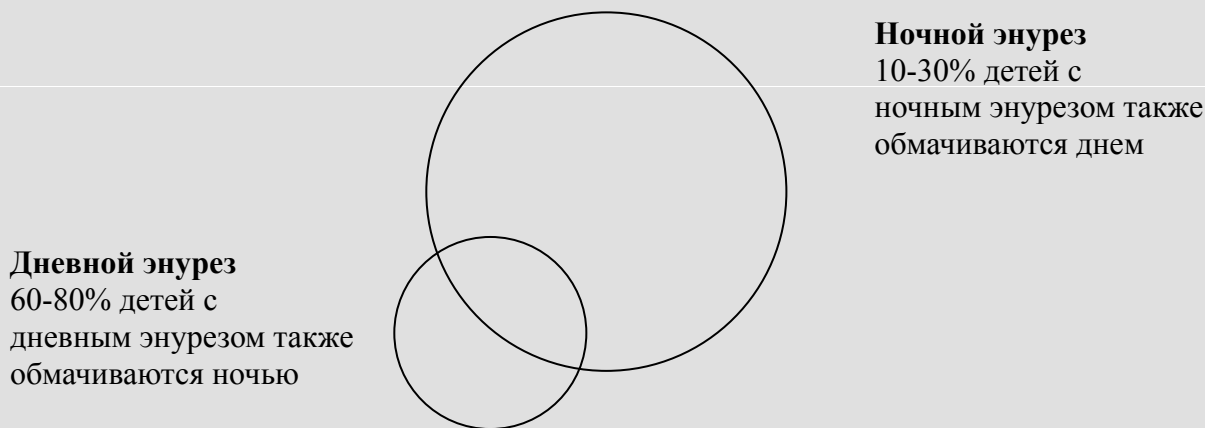


## Глава 17 ЭНУРЕЗ

Несмотря на то, что энурез иногда считают психическим расстройством, и некоторые родители думают, что он обусловлен глубинными эмоциональными проблемами, чаще это проблема привычки или развития, а не психического здоровья. И хотя многих детей с энурезом до сих пор направляют к специалистам по психическому здоровью, которые знакомы с поведенческими подходами, не стоит забывать, что часто те же самые поведенческие подходы могут столь же эффективно применять и другие специалисты, например профессиональные патронажные сестры. Важно отличать *ночной энурез* (обмачивание постели) от *дневного* (обмачивания днем). Ночной и дневной энурез различаются в нескольких отношениях, и, по-видимому, экзаменационные вопросы часто построены так, чтобы завалить тех, кто их путает. Мальчики больше подвержены ночному энурезу, а девочки - дневному. Ночной энурез встречается чаще, чем дневной, и менее вероятно связан с инфекциями мочевых путей и психическими расстройствами (см. вставку 17.1).

### Вставка 17.1 Перекрытие и относительная распространенность ночного и дневного энуреза



### Первичный и вторичный

Когда у ребенка никогда не было нормального контроля над мочевым пузырем, говорят, что у него *первичный энурез*. В противоположность этому, когда ребенок приобретает контроль над мочевым пузырем, по меньшей мере, на шесть месяцев, а затем его снова утрачивает, говорят, что у него *вторичный энурез*. Такого рода рецидив чаще всего встречается в возрасте пять или шесть лет, и редко - после 11 лет. Первичный и вторичный энурез одинаково часто сопровождаются положительной историей заболевания в семье, но определенно различаются в других отношениях: при вторичном энурезе хуже прогноз, и, скорее всего, выше вероятность сопутствующего психического расстройства.

### Распространенность

В таблице 17.1 показана распространенность ночного энуреза в исследовании на острове Уайт. Появление преобладания мужского пола отражает два процесса:

- (1) Лица мужского пола медленнее достигают сухости (у них более медленное разрешение первичного энуреза).
- (2) У лиц мужского пола чаще возникают рецидивы (они больше подвержены вторичному энурезу).

**Таблица 17.1** Распространенность ночного энуреза, происходящего раз в неделю или чаще (Rutter *et al.*, 1970)

Возраст	Распространенность	Соотношение мужского:женского пола
5	13%	1:1
7	5%	1,4:1
9	2,5%	1,6:1
14	0,8%	1,8:1

После семи лет вторичный энурез встречается чаще, чем первичный.

Дневной энурез, происходящий, по меньшей мере, раз в неделю, поражает 2% пятилетних, во всех возрастах преобладает женский пол.

### **Ключи к этиологии: доказанные связи**

- (1) У 70% пораженных детей *семейная история заболевания*: по меньшей мере, у одного родственника первой степени – энурез. В исследованиях сцепления установлены возможные локусы предрасположенности. Вероятность семейной истории заболевания одинакова при первичном и вторичном энурезе, а также при сопутствующих психиатрических проблемах и без них.
- (2) Энурезу сопутствуют *инфекции мочевых путей* (ИМП), особенно у девочек. Так, среди пятилетних девочек бессимптомные ИМП имеются примерно у 1%, а при наличии энуреза – у 5%. Вероятность сопутствующих ИМП даже выше, если энурез дневной или особенно частый.
- (3) *Стрессирующие события жизни* в возрасте от трех до четырех лет сопровождаются удвоенным риском энуреза. Существенные события включают распад семьи, разлуку ребенка с матерью, по меньшей мере, на один месяц, переезд, рождение сиблинга, госпитализацию и несчастные случаи. Особенно связана с обмачиванием постели повторная госпитализация. Сексуальному насилию сопутствует вторичный энурез.
- (4) Энурезу сопутствует *социальное неблагополучие*: более низкий социально-экономический статус, теснота в доме, а также воспитание в учреждении.
- (5) *Другие проблемы развития*, включая задержку речи и моторики, среди детей с энурезом встречаются в два раза чаще, чем среди контрольных.
- (6) *Приучение к туалету*, начавшееся после 20 месяцев, сопровождается повышенной частотой энуреза в последующем. Помимо этого, роль специфических способов приучения к туалету неясна. Наверное, нежелательно жесткое приучение, поскольку оно причиняет ребенку больше огорчений, но нет никаких свидетельств о том, что оно чаще приводит к энурезу.
- (7) Некоторые дети с энурезом *ночью вырабатывают больше мочи*, чем контрольные, несмотря на нормальный уровень антидиуретического гормона; возможно, это указывает на ночную нечувствительность почек.

### **Три маловероятные причины**

- (1) Если в истории отсутствуют отчетливые сведения о других мочевых симптомах, таких как недержание в виде непрерывного подтекания или очень слабая струя, очень маловероятно, что энурез обусловлен *структурными аномалиями мочевых путей*, такими как стеноз или эктопический мочеточник. Функциональная способность мочевого пузыря может быть сни-

жена, но это обусловлено не меньшей растяжимостью мочевого пузыря, а тем, что легче ощущается позыв помочиться. Имеются некоторые данные о том, что у детей с энурезом задержано созревание шейки мочевого пузыря.

- (2) Ночной энурез – не проблема *глубокого сна*. Энурез может возникать на любой стадии сна. Дети с энурезом не спят необычно глубоко, полный мочевой пузырь может приводить к нормальному переходу от глубокого сна к легкому, и в некоторых случаях причиной энуреза может быть недостаточное пробуждение от легкого сна.
- (3) Несмотря на то, что эпилептический припадок может включать недержание мочи, нет никаких свидетельств о том, что обычный энурез является *эпилептическим эквивалентом*. У детей с энурезом аномальная ЭЭГ бывает не чаще, чем у других детей.

### Связь с психиатрическими проблемами

Связь между энурезом и психиатрическими проблемами отчетливо продемонстрирована в эпидемиологических выборках, так что эта связь - не просто артефакт, обусловленный тенденцией направления к врачу. Частота психических расстройств у детей с энурезом примерно в два – шесть раз выше, чем у контрольных, однако важно помнить, что более половины всех детей с энурезом психически нормальны. Психическое расстройство с большей вероятностью возникает у девочек, когда энурез дневной, а не ночной и когда имеются сопутствующие проблемы развития. Наверное, его вероятность больше, когда энурез вторичный, а не первичный. Оно не связано с частотой обмачивания, а также с наличием или отсутствием семейной истории заболевания. Психические расстройства у детей с энурезом не отличаются спецификой: как и в обычной детской психиатрической практике, у них преобладают поведенческие и эмоциональные расстройства. Связь между энурезом и психическим расстройством может отражать три вида причинных механизмов:

- (1) ***Психиатрические проблемы вызывают энурез***. Некоторые дети чаще мочатся в постель, когда тревожатся, например после того, как впервые пошли в школу. С другой стороны, некоторые дети с энурезом могут реже мочиться в постель, когда тревожатся, например, когда спят в чужой постели. В одном проспективном исследовании определенно показано, что у детей с вторичным энурезом эмоциональные и поведенческие проблемы до возникновения энуреза встречались чаще, чем в контрольной группе.
- (2) ***Энурез вызывает психиатрические проблемы***. В нескольких исследованиях показано, что и естественная ремиссия, и успешное лечение энуреза сопровождаются снижением частоты психиатрических проблем. Тем не менее у детей, чей энурез разрешился, частота психиатрических проблем остается выше, чем у контрольных.
- (3) И энурез, и психиатрические проблемы возникают в результате ***действия третьего фактора***, например социального неблагополучия или проблем биологического развития. В целом это наиболее обоснованный причинный механизм, хотя для некоторых детей, вероятно, важны и два других.

### Оценка

Всегда необходимо собрать детальную историю обмачивания и всех других урологических симптомов, а также послать образец мочи на микроскопию и посев. При простом энурезе, не сопровождающемся какими-либо другими урологическими симптомами, нет необходимости в физическом осмотре и урологическом обследовании. Расспросите обо всех сопутствующих психиатрических проблемах, и не забудьте специально спросить о фекальном загрязнении. Важно

спросить о факторах, влияющих на выбор лечения. Что уже испробовала семья? Насколько ребенок стремится стать сухим? Стремятся ли родители участвовать в лечении, например вставать среди ночи, чтобы посмотреть, как ребенок меняет простыни и переустанавливает будильник от энуреза? Главная озабоченность – по поводу ночей, проводимых вне дома? Если так, то может быть все, что требуется – это временное подавление энуреза с помощью лекарственных препаратов.

## Прогноз

Плохие прогностические факторы при ночном энурезе - мужской пол, низкий социально-экономический статус, энурез вторичный, а не первичный, а также обмачивание постели каждую ночь, а не периодическое. Во время полового созревания у 2-5% детей все еще имеется энурез, однако на протяжении подросткового возраста продолжается самопроизвольное разрешение; и примерно у 1-3% взрослых имеется трудноизлечимый энурез.

## Лечение

Поскольку неосложненный энурез лучше всего рассматривать как расстройство развития, а не психическое расстройство, это вполне соответствует тому, что профессиональная помощь обычно приходит от патронажных сестер, врачей общей практики и педиатров, а не от специалистов по психическому здоровью детей. Какой бы ни был привлечен специалист, если ребенку меньше пяти или шести лет, часто бывает достаточно заверить родителей, что ночной энурез встречается часто и обычно проходит с возрастом. Меры здравого смысла: ограничить жидкость перед отходом ко сну и разбудить ребенка поздним вечером, чтобы сходить в туалет перед тем, как родители пойдут спать. Однако неясно, насколько полезны эти меры здравого смысла. Во всяком случае, перед тем, как решиться привести своего ребенка к специалисту за помощью, большинство родителей уже испробовали поднимание ребенка и ограничение жидкости, но безуспешно.

Доказана ценность и поведенческих, и фармакологических методов лечения энуреза. С точки зрения поведения важно, чтобы родители неумышленно не поощряли энурез и тем самым не подкрепляли бы его, например, позволяя ребенку спать с родителями, как только его собственная постель станет мокрой. Необходимо подчеркивать похвалой, вниманием и другими вознаграждениями сухие ночи, а не критикой и наказанием - мокрые. Часто бывает, что для излечения энуреза вполне достаточно в течение месяца держать настенную карту мокрых и сухих ночей, чтобы ребенок отмечал звездой каждую сухую ночь. Не доказана ценность обучения контролируемому удержанию, при котором ребенка обучают все дольше и дольше задерживать мочеиспускание.

Если энурез продолжается, и семья достаточно мотивирована, наиболее успешная поведенческая методика, приводящая к длительному излечению, – это *будильник от энуреза*. Мочеиспускание запускает звонок, который будит ребенка. В современных устройствах в пижаму или трусы помещается небольшая прокладка, а будильник ребенок носит в кармане или на ремешке на запястье. Ожидается, что когда будильник зазвонит, ребенок встанет, сходит в туалет и, если необходимо, сменит пижаму и простыни (с помощью родителя, если это нужно). Часто сообщают об излечении в 60-80%, при этом дети обычно достигают 14 последовательных сухих ночей на втором месяце лечения (хотя детям с тяжелой недостаточной обучаемостью может потребоваться до шести месяцев). Вероятность излечения не зависит от того, первичный энурез или вторичный, а также от наличия или отсутствия семейной истории заболевания. Эффективность лечения ниже при высоком уровне семейного стресса, когда ребенок обмачивается также и днем, имеет психическое расстройство и не озабочен энурезом. Примерно у трети детей, действительно ставших сухими при использовании будильника, впоследствии возникает рецидив, и они в течение года после прекращения лечения снова начинают довольно часто мочиться в постель. Есть некоторые данные о том, что частота рецидивов может быть значительно снижена с

помощью методики «сверхобучения»: как только ребенок научился быть ночью сухим, его поощряют к тому, чтобы перед сном пить большое количество жидкости, и продолжают пользоваться будильником от энуреза до тех пор, пока ребенок не станет «сухим», несмотря на нагрузку жидкостью.

Как действует будильник от энуреза, если говорить в поведенческих терминах? Здесь есть элементы классического обусловливания: звук звонка (безусловный стимул) приводит к пробуждению, и со временем желание помочиться (условный стимул) тоже приведет к пробуждению. Здесь также есть элементы инструментального обусловливания: звук звонка – это, в некоторой степени, неприятный стимул и ребенок обучается избегать его, не мочась в постель. И, наконец, теоретики социального обучения могли бы добавить, что применение звонка и прокладки помогает семье обратить внимание на сухие ночи и создать после них больше ажиотажа вокруг ребенка.

Если будильник от энуреза не действует, возможно, имеет смысл попробовать сочетание будильника от энуреза и десмопрессина (см. ниже); или переключиться на одно медикаментозное лечение, стремясь не к излечению, а к симптоматическому облегчению; или отступить примерно на год перед тем, как снова возобновить попытки. Другой возможный вариант для старших и сильно мотивированных детей – это тренинг сухой постели - интенсивная форма поведенческой терапии, включающая ежечасное бужение в первую ночь, прием большого количества жидкости и частые поведенческие репетиции надлежащего пользования туалетом. И хотя есть сообщения об успешности этой методики в некоторых случаях, не поддававшихся излечению другими методами, она не годится для младших и плохо мотивированных детей, которым это может показаться пыткой.

При лечении энуреза используют много лекарственных препаратов. В большинстве случаев первым выбором должен быть десмопрессин (DDAVP), синтетический аналог антидиуретического гормона, вероятно, наилучший резерв для детей семи лет и старше (но для детей до пяти лет он не годится). Медикаментозное лечение, как правило, совершенно безопасно, тем не менее, важно предупредить семью, что ребенку следует избегать приема больших количеств жидкости по вечерам, чтобы снизить небольшой риск водной интоксикации. Десмопрессин дают перед сном в таблетках или в виде назального спрея, примерно у 20% детей он прекращает обмачивание постели, а у многих других - снижает его частоту. Тем не менее в большинстве случаев, как только медикаментозное лечение прекращается, у ребенка возникает рецидив. Но, несмотря на эту обратимость, десмопрессин все же является ценным симптоматическим лечением, т.к. может дать ребенку возможность ходить в школьные походы и ночевать у друзей, не сталкиваясь с необходимостью смущаться мокрой постели. Кроме того, сочетание десмопрессина и будильника от энуреза может быть более успешным лечением, приводящим к большей долгосрочной частоте излечения, чем один будильник. Это особенно верно в отношении детей с тяжелым обмачиванием и с сопутствующими поведенческими и семейными проблемами.

Показано также, что при симптоматическом лечении ночного энуреза трициклические антидепрессанты в относительно малых дозах (например, 25-75 мг имипрамина перед сном) действуют лучше, чем плацебо. Эффект заметен в пределах первой недели и, по-видимому, не является следствием антидепрессивных и антихолинергических свойств трициклических препаратов, а также вызванных ими изменений сна. После двух-шести недель медикаментозного лечения может возникнуть толерантность, а при его отмене очень часто бывает немедленный или отсроченный рецидив. Поскольку трициклические препараты не более эффективны, чем десмопрессин, но значительно более токсичны при передозировке, в наше время их следует применять редко.

При дневном энурезе могут быть отчасти полезны антихолинергические препараты, такие как оксибутинин, но не показано, что при ночном энурезе они действуют лучше, чем плацебо. Хирургическое вмешательство неуместно.

У большинства детей с энурезом нет сопутствующих психиатрических проблем. Меньшей части детей, действительно имеющих сопутствующие эмоциональные и поведенческие проблемы, может потребоваться отдельная оценка и лечение этих проблем.

## **Обзор по теме**

Clayden G. et al. (2002) Wetting and soiling in childhood In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 793-809.

## **Дополнительное чтение**

Rutter M. et al. (1970) Education, Health and Behaviour. London: Longman.

Schulpen T.W.J. et al. (1996) Going Dutch in nocturnal enuresis. Acta Paediatrica, 85, 199-203. (Эта краткая статья подытоживает протокол всесторонней оценки и лечения, разработанный в Нидерландах.)