

Психосоциальные аспекты нарушений мочеиспускания у детей

С.Л. Морозов, В.В. Длин, М.М. Слонимская

ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Psychosocial aspects of micturition disorders in children

S.L. Morozov, V.V. Dlin, M.M. Slonimskaya

Research Clinical Institute of Pediatrics, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Проведен анализ причин возникновения психологических проблем у детей с нарушениями мочеиспускания и рассмотрены социальные факторы, влияющие на качество жизни ребенка. Изучение и понимание психосоциальных аспектов нарушений мочеиспускания у детей является важным компонентом в структуре диагностики и терапии данной патологии. Болезненное восприятие себя в социуме способствует дальнейшей невротизации личности, нарушению социальной адаптации, возникновению эмоциональных и невротических расстройств. Сложность состоит в том, что даже после прекращения проблем с мочеиспусканием психологические отклонения могут сохраняться еще достаточно долго. Своевременное участие психолога в реабилитации пациентов оказывает значительное влияние на успешность проводимой терапии.

Ключевые слова: дети, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, энурез, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, социальная адаптация.

The causes of psychological problems in children with micturition disorders are analyzed and social factors influencing quality of life in a child are considered. The study and understanding of the psychosocial aspects of micturition disorders in children are an important component in the structure of diagnosis and therapy of this pathology. Morbid self-perception in society contributes to further personality neurotization, social maladjustment, and emotional and neurotic disorders. The complexity is that psychological abnormalities may persist much longer even after micturition problems come to an end. The timely participation of a psychologist in patients' rehabilitation has a significant impact on the success of performed therapy.

Key words: children, neurogenic bladder dysfunction, enuresis, attention deficit/hyperactivity disorder, social adjustment.

Изучение и понимание психосоциальных аспектов нарушений мочеиспускания у детей является важным компонентом в структуре диагностики и терапии данной патологии, так как оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов и успешность проводимой терапии. Актуальность этой темы обусловлена, в первую очередь, достаточно широким распространением нарушений мочеиспускания в детской популяции — 15–20% [1].

Важным является прямое влияние заболевания на качество жизни не только самих пациентов, но и их семей в целом из-за негативных воздействий как на социальном, так и межличностном уровне [2]. Кроме того, нельзя исключить из рассмотрения и значимый экономический ущерб, который обусловлен расходами пациентов и их семей на лекарственные средства, предметы ухода, а также снижением их социальной активности. Использование современных методов лечения и диагностики требует объективной оценки качества жизни и, по возможности, максимального увеличения периодов качественного существования пациентов [2, 3]. Такой анализ позволяет создать модель наиболее оп-

тимального и эффективного ведения пациентов с нарушениями мочеиспускания, где не только применяются фармакологические методики лечения, но и активно используются другие нефармакологические варианты терапии, в том числе и психологические [1].

Анализ данных проведенных исследований свидетельствует о том, что зачастую эмоциональные и поведенческие проблемы, невротизация личности являются следствием длительного течения болезни, а процент детей с первичными социально-психологическими проблемами относительно невелик. Нередко дети страдают не столько от основного заболевания, сколько от последствий и затруднений, связанных с ним: смущение, разочарование, беспокойство, раздражение, страх запаха [4]. Ребенок достаточно часто подвергается насмешкам сверстников, упрекам и даже наказаниям родителей, что приводит к потере уверенности в себе, заостряет его внимание на болезни [5]. Ребенок боится ночевать вне дома, старается избегать поездок в лагерь, путешествий. Болезненное восприятие себя в социуме способствует дальнейшей невротизации личности, нарушению социальной адаптации, возникновению эмоциональных и невротических расстройств: заикания, тикоидных гиперкинезов. Сложность состоит в том, что даже после прекращения энуреза психологические отклонения могут сохраняться еще достаточно долго [6].

Обращая внимание на конкретные психосоциальные факторы, которые оказывают значимое влияние на развитие нарушений мочеиспускания у детей,

© Коллектив авторов, 2015

Ros Vestn Perinatol Pediat 2015; 5:92–95

Адрес для корреспонденции: Морозов Сергей Леонидович — н.с. отдела наследственных и приобретенных болезней почек Научно-исследовательского клинического института педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Длин Владимир Викторович — д.м.н. проф., рук. того же отдела Слонимская Мария Марковна — врач-интерн РНИМУ им. Н.И. Пирогова 125412 Москва, ул. Талдомская, д. 2

можно выделить следующие: рождение второго ребенка, смена места жительства, ссоры между родителями, развод родителей, посещение детского сада, проблемы в школе, при этом данные факторы более значимы при развитии вторичного энуреза, нежели первичного [7]. Таким образом, проблемы с мочеиспусканием с течением времени приводят к нарушениям психологической адаптации и усиливают течение заболевания, вызывая дополнительный стресс и проблемы уже на социальном уровне, что обосновывает необходимость психолого-педагогической работы с личностью пациента и его окружением в целом, а не в отдельных аспектах.

Как уже говорилось выше, одним из самых значимых факторов в течении заболевания ребенка играет его окружение и особенно его семья. Нормально функционирующие семьи стараются удовлетворять всем потребностям ребенка и поддерживать комфортную психологическую обстановку внутри семьи. В семьях, где не придерживаются этого принципа, отмечается отрицание существования проблем, избегание открытых выражений чувств и эмоций, размытые личные границы членов семьи, конфликтность взаимоотношений, отсутствие заботы или наоборот – чрезмерность опеки [1]. Перечисленные факторы позволяют выделить группу риска, где внутрисемейные и межличностные отношения могут негативно повлиять на ребенка, имеющего расстройство мочеиспускания:

- семьи, где один из членов семьи болен алкоголизмом;
- семьи, где один или оба взрослых страдают депрессией или психическим заболеванием;
- семьи, в которых один из родителей погиб, а другой не может справиться с горем и полноценно заботиться о детях;
- семьи, в которых существует физическое и психическое насилие;
- семьи, в которых ребенок усыновлен, но полностью не принят;
- семьи со слишком строгими религиозными принципами.

Работая с детьми, семьи которых входят в данную группу, врачу следует обратить особое внимание на психологический компонент заболевания. Дефицит родительского внимания и любви, отсутствие должной реакции на нужды ребенка, длительное лишение и значимое ограничение удовлетворения его жизненно важных потребностей не только снижают темпы развития ребенка, но и приводят к повышению уровня тревоги в системе ребенок – родители, что вызывает психосоматическое заболевание [2].

Современные исследования показывают, что расстройства мочеиспускания у детей приводят к психовегетативным нарушениям, которые имеют социально-средовое происхождение [8]. Авторы отмечают, что в группе исследуемых пар мать–дита в 87% случаев имелся ряд негативных биологических и психосо-

циальных факторов перинатального периода: гестоз, анемия, угроза прерывания беременности. В дальнейшем более половины пациентов были подвержены материнской и семейной депривации: нежелание данной беременности, нежелание иметь ребенка данного пола, короткий период грудного вскармливания, разрыв с матерью на первом году жизни, госпитализация в стационар. Около 1/3 обследуемых семей были дисфункциональны. Также была показана корреляция между временем и степенью выраженности нарушений мочеиспускания и совокупностью признаков депривации внутри семьи. Таким образом, для достижения максимального эффекта от психолого-педагогической коррекции работа с семьями должна носить превентивный характер [8].

Немаловажную роль в дальнейшем течении заболевания играет реакция семьи на возникшую проблему. В результате осознания наличия заболевания, нарушения мочеиспускания, в частности, взрослые члены семьи формируют определенное отношение к происходящему, которое транслируется ребенку, в результате чего симптоматика обретает смысл и становится значимой для всей семьи. Это находит отражение в стиле родительских отношений и влияет на течение болезни. Среди выделяемых психологами стилей родительского воспитания наиболее неблагоприятными для развития личности ребенка являются различные формы отвержения, гиперопека (симбиотический стиль), гиперсоциализация (авторитарный стиль), гиперопека и инфантилизация. Наиболее гармоничные стили – принятие и кооперация. Исследование взаимосвязи детско-родительских отношений в семьях девочек с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря показало, что наиболее частыми стилями воспитания в группе детей с недержанием мочи являлись симбиотический, авторитарный и инфантилизирующий. [8, 9] Это проявляется повышенной тревожностью матерей, стремлением сохранить максимально близкую межличностную дистанцию в общении с дочерьми, строгим контролем их поведения и подавлением самостоятельности и индивидуальности девочек.

Отвержение ребенка как стиль родительски-детских отношений негативно влияет на его социальную адаптацию. Исследователями была установлена положительная корреляционная связь между отвержением ребенка матерью и его стремлением к уединению, степенью отгороженности. Инфантилизирующий стиль родительского воспитания также накладывает значимый след на психологическое состояние личности ребенка: недоверие со стороны матери, убежденность в собственной неуспешности, несамостоятельности также приводят к замкнутости, снижению желания и способности общаться со сверстниками [10].

Исследование уровня тревожности в группе девочек с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря показало, что у этих пациенток данный показатель достоверно выше, а патологические виды тревожно-

сти встречаются чаще, чем у девочек того же возраста без недержания мочи. Исследователем была выявлена прямая взаимосвязь уровня тревоги со степенью выраженности расстройств мочеиспускания [10]. Уровень тревожности ребенка также влияет на самооценку и авторитет среди сверстников. По результатам анализа автор делает вывод, что девочки 7–9 лет с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря склонны связывать уровень своего авторитета среди одноклассников со здоровьем, а девочки 10–12 лет из аналогичной группы – с внешними данными. При этом объективная самооценка у таких детей затруднена, что способствует повышению уровня тревожности [10].

Рассматривая психосоциальные аспекты нарушений мочеиспускания, важно осознавать, что нередко заболевание не является изолированным. В последнее время все большее внимание уделяется врачами различных специальностей такому неврологическо-поведенческому расстройству развития, как синдром дефицита внимания с гиперреактивностью. Социальная значимость этой патологии не вызывает сомнений: различные симптомы невнимательности, гиперактивность ребенка, трудности в усвоении нового материала, неспособность длительно удерживать внимание, сложности в построении межличностных отношений существенно влияют на качество жизни. Существует ряд исследований, объединяющих специфическое поведение детей, страдающих данным синдромом, с нарушениями мочеиспускания, тем самым объясняя проблемы в поведенческой сфере как компенсаторную реакцию личности на расстройства мочеиспускания и энурез [11]. S. Park и соавт. удалось проследить взаимосвязь между полной формой синдрома дефицита внимания с гиперреактивностью и ночным энурезом, объясняя сосуществование этих нарушений в контексте пока не уточненных единых нейробиологических механизмов [12]. Исследователи из детского госпиталя в Филадельфии предполагают, что энурез и данный синдром по «невнимательному фенотипу» могут быть вызваны дефицитом возбуждения. Проводилась оценка качества сна у пациентов с ночным энурезом в группе детей, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперреактивностью. Отмечено, что в группе детей с энурезом симптомы невнимательности и снохождение были более выраженными, а способность самостоятельно проснуться была ниже, чем в контрольной группе детей с синдромом дефицита внимания, но без нарушений мочеиспускания. Обнаружить ассоциацию такой патологии с конкретными хромосомами не удалось [13].

Показано, что при первичных расстройствах мочеиспускания, которые обусловлены в большей мере поражением нервной системы на любом из ее уровней, поведенческие проблемы являются вторичными. Тогда как при первичном энурезе сложности в обучении и синдром дефицита внимания с гиперреактивностью невнимательных подтипов могут быть следствием сни-

жения функции селективного внимания, контролируемой префронтальной корой головного мозга, а также связанными с ней передней частью поясной извилины, островком, гипоталамусом и таламусом [14]. Это обуславливает необходимость не только психологической реабилитации, но и коррекции двигательных навыков у детей с нарушениями мочеиспускания.

Многочисленные рекомендации, принятые к использованию как в России, так и за рубежом, подчеркивают необходимость инструментального исследования нижних мочевых путей при большинстве нарушений мочеиспускания. Результаты уродинамических исследований выходят на первый план при диагностике различных заболеваний, оставляя позади клинический анализ состояния пациента [15]. Объективизированное исследование может идти в ущерб психическому здоровью пациента. В иностранной литературе приводятся данные различных исследований, подтверждающих эту гипотезу.

E. Stashinko и J. Oswald показали, что проведение инвазивных урологических исследований, включая ретроградную цистометрию, цистографию, у детей провоцирует выраженный ситуационный стресс с формированием стойких страхов, при этом их назначение не всегда обосновано [16, 17]. Таким образом, строгое обоснование показаний к проведению инвазивных методов урологического обследования представляется чрезвычайно важным.

Дополнительным путем развития в этой области является поиск альтернативных подходов к обследованию детей с нарушениями мочеиспускания. Вопрос технической возможности неинвазивного уродинамического обследования широко обсуждается, существует ряд исследований, описывающих различные алгоритмы и методы диагностики нарушений мочеиспускания. Так, N. Uluosak и соавт. провели сравнительный анализ точности измерения емкости мочевого пузыря у детей с гиперактивностью детрузора при использовании различных методов. Результаты свидетельствуют о том, что значимой разницы в измерениях, полученных с помощью регистрации дневника мочеиспускания, ультразвукового исследования мочевого пузыря и ретроградной цистометрии, выявлено не было. Авторы считают, что дневник мочеиспусканий можно использовать как достаточно объективный и точный метод оценки емкости мочевого пузыря у детей с гиперактивным мочевым пузырем [18]. Использование в практической деятельности специальных опросников, квалитетрически оценивающих не только клинические проявления микционных расстройств у детей, но и качество жизни, может внести вклад в усовершенствование методологии клинической оценки нарушений мочеиспускания. Несмотря на то что некоторые из таблиц несколько завышают тяжесть существующих клинических проявлений, все они показывают достаточно высокую эффективность и могут использоваться на первых этапах диагностики нарушений мочеиспускания у детей.

В большинстве случаев психосоциальные аспекты патологии мочеиспускания не учитываются при ведении детей с нарушениями мочеиспускания, тем самым только усугубляя состояние пациентов. Лечащему врачу следует, прежде всего, обращать внимание на течение беременности, ранний контакт матери и ребенка, социальное и внутрисемейное благополучие. Обязательно совместное наблюдение и ведение пациентов с неврологами и психологами, так как у детей часто выявляются поведенческие нарушения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, сниженная самооценка.

Для решения проблемы появляется необходимость в организации психологической и социальной помощи таким семьям. Организация психологических ка-

бинетов на базе нефрологических и урологических стационаров и поликлиник обеспечит минимальную травматизацию личности пациентов во время обследования и на всем протяжении лечения, повысит уровень социальной адаптации ребенка и его семьи. Для минимизации негативных последствий назначение инвазивных исследований в нефрологии и урологии должно быть строго обосновано и проводиться на заключительных этапах при наличии четких показаний, тогда как при первичном обследовании следует уделять пристальное внимание традиционным методам: сбору анамнеза, клиническому анализу состояния пациента и неинвазивным методикам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Emilio S., Daniele T., Alessandro D'A. et al. Social, economic, and health utility considerations in the treatment of overactive bladder. *J Urol* 2010; 2: 11–24.
2. Milsom I., Abrams P., Cardozo L. et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760–766.
3. Tubaro A., Pallechi G. Overactive bladder: epidemiology and social impact. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17: 507–511.
4. Ricci J.A., Baggish J.S., Hunt T.L. et al. Coping strategies and health care-seeking behavior in a US national sample of adults with symptoms suggestive of overactive bladder. *Clin Ther* 2001; 23: 1245–1259.
5. Irwin D.E., Milsom I., Kopp Z. et al. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int* 2006; 97: 96–100.
6. Abrams P., Kelleher C.J., Kerr L.A., Rogers R.G. Overactive bladder significantly affects quality of life. *Am J Manag Care* 2000; 6: 11: 580–590.
7. Манхалова Я.А. Особенности нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гиперактивному типу у детей с энурезом. V-й Конгресс с международным участием «Экология и здоровье человека на Севере». Якутск: СВФУ 2014; 337–342. (Manhalova Ya.A. Features of neurogenic bladder dysfunction type of hyperactive children with enuresis. V-th Congress with international participation "Ecology and human health in the North." Yakutsk: SVFU 2014; 337–342.)
8. Отпущенникова Т.В., Горемыкин И.В., Дерюгина Л.А. Конституциональные и психологические параллели при расстройствах мочеиспускания в паре мать – дитя. Лечащий врач 2015; 1: 56. (Отпущенникова Т.В., Горемыкин И.В., Дерюгина Л.А. Constitutional and psychological parallels with disorders of urination in a pair of "mother-child". *Lechashhij vrach* 2015; 1: 56.)
9. Белобородова Н.В., Попов Д.А., Вострикова Т.Ю. и др. Дисфункции мочевых путей у детей: некоторые вопросы диагностики и пути эффективной терапии. *Педиатрия* 2007; 86: 5: 51–54. (Beloborodova N.V., Popov D.A., Vostrikova T.Yu. et al. Dysfunction of the urinary tract in children: diagnosis of some of the issues and the ways of effective therapy. *Pediatrija* 2007; 86: 5: 51–54.)
10. Кузнецова Н.И. Клинико-психологические особенности детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2007; 24. (Kuznecova N.I. Clinical and psychological characteristics of children with neurogenic bladder dysfunction: Avtoref. dis. ... kand. ... med. nauk. Moscow 2007; 24.)
11. De Bruyne E., Van Hoecke E., Van Gompel K. et al. Problem behavior, parental stress and enuresis. *J Urol* 2009; 182: 4: 2015–2020.
12. Park S., Kim B.-N. Nocturnal Enuresis Is Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Problems. *Churl Cho Psychiatry Investig* 2013; 10: 3: 253–258.
13. Elia J., Takeda T., Deberardinis R. et al. Nocturnal enuresis: a suggestive endophenotype marker for a subgroup of inattentive attention-deficit hyperactivity disorder. *J Pediat* 2009; 155: 2: 239–244.
14. Lei D., Ma J., Shen X. et al. Changes in the brain microstructure of children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis: a diffusion tensor imaging study. *PLoS One* 2012; 7: 2: e31023.
15. Морозов С.Л. Современные представления о нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. *Рос вестн перинатол и педиат* 2013; 58: 4: 24–29. (Morozov S.L. Modern understanding of neurogenic bladder dysfunction. *Ros vestrn perinatol i pediat* 2013; 58: 4: 24–29.)
16. Stashinko E.E., Goldberger J. Test or trauma? The voiding cystourethrography experience of young children. *Issues Compr Pediat Nurs* 1998; 21: 2: 85–96.
17. Oswald J., Riccabona M., Lusuardi L. et al. Voiding cystourethrography using the suprapubic versus transurethral route in infants and children: results of a prospective pain scale oriented study. *J Urol* 2002; 168: 6: 2586–2589.
18. Uluocak N., Oktar T., Ander H. et al. Which method is the most reliable in determination of bladder capacity in children with idiopathic overactive bladder? A comparison of maximum voided volume, uroflowmetry and maximum cystometric capacity. *J Pediat Urol* 2009; 5: 6: 480–484.

Поступила 02.07.15