

В целом, полученные результаты свидетельствуют, что локальное применение ЭФР приводит к более раннему восстановлению количественного состава и функциональной активности фагоцитов. Изменение АФ, НСТсп и НСТинд может быть обусловлено падением количества нейтрофилов в периферической крови – основной по количественному составу популяции фагоцитов. Нами обнаружены положительные связи между количеством нейтрофилов в крови и активностью фагоцитоза на 3 сутки ($R = 0,39; p < 0,05$), 7 сутки ($R = 0,54; p < 0,05$) и 14 сутки ($R = 0,46; p < 0,05$) после ТТ, а также между количеством нейтрофилов в крови и НСТсп на 3 сутки ($R = 0,31; p < 0,05$), 7 сутки ($R = 0,37; p < 0,05$) и 14 сутки ($R = 0,48; p < 0,05$) после ТТ. В тоже время, изменение интенсивности НСТ-теста и ИФ свидетельствует о модуляции функциональной активности отдельного фагоцита и отражает снижение стимуляции клеток в ответ на медиаторы воспаления или контакт с поврежденной, а также чужеродной поверхностью. Полагаем, что отмеченные эффекты являются следствием ограничения масштабов альтерации в очаге повреждения и как следствие снижения стимулирующего влияния аутокоидов на миелоидный росток костного мозга, циркулирующие фагоциты и другие мишени в ходе ответа острой фазы.

Таким образом, при экспериментальной ТТ локальное применение ЭФР приводит к снижению выраженности нейтрофильного лейкоцитоза, коррекции лимфоцитопении, снижению поглотительной и спонтанной киллинговой активности фагоцитов на 3–14 сутки наблюдения. Полученные данные расширяют современные представления об иммунорективности организма при ТТ, а также сведения о механизме локального действия ЭФР в очаге ТТ и являются предпосылкой для разработки в комбустиологии новых лекарственных форм как ЭФР, так и других эндогенных иммуномодуляторов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

Нестеренко О.В., Горемыкин В.И.,
Елизарова С.Ю., Сидорович О.В.

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского», Саратов,
e-mail: ronikia@gmail.com*

Цель работы: разработка алгоритма дифференцированной терапии детей с первичным ночным энурезом (ПНЭ), адаптированного к общепедиатрическим лечебно-профилактическим учреждениям.

Материалы и методы. В ходе работы были обследованы 234 ребенка 5–15 лет, из них

с ПНЭ 198 детей и 36 здоровых детей, составивших контрольную группу.

Результаты работы. Показания к включению тех или иных средств и методов лечения, т.е. формирование индивидуальных алгоритмов терапии, представлены в табл. 1. Физиотерапевтическое лечение подбиралось каждому ребенку индивидуально в зависимости от диагностированной дисфункции нижних мочевых путей и типа вегетативной дистонии. [1, 3, 7]. Назначение М-холинолитиков (дриптан, спазмекс) проводилось только детям с выявленным гиперрефлекторным и/или неадаптированным мочевым пузырем [4, 6]. В качестве одного из компонентов комплексной программы лечения ноотропные препараты целесообразно назначать детям с объективно выраженной ММД. Коррекция психовегетативных нарушений у детей проводилась в форме рациональной и семейной психотерапии и носила сугубо индивидуальный характер [2, 8].

Первую контрольную группу составили дети, которые получали терапию в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. Вторая контрольная группа была составлена из узкой категории детей, лечение которым удалось приблизить к объему терапии, рекомендованному в стандарте.

Оценка результатов лечебной программы производилась через 2 и через 6 мес. Катамнестическое наблюдение за детьми длилось 1,5–3 года. Лучший клинический результат (выздоровление – у 73,1% и улучшение – у 19,4%) мы получили у детей, которым проводили комплекс рекомендуемых мероприятий – психологическое консультирование, рациональную и семейную психотерапию, медикаментозную коррекцию, физиотерапию и лечебную гимнастику, мочевой будильник, причем этот комплекс применялся нами дифференцированно, т.е. в зависимости от выявленных нарушений. Лечение этим детям осуществлялось в соответствии с разработанным нами алгоритмом. Несколько ниже была эффективность лечения у тех детей, терапия которых была максимально приближенной к стандарту, однако без учета индивидуальных особенностей каждого ребенка. Так, выздоровление было отмечено у 55,6% детей, улучшение – у 22,2%. Самыми низкими были результаты лечения детей в амбулаторно-поликлинических условиях с использованием не более 3 методов из рекомендуемых (выздоровление – у 35% детей, улучшение – у 20% и отсутствие эффекта – у 45%).

Заключение. Индивидуальную лечебную программу с обязательным включением alarm-control ребенку с ПНЭ следует подбирать после выполнения рекомендуемого комплекса диагностических мероприятий и в зависимости от выявленных нарушений составлять алгоритм лечения. Основной задачей при этом является

ся обеспечение комплексного лечения энуреза с учетом характерных для каждого больного особенностей уродинамики нижних мочевых путей, состояния центральной нервной систе-

мы, вегетативного и психологического статуса, нарушений семейных взаимоотношений. [5,8]

Алгоритм дифференцированной терапии ПНЭ у детей

Характер выявленных нарушений	Критерии нарушения	Вид терапии
1. Независимо от выявленных нарушений		Alarm-контроль
2. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – гиперрефлекторный тип	Уменьшение физиологического объема мочевого пузыря более чем на 10% от возрастной нормы; увеличение кол-ва мочеиспусканий на 1/3 и более от возрастной нормы; стремительный тип УФМ кривой	Физиолечение (ФЛ): атропин-амплипульс курсом 10 процедур; атропин-электрофорез; синусоидально-модулированные токи (СМТ) в импульсном режиме N10; парафино-озокеритовые аппликации N10 2-3 курса с перерывом 10 дней. Медикаментозная терапия (МТ): дриптан по 5 мг 2-3 раза в сутки 1-3 мес. Лечебная физкультура (ЛФК): курс для укрепления мышц таковой диафрагмы; курс гимнастики по Кегелю – 1 мес.
– гипорефлекторный тип	Увеличение физиологического объема мочевого пузыря более чем на 10-20% от возрастной нормы; число мочеиспусканий в сутки 4 и менее при увеличенном их объеме; снижение средней и пиковой скорости на УФМ	Режим принудительных мочеиспусканий. ФЛ: СМТ в импульсном режиме; прозерин-амплипульс N10; прозерин-электрофорез N 10-12. МТ: пикамилон 1,5-3 мг/кг/сут 1,5 мес, адаптогены 2 мес.
– детрузорно-сфинктерная диссинергия	Наличие 2 и более пиков на УФМ кривой	ФЛ: СМТ N 10-15; парафино-озокеритовые аппликации на область мочевого пузыря N 20-30. МТ: дриптан 5 мг 2-3 раза/сутки 1-3 мес; пантогам 20-50 мг/кг/сут 2-3 мес.
3. ММД	По тесту Тулуз-Пьерона точность выполнения ниже возрастной нормы на 20%; сочетание снижения скорости выполнения и точности на 10% каждого показателя.	МТ: ноотропные препараты: пикамилон 1,5-3 мг/кг/сут 1,5-2 мес; фенибут по 50-150 мг 2-3 раза/сутки 1-2 мес; пантогам 20-50 мг/кг/сут 2-3 мес.
4. Психологические нарушения	При балльной оценке проективных тестов: – тревога – агрессия – защита	Рациональная и семейная психотерапия (кол-во сеансов подбирается индивидуально). Лечебно-охранительный режим. ЛФК с использованием общеукрепляющего комплекса 1 мес. МТ: санасон, персен, новопассит 2-4 нед.
5. Нарушение семейных взаимоотношений и типов семейного воспитания	Выявление патологических типов семейного воспитания: – гиперопека; – гипоопека; – эмоциональное отвержение; – жестокое обращение.	Рациональная и семейная психотерапия. Музыкотерапия. Сказкотерапия. Арттерапия.
6. Вегетативные дисфункции	Сочетание исходного ваготонического тонуса с гиперсимпатикотонической реактивностью.	ФЛ: гальванизация воротниковой зоны N10-12; дарсонвализация волосистой части головы N 10-12. МТ: глицин по 0,05-0,1 2-3 раза/сут 1,5-2 мес; лимонтар по 0,125-0,25 2 раза/сут 2-4 нед.

Список литературы

1. Коровина Н.А., Гаврюшова А.П., Захарова И.Н. Протокол диагностики и лечения энуреза у детей. – М., 2000. – 24 с.
 2. Малаховский Ю.Е., Баркаган Л.З., Педанова Е.А. Первичный ночной энурез у детей // Педиатрия. – 2002. – №6. – С. 92–98.
 3. Нахимовский А.И. Симптоматическая психотерапия и ее эффективность при недержании мочи и кала у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1983. – 19 с.
 4. Малаховский Ю.Е., Баркаган Л.З., Педанова Е.А. Первичный ночной энурез у детей // Педиатрия. – 2002. – №6. – С. 92–98.
 5. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. – СПб.: Левша-Спб., 2008.
 6. Neveus T., Lackgreen G., Tuvemo T. Sleep and night-time behaviour of enuretics and non-enuretics // Brit. J. of Urol. – 1998. – Vol. 81. Suppl. 3. – P. 67–71.
 7. Sillen U. Treatment system nocturnal enuresis // Pediatr. Nephrol. – 1999. – Vol. 13. – P. 355–361.
 8. Tryggve Nevéus. Nocturnal enuresis—theoretic background and practical guidelines. Pediatr Nephrol. – 2011. – №26. – P. 1207–1214.