

В процессе исследования установлены значимые корреляции между состоянием нижних мочевых путей и толстой кишки, проявляющиеся формированием органической патологии в толстой кишке, внутренних органах.

Два типа патогенетических механизма энуреза требуют принципиально различных подходов к обследованию, лечению и диспансеризации.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНУРЕЗОМ И ЭНКОПРЕЗОМ

Малых А.Л.

*МУЗ "Центральная клиническая медико-санитарная часть", кафедра семейной медицины Ульяновского государственного университета,
Ульяновск*

Принятие программы Государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и внедрение бюджетно-страховой модели здравоохранения, потребовало разработки протоколов обследования и лечения основных распространенных заболеваний. Это в полной мере относится к энурезу и энкопрезу. Авторы публикаций по данной проблеме предполагают различные варианты протокола этой патологии (Н.А. Коровина с соавторами 2001; И.В. Казанская, Н.Н. Заваденко, 2005). Несмотря на высокую степень детализации, в них не учитывается ряд важных диагностических моментов, в т.ч. взаимовлияние м взаимосвязь расстройств моче и каловыделения, а излишняя громоздкость диагностических программ делает их применение неудобным в практической деятельности и значительно повышает стоимость предлагаемого объема обследования.

В связи с этим, цель настоящего исследования определить дифференцированную программу обследования пациентов с энурезом и энкопрезом.

Объем выборки - 300 (основная группа - 250 пациентов с дисфункцией, контрольная группа 50 детей), в возрасте от 5 до 18 лет, соотношение мальчиков и девочек 3,5 : 1. Критерии исключения из исследования - пациенты с тотальным недержанием мочи (частота энуреза 4 -5 раз в сутки), тяжелая форма болезни Гиршпрунга.

Дизайн исследования. В обеих группах анализировали анамнез заболевания и результаты обследования. Протокол, которого включал в себя, УЗИ органов брюшной полости, мочевого пузыря, доплерографию почечных артерий и чревного ствола, нейросонографию, колокопроктодефектоскопию (КПДС), динамическую электромиографию с определением 3-х параметров внутриректального давления, биохимические исследования крови.

Катамнез исследования составил от 5 до 10 лет.

А. В процессе обследования 4-хкратно оценивали показатели гемодинамики тонуса почечных сосудов и состояние кровенаполнения по доплеровским показателем: индекс резистентности, пульсационный индекс, средняя и максимальная скорости тока крови.

Акушерский и генетический анамнез анализировался по медицинской документации и специальному

опроснику у детей с различными формами энуреза и энкопреза и степенью тяжести заболевания.

Статистическая обработка результатов исследования включала методы описательной и сравнительной статистики, корреляционный анализ. Обработку данных проводили с помощью непараметрических тестов (пакет статистических программ "Statistica 6.0").

Полученные результаты и обсуждение.

Анализ проведенного обследования показал, что 68,5 % пациентов для установки основных патогенетических проявлений заболевания было достаточно базового уровня обследования. Вторая группа - 31,5 % пациентов требовали расширенного (повышенного) уровня диагностики. В данный протокол обследования необходимо было включить дополнительные методы: КПДС, внутриректальную манометрию и электромиографию, биохимическое исследование крови. Все это повысило стоимость обследования на 27,3 %.

Кроме того, проводимая неэффективная терапия у 25,7 % пациентов с базовым уровнем обследования, потребовала дополнительных методов диагностики, а выявленная у них в 64,2 % патология толстой кишки и других органов, требовала коррекции в программе лечения. Эти пациенты были переведены в группу повышенного уровня диагностики.

Анализ зависимости индекса резистентности от максимального внутриректального давления по Фалгерстрему была достаточно выражена ($8,9 \pm 2,76$ балла) и значительно выражена между размерами печени и уровнем щелочной фосфатазы у детей с повышенным объемом обследования ($9,7 \pm 2,93$ балла). После проведенного обследования и лечения у детей I диагностической группы, достоверно снижался индекс резистентности и повышался уровень кожных потенциалов мышц тазового дна при гиперрефлекторном типе дисфункции мочевого пузыря ($P < 0,05$).

Выводы: Проведенное исследование позволило выделить II типа протокола обследования у детей с энурезом и энкопрезом. Первая группа больных - 68,5 % требовала только базового объема обследования. Эти пациенты могут проходить лечение у педиатра, течение данного типа заболевания доброкачественное, стоимость диагностического протокола на 27,3 % ниже, чем у больных II группы. Наличие у обследованных детей наследственной отягощенности, в анамнезе натальной травмы, гиперрефлекторного типа дисфункции мочевого пузыря, сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, сопровождающаяся повышением биохимических показателей крови, прогностически неблагоприятна для прогноза заболевания и требует углубленного обследования по II типу и соответствующей программы реабилитации у врача-уролога.