

Абаева А.Б.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.В. Абаева

THERAPEUTIC APPROACHES OF TREATMENT OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM'S DEFEATS AT CHILDREN WITH A TERMINAL STAGE OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

УДК: 616.83-091-08:616.61-008.64]-053.2

Разработаны основные подходы к лечению поражений центральной нервной системы у детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих лечение программным гемодиализом, основанных на учете генеза почечного заболевания. Эффективность дифференцированной терапии в 4,75 раза ($P=0,043$) больше, чем при недифференцированном лечении.

The basic approaches to treatment of the central nervous system's defeats at children with a terminal stage of chronic renal insufficiency, receiving treatment by program hemodialysis, based on the account of genesis of the nephritic disease are developed. Efficiency of the differentiated therapy in 4,75 times ($P=0,043$) more than at not differentiated treatment.

Терминальная стадия хронической почечной недостаточности, требующая терапии программным гемодиализом, сопровождается тяжелыми нарушениями со стороны центральной нервной системы, сопровождаемыми высоким риском летальных исходов, ухудшением качества жизни больных. Кроме непосредственного влияния уремических токсинов, на развитие осложнений со стороны центральной нервной системы оказывает неблагоприятное действие артериальная гипертензия, формирующая дисциркуляторный компонент энцефалопатии, а также непосредственное влияние гемодиализной терапии, приводящее к колебанию уремических «шлаков» до и после сеанса диализа в 2,5-3,3 раза и сопровождаемое развитием дисэквилибриум-синдрома и судорожных припадков [1].

Цель исследования: разработать подходы дифференцированной терапии поражений центральной нервной системы у детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих лечение программным гемодиализом, с учетом генеза почечной патологии.

Материалы и методы исследования: объектом исследования явились 44 ребенка с ТХГШ в возрасте от 6 до 17 лет, получающих лечение программным гемодиализом в условиях отделения экстракорпоральной детоксикации Республиканской детской клинической больницы «Аксай» г. Алматы, республика Казахстан. Среди исследуемых больных, группа врожденных аномалий развития мочевыделительной системы (группа №1) составила 23 человека (52,27%); группа гломерулярных почечных заболеваний (группа №2) - 21 человек (47,73%).

Протокол лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности у детей (код по

международной классификации болезней - N18) №11-119а, применяемый в отделениях нефрологии и экстракорпоральной детоксикации Республиканской детской клинической больницы «Аксай», не предусматривает клиничко-инструментальное обследование больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности для выявления неврологической патологии; в протоколе отсутствуют препараты для патогенетического лечения осложнений со стороны нервной системы (за исключением карбамазепина). Больным с данной патологией в отделении детоксикации проводилось недифференцированное лечение, применяемое лишь при явных клинических осложнениях, в частности развившихся острых нарушений мозгового кровообращения.

При применении разработанного подхода к терапии, основанного на данных комплексного клиничко-инструментального обследования (клиничко-лабораторные показатели крови, данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии, нейроофтальмологического осмотра, ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга, нейропсихологического и вегетативного статуса) больные с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, в качестве терапии осложнений со стороны центральной нервной системы получали: ней-ропротекторы (цитиколин); витамины группы В; ноотропы (пирацетам - при условии отсутствия судорожного синдрома); противосудорожные (вальпроевая кислота) и антидепрессанты (тофизопам) по показаниям - в средних возрастных дозировках.

Применение в качестве нейропротекторной терапии цитиколина независимо от нозологической группы, приведшей к развитию терминальной стадии хронической почечной недостаточности, основано на эксайтотоксическом действии уремических токсинов, нарушении обмена фосфолипидов при данной патологии. Наличие у больных астенического синдрома умеренной и выраженной степени, обосновывают применение ноотропов - пирацетама, при условии отсутствия приступов судорог в клинической картине, независимо от нозологической группы. Учитывая потерю витаминов через мембрану диализата, обосновано применение витаминов группы В, которые регулируют обмен углеводов и аминокислот, способствуют нормализации липидного обмена, оказывают большое влияние на кроветворение, водный обмен и необходимы для образования ацетилхолина. Наличие частых приступов судорог обосновывают применение противосудорожных препаратов

(вальпроевая кислота) по показаниям, независимо от нозологической группы. Выбор вальпроевой кислоты основан на ее широком спектре действия - основной противосудорожный механизм связан с повышением содержания ГАМК в центральной нервной системе, в результате чего снижается возбудимость и судорожная готовность моторных зон головного мозга; улучшает психическое состояние и настроение больных. В качестве антидепрессанта обосновано применение тофизопама по показаниям, независимо от нозологической группы, антидепрессивный эффект которого основан на взаимодействии с бензодиазепиновыми рецепторами, повышении чувствительности ГАМК-рецепторов к медиатору, усилении ГАМК-миметических процессов в головном мозге.

Установленные наблюдения показывают ряд различий поражений центральной нервной системы при гломерулярной почечной патологии и врожденных аномалиях развития мочевыделительной системы, требующих применения дифференцированных подходов в диагностике и терапии. Данные различия могут быть объяснимы непосредственно патогенетическими особенностями нозологий. В связи с этим, адекватная терапия неврологических осложнений возможна лишь с учетом нозологической группы, приведшей к развитию.

Учитывая данные клинического осмотра, выявляющие преобладание в группе №1 головной боли по венозному типу (73,91%); данных нейроофтальмологического осмотра в виде нечасто диагностируемых изменений дисков зрительных нервов (в 60,87% диски зрительных нервов соответствовали нормальным показателям); преобладание венозного стаза (расширение вен - 34,78%; полнокровие вен - 30,43%); преобладание дистонического типа кровотока (58,33%) по данным ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга - в качестве препарата выбора сосудистой терапии обосновано применение гинкго-билоба. Выбор данного препарата основан на избирательном вазорегулирующем действии на всю сосудистую систему. Учитывая данные нейроофтальмологического осмотра в виде 100% диагностики патологии дисков зрительных нервов; преобладание спазма сосудов (спазм артерий - 66,67%, спизм вен - 47,61%; наличие гемодинамики по гипертоническому типу (31,5%) - в качестве препарата выбора сосудистой терапии в группе №2 обосновано применение препарата вин-поцетин. Выбор данного препарата основан на следующих эффектах: противовазоконстрикторное влияние, приводящее к усилению мозгового кровотока, гемореологическая активность, протективное действие, положительное влияние на состояние сосудистой стенки за счет предупреждения кальцификации артерий, снижение судорожной готовности мозга.

Регресс общемозгового синдрома на фоне дифференцированной терапии отмечается у 47,81% больных в группе №1, и у 39,33% - в группе №2; улучшение психоэмоционального фона - у 67,32% в группе №1 и у 58,71% - в группе №2; улучшение мнестических функций - у 54,60% в группе №1 и у 47,16% - в группе №2; уменьшение судорожного синдрома - у 37,92% в группе №1 и у 31,22% - в

группе №2; дисэквilibrium-синдрома - у 37,85% в группе №1 и у 33,08% - в группе №2.

Изучение в группе №1 и №2 эффективности терапии традиционным способом и с применением предложенного подхода показало, что в группе №1 как хорошие, так и удовлетворительные результаты получены у одинакового количества больных (4,76% и 14,29%, соответственно), неудовлетворительные - у 33,33% и 28,57% соответственно; в группе №2 хорошие и удовлетворительные результаты несколько преобладают при предложенном способе терапии (17,39% против 13,04%), хотя неудовлетворительные результаты наблюдаются у 8,70% против 4,35% больных в группе №1, что, возможно связано с тяжестью состояния больных с гломерулярной почечной патологией. Однако, сравнение эффективности терапии в изучаемых группах показало, что данные групп статистически достоверно не различаются ($P > 0,05$), что позволило рассматривать их в совокупности.

Установлено, что у больных с при традиционной терапии хорошие результаты лечения отмечаются у 9,52% больных, удовлетворительные - у 28,57%, тогда как при дифференцированном подходе к терапии с учетом данных комплексного клинико-инструментального обследования хорошие результаты получены у 30,43% больных ($P=0,229$), удовлетворительные - у 56,52% ($P=0,362$). Отсутствие статистически достоверных различий можно объяснить малочисленностью количества больных в обследуемых группах, хотя наблюдается положительная тенденция к улучшению результатов лечения (в 1,98-3,20 раза) при применении предлагаемого подхода к терапии. Неудовлетворительные результаты отмечены: при недифференцированной терапии у 61,90%, при дифференцированной - у 13,04%, что улучшает эффективность последней в 4,75 раза ($P=0,043$).

Полученные данные показывают возможности комплексного подхода в улучшении эффективности лечения у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности и снижении неудовлетворительных результатов.

Статистически значимые различия, выявленные при разных способах терапии, свидетельствуют об эффективности разработанного подхода к терапии с включением комплексного обследования больных для диагностики осложнений в динамике проводимого хронического диализа.

Применение комплексных инструментальных методов обследования позволяет получить совокупное представление о состоянии нервной системы. Так, нейровизуализационные исследования (в частности, компьютерная томография головного мозга), позволяет оценить структурные изменения мозгового вещества и желудочков; нейроофтальмологический осмотр позволяет косвенно оценить кровоснабжение мозговой ткани; ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга позволяет определить тип мозгового кровотока; электроэнцефалография оценивает степень нарушения корковой ритмики, выявляет наличие специфической эпилептиформной и патологической активности. Включение нейровизуализационного обследования и нейроофтальмологического

осмотра позволяют контролировать дисциркуляторные нарушения и предупредить развитие острых нарушений мозгового кровообращения (а в случае их развития оценить динамику проводимой терапии); электроэнцефалография - своевременно диагностировать уремическую энцефалопатию и эпилептиформную активность с последующей оценкой адекватности противосудорожной и нейропротекторной терапии. Тщательное исследование нейропсихологического статуса необходимо для назначения ноотропной терапии и выбора программы обучения, а исследование вегетативного статуса позволяет определить компенсаторные возможности организма и может использоваться в качестве предиктора риска развития тяжелых осложнений со стороны центральной нервной системы. Кроме того, учитывая непосредственное влияние содержания уремических токсинов (креатинин, мочевины, остаточный азот) на тяжесть клинического состояния больного и степень поражения нервной системы, приводящих к летальности, необходимо использовать клиничко-лабораторные методы исследования крови для определения концентрации азотистых шлаков в динамике проводимого гемодиализа с целью предотвращения - тяжелых неврологических осложнений.

Диагностика неврологических осложнений терминальной стадией хронической почечной недостаточности должна осуществляться с применением вышеперечисленных комплексных методов исследования, что предполагает целесообразность включения штатной единицы невролога в структуру отделений экстракорпоральной детоксикации для оказания

своевременной квалифицированной помощи больным с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, позволяя увеличить качество и продолжительность жизни до момента почечной трансплантации.

Кроме лекарственной терапии, в предотвращении осложнений со стороны нервной системы у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, важное значение имеет соблюдение охранительного режима, использование щадящей программы обучения с учетом изменений в нейропсихологическом статусе, проведение коррекционных занятий с психологом по показаниям для рациональной психотерапии депрессивного синдрома и, в последующем, проходить плановый осмотр у невролога не реже 1 раза в месяц.

Заключение: таким образом, разработанные дифференцированные подходы к диагностике и терапии осложнений со стороны центральной нервной системы у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, позволяют своевременно диагностировать неврологические осложнения и назначить адекватную терапию в терминальной стадии хронической почечной недостаточности с учетом ведущих звеньев патогенеза, предотвращая летальные исходы, что в итоге, способствует улучшению качества жизни больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

Литература:

1. Чупрасов В.Б. Программный гемодиализ. - СПб: ООО "Изд-во "Фолиант", 2001. - 256 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Тобокалова С.Т.