

Alexander von Gontard

Энурез представляет собой общеизвестную группу расстройств детского возраста, распространенность которых в мировом масштабе примерно одинакова. Около 10% детей семилетнего возраста мочатся в постель ночью и от 2% до 3% не удерживают мочу в течение дня. Несмотря на высокие показатели ремиссии, энурез и недержание мочи могут приобретать хроническое течение, при этом от 1% до 2% подростков страдают ночным энурезом и менее 1% – дневным недержанием мочи. Подавляющее большинство расстройств выделительных функций функциональны по своей природе, т.е. не связаны с неврологическими, структурными или медицинскими причинами (von Gontard & Neveus, 2006).

Энурез приводит к эмоциональному дистрессу как у детей, так и у родителей, однако этот дистресс имеет обратимый характер, т.е. исчезает, как только ребенок начинает контролировать мочеиспускание. Таким образом, главная цель лечения – восстановление способности регулировать экскреторные функции, которое приведет к повышению самооценки и самоуважения (Longstaffe et al, 2000). С другой стороны, у 20 – 40% из всех детей, страдающих энурезом, наблюдаются сопутствующие, коморбидные психологические расстройства, среди которых не только экстернализирующие состояния, такие как расстройство дефицита внимания и гиперактивности (РДВГ) и оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР), но также и интернализирующие расстройства, такие как депрессия. Такие коморбидные состояния требуют отдельной оценки и лечения – в дополнение к имптоматическому лечению расстройства выделительных функций ребенка.

Большинство типов энуреза эффективно лечатся с помощью консультирования и когнитивно-поведенческих методов, тем не менее, некоторые из них требуют дополнительного применения фармакологических средств. Такое лечение в большинстве случаев может быть реализовано в амбулаторных условиях на уровне первичной медицинской помощи – при условии, что оно проводится на основе правильного диагноза, а также, что ребенку и родителям уделено достаточно времени и они получают адекватную профессиональную помощь. Цель этой главы – представить практические подходы в диагностической оценке и лечении детей, страдающих энурезом, которые могут быть реализованы в разных условиях, в том числе и при ограниченности ресурсов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Как в МКБ-10 (World Health Organisation, 2008) так и в DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) энурез определяется, как непроизвольное (или даже преднамеренное) недержание мочи у детей пятилетнего возраста и старше, после исключения органических причин. Для того чтобы можно было утверждать о наличии расстройства, недержание мочи должно присутствовать как минимум на протяжении трех месяцев. В соответствии с МКБ-10, энурез диагностируется в том случае, если недержание мочи происходит три раза в месяц у детей до 7 лет и один раз в месяц в возрасте 7 лет и старше. Критерии DSM-IV менее точные: выделение мочи должно наблюдаться не менее двух раз в неделю, либо приводить к клинически значимому дистрессу или ухудшению деятельности в социальной, учебной (производственной) или других важных жизненных сферах. Как в МКБ-10, так и в DSM-IV-TR выделяют ночной, дневной и смешанный (ночной и дневной) подтипы энуреза. МКБ-10 исключает диагноз энуреза при наличии других психических расстройств. Обе классификации устарели и не отражают современных научных достижений в этой области. К сожалению, критерии, описанные в проекте DSM-5 не очень продуктивны и по некоторым аспектам представляют собой шаг назад от DSM-IV. Международным обществом по проблемам удержания мочи у детей (International Children's Continence Society (ICCS)) (Neveus et al., 2006) предложены современные, более практичные рекомендации, пересмотренные и дополненные в 2012 г. Цель этих рекомендации состоит в том, чтобы предоставить простые, описательные клинические термины, которые могут быть использованы в любых условиях в мировом масштабе.

В соответствии с ICCS критериями, энурез означает периодическое (т.е. не постоянное) недержание мочи во время сна у детей старше пяти лет. Для уточнения может быть добавлен термин *ночной* (т.е. понятия энурез и ночной энурез – синонимы). Дневное непроизвольное мочеиспускание определено, как *недержание мочи*, которое может быть органическим (структурным, нейрогенным или вызванным другими физическими причинами) или функциональным. Поскольку подавляющее большинство случаев по своей природе функциональны, большинство детей с дневным непроизвольным мочеиспусканием будут отнесены к категории страдаю-

Таблица С.4.1 Определения, в соответствии с рекомендациями Общества по проблемам удержания мочи у детей

Симптом	Расстройство
<ul style="list-style-type: none"> • Периодическое недержание мочи во время сна • Возраст 5 и более лет 	Энурез и ночной энурез
<ul style="list-style-type: none"> • Дневное непроизвольное мочеиспускание • Возраст 5 и более лет 	Недержание мочи или дневное недержание мочи (не «дневной энурез»). В большинстве случаев – функциональное расстройство.

щих от какой-либо из форм функционального недержания мочи. В соответствии с этими критериями термин дневной энурез устарел, поэтому необходимо избегать его употребления. Если дети не удерживают мочу во время сна и в течение дня, то им будет выставлено два диагноза: энурез и недержание мочи.

Данная классификация энуреза проста. Необходимо учитывать только два аспекта: длительность «сухого» периода и наличие симптомов со стороны нижних отделов мочевых путей:

- *Первичный энурез* означает, что ребенок оставался «сухим» меньше шести месяцев (или вовсе не был)
- *Вторичный энурез* означает, что обострение произошло после сухого периода, который длился, по меньшей мере, 6 месяцев.

Сухой период может наблюдаться в любом возрасте. Также не имеет значения, возник ли он спонтанно или в результате лечения. Такое разделение очень важно, поскольку дети с вторичным энурезом чаще всего переживали в прошлом стрессовое жизненное событие (такое, как развод родителей, рождение братьев и сестер, и т.п.), и среди них более распространены коморбидные психиатрические расстройства (Järvelin et al, 1990; von Gontard et al, 2011b). Эти проблемы необходимо учитывать при проведении диагностической оценки и назначении лечения, в противном случае лечение первичного и вторичного энуреза будет абсолютно одинаковым.

Наличие симптомов со стороны нижних отделов мочевых путей имеет особое значение, так как они влияют на выбор лечения. Дети, которые мочатся в постель во время сна и не имеют дневных симптомов, свидетельствующих о нарушении функций мочевого пузыря, страдают *моносимптомным энурезом*. Другими словами, они мочатся в постель ночью, но такие функции мочевого пузыря, как хранение и выведение абсолютно нормальны (т.е. ребенок посещает туалет 5–7 раз в день, не отсрочивает момент мочеиспускания, прибегая к маневрам удержания мочи, не испытывает симптомов императивного мочеиспускания и может без проблем опорожнить мочевой пузырь). В таких случаях, лечение может быть сфокусировано на эпизодах недержания мочи во время сна без каких-либо предварительных процедур.

Дети, у которых присутствуют симптомы со стороны нижних отделов мочевых путей, а также могут наблюдаться симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как запор или недержание кала, страдают *немоносимптомным энурезом*. При немоносимптомном ночном энурезе, до того как приступить к лечению ночного недержания мочи, необходимо справиться с дневными симптомами. Термины моносимптомный, и немоносимптомный основаны исключительно на данных анамнеза и верифицированы дневниками физиологических отправлений, т.е. только на клинической оценке (Gontard & Neveus, 2006).



Джеймс Джойс мочился в постель. На первой странице его книги «Портрет художника в юности» можно прочитать следующее: «Когда намочишь в постельку, сначала делается горячо, а потом холодно. Мама подкладывает клеенку. От нее такой чудной запах». (Gill, 1995).



Классификация дневного недержания мочи более сложная. Большинство типов функциональны – недержание мочи органической природы встречается редко и может быть связано со структурными, нейрогенными или другими медицинскими причинами. К трем главным синдромам функционального недержания мочи относятся:

- Ургентное мочеиспускание
- Отсроченное мочеиспускание
- Дисфункциональное мочеиспускание.

К более редким типам относятся: стрессовое недержание мочи, недержание мочи при смехе, недостаточная активность детрузора. При каждом из этих типов недержания мочи наблюдаются характерные симптомы.

Ургентное мочеиспускание или *гиперактивность мочевого пузыря* характеризуется симптомами императивного мочеиспускания, его повышенной частотой и небольшим объемом выделяемой мочи. И наоборот, низкая частота опорожнения мочевого пузыря, и задержка мочеиспускания характерны для отсроченного мочеиспускания. В обоих случаях дети прибегают к маневрам для избегания опорожнения мочевого пузыря.

Дисфункциональное мочеиспускание – это расстройство фазы опорожнения: вместо расслабления сфинктеров, они парадоксально сокращаются. На наличие этого расстройства указывают напряжение и прерывистая струя мочи.

НЕОТЛОЖНЫЙ ПОЗЫВ:

сильный императивный позыв к мочеиспусканию

Стрессовое недержание мочи у детей, в отличие от взрослых, встречается редко. Типично выделение небольшого количества мочи при кашле, чихании (т.е. при любом повышении внутрибрюшного давления). *Недержание мочи при смехе* характеризуется мочеиспусканием при смехе, большим объемом мочи и иногда полным опорожнением мочевого пузыря. *Недостаточная активность детрузора*, или декомпенсация мышцы-сжимателя характеризуется прерывистой струей мочи и, как следствие, опорожнение мочевого пузыря возможно только при напряжении.

Таблица С.4.2 Классификация дневного функционального недержания мочи и ключевые симптомы

Тип	Ключевые симптомы
Ургентное мочеиспускание (гиперактивность мочевого пузыря)	<ul style="list-style-type: none"> • Императивный позыв • Частота более 7 раз в день • Небольшой объем выделенной мочи
Отсроченное мочеиспускание	<ul style="list-style-type: none"> • Нечастое мочеиспускание (< 5 раз в день) • Задержка
Дисфункциональное мочеиспускание	<ul style="list-style-type: none"> • Напряжение в начале и во время мочеиспускания • Прерывистая струя мочи
Стрессовое недержание мочи	<ul style="list-style-type: none"> • Выделение мочи при чихании, кашле • Небольшой объем
Недержание мочи при смехе	<ul style="list-style-type: none"> • Мочеиспускание во время смеха • Большой объем и иногда полное опорожнение мочевого пузыря
Недостаточная активность детрузора	<ul style="list-style-type: none"> • Прерывистая струя мочи • Опорожнение мочевого пузыря возможно только при напряжении

Поскольку на наличие дневного недержания мочи (и немоносимптомного энуреза) могут указывать нарушения частоты мочеиспускания и изменения объема выделяемой мочи, полезно знать нормальные величины (представляющие

СРЕДНИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ОПОРОЖНЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Частота мочеиспускания

- 5 – 7 раз в день

Объем выделяемой мочи

- (возраст + 1), умноженные на 30 мл

собой всего лишь средние значения), которые приведены в Таблице С.4.2. В норме ребенок опорожняет мочевой пузырь от 5 до 7 раз в день. Нормальный объем выделяемой мочи в миллилитрах может быть рассчитан путем добавления единицы к возрасту ребенка и умножения полученной цифры на 30. Так, например, для восьмилетнего ребенка нормальный объем выделяемой мочи составит: $8 + 1 = 9$; $9 \times 30 = 270$ мл.

Цель лечения заключается в достижении длительно сохраняющейся и полной «сухости», а не только ослаблении

симптомов. К сожалению, этого не удастся добиться у всех детей; тем не менее, для некоторых детей и их семей, уменьшение частоты эпизодов может принести истинное облегчение, и, как доказано, повышать самооценку (Longstaffe et al, 2000).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Энурез встречается в 2 – 3 раза чаще, чем дневное недержание мочи; и от 1,5 до 2 раз чаще среди мальчиков, по сравнению с девочками. Распространенность ночного недержания мочи снижается по мере взросления: 20% среди четырехлетних детей, 10% среди семилетних, 1% – 2% у подростков, и от 0,3% до 1,7% среди взрослых (von Gontard & Neveus, 2006). Показатель распространенности зависит от того, как определяется энурез, особенно если в качестве критерия используется количество «мокрых» ночей. По результатам одного из больших популяционных исследований 8151 детей в возрасте семь с половиной лет, 15,5% из них страдали ночным энурезом (20,2% мальчиков, и 10,5% девочек). Частым энурезом, определяемым как две и более «мокрых» ночей в неделю, страдали только 2,6% из этих детей (3,6% мальчиков, 1,6% девочек) (Butler et al, 2005). Первичный энурез более частое явление, чем вторичный, при сравнительной оценке в возрасте 7 лет (Fergusson et al, 1986). Моносимптомный энурез наблюдается в два раза (68.5%) чаще немоносимптомного (31.5%) (Butler et al, 2006).

Дневное недержание мочи встречается в 1,5 раза чаще среди девочек, чем среди мальчиков (Bower et al, 1996; Hellström et al, 1990); от 2% до 3% семилетних детей, и менее 1% подростков не удерживают мочу в течение дня (Hellström et al, 1990; Largo et al, 1978). По результатам демографического исследования 13 973 детей в Соединенном Королевстве, показатели распространенности нечастого (менее 2 раз в неделю) и частого (более 2 раз в неделю) дневного недержания мочи составили соответственно: 13.6% и 1.9% в возрасте 4½ лет; 7.8% и 1.5% в 5½ года; 9.7% и 1.0% в 6½; 6.9% и 1.0% в 7½; 4.4% и 0.5% в 9½ лет (Swithinbank et al, 2010). Можно выделить разные типы течения:

- Дети с хроническим, стойким недержанием мочи на протяжении многих лет
- Дети с обострениями
- Группа детей с длительными спонтанными ремиссиями (Heron et al, 2008).

Наиболее распространенный тип – ургентное мочеиспускание, наблюдающееся у 4% семилетних детей, преимущественно девочек (Hellström et al, 1990). По результатам клинических исследований, вторым по частоте является отсроченное мочеиспускание. Популяционные данные для других типов дневного недержания мочи отсутствуют.

Сравнительные показатели распространенности ночного энуреза в мировом масштабе:

- 4,3 % детей и подростков в возрасте от 6 до 16 лет в Китае (Liu et al, 2000)
- 8% детей в возрасте от 6 до 11 лет в Тайване (Chang et al, 2011)

- 14,9% детей в возрасте 5 – 7 лет в Турции (Erdogan et al, 2007)
- 15% детей и подростков в Саудовской Аравии (Kalo & Bella, 1996)
- 17,4% семилетних детей в Судане (Rahim & Cederblad, 1986)
- 20,8% детей и подростков в возрасте 6 – 15 лет в Эфиопии, включая и дневное недержание мочи (Desta et al, 2007).

Разнообразие данных, по всей видимости, связано с тем, что были использованы разные определения, методы оценки, а также с возможным занижением показателей из-за социальной приемлемости, особенно в исследованиях, проведенных в Тайване и Китае.

Только в нескольких исследованиях сообщалось о дневном недержании мочи. Например, 16,6% детей в Корее в возрасте 5 – 13 лет страдали от гиперактивности мочевого пузыря, 4,5% дневным недержанием и 6,4% энурезом (Chung et al, 2009).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

К характерным симптомам *моносимптомного энуреза* относятся: глубокий сон и тяжелое пробуждение (Wolfish et al, 1997), повышенный объем выделяемой мочи в ночное время (полиурия) и большой объем мочи при мочеиспускании. Типичная картина – это крайне тяжело просыпающийся ребенок, который обильно мочится в постель. При этом функции мочевого пузыря в дневное время абсолютно нормальные.

У детей с *немоносимптомным энурезом* отмечаются те же симптомы, но, кроме того, присутствуют признаки, сходные с теми, что наблюдаются при дневном недержании мочи. Это значит, что некоторые из таких детей редко посещают туалет и отсрочивают опорожнение мочевого пузыря, прибегая к маневрам удержания мочи, у еще одной группы детей отмечаются симптомы ургентного и частого мочеиспускания, тогда как другим необходимо напрягаться при мочеиспускании, и у них наблюдается прерывистая струя мочи. Кроме того, возможны инфекции мочевыводящих путей (ИМП), запоры и энкопрез.

Среди детей с *вторичным энурезом* более высокие показатели коморбидности по поведенческим и эмоциональным расстройствам (von Gontard et al, 1999). Обо-стрение может быть связано со стрессовыми жизненными событиями, такими как разлука или развод родителей (Järvelin et al, 1990). Во всем остальном они не отличаются от детей, страдающих от первичного энуреза.

Для детей с *ургентным мочеиспусканием* характерно:

- Большая частота мочеиспускания (более 7 раз в день, через короткие промежутки времени).
- Ургентные симптомы, иногда внезапные, интенсивные позывы.
- Недержание с выделением небольшого количества мочи, усиливающееся при усталости, например, в послеполуденное время.
- Специальные позы, позволяющие удерживать мочу: сознательное сокращение мышц тазовой диафрагмы, сведение бедер, скрещивание ног, втягивание

живота, прыжки с ноги на ногу, стояние на кончиках пальцев, приседание с пятками прижатыми к промежности (симптом реверанса).

- Вульвовагинит, перигенитальный дерматит.
- Инфекции мочевых путей.

Типичные симптомы отсроченного мочеиспускания:

- Малая частота мочеиспускания (меньше 5 раз в день).
- Задержка мочеиспускания в определенных ситуациях (занятия в школе, игры, чтение, просмотр телепередач). По мере того, как учащается частота отсрочки опорожнения мочевого пузыря, присоединяются специальные позы для удержания мочи (как в случае ургентного мочеиспускания) до тех пор, пока мочеиспускания уже нельзя избежать.
- Часто наблюдаются запоры и энкопрез.

Для отсроченного мочеиспускания характерны:

- Необходимость потужиться в начале и во время мочеиспускания.
- Прерывистая струя мочи.
- Неполное опорожнение мочевого пузыря с остаточной мочой и инфекциями мочевых путей.
- Задержка стула, запоры и энкопрез.
- Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Клинические симптомы *стрессового недержания мочи* – это мочеиспускание в ситуациях повышения внутрибрюшного давления (кашель, чихание, игры и спорт). *Недержание мочи во время смеха* ассоциируется с катаплексией, т.е. могут быть заметны двигательные сокращения. Недержание мочи инициируется смехом, и во многих случаях не может быть остановлено до полного опорожнения мочевого пузыря. У детей с недостаточной активностью детрузора отмечаются редкие опорожнения мочевого пузыря (меньше 5 раз в день), увеличенный мочевой пузырь с большим остаточным объемом.

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

В патогенезе расстройств выделения мочи генетические и нейробиологические факторы взаимодействуют с окружающей средой. Тогда, как в возникновении одних из них явное преимущество имеет генетическая составляющая (моносимптомный энурез и ургентное мочеиспускание), в появлении других вовлечены как генетические факторы, так и факторы среды, при этом некоторые расстройства

Фундаментальная идея, что дети преднамеренно контролируют свои мыслительные процессы во время сна и предположения, что такой когнитивный контроль ответственен за ночное недержание мочи – просто не правдоподобны. Если такие предположения правильны, то в таком случае не понятно, почему на протяжении 3 500 лет попытки убедить детей не мочиться ночью в постель, предпринимаемые родителями и специалистами, оказываются безрезультатными, или приводят к незначительному эффекту. Один из надежно работающих методов – «мочевой будильник» (urine alarm) не требует никакого когнитивного контроля и, по всей вероятности, работает путем активной выработки условно-рефлекторной реакции избегания. Некоторое беспокойство вызывают мысли о том, что лечение энуреза может приводить к выздоровлению [...], но еще большее смятение вызывают мысли о том, что наиболее эффективные методы лечения ночного недержания мочи редко пропагандируются нашей современной системой здравоохранения (Houts, 2000).

обусловлены преимущественным воздействием окружающей среды (отсроченное мочеиспускание).

Энурез

Энурез – это генетически обусловленное расстройство, связанное с развитием центральной нервной системы (von Gontard et al, 2001; 2011a); У 70 – 80% детей с энурезом, родители также страдали этим расстройством. Показатели конкордантности также выше у монозиготных близнецов, по сравнению с дизиготными (Bakwin, 1973). Риск рецидива у детей, страдающих энурезом, составляет 40%, если у одного из родителей была подобная проблема, и 70%, в том случае, если оба родителя страдали энурезом (Bakwin 1973). В большинстве случаев наследование происходит по аутосомно-доминантному типу; только треть случаев спорадичны (von Gontard et al, 2001). По результатам анализа групп сцепления энурез ассоциируется с локусами на 12, 13 или 22 хромосомах – независимо от типа недержания мочи (von Gontard et al, 2001). Гены-кандидаты пока еще не идентифицированы. Генетическая предрасположенность к энурезу сохраняется на протяжении всей жизни, и может быть реактивирована под влиянием факторов риска даже у взрослых (Hublin et al, 1998).

У детей, страдающих энурезом, часто отмечается «мягкая» неврологическая симптоматика, и они требуют больше времени для выполнения двигательных задач (von Gontard et al, 2006). При этом архитектура сна не нарушена. Энурез происходит в фазе медленного сна, т.е. он не связан со сновидениями (энурез в фазе БДГ является исключением). Энурез преимущественно наблюдается в первой трети сна, некоторые дети мочатся в постель уже через 10 минут после засыпания (в среднем через три часа) (Neveus et al, 1999). Этим объясняется, почему некоторые дети мочатся в постель во время дневного сна.

К главным механизмам, ответственным за возникновение энуреза, относятся:

- У части детей – повышенный объем мочи (полиурия).

Это связано с циркадными колебаниями уровня (но не с недостатком) антидиуретического гормона (Rittig et al, 1989).

- Следующий важный фактор – проблемы с пробуждением (Wolfish et al, 1997). При стандартном графике пробуждения с использованием звуков громкостью до 120 децибел, только 9% детей, страдающих энурезом, могут проснуться – значительно меньшее число детей, чем в контрольной группе. Это означает, что дети с энурезом не просыпаются при наполнении мочевого пузыря.
- И наконец, у детей, страдающих энурезом, отмечается недостаточное давление центра мочеиспускания в области ствола мозга. Когда во время сна мочевой пузырь наполняется, этот центр неспособен эффективно подавить опорожнение (Koff, 1996).

За исключением локальной дисфункции мочевого пузыря, те же факторы ответственны за развитие *немоносимптомного энуреза*.

В Западной Африке детей, страдающих ночным недержанием мочи, «лечили», привязывая к талии большую лягушку. Это, по-видимому, должно было пугать их и заставлять оставаться сухими. В индейском племени навахо в качестве лечения использовался ритуал, требовавший, чтобы страдающие энурезом дети стояли обнаженными над горящим птичьим гнездом, считалось, что таким образом ребенок излечится, поскольку птицы никогда не пачкают свои гнезда. (Houts, 2000).

Психологические факторы по-разному модулируют генетический и нейро-биологический риск. Например, время начала приучения ребенка к опрятности и его интенсивность не влияет на развитие энуреза (Largo et al, 1978; 1996). Психологические факторы играют минимальную роль при первичном энурезе, так как не отмечается повышения показателей распространенности психологических расстройств и факторов риска (Fergusson et al, 1986; Feehan et al, 1990). Тем не менее, среди детей с вторичным энурезом наблюдается более высокая распространенность как эмоциональных, так и поведенческих расстройств, равно как и стрессовых жизненных событий, предшествующих рецидиву (Järvelin et al, 1990; Feehan et al, 1990). Наиболее часто обострение происходит в период начала обучения в школе (в 5 – 6 лет), тогда как наиболее частым жизненным событием является развод или раздельное проживание родителей (Järvelin et al, 1990).

Недержание мочи

Генетические факторы также играют роль в возникновении дневного недержания мочи. По результатам демографического исследования 8230 детей, отношение вероятности наступления события повышалось до 3,28 если мать, и до 10,1 если отец страдали в анамнезе недержанием мочи (von Gontard et al, 2011a). Хромосомные исследования продемонстрировали связь с 17 хромосомой (Eiberg et al, 2001). Ургентное мочеиспускание вызывается спонтанным сокращением детрузора во время фазы наполнения мочевого пузыря, которое в недостаточной степени подавляется центральной нервной системой (Franco, 2007). Генетические факторы также играют важную роль при недержании мочи во время смеха, чего нельзя сказать о других типах недержания.

На дневное недержание мочи в целом не влияет раннее или интенсивное приучение ребенка к опрятности (Largo et al, 1996; 1978). Тем не менее, психологические факторы играют важную роль при дневном недержании мочи (смотри раздел коморбидности). Отсроченное мочеиспускание может быть связано с приобретенными навыками, или быть одним из многих оппозиционных симптомов оппозиционного вызывающего расстройства (ОВР) (Kuhn et al., 2008).

КОМОРБИДНОСТЬ

Энурез

В целом психологические расстройства встречаются в 2 – 5 раз чаще среди детей страдающих расстройствами выведения мочи. Таким образом, 20%-30% детей с энурезом, 20% – 40% с недержанием мочи, и 30%-50% детей с энкопрезом имеют клинически значимые коморбидные расстройства (von Gontard et al, 2011b). Показатели коморбидности выше у детей с вторичным энурезом – до 40% по данным демографических и 75% по результатам клинических исследований (Feehan et al, 1990; von Gontard et al, 1999). Дети с немоносимптомным энурезом имеют больше коморбидных расстройств, по сравнению с детьми, страдающими моносимптомным энурезом (Butler et al, 2006).

Чаще всего у детей, страдающих энурезом, наблюдается РДВГ. По результатам демографического исследования 1379 детей в возрасте 6 лет, 9,4% имели клинически значимые симптомы РДВГ, по сравнению с 3,4% среди детей, не страдающих ночным недержанием мочи (von Gontard et al, 2011c). Среди детей, направленных в детскую больницу по поводу энуреза, 28,3% имели признаки РДВГ, тогда как в обычной выборке этот показатель составил 10,3%. Энурез сохранялся дольше у детей с РДВГ – через два года 65% из них продолжали мочиться ночью в постели, по сравнению с 37% в контрольной группе (Ваеуенс et al, 2005). Энурез, сочетающийся с РДВГ, тяжелее поддается лечению, в связи с несоблюдением пациентами рекомендаций. При применении метода будильника 43% из группы пациентов с энурезом, сочетающимся с РДВГ, оставались сухими на протяжении 6 месяцев (против 69% среди детей, страдающих только энурезом), и только 19% в течение 12 месяцев (против 66%). При сочетании клинической картины энуреза и РДВГ показатель невыполнения рекомендаций составил 38% (Crimmins et al, 2003).

Преобладают экстернализирующие расстройства, но могут также наблюдаться и интернализирующие состояния. По результатам демографического исследования 8242 детей в возрасте 7½ лет, проведенного в Великобритании, дети с энурезом страдали также тревожной отделенностью (8.0%), социальной тревожностью (7.0%), специфической фобией (14.1%), генерализированной тревожностью (10.5%), депрессией (14.2%), оппозиционно вызывающим расстройством (8.8%), расстройствами поведения (8.5%) и РДВГ (17.6%) (Joinson et al, 2007).

Страдающие энурезом дети не только часто имеют коморбидные расстройства, но также нередко эмоционально подавлены и демонстрируют разнообразные субклинические симптомы, которые ослабевают, как только дети перестают мочиться ночью в постель. Может страдать самооценка и повышаться в процессе лечения, независимо от его успешности (Longstaffe et al, 2000). Энурез может также ухудшать качество жизни (Bachmann et al, 2009), при этом страдают не только дети, но и их родители.

Дневное недержание мочи

Показатели коморбидности среди детей страдающих дневным недержанием мочи (30%-40%) незначительно выше, чем среди детей, страдающих энурезом (20%-40%) (von Gontard et al, 2011b). По результатам популяционного исследования 8242 детей в возрасте 7½ лет чаще всего встречаются экстернализирующие расстройства, при этом показатели распространенности составили для РДВГ – 24,8%, ОВР – 10,9% и расстройств поведения – 11,8% (Joinson et al, 2006). По данным другого популяционного исследования, среди детей, страдающих недержанием мочи 36,7% имели симптомы РДВГ, по сравнению с 3,4% среди детей, не имеющих проблем с выделением мочи (von Gontard et al, 2011c). Эффективность лечения ниже в случае сочетания недержания мочи с РДВГ: только у 68% наступает ремиссия, по сравнению с 91% в контрольной группе (недержание мочи без симптомов РДВГ) (Crimmins et al, 2003).

Показатели коморбидности ниже среди детей, страдающих ургентным мочеиспусканием, чем среди детей с отсроченным мочеиспусканием (36% против 59%),

но выше чем в контрольной группе (9%) (Kuhn et al, 2009). Ургентное мочеиспускание преимущественно сочетается с интернализирующими расстройствами, тогда как наиболее типичным сопутствующим расстройством при отсроченном мочеиспускании является ОВР (Kuhn et al, 2009). По всей видимости, коморбидные расстройства являются следствием недержания мочи при ургентном мочеиспускании, тогда как оппозиционно вызывающее расстройство представляет собой основную проблему при отсроченном мочеиспускании. При других типах недержания мочи коморбидность менее изучена.

ДИАГНОЗ

Всесторонняя оценка и тщательный диагноз – основа эффективного лечения; каждый подтип энуреза и недержания мочи лучше всего реагирует на специфическое для него лечение. Оценка означает также построение взаимоотношений с ребенком и его родителями, которые станут основой для всего курса терапии, поэтому рекомендуется уделить достаточно много времени для первой консультации. Более детальное описание диагностики и лечения расстройств выделения можно найти в руководстве Gontard and Neveus (2006), которое все еще остается наиболее полной книгой, посвященной данной теме как в отношении сведений общего характера, так и в плане практических процедур.

Большинство диагностических процессов основаны на простой и приемлемой клинической практике, которая в большинстве случаев может быть реализована в условиях первичного звена медицинской помощи. Самым важным шагом является подробный и всесторонний анамнез. Данные анамнеза приведут врача к возможному диагнозу, требующему дальнейшего уточнения, и позволят исключить многие другие расстройства. Пример детального анамнеза с уместными вопросами приведен в Приложении С.4.1.

Дневник частоты-объема

Второй важный шаг – это составление 48-часового дневника частоты-объема. Родителей просят в течение 48 часов пронаблюдать, измерить и записать когда и как их дети мочатся и пьют, а также связанные с этим симптомы, такие как недержание мочи, позы, позволяющие удержать мочу и т.д.. Родителям выдаются пластиковые градуированные стаканы (которые они вернут во время следующего визита и которые могут быть использованы много раз). Эти дневники дают возможность получить важную в отношении диагностики информацию. Так, например, при ургентном мочеиспускании характерна повышенная частота мочеиспускания (более 7 раз в день) и небольшими объемами (около 20-60 мл); при отсроченном мочеиспускании некоторые дети мочатся только 2 или 3 раза

ОЦЕНКА ПРИ ЭНУРЕЗЕ И НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ

- Анамнез
- Дневник частоты/объема за 48 часов
- Вопросники
- Педиатрическое обследование
- Анализ мочи
- Детский психиатрический осмотр или обследование
- УЗИ (если доступно)

Только по показаниям

- Бактериологический анализ мочи
- Урофлоуметрия и электромиограмма мышц тазового дна
- Другие диагностические процедуры: радиологические исследования, инвазивная уродинамика, цистоскопия и т.п.

в день большими объемами мочи – 400 мл и больше. Могут быть также оценены привычки употребления жидкостей: большинство детей с расстройствами выделения пьют недостаточно жидкости (некоторые только 400-600 мл), при этом полидипсия встречается исключительно редко. Большинству родителей ничего не известно о привычках их детей, связанных с потреблением жидкостей и опорожнением мочевого пузыря, и они, когда их спрашивают об этом, не могут предоставить такую информацию. Пример графика представлен в Приложении С.4.2.

Вопросники

Специфические вопросники для энуреза помогают подтвердить и дополнить информацию, получаемую от детей и их родителей (см. Приложение С.4.3). Тем не менее, 48-часовой дневник объема/частоты намного важнее вопросника.

Физическое обследование

Каждый ребенок должен быть обследован физически, как минимум один раз в начале лечения. Очень важно исключить органические причины. Рекомендуется полный педиатрический и неврологический осмотр. В случае дневного недержания мочи, может возникнуть необходимость в нескольких осмотрах во время лечения, особенно при инфекциях мочевых путей (ИМП) и других осложнениях. Для большинства детей, страдающих энурезом, особенно моносимптомным, достаточно будет одного осмотра.

Лабораторные и инструментальные исследования

Рекомендован как минимум один анализ мочи (с использованием тест-полосок), для того, чтобы убедиться в отсутствии признаков бактериурии и ИМП. Это особенно важно при дневном недержании мочи; обычно у детей, страдающих моносимптомным энурезом этот анализ отрицательный.

Из неинвазивных методов очень полезно ультразвуковое исследование. Кроме возможности обнаружения структурных аномалий мочевых путей, УЗИ позволяет получить ценную информацию о трех функциональных изменениях:

- Утолщение стенок мочевого пузыря (> 2,5 мм) может указывать на гипертрофию стенок, которое может быть симптомом дисфункции мочевого пузыря или вызвано ИМП
- Остаточная моча (> 20 мл) может свидетельствовать о неполном опорожнении мочевого пузыря
- Увеличение диаметра прямой кишки более чем на 25 мм может быть признаком задержки стула и запора.

Однако даже в Европе ультразвуковая эхография труднодоступна во многих странах и поэтому не является обязательным методом исследования у детей, страдающих энурезом или недержанием мочи. УЗИ особенно показано при рекуррентных инфекциях мочевых путей.

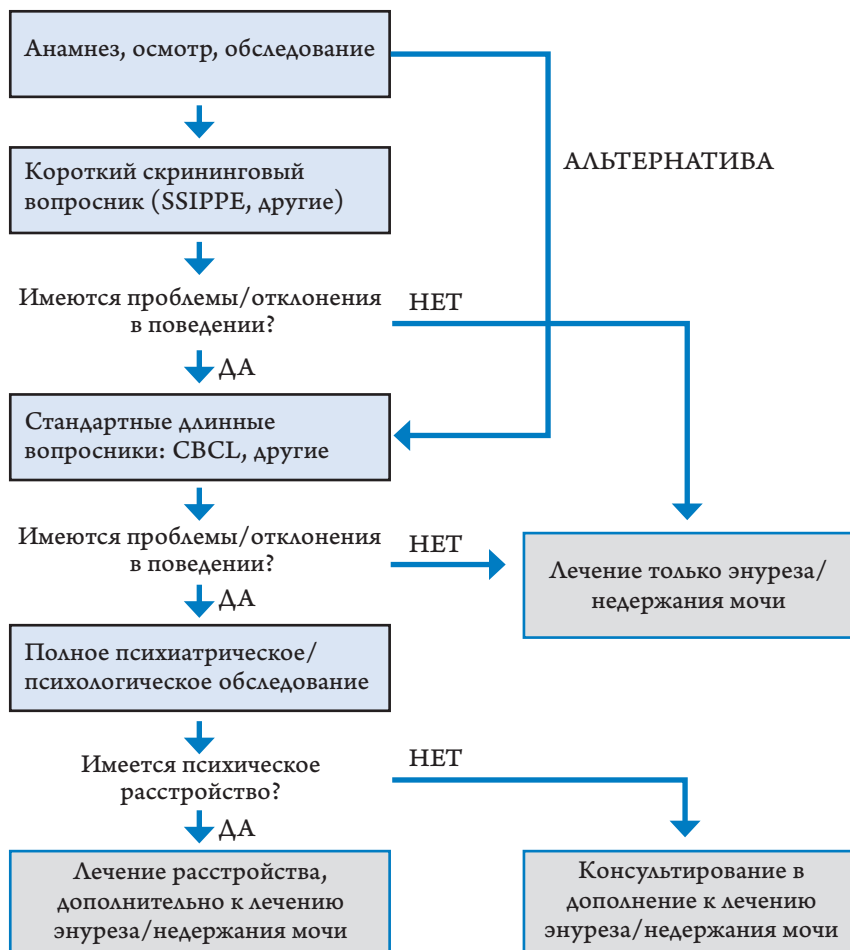
Остальные процедуры не являются обязательными во всех случаях. Урофлоуметрия отдельно или в сочетании с электромиографией (ЭМГ) мышц тазового дна требуются при диагностике дисфункционального мочеиспускания (Chase

et al, 2011). Для этого расстройства характерно, так называемое, стаккато (изменения интенсивности тока мочи) или прерывистая струя (полное прерывание тока) в сочетании с сокращением мышц тазового дна. Если нет возможности воспользоваться урофлоуметрией и ЭМГ приемлемой клинической практикой будет выслушивание и наблюдение за ребенком во время опорожнения мочевого пузыря: при этом можно слышать и видеть напряжение, а также нарастание и ослабление давления струи мочи.

Все другие, особенно инвазивные процедуры, не следует применять в отношении детей, страдающих энурезом или функциональным недержанием мочи, если для этого нет абсолютных медицинских показаний. Необходимо избегать радио-

Рисунок С.4.1 Схема оценки психологических симптомов (субклинических) или расстройств (клинических): специфическое лечение энуреза/недержания мочи одинаково для всех детей; дети с психологическими симптомами нуждаются в консультировании, с расстройствами нуждаются в лечении (von Gontard et al, 2011b)

Скрининг: все дети



логических и дополнительных урологических исследований, так как в большинстве случаев в них нет необходимости, и они могут навредить ребенку.

Психиатрическое обследование

В условиях детского психиатрического учреждения рекомендовано плановое обследование на наличие сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств. В других условиях (педиатрических, урологических и т.п.), учитывая высокую коморбидность, рекомендовано, по меньшей мере, скрининговое обследование с использованием надежных и стандартизированных вопросников для родителей (von Gontard et al, 2011b). Это можно сделать одним из двух способов: либо используя сначала короткий вопросник, такой как SSIPPE (Van Hoeske et al, 2007), а затем состоящий из большего количества вопросов, либо используя с самого начала длинный вопросник, такой как CBCL (Achenbach, 1991). При наличии многих проблем в последующем необходимо провести полное обследование с привлечением детского психолога или психиатра. При подтверждении наличия коморбидных расстройств, необходимо провести соответствующее лечение (см. Рисунок С.4.1).

Дифференциальный диагноз

Должны быть исключены соматические причины недержания мочи. К ним относятся структурные аномалии (такие, как эписпадия, гипоспадия, клапаны уретры и другие пороки развития мочевых путей), неврологические состояния (такие, как незаращение дужки позвонка, синдром «натянутого спинного мозга», и т.п.) и другие педиатрические заболевания (такие, как несахарный диабет, сахарный диабет). Вместе с уточнением типа расстройства выделения необходимо исключить наличие эмоциональных и поведенческих расстройств.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение также требует выполнения простых и эффективных шагов, которые в большинстве случаев могут быть реализованы в условиях первичной медицинской помощи. Тем не менее, они связаны с затратами времени, поскольку большинство вмешательств требуют от детей и родителей сотрудничества. Более подробную информацию можно найти в руководстве Gontard and Neveus (2006).

Общие принципы

При проведении лечения необходимо руководствоваться следующими общими принципами:

- Ребенку должно быть не менее пяти лет (возраст, необходимый для диагностики энуреза и недержания мочи), дети младшего возраста не нуждаются в лечении
- Лечение всегда должно быть симптом-ориентированным, нацеленным на достижение способности полностью регулировать мочеиспускание (т.е.

отсутствие эпизодов недержания мочи). Первичная психотерапия при энурезе неэффективна и не показана. Коморбидные расстройства необходимо лечить отдельно, в соответствии с научно доказанными рекомендациями.

- При наличии некоторых сопутствующих расстройств сначала необходимо лечить энкопрез и запоры, так как некоторые дети перестают мочиться ночью в постель после решения этих проблем
- В первую очередь необходимо лечить дневное недержание мочи, так как многие дети перестают мочиться ночью в постель после избавления от дневных проблем
- При немоносимптомном энурезе, до того как начинать лечение энуреза, сначала необходимо решить все проявляющиеся днем проблемы с мочевым пузырем (в соответствии с принципами лечения дневного недержания мочи)
- Первичный и вторичный энурез лечатся одинаково.

Первоначальные шаги лечения представляют собой простые, неспецифические подходы, основанные на принципах «хорошей практики»:

- Консультирование, поддержка и предоставление информации
- Усиление мотивации и устранение чувства вины
- Обучение навыкам потребления жидкости и пользования туалетом: употреблять больше жидкости в течение дня, не спешить, находясь в туалете, сидеть в расслабленной позе, отказаться от маневров удержания мочи, и т.п.
- Прекращение всех неэффективных мер, таких как наказание ребенка, ограничение жидкости, попытки будить и заставлять подняться, прием неэффективных лекарственных средств, использование других альтернативных методов лечения
- Рекомендован расчётный период, для простого наблюдения и фиксирования «сухих» и «мокрых» ночей в течение четырех недель. Детей просят с помощью символов отметить на графике мокрые и сухие ночи (тучи и солнце, звездочки и т.п.) и принести его на следующую консультацию. Примерный график изображен в Приложении С.4.4.

Такие простые методы позволяют добиться ремиссии в 15-20% случаев без каких-либо дальнейших вмешательств, что подтверждается данными научных исследований (Cochrane review of Glazener and Evans, 2004). Если этих простых вмешательств окажется недостаточно, необходимо проведение специфического лечения.

Доступны два главных вмешательства: аларм-терапия (мочевой, или энурезный будильник) и фармакотерапия. Поскольку аларм-терапия наиболее эффек-

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ОБЩЕСТВОМ ПО ПРОБЛЕМАМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ (Neveus et al, 2006):

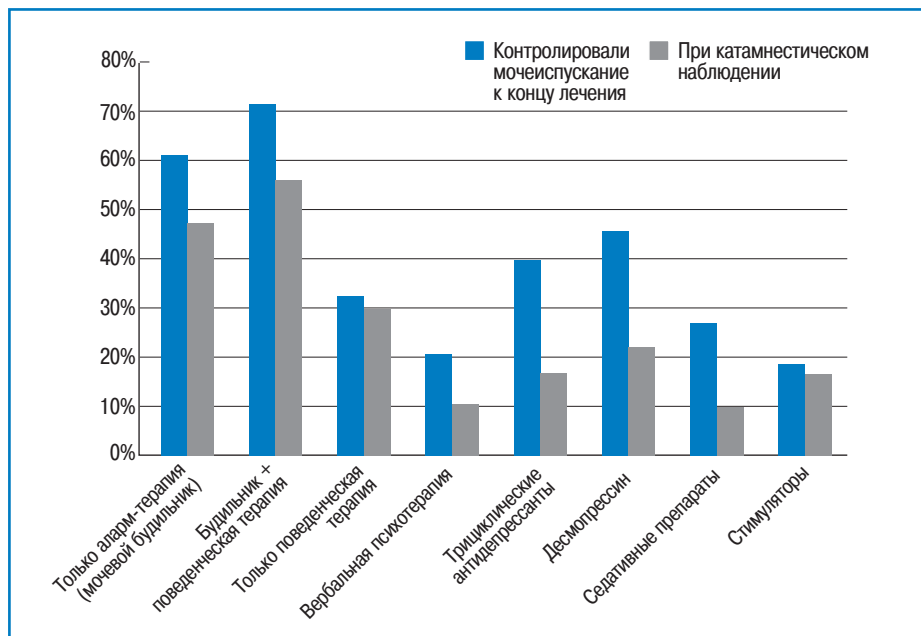
Первоначальный результат:

- Отсутствие реакции: сокращение частоты эпизодов на 0 – 49%
- Частичная реакция: сокращение частоты эпизодов на 50 -89%
- Реакция: > 90%
- Полная реакция: 100 %, или меньше одного эпизода в месяц

Отдаленный результат:

- Рецидив: более одного эпизода в месяц
- Продолжительный успех: отсутствие рецидивов в течение 6 месяцев после лечения
- Полный успех: отсутствие рецидивов на протяжении двух лет после лечения.

Таблица С.4.2 Эффективность разных форм лечения ночного энуреза
(% детей, которые перестали мочиться ночью в постель после лечения, и по данным катамнестического наблюдения) (Houts et al, 1994).



тивна и приводит к продолжительным результатам, именно с нее необходимо начинать лечение при условии, что ребенок и родители достаточно мотивированы. Как видно на рисунке С.4.2, при использовании только этого метода лечения 62% детей перестают мочиться в постель к концу лечения и 47% при дальнейшем катамнестическом наблюдении. Houts et al (1994) пришли к выводу, что «терапия с использованием мочевого будильника не может рассматриваться, как метод выбора, но данные этого обзора свидетельствуют о том, что реалистичной целью для большинства детей, страдающих от ночного энуреза, является скорее излечение, а не умение справляться со своей проблемой». Кокрановский обзор 22 РКИ с включением в исследования 1125 детей показал, что: «Использование мочевого будильника является эффективным методом лечения ночного энуреза. Десмопрессин и трициклические антидепрессанты продемонстрировали свою эффективность в период лечения, но их эффект оказался недолгим после отмены лечения, и мочевого будильника может быть более эффективным в долгосрочной перспективе» (Glazener et al, 2005).

Если не может быть проведено на должном уровне лечение с использованием мочевого будильника, тогда можно назначить лечение второго ряда – медикаментозное (десмопрессин). Если оба метода не дают положительного результата, рекомендовано перейти на другие (Neveus et al, 2010), доказавшие свою эффективность вмешательства (Kwak et al, 2010).

Лечение с использованием энурезного будильника

Энурезный (мочевой) будильник состоит из подкладки или металлического сенсора, связанного проводами со звонком. При увлажнении сенсора, электрическая цепь замыкается, и будильник начинает звонить. Такой будильник очень простое устройство, он легко чистится и может быть использован многократно детьми разного возраста. Нет необходимости в стерилизации, моча сама по себе является стерильной жидкостью (при условии, если отсутствуют ИМП), достаточно обработки простыми дезинфицирующими растворами.

Существует два разных типа будильников: для ношения на теле и для использования в кровати. В будильниках первого типа звонок прикрепляется к ночной одежде, а сенсор к трусам. При желании, такой будильник может быть использован вместе с памперсами. Будильник, который используется в кровати, состоит из металлической фольги или тканевой подкладки (с вплетенными проводами) которая размещается под простыней и соединяется с расположенным рядом с кроватью звонком. Оба вида будильников одинаково эффективны. Таким образом, ребенок сам может решить, какой из них более удобен.

Следует не только просто порекомендовать или назначить будильник, но и продемонстрировать во время консультации, как он функционирует. Дети должны почувствовать ответственность за лечение. Некоторые инструкции имеют очень важное значение, поэтому необходимо подробно объяснить их ребенку и родителям:

1. До того, как отправиться в постель, ребенка просят сходить в туалет
2. Будильник подсоединяется и включается
3. Если ребенок не помочился ночью в постель, то ничего не происходит, он может просто на утро выключить будильник. Если ребенок мочится в постель, начинает звенеть будильник, и в таком случае, ребенок должен полностью проснуться либо сам, либо с помощью родителей
4. Ребенка просят встать с постели, пойти в туалет и помочиться
5. Ночную одежду и постель меняют на сухую, и будильник снова запускается
6. Ребенок должен активно участвовать в этом процессе. Если ребенок второй раз мочится в постель, вся процедура повторяется.
7. Родителей просят записать все данные в дневнике (см. Приложение С.4.5).

Для достижения успешного результата, будильник должен использоваться каждую ночь, максимум на протяжении 16 недель. Одни дети перестают мочиться ночью в постель уже через несколько недель, другим потребуется от 8 до 10 недель, некоторым больше. После 14 сухих ночей подряд прекращают использовать будильник, и считается, что ребенок перестает мочиться в постель. Родителям рекомендуют повторить лечение будильником в случае рецидива (две ночи с недержанием мочи в течение недели), это происходит почти в 30% случаев.

Лечение с использованием будильника основано на выработке оперантного условного рефлекса, поэтому следует использовать другие, способствующие этому процессу, процедуры, включая положительное подкрепление с похвалой и други-

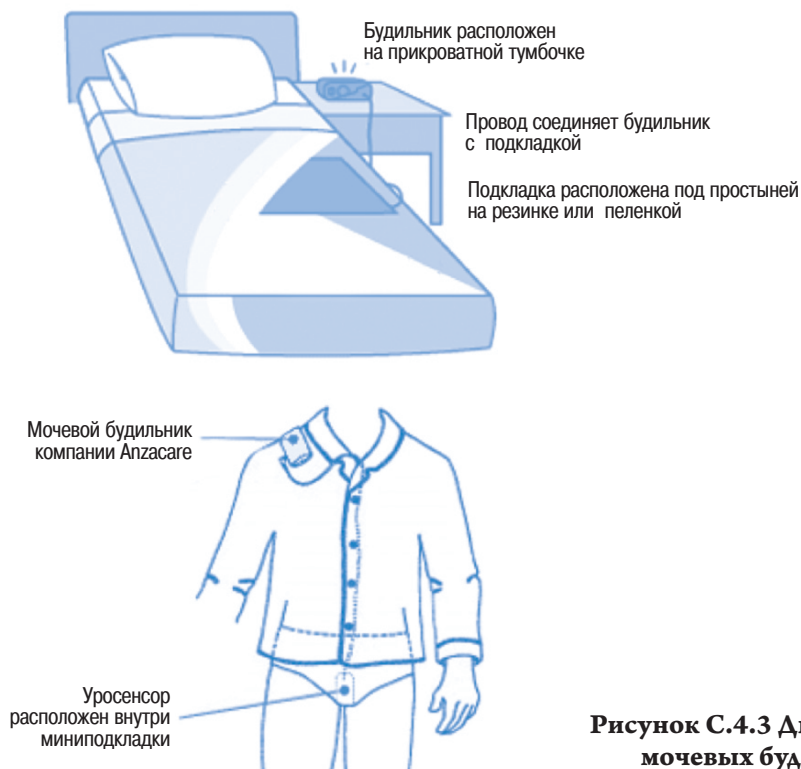


Рисунок С.4.3 Две модели мочевых будильников

ми формами награды, равно как и неприятные последствия, такие как необходимость подняться, сходить в туалет, сменить постель (Butler, 1994). Избавление от ночного энуреза может быть достигнуто с помощью двух механизмов: или дети обучаются просыпаться и ходить в туалет (одна треть), или они спят всю ночь без недержания мочи (две третьих).

Обычно достаточно лечения с использованием мочевого будильника. Тем не менее, этот метод может быть дополнительно подкреплён другими средствами. К ним можно отнести так называемый «тренинг пробуждения», разработанный van Londen et al (1993). Во время такого тренинга будильник заводится перед отходом ко сну, ребенка инструктируют, что когда будильник звонит, он должен его выключить в течение трех минут, сходить в туалет и снова завести будильник. Если ребенок все выполняет правильно, получает в награду два жетона в виде наклейки. Если нет, жетоны необходимо вернуть обратно. Мы считаем, что для детей младшего возраста целесообразно модифицировать этот тренинг: ребенок получает один жетон, если все проходит удачно, но не должен возвращать жетон, так как это может сильно его расстроить. Тренинг пробуждения оказался более эффективным, чем использование только мочевого будильника. К числу хорошо известных обучающих программ относится «тренинг сухой кровати», разработанный Azrin et al (1974). Это сложная, трудновыполнимая программа, начинающаяся с интенсивной ночи (когда ребенка до часу ночи будят каждый час), за которой следует поддерживающее лечение. Мета-анализ показал, что «тренинг сухой кровати» не эффективнее

лечения с использованием только мочевого будильника (Lister-Sharp et al, 1977). Таким образом, он не рекомендован.

Сочетание лечения с использованием мочевого будильника с десмопрессинном не может быть рекомендовано из-за противоречивости результатов. Однако если у ребенка наблюдаются urgentные симптомы (т.е. немоносимптомный энурез), эффективным будет использование сочетания антихолинергических лекарственных препаратов (например, от 2,5 до 5 мг оксибутина или пропиверина на ночь), в противном случае будильник может отключаться несколько раз за ночь, и результат будет менее благоприятным.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение показано, при:

- Нежелание пройти лечение с использованием энурезного будильника
- Отсутствии мотивации у ребенка
- Загруженности семьи такими проблемами, как сложные условия работы, тесное жилье, наличие младенца, т.е., когда невозможно сотрудничество в лечении с помощью мочевого будильника
- Когда необходимо добиться краткосрочной ремиссии, например, в связи с выездом с классом на экскурсию.

Явным антиэнуретическим свойством обладают две группы препаратов: десмопрессин и трициклические антидепрессанты (ТАД). Несмотря на то, что обе группы эффективны, предпочтение необходимо отдавать десмопрессину, поскольку он обладает менее выраженными побочными действиями.

Десмопрессин (1-Дезамино-8-D-аргинин-вазопрессинацетат, сокращенно ДДАВП) является синтетическим аналогом антидиуретического гормона (АДГ). Сокращение количества ночей с недержанием мочи или даже полная ремиссия может быть достигнута в 70% случаев: 30% детей реагируют полностью, 40% детей – частично, и 30% детей не реагируют на лечение. После прекращения лечения у большинства детей наступает рецидив, таким образом, десмопрессин обладает невысоким лечебным потенциалом (Neveus et al, 2010). По данным van Kerrebroeck (2002), только от 18 до 38% детей не мочатся в постель в течение 6 месяцев после прекращения лечения. По сравнению с мочевым будильником, лечебный эффект десмопрессина в долгосрочной перспективе бесспорно ниже.

Десмопрессин принимается в виде таблеток только вечером. Доза для перорального применения составляет от 0,2 до 0,4 мг. Рекомендуется титровать необходимую дозу на протяжении 4 недель, как показано в Приложении С.4.б. Обычно начинают с дозы 0,2 в течение двух недель. Если ребенок перестает мочиться в постель, или значительно сокращается количество «мокрых» ночей, останавливаются на этой дозе. В противном случае, дозу повышают до 0,4 мг. Если при приеме такой дозы препарата ребенок не перестает мочиться в постель, то это означает, что он относится к группе детей, не реагирующих на десмопрессин, и в таком случае препарат отменяют. Если же ребенок реагирует на лечение, препарат принимается в необходимой дозе не дольше 12 недель, после чего его следует отменить, для того чтобы проверить, останется ли ребенок «сухим» без лекарственного препарата.

Если наступит рецидив, десмопрессин может быть использован следующие 12 недель, и такой режим может сохраняться настолько долго, насколько это показано. Побочные действия встречаются редко и выражены слабо. К ним относятся головные боли, боли в области живота, снижение аппетита и т.п. Наиболее неприятным, хотя редким побочным действием, которое может требовать интенсивного лечения, является гипонатриемия и водная интоксикация. Таким образом, очень важно не передозировать препарат и не употреблять большого количества жидкости после приема медикамента. Нет необходимости в лабораторном анализе крови.

40-летний опыт лечения по поводу ночного энуреза

В течение 40 лет я консультировался у разных специалистов в надежде найти решение для моего ночного энуреза [...]. Большинство врачей общей практики (семейных врачей) рекомендовали ограничение потребления жидкости и методы пробуждения ночью. Урологи провели разные специальные исследования, которые не обнаружили никаких проблем. Системы энуретического будильника приносили облегчение на короткий период времени. Консультации у натуропатов и гомеопатов не дали никаких результатов, и последующее разочарование привело к новому психическому напряжению... Я проконсультировался у психолога, который, хотя и не обнаружил каких-либо отклонений в моей личности, посоветовал метод адаптации по Павлову: как только я просыпался в мокрой постели, мне нужно было немедленно стать под холодный душ, как бы в наказание за «плохое» поведение. Уролог назначил мне имипрамин, несмотря на его тяжелые побочные действия включая чрезмерную потливость, головокружение и сухость во рту. Психиатр использовал песочную терапию, для того чтобы выявить травматический опыт из детства: ожидалось, что осознание и принятие вытесненных переживаний может убрать причину моего энуреза. Два года еженедельных сессий по 45 минут каждая, оказали огромное влияние на мою личность. Песочная терапия с ее концентрацией на это, превратила меня из коммуникабельного в эгоцентричного индивида. И снова с ночным недержанием мочи ничего не произошло [...]. Наконец, после почти четырех десятилетий и многих лет разочарований я проконсультировался у профессора Jankegt, который посоветовал мне десмопрессин (ДДАВП) – аналог антидиуретического гормона. Использование его в виде назального спрея один раз в сутки (на ночь) принесло немедленное облегчение. Прекращение приема десмопрессина сразу же приводило к ночному недержанию мочи. До сих пор не было побочных действий [...]. За все эти годы, собственные проблемы ночного энуреза осложнились побочными явлениями неэффективных методов лечения.

De Graaf MJ. Lancet 1992, 340:957-958.

Трициклические антидепрессанты, такие как имипрамин, обладают доказанным антиэнуретическим эффектом. Этому препарату свойственна такая же, как у десмопрессина частота рецидивов. В связи с возможностью аритмии даже при использовании в терапевтических дозах, рекомендуется собирать тщательный семейный анамнез, а также снимать ЭКГ и измерять артериальное давление до и во время лечения. Часто вполне достаточно невысоких доз (от 10 до 25 мг) один раз на ночь (или 1 мг на кг веса тела в день, либо меньше). Если необходимо повысить дозу, имипрамин нужно назначать три раза в день и постепенно повышать дозу до 3 мг на кг веса в день. В связи с возможными побочными эффектами (и токсическим влиянием в случае передозировки) имипрамин стал методом третьей линии лечения и рекомендован для применения в тяжелых, устойчивых к терапии, случаях.

Недержание мочи

Необходимо следовать тем же главным принципам, что и при лечении энуреза, т.е. особое значение приобретают: предоставление информации, консультирование, поддержка и мотивирование, как ребенка, так и его родителей.

При лечении ургентного мочеиспускания, главным образом, применяется симптом-ориентированный когнитивно-поведенческий подход, направленный на выработку сознательного контроля над позывами без использования мышц тазового дна, т.е. специальных поз для удержания мочи (Vijverberg et al, 1997). Детей обучают как замечать позыв и немедленно отправляться в туалет, не прибегая к специальным маневрам для удержания мочи. Детей просят отмечать в дневнике, когда их трусы остаются сухими (обозначая, например, флажком) и когда мокрыми (например, рисуя облако). Это означает, что ребенок должен иметь возможность в любой момент пойти в туалет, независимо от ситуации, особенно, когда находится в детском саду или школе. Если ребенок придерживается инструкций, то сначала сокращается количество мочеиспусканий, а затем и число эпизодов недержания мочи.

Применение такого простого подхода будет достаточно для 1/3 детей, остальные 2/3 будут нуждаться в дополнительном медикаментозном лечении. Мониторинг – наблюдение и документирование (т.е. когнитивно-поведенческая составляющая) – необходимо продолжать на протяжении всего лечения. В данном случае показаны антихолинергические лекарственные средства. Широко известным и доступным в большинстве стран, как генерик, является оксибутин. Для избежания побочных эффектов, лечение этим препаратом необходимо начинать с маленьких доз, вплоть до 0,3 мг на кг веса в день, разделяя на три приема (максимальная суточная доза – 15 мг). В случае отсутствия эффекта, доза может быть повышена до 0,6 мг на кг веса в день (максимум 15 мг/день). Побочные эффекты дозозависимы и обратимы. К ним относятся типичные антихолинергические эффекты, такие как покраснение лица, снижение остроты зрения, тахикардия, гиперактивность, сухость во рту, остаточная моча и запор.

В качестве альтернативы может быть использован пропиверин, который, к сожалению, не доступен в большинстве стран. Максимальная доза составляет 0,8 мг на кг веса в день в два приема (при этом общая доза не должна превышать 15 мг в день). Побочные эффекты те же, но менее выражены. Если один из этих двух стандартных препаратов оказывается неэффективным, или его применение сопровождается выраженным побочным действием, рекомендуется перейти на другие лекарственные средства. Другие антихолинергические лекарственные препараты, такие как толтеродин, солифенацин и др. используются для взрослых, но не рекомендованы для стандартного лечения детей.

Симптом-ориентированный подход рекомендован во всех случаях *отсроченного мочеиспускания*. Первым шагом должно быть предоставление информации и обучение психологической самопомощи. Очень часто детям и их родителям ничего не известно о связи отсроченного мочеиспускания, задержке и недержании мочи. Детей и родителей обучают, как повысить частоту опорожнения мочевого пузыря. В данном случае, цель состоит в том, чтобы ребенок начал посещать туалет несколько раз в день с регулярными интервалами. Дети должны уметь рас-

слабляться в туалете и уделять этой процедуре необходимое количество времени. Мочеиспускание в туалете, а также эпизоды недержания мочи фиксируются в дневнике. Часто возникает необходимость в том, чтобы родители направляли детей в туалет. Для повышения мотивации можно дополнительно использовать простые беседы с позитивным подкреплением. У детей старшего возраста могут оказаться полезными цифровые часы с будильником (или мобильные телефоны), на них можно установить сигнал, напоминающий ребенку о необходимости посетить туалет, с интервалом от 1,5 до 3 часов. Тем не менее, этих мер недостаточно из-за высокой коморбидности с поведенческими проблемами, особенно с ОВР, которая требует дополнительного лечения.

Лечение *дисфункционального мочеиспускания* включает в себя повышение мотивации, когнитивно-поведенческие меры, релаксацию и общие рекомендации по потреблению жидкости и посещению туалета (Chase et al, 2010). При необходимости можно повысить частоту опорожнения мочевого пузыря и перорального потребления жидкости. Начинают переобучение пользования туалетом. Рекомендуется создать условия для того, чтобы ребенок мог посвятить туалету достаточно много времени, сидя в расслабленной позе на унитазе, раздвинув ноги и касаясь ступнями пола непосредственно, или с помощью подставки для ног. Ребенка просят полностью расслабиться, начинать акт мочеиспускания без какого-либо напряжения и просто позволить вытекать моче до того момента, пока у него не появится ощущение, что мочевого пузыря пустой. Более специфичным и эффективным является метод обратной биологической связи – либо с использованием урофлоуметрии, либо ЭМГ мышц тазового дна (Chase et al, 2010). Таким образом, ребенок в реальном времени получает визуальные и акустические сигналы об объеме и скорости мочевого потока или сокращении мышц тазового дна. Даже доступно много разнообразных компьютерных программ и мультипликационных фильмов. У большинства детей восстановление нормальной функции и умение удерживать мочу может быть достигнуто за несколько сессий. Медикаментозное лечение не показано (Chase et al, 2010).

Недержание мочи при смехе лечится путем классического формирования условных рефлексов (Elzinga-Plomp et al, 1995) или с помощью высоких доз метилфенидата (в связи со сходством с каталепсией и нарколепсией) (Sher & Reinberg, 1996). При стрессовом недержании мочи наиболее эффективна физиотерапия или имипрамин. Дети с недостаточной активностью детрузора нуждаются в интенсивной тренировке и нередко во временной катетеризации. Все эти редкие расстройства требуют специализированного лечения (см. von Gontard & Neveus, 2006).

В резистентных к лечению случаях успешной оказалась структурированная групповая терапия (Equit et al, 2012). Такая терапия включает в себя сочетание консультирования, предоставления информации, техник релаксации, когнитивно-поведенческих, игровых методов и групповой терапии.

ТЕЧЕНИЕ

Энурез – расстройство с благоприятным прогнозом, характеризующееся высоким темпом спонтанных ремиссий – 13% детей в год и доступностью эффективного лечения – у 60 – 80% детей удается добиться ремиссии при лечении с использованием энурезного будильника, при этом 50% выздоравливают (Houts et al, 1994). Тем не менее, у небольшой группы детей энурез приобретает хроническое течение, сохраняясь у 1 – 2% в подростковом возрасте. Остаточным симптомом может быть никтурия (частое пробуждение и опорожнение мочевого пузыря ночью). В целом распространенность энуреза среди взрослых составляет 1,7%, при этом риск возникновения этого расстройства у взрослых возрастает в 8 раз, если они в детстве мочились ночью в постель (Hublin et al, 1998).

Исследования отдаленных последствий дневного недержания мочи отсутствуют. По всей видимости, прогноз лучше при ургентном недержании мочи, тогда как отсроченное мочеиспускание, особенно при сочетании с ОВР, трудно поддается лечению. Распространенность дневного недержания мочи среди подростков повышается с возрастом, особенно среди девочек, хотя это не обязательно является следствием недержания мочи в детстве.

ПРИЛОЖЕНИЕ С.4.1

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРОБЛЕМ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И ВОЗМОЖНЫХ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ

(von Gontard, 2001; von Gontard & Neveus, 2006, с разрешения)

ПРИСУТСТВУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- Общее представление: Знаешь ли ты почему ты и твои родители находитесь сегодня здесь?
- Время, когда наблюдается недержания мочи: Это из-за того, что ты мочишься ночью в постель, или потому что у тебя мокрое белье днем?

Начните с наиболее важных симптомов, т.е. с ночных или дневных проблем

НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

- Частота недержания мочи: Ты мочишься в постель каждую ночь, или бывают и сухие? Сколько раз в неделю твоя постель становится мокрой (или остается сухой)?
- Количество выделяемой мочи: Постель слегка влажная или полностью мокрая?
- Глубина сна: Насколько глубокий сон у вашего ребенка? Разбудить его/ее легко или сложно? Что вам приходится делать, для того чтобы разбудить вашего ребенка? Просыпается ли иногда ваш ребенок ночью, чтобы сходить в туалет (никтурия)?
- Сухие интервалы: Какой самый длительный период, когда ваш ребенок оставался полностью сухим (дни, недели, месяцы)? Сколько ему тогда было лет? Не произошло ли перед рецидивом что-то, что могло настолько повлиять на ребенка, что он снова начал мочиться ночью в постель?
- Влияние и дистресс: Что ты чувствуешь, когда обнаруживаешь, что твоя постель мокрая? Ты расстраиваешься? Раздражаешься? Злишься? Испытываешь стыд? Или, может быть, ты считаешь, что ничего особенного не произошло? Ты бы хотел(ла) оставаться сухим? Ты бы хотел что-нибудь с этим сделать, и приложить какие-либо усилия во время лечения?

Социальные последствия: Кто-нибудь дразнил тебя, из-за того, что ты мочишься в постель? Приходилось ли тебе из-за этого отказываться от того, чтобы остаться с ночевкой у друзей, или от длительных школьных экскурсий с необходимостью переночевать?

ДНЕВНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И ПРОБЛЕМЫ С МОЧЕИСПУСКАНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ

- Частота эпизодов недержания мочи:** У тебя белье мокрое каждый день, или бывают и «сухие» дни? Сколько дней в неделю у тебя бывают мокрыми трусы? Бывает ли так, что это происходит больше одного раза в день? Как часто это обычно бывает?
- Количество выделяемой мочи:** Когда случается, что ты не удерживаешь мочу, трусы при этом слегка влажные или по-настоящему мокрые? Проступает ли мокрое пятно через всю одежду?
- Распределение в течение дня:** Когда чаще всего ты «подмокаешь» – утром, днем или вечером?
- Частота мочеиспусканий:** Как часто ваш ребенок ходит в туалет в течение дня (3, 5, 10 или 20 раз)? В норме ребенок мочится от 5 до 7 раз в день.
- Отсроченное мочеиспускание:** Замечали ли вы когда-либо, что ваш ребенок отправляется в туалет не сразу, а откладывает как можно на дольше момент опорожнения мочевого пузыря? В каких ситуациях это чаще всего происходит (например: в школе, по возвращению домой со школы, во время игры, при просмотре телевизора или во время других занятий)?
- Специальные позы (приемы) для удержания мочи:** Как вы определяете, что ваш ребенок хочет в туалет? Похоже ли это на рассеянность? Что именно делает ваш ребенок для того, чтобы отсрочить мочеиспускание? Замечали ли вы когда-либо, что он/она скрещивает ноги, прыгает с ноги на ногу, держится за живот или гениталии, приседает на корточки или садится на пятки?
- Ургентные симптомы:** Бывает ли так, что ваш ребенок испытывает внезапные и сильные позывы к мочеиспусканию (несмотря на то, что он часто ходит в туалет)? Например, как долго вы можете ехать в автомобиле или совершать покупки, до того, как ваш ребенок попросится в туалет? Хватает ли вам времени, для того чтобы доехать до следующего туалета, или вы вынуждены немедленно остановиться, чтобы ваш ребенок мог помочиться?

Сухие интервалы в течение дня:

Когда в течение дня ваш ребенок остается сухим? Бывают ли случаи, когда ваш ребенок не удерживает мочу в течение дня? Какой промежуток времени ваш ребенок оставался сухим дольше всего (дни, недели, месяцы)? Сколько ему тогда было лет? Не произошло ли перед рецидивом что-то, что могло так повлиять на ребенка, что он снова начал не удерживать мочу?

Проблемы с опорожнением мочевого пузыря:

Ваш ребенок вынужден тужиться перед началом мочеиспускания, или моча выделяется самотеком? Во время мочеиспускания струя непрерывная, или прерывается? Если прерывается, то как часто? Нужно ли вашему ребенку повторно натужиться, чтобы помочиться?

Инфекции мочевых путей:

Жалуется ли ваш ребенок на боль при мочеиспускании? Вынужден ли ваш ребенок ходить в туалет чаще, чем обычно? Как часто до этого ваш ребенок страдал от инфекций мочевых путей? Когда он впервые заболел? Сопровождалось ли инфекционное заболевание мочевых путей у вашего ребенка повышенной температурой и болями в области почек? Использовались ли при лечении этих инфекций антибиотики? Назначался ли вашему ребенку длительный профилактический курс антибиотиков? Принимает ли он медикаменты в настоящий момент? Наблюдались ли у вашего ребенка кожные инфекции в области гениталий (дерматиты)?

Медицинские осложнения:

Имели ли место другие медицинские осложнения, такие как нарушения оттока, операции и др.?

Особенности приема пищи и потребления жидкостей:

Опишите, пожалуйста, пищевые привычки вашего ребенка. Предпочитает ли он печенье, белый хлеб и другие бедные клетчаткой продукты? Что и в каком количестве пьет ваш ребенок каждый день?

Дополнения:

Что, по вашему мнению, является причиной проблем с недержанием мочи у вашего ребенка? Есть ли у вас какие-либо предположения по поводу того, как это случилось? Чувствовали ли вы когда-либо себя виноватым в этом? Обвиняли ли вы себя в этом? Обвиняли ли вас другие люди? Вы считаете, что ваш ребенок делает это специально? Кто больше расстроен из-за недержания мочи: вы или ваш ребенок? Что, по-вашему, следует изменить? Какой вы ожидаете результат? Готовы ли вы и ваш ребенок активно сотрудничать во время лечения?

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Преыдущее лечение: Что вы предпринимали до этого, для того, чтобы ваш ребенок избавился от недержания мочи? (Неэффе- тивные формы лечения) Ограничение потребляемой жидкости, попытки будить, наказания и другие меры? (Эффективные формы лечения) Дневники и календа- ри, поощрения, лечение с использованием будильника или медикаментов? Какие применяли лекарственные препараты (минирин, имипрамин, другие)? Как было организовано лечение, опишите, пожалуйста, как долго и с каким результатом? С кем вы консульти- ровались по поводу проблем с недержанием мочи у вашего ребенка: педиатром, урологом, психологом, психиатром, сотрудниками центра по работе с труд- ными детьми? Какие до этого времени проводились обследования?

ЭНКОПРЕЗ

Пачкание: Ваш ребенок пачкает иногда нижнее белье? Сколько раз в неделю это происходит? При этом высвобожд- ается большое количество фекальных масс, или одежда измазывается незначительно? Это происходит только днем или также ночью? Как ваш ребенок реагирует на то, что он пачкает свою одежду? В каком возрасте ваш ребенок перестал опорожнять кишечник в памперсы и начал пользоваться только туалетом? Были ли реци- дивы в прошлом?

Навыки пользования туалетом: Сколько раз в неделю у вашего ребенка происходит дефекация? Случалось ли когда-либо, что у вашего ребенка не было дефекации несколько дней подряд? Страдает ли ваш ребенок регулярными запорами? Бывают ли у него боли во время дефекации? Замечали ли вы когда-либо у него в стуле кровь? Как вы до этого пытались справиться с этими проблемами?

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ РЕБЕНКА

Психиатрический анамнез ребенка разделен на присутствующие симптомы, общий анамнез и анамнез развития, а также семейный анамнез (см. Главу А.5). В большин- стве случаев родителей и ребенка опрашивают вместе – это облегчает оценку разных мнений. В одних случаях лучше расспрашивать родителей отдельно (т.е. в случае се- мейных конфликтов, насилия и т.п.). В других, полезней будет осмотреть и расспро- сить ребенка без родителей, особенно ребенка старшего возраста. Некоторые дети более открыты к разговору о своих проблемах, когда родители отсутствуют.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ РЕБЕНКА

В конце расспроса о проблемах с недержанием мочи полезно задать открытый вопрос о других проблемах с поведением.

Другие проблемы с поведением: Беспокоят ли вас какие-либо другие проблемы, связанные с поведением вашего ребенка? Пожалуйста, опишите их подробно.

Как и в случае с проблемами с недержанием мочи, необходимо, в свою очередь, обратить внимание на каждый присутствующий симптом. Следует рассмотреть следующие моменты

Присутствующие симптомы: Опишите, пожалуйста, проблему своими словами и как можно более подробно. Как часто это происходит? В каких ситуациях (дома, в школе, среди друзей)? Как при этом реагирует ваш ребенок? Как реагируете вы? Где это начинается? Как это раньше развивалось? Эта проблема оставалась одинаковой по своей интенсивности и частоте, ухудшалась или пропадала сама по себе? Как вы до этого пытались с ней справиться, что для этого предпринимали? Осматривался ли ребенок специалистом и лечился в связи с этой проблемой? Где, кем и с каким результатом? Что беспокоит вас больше всего? Что вы хотели бы изменить? Что вы ожидаете от этой консультации?

Полезно также задать несколько общих вопросов о возможных проблемных сферах ребенка, которые могут быть упущены при использовании открытых вопросов. Если родители отвечают положительно, каждую из проблем необходимо детально изучить.

ДРУГИЕ ПРОБЛЕМНЫЕ СФЕРЫ

Экстернализирующие проблемы: Можно ли назвать вашего ребенка беспокойным, постоянно суетливым или слишком активным? Существуют ли какие-либо определенные ситуации, в которых ему особенно тяжело сконцентрироваться, например, в школе? Не кажется ли вам, что ваш ребенок реагирует слишком импульсивно, не раздумывая? Проявляет ли он иногда словесную агрессию по отношению к вещам или людям? Как ваш ребенок реагирует на правила? Подчиняется ли он вашим правилам? Не является ли его поведение оппозиционным? Как он реагирует на установление вами правил, и когда вы говорите ему «нет»? Существуют ли определенные проблемные зоны: выполнение домашних заданий, позднее возвращение домой, вранье, воровство...?

Интернализирующие расстройства: Считаете ли вы, что ваш ребенок расстроен, подавлен или замкнут? Не потерял ли ваш ребенок интерес к играм, общению с другими детьми? Не трудно ли ему быть достаточно активным? Как часто ваш ребенок бывает тревожным? Имеются ли у него проблемы со сном или питанием? Не боится ли он определенных объектов, ситуаций или животных (фобии)? Не боится ли ваш ребенок незнакомых людей, групп детей (социальная тревога)? Не испытывает ли он страх, когда вы уходите от него (тревога, вызванная разлукой)? Без какой-либо видимой причины (генерализованная тревога)? Не появились ли у вашего ребенка какие-нибудь странные привычки, ритуалы или интересы? Не склонен ли он повторять одно и то же?

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И РАЗВИТИЯ

- Беременность:** Была ли беременность запланированной (желаемой) или неожиданной? Что вы чувствовали во время беременности? Имели ли место медицинские осложнения? Происходили ли какие-либо события, которые вы можете назвать стрессовыми?
- Роды:** Роды произошли в срок, преждевременно или слишком поздно? Были ли роды спонтанными? Имели ли место осложнения во время или после родов? Каким был вес ребенка при рождении?
- Младенчество:** Кормили ли вы своего ребенка грудью? Как долго? Если нет, то по какой причине? Был ли ваш ребенок тихим, спокойным или активным (темперамент)? Были ли проблемы с кормлением, набором веса, сном или чрезмерной плаксивостью?
- Двигательное развитие:** Когда ваш ребенок начал сидеть, стоять, свободно ходить?
- Речь и язык:** Когда ваш ребенок произнес свои первые слова (и что это были за слова)? Когда ваш ребенок произнес первые простые предложения из двух слов? Были ли у него какие-либо проблемы с артикуляцией, составлением предложений (экспрессивная речь), или пониманием (рецептивная речь)?
- Детский сад:** С какого возраста ваш ребенок начал посещать детский сад? Были ли у него проблемы с тем, чтобы оставаться там, т.е. с разлукой с вами? Были ли это проблемы с общением с другими людьми или воспитателями? Если да, то опишите их, пожалуйста.
- Школа:** Когда ваш ребенок начал ходить в школу? В каком классе он учится сейчас? Какого типа его школа? Не приходилось ли ему повторять учебный год? Вашему ребенку нравится ходить в школу? Опишите, пожалуйста, какие предметы у него любимые? Как он успевает по разным предметам? Имеются ли у него какие-либо особые проблемы с учителями? С другими детьми? Опишите, пожалуйста.
- Свободное время:** Что ваш ребенок делает в свое свободное время? Какие у него любимые игры (ролевые, конструкторы, подвижные игры, компьютерные и т.п.)? Это плановая деятельность? Какие у него интересы и хобби? Занимается ли он спортом? У вашего ребенка есть друзья (сколько их и насколько они близкие)? Он проводит свое свободное время в одиночестве или с друзьями? Какую роль играет ваш ребенок в группах своих сверстников?
- Болезни:** Какие ваш ребенок перенес в прошлом операции, госпитализации, несчастные случаи, аллергические реакции?

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Родители:	Возраст, профессия (успеваемость в школе), болезни. Семейные отношения? Мочились ли вы в постель в детском возрасте? Как вы можете описать ваши взаимоотношения со своим ребенком?
Родные братья и сестры:	Возраст. Биологические братья (сестры)? В каком классе учатся, болезни и проблемы с недержанием мочи. Как бы вы описали взаимоотношения между вашими детьми? Имеются ли между ними особые близкие взаимоотношения или конкуренция?
Другие родственники:	Имелись ли у других близких родственников проблемы с недержанием мочи в детстве? Другие болезни, особенно психиатрические или заболевания почек?

Относительно проблем с энурезом и недержанием мочи (равно как никтурии и других проблем с мочеиспусканием, таких, как ургентное недержание мочи) мы сделали обязательным составление полной родословной трех поколений. Часто информация о других родственниках может оказаться упущенной, если не задать прямой и недвусмысленный вопрос о том, были ли у них проблемы с мочеиспусканием в прошлом (или имеются в настоящее время).

Обычно сбор анамнестических сведений хорошо завершить одним открытым вопросом, как, например: «есть ли что-то, что мы упустили или вы считаете важным?»

ПРИЛОЖЕНИЕ С.4.2

ДНЕВНИК ЧАСТОТЫ / ОБЪЕМА

(von Gontard & Neveus, 2006, с разрешения)

Инструкции:

Дорогие родители,

Мы будем очень благодарны, если вы поделитесь с нами своими наблюдениями, которые помогут нам правильно оценить проблемы с мочеиспусканием у вашего ребенка и подобрать наиболее эффективное лечение.

Пожалуйста, заполните этот дневник в те дни, когда ваш ребенок не посещает школу или детский сад (выходные дни, или каникулы). Вы должны зафиксировать все эпизоды, когда ваш ребенок посещает туалет, мочится в постель или не удерживает мочу днем. Заполнение дневника нужно начать утром и завершить утром следующего дня (24 часа). Если есть возможность, пожалуйста, заполните два дневника за два дня подряд, такая информация будет еще более полезной для нас.

Пожалуйста, заранее обсудите это с ребенком. Не следует принуждать ребенка посещать туалет. Наоборот, он/она должен сказать вам, когда хочет пойти в туалет, и помочиться в мерный стаканчик. Пожалуйста, измерьте количество выделяемой мочи, запишите эти данные в дневнике и укажите точное время. После этого вы можете вылить мочу.

Если вашему ребенку, для того чтобы начать мочиться, необходимо натужиться, или если струя мочи прерывается, а потом снова восстанавливается, пожалуйста, опишите это в соответствующей графе (третьей слева).

Если ваш ребенок мочит свое белье, также укажите время и объем выделяемой мочи (большое количество или белье только слегка влажное – маленькая порция).

Если ваш ребенок чувствует внезапный позыв пойти в туалет, пожалуйста, отметьте время в следующей графе.

Если вы заметите, что ваш ребенок скрещивает свои ноги, приседает на корточки или каким-либо другим способом пытается удержать мочу, пожалуйста, отметьте это (с указанием времени) в графе под названием «позыв».

И наконец, измерьте, пожалуйста, и запишите количество всей жидкости, которую ваш ребенок выпивает в течение дня (с указанием времени).

Большое спасибо за вашу помощь!

ПРИЛОЖЕНИЕ С.4.3

ВОПРОСНИК ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ЭНУРЕЗ / НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

(Beetz, vonGontard, Lettgen, 1994)

Имя _____ Дата рождения _____

Дата _____

ДНЕВНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

ДА НЕТ

Мочит ли ваш ребенок одежду в течение дня? [] []

Бывало ли так, что ваш ребенок весь день оставался сухим? [] []

Если да, то как долго? _____ (недели/месяцы/годы)

И с какого возраста? _____ (со скольких лет)

Сколько дней в неделю ваш ребенок не удерживает мочу в дневное время?
_____ (дней в неделю)

Сколько раз в течение дня ваш ребенок не удерживает мочу? _____

Обычно одежда обильно мокрая? [] []

Обычно одежда слегка влажная? [] []

Моча подтекает по каплям? [] []

Мочит ли ребенок нижнее белье сразу после посещения туалета? [] []

Замечает ли ваш ребенок, что мочит белье? [] []

НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

ДА НЕТ

Мочится ли ваш ребенок ночью в постель (или в памперсы)? [] []

Бывало ли так, что ваш ребенок оставался сухим всю ночь? [] []

Если да, то как долго? _____ (недели/месяцы/годы)

И с какого возраста? _____ (со скольких лет)

Сколько ночей в неделю ваш ребенок мочится в постель?
_____ (количество ночей за неделю)

Обычно постель обильно мокрая? [] []

Обычно постель влажная? [] []

- Просыпается ли ваш ребенок ночью, чтобы пойти в туалет? [] []
- Просыпается ли ваш ребенок после того, как помочиться в постель? [] []
- Ваш ребенок спит крепким сном, т.е. просыпается с трудом? [] []
- Были ли у кого-либо из членов вашей семьи проблемы с недержанием мочи (дневным или ночным)? [] []
- Если да, то у кого? _____

НАВЫКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТУАЛЕТОМ ДА НЕТ

Сколько раз в день (в среднем) ваш ребенок опорожняет мочевого пузыря?

Как долго ваш ребенок может обходиться без туалета (при совершении покупок, во время поездок на автомобиле)? _____ (часов)

Ваш ребенок ходит в туалет при необходимости самостоятельно? [] []

Вам приходится отправлять ребенка в туалет? [] []

Если ваш ребенок хочет помочиться, приходится ли ему при этом напрягаться (тужиться) в начале и во время опорожнения мочевого пузыря? [] []

Когда ваш ребенок мочится, струя мочи непрерывна? [] []

Ваш ребенок спешит и не уделяет достаточно времени, для того чтобы помочиться? [] []

НАБЛЮДАЕМЫЕ РЕАКЦИИ ДА НЕТ

Испытывает ли ваш ребенок внезапные позывы к мочеиспусканию? [] []

Если у вашего ребенка появляется желание помочиться, должен ли он немедленно мчаться в туалет? [] []

Скрещивает ли ваш ребенок ноги, садится на корточки или на пятки, и т.п., чтобы удержать мочу? [] []

Старается ли ваш ребенок как можно дольше отсрочить посещение туалета? [] []

Если да, то в каких ситуациях, (в школе, во время игр, при просмотре телевизора и т.п.), пожалуйста, уточните _____

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДА НЕТ

Имели ли место у вашего ребенка инфекции мочевых путей? [] []

Если да, то как часто _____ (раз)

Сопровождались ли инфекции мочевых путей повышением температуры? [] []

Принимал ли ваш ребенок лечение по поводу инфекций мочевых путей? [] []

Если да, то уточните какое _____

НАВЫКИ ДЕФЕКАЦИИ ДА НЕТ

У вашего ребенка дефекация происходит ежедневно? [] []

Если нет, то сколько раз в неделю? _____ (раз в неделю)

Отмечаются ли у вашего ребенка регулярные запоры? [] []

Ваш ребенок пачкает свое нижнее белье (в течение дня)? [] []

Ваш ребенок пачкает белье во время сна? [] []

Если да, то это небольшое количество кала (мазки)? [] []

Или большое? [] []

Как часто ваш ребенок пачкает одежду? _____ (раз в неделю) _____ (раз в месяц)

Раньше ваш ребенок полностью контролировал дефекацию? [] []

Если да, то с какого возраста _____ (лет)

И как долго _____ (месяцев/лет)

Пачкание одежды происходит в определенных ситуациях? [] []

Если да, пожалуйста, уточните _____

ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ДА НЕТ

Ваш ребенок расстроен из-за того, что у него бывают случаи недержания мочи? [] []

Вы расстроены из-за того, что ваш ребенок страдает недержанием мочи? [] []

Дразнят ли вашего ребенка, в связи с недержанием мочи? [] []

Избегает ли ваш ребенок ситуаций, когда, например, необходимо остаться на ночь у друзей, или отправиться на школьную экскурсию с ночевкой и т.п.? [] []

Ваш ребенок не удерживает мочу чаще под влиянием стресса? [] []

Ваш ребенок мотивирован на лечение и настроен на сотрудничество? [] []

Если у вашего ребенка до этого не отмечалось эпизодов недержания мочи, можете ли вы указать на событие, которое, по вашему мнению, способствовало рецидиву? [] []

Если да, уточните, пожалуйста _____

Что, по вашему мнению, является причиной ночного недержания мочи?

Пожалуйста, уточните _____


ОБЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ	ДА	НЕТ
У вашего ребенка есть проблемы с подчинением правилам?	[]	[]
Ваш ребенок беспокоен, постоянно в движении, легко отвлекается?	[]	[]
У вашего ребенка есть проблемы с концентрацией внимания?	[]	[]
Ваш ребенок иногда тревожен?	[]	[]
Бывает ли ваш ребенок подавленным, расстроенным, замкнутым?	[]	[]
У вашего ребенка есть проблемы в школе?	[]	[]
Если да, то уточните, пожалуйста _____		
У вашего ребенка есть проблемы в других сферах?	[]	[]
Если да, то уточните, пожалуйста _____		

ПРИЛОЖЕНИЕ С.4.4

ПРИМЕР СТАНДАРТНОГО ДНЕВНИКА НОЧНОГО ЭНУРЕЗА

(«Сухие» ночи отмечаются «солнцем», тогда как ночи с недержанием мочи «тучей», или другим, выбранным ребенком, символом)

Этот дневник принадлежит: _____

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1.							
2.							
3.							
4.							

ПРИЛОЖЕНИЕ С.4.6

ДНЕВНИК ТИТРОВАНИЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ДЕСМОПРЕССИНА

(Beetz, vonGontard, Lettgen, 1994)

1-я и 2-я недели: таблетки десмопрессина: 0,2 мг вечером (одна таблетка)

Дата	Сухой	Количество мочи		Замечания
		Меньше	Как прежде	
ПН 16-е	<i>Нет</i>	<i>Да</i>		<i>Не хотел идти в школу</i>
ВТ 17-е	<i>Да</i>			<i>Очень рад</i>

3-я и 4-я недели: таблетки десмопрессина: 0,4 мг вечером (две таблетки)*

*если эпизоды ночного недержания мочи прекращаются или становятся значительно более редкими – лечение продолжается с использованием дозы 0,2 мг (одна таблетка) вечером;

*если эффект отсутствует (частота эпизодов ночного недержания мочи не уменьшается) – доза повышается до 0,4 мг (две таблетки).

Дата	Сухой	Количество мочи		Замечания
		Меньше	Как прежде	

*если эпизоды ночного недержания мочи прекращаются или удается добиться значительного их сокращения – лечение продолжается в дозе 0,4 мг (две таблетки);

*при отсутствии эффекта – лечение десмопрессином прекращается (пациент не дает клинического ответа на десмопрессин)