations of life in children with urinary intensity.

Keywords: disabled children, urinary incontinence, restriction of categories of vital activity, enuresis.

Поступила 01.06.2023