

© Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина,  
И.С. Никишена, Е.А. Яковенко,  
Т.И. Анисимова, Ю.Л. Быкова

Институт мозга человека  
им. Н.П. Бехтеревой РАН, Санкт-Петербург

**Резюме.** Статья посвящена проблеме ночных энуреза и изучению частоты коморбидных тревожных расстройств у детей с этой патологией.

Авторами представлены результаты обследования 70 детей в возрасте от 7 до 10 лет с первичным энурезом. В ходе исследования тревожные расстройства выявлены у 44 детей с данной патологией (62,9%). Анализ выявленных симптомов показал, что в большей степени в исследуемой группе представлены генерализованное тревожное расстройство (31,8%) и фобическое тревожное расстройство (40,9%).

**Ключевые слова:** энурез; тревога; тревожные расстройства.

## РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ С НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

Ночной энурез является одной из актуальных проблем детской неврологии в силу высокой распространенности данной патологии. В возрасте 6 лет ночной энурез наблюдается у 15–20% детей, к 12 летнему возрасту — у 4–10% детей [7]. У подростков и людей молодого возраста частота ночного энуреза составляет 2%. Мальчики страдают ночным энурезом в 1,5–2 раза чаще, чем девочки [9].

Согласно классификации Б.И. Ласкова (1966), принято выделять первичную и вторичную формы ночного энуреза в зависимости от времени проявления [5]. Первичная форма характеризуется ночных недержанием мочи без «сухого промежутка» длительностью более 6 месяцев с момента рождения. Вторичная форма — состояние, при котором больные повторно начинают мочиться в постель после значительного периода ремиссии (более 6 месяцев). Первичная форма встречается значительно чаще, ее доля составляет 90% случаев ночного энуреза.

Причинами энуреза являются генетическая обусловленность, резидуально-органическая патология нервной системы, урологическая и нефрологическая патология, нарушения ритма секреции антидиуретического гормона, нарушение реакции активации во время сна (профундосомния), психологические травмы [2]. Необходимо отметить, что вторичная форма чаще возникает на фоне острой или хронической психотравмирующей ситуации.

В лечении энуреза большую роль играют режимные мероприятия (в первую очередь, ограничение потребления жидкости в вечернее время), психотерапевтическая коррекция (поведенческая терапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка) [4]. Кроме этого, в терапии данного расстройства применяются препараты ноотропного ряда, анксиолитики, а также препараты, уменьшающие образование мочи [1,3].

Целью данного исследования являлось изучение коморбидных тревожных расстройств у детей с энурезом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе данной работы обследовано 70 детей с первичной формой энуреза в возрасте от 7 до 10 лет (средний возраст —  $8,6 \pm 1,2$  лет; 56 мальчиков и 14 девочек). Критерием включения являлось отсутствие значимой уронефрологической патологии, определяемое в ходе консультации нефролога, ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря, исследований мочи. Критериями исключения из исследования являлись: наличие грубой очаговой неврологической симптоматики, наличие тяжелой соматической патологии, эпилептические приступы, умственная отсталость. Контрольную группу сравнения составили 59 детей такого же возраста без энуреза.

Диагностическое обследование включало в себя клиническую оценку проявлений энуреза и коморбидных тревожных расстройств, неврологическое обследование. Постановка диагноза осуществлялась на основании критериев МКБ-10. Учитывалось среднее количество «мокрых» ночей в неделю. Уровень тревожности оценивался с помощью опросника тревожности, разработанного С.М. Зелинским и В.Е. Каганом, на базе шкал Teylor J. A. и Sarason J. G. Для выявления

УДК: [616.85: 616.62-008.223]-053.2

и оценки уровня тревожности, связанной со школой, использовался тест школьной тревожности Филипса [6].

Кроме этого, проводилось психофизиологическое исследование с помощью теста TOVA (Test of Variables of Attention) — теста непрерывной деятельности, позволяющего оценить состояние внимания и уровень импульсивности по отношению к нормативным данным для каждого возраста. Тест основан на предъявлении испытуемому в случайном порядке значимых (требующих ответной реакции) и незначимых (не требующих ответной реакции) стимулов, появляющихся на экране компьютера в виде геометрических фигур. Результаты исследования позволили количественно оценить степень невнимательности (ошибки пропуска значимых стимулов), уровень импульсивности (ошибки реагирования на незначимые стимулы) и скорости переработки информации (время ответа) и устойчивости ответов (дисперсия времени ответа).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среднее количество «мокрых» ночей в неделю у обследованных составило  $4,2 \pm 1,6$ . В ходе исследования тревожные расстройства выявлены у 44 детей с энурезом (62,9 %).

При анализе частоты и структуры тревожных расстройств были получены следующие результаты.

1. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — 14 человек (31,8 %).
2. Фобическое расстройство — 18 человек (40,9 %).
3. Тревожное расстройство, связанное с разлукой — 4 человека (9,1 %).
4. Социальное фобическое расстройство — 8 человек (18,2 %).

ГТР проявлялось тревогой, касающейся нескольких сфер жизни ребенка (семья, школа, здоровье и др.). Фобии характеризовались тревогой, огра-

Таблица 1  
Показатели тревожности (по методике Зелинского–Кагана)

Группа	Уровень тревожности
Дети с энурезом	$20,8 \pm 5,2^*$
Контрольная группа	$10,6 \pm 5,9$

\* — достоверность различий по сравнению показателем в контрольной группе,  $p < 0,05$ ; # — достоверность различий по сравнению показателем до лечения,  $p < 0,05$

ниченной определенными обстоятельствами, порой достигающей уровня страха, сопровождаясь формированием избегающего поведения. В исследуемой группе фобии касались школы (10 человек), здоровья (6 человек), животных (2 человека). Необходимо отметить, что недержание мочи не являлось объектом тревоги.

В контрольной группе тревожные расстройства выявлены в 11 случаях (18,6 %). При этом признаки ГТР отмечены у 2 детей (3,4 %), фобическое расстройство детского возраста — в 4 случаях (6,8 %). Тревожное расстройство, возникающее в связи с разлукой, отмечалось в 2 случаях (3,4 %) и встречалось только у учащихся первых классов. Социальное фобическое расстройство было выявлено в 3 случаях (5,1 %).

При исследовании тревожности с помощью опросника тревожности С.М. Зелинского и В.Е. Кагана уровень тревожности у детей с энурезом составлял в среднем  $20,8 \pm 5,2$  (при норме 4–16). Данный показатель достоверно выше аналогичного показателя детей из контрольной группы (табл. 1). Результаты исследования с помощью методики Филипса показали, что у 37 детей (52,9 %) с энурезом отмечалось повышение тех или иных показателей школьной тревожности. Наиболее высокие показатели тревожности относились к общей тревожности в школе, переживанию социального стресса, страху ситуации проверки знаний, страху несоответствия ожиданиям окружающих. Данные показатели, достоверно выше

Таблица 2

Количество детей с высоким показателем компонентов школьной тревожности (по Филипсу) в исследуемых группах

Компоненты школьной тревожности	Дети с энурезом (100 %)	Контрольная группа (100 %)
Общая тревожность в школе	37 (52,9 %)**#	13 (22,0 %)
Переживание социального стресса	36 (51,4 %)**##	10 (16,9 %)
Фruстрация потребности в достижении успеха	27 (38,5 %)*	8 (13,5 %)
Страх самовыражения	33 (47,1 %)*	10 (16,9 %)
Страх ситуации проверки знаний	37 (52,9 %)**##	11 (18,6 %)
Страх не соответствовать ожиданиям окружающих	36 (51,4 %)*#	15 (25,4 %)
Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу	30 (42,8 %)*#	9 (15,3 %)
Проблемы и страхи в отношениях с учителями	31 (44,3 %)*	14 (23,7 %)

\* — достоверные различия по сравнению с контрольной группой,  $p < 0,05$ ; \*\* — достоверные различия по сравнению с контрольной группой,  $p < 0,01$ ; # — достоверность различий по сравнению показателем до лечения,  $p < 0,05$ ; ## достоверность различий по сравнению показателем до лечения,  $p < 0,01$

Таблица 3

Результаты психофизиологического исследования TOVA

Показатели внимания и импульсивности		Дети с энурезом	Контрольная группа
Пропуски значимых стимулов (%)	Первая половина	5,6±1,7	4,3±1,3
	Вторая половина	6,6±2,2	4,9±1,51
Ложные тревоги (%)	Первая половина	9,3±3,2	3,7±2,4*
	Вторая половина	21,5±6,8	11,2±3,0*
Время ответа (мс)	Первая половина	456±68	422±59
	Вторая половина	381±79	367±536

\* – достоверные различия по сравнению с контрольной группой,  $p<0,01$ 

аналогичных показателей детей из контрольной группы (табл. 2).

По данным психофизиологического исследования TOVA, у 38 детей с энурезом (54,3%) выявлено в разной степени выраженное увеличение, по сравнению с нормой, показателя невнимательности, в 30 случаях (42,9%) найдено повышение уровня импульсивности, у 29 пациентов (41,4%) отмечено увеличение времени реакции (табл. 3).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тревога представляет собой нормальную реакцию организма в ответ на опасную ситуацию; она имеет адаптационное значение, когда возникает в соответствующих обстоятельствах, и приобретает клиническую значимость, если носит персистирующий характер или влияет на повседневную деятельность человека [8].

Если частота тревожных расстройств в детской популяции, по литературным данным, составляет от 5 до 18% [10], а в контрольной группе тревожные расстройства отмечаются в 18% случаев, то у детей с энурезом данная патология выявляется значительно чаще. При этом наиболее часто встречались признаки ГТР и фобического расстройства. Кроме этого, проведенные нами психологические исследования свидетельствуют о высоком уровне тревоги у детей с энурезом. Таким образом, тревожные расстройства являются частым коморбидным нарушением у детей с энурезом.

Школьная тревожность возникает при взаимодействии ребенка с различными компонентами образовательной среды. Наиболее высокие показатели школьной тревожности у детей с энурезом относились к социальному стрессу, страху ситуации проверки знаний, страху несоответствия ожиданиям окружающих.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов М.И. Недержание мочи и кала. – М.: Медицина. – 1985. – 183 с.
2. Заваденко Н.Н. Энурез: классификация, патогенез, диагностика и лечение // Невролог. журнал. – 2001. – № 2. – С. 42–46.
3. Казанская И.В., Отпущенникова Т.В. Обоснование лечебной тактики энуреза у детей с гиперактивным мочевым пузырем // РМЖ. – 2006. – Т. 14, № 16. – С. 1–7.
4. Квашнер К., Маттеят Ф. Энурез и энкопрез // Психотерапия у детей и подростков (Под ред. Х. Ремшмидта). Пер. с англ. – М.: Мир. – 2000. – С. 408–428.
5. Ласков Б.И. Проблемы энуреза. – М., Медицина. – 1966. – 290 с.
6. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: Метод. рекомендации / Под ред. Д.Н. Исаева. – СПб.: ППМИ. – 1991. – 80 с.
7. Casale P. Nocturnal enuresis and overactive bladder in children: An epidemiological study // Int. J. Urol. – 2006. – Vol. 13(1). – P. 36–39.
8. Essau C.A. Anxiety in children: when is it classed as a disorder that should be treated? // Expert Revue Neurotherapeutics. – 2007. – Vol.7, N 8. – P. 909–911.
9. Kanaheswari Y. Epidemiology of childhood nocturnal enuresis // J. Paediatr. Child. Health. – 2003. – Vol. 39. – P. 118–123.
10. Verhulst F. Community and epidemiological aspects of anxiety disorders in children. In Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment and Intervention. Edited by Silverman W. Treffers, P. Cambridge // Cambridge University Press. – 2001. – P. 273–292.

## DISEASES OF A NEUROTIC RANGE AT CHILDREN WITH NIGHT ENURESIS

Chutko L. S., Surushkina S. Yu., Yakovenko Ye. A., Nikishena I. S., Anisimova T. I., Bykova Yu. L.

◆ **Resume.** The article is devoted to the study of nocturnal enuresis and frequency of comorbid anxiety disorders in children with this disease. The authors present the results of a survey of 70 children aged 7 to 10 years with primary enuresis. In the study, anxiety disorders were found in 44 children with this pathology (62.9%). Analysis of the identified symptoms showed that more of the study group are generalized anxiety disorder (31.8%) and phobic anxiety disorder (40.9%).

◆ **Key words:** enuresis; anxiety; anxiety disorder.

### ◆ Информация об авторах

Чутко Леонид Семенович – д. м. н., профессор, руководитель Центра поведенческой неврологии. Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: chutko5@mail.ru.

Сурушкина Светлана Юрьевна – к. м. н., врач-невролог, младший научный сотрудник. Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: su.svetlana@mail.ru.

Никишена Инна Сергеевна – к. б. н., нейрофизиолог, научный сотрудник. Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Яковенко Елена Александровна – к. б. н., нейрофизиолог, научный сотрудник. Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Анисимова Татьяна Игоревна – медицинский психолог, младший научный сотрудник. Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Быкова Юлия Леонидовна – медицинский психолог, старший лаборант. Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Chutko Leonid Semenovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head of the Center of behavioral neurology. Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences. 9, Akademika Pavlova St., St. Petersburg, 197376, Russia. E-mail: chutko5@mail.ru.

Surushkina Svetlana Yurievna – PhD, neurologist, junior researcher. Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences. 9, Akademika Pavlova St., St. Petersburg, 197376, Russia. E-mail: su.svetlana@mail.ru.

Nikishena Inna Sergeevna – PhD, researcher. Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences. 9, Akademika Pavlova St., St. Petersburg, 197376, Russia. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Yakovenko Yelena Alexandrovna – PhD, researcher. Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences. 9, Akademika Pavlova St., St. Petersburg, 197376, Russia. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Anisimova Tatyana Igorevna – clinical psychologist, junior researcher. Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences. 9, Akademika Pavlova St., St. Petersburg, 197376, Russia. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Bykova Yulia Leonidovna – neuropsychologist, senior laboratory assistant. Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences. 9, Akademika Pavlova St., St. Petersburg, 197376, Russia. E-mail: info@spbnevrolog.ru.