ID: 2015-06-1276-A-5301 Оригинальная статья

Отпущенникова Т.В., Горемыкин И.В., Дерюгина Л.А.

Психофизиологические характеристики в паре «мать и дитя» при расстройствах мочеиспускания

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: расстройства мочеиспускания

Мочеиспускание – понятие многогранное , включающее не только физиологические , но и философско – психологические категории. Мочеиспускáние (лат. mictio, uresis, urinatio; синоним: деуринáция) — процесс опорожнения мочевого пузыря у человека путём периодического произвольного акта испускания мочи во внешнюю среду [1]. Мочеиспускание является также познавательным психическим процессом отражения органами чувств отдельных сторон, характеристик, свойств, явлений, процессов объективного мира, воздействующих на организм в данный момент времени.

«Мочеиспускание - единственное из удовольствий, после которого не мучают угрызения совести» (Иммануил Кант).

Врачам различных специальностей приходится сталкиваться, как правило, с расстройствами мочеиспускания, далекими от удовольствия.

Наиболее частыми расстройствами мочеиспускания в детском возрасте являются нейрогенные дисфункции мочевого пузыря, которые встречаются у 10% детей [2-4]. Среди нефрологических и урологических больных эта цифра достигает 50-60% [5-6].

Наибольшего внимания в последние годы заслуживают нарушения уродинамики нижних мочевых путей в виде гиперактивного мочевого пузыря. В детской урологии понятие «синдром ГАМП» применяется с 2004 г. [7]. Гиперактивный мочевой пузырь - специфическая дисфункция мочевого пузыря, клинически проявляющаяся полным или неполным синдромом императивного мочеиспускания (поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание мочи, часто в сочетании с ноктурией, эквивалентом которой в педиатрической практике является энурез) [8].

По определению Международного общества по проблеме недержания мочи (International Continence Society - ICS), энурез – это недержание мочи в ночное время. Любой случай мочеиспускания в постель у людей старше 5 лет считают энурезом.

Высокая распространенность, социально-психологическая и медицинская значимость проблемы гиперактивного мочевого пузыря у детей, возможность вторичных изменений со стороны мочевыводящей системы, отсутствие до настоящего времени эффективных методов лечения определяет широкий интерес исследователей к данной проблеме.

В отличие от взрослых «классический сценарий» ГАМП у детей встречается довольно редко. Часто клиническая картина многообразна, выраженность отдельных симптомов неодинакова. Например, могут иметь место ночные мочеиспускания и недержание мочи при почти нормальном ритме микций днем и, наоборот, резкое снижение функциональной емкости мочевого пузыря в дневные часы с частыми мочеиспусканиями маленькими порциями в отсутствие какой – либо симптоматики ночью [9].

Отмечены также характерные особенности энуреза при ГАМП: высокая частота эпизодов энуреза на протяжении ночи, прерывистый характер течения, возможность (в 50% случаев) вторичного происхождения (после «сухого периода» в 6 и более месяцев), максимальные отклонения в формировании «зрелого типа мочеиспускания» [10].

Природа происхождения ГАМП полиэтиологична и до конца не изучена. Основная роль принадлежит регулирующему действию гипоталамо – гипофизарной системы, задержке созревания центров системы регуляции акта мочеиспускания [11-12]. Единственно бесспорным звеном патогенеза детрузорной гиперактивности у детей и взрослых следует считать повышенную чувствительность детрузора к медиатору парасимпатической нервной системы ацетилхолину [13]. Значимую роль в развитии расстройств мочеиспускания играют тканевая гипоксия и полисистемная митохондриальная дисфункция [14-15]. Заслуживает большого внимания точка зрения Е.Л. Вишневского на синдром императивного мочеиспускания во взаимосвязи с энурезом у детей как на наиболее яркое проявление сложного симптомокомплекса расстройств вегетативной нервной системы [16].

Невозможно рассматривать формирование нездоровья у детей вне роли семьи. «Семья – это общество в миниатюре, от целостности которого зависит безопасность всего большого человеческого общества» (Альфред Адлер).

Перинатальная психология рассматривает единство психофизиологических взаимодействий в диадической системе «Мать и Дитя» как определяющий фактор психологического и физического развития ребенка во все последующие этапы его жизни. Нормально функционирующая семья представляется исследователями как семья, которая ответственно выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. Дисфункциональные семьи оказываются неспособными удовлетворять те или иные потребности членов семьи. Дефицит родительской отзывчивости на нужды ребенка, продолжительное лишение или существенное ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных его потребностей (депривация) тормозит развитие личности, обусловливает возникновение нервно – психического напряжения, тревоги, как у родителей, так и у ребенка и, как результат, развитие психосоматического заболевания [17]. Болезнь не прекращает психического развития ребенка, но она, как правило, искажает и замедляет его ход [18-19]. В поисках новых патогенетических механизмов расстройств мочеиспускания все больший интерес вызывает изучение психологических особенностей детей с ГАМП и энурезом и детско–родительские отношения в их семьях [20-22].

Однако в доступной нам литературе мы не встретили работ, изучающих психофизиологические особенности и характер мочеиспускания родителей детей с расстройствами мочеиспускания в тесной диадической связи «Мать и Дитя», что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования: Определение взаимосвязи психофизиологических характеристик в паре «Мать и Дитя» при расстройствах мочеиспускания у детей.

Клиническая характеристика групп и методы обследования

На базе ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница» обследованы 150 пар «Мать и дитя» детей с ГАМП (53 мальчика, 97 девочек) в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст составил 9,2±1,7 лет). Диагноз ГАМП ставили на основании

данных анамнеза, клинической картины заболевания. Комплексное обследование включало в себя общие для матери и ребенка методы: оценку жалоб, структурированный сбор анамнеза, выявление симптомов вегетативной дисфункции с применением вопросника А.М.Вейна (1998). Клиническая оценка состояния нижних мочевых путей определялась с помощью квалиметрических таблиц Е.Л. Вишневского (2001). Клиническое уродинамическое обследование включало в себя урофлоуметрию (UROCAP, Канада). Всем детям выполнено УЗИ почек и м.п. с определением объема остаточной мочи. Микционная цистоуретрография, экскреторная урография проводились по показаниям. Дополнительно у матерей использовалась Международная шкала для выявления симптомов нижних мочевых путей (IPSS), включающая оценку качества жизни в связи с симптомами дисфункции нижних мочевых путей (QoL). Детям проводилась также кардиоинтервалография (КИГ). По показаниям проводилось психологическое скрининговое консультирование.

Критерии исключения, применявшиеся при отборе в группу наблюдения:

- Возраст менее 5 и более 17 лет;
- Наличие инфекции мочевых путей;
- Недержание мочи на фоне врожденной патологии спинного мозга и аномалий развития мочевыделительной системы;
- Наличие заболеваний нервной системы с выраженными функциональными расстройствами тазовых органов и опорно-двигательного аппарата;
- Психические заболевания.

Для статистического анализа использовали пакет программ «MED_STAT» (коэффициенты ранговой корреляции Спирмэна и Кендела, таблица сопряженности признаков n*m, критерий Стьюдента и X^2).

Результаты и обсуждение

Основными жалобами, которые предъявляли пациенты, были следующие: поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание мочи, энурез. Со стороны нервной системы - эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, утомляемость. В более чем половине исследуемой группы (58%) на протяжении жизни неоднократно регистрировались ацетонемические состояния. На первом году у этих детей отмечались частые срыгивания. У 33 % пациентов была отягощенная наследственность по таким заболеваниям, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, мочекаменная и желчнокаменная болезнь, вегетососудистая дистония, бронхиальная астма. При анализе анамнестических данных у 87% пар «Мать и Дитя» выявлено наличие ряда независимых негативных биологических и психосоциальных факторов перинатального периода (анемия, гестоз, угроза прерывания беременности, пиелонефрит). Первые 6 лет жизни 61,5% пациентов испытывали элементы материнской и семейной депривации, которые проявлялись в нежелании данной беременности, нежелании иметь ребенка данного пола, коротком периоде грудного вскармливания, разрыве с матерью на первом году жизни, госпитализации в стационар. Психологическое консультирование выявило в 32% случаев дисфункциональные семейные отношения – неполная семья, отрицание роли отца в воспитании ребенка (роды вне брака, «для себя», ранний развод), дезадаптация родительских отношений. В 12 семьях родители самоустранились от воспитания детей, перепоручив эту роль прародителям. Совокупность признаков материнской и семейной депривации коррелировала со временем и степенью выраженности ургентного синдрома у детей ($p<0,5$). В 74% случаев у детей с ГАМП и их матерей выявлены признаки вегетативной дисфункции, При анализе результатов КИГ исследуемых детей установлено, что преобладающим в вегетативном статусе являлась симпатикотония (55%), в 35% - регистрировался исходный ваготонический тонус вегетативной нервной системы (ВНС), в 10% - эйтония. Необходимо отметить, что у детей с исходной ваготонией реакция на ортостатическую пробу в 46,7% случаев оказалась гиперсимпатикотонической, что указывало на скрытую недостаточность ВНС у детей из этой группы.

У большинства детей (58,6%) исходно выявлялась асимпатикотоническая вегетативная реактивность. Из общего количества исходно обследованных детей только 32,7% имели нормальную активность подкорковых нервных центров, а 55,1% - усиленную.

Результаты оценки нижних мочевых путей матерей: 64% матерей имели расстройства мочеиспускания в виде симптомов нижних мочевых путей легкой и средней степеней тяжести. Из них 48% матерей индекс качества жизни (QOL) оценивали как «в общем, неудовлетворительно» и «плохо». У 30% матерей зарегистрированы на протяжении жизни признаки цистита. Совокупность психовегетативных факторов также оказывала достоверное влияние на начало и тяжесть клинических проявлений нижних мочевых путей и энуреза у больных с ГАМП ($p<0,01$).

Выводы:

1. Расстройства мочеиспускания у детей в виде ГАМП являются предикторами психовегетативных нарушений, которые имеют выраженное социально-средовое происхождение.
2. Одинаковый тип вегетативных реакций и расстройств мочеиспускания у матери и ребенка предполагает их наследственную детерминированность, что обусловливает применение единого лечебно-диагностического комплекса в диаде «Мать и Дитя» у больных с расстройствами мочеиспускания.
3. Разработка программ превентивной психолого-педагогической работы позволит эффективнее решать проблему лечения и реабилитации детей с расстройствами мочеиспускания.

Литература

1. Мочеиспускание // Большая медицинская энциклопедия. — 3-е изд. — М.: «Советская энциклопедия», 1981. — Т. 15. — С. 523.
2. Вишневский Е.Л. Гиперактивный мочевой пузырь у детей // Материалы пленума Российского общества урологов. Тюмень, 2005. С. 322-351.
3. Зоркин С.Н., Гусарова Т.Н., Борисова С.А. Нейрогенный мочевой пузырь у детей. Возможности фармакотерапии // Лечащий врач. 2009. № 1. С. 37-44.
4. Морозов С.Л. Современные представления о иейрогенной дисфункции мочевого пузыря // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58. № 4. С. 24-29.
5. Аляев Ю.Г. Расстройства мочеиспускания. М.: Литтера, 2006. 208 с.
6. Эффективность лечения гиперактивного мочевого пузыря у детей дриптаном. Е.Л.Вишневский, И.В.Казанская, Р.О.Игнатьев, Н.Б.Гусева // Врачебное сословие. 2005. № 4-5.С32-35.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2015

7. Retrospective analysis of efficacy and tolerability of tolterodine in children with overactive bladder. A.Raes, P.Hoebeke, I.Segaert et al. // Eur. Urol. 2004. Vol. 45. № 2. P. 240-244.
8. Вишневский Е.Л. Синдром гиперактивного мочевого пузыря у детей // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т.6. №2. С. 63-70.
9. Дисфункции мочевых путей у детей: некоторые вопросы диагностики и пути эффективной терапии. Н.В.Белобородова, Д.А.Попов, Т.Ю.Вострикова, и др.// Педиатрия. 2007. Т.86. №5. С.51 – 54.
10. Отпущенникова Т.В. Обоснование лечебной тактики у детей больных энурезом с различными вариантами дисфункций мочевого пузыря: автореф. дис. …канд. мед. наук. 2004. 18 с.
11. Уровегетологические аспекты нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей. М.Ф.Исмагилов, М.Г.Балялов, А.А.Ахунзянов, Э.Б.Сиразетдинова // Неврол. вестник. 1995. Т.27. Вып.1-2. С. 11 – 15.
12. Осипов И.Б. Нейрогенный мочевой пузырь у детей / И.Б. Осипов, Л.П. Смирнова. СПб.: Питер, 2001. 96 с. (Серия «Современная медицина»).
13. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. М.Д.Джавад-Заде, В.М.Державин, Е.Л.Вишневский и др. М.: Медицина. 1989. 384 с.
14. Обоснование и эффективность применения L - карнитина в лечении детей с гиперактивным мочевым пузырем. И.С.Белоусова, Е.Л.Вишневский, В.С.Сухоруков. Е.И.Шабельникова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004. Т. 51. № 1. С. 51-55.
15. Белоусова И.С. Обоснование и эффективность метаболической терапии у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2005. 27 с.
16. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания /. М.: ТЕРРА. 2001. 96 с.
17. Орлова М.М. Консультативная психология здоровья и болезни. Саратов, «Наука». 2009. С. 97 – 101.
18. Арина Г.А. Психосоматический онтогенез: закономерности становления аномалий. 1 –я Всерос. науч. конф. по психологии «Психология сегодня». Ежегодник Рос. психол. Общества. М., 1996; 2 (4):32-35.
19. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт/ Пер. с англ., нем. М.: Смысл, 1993/
20. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков: Рук-во для врачей и логопедов. М.: Рос. об-во медиков-литераторов. 1995: 51–60.
21. Детско-родительские отношения в семьях девочек с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря. В.А. Филин, Н.И. Кузнецова, И.Г. Михеева и др.// Педиатрия. 2009. №8. С.18-22.
22. Лукьянов А.В., Белан Ю.Б., Морозова Т.А. Неврологические и психологические особенности детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота. 2007. №6. С.71-74.