

Наш опыт лечения гиперактивного мочевого пузыря у детей

И.А. Туренко, А.В. Бухмин

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Расстройства мочеиспускания у детей, так же как у взрослых, столь интимная проблема, что родители часто скрывают данный недуг и ребенок длительное время остается без наблюдения врача и оказания необходимой помощи. Причины нарушения мочеиспускания у детей, которые заставляют родителей обратиться к врачу, разнообразны. Это инфравезикальная обструкция – гипоспадия, клапан мочеиспускательного канала; инфекция мочевыводящих и половых путей (ИМП) – пиелонефрит, цистит, баланопостит, вульвовагинит и нейрогенные расстройства мочеиспускания. Наиболее частый вариант нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей это гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) [1–4].

Уродинамические нарушения формируют и характерную клиническую картину при гиперрефлекторном мочевом пузыре у детей, которая включает в себя синдром императивного мочеиспускания, поллакиурию, императивные позывы, императивное недержание мочи в сочетании с энурезом.

Нами был проведен анализ детей, находившихся на лечении в клинике детской урологии ХМАПО и в отделении психоневрологии института ОЗДП НАМН Украины, где проходили лечение дети с различной пограничной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2007 по 2012 г. под нашим наблюдением походили лечение 196 детей, страдающих гиперактивной дисфункцией мочеиспускания. Подавляющее большинство пациентов были девочки – 163 (83,2%); у мальчиков ГАМП диагностирован в 33 (16,8%) наблюдениях. Возраст детей составил: 5–7 лет – 36 (18,4%); 8–12 лет – 62 (31,6%); 13–17 лет – 98 (50%).

Всем детям проводили общепринятое урологическое обследование, регистрацию ритма и объема мочеиспускания и определение остаточной мочи ультразвуковым методом. При диагностике ГАМП мы учитывали возрастные особенности акта мочеиспускания у детей, а именно:

- Новорожденные и дети до 3 мес мочатся – 25–30 раз в сутки.
- Дети 1-го года – 16 раз в сутки.
- Дети 3 лет – 10 раз в сутки.
- Дети 10–16 лет – 8 раз в сутки.

При этом необходимо учитывать, что количество посещений туалета зависит от конкретных обстоятельств, в которых находится ребенок [6]. В общей сложности поллакиурия наблюдалась у 68 (34,7%) пациентов.

Императивные позывы к мочеиспусканию в нашем наблюдении отмечались у 57 (29,1%) детей. При этом при возникновении позыва к мочеиспусканию для мальчиков характерным было потягивание за половой член, а для девочек внезапное приседание на корточки. Такая реакция объясняется подсознательным использованием бульбо-кавернозного рефлекса с целью подавить внезапную активность детрузора.

Характерным проявлением ГАМП у детей является ночное недержание мочи [7], что в нашем исследовании наблюдалось у 31 (17,7%) ребенка.

У детей дошкольного возраста при гиперрефлексии дет-

рузора наблюдаются выраженные расстройства уродинамики, обусловленные внутрипузырной гипертензией [5]. Следствием этого у ряда пациентов является пузырно-мочеточниковый рефлюкс, который наблюдался у 15 (8,5%) больных, и рецидивирующая ИМП, отмеченная в 37 (21,1%) случаях. При этом у детей после ликвидации инфекции длительное время могут сохраняться императивные позывы, что в свою очередь требует назначения специфической терапии ГАМП.

Для развития нормальной функции удержания мочи и ритма суточного мочеиспускания необходим ряд факторов, среди которых основными являются:

- Развитие нормальной емкости мочевого пузыря.
- Функциональное созревание сфинктера мочеиспускательного канала.
- Формирование рефлекторно-волевого контроля над пузырно-уретральной функцией [8].

Условия, при которых происходило формирование функции мочеиспускания, важны, особенно это касается анамнеза первых лет жизни.

Решающую роль при формировании функции мочеиспускания играют родители. Важно своевременно приучить ребенка к горшку, правильно использовать памперсы, которые в раннем возрасте существенно облегчают уход за ребенком. Сегодня, к сожалению, все чаще приходится иметь дело с родителями, которые привыкли к применению памперсов и поздно отказываются от них. Это в свою очередь приводит к нарушению и запоздалому формированию рефлекса мочеиспускания для которого важно наличие у ребенка так называемой реакции на дискомфорт. В обычных условиях ребенок чувствует, что он мокрый, реагирует беспокойством, и тем самым учится контролировать мочеиспускание, сдерживать позывы, что формирует достаточный объем мочевого пузыря.

При анализе функциональных расстройств мочеиспускания у взрослых было выявлено, что более чем в 25% наблюдений патологическая модель мочеиспускания сформировалась в детском возрасте [1].

Характерными патологическими особенностями мочеиспускания в детском возрасте, приводящими к нарушению опорожнения мочевого пузыря в дальнейшем, являются частые мочеиспускания, т.е. несдерживание легких и средних позывов, стремление реализовать каждый позыв к мочеиспусканию. В конечном счете это приводит к уменьшению физиологической емкости мочевого пузыря.

Следующим фактором является вредная привычка сдерживать мочу. Возникает она вследствие нежелания прервать игру или когда ребенок «спешит мочиться» – мочится лишь в том минимальном объеме, который снижает позыв, оставляя большой объем мочи в мочевом пузыре. Кроме этого, для девочек характерно «ленивое мочеиспускание», когда внутрипузырное давление, необходимое для выделения мочи, создается за счет мышц брюшного пресса, а не за счет сокращения детрузора.

У детей старшего возраста происходит формирование вредных привычек: мочиться на всякий случай, мочиться за компанию и т.д. Поведение человека подчиняется воле мо-

чевого пузыря. В этой связи начальным видом лечения большинства функциональных расстройств является «поведенческая терапия», направленная на отказ от вредных привычек [1].

В настоящее время выделяют следующие подходы к лечению ГАМП у детей:

- Поведенческая терапия.
- Фармакотерапия, которая считается классической в контексте спектра всех видов лечения. Сочетание ее с другими видами консервативной терапии является оптимальным.
- Метод биологической обратной связи.
- Физиотерапия.

Сегодня для фармакотерапии ГАМП применяют в основном препараты, блокирующие связывание ацетилхолина с мускариновыми рецепторами, находящимися в стенке мочевого пузыря (МП) [9]. Это препятствует возникновению непроизвольных сокращений детрузора и уменьшает симптомы urgency, учащенного мочеиспускания и ургентной инконтиненции [10]. Помимо МП как М2-, так и М3-рецепторы, локализируются в других тканях организма. М2-рецепторы обнаруживаются в ЦНС, сердце и пищеварительном тракте, а М3-рецепторы – в слезной железе глаза, слюнных железах, пищеварительном тракте и гладкомышечных волокнах сосудов.

Так как антимускариновые препараты блокируют мускариновые рецепторы во всех тканях, где они расположены, это может привести к таким побочным явлениям, как запоры, сухость во рту, нарушения зрения и т.п. Снизить частоту возникновения побочных эффектов позволило появление селективных препаратов, воздействующих исключительно на М3-рецепторы. В настоящее время на фармацевтическом рынке существует достаточное количество антимускариновых средств, как неселективных (оксибутинин, толтеродин, тропсия хлорид, пропиверин), так и селективных (солифенацин, дарифенацин).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из наиболее часто применяемых при ГАМП препаратов у взрослых в настоящее время является солифенацин. Однако наш опыт показывает положительное влияние солифенацина и на пациентов детского возраста.

Основной курс лечения солифенацином в дозе 5 мг 1 раз в сутки проведен у 98 пациентов. Общий курс лечения составил 4–6 нед.

Через 2 нед после начала терапии поллакиурия прекратилась у 41 (70,7%), а через 6 нед у 46 (79,3%) детей. При наличии императивных позывов лечение через 2 нед было эффективным у 23 (48,9%) детей, а к 6-й неделе число положительных результатов возросло до 38 (80,8%). На фоне лечения ночное недержание мочи прекратилось у 26 (83,9%), однако курс лечения при этом был более длительным от 1 до 3 мес. У 35 (94,6%) детей, ранее имевших частые обострения ИМП, прекратились рецидивы. После проведения курса лечения в 10 (66,7%) случаях ликвидирован ПМР.

ВЫВОДЫ

Солифенацин (Везикар) целесообразно применять для лечения ГАМП у детей, сочетая доказанную безопасность, высокое качество субстанции и доступную стоимость курса. Высокая эффективность и хорошая переносимость позволяют рекомендовать препарат солифенацин (Везикар) для терапии ночного недержания мочи, связанного с гиперактивным мочевым пузырем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугачев А.Г., Ромих В.В. Алферов С.Н. Клинические особенности функциональных нарушений мочеиспускания в детском возрасте // Лечащий врач, №9, 2004. – С. 32–35.
2. Bauer S., Koff S.A., Jayanthi V.R. Voiding dysfunction children and non-neurogenic. Lun.: Walsh PS et al., ed. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia Penna: WB Saunders Co; 2002: 2231–2283.
3. Vega PJM, Pascual L.A. High-pressure bladder: an underlying factor mediating renal damage in the absence of reflux? BJU. Int, 2001, 4, 87 (6), p. 581–584.
4. Castro J., Soares E., Casimiro A., Nogueira G. Bladder malfunction, urinary infection and vesicoureteral reflux in children. Acta Med Port 1998, 7, 11(7), p. 635–642.
5. Бадяева С.А., Кольбе О.Б., Кузнецова Н.И., Лабутина Н.В., Моисеев А.Б., Петросова С.А., Сазонов А.Н. Оценка эффективности применения препарата оксибутинин у детей с гиперактивным мочевым пузырем // Педиатрия, № 4, 2006.
6. Возианов А.Ф., Сейсмивский Д.А., Бекмуратов У. Болезни мочевого пузыря у детей. – К.: Здоров'я, 1992. – 216 с.
7. Казанская И.В. Отпущенникова Т.В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение // Вопр. совр. педиатрии. – 2003. – № 3. – С. 68–70.
8. Вишневецкий Е.Л., Лоран О.Б., Вишневецкий А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. – М.: Тера, 2001. – С. 48–56.
9. Salvatore S, Soligo M, Proietti F, et al. Overactive bladder syndrome: considerations in pharmacotherapy and new perspectives. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;120:129–33.
10. Dmochowski RR, Appell RA. Advancements in pharmacologic management of the overactive bladder. Urology 2000; 56(Suppl. 6A):41–49.