

В.В. ШИШКОВ<sup>1,2</sup>, к.м.н., А.А. ГАЙДУК<sup>1</sup>, к.м.н., Ю.В. ГАЙДУК<sup>1</sup>, к.м.н., И.И. МАРЬЕНКО<sup>1,3</sup>, Е.В. ДАНИЛОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup>КДЦ Клиники ГБОУ ВПО СПбГПМУ;

<sup>2</sup>Кафедра Психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СПбГПМУ;

<sup>3</sup>ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина

## ЭНУРЕЗ: ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ

**Энурез – часто встречающееся заболевание, его распространенность в детском возрасте среди мальчиков составляет 12%, среди девочек – 7%, к началу школьного возраста эта патология сохраняется у 4,5% детей. В зависимости от времени возникновения энурез подразделяется на первичный и вторичный. Почти все существующие классификации энуреза включают невротическую и неврозоподобную формы. За редким исключением, все дети и подростки, страдающие энурезом, должны лечиться амбулаторно. Это относится к любым формам заболевания, но особенно к тем случаям, где невротический компонент наиболее выражен.**

*Ключевые слова: энурез, профилактика, лечение*

**П**од энурезом следует понимать недержание (неудержание) мочи во время сна (ночного или дневного) у ребенка старше 4 лет. Кроме того, у некоторых детей отмечается дневное недержание (неудержание) мочи в бодрствующем состоянии (чаще всего во время бега, смеха, при заигрывании). Считается, что до трех лет ребенок имеет право не удерживать мочу в дневные часы при полном сознании. Если же у ребенка старше 3 лет отмечается дневное недержание (неудержание) мочи в бодрствующем состоянии (чаще всего во время бега, смеха, при заигрывании), особенно если это появляется после значительного (более полугода) светлого промежутка, когда этот навык опрятности уже, казалось бы, полностью сформировался, родители часто пугаются, вследствие чего совершают множество ошибок. Наиболее распространенная ошибка – обвинить во всем ребенка, применить к нему санкции и физические наказания. На самом деле, дневное недержание (неудержание) мочи в бодрствующем состоянии также является заболеванием, встречающимся примерно в 10 раз реже, чем энурез, и требующим лечения у специалиста. Иногда эти разные проявления недержания мочи отмечаются у одного и того же ребенка, тогда следует говорить о дневном и ночном недержании мочи.

И хотя дневное и смешанное недержание мочи также могут быть проявлением невроза, для пра-

вильной диагностики данной патологии ребенка сначала следует обследовать у нефролога и уролога. Особенно такое обследование необходимо, когда ребенок вроде бы слегка мочится днем и ночью, т. е. речь идет о симптоматике «чуть-чуть мокрых штанов», даже если регулярное посещение туалета сохраняется.

**Энурез** – часто встречающееся заболевание, его распространенность в детском возрасте среди мальчиков составляет 12%, среди девочек – 7%, к началу школьного возраста эта патология сохраняется у 4,5% детей. Эти цифры, на наш взгляд, существенно занижены, не в полной мере достоверным следует считать и взгляды, что в пубертатном (подростковом) возрасте энурез проходит сам по себе, а, следовательно, у взрослых наблюдается крайне редко. Эти ошибки медицинских статистиков, а, следовательно, и недооценка данного явления на самом деле объясняются тем, что далеко не все родители, а тем более подростки и взрослые, страдающие энурезом, обращаются к специалистам, стесняясь своего расстройства.

В зависимости от времени возникновения энуреза логично подразделить его на первичный и вторичный. При первичном энурезе недержание мочи отмечается с раннего детства, при вторичном – недержанию мочи предшествует длительный (не менее 6 месяцев) светлый промежуток, когда ребенок не мочится в постель. Существует много классификаций энуреза, но почти все они включают невротическую и неврозоподобную формы.

**Невротический энурез** (если взять за основу причину, вызвавшую данное отклонение) – это недержание мочи во время сна, возникшее сразу после вероятной психотравмы, например, после первого визита в детский сад, школу, после посещения стоматолога, развода родителей или рождения в семье маленького брата или сестры, появления отчима и т. д. Большинство детских психиатров считают, что невротическая форма энуреза может быть только вторичной. По сути, это правильно, т. к. невротическая форма энуреза не является врожденной, но по времени возникновения она может быть и первичной, поскольку психотравмирующие ситуации могут действовать в период формирования навыка опрятности (первые годы жизни ребенка), в результате чего этот навык так и не формируется должным образом. Психоаналитически настроенные ученые (J.L. Halliday (1948) и др.) увязывали конфликты раннего детства, возникающие, в частности, во время приучения к навыкам опрятности, с последующими расстройствами в более зрелом возрасте (поносами, запорами и т. д.). Не являясь приверженцами психоанализа, мы подтвердили эти данные, по крайней мере применительно к некоторым формам недержания мочи и кала [5]. То есть психотравмы применительно к энурезу и другим формам недержания мочи надо толковать более широко. Это не только первый визит в детский сад, школу, скандалы в семье, но и преждевременное высаживание на горшок, и ситуация, когда ребенок длительно находится в мокрых пеленках или другой одежде в более старшем возрасте, и депривация, и физические наказания и т. д. Если учитывать все эти факторы, то невротическая форма энуреза не такая уж редкость. В то же время на практике трудно установить четкую взаимосвязь между предполагаемой психотравмой и появлением энуреза. Но невротическую форму ночного недержания мочи можно диагностировать не по предполагаемому происхождению, а по клинической картине, воспользовавшись дифференциально-диагностическими критериями В.В. Ковалева (Психиатрия детского возраста, 1979). Предположим, ребенок получил в школе двойку, в семье случился какой-то скандал и т. п. – в этот день энурез

проявляется, и наоборот, на фоне временной нормализации обстановки в школе и дома ребенок в какой-то период времени в постель не мочится. То есть мы можем выделять невротическую форму энуреза как по этиологическому фактору, так и по клинической картине заболевания.

**■ Энурез – часто встречающееся заболевание, его распространенность в детском возрасте среди мальчиков составляет 12%, среди девочек – 7%, к началу школьного возраста эта патология сохраняется у 4,5% детей**

**Неврозоподобная форма** (если опять же применить этиологический подход) означает, что клинические проявления могут быть такими же, но отсутствует либо психотравма, либо нет четкой взаимосвязи между появлением симптоматики и этой психотравмой. Возникновение этой формы энуреза должно быть связано с одним из следующих факторов: а) с перенесенными соматическими и инфекционными заболеваниями; б) с задержкой психомоторного развития на фоне резидуально-органических изменений ЦНС (например, речь идет об отставании психического и физического развития ребенка на первом году жизни вследствие перенесенной травмы во время родов или неблагоприятного течения беременности, в результате чего ребенок с опозданием садится, встает, начинает ходить, играть игрушками, произносить первые слова и т. д.). Но гораздо чаще, причем не только среди неврозоподобных форм, встречается т. н. простая форма энуреза, которая, по сути, является следствием задержки или нарушения созревания механизмов сна [2]. Эту форму энуреза называют простой, врожденной, первичной, но суть от этого не меняется. Родители таких пациентов часто сообщают врачу, что их ребенок спит очень глубоко (А.Ц. Гольбин употреблял термин «профундосомния»), что его очень трудно разбудить даже утром. Неврозоподобную форму энуреза можно диагностировать и по клинике. Он имеет более монотонное течение, не имеет прямой зависимости от пси-

хологической ситуации, при выраженной зависимости от соматических проблем. Предположим, ребенок начинает заболеть, переносит или совсем недавно перенес ОРВИ (банальную острую респираторную вирусную инфекцию) – в этот период энурез проявляется, на улице осень или весна, в доме еще не включили или уже выключили отопление – энурез проявляется почти каждую ночь, в другие же периоды, когда тепло и ребенок здоров, – все ночи сухие. Сюда же отчасти можно отнести и энурез, проявляющийся на фоне астенизации ребенка в период экзаменов в школе.

Существует также органопатическая форма недержания мочи. Это та форма, диагностика которой основана на выявлении четкой зависимости между появлением (или сохранением) расстройств мочеиспускания и существенными изменениями в деятельности почек или мочевыводящих путей, к примеру после перенесенных воспалительных заболеваний (цистита), на фоне наличия пороков развития МВС, состоянии после перенесенных урологических операций, длительной катетеризации мочевого пузыря и т. п. Но эта форма применима скорее к другим расстройствам мочеиспускания, чем собственно к энурезу – недержанию мочи во время сна. Сюда же, на наш взгляд, следует отнести комплекс нейроурологических проблем, таких как состояние после операций на позвоночнике и оболочках спинного мозга, миелодисплазии (пороки развития спинного мозга, сочетаемые с костными дефектами, к примеру, такими как агенезия крестца и копчика). К таким «энурезогенным» порокам длительное время относили и нарушение слияния дуг позвонков, не сопровождающееся формированием спинномозговой грыжи/spina bifida occulta (Fuchs, Mattauschek, начало XX в.). В последние десятилетия большинством авторов взаимосвязь данного порока развития позвоночника с энурезом была опровергнута.

Однако если даже проблема вашего ребенка развилась на органической почве, это не значит, что психотерапевт не сможет вам помочь. Просто в данном случае, скорее всего, понадобятся дополнительные обследования и привлечение соответствующих специалистов.

Таким образом, в зависимости от того, какова история развития болезни и всей жизни у ребенка, страдающего энурезом, и от того, в каком возрасте родители начинают серьезно заниматься этим вопросом, возможны самые разные варианты трактовки болезни и, соответственно, подходов к исцелению.

**■ В зависимости от того, какова история развития болезни и всей жизни у ребенка, страдающего энурезом, и от того, в каком возрасте родители начинают серьезно заниматься этим вопросом, возможны самые разные варианты трактовки болезни и, соответственно, подходов к исцелению**

К тому же любая форма энуреза, даже не имея за собой невротического конфликта, может включать в себя невротические наслоения, по крайней мере с определенного возраста, когда энурез начинает восприниматься ребенком как болезнь, как какая-то ущербность, накладывающая определенные ограничения на образ жизни (невозможность поехать в лагерь, на спортивные соревнования или сборы в другой город и т. п.). В этом случае, когда нарушается отношение ребенка к самому себе или к мнению окружающих о себе, по определению можно говорить о невротизации, в данном случае вторичной. В зависимости от отношения того или иного специалиста к проблемам психосоматической медицины не будет ошибкой рассматривать эти невротические наслоения в рамках соматопсихики – реакции личности на саму болезнь.

*Энурез, как и дневное недержание мочи, – проблема, которая лежит на стыке многих медицинских специальностей: педиатрии, урологии, нефрологии, неврологии, ортопедии, психотерапии.* Самой большой ошибкой, которую могут совершить родители ребенка, страдающего энурезом, является отношение к проблеме как к незначительной, которая сама постепенно исчезнет. Начать следует с посещения педиатра и проведения обычных анализов мочи,

а затем, если педиатр и при необходимости привлеченный на консультацию нефролог или уролог отвергает наличие патологии органов мочеобразования и мочевыделения, следует прийти на прием к врачу-психотерапевту, работающему в детском медицинском учреждении и имеющему опыт в смежных медицинских специальностях. Не будет лишним прийти на прием и несколько раньше, тогда, когда ребенку еще не исполнилось 3–4 года, чтобы получить у специалиста все необходимые медико-педагогические рекомендации, необходимые для профилактики энуреза, а также пройти соответствующее обследование и при необходимости подобрать необходимое лечение по поводу различных психоневрологических расстройств, к примеру, таких как СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), АНС (астеноневротический синдром), тревожно-фобические расстройства (страхи), расстройства сна и поведения, часто коморбидных с энурезом.

**Все дети и подростки, страдающие энурезом, за редким исключением, должны лечиться амбулаторно.** Это относится к любым формам заболевания, но особенно к тем случаям, а их большинство, где невротический компонент наиболее выражен. К этому выводу приводит тот факт, что энурез, устраненный в процессе лечения в стационаре или санатории, часто вновь рецидивирует дома, когда ребенок попадает в привычную обстановку, когда родители совершают стандартные ошибки, провоцирующие энурез.

В профилактике и лечении энуреза большое значение имеет четкое выполнение родителями всех медико-педагогических рекомендаций, нормализация семейной обстановки, исключение физических наказаний ребенка, исключение любых наказаний и насмешек в связи с ночным недержанием мочи.

Отдельно стоит сказать о памперсах. Родителям это достижение технологии существенно облегчило жизнь. Если вас в силу молодого возраста эта проблема никак не коснулась, то спросите у ваших родителей – бабушек и дедушек ваших детей: просто ли было им постоянно менять ребенку, а затем и стирать (порой вручную) испачканные вами пелен-

ки? Ответ очевиден. Но все же, на наш взгляд, памперсы внесли свой существенный вклад в то, что распространенность энуреза у детей существенно возросла. Конечно, дело здесь не в самих памперсах, а в их неразумно частом применении. Против частого (но не постоянного!) использования памперсов у детей до года днем и ночью, до 1,5–2 лет ночью, во время экстремальных поездок, в гостях (опять же до 2 лет) возразить трудно. Но когда я на приеме выяснил, что в памперсах из ночи в ночь спит 8-летний (!) мальчик, то не был удивлен лишь потому, что год назад такой факт выявил у 10-летнего (!). Оба школьника страдали энурезом. А теперь подумайте, зачем им оставаться сухими по ночам, когда и так им удобно, комфортно? Зачем их родителям форсировать лечение энуреза, когда никаких неудобств, связанных со стиркой и переодеванием детей, они не испытывают, а затраты на покупку памперсов для них ничтожны?

Энурез, как мы уже отмечали, – очень распространенная мультидисциплинарная проблема, привлекающая внимание не только медиков и психологов, но и фармакологов.

Грамотное подключение ноотропных препаратов нами приветствуется практически всегда. Среди таких препаратов ведущее место давно и достойно занимает Пантогам, одновременно сочетающий в себе ноотропную (нейрометаболическую) и противосудорожную активность, устраняющий задержку формирования правильной фазовой структуры сна. Пантогам оказывает патогенетическое действие как при СДВГ, так и при астеноневротических состояниях, т. е. при коморбидных с энурезом заболеваниях. Пантогам эффективен при терапии энуреза, поскольку может улучшать не только интегративные функции ЦНС, но и воздействует непосредственно на ГАМК-рецепторы в мочевом пузыре и обладает вегетостабилизирующим действием, поэтому применим не только при ночном и дневном недержании мочи, но и при императивных позывах и поллакиурии. Общая эффективность комплексной схемы лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря с использованием пантогама, по данным исследования, проводившегося в Санкт-Петербурге, составила 83,7% (против 53,2% в контрольной группе).

Обращает на себя внимание клинический эффект пантогама, проявившийся в купировании энуреза у 37,2% детей основной группы (6,4% в контрольной группе), причем у детей старше 7 лет энурез исчез почти в половине случаев (47% — в основной группе, 10,5% — в контрольной). Разница в величине данного клинического критерия весьма значительна и у детей 4–7 лет: 30% — в основной группе, 4,8% — в контрольной. Авторы исследования [4] отмечают,

**■ Пантогам эффективен при терапии энуреза, поскольку может улучшать не только интегративные функции ЦНС, но и воздействует непосредственно на ГАМК-рецепторы в мочевом пузыре и обладает вегетостабилизирующим действием, поэтому применим не только при ночном и дневном недержании мочи, но и при императивных позывах и поллакиурии**

что клиническая эффективность лечения сочеталась с улучшением уродинамических показателей. За весь период применения пантогама у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря ни авторы данного исследования, ни мы не наблюдали нежелательных побочных эффектов этого препарата. Полученные результаты позволяют рекомендовать более широкое использование пантогама в комплексе консервативных мероприятий при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей, в частности при гиперрефлексии, дезадаптации детрузора. Те же авторы в результате изучения анамнеза обследованных детей получили данные, свидетельствующие о вероятном влиянии пантогама на созревание структур, ответственных за полноценный акт мочеиспускания. А согласно современной трактовке этиопатогенеза первичного ночного энуреза он обусловлен не только задержкой формирования механизмов сна [2, 5], но и задержкой созревания механизмов иннервации в целом. Так, при ретроспективном анализе медицинской документации детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря выявлено, что среди пациентов, находившихся на диспансерном наблю-

дении по поводу перинатальной энцефалопатии на первом году жизни и получивших курсы монотерапии пантогамом или в сочетании с другими препаратами (вимпоцетин, витамины группы В и т. д.), после 3,5–4-летнего возраста энурез отмечался лишь в 6,7% случаев, в то время как у детей, не прошедших такого лечения на первом году жизни, энурез в дальнейшем регистрировался в 85,7% случаев, что и послужило поводом обращения к врачу. На несомненный эффект применения Пантогама при лечении энцефалопатии у маленьких детей, а также для профилактики и лечения синдрома гиперактивности с дефицитом внимания (ADAD – Attention Disorder Activity Disorders), наиболее часто встречающейся неврологической патологии у детей (ранее подобным детям ставился неврологический диагноз ММД – минимальная мозговая дисфункция, от которого в современной медицинской литературе, особенно американской, уходят, относя таких детей именно к группе гиперактивных с дефицитом внимания), указывают многие исследования. Причиной данной патологии может быть осложненная гестозом беременность, тяжелые роды, асфиксия в родах, хирургическая и реанимационная агрессия в периоде новорожденности (по данным комплексного научного исследования кафедры педиатрической анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии «Качество жизни реконвалесцентов неонатальной хирургии» (В.И. Гордеев, Ю.А. Александрович, В.В. Шишков, Ю.В. Куличкин, Л.В. Клыпина и др., 1990–1998 гг.). Как показал наш опыт, своевременное (как можно более раннее) подключение ноотропной терапии (Пантогам), настрой родителей на строгое выполнение медико-педагогических рекомендаций, адекватное воспитание, использование специальной психотерапии, проводимой аналогично лечению неврозов и неврозоподобных состояний, позволят существенно нивелировать выявленные отклонения как у реконвалесцентов неонатальной хирургии и реанимации, так и у реконвалесцентов перинатальной энцефалопатии. Пантогам – препарат выбора у пациентов с энурезом при наличии пароксизмальной активности на ЭЭГ, когда, по некоторым литературным данным,

# Пантогам®

гопантенная кислота



## АКТИВНАЯ РАБОТА МЫСЛИ



- ▲ **ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ГОПАНТЕНОВОЙ КИСЛОТЫ**
- ▲ **СОЧЕТАЕТ УМЕРЕННОЕ СЕДАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ С МЯГКИМ СТИМУЛИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ**
- ▲ **УЛУЧШАЕТ ПАМЯТЬ, АКТИВНОЕ ВНИМАНИЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН**
- ▲ **УМЕНЬШАЕТ МОТОРНУЮ ВОЗБУДИМОСТЬ**
- ▲ **УДОБНЫЕ ФОРМЫ ВЫПУСКА**



Reg. № - ЛП-000860



Reg. № - ЛС-001667

### ФОРМА ВЫПУСКА:

- ✓ **таблетки 250 и 500 мг №50**
- ✓ **сироп 100 мг/мл 100 мл**

[www.pantogam.ru](http://www.pantogam.ru)

ПИК-ФАРМА

назначение пираретама и его аналогов нежелательно из-за опасности возникновения судорожного синдрома. И хотя некоторые неврологи и отрицают такую возможность, не вызывают сомнений симптомы двигательной расторможенности и нарушения поведения у детей на фоне длительных приемов значительных дозировок пираретама и т. п. препаратов; в нашей практике мы часто отмечаем негативные оценки действия назначенных ноотропных препаратов со стороны родителей пациентов, что порой порождало спонтанные отмены безусловно оказывающих нужный патогенетический эффект препаратов или вынужденную необходимость добавления к терапии седативных средств. Хорошие результаты использования препаратов гопантеновой кислоты, к которым и относится Пантогам, при энурезе подтверждают многие исследования. Препарат обладает антигипоксическим, антиоксидантным, ноотропным и нейрометаболическим действием. Препараты гопантеновой кислоты нормализуют вегетативные нарушения, улучшают церебральную гемодинамику, увеличивают эффективный объем мочевого пузыря, уменьшают число мочеиспусканий, устраняют (уменьшают) императивные позывы и недержание мочи. Прием препарата осуществлялся в дозировке по 25–50 мг (в зависимости от возраста) 3 раза в сутки в утренние и дневные часы на протяжении 60 дней. Побочных эффектов выявлено не было. По окончании курса лечения у 91% больных отмечалась положительная динамика в виде редукции нервно-психических расстройств, таких как повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, психомоторная расторможенность, агрессивность ( $p < 0,05$ ). Пациенты указывали, что на фоне приема таких препаратов повысилась устойчивость к нервно-психическим и физическим нагрузкам, уменьшились конфликтные ситуации в отношениях со сверстниками и родителями. Средняя продолжительность ремиссии энуреза составила  $97,3 \pm 21,2$  дня (до лечения —  $10,5 \pm 3,8$  дня) ( $p < 0,05$ ) [8].

**У большинства детей симптомокомплекс гиперактивного мочевого пузыря разворачивается на измененном биоэнергетическом фоне** (на фоне политканевой митохондриальной дисфункции), оказывающем заметное влияние на

формирование и клинические проявления расстройств мочеиспускания. Это явилось основанием для успешного использования в лечении данной патологии препарата L-карнитина (Элькар®). Так, разработанный авторами суммарный балл расстройств мочеиспускания у детей с гиперактивным мочевым пузырем, складывающийся из количества позывов на мочеиспускание в сутки, наличия императивных позывов, случаев непроизвольных мочеиспусканий во время сна, нарушения ритма спонтанных мочеиспусканий, среднего эффективного объема мочевого пузыря, а также никтурии, достоверно снижался на фоне терапии Элькаром [1].

К применению трициклических антидепрессантов, влияющих на фазовую структуру сна и оказывающих косвенное воздействие на тонус мочевого пузыря (имипрамин, мелипрамин, амитриптилин), на наш взгляд, стоит подходить более осторожно и дифференцированно, особенно при выявленной на ЭЭГ даже тенденции к пароксизмальности. Тем более результаты, зачастую быстро достигнутые только на фоне применения таких медикаментов, часто оказываются нестойкими, давая рецидивы энуреза, процент которых, по разным данным, варьируется от 70 до 85.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, лечение гиперактивного мочевого пузыря в комплексе с метаболическими средствами проводили оксibuтинином — препаратом антимускаринового действия. Среди антимускариновых препаратов оксibuтинин является единственным официально разрешенным к применению у детей старше 5 лет на российском рынке. Однако максимальная эффективность действия препарата была отмечена у больных с полным синдромом императивного мочеиспускания (Т.В. Отпущенникова, И.В. Казанская, 2006), а также у пациентов с поллакиурией.

Что касается гормональных препаратов, уменьшающих выработку мочи почками (десмопрессин), мы считаем их препаратами резерва для лечения энуреза, поскольку они, собственно, лечат не энурез (недержание (неудержание) мочи во время сна), а никтурию (повышенное выделение мочи в ночное время). Наше отношение к использованию таких

препаратов основано на двух аргументах: во-первых, они не являются абсолютно безопасными, искусственно вмешиваясь в водно-солевой обмен организма; во-вторых, ребенок, подросток или даже взрослый человек, не страдающий энурезом, даже съев перед сном арбуз (что делать, конечно, не рекомендуется), все же не описается в постель, а несколько раз вынужден будет проснуться и сходить в туалет! Какая же лечебная стратегия является правильной: не допустить выделения мочи почками в ночное время суток или все-таки сформировать у пациента правильный рефлекс – своевременно проснуться в ответ на наполнение мочевого пузыря (именно в ответ на наполнение мочевого пузыря, а не в определенное время, не по будильнику), встать и сходить в туалет или на горшок? Решать вам. На наш взгляд, ответ очевиден. Но эти препараты несомненно нужны и должны применяться в случаях выраженной ночной полиурии; могут с успехом использоваться в качестве препаратов резерва, в экстремальных поездках, лагерях, армии; а также в ситуациях, когда соматопсихические реакции пациента на болезнь приобрели угрожающий характер.

**■ Пантогам – препарат выбора у пациентов с энурезом при наличии пароксизмальной активности на ЭЭГ, когда, по некоторым литературным данным, назначение пирацетама и его аналогов нежелательно из-за опасности возникновения судорожного синдрома**

Как и фармакопрепараты, так и методы психотерапии должны подключаться по принципу от простого к сложному. Так, начинать стоит с медико-педагогических рекомендаций, с устранения частых провоцирующих энурез родительских ошибок. Помимо уже описанного использования памперсов, такой распространенной ошибкой будет насильственное пробуждение детей один или даже несколько раз за ночь с целью «профилактики» энуреза. Как объясняют родители, таким образом они пытаются выработать у ребенка рефлекс. Возможно, что иногда чисто теоретически им это и

удастся, однако стоит задуматься над тем, какой рефлекс они пытаются выработать. По-видимому, речь идет о попытке выработать новый динамический стереотип – просыпаться ночью в определенное время. Мы уже приводили пример с ночным арбузом, из которого следует, что терапевтической целью должна быть выработка совершенно другого динамического стереотипа – просыпаться в ответ на наполнение мочевого пузыря, своевременно почувствовав позыв к мочеиспусканию. Тем более что насильственные пробуждения по ночам, помимо изредка сэкономленного белья, не принесут ничего хорошего, поскольку правильный стереотип так и не сформируется («зачем просыпаться, если меня и так разбудят!»), ребенок невротизируется (как и из ночи в ночь недосыпающий родитель, исполняющий этот ритуал), а возможно, что и астенизируется в виду депривации сна, по этим же причинам ухудшится его успеваемость в школе.

Выработать правильный стереотип на фоне дифференцированной фармакотерапии способны методы поведенческой психотерапии, включающие в себя временное (!) на период терапии введение избирательных жидкостных ограничений после 18–19 часов, ведение адаптированного по возрасту дневника учета сухих и мокрых ночей (дней, дней и ночей – для различных форм недержания мочи), обучение ребенка также адаптированным по возрасту и интеллекту формулам самовнушения (волшебным словам – для дошкольников), установление специального приза за существенные успехи в преодолении своей привычки и др.

При недостаточной эффективности домашней работы в структуре поведенческой терапии, через месяц можно (с учетом возраста и интеллекта ребенка) взять его на сеансы гипносуггестивной терапии. Во время таких сеансов, проводимых как индивидуально, так и в моносимптомной гомогенной по полу (!) группе, должны использоваться как уже апробированные дома, так и новые техники поведенческой терапии. Эффективность таких сеансов, проводимых опять же в составе комплексной/сочетанной (с учетом применения Пантогама) терапии энуреза, высокая. Так, реконвалесценция (длительная ремиссия, устранение симптома) отме-



чена в 55% случаев, существенное улучшение (значительное урежение симптоматики) – в 35% случаев (В.В. Шишков, 2009). Причем эффективность такой терапии практически не зависела от формы энуреза. То есть результаты лечения невротического энуреза ни в чем не уступали по эффективности результатам лечения невротического энуреза.

Парадоксальные техники поведенческой терапии, на наш взгляд, являются психотерапией резерва. И если, к примеру, техника отрицательного самовнушения (М.Д. Танцюра, 1956) нами была несколько раз успешно применена в случаях упорного резистентного невротического энуреза, протекавшего на фоне явного невротического конфликта по истерическому типу, то методика негативного воздействия (К.Денлап, 1928), успешно используемая нами [6] при тикоидных и обсессивно-компульсивных расстройствах, при энурезе не была востребована (возможно, что до нее мы просто не доходили, добиваясь результата с помощью менее спорных техник), хотя и встречается в зарубежной литературе, в т. ч. и применительно к терапии энуреза (В. Франкл, М. Эрикссон).

Выявленные ортопедом дефекты позвоночника, в зависимости от их выраженности, требуют разного рода коррекции: остеопатического лечения,

назначения комплекса лечебной физкультуры, мануальной терапии.

В любом случае крайне важным является комплексный (даже сочетанный, с учетом подключения безопасных медикаментов) подход к лечению энуреза. Так, без соответствующего настроя пациента на полное выздоровление, без грамотно и своевременно подключаемого комплекса поведенческой психотерапии шансов поправиться очень мало. И хотя об этих рекомендациях (с довольно подробным их обоснованием) можно прочитать в наших книгах, и эта информация доступна не только специалистам, все-таки предпочтительно получить их у специалиста, т. к. особым образом построенная беседа врача с ребенком или с родителями (родителем), проводимая в присутствии ребенка, может оказать решающее значение на лечение энуреза и других форм недержания мочи. В нашей практике часто встречаются случаи полного излечения энуреза после одной (!) такой беседы, проведенной в нашем кабинете. Возможно, по той же причине те же рекомендации, сказанные на дому у пациента знакомым психологом, порой даже прошедшим обучение у нас, как правило, не срабатывают.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова И.С., Вишневский Е.Л., Сухоруков В.С., Шабельникова Е.И. Обоснование и эффективность применения L-карнитина в лечении детей с гиперактивным мочевым пузырем // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. – №1. – С. 51–55.
2. Гольбин А.Ц. Патологический сон у детей. Л.: Медицина, 1979. – 248 с.
3. Гордеев В.И. Качество жизни детей, перенесших неотложные хирургические операции и реанимацию в периоде новорожденности. Автореф. дисс. докт. мед. наук, 1996.
4. Мамаева М.А., Смирнова Л.П. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря у детей // Terra medica nova. – 1999. – №3. – С. 31–34.
5. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия детей и подростков – СПб.: Речь, 2003. – 384 с.
6. Нахимовский А.И., Шишков В.В. «Кальция гопантенат – в детской психоневрологической практике...» // Медицинские ведомости. – 2000. – №7(27).
7. Осипов И.Б., Смирнова Л.П. Нейрогенный мочевой пузырь у детей. СПб.: Питер, 2001. – 96 с.
8. Отпущенникова Т.В., Казанская И.В. Современные методы лечения энуреза при нарушениях мочеиспускания у детей // Лечащий врач. – 2009. – №9.
9. Шишков В.В. Практикум по психосоматике. Почему болит и что делать? СПб.: Речь, 2007. – 168 с.
10. Шишков В.В. Клинико-психологические особенности детей, перенесших неотложные хирургические операции и реанимацию в периоде новорожденности. Автореф. канд. дисс., 1997.
11. Эрман М.В., Лазебник Т.А., Чухловина М.Л., Соснин Е.В., Шишков В.В. и др. Резолюция участников круглого стола по проблемам ночного энуреза у детей. 16.10.2012 г., Санкт-Петербург.