

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

кафедра рефлексотерапии

**Рефлексотерапия
ночного недержания мочи у детей**

Учебно-методическое пособие

МИНСК БелМАПО
2015

УДК 616.62-008.223-085.814.1-053.2

ББК 53.584+56.9я73

Р 45

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 23.12. 2014 г.

Авторы:

*Л.В. Подсадчик, А.П. Сиваков,
С.М. Манкевич, Т.И. Грекова,
В.А. Лукашевич*

Рецензенты:

доцент кафедры нервных и нейрохирургических болезней БГМУ к.м.н.,
Ясинская Л.И.
кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии БГМУ,

Р 45

Рефлексотерапия ночного недержания мочи у детей.: учеб.-
метод. пособие /Л.В. Подсадчик, А.П. Сиваков, С.М. Манкевич,
Т.И. Грекова, В.А. Лукашевич – Минск.: БелМАПО, 2015.-19 с.

ISBN 978-985-499-869-5

Учебно-методическое пособие «Рефлексотерапия ночного недержания мочи у детей» предназначено для врачей рефлексотерапевтов.

В пособии изложены клиника, современная классификация и принципы лечения методами рефлексотерапии ночного недержания мочи у детей.

УДК 616.62-008.223-085.814.1-053.2

ББК 53.584+56.9я73

ISBN 978-985-499-869-5

© Подсадчик Л.В., [и др.], 2015

© Оформление БелМАПО, 2015

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

1. АТ – акупунктурная точка
2. МХЧ – мэй-хуа-чжень (терапия)
3. ЛП - лазеропунктура
4. РТ – рефлексотерапия
5. ЭЭГ – электроэнцефалография
6. Компьютерная томография – КТ
7. Магнитно-резонансная томография - МРТ
8. Нейроэлектрмиография - НЭМГ

Введение

Ночное недержание мочи у детей (энурез) – распространенное заболевание в детском возрасте. Расстройства акта мочеиспускания по типу энуреза известны с глубокой древности - упоминания об этом состоянии встречаются в древнеегипетских папирусах и относятся к 1550 году до н.э. **Ночным энурезом** (от греческого «енигео» – мочиться) **называют недержание мочи, связанное с отсутствием или утратой формирования навыков опрятности к возрасту 6 лет** [1]. Частота случаев заболевания меняется с увеличением возраста ребенка. По данным отечественных и зарубежных авторов отмечено, что в возрасте 5 лет энурезом страдают 10% детей, к 10-летнему возрасту - 5% детей, среди 14-летних подростков энурезом страдает около 2%, а к 18-летнему возрасту – лишь каждый сотый индивид [4]. У взрослых ночной энурез в общей популяции составляет около 0,5%. Мальчики страдают ночным энурезом чаще, чем девочки [2, 3]. В настоящее время при проявлениях непроизвольного мочеиспускания у детей диагноз «энурез» устанавливается с возраста 6 лет.

В лечении детей с ночным недержанием мочи принимают участие врачи разных специальностей: детские неврологи, педиатры, психиатры, эндокринологи, нефрологи, урологи, гомеопаты, физиотерапевты и т.д. Необходимость участия такого широкого спектра специалистов разного профиля обусловлено многообразием причин и отклонений в различных звеньях систем организма пациентов.

Этиология, патогенез, классификация энуреза.

Ночной энурез - мультифакторное заболевание. Среди причин формирования недержания мочи основными считаются: врожденное нарушение механизмов формирования условного «сторожевого» рефлекса, задержка становления навыков регуляции мочеиспускания, нарушения приобретенного рефлекса мочеиспускания из-за воздействия неблагоприятных факторов, наследственная отягощенность [10]. Причинами возникновения ночного энуреза могут быть инфекции, пороки развития и нарушения функций почек, мочевого пузыря и мочевыводящих путей, поражения нервной системы, психологические стрессы, неврозы, реже расстройства психики [1, 2]. Если у ребенка с недержанием мочи отсутствуют признаки воспаления со стороны мочевого пузыря или нарушения со стороны мочевыделительной системы частой причиной энуреза является частичная незрелость центральной нервной системы.

Возникновение стрессовой ситуации - появление в семье второго (или очередного) ребенка может привести к «мокрым ночам» у его старшего брата или сестры. При этом старший ребенок как будто «инфантилизируется» и перестает контролировать мочеиспускание в виде осознанного или неосознанного протеста против кажущегося дефицита внимания, любви и ласки со стороны родителей, всецело озабоченных, в первую очередь, «новым» ребенком. Подобная ситуация может возникнуть при переходе в другую школу, другой детский сад или даже переезд на новую квартиру. Ссоры между родителями или развод, излишняя строгость в воспитании и физические наказания детей также могут привести к аналогичной ситуации.

Существуют значительные индивидуальные колебания в сроках становления стабильного самостоятельного контроля за мочеиспусканием у детей.

Контроль функции мочевого пузыря зависит от ряда факторов: генетических, циркадного ритма секреции ряда гормонов, наличия

урологических нарушений, задержки созревания нервной системы, а также психосоциального стресса и некоторых видов психопатологии [1, 6].

При влиянии генетических факторов учитывается семейный анамнез, тип наследования, а также локализация патологического (дефектного) гена. Скандинавские исследователи считают, что при наличии энуреза в анамнезе у обоих родителей, риск появления ночного энуреза у детей составляет 77%, а если заболеванием страдал лишь один из родителей – 43% [12, 13].

При генотипировании установлена генетическая гетерогенность по энурезу с вероятными локусами нарушений в хромосоме 13 (13q13 и 13q14.2), – этот участок хромосомы в настоящее время обозначен названием «ENUR1», а также на хромосоме 12q. H.Eiberg (1995) указывает, что к формированию ночного недержания мочи у детей причастен один аутосомно-доминантный ген с пониженной пенетрантностью, то есть подверженный влиянию со стороны факторов окружающей среды и/или других генов [15].

Циркадный ритм секреции гормонов регулирующих экскрецию воды и солей. В норме у людей отмечаются выраженные циркадные (околосуточные) вариации в выработке и осмоляльности мочи: ночью происходит выработка меньшего объема и более концентрированной мочи. У детей этот циркадный паттерн регулируется вазопрессином, атриальным натрийуретическим гормоном и системой ренин-ангиотензин-альдостерон [15].

Исследованиями на волонтерах продемонстрировано, что сниженное мочеобразование в ночное время (около половины от такового в дневное время) обусловлено повышенной секрецией вазопрессина [16]. Было обнаружено, что некоторые пациенты с ночным энурезом и полиурией прекрасно реагируют на терапию десмопрессином [17]. Но среди этих детей есть небольшая группа пациентов с нормальным циркадным ритмом секреции вазопрессина (они не реагируют на названную терапию, как и дети с отсутствием ночной полиурии) [18]. Предполагают, что у этих детей нарушена ренальная чувствительность к вазопрессину и десмопрессину, также как у пациентов без ночной полиурии (с

нормальными колебаниями циркадных колебаний мочеобразования, осмоляльности мочи и секреции вазопрессина).

Недержание мочи у детей нередко связано с заболеваниями и аномалиями строения органов системы мочевого выделения. Характер указанных урологических нарушений может быть воспалительным, врожденным, травматическим и сочетанным. Тривиальная инфекция мочевых путей (например, цистит) может способствовать возникновению энуреза (особенно часто это бывает у девочек).

Большинство отечественных и зарубежных авторов отмечают, что энурез чаще встречается среди детей с задержкой темпов созревания нервной системы. Нередко ночное недержание мочи развивается у детей на фоне органических поражений головного мозга и так называемой «минимальной церебральной дисфункции» вследствие влияния неблагоприятных факторов и патологии периода беременности и родов (антенатальное и интранатальное патологическое воздействие). Часто кроме задержки темпов созревания нервной системы у детей с энурезом отмечаются снижение показателей физического развития (масса тела, рост и т.д.), а также задержка полового созревания и несоответствие костного возраста календарному («отставание» ядер окостенения).

Ночной энурез может у части пациентов сочетаться с наличием психиатрической патологии, однако чаще это происходит при вторичном энурезе с эпизодами дневного недержания мочи [21]. Распространенность ночного энуреза выше среди детей с умственным отставанием, аутизмом, синдромом дефицита внимания и гиперактивности, а также моторными нарушениями и расстройствами перцепции [22].

В формировании заболевания имеют значение психосоциальные факторы (принадлежность к социально-экономическим группам низкого обеспечения, многодетные семьи с плохими жилищными условиями,

пребывание детей в специализированных учреждениях и т.д.) [24] - энурез несомненно чаще встречается в условиях психосоциальной депривации.

Классификация. Принято выделять **первичный** (персистирующий) ночной энурез (если пациент никогда не имел контроля за мочевым пузырем) и **вторичный** (приобретенный, если ночное недержание мочи появляется после периода стабильного контроля за мочеиспусканием), а также **осложненный** и **неосложненный** (к неосложненным относят случаи ночного энуреза, при которых объективно отсутствуют отклонения в соматическом и неврологическом статусах, а также изменения в анализах мочи) [2, 5, 6]. Таким образом, у пациентов с первичным ночным энурезом физиологический рефлекс торможения мочеиспускания («сторожевой») изначально не сформирован и эпизоды «упускания» мочи сохраняются по мере взросления ребенка, а при вторичном энурезе ночное мочеиспускание возникает после длительного «сухого» периода (свыше 6 месяцев) [1]. При этом отмечается, что первичный ночной энурез встречается в 3-4 раза чаще, чем вторичный. Кроме того, ранее нередко выделяли так называемые «функциональную» и «органическую» формы энуреза. В последнем случае подразумевалось, что имеют место патологические изменения со стороны спинного мозга при дефектах развития. К функциональным формам энуреза относили ночное (реже – дневное) недержание мочи вследствие воздействия психогенных факторов, дефектов воспитания, перенесенных травм (включая психические) и инфекционных заболеваний (включая инфекции мочевыводящих путей) [2].

По-видимому, такая классификация является несколько условной. Н. Watanabe (1995) после обследования представительной группы пациентов с использованием ЭЭГ и цистометрографии предлагает выделять 3 типа ночного энуреза: 1) тип I (характеризуется ЭЭГ-ответом на растяжение мочевого пузыря и стабильной цистометрограммой), 2) тип IIa (характеризуется отсутствием ЭЭГ-ответа при переполнении мочевого пузыря, стабильной цистометрограммой), 3) тип IIb (характеризуется отсутствием ЭЭГ-ответа на

растяжение мочевого пузыря и нестабильной цистометрограммой только во время сна) [7]. Этот автор расценивает ночной энурез типов I и IIa, как, соответственно, умеренную и выраженную дисфункцию пробуждения, а ночной энурез типа IIb – как латентный нейрогенный мочевой пузырь.

Если у ребенка отмечается недержание мочи не только в ночное, но и в дневное время, то это может означать, что он испытывает какую-либо проблему эмоционального или неврологического плана. Что касается ночного энуреза, то он нередко отмечается у детей, которые исключительно крепко спят (так называемая «профундосомния»).

Невротический энурез чаще встречается среди застенчивых, пугливых, 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 [2].

При сборе анамнеза необходимо выяснить характер воспитания ребенка и формирования у него навыков опрятности, частоту эпизодов недержания мочи, тип энуреза, характер мочеиспускания (слабость струи в процессе микции, частые или редкие позывы, болезненность при мочеиспускании), наличие в анамнезе указаний на перенесение инфекций мочевыводящих путей, а также энкопреза или запоров. Всегда уточняют наследственную отягощенность по энурезу. Внимание уделяют факту наличия обструкции дыхательных путей, а также приступов ночных апноэ и эпилептических приступов (или неэпилептических пароксизмов). Пищевая и лекарственная аллергия, крапивница, атопический дерматит, аллергический ринит и бронхиальная астма у детей в ряде случаев могут способствовать повышенной возбудимости мочевого пузыря [1, 9]. При опросе родителей необходимо выяснить наличие среди родственников таких эндокринных

заболеваний, как сахарный или несахарный диабет, нарушение функций щитовидной железы (и других желез внутренней секреции). Поскольку вегетативный статус имеет тесную зависимость от функций эндокринных желез, то любые их нарушения могут являться причиной энуреза [6].

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 [24].

При оценке психоневрологического статуса у ребенка исключают врожденные аномалии позвоночника и спинного мозга, двигательных и чувствительных нарушений. Обязательно исследуется чувствительность в области промежности и тонус анального сфинктера. Немаловажным является выяснение состояния психозмоциональной сферы: характерологические особенности (патологические), наличие вредных привычек (ониофагия, бруксизм и т.п.), расстройств сна, различных пароксизмальных и неврозоподобных состояний. Проводится тщательное дефектологическое обследование для выяснения состояния интеллектуального развития ребенка и статуса основных когнитивных функций.

Поскольку в возникновении ночного недержания мочи значительная роль принадлежит урологическим нарушениям (врожденные или приобретенные аномалии мочеполовой системы: диссинергия детрузора и сфинктера, синдромы гипер- и гипорефлекторного мочевого пузыря, малая емкость мочевого пузыря, наличие обструктивных изменений в нижних отделах мочевыводящих путей: стриктуры, контрактуры, клапаны; инфекции мочевых путей, бытовые травмы и т.п.), прежде всего, необходимо исключать патологию мочевыделительной системы. Большое значение придается исследованию мочи (включая общий анализ, бактериологический, определение функциональных возможностей мочевого пузыря и т.д.). Обязательным является проведение ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря. При необходимости

осуществляются дополнительные исследования системы мочевого выделения (цистоскопия, цистоуретрография, экскреторная урография и т.п.) [25].

При подозрении на наличие аномалий развития позвоночника или спинного мозга необходимо проведение рентгенографического исследования, компьютерной или магнитно-резонансной томографии (КТ или МРТ), а также нейроэлектрмиографии (НЭМГ).

Современные методы лечения энуреза.

Успешное лечение энуреза возможно только при условии активного, заинтересованного участия самих детей и их родителей. Используются медикаментозные и немедикаментозные (рефлексотерапия, психотерапия, физиотерапевтические методы.).

Медикаментозное лечение. В тех случаях, когда ночной энурез оказывается следствием инфекции мочевых путей, необходимо проведение в полном объеме курса лечения антибактериальными препаратами под контролем анализов мочи. Для нормализации глубины сна назначаются транквилизаторы со снотворным эффектом, при резистентности к ним рекомендуется (обычно при невротоподобных формах энуреза) прием перед сном стимуляторов или препаратов тимолептитического действия. При наличии задержки развития, проявления невротизации, используются препараты ноотропного ряда. К числу эффективных медикаментозных средств относится десмопрессин, регулирующий в организме выделение и всасывание свободной воды [27].

Немедикаментозные методы лечения. Медикаментозная терапия успешно дополняется методами физиотерапии, психотерапии, рефлексотерапии и мероприятий, направленных на контроль за поступлением жидкости в организм ребенка и соблюдение режима активности и отдыха.

Методы физиолечения обычно применяются в комплексе с медикаментозными препаратами - магнитотерапия, лазеротерапия, электротерапия, музыкотерапия. Психотерапия направлена на коррекцию

невротических расстройств и осуществляется квалифицированными психотерапевтами.

В рационе ребенка ограничивают жидкость, особенно потребление ее после ужина. Режимные мероприятия включают некоторые общие правила (быть терпимыми, уравновешенными, избегать грубости и наказаний детей и т.д.). Необходимо добиваться соблюдения режима дня. Важно постоянно внушать детям, страдающим энурезом, веру в собственные силы и эффективность проводимого лечения.

Постель ребенка, страдающего ночным энурезом, должна быть достаточно жесткой, а при глубоком сне ребенка необходимо несколько раз за ночь переворачивать во сне. Необходимо избегать стрессовых реакций, психоэмоциональных волнений, переутомления. Неблагоприятно сказываются на состоянии ребенка переохлаждения. Отрицательно влияет прием продуктов питания и напитков, содержащих кофеин или обладающие мочегонным действием (шоколад, кофе, какао, все разновидности «колы», «фанты», арбуз и т.п.). Перед отходом ко сну необходимо посетить туалет. Нередко эффективным является искусственное прерывание сна через 2-3 часа после засыпания с тем, чтобы ребенок мог опорожнить мочевой пузырь. Однако, если при этом ребенок мочится в сонном состоянии (не проснувшись полностью), такие действия могут привести лишь к дальнейшему ухудшению ситуации. В детской комнате на ночь лучше оставлять неярко светящийся источник света для возможности посетить туалет без боязни темноты. В тех случаях, когда имеет место повышенное давление мочи на сфинктер, может помочь придание возвышенного положения тазовой области или создание возвышенности под коленями (подкладывание валика соответствующего размера). Выполнение таких режимных мероприятий дает возможность быстрее и в более полном объеме получить положительный результат лечения.

Принципы рефлексотерапии энуреза.

Рефлексотерапия (РТ) является эффективным методом лечения ночного недержания мочи и может использоваться самостоятельно или в комплексе с другими методами терапии. Воздействие на точки акупунктуры может осуществляться различными вариантами – классическое иглоукалывание, прогревание полынными сигарами (цзю-терапия), точечный массаж, физиопунктура (магнито-, лазеропунктура, электропунктура), мэй-хуа-чжэнь терапия (обработка многоигольчатым молоточком), цубо-терапия.

При выборе метода РТ необходимо учитывать особенности клинического течения заболевания, наследственную предрасположенность, возраст пациента. РТ оказывает положительное влияние на разные звенья патогенеза заболевания – стимулирует формирование связей между центральными и периферическими структурами нервной системы, регулирующие мочеиспускание, оказывает нормализующее действие на структуру сна, гармонизирует деятельность эндокринной системы, способствует уменьшению вегетативных симптомов, оказывает седативное и нормализующее действие на центральную нервную систему (ЦНС) у детей.

Китайская традиционная медицина трактует энурез как заболевание с синдромом недостатка энергии в каналах почек (R), селезенки-поджелудочной железы (RP), канала легких (P). Для улучшения энергетического состояния заинтересованных каналов используется возбуждающий или переходный методы воздействия. Используются АТ канала почек - R3, R2, R1, канала селезенки-поджелудочной железы - RP6, RP9, канала легких – P5, P7.

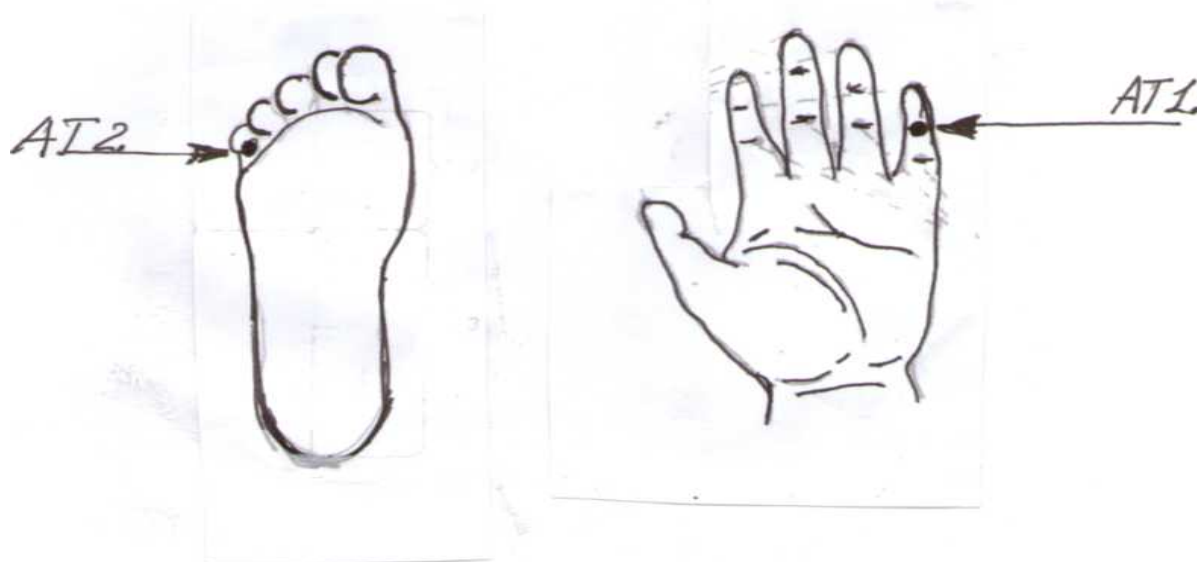
С целью улучшения структуры сна, нормализации деятельности ЦНС используются точки заднесрединного меридиана - VG 20, 21, 24, VG14, воротниковой зоны - V11, IG14, IG15, точки широкого спектра действия – MC 5, MC 6, C7, P7, V40, F 3.

Для нормализации деятельности периферических центров регуляции мочеиспускания включаются локальные и сегментарные точки канала мочевого

пузыря - V31- V34 (точки ба-ляо), переднесрединного канала – VC3, VC4 и VC6.

Восточная традиционная медицина рекомендует у пациентов с невротической формой энуреза включать в акупунктурный рецепт АТ: VC4, E36, F 3. При непроизвольном мочеиспускании около полуночи хороший эффект оказывает сочетание АТ C7, F 3, VC4, R3 – гармонизирует структуру сна, оказывает нормализующее действие на ЦНС. При наличии очень глубокого сна у ребенка положительное влияние оказывает сочетание АТ: C7 и MC 6. При непроизвольном мочеиспускании в ранние утренние часы лучше использовать АТ P9, VC4, RP6, E36. При низкой эффективности лечения рекомендуется использовать методику комбинации точек «шу» каналов почек и мочевого пузыря – V23 и V28 (экспозиция 10 мин.), затем добавляются АТ VC3, VB25 (точка «му» канала почек), в дальнейшем укалываются точки RP3, RP6.

Использование внеканальных точек кисти и стопы рекомендуется при тяжелом течении энуреза. АТ расположены на мизинцах рук и ног, на середине складки ладонной и подошвенной сторон соответственно, между средней и дистальной фалангами пальцев рук и ног (Рис.1). Воздействие осуществляется иглами или прессурой точек (АТ 1,2). Ежедневно проводится стимуляция в течении 30 сек. на каждую точку. Курс лечения составляет 10 процедур. Для достижения терапевтического эффекта необходимо провести 3 курса терапии. Положительной реакцией на лечение в начальном периоде является учащение и увеличение объема мочеиспускания ночью, затем частота и объем уменьшаются с последующим полным исчезновением.



Классическое иглоукалывание проводится стальными иглами с длиной рабочей части 1 цунь. Игла вводится перпендикулярно поверхности тела с легкой вибрацией, предусмотренные ощущения в АТ у детей до 10 лет не вызываются, у старших детей достигаются легкие ощущения. Иглы оставляются на время от 5 до 10 минут в зависимости от возраста пациента. Проводятся курс (курсы) лечения продолжительностью 10-12 процедур. Перерыв между курсами лечения составляет 1-1,5 месяца. В течение года проводится 3-4 курса.

Мэй-хуа-чжень терапия (МХЧ). Проводится «обработка» зон акупунктурных точек - VG14, VG4, V23, V52, линии канала V (на уровне сегментов L1- L3, S3-S5), каналов RP, R (отрезки канала, проходящих по внутренней поверхности голени и бедра), сегментарных зон: крестца – V 31-34 и надлобковой области – VC3, VC4, VC6, R 11, R12, R13. Удары молоточком наносятся легкие, игольчатая часть ориентирована перпендикулярно поверхности тела, частота ударов - 80 -100 в минуту. У детей младшего возраста (до 3-х лет) воздействие проводится до появления легкой гиперемии, у старших - до умеренной гиперемии. МХЧ не вызывает болезненных ощущений, хорошо переносится детьми любого возраста, чаще используется не как самостоятельный метод, а в комбинации с иглоукалыванием, точечным массажем, цзю-терапией.

Цзю-терапия (прогревание) АТ проводится с помощью полынной сигары. Горящий конус фокусируется над проекцией точки на расстоянии 1-1,5 см от поверхности тела. Пациент должен ощущать приятное тепло, не достигающее до жжения. В процессе курса лечения в комбинации с другими методами РТ проводится прогревание на АТ – E36, V23, V52, RP6, R1, R3, VC4 – по одной минуте у младших и по 2-3 минуты у детей старшего возраста. На одну процедуру лучше использовать не более 2 точек для прогревания. Цзю-терапия чаще используется в комбинации с другими методами РТ, но у эмоционально лабильных пациентов может использоваться как самостоятельный метод. Прогревание осуществляется на точку R1

симметрично ежедневно с экспозицией 1-2 мин. в зависимости от возраста ребенка. Положительным симптомом является увеличение объема мочеиспускания в начале курса с последующим уменьшением или исчезновением ночного энуреза к моменту завершения курса лечения.

Лазеропунктура (ЛП). Мощность лазерного излучения для пунктурного воздействия находится в границах 5 - 20 мВт. Используется красный спектр (КЛ) или инфракрасный (ИКЛ) спектр лазерного излучения. При постоянном режиме экспозиция воздействия на АТ 10-15 с. На одну процедуру используется от 3 до 5 точек. Чаще включаются точки R1, R3, RP6, V60, V40, E36, V31-34, VG4, V23, VC2, VC3, VC6, GI4, P7, P5, MC5, MC6. ЛП может проводиться в комплексе с другими методами РТ или как монотерапия.

Результаты лечения зависят от формы заболевания. При первичной форме энуреза с наличием резидуально-органических нарушений и стойкого течения заболевания необходимо проведение 3-4 курсов лечения.

При вторичной неврозоподобной и невротической форме энуреза положительные результаты могут наблюдаться уже после 2-3 курсов терапии.

Электропунктура (ЭП) синусоидальными модулированными токами может использоваться у эмоционально-лабильных пациентов при невозможности проведения иглоукалывания. На область АТ GI4, GI10, GI11, TR5, C7, RP6, RP9, E36 используется переменный режим, глубина модуляции 75%, IV PP, амплитуда тока от 2 до 5 мА. На локальные точки – VC2, VC3, VC4, V31-34 используется переменный режим, глубина модуляции 100%, II PP, режим посылка-пауза 1-1,5 амплитуда тока от 2 до 5 мА. На одну процедуру используется от 3 до 5 точек акупунктуры. Курс продолжительностью 10 процедур.

Заключение.

Рефлексотерапия у пациентов с ночным недержанием мочи может использоваться как метод комплексной терапии. РТ оказывает влияние на различные звенья заболевания, способствует формированию зрелых связей центральных и периферических структур нервной системы, регулирующих мочеиспускание, оказывает седативное, противовоспалительное действие, позволяет осуществлять коррекцию вегетативных нарушений, способствует улучшению психо-физического развития ребенка. Включение методов РТ в комплекс лечебных мероприятий позволяет сократить сроки лечения, повышает вероятность полного выздоровления пациентов.

Литература

1. Шанько Г.Г., Шанько В.Ф. Ночное недержание мочи у детей//Методические рекомендации. – Минск, 1991. -23 с.
2. Шанько Г.Г. с соавт. Неврология детского возраста. – Минск:Вышэйшая школа – 1990. – 559с.
3. Васичкин В.И. Методы китайской акупунктуры. – Москва – Снкт-Петербург:Полигон – 2001. -375 с.
4. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – Москва. – 2000. – 400 с.
5. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. – Москва:С.Е.Т. – 1996. – 381 с.
6. Гермина Тенк. Практикум по китайской акупунктуре и точечному массажу для детей. – Таганрог: изд-во Международного Института Китайской медицины 1995. – 160 с.
7. Иванов В.И. Традиционная медицина. – Москва:Военное изд-во – 1991. - 427 с.
8. .Deng Liangyue, Gan Yijun et al. Chinese Acupuncture and Moxibustion. – Beijing:Foreign Languages Press/ - 1990. – 544 p.
- 9.Norgaard J.P., Djurhuus J.C., Watanabe H., Stenberg A. et al. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. Br. J. Urology, 1997, vol. 79, p. 825–835.
10. Watanabe H. Sleep patterns in children with nocturnal enuresis. Scand. J. Urol. Nephrol., 1995, vol. 173, p. 55–57.
11. Butler R.J. Nocturnal Enuresis: The Child's Experience. Oxford: Butterworth Heinemann, 1994, 342 p.
12. Rushton H.G. Nocturnal enuresis: epidemiology, evaluation and currently available treatment options. J Pediatrics, 1989, vol. 114, suppl., p. 691–696.

Оглавление

Введение.....	4
Этиология, патогенез, классификация энуреза.	5
Современные методы лечения энуреза.	11
Принципы рефлексотерапии энуреза.	13
Заключение.....	17
Литература	18

Учебное издание

Подсадчик Лариса Владимировна
Сиваков Александр Павлович
Манкевич Светлана Михайловна
Грекова Таисия Ивановна
Лукашевич Владислав Анатольевич

Рефлексотерапия ночного недержания мочи у детей

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л.В. Подсадчик

Подписано в печать 23. 12. 2014. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,13. Уч.- изд. л. 0,81. Тираж 100 экз. Заказ 54.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.