

Fakty i mity o moczeniu nocnym

„Panaceum” rozmawia z dr n. med. Wiesławą Bilińską, specjalistą pediatrii i nefrologii z Ośrodka Pediatricznego im. J. Korczaka w Łodzi, o tym, czy moczenie nocne dzieci jest chorobą i jak sobie radzić z tym problemem.

Dlaczego dzieci się moczą i czy jest to częsty problem?

– Kontrola nad oddawaniem moczu u dzieci rozwija się stopniowo. W trzecim roku życia większość dzieci świadomie oddaje mocz w ciągu dnia. Kontrola nad czynnością pęcherza we śnie wykształca się zwykle później; zgodnie z przyjętą normą dziecko powinno przestać moczyć się w nocy po ukończeniu 5 lat.

Moczenie nocne jest powszechnym problemem, dotyczącym dzieci na całym świecie. Według danych brytyjskich i amerykańskich moczy się od 15 do 20 procent pięcioletków. Z wiekiem częstość moczenia maleje; w grupie dzieci 7-letnich wynosi 10 procent, a wśród nastolatków i osób dorosłych od 1 do 2 procent. Problem częściej dotyczy chłopców. W Polsce moczy się 300 tys. dzieci, na świecie – ponad 100 milionów. U około 20 procent dzieci nocnej przypadłości towarzyszą daytime zaburzenia mikcji w postaci moczenia lub popuszczania moczu.

Czy moczenie nocne jest chorobą?

– Najczęstszym typem moczenia jest tak zwane moczenie nocne monosymptomatyczne, rozpoznawane u 80 procent dzieci, których ten problem dotyczy. Jest to zaburzenie, a nie choroba, któremu nie towarzyszą inne potencjalnie przyczynowe choroby i inne problemy z oddawaniem moczu. Za podstawowe mechanizmy tej sytuacji uważa się zbyt dużą ilość wytwarzanego w nocy moczu, obniżoną czynnościową pojemność pęcherza i głęboki sen. Moczenie to ma bardzo często uwarunkowania genetyczne – gdy w dzieciństwie moczyło się jedno z rodziców, prawdopodobieństwo wystąpienia problemu u potomstwa wynosi 44 procent, a jeśli problem dotyczył obojga rodziców – prawdopodobieństwo wzrasta do 77 procent. Tylko u 15 procent pacjentów wywiad rodzinny jest nieobciążony.

Istnieje przekonanie, że moczenie ma podłoże psychiczne. To prawda?

– Rzeczywiście, jeszcze do niedawna powszechnie uważano, że moczenie nocne jest spowodowane problemami emocjonalnymi. Jeśli mieliśmy rozmawiać o mitach, to jest to jeden z nich. Pogląd ten został zrewidowany przez wiele badań naukowych i aktualnie nie

obowiązuje. Zależność ta może być odwrotna: to moczenie powoduje niekorzystne skutki psychologiczne. Prawdopodobieństwo, że podłożem moczenia są problemy psychologiczne, wynosi mniej niż 10 procent, jest to więc najrzadsza przyczyna tego zaburzenia. Dotyczy dzieci po traumatycznych przeżyciach, takich jak przemoc, rozwód, śmierć bliskiej osoby itd.

Drugi typ moczenia to tzw. moczenie nocne niemonosymptomatyczne. Wówczas towarzyszą mu inne objawy, co oznacza, że moczenie nie jest jedynym zaburzeniem, czyli nie ma charakteru izolowanego. Choć występuje rzadziej (20%), to w kategoriach zdrowotnych jest znacznie poważniejsze. Przyczyną moczenia u tych dzieci mogą być poważne choroby: na przykład ogólnoustrojowe (cukrzyca, nowotwory), choroby układu moczowego (wrodzone wady anatomiczne, zakażenia, niewydolność nerek), nerwowego (porażenie mózgowe, wady dysraficzne, guzy), pokarmowego (zaparcia). Ta grupa dzieci wymaga bardzo starannej i wczesnej diagnostyki.

Czy to prawda, że z moczenia „się wyrasta”? Jaka jest świadomość społeczna omawianego problemu?

- Na pierwsze pytanie nie ma jednej odpowiedzi, bo to zależy od rodzaju moczenia. Moczenie nocne monosymptomatyczne jest zaburzeniem samoograniczającym się z wiekiem. Oznacza to, że im dziecko jest starsze, tym nasilenie moczenia zmniejsza się, aż do całkowitego ustąpienia. Nie dotyczy to jednak wszystkich i nie można przewidzieć, kiedy to nastąpi. Jak wspomniałam, problem ten nadal nęka ok. 2 procent nastolatków i osób dorosłych. W żadnym wypadku moczenie nocne nie jest niewinną dolegliwością, ponieważ długotrwałe jego utrzymywanie się u coraz starszego dziecka powoduje zaburzenia emocjonalne, pogarsza jego jakość życia. Obniżają się tzw. kompetencje społeczne, np. możliwość korzystania z kolonii, obozów, wycieczek. Obciążona jest cała rodzina. Rodzi się frustracja, zmęczenie z powodu nieprzespanych nocy, stres, co niesie ryzyko stosowania kar wobec dzieci i kółko się zamyka. Niebagatelny jest też aspekt ekonomiczny związany z wydatkami na pieluchy, środki czystości itd.

Zapewne samoistne ustępowanie nie dotyczy moczenia niemonosymptomatycznego?

- Zgadza się. Bierne czekanie i opóźnianie diagnostyki może w takich przypadkach skutkować poważnymi następstwami, czasem nieodwracalnymi, np. niewydolnością nerek.

Niestety, świadomość wśród rodziców i lekarzy jest nadal niska. Często nie przeprowadza się podstawowych badań lub wykonuje się tylko niektóre, pomija się szczegółowe badanie podmiotowe. Wielu rodziców, dla których jest to temat wstydlivy, długo nie zgłasza tego

problemu lekarzowi. Ostatnio zgłosił się do mnie 14-letni pacjent, wcześniej nieleczoney i niediagnozowany, a był to przypadek prostego moczenia.

Do jakiego lekarza należy się zatem zgłaszać i kiedy?

– Idealnie byłoby, gdyby takie dzieci trafiały do nefrologów. Natomiast oddzielnym zagadnieniem jest dostępność do poradni nefrologicznych, świadomość rangi problemu wśród lekarzy oraz ich wola do kierowania moczających się dzieci do specjalistów. Z pewnością wygląda to różnie w różnych ośrodkach i regionach kraju. Nie ma przeszkód, aby moczeniem zajmowali się także lekarze pierwszego kontaktu, pod warunkiem jednak, że mają w tym zakresie wystarczające kompetencje.

Pytanie o to, kiedy zgłaszać się do lekarza, jest kluczowe w naszej rozmowie. Istnieje bowiem przekonanie, że po ukończeniu 5. roku życia. Mam wrażenie, że wynika to z błędnego interpretowania definicji moczenia i przekonania, że wszystkie dzieci do 5. roku życia mają moczenie monosymptomatyczne, co – jak podałam wcześniej – jest nieprawdą, kolejnym mitem. Do lekarza warto pójść już z czterolatkiem, który:

- ma w tygodniu więcej nocy mokrych niż suchych,
- dodatkowo moczy się lub popuszcza w ciągu dnia,
- ma niejasne gorączki,
- zaczął moczyć się ponownie (wtórnie), po 6-miesięcznym okresie „suchych” nocy.

Jak wygląda diagnostyka? Może badanie jest nieprzyjemne dla dziecka i dlatego rodzice unikają tej procedury?

– W większości przypadków badania są nieinwazyjne i ograniczają się do badań moczu, badań biochemicznych, badania ultrasonograficznego, badania przepływu cewkowego i oceny tzw. dzienniczka mikcji. Badania inwazyjne, wymagające cewnikowania i użycia promieniowania jonizującego wykonuje się tylko u niektórych dzieci. O ile wskazania do nich ustalane są rozważnie i rzetelnie, przynoszą więcej korzyści niż strat.

Jeśli nie czekać, to co robić? Leczyć?

– Z pewnością tak i dotyczy to wszystkich typów moczenia. Z powodów omówionych wcześniej, również tego moczenia, które samo ustępuje. Najpierw należy jednak przeprowadzić „skrojoną na miarę” diagnostykę. Ale to już jest rola lekarza. Do rodziców należy jedynie zgłoszenie się po pomoc, wyjście z problemem z domu.

Czy leczenie jest skuteczne i na czym polega? Czy jest bezpieczne?

– Leczenie dobierane jest indywidualnie w zależności od przyczyny moczenia. Jeśli ma charakter wtórny do innych chorób, postępuje się przyczynowo – leczy się te choroby. W pozostałych przypadkach stosuje się farmakoterapię (tabletki), alarmy wybudzeniowe, uroterapię, wspomagająco – psychoterapię. Czasem wystarcza zmiana nawyków, np. ograniczenie przyjmowania płynów przed snem. Skuteczność adekwatnego leczenia u pacjentów przestrzegających zaleceń jest wysoka i wg Europejskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej wynosi 70-80procent. U pozostałych dzieci uzyskuje się częściową poprawę, bywają też – choć rzadko – przypadki oporne na leczenie. Najczęściej stosuje się farmakoterapię i/lub alarmy nocne. Choć skuteczność obu tych metod jest porównywalna, alarmy są w Polsce rzadziej wybierane. Rodzice dziecka mogą mieć wpływ na wybór metody, są partnerami w procesie leczenia.

Jeśli chodzi o niepożądane objawy związane z leczeniem, co odnosi się przede wszystkim do farmakoterapii, to jesteśmy w dość szczęśliwym położeniu, bo w Polsce mamy już nowoczesne leki, takie same jak w krajach wysoko rozwiniętych. Gdy wiele lat temu zaczynałam pracę, nie były one dostępne, a stosowane wówczas preparaty mogły powodować poważne objawy niepożądane. Aktualnie często stosuje się desmopresynę, która jest lekiem bezpiecznym i refundowanym. Jeśli przestrzega się zaleceń, ryzyko poważnych objawów niepożądanych jest marginalne. W swojej praktyce nie spotkałam się z takimi przypadkami. Biochemicznie lek ten zalicza się do grupy hormonów, co u rodziców czytających ulotki wywołuje niepokój, wyrażany w kierowanych do mnie pytaniach o to, czy nie powoduje uzależnienia, przyzwyczajenia, problemów z jego odstawieniem. Na wszystkie pytania odpowiadam przecząco. Jest to hormon naturalnie występujący w organizmie, inny niż te hormony, o których obiegowo wiadomo, że wywołują takie skutki.

Na zakończenie konkretne pytanie, czy w Łodzi dostęp do nefrologa jest łatwy?

Nie powinno być z tym problemu. Wizyta w Poradni Nefrologicznej dla Dzieci odbywa się w trybie planowym. Wystarczy skierowanie i telefoniczne umówienie terminu, bez konieczności czekania w zbyt długich kolejkach.

Rozmawiała Agnieszka Danowska-Tomczyk

Panaceum 6/2024