

В.М. Студеникин, С.М. Шарков

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Ретроспективная оценка международной практики подходов к «туалетному обучению» детей

Контактная информация:

Студеникин Владимир Митрофанович, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения психоневрологии НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (499) 134-04-09

Статья поступила: 25.08.2009 г., принята к печати: 05.10.2009 г.

В статье анализируется международный опыт практики «туалетного обучения» детей раннего возраста. Отмечено, что наиболее широко распространенным способом обучения детей санитарно-гигиеническим навыкам является метод Бразелтона или так называемый «подход, ориентированный на ребенка». Метод направлен, в первую очередь, на наличие (или отсутствие) у конкретного ребенка признаков готовности к началу соответствующего обучения: умение хорошо сидеть, самостоятельно ходить и садиться на горшок; наличие понимания, для чего предназначен горшок и(или) унитаза; наличие фразовой речи (не менее, чем из 2 слов) или признаки скорого ее появления; способность жестами или словами сигнализировать о потребности в осуществлении физиологического акта; умение или попытка самостоятельно снимать трусы-подгузник (или трусики), а также колготки при попытке воспользоваться горшком. Именно такой подход может считаться физиологическим и максимально эффективным. В соответствии с существующими рекомендациями (в том числе и экспертов Союза педиатров России) приучение к туалету следует начинать с 18-месячного возраста.

Ключевые слова: дети, «туалетное обучение», метод Бразелтона.

Своевременное формирование основных санитарно-гигиенических навыков — важный момент в развитии детей раннего возраста. Этой проблеме в последнее десятилетие посвящено немало публикаций отечественных и зарубежных авторов [1–8]. До настоящего времени (как среди родителей, так и среди российских педиатров) сохраняются существенные разногласия

и противоречивые рекомендации, касающиеся возраста детей, готовых к обучению. В этой связи назрела необходимость систематизации и ретроспективной оценки международной практики «туалетного обучения» детей раннего возраста.

Проведенные исследования показали, что 95% матерей в России начинают приучать детей к горшку слиш-

V.M. Studenikin, S.M. Sharkov

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Retrospective evaluation of international practice of «toilet education» in children

The article analyzes an international experience of «toilet education» practice in infants. It was marked that the most wide-spread approach to the children's education to sanitary and hygienic skills is Brazelton's method or, so-called, «approach with orientation to child». The method was directed, firstly, to the presence (or absence) in child signs of preparedness to the beginning of education: ability to sit properly, independently walk and sit on the pot; presence of understanding the purpose of pot and/or toilet sink purpose; presence of phrase speech (consisting at least of 2 words) or the signs of its near appearance; ability to signal with words or gesture to the need of physiological act performing; skill or attempt to take off pants-nappy (or panties) and tights by himself during the attempt to use a pot. Such approach can be estimated as physiological and maximal effective. According to the present recommendations (including the ones from experts of the Union of pediatricians of Russia) a «toilet education» should be started when the child is 18-months old.

Key words: children, «toilet education», Brazelton's method.



ком рано, когда они еще физиологически и психологически не готовы к этому. В результате обучение может занять до 12–15 мес, а приобретенные навыки окажутся неустойчивыми и легкоотрачиваемыми, обучение будет сопровождаться стрессом и негативными эмоциями и для ребенка, и для родителей. Начинать приучать к горшку, согласно последним рекомендациям ведущих специалистов, следует не ранее возраста 18 мес, т.е., когда ребенок достиг определенной зрелости и демонстрирует признаки готовности к обучению.

Особое внимание хотелось бы обратить на обзор, представленный бразильскими коллегами D. Mota и A. Barros, обобщившими международные данные по рассматриваемому вопросу за 1960–2007 гг. [4]. Авторами подробно и последовательно рассматриваются различные методы «туалетного обучения», стандартные представления и ожидания родителей (из разных стран, разных этнических и социальных групп), а также многие другие аспекты.

Раньше рекомендуемым возрастом для начала «туалетного обучения» во многих странах был год жизни, что физиологически не обосновано. Вплоть до начала XX века решение о необходимости и своевременности привития ребенку соответствующих навыков принимали только родители. В США в 1932 г. был издан доклад «Уход за ребенком» (*Infant care*) Детского бюро Департамента труда, в котором родителям рекомендовалось стремиться к завершению «туалетного обучения» к возрасту 6–8 мес, а также использовать «мыльные палочки» (для обеспечения регулярной дефекации) и т.д. Подобные рекомендации с позиций современных представлений являются в высшей степени «антипедиатрическими».

Лишь в конце 30-х годов XX века было предложено начинать приучать детей к горшку в более позднем возрасте (15–18 мес), когда ребенок проявляет определенный интерес к контролю физиологических отпавлений. Аналогичной точки зрения придерживался и известный американский педиатр В. Spock, который не рекомендовал начинать «туалетное обучение» до тех пор, пока ребенок не достигнет степени готовности к нему (метод Бенджамина Спока ориентирован на детей в возрасте от 2 до 2,5 лет). Именно зрелость ЦНС обеспечивает адекватную иннервацию мышц промежности, малого таза и органов желудочно-кишечного тракта.

К сожалению, следует констатировать, что в нашей стране по-прежнему нередко рекомендуется начинать «туалетного обучения» на первом году жизни [3]. Подобный подход отражает не научно обоснованные представления педиатров и специалистов в области возрастной физиологии, а ложные стереотипы родителей, касающиеся своевременности и необходимости «туалетного обучения», сформировавшиеся спонтанно. В настоящее время ориентация на «туалетное обучение» детей первого года жизни сохраняется лишь в странах третьего мира [3].

Любые попытки ускорить приучение ребенка к горшку (более раннее начало, принуждение и т.д.) не сопровождаются положительными результатами, поскольку созревание нервной системы (достижение определенной степени зрелости) невозможно стимулировать. Отметим, что до недавнего времени в России продолжительность периода от начала до завершения «туалетного обучения» детей была значительно больше, чем в большинстве стран Европы.



Обучение туалетным навыкам будет быстрее и проще, если ребенок достиг определенной физиологической и психологической зрелости.



**Союз педиатров России
рекомендует приучать
ребенка к горшку
не ранее 18 месяцев**

www.pediatr-russia.ru





Лишь на 2-м году жизни у детей в полной мере проявляется кортикализация нервной деятельности, что сопровождается все большей социализацией младенцев и позволяет рассчитывать на успешное овладение навыками опрятности.

В настоящее время наиболее широко распространенным способом обучения детей санитарно-гигиеническим навыкам является метод Бразелтона или так называемый «подход, ориентированный на ребенка» (англ. *child-oriented approach*). В самом названии метода фигурирует не слово «*infant*» (ребенок первого года жизни), а «*child*» (ребенок в возрасте старше 12 мес), т.е. изначально подразумевается отсутствие целесообразности «туалетного обучения» грудных детей. Данный подход предложен американским педиатром Т. Brazelton еще в начале 1960-х годов, но статус широко распространенного и общепринятого он приобрел позднее [9, 10], в том числе и в рамках соответствующих рекомендаций Американской академии педиатрии (AAP), опубликованных в 1999 г. [11]. Рекомендации Общественного педиатрического комитета Канадского педиатрического общества (CPS) от 2000 г. согласуются с мнением педиатров США; они также разделяют концепцию «подхода, ориентированного на ребенка» [12].

Метод Бразелтона первоочередное значение придает наличию или отсутствию у конкретного ребенка признаков готовности к началу соответствующего обучения [11], при этом в процессе обучения на ребенка не должно оказываться выраженное давление. В число признаков готовности к «туалетному обучению» входят: способность сидеть и самостоятельно ходить, понимание и использование слов, обозначающих процессы физиологических отправления (микция, дефекация); а также способность к имитации и потребность в выражении независимости. Не подлежит сомнению, что физиологическое приучение ребенка к туалету целесообразно осуществлять в период формирования активной фразовой речи, ожидать появления которой до 18–24-месячного возраста не следует.

В преобладающем большинстве случаев появления навыков приучения к пользованию горшком можно ожидать к возрасту 1,5–2 года [10]. Хотя девочки склонны к скорейшему овладению и закреплению первичных навыков пользования горшком, различия между детьми в зависимости от пола не являются значимыми и (или) принципиальными.

Существует также метод «туалетного обучения», предложенный R. Foxh и N. Azrin в 1971 г. и нашедший отражение в публикациях, начиная с 1973 г. (принцип «приучение менее, чем за 1 день»), который также условно относится к методам, ориентированным на ребенка [13]. Указанный подход (алгоритм действий, выполняемых родителями с четким следованием предлагаемым инструкциям), применим примерно с возраста 20 мес.

Следует упомянуть и метод, получивший название «условно-рефлекторное кондиционирование» (*operant conditioning*) и сравнительно широко распространенный в некоторых странах с 1960-х годов до настоящего времени. Этот подход основан на так называемом позитивном поощрении ребенка (вознаграждение ласками, игрушками и т.д.) [2, 4].

Такие подходы к раннему приучению детей к горшку (с первых дней–недель жизни), как «вспомогательное туалетное обучение» (*assisted infant toilet training*) или метод «сигнализирования об опорожнении» (*elimination communication*), являются сомнительными и практикуются преимущественно в странах Африки, Центральной Америки, в Китае, Индии и т.д. При их использовании

родители должны уметь своевременно распознавать признаки опорожнения детьми мочевого пузыря (кишечника) и успевать сажать их на горшок. Обычно эффективность такого обучения чрезвычайно низка и не поддается адекватной оценке [2, 4].

Из публикаций 1950-х годов (данные Т. Brazelton и соавт.) известно, что средний возраст детей к моменту завершения приучения пользования туалетом в дневное время суток составлял 28,5 мес (т.е. старше 2 лет). До 97% детей овладевали навыками пользования горшком к 36 мес. Небезынтересно, что если в 1980 г. у детей в США достижение полного (круглосуточного) контроля физиологических отправления происходило примерно в этом же возрасте (25–27 мес), то к середине 2000-х годов описываемый навык формировался значительно позже — к 36–37 мес [4]. Поскольку у детей не отмечалось учащения какой-либо сопутствующей психоневрологической патологии или задержки развития, не исключено, что причиной описываемого феномена могло послужить неоправданно позднее начало обучения первичным санитарно-гигиеническим навыкам. Поскольку о более позднем завершении «туалетного обучения» сообщают не только американские педиатры, но и специалисты из других стран, можно констатировать, что во всем мире отмечается тенденция к переносу приучения к горшку на все более старший возраст.

Хотя в качестве наиболее адекватного ориентира для полноценного «туалетного обучения» следует считать возраст 24 мес, по-видимому, начинать прививать элементарные (первичные) навыки опрятности следует несколько раньше (в 18–20 мес). К аналогичному выводу приходят Т. Schaum и соавт., проанализировавшие факторы, ассоциированные с «туалетным обучением» детей в 1990-х годах [14]. J. Barone и соавт. (2009) настаивают на необходимости начала указанного обучения до 32-месячного возраста [15].

Стабильный контроль функций мочевого пузыря и кишечника достигается не одновременно. Обычно контроль ребенком физиологических отправления в дневное время появляется на несколько недель или месяцев раньше ночного контроля.

В 2000-х годах приучение к туалету принято начинать в возрасте не менее 18 и не позднее 36 мес. Национальная профессиональная организация детских врачей Союз педиатров России рекомендует придерживаться метода Бразелтона и начинать «туалетное обучение» с 18-месячного возраста. Именно «подход, ориентированный на ребенка», может считаться физиологическим и максимально эффективным, что отличает его от раннего рефлекторного метода (название условное), когда детей начинают приучать к горшку (первый год жизни, включая период новорожденности).

К. Russell, а также М. Lang, обобщают современные представления о предпочтительности тех или иных стратегий в «туалетном обучении» здоровых детей, вновь констатируя целесообразность и предпочтительность подхода, ориентированного на ребенка [15, 16]. Новейшие публикации J. Barone и соавт., S. Tali и соавт. затрагивают такие аспекты приучения детей к горшку, как необходимость своевременного начала обучающих мероприятий и риск формирования урологических осложнений в случае неправильного привития санитарно-гигиенических навыков [17, 18].

Один из немногих систематических обзоров по проблеме сравнительной эффективности различных методов «туалетного обучения», представлен канадскими учеными D. Kiddoo и соавт. (Центр доказательной практики Университета Альберты, Эдмонтон) [19]. Обзор был под-





готовлен для Агентства по исследованиям и качеству в области здравоохранения [19]. От других эту работу отличает анализ методов и эффективности привития первичных санитарно-гигиенических навыков не только здоровым детям, но и пациентам с «особыми потребностями». В заключении авторы указывают, что методы Бразелтона и (или) Азрин–Фокса эффективны в обучении как здоровых детей, так и малышей с психоневрологическими (отставание в психическом развитии) или соматическими (физическими) проблемами (болезнь Гиршпрунга, атрезия ануса, *spina bifida* и т.д.) [19]. Таким образом, доказательная медицина 2000-х годов официально признает только «подход, ориентированный на ребенка».

Указанный подход физиологически обоснован в соответствии с возможностями нервной системы ребенка. В ходе постнатального развития происходит существенная функциональная реорганизация отделов ЦНС, контролирующих акт мочеиспускания. Точные механизмы, вызывающие эти изменения, до конца не уточнены. Тем не менее, известно, что информация, передаваемая от головного мозга к спинному, постепенно приводит к ремоделированию глутаматергических межнейрональных-преганглионарных синапсов в парасимпатическом ядре крестца. Такая синаптическая пластичность связана с угасанием примитивных спинальных рефлексов мочеиспускания и появлением зрелого супраспинального контроля этого физиологического акта [20]. В целом, созревание нервной системы, ответственной за контроль мочеиспускания, можно описать в виде процесса перехода от примитивных спинальных рефлексов к сознательному контролю, опосредованному высшими отделами головного мозга [20]. Иннервация акта мочеиспускания — сложная интегративная функция, в выполнении которой задействованы различные ядра головного мозга (гипоталамическая область, зрительный бугор, полосатое тело и др.), а так-

же 3 уровня рефлекторных дуг — спинальный, корковый и подкорковый.

Акт дефекации совершается по тем же рефлекторным механизмам, что и мочеиспускание (различие заключается лишь в том, что в прямой кишке отсутствует мышца-детрузор, роль которой выполняет мускулатура брюшного пресса). Поэтому процессы, сходные с упомянутыми выше, характеризуют ЦНС в отношении влияния на функции кишечника и сам акт дефекации [21]. Существует сложная система взаимодействия между когнитивными функциями (результатом развития моторной коры головного мозга) и органами тела ребенка (в том числе мочевым пузырем и кишечником).

Если коротко обобщить степень психомоторного развития, необходимую для приучения ребенка к горшку, то среди основных признаков готовности к началу «туалетного обучения» окажутся следующие: умение хорошо сидеть, самостоятельно ходить и садиться на горшок; понимание, для чего предназначен горшок и (или) унитаз; наличие фразовой речи (не менее, чем из 2 слов) или признаки скорого ее появления; способность жестами или словами сигнализировать о потребности в осуществлении физиологического акта; умение или попытка самостоятельно снимать трусы-подгузник (или трусики), а также колготки при попытке воспользоваться горшком.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что функции мочевого пузыря и кишечника регулируются комплексом мышц и нервов. Они подвержены влиянию целой группы эндогенных и экзогенных факторов (физиологических, психологических, социальных и культурных и т.д.). Несмотря на это обстоятельство, основным критерием готовности ребенка к началу «туалетного обучения» остается степень зрелости ЦНС, которая оценивается педиатрами и детскими неврологами на основании имеющихся параметров психомоторного, эмоционального и (или) речевого развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fleisher D. Understanding toilet training // *Pediatrics*. — 2004. — V. 113. — P. 1809–1810.
2. Klassen T., Kiddoo D., Lang M. et al. The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control // *Evid. Rep. Technol. Assess.* — 2006. — V. 147. — P. 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. — P. 78–80.
4. Mota D., Barros A. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions // *J. Pediatr. (Rio J.)*. — 2008. — № 84. — P. 9–17.
5. Студеникин В.М., Студеникина Н.И. Уход за кожей детей первых лет жизни: нейрорпедиатрические аспекты // *Лечащий врач*. — 2008. — № 3. — P. 66–70.
6. Blum N., Taubman B., Nemeth N. Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: a prospective study // *Pediatrics*. — 2003. — V. 111. — P. 810–814.
7. Blum N., Taubman B., Nemeth N. Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training // *J. Pediatr.* — 2004. — V. 145. — P. 107–111.
8. Horn I., Brenner R., Rao M. et al. Beliefs about the appropriate age for initiating toilet training: are there racial and socioeconomic differences? // *J. Pediatr.* — 2006. — V. 149. — P. 165–168.
9. Brazelton T.B. A child-oriented approach to toilet training // *Pediatrics*. — 1962. — V. 29. — P. 121–128.
10. Brazelton T., Christophersen A., Frauman A. et al. Instructions, timeliness, and medical influences affecting toilet training // *Pediatrics*. — 1999. — V. 103. — P. 1353–1358.
11. Stadtler A., Gorski P., Brazelton T. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. American

- Academy of Pediatrics // *Pediatrics*. — 1999. — V. 103. — P. 1353–1358.
12. Community Paediatrics Committee CPS. Toilet learning: anticipatory guidance with a child-oriented approach // *J. Paediatr. Child Health*. — 2000. — № 5. — P. 333–335.
13. Foff R. M., Azrin N. H. Dry pants: a rapid method of toilet training children // *Behav. Res. Ther.* — 1973. — № 11. — P. 435–442.
14. Shaum T., McAuliffe T., Simms M. et al. Factors associated with toilet training in the 1990s // *Ambul. Pediatr.* — 2001. — № 1. — P. 79–86.
15. 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 // *Paediatr. Child Health*. — 2008. — № 13. — P. 201–202.
16. Lang M. Among healthy children, what toilet-training strategy is most effective and prevents fewer adverse events (stool withholding and dysfunctional voiding)? Part B: Clinical commentary // *Paediatr. Child Health*. — 2008. — № 13. — P. 203–204.
17. Barone J., Jasutkar N., Schneider D. Later toilet training is associated with urge incontinence in children // *J. Pediatr. Urol.* — 2009. Доступно на: <http://www.jpuro.com>.
18. Tali S., Efrat S., Boucke L. et al. Infant toilet training // *J. Pediatr. (Rio J.)*. — 2009. — № 85. — P. 87–88.
19. Kiddoo D., Klassen T., Lang M. et al. The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. — Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006. — 57 p.
20. De Groat W. Plasticity of bladder reflex pathways during postnatal development // *Physiol. Behav.* — 2002. — № 77. — P. 689–692.
21. Clinical neurophysiology of infancy, childhood, and adolescence. — 1st ed. / Holmes G., Moshe S., Jones H. Jr. (eds.). — Philadelphia: Butterworth-Heinemann/Elsevier, 2006. — 862 p.