

Н.Б. Гусева, В.В. Длин, С.Л. Морозов, К.В. Буянова

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С НИКТУРИЕЙ У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России (директор, д.м.н., проф. А.Д. Царегородцев),
Центр урологии-андрологии и патологии тазовых органов ГБУЗ ДГКБ № 9 г. Москвы им. Г.Н. Сперанского ДЗМ
(главный врач д.м.н., проф. А.А. Корсунский), Москва

Были обследованы 50 детей в возрасте 6–15 лет (мальчиков – 31, девочек – 19) с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП), энурезом и никтурией, которая была выявлена по результатам пробы мочи по Зимницкому. По данным клинического анализа акта мочеиспускания квалиметрия составляла 31 балл. Ночной диурез составлял от 42 до 54% всего суточного объема. С учетом выраженной симптоматики ГАМП и никтурии всем пациентам был назначен комплекс лечения: оксибутинин (Дриптан) и десмопрессин (Минирин подъязычные таблетки). Родители 30 пациентов согласились на комбинированное лечение сразу (1-я группа), а родители 20 пациентов по ряду причин (дорогое лечение, гормональный препарат и др.) согласились только на базовую терапию оксибутинином (2-я группа). Лечение проводили в соответствии с возрастом пациентов: дети 6–7 лет – оксибутинин по 1/2 табл., т.е. по 2,5 мг 3 раза в день после еды и десмопрессин на ночь 60 мкг; 8–11 лет – по 5 мг оксибутинина 2 раза в день после еды и десмопрессин 120 мкг на ночь; 12–15 лет – по 5 мг оксибутинина 3 раза в день после еды и десмопрессин 180 мкг на ночь. Контроль показателей осуществляли по 10 параметрам: минимальный объем мочевого пузыря (МП), доля ночного диуреза в суточном, соотношение максимального и минимального объема МП, объем дневного диуреза, объем ночного диуреза, количество микций в дневное и ночное время, количество эпизодов энуреза за одну ночь и количество «мокрых» ночей в неделю, показатели урофлоуметрии: выделенный объем и скорость потока. Оценку проводили исходно (1-й визит), 2-й и 3-й визиты – 1–2 месяца лечения оксибутинином или оксибутинином и десмопрессином; 4-й визит – 3 месяца оксибутинина или оксибутинина и десмопрессина; 5-й и 6-й визит – 1-я группа 4 и 6 месяцев десмопрессина, 2-я группа – 1 или 3 месяца десмопрессина. Статистический анализ результатов выполнен непараметрическим тестом Фридмана согласно критериям П (В) уровня доказательной медицины для рандомизированных небольших (до 50 человек) статистически однородных групп. При анализе результатов лечения детей с ГАМП, энурезом и никтурией в двух статистически однородных группах было выявлено, что применение только М-холиноблокаторов не приводит к полному излечению. При одновременном применении оксибутинина и десмопрессина стабилизация детрузора наступает после 3 месяцев лечения, и при пролонгации приема десмопрессина в виде монотерапии потенцируется действие оксибутинина. Увеличение эффективного объема МП под действием М-холиноблокатора влияет на сокращение количества эпизодов энуреза за одну ночь, но не сокращает количество «мокрых» ночей в неделю. Количество эпизодов энуреза в неделю статистически достоверно уменьшается при сокращении объема ночного диуреза на фоне десмопрессина в течение 3 месяцев, но полное излечение требует пролонгации приема препарата до 6 месяцев. Эффективный объем МП достоверно и равномерно увеличивается только при первичном комплексном назначении десмопрессина и М-холиноблокатора.

Ключевые слова: дети, гиперактивный мочевой пузырь, энурез, никтурия, оксибутинин, десмопрессин.

50 children aged 6–15 years (31 boys, 19 girls) with overactive bladder (OAB), enuresis and nocturia according to Zimnitsky urine test were examined and followed up during the study. As a result of urination act analysis qualimetry was 31 points. The night-time urination was 42–54% of the total daily volume. Taking into account the acute manifestation of OAB and nocturia, the following treatment was prescribed to all patients: oxybutynin (Driptane) and desmopressin (Minirin Melt).

Контактная информация:

Гусева Наталья Борисовна – д.м.н., руководитель городского центра урологии-андрологии и патологии тазовых органов в составе ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», главный научный сотрудник Московского НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, официальный эксперт ICCS в РФ (www.i-c-c-s.org)
Адрес: 123317 г. Москва, Шмитовский проезд, 29
Тел.: (499) 256-21-62, E-mail: guseva-n-b@yandex.ru
Статья поступила 18.01.14, принята к печати 31.01.14.