© Студеникин В.М., Шарков С.М., 2009

В.М. Студеникин, С.М. Шарков

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОСПИТАНИЮ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Государственное научно-клиническое учреждение «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

В статье даны современные представления о своевременности и методах привития первичных санитарно-гигиенических навыков детям. Рассматриваются ситуация с туалетным обучением, сложившаяся в России, а также исторические аспекты подхода к формированию этого навыка в других странах («ориентированные на ребенка» методы Бразелтона, Фоккса–Эзрина и др.). Кратко описаны представления о нейрофизиологических механизмах контроля мочевого пузыря и кишечника, определяющих готовность детей к туалетному обучению. В статье приводятся отечественные и зарубежные литературные данные последних лет по рассматриваемой проблеме. Подчеркиваются целесообразность и обоснованность начала туалетного обучения детей не ранее 18-месячного возраста, а также использование при этом подходов, ориентированных на ребенка.

Ключевые слова: *дети раннего возраста, дети, воспитание санитарно-гигиенических навыков, контроль над мочевым пузырем, метод Бразелтона.*

Authors present current view on methods of primary toilet training of children. They consider situation with toilet training in Russia and historical aspects of this training in other countries («child-oriented» methods of Brazelton, Fox–Ezrin and others). Data about neurophysilogical mechanisms of bladder control and control of defecation, determined chil's readiness to toilet training are presented. Authors overview current Russian and foreign literature data about this problem and emphasize expediency and good reasons for toilet training start not until the age of 18 months and usage of child-oriented approaches.

Key words: *infants, children, toilet training, bladder control, Brazelton approach.*

Педиатрам и врачам всех педиатрических специальностей хорошо известно, что своевременное появление у детей санитарно-гигиенических навыков является отражением их адекватного развития и начальной социализации. Проблеме формирования первичных навыков пользования туалетом в последние годы было посвящено немало работ, вышедших как в России, так и за рубежом [1–8]. При этом следует констатировать значительные разногласия по обсуждаемому вопросу среди педиатрической общественности нашей страны, включая авторитетных ее представителей.

В связи с имеющимися разногласиями, зачастую объясняемые устоявшимися представлениями по традиционным подходам к туалетному обучению детей, имеется необходимость в разъяснении и научном обосновании правильной тактики в этом вопросе. Учитывая все вышеизложенное, Союз педиатров России (СПР) предпринял соответствующие усилия в целях систематизации и ретроспективной оценки международной практики туалетного обучения детей, а также сформулировал конкретные рекомендации, основанные на физиологических особенностях детей раннего возраста.

Имеются данные, полученные в результате проведенных в Российской Федерации исследований, в соответствии с которыми подавляющее большинство родителей (до 95%) в нашей стране начинают приучать детей к горшку неоправданно рано, когда те еще не демонстрируют признаков физиологической и/или психологической готовности к указанному обучению. Подобная

Контактная информация:
Студеникин Владимир Митрофанович – д.м.н., проф., глав. науч. сотр. отделения психоневрологии НИИ педиатрии НЦЗД РАМН
Адрес: 119991 г. Москва, Ломоносовский пр., 2/62
Тел.: (499) 134-04-09, **E-mail:** studenikin@nczd.ru
Статья поступила 05.11.09, принята к печати 30.11.09

практика имеет ряд отрицательных последствий. В частности, слишком раннее приучение детей к горшку может занимать по продолжительности от 12 до 15 месяцев; при этом санитарно-гигиенические навыки, приобретенные детьми, оказываются нестабильными и чрезвычайно легко утрачиваются. И дети, и их родители в процессе раннего туалетного обучения постоянно испытывают стресс и негативные эмоции. Такая ситуация требует внесения изменений в существующую практику и всестороннего ее рассмотрения с целью оптимизации и коррекции.

Mota D.M. и Barros A.J.D. [4] представили обзор, в котором обобщили колоссальный объем международных данных по проблеме туалетного обучения детей (с 1960 по 2007 гг.). Авторы отмечают, что, во-первых, в сравнительно недавнем прошлом возрастом, рекомендуемым для начала туалетного обучения во многих странах мира, являлся преимущественно первый год жизни, а, во-вторых – отсутствие физиологического обоснования этих рекомендаций.

Еще в начале XX века решение о необходимости привития детям первичных санитарно-гигиенических навыков (туалетного приучения) принимали сами родители. Лишь изредка при этом использовались профессиональные рекомендации (медицинские и/или педагогические). Печально известен доклад «Уход за младенцем», подготовленный в начале 1930-х годов в США сотрудниками Детского бюро департамента труда. В этом документе высказывались такие необоснованные положения, как необходимость стремиться к завершению туалетного обучения детей к возрасту 6–8 месяцев, рекомендации по активному применению мыльных палочек для регулярной дефекации и др. Доклад «Уход за младенцем» во многом способствовал искажению представлений о правильном приучении детей к горшку (и по некоторым другим вопросам). К счастью, уже к концу 1930-х годов американские педиатры начали активно пропагандировать необходимость начала туалетного обучения в значительно более позднем возрасте – со 2-го года жизни (возраст 15–18 месяцев).

Всемирно известный детский врач Бенджамин Спок считал, что «туалетное обучение ребенка нельзя начинать до тех пор, пока он не достиг соответствующей степени готовности». Такой подход, получивший название «метод Спока», ориентирован на детей, возраст которых составляет от 2 до 2,5 лет. Этот метод до сих пор используется не только в США, но и во многих других странах. Метод Спока не является единственным, учитывающим уровень физиологической зрелости ребенка. Так, широко известен метод Бразелтона («подход, ориентированный на ребенка»), предложенный американским врачом Brazelton T.B. в начале 1960-х годов [9, 10]. В этом подходе первостепенное значение придается наличию или отсутствию у ребенка признаков готовности к началу соответствующего обучения; а, кроме того, предполагается, что в процессе приучения к горшку на ребенка не будет оказываться выраженного давления [11]. На методе Бразелтона основываются рекомендации по туалетному обучению детей, подготовленные специальным комитетом Американской академии педиатрии (1999), а также Канадским педиатрическим обществом (2000) [11, 12].

Менее распространен метод Фоккса–Эзрина (или Эзрина–Фоккса), предложенный этими авторами (Foxx R.M. и Azrin N.H.) в 1971 г. Принцип метода формулируется как «приучение ребенка к туалету менее чем за 1 день» [13]. Этот метод также относится к числу «подходов, ориентированных на ребенка», и считается применимым начиная с возраста 20 месяцев.

Еще одним методом туалетного обучения детей является «условно-рефлекторное кондиционирование» (англ. operant conditioning). Этот подход, предполагающий систематическое позитивное поощрение ребенка (похвала, игрушки, ласки и др.), распространен во многих странах с 1960-х годов [2, 4].

Кортикализация нервной деятельности проявляется и приобретает выраженность у детей, лишь начиная со 2-го года жизни. Этот нейрофизиологический процесс находит выражение во все расширяющейся социализации детей. Именно указанный период является идеальным временем для начала эффективного туалетного обучения.

Многолетняя практика показывает, что никакие попытки ускорить процесс туалетного обучения ребенка (раннее начало, насильственное принуждение и др.) не могут привести к сколько-нибудь положительным результатам, так как созревание нервной системы искусственно стимулировать невозможно. Соответственно, по этой причине обречены на неудачу неоправданные попытки добиться определенной степени зрелости нервной системы путем раннего начала привития детям первичных санитарно-гигиенических навыков. В России нередко педиатры продолжают рекомендовать начало туалетного обучения на 1-м году жизни, что не имеет никакого научного обоснования с позиций возрастной физиологии и анатомии. В данном случае налицо явное слияние неправильных представлений детских врачей со спонтанно сформированными ложными стереотипами родителей. Традиционно ранняя практика начала туалетного обучения детей в грудном возрасте, доминирующая в России, сопровождалась затяжным характером периода обучения; она на несколько месяцев превышала по продолжительности аналогичные усилия, предпринимаемые родителями во многих странах Европы. В XXI веке сохраняющаяся ориентация на туалетное обучение детей на 1-м году жизни считается свойст-

венной почти исключительно странам «третьего мира» [3].

В мире отмечается явная тенденция к более поздней инициации привития детям санитарно-гигиенических навыков. В середине 1950-х годов возраст детей к моменту завершения приучения пользования туалетом в дневное время суток в среднем составлял около 28,5 месяца, а к 3 годам до 97% детей овладевали навыками пользования горшком. Имеются данные, что в 1980 г. у детей в США достижение полного круглосуточного контроля физиологических отправлений происходило примерно в этом же возрасте (25–27 месяцев). К середине 2000-х годов описываемые санитарно-гигиенические навыки формировались уже позже (к 36–37-месячному возрасту); объяснением этому феномену можно считать неоправданно позднее начало соответствующего обучения [4].

Возрастным ориентиром для эффективного туалетного обучения детей следует считать возраст около 24 месяцев. Тем не менее, начальное привитие первичных навыков опрятности следует начинать несколько раньше – с 18–20-месячного возраста. Аналогичного мнения придерживаются видные зарубежные авторитеты в области возрастного развития – Schaum T.R. и соавт. [14], Barone J.G. и соавт. [15], Russell K. [16], Lang M.E. [17], Tali S. и соавт. [18].

Наконец, в систематическом обзоре канадских исследователей Kiddoo D. и соавт. [19] представлена проблема выбора адекватного метода туалетного обучения не только здоровых детей, но и их сверстников с так называемыми «особыми потребностями» (атрезия ануса, болезнь Гиршпрунга, spina bifida и др.). Авторы констатируют эффективность методов Бразелтона и Эзрин–Фоккса в привитии первичных санитарно-гигиенических навыков детям обеих категорий. Это первое сообщение такого рода, подкрепленное с позиций доказательной медицины.

Хорошо известно, что степень зрелости ЦНС обеспечивает иннервацию и функции мышц и органов желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. Помимо ЦНС, целый комплекс эндогенных и экзогенных факторов оказывает выраженное влияние на формирование у детей актов физиологических отправлений. Среди этих факторов фигурируют физиологические, психологические, культурологические, социальные, этнические и др., но основным критерием готовности детей к туалетному обучению остается все же степень зрелости ЦНС. Оценить последнюю можно на основании комплексного рассмотрения соответствующих параметров психического, моторного, эмоционального и/или речевого развития. Так, среди признаков готовности к туалетному обучению следует перечислить следующие: умение сидеть и самостоятельно ходить; понимание и использование слов, обозначающих процессы физиологических отправлений; понимание пред-

назначения горшка и/или унитаза, способность к имитации, потребность в демонстрации независимости; наличие фразовой речи (из двух слов и более) или признаки скорого ее появления; способность жестами или словами сигнализировать о потребности в осуществлении физиологического акта; умение или попытка самостоятельно снимать подгузники (или трусики) при попытке воспользоваться горшком. В подавляющем большинстве случаев физиологическое приучение ребенка к горшку целесообразно инициировать в период активного формирования фразовой речи, то есть в возрасте от 18 до 24 месяцев. При этом ожидаемый возраст детей к моменту появления стойких санитарно-гигиенических навыков составляет около 24–30 месяцев (у девочек овладение и закрепление описываемых навыков обычно происходит несколько раньше, чем у мальчиков) [10]. Следует помнить, что стабильный контроль функций мочевого пузыря и кишечника достигается не одновременно; контроль физиологических отправлений в дневное время появляется на несколько недель или месяцев раньше ночного контроля.

Рассмотрим некоторые основополагающие моменты становления контроля над мочеиспусканием и дефекацией. Созревание отделов нервной системы, ответственных за контроль мочеиспускания, представляет сложный процесс перехода от примитивных спинальных рефлексов к сознательному контролю, опосредованному высшими отделами головного мозга [20]. Иннервация акта мочеиспускания – сложная интегративная функция. В ее реализации задействованы различные ядра головного мозга (гипоталамическая область, зрительный бугор, полосатое тело и др.), а также три уровня рефлекторных дуг – спинальный, корковый и подкорковый. По мере развития у ребенка имеет место последовательная функциональная реорганизация отделов ЦНС, ответственных за контроль акта микции. При этом поток информации, передаваемой от головного мозга к спинному мозгу, постепенно приводит к ремоделированию глутаматергических межнейрональных–преганглионарных нейрональных синапсов в парасимпатическом ядре крестца. Указанная синаптическая пластичность сопряжена с угасанием примитивных спинальных рефлексов мочеиспускания, а также с появлением зрелого супраспинального контроля над этим физиологическим актом [20, 21].

В свою очередь, дефекация происходит по рефлекторным механизмам, сходным с таковыми мочеиспускания. Основное различие заключается в том, что в прямой кишке отсутствует детрузорная мышца, а ее роль выполняется мышцами брюшного пресса. Нейрофизиологи также подчеркивают роль сложной системы взаимодействия между когнитивными функциями (результат развития моторной коры мозга) и мочевым пузырем/кишечником ребенка [21].

На правах рекламы

Примеры игнорирования возрастных особенностей созревания нервной системы хорошо видны в подходах с ранним приучением детей к горшку, практикуемым в странах Азии и Африки. Зачастую описываемое туалетное обучение начинают с первых дней или недель жизни (методы «вспомогательного туалетного обучения» или «сигнализирования об опорожнении»), но его эффективность чрезвычайно сомнительна [2–4]. Оба метода раннего обучения основаны на умении родителей своевременно распознавать признаки опорожнения детьми мочевого пузыря или кишечника.

Таким образом, в XXI веке педиатры считают необходимым начинать приучать детей к горшку не раньше 18 месяцев и не позднее 36 месяцев. СПР рекомендует придерживаться ориентированного на ребенка метода Бразелтона и начинать туалетное обучение с 18-месячного возраста [22]. Такой подход считается физиологическим и максимально эффективным. Он выгодно отличается от раннего «рефлекторного» метода с началом приучения детей к горшку с первого года (иногда с периода новорожденности).

Различным аспектам туалетного обучения детей посвящены новейшие публикации исследователей из Великобритании, Японии, США и Бельгии: Joinson C. и соавт. [23], Yamazaki Y. и соавт. [24], Wald E.R. и соавт. [25], а также Vermandel A. и соавт. [26].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Fleisher DR.* Understanding toilet training. Pediatrics. 2004; 113: 1809–1810.

2. *Klassen TP, Kiddoo D, Lang ME et al.* The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. Evid. Rep. Technol. Assess. 2006; 147: 1–57.

3. *Студеникин В.М.* Психомоторное, эмоциональное и социальное развитие детей раннего возраста: роль правильного формирования санитарно-гигиенических навыков. Consilium Medicum. Педиатрия. 2008; 2: 78–80.

4. *Mota DM, Barros AJD.* Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. J. Pediatr. (Rio J.) 2008; 84: 9–17.

5. *Студеникин В.М., Студеникина Н.И.* Уход за кожей детей первых лет жизни: нейропедиатрические аспекты. Леч. врач. 2008; 3: 66–70.

6. *Blum NJ, Taubman B, Nemeth N.* Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: a prospective study. Pediatrics. 2003; 111: 810–814.

7. *Blum NJ, Taubman B, Nemeth N.* Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. J. Pediatr. 2004; 145: 107–111.

8. *Horn IB, Brenner R, Rao M, Cheng TL.* Beliefs about the appropriate age for initiating toilet training: are there racial and socioeconomic differences? J. Pediatr. 2006; 149: 165–168.

9. *Brazelton TB.* A child-oriented approach to toilet training. Pediatrics. 1962; 29: 121–128.

10. *Brazelton TB, Christophersen AR, Frauman AC et al.* Instructions, timeliness, and medical influences affecting toilet training. Pediatrics. 1999; 103: 1353–1358.

11. *Stadtler AC, Gorski PA, Brazelton TB.* Toilet training methods, clinical interventions and recommendations. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1999; 103: 1353–1358.

12. Community Paediatrics Committee CPS. Toilet learning: anticipatory guidance with a child-oriented approach. J. Paediatr. Child Health. 2000; 5: 333–335.

13. *Foxx RM, Azrin NH.* Dry pants: a rapid method of toilet training children. Behav. Res. Ther. 1973; 11: 435–442.

14. *Shaum TR, McAuliffe TL, Simms MD et al.* Factors associated with toilet training in the 1990s. Ambul. Pediatr. 2001; 1: 79–86.

15. *Barone JG, Jasutkar N, Schneider D.* Later toilet training is associated with urge incontinence in children. Pediatr. Urol. 2009; 5: 458–461.

16. *Russell K.* Among healthy children, what toilet-training strategy is most effective and prevents fewer adverse events (stool withholding and dysfunctional voiding)? Part A: Evidence-based answer and summary. J. Paediatr. Child Health. 2008; 13: 201–202.

17. *Lang ME.* Among healthy children, what toilet-training strategy is most effective and prevents fewer adverse events (stool withholding and dysfunctional voiding)? Part B: Clinical commentary. J. Paediatr. Child Health. 2008; 13: 203–204.

18. *Tali S, Efrat SU, Boucke L, Rugolotto S.* Infant toilet training. J. Pediatr. (Rio J.). 2009; 85: 87–88.

19. *Kiddoo D, Klassen TP, Lang ME et al.* The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

20. *de Groat WC.* Plasticity of bladder reflex pathways during postnatal development. Physiol. Behav. 2002; 77: 689–692.

21. Clinical neurophysiology of infancy, childhood, and adolescence. Eds. Holmes GL, Moshe SL, Jones HRJr. 1st ed. Philadelphia, Butterworth-Heinemann, Elsevier, 2006.

22. *Студеникин В.М.* Обучение детей туалетным навыкам: вчера и сегодня. Леч. врач. 2009; 8: 1–3.

23. *Joinson C, Heron J, Von Gontard A et al.* A prospective study of age at initiation of toilet training and subsequent daytime bladder control in school-age children. J. Behav. Pediatr. 2009; 30: 385–393.

24. *Yamazaki Y, Shiroyanagi Y, Matsuno D, Nishi M.* Predicting early recurrent urinary tract infection in pretoilet trained children with vesicouretral reflux. J. Urol. 2009; 182 (Suppl.): S1699–S1702.

25. *Wald ER, Di Lorenzo C, Cipriani L et al.* Bowel habits and toilet training in a diverse population of children. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2009; 48: 294–298.

26. *Vermandel A, Van Kempen M, De Wachter S et al.* The efficacy of a wetting alarm diaper for toilet training of young healthy children in a day-care center: a randomized control trial. Neurourol. Urodyn. 2009; 28: 305–308.