



РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ XXI ВЕКА

сборник научных трудов межрегиональной
научно-практической конференции
с международным участием

ВЫПУСК I

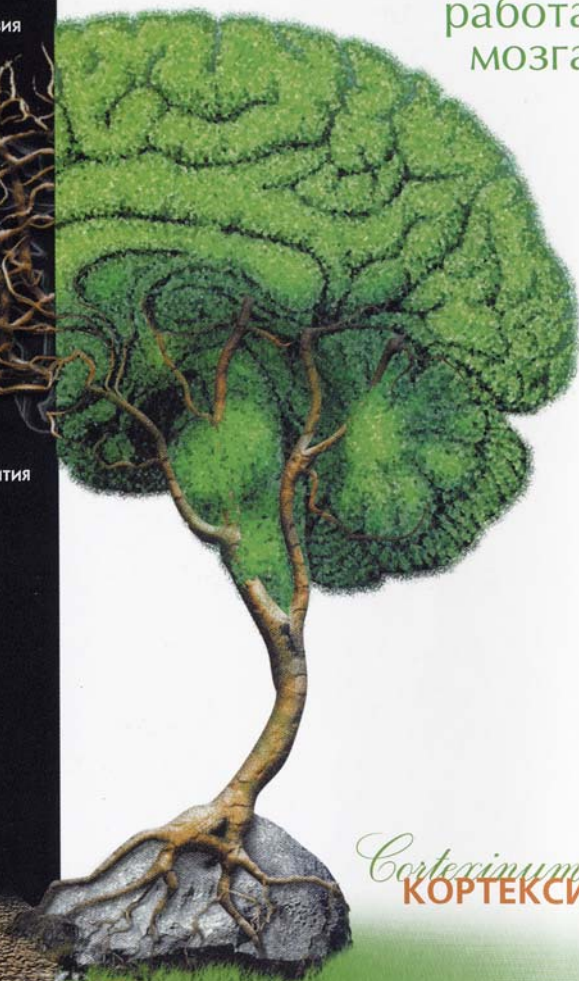


ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
WWW.geropharm.RU
E-mail: INFORM@geropharm.RU

Саратов 2006

Полноценная работа мозга

- ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
- НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
- ЭНЦЕФАЛОПАТИИ
- ВИРУСНЫЕ И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ
- АСТЕНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ
- НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ
- ЭНЦЕФАЛИТЫ И ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЫ
- ЭПИЛЕПСИЯ
- ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНΙΑ
- ЗАДЕРЖКА ПСИХОМОТОРНОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ
- СНИЖЕННАЯ СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ
- ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ



Cortexinum
КОРТЕКСИН®

ООО «Герофарм»
С.-Петербург: (812) 740-1466
Москва: (495) 952-7287



ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

WWW.geropharm.RU
E-mail: INFORM@geropharm.RU

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Т.В. Отпущенникова
г. Саратов

Энурез неорганической природы - стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и (или) ночью, не соответствующее психологическому возрасту ребенка (МКБ – X, 1995).

Актуальность проблемы нарушений мочеиспускания и энуреза обусловлена высокой распространенностью данного заболевания в детском возрасте и социально-гигиеническими аспектами. Энурез у детей в возрасте от 4 до 15 лет встречается в 2,3 - 30%. У 8 – 10% детей с ночным недержанием мочи в подростковом и взрослом возрасте сохраняются расстройства мочеиспускания днем, что требует длительного комплексного лечения. Принято считать, что данная проблема приобретает клиническое значение с 5 лет.

С целью повышения эффективности лечения энуреза у детей с дисфункцией мочевого пузыря нами проведено клиническое исследование, результаты которого позволили обосновать новые подходы к выбору лечения данного заболевания с позиции его патогенеза. На базе Областной детской клинической больницы г. Саратова в период с 1998 по 2006 год обследовано 120 больных энурезом в возрасте 5 - 15 лет (60% мальчиков и 40% девочек). Наибольшей по численности (40%) была группа больных детей в возрасте 8-11 лет. Контрольную группу составили 30 детей без нарушения мочеиспускания. Исследование проходило в два этапа – амбулаторно и в условиях стационара. Всем больным на первом этапе было проведено общеклиническое (изучение анамнеза, анализы крови клинический и биохимический, анализ мочи общий, проба по Нечипоренко, проба по Зимницкому, посев мочи на стерильность) и специальное урологическое обследование: УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи, регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий, клиническая оценка нарушений мочеиспускания по таблицам «зрелого типа мочеиспускания» и синдрома императивного мочеиспускания (Е.Л.Вишнеvский, 2001). Вопросы дифференциальной диагностики нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и выбора лечебной тактики решали на основании дополнительной информации, полученной в условиях стационара с помощью рентгеноурологического исследования, электроэнцефалографии и психологического консультирования. В результате исследования было выделено 3 группы больных: с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря (44%), пороками развития мочевой системы (37%) и первичным моносимптомным энурезом (19%). К группе больных с первичным моносимптомным энурезом относились дети, у которых единственным проявлением заболевания было непроизвольное недержание мочи во время сна. Установлено наличие трех вариантов дисфункции мочевого пузыря: гиперрефлекторного (72%), гипорефлекторного (17%) и норморефлекторного (11%). Наиболее значимыми факторами, формирующими дисфункцию мочевого пузыря и энурез, являлись: средний эффективный объем мочевого пузыря, число мочеиспусканий в сутки, задержка формирования «зрелого» волевого контроля мочеиспускания ($p < 0,01$). Гиперрефлекторная дисфункция мочевого пузыря проявлялась в виде полного (при наличии классической триады симптомов: поллакиурии, императивных позывов, императивного недержания мочи) и неполного синдрома императивного мочеиспускания.

Выделенные клинические варианты дисфункции мочевого пузыря у больных энурезом позволили дифференцированно подойти к выбору оптимальной тактики лечения, которое было направлено на увеличение эффективного объема мочевого пузыря, уменьшение частоты мочеиспусканий, эпизодов энуреза и увеличение продолжительности периода ремиссии энуреза. Лечение подвергнуто 120 детей с энурезом. Результаты лечения прослежены у всех 120 больных. Эффективность результатов лечения оценивалась по динамике частоты энуреза и обратного развития факторов, участвующих в формировании энуреза и нарушений функции мочевого пузыря.

22 ребенка с синдромом императивного мочеиспускания получали оксибутинина гидрохлорид (Дриптан). Выбор препарата был обусловлен механизмом его антихолинэргического действия на детрузор мочевого пузыря. Средний эффективный объем мочевого пузыря у этих больных составлял $97,5 \pm 5,2$ мл, число мочеиспусканий в сутки – $9,8 \pm 0,3$. Продолжительность лечения составила один месяц. После первого курса лечения энурез исчез у 18 больных (81,8%). Увеличение эффективного объема мочевого пузыря до $157,2 \pm 12,4$ мл, уменьшение частоты мочеиспусканий до $6,9 \pm 0,5$ раз в сутки, исчезновение и значительное уменьшение выраженности императивных позывов, императивного недержания мочи отмечалось у всех пациентов ($p < 0,01$).

Поиск новых методов лечения больных, у которых энурез сохранялся, показал, что имеется возможность использования отечественного пептидного препарата кортексин. Выбор препарата был обусловлен его широким применением в детской неврологической практике для лечения перинатальных поражений ЦНС и их отдаленных

последствий. Содержащиеся в кортексине микроэлементы (цинк, марганец, селен, медь, магний и др.) и витамины (В1, В2, РР, А, Е) играют важную роль в жизни нейронов и формировании механизмов нейропротекции. Для лечения были отобраны 25 пациентов 12 – 15 лет с гиперактивным мочевым пузырем на фоне перенесенной перинатальной энцефалопатии гипоксически-ишемического и травматического генеза. У всех больных отмечалась задержка формирования «зрелого типа мочеиспускания» и нарушение психоэмоционального состояния в виде высокого уровня личностной тревожности. В динамике лечения проводили клиническую оценку функции мочевого пузыря по таблицам Е.Л.Вишневого (2001), уровень личностной тревоги определяли по методике Спилбергера. Доза кортексина составляла 10 мг в сутки. Продолжительность лечения – 10 дней. К концу исследования у 85,7% больных зарегистрирована положительная динамика энуреза, адаптационной способности детрузора мочевого пузыря и снижение уровня тревожности. По результатам клинической оценки функции мочевого пузыря достоверно увеличился среднееэффективный объем мочевого пузыря со 122,5±17,3 мл до 176,2±21,3 мл ($p<0,05$), число мочеиспусканий уменьшилось с 12 до 8 раз в сутки. На фоне применения кортексина уменьшилась степень «незрелости» мочеиспускания с 3,4±3,2 до 2,3±0,1 баллов ($p<0,01$) (при нулевом значении показателя у детей контрольной группы), уровень тревожности снизился до среднего и нормального. В два раза сократилась частота эпизодов энуреза ($p<0,05$). У 8 больных энурез прекратился после первого курса лечения.

У 54 больных энурезом с неврологической симптоматикой в комплексной терапии, которая предполагала стабилизацию функции детрузора мочевого пузыря и психокоррекцию, применялся препарат Пантокальцин/Пантогам. Средний возраст пациентов составил 9,5±2,1 лет. Прием препарата осуществлялся в дозировке по 0,25 (1таблетка) три раза в сутки в утренние и дневные часы на протяжении 60 дней. Побочных эффектов выявлено не было. Длительность катамнеза составила 9 месяцев.

По окончании курса лечения практически у всех больных отмечалась положительная динамика в виде редукции нервно-психических расстройств, таких как повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, психомоторная расторможенность, агрессивность ($p<0,05$). Пациенты указывали, что на фоне приема пантокальцина повысилась устойчивость к нервно-психическим и физическим нагрузкам, уменьшились конфликтные ситуации в отношениях со сверстниками. Восстановление функции мочевого пузыря в виде уменьшения и полного исчезновения симптомов императивного мочеиспускания (поллакиурии, императивных позывов, императивного недержания мочи) произошло у 91% больных. Средняя продолжительность ремиссии энуреза составила 97,3±21,2 дней (до лечения – 10,5±3,8 дней) ($p<0,05$).

Терапию вторичных осложнений нейрогенной дисфункции мочевого пузыря в виде цистита и пиелонефрита проводили Аугментином (амоксциллин/клавуланат) и Канефроном - растительным препаратом, содержащим траву золототысячника, корень любистока и листья розмарина.

Суммарный положительный эффект при лечении больных энурезом был достигнут в 86% случаев. Выздоровление произошло у 41% больных, уменьшение частоты эпизодов энуреза более, чем в 2 раза, у 45% больных; кратковременный эффект на фоне лечения отмечался в 7%, без эффекта энурез протекал у 7% пациентов. Неэффективным лечение было у детей со скрытой формой миелодисплазии и гипорефлекторной дисфункцией мочевого пузыря. Проведенное исследование позволило решить ряд актуальных вопросов диагностики и тактики лечения и сделать следующие выводы:

1. Энурез представляет собой один из симптомов расстройств мочеиспускания, наблюдающихся в широком диапазоне проявлений – от изолированного непроизвольного мочеиспускания во время ночного сна до его сочетания с полным или неполным синдромом императивного мочеиспускания. Характер расстройств мо-

чеиспускания определяется состоянием пузырного рефлекса и «зрелого» волевого контроля мочеиспускания.

2. Дрипан (оксибутинин) является базовым фармакологическим средством для лечения энуреза и сопутствующих расстройств мочеиспускания. Применение оксибутинина при полном синдроме императивного мочеиспускания повышает эффективность лечения.

3. Применение препаратов Кортексин и Пантокальцин в комплексной терапии энуреза на фоне гиперактивного мочевого пузыря и сопутствующих нервно-психических расстройств восстанавливает функции мочевого пузыря и повышает качество жизни пациентов.