

Сайко О.В., Лучкевич М.П., Гайда І.Є.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

## Гіпносугестивна терапія нічного енурезу у військовослужбовців, які захворіли в зоні збройного конфлікту під час проведення антитерористичної операції

**Резюме.** *Пряме навіювання гіпнозом було використано для лікування 12 військовослужбовців, у яких розвинувся нічний енурез у зоні збройного конфлікту під час проведення антитерористичної операції. Остаточний клінічний діагноз був встановлений після комплексного клініко-діагностичного обстеження. Використання психотерапевтичних методів лікування дозволило домогтися контрольованого утримання сечі в нічний час у більшості хворих і значно підвищити ефективність комплексного лікування.*

**Ключові слова:** нічний енурез; психотерапія; збройний конфлікт

### Вступ

Енурез — патологія, з якою стикаються лікарі різних спеціальностей: неврологи, урологи, педіатри, психіатри. Різноманітність причин виникнення енурезу свідчить про складність етіології та патогенезу цього захворювання. Важливе місце в розвитку енурезу відводиться інертності нервових процесів в корі головного мозку, внаслідок чого перехід від гальмування до збудження відбувається повільно. Головними умовами, що спричиняють мимовільне сечовиділення уві сні, є фізична і психоемоційна перевтома, надлишковий прийом їжі та рідини перед сном, вживання алкогольних напоїв, аномалії розвитку та захворювання сечостатевої системи. Захворювання має схильність до рецидивів [14]. Одні автори вважають, що енурез пов'язаний з органічними змінами в сечовивідній та нервовій системах, інші вважають, що патологія обумовлена функціональними порушеннями [5, 6]. Окрім органічних і функціональних розладів, виділяють значну групу порушень сечовиділення, що позначається терміном «дисфункція дозрівання» [4] і характеризується диспропорцією тих або інших функцій. Серед дорослих на енурез у загальній популяції хворіє близько 0,5 % [13].

У патогенезі енурезу виділяють три основні механізми [2]:

- вроджена відсутність механізмів, що допомагають появі умовного рефлексу на сечовиділення;
- повільне формування умовного рефлексу регуляції сечовиділення;
- втрата вказаного рефлексу внаслідок дії несприятливих факторів.

У класифікації енурезу виділяють чотири групи патологічних процесів, що призводять до розвитку нетримання сечі [13, 16]:

- органічні захворювання головного і спинного мозку (пухлини, травми, інфекції, інсульти тощо);
- гострі та хронічні психічні захворювання (психози, вроджена розумова відсталість, шизофренія);
- дизонтогенні явища в сечовидільній та регуляторних системах головного і спинного мозку (морфологічний чи функціональний варіант);
- енурез (невротичний, неврозоподібний, епілептичний).

Таким чином, енурез — це складний патологічний синдромокомплекс, що потребує широкого спектра лікувальних заходів [3, 8, 9, 15]. До них належать:

- 1) дієтичне харчування;
- 2) метод примусового пробудження;
- 3) медикаментозне лікування із застосуванням:
  - препаратів, що діють переважно на вегетативну іннервацію органів;
  - препаратів, що збуджують центральну нервову систему;
  - нейролептиків, антидепресантів;
  - гормональних препаратів;
  - спазмолітиків;
- 4) фізіотерапевтичне лікування:
  - електростимуляція ділянки внутрішнього сфінктера;
  - лікувальна фізкультура;
  - лазеротерапія;
  - магнітотерапія;
- 5) сегментарно-рефлекторна терапія:
  - лікування апаратами Б.І. Ласкова (1968), А.С. Малкова (1958) [8];
  - хлоретиллові блокади поперекової ділянки;
- 6) хірургічні методи лікування;
- 7) психотерапія;
- 8) голкорексфлексотерапія;
- 9) метод біологічного зворотного зв'язку (bio-feedback).

З лікарської практики відомо, що позитивний ефект при консервативних методах лікування досягається не за рахунок специфічності методу або медикаментозного препарату, а швидше за все залежно від того, за яких умов і в якій формі був застосований той чи інший метод, ті чи інші ліки. Вказані спостереження свідчать про те, що головне місце в лікуванні різних форм енурезу, за винятком окремих органічних форм, належить психотерапії [10]. З огляду на це положення нами застосований для лікування енурезу метод прямої гіпноугестії (ГС), поєднаний з елементами автогенного тренування та опосередкованого навіювання із застосуванням лікувального та фізіотерапевтичного плацебо.

## Матеріали та методи

Досліджувану групу становили 12 хворих військовослужбовців із добровільних формувань, які страждали від нічного енурезу та перебували на стаціонарному обстеженні й лікуванні в умовах госпітального відділення військово-мобільного госпіталю (м. Покровськ, Донецька область). Усім хворим було проведено стандартне комплексне обстеження: клініко-неврологічне, психодіагностичне: госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), лабораторне (загальний аналіз крові та сечі), електрокардіографічне (ЕКГ), рентгенологічне (рентгенографія легень, поперекового відділу хребта). Хворим проводилося обстеження, що включало огляд терапевта, уролога та офтальмолога.

Психотерапевтичне лікування складалося з таких етапів:

I. Психотерапевтична підготовка хворих до сеансів ГС. Хворим роз'яснювався метод лікування з метою зняття недовіри щодо лікування гіпнозом.

II. Проведення сеансів гіпнотерапії за методом професора А.Є. Архангельського [1]:

- введення в стан гіпнотичного сну (до 15–20 хв);
- лікувальне навіювання (20–40 хв);
- виведення з гіпнотичного сну (до 3 хв).

Особливістю II етапу була сугестивна формула, що застосовувалася на початку лікувального навіювання. При складанні індивідуальної формули бралися до уваги тривожність, депресивні розлади, вегетативні порушення у хворих, навіювалися глибокий нічний сон та впевненість у втриманні сечі до ранку. Після закріплення сугестії звичайним методом і нетривалого сну-відпочинку пацієнт виводився з гіпнозу.

Протягом усього курсу стаціонарного лікування військовослужбовцям, хворим на енурез, призначали пірацетам 800 мг/добу та гексавіт по 1 драже на добу, електрофорез поперекової і надлобкової ділянок з метою підсилення ефективності лікування та створення сугестивної складової самої медикаментозної та фізіотерапії. При цьому прийом ліків і фізіотерапевтичних процедур супроводжувався відповідними навіюваннями. Після виходу зі стану гіпнотичного сну всім хворим на поперекову ділянку наклеювався перцевий пластир. Аплікація пластиром проводилася до наступного сеансу. Таким чином досягалася фіксація уваги хворого на проведенні лікування, закріплювалася сугестивна домінанта. Весь комплекс психотерапевтичних заходів приводив до формування сторожового пункту в корі великих півкуль.

III. Закріплення досягнутого ефекту. Під час проведення даного етапу навіювалося підвищення психічного і вітального тону з метою формування «концепції домінанти життєвої мети». Все життя людини — це безперервна зміна домінант різного порядку, але серед вищих домінант має місце головна домінанта, що «тримає у своїй владі все поле духовного життя, визначає «духовну анатомію» і «вектор людського буття», що і є цільовою установкою організму [11]. Цю саму важливу людську домінанту ми назвали домінантою життєвої мети (ДЖМ). Отже, ДЖМ, на наш погляд, визначає не тільки функціональний стан центральної нервової системи, психічний стан людини, але і стан всього організму на всіх його рівнях. Людина, охоплена ДЖМ, — стійка, активна, оптимістична, впевнена в собі, з високим вітальним тонусом і пошуковою активністю. А втрата ДЖМ є початком формування «хворобливої» домінанти й являє собою єдність патологічних психічних і соматичних процесів, що зберігаються на всіх етапах формування захворювання. Клінічним проявом втрати ДЖМ є симптомокомплекс афективних розладів, які супроводжуються субдепресивними, депресивними та тривожними симптомами. При лікуванні виражених астеничних, психогенних депресивних станів часто виникає необхідність у неспецифічному підвищенні життєвого тону, вітальних функцій, настрою. Дана методика лікування реалізована нами у пацієнтів, з якими вже налагоджений гіп-

норпорт. У попередній розмові, а потім повторно, в гіпнотичному сні, пацієнту повідомляється, що буде здійснений вплив на ретикулярну формацію стовбуру мозку, яка відповідає за рівень свідомості та життєвий тонус людини. Ретикулярна формація має вигляд скупчення великої кількості нейронів, і зв'язок між ними нагадує затемнене зіркове небо. В подальшому в гіпнозі нав'юється уява про те, що яскравість «зірок» посилюється, сукупність нейронів наповнюється енергією, стовбурові структури функціонують по-новому та на новому енергетичному рівні. З цієї причини після проведення сеансу стан пацієнта кардинально покращується. Ретикулярна формація буде від сьогодні насичуватися енергією з власних «джерел енергії», впливаючи на всі життєві функції — стабілізацію гемодинаміки, нормальне серцебиття, спокій, покращення кровообігу тощо.

В комплексному лікуванні енурезу значну роль відіграло навчання елементарних методик автономного тренування. Перед сном хворому рекомендовано повторяти до 10 разів такі твердження: «Я можу втримати сечу до ранку. Мій сечовий міхур зміцнився, і тепер мені буде легко втримати сечу до самого ранку».

Отримані результати обробляли статистично з використанням пакетів прикладних програм Statistica 5,5 for Windows, Microsoft Office Excel 2010. Статистичну значимість відмінностей між середніми значеннями показників у групах оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

## Результати

У період з вересня по грудень 2016 р. обстежено та проліковано 12 хворих чоловічої статі з діагнозом «нічний енурез». Середній вік хворих становив 21 рік. Середній ліжко-день перебування в госпітальному стаціонарі — 18 діб. Тривалість захворювання коливалася до 5 місяців, частота енурезу — від кілька разів щоночі до 4–5 разів на тиждень.

З анамнезу в'явлено, що енурез у родичів мав місце у трьох хворих, тяжкі інфекційні захворювання перенесли двоє, струс головного мозку — один хворий. Невротичні прояви спостерігалися в усіх хворих (посмикування повік, немотивовані рухи голови, тремор верхніх кінцівок, страхи, нічні кошмари).

Під час огляду у хворих із нічним енурезом в неврологічному статусі органічної патології центральної нервової системи нами не виявлено. Натомість у всіх хворих спостерігалися вегетативні порушення, що проявлялись одним або комбінацією декількох ознак: зміна частоти пульсу та коливання артеріального тиску, порушення серцевого ритму, підвищена пітливість, особливо виражена в дистальних відді-

лах кінцівок, вегетативні стигми на обличчі, шії, тулубі.

Депресивна симптоматика мала місце у 7 (58 %) хворих, рівень тривожності був у 10 (83 %) хворих.

При рентгенологічному дослідженні *spina bifida* поперекового відділу хребта виявлена у 2 хворих. У 12 (100 %) хворих діагностовані зміни серцевого ритму: синусова брадикардія мала місце у 3 (21,4 %) хворих, синусова тахікардія у 6 (43 %) хворих, монотонні шлуночкові екстрасистоли, порушення процесів реполяризації по задньобоківій ділянці лівого шлуночка та синусова аритмія з тенденцією до брадикардії у решти (7,1 %) хворих ( $n = 3$ ; 21,3 %).

У всіх хворих діагностована невротична форма енурезу як форма невротичної реакції внаслідок масивних психотравмуючих чинників, отриманих у зоні збройного конфлікту.

Оцінку навіюваності (ОН) досліджували за допомогою ультрарного феномену В.М. Бехтерева [12]: 1 бал — реакція на пробу відсутня; 2 бали — за незначного вольового зусилля тест не реалізовувався; 3 бали — тест позитивний, досягався з труднощами; 4 бали — виконання тесту досягалося легко. Навіювання в гіпнотичний стан відбувалося методом релаксації (техніка Платонова М.І.), стадію глибини гіпнотичного сну визначали згідно з класифікацією Є.С. Каткова [12]. Зміст сеансів мав індивідуальний характер і входив до складу наступних послідовних навіювань, що не повторювалися. В процесі проведення ГС-терапії відзначена підвищена навіюваність з досягненням III (сомнамбулічної) стадії гіпнотичного сну у 6 хворих і II (каталептичної) гіпнотичної стадії у 2 хворих. Середній ступінь навіювання з досягненням I (летаргічної) і II стадії — у 2 хворих. При цьому відмічена така залежність: ефект навіювання не залежить прямо від ступеня навіюваності та глибини гіпнотичного сну. Всього проведено 69 сеансів ГС. Позитивні результати були досягнуті після одного-трьох сеансів — у 2 хворих; після семи — у 6 хворих; після восьми і більше — у 4 хворих. Повне одужання спостерігалося у 8 (67 %) хворих. Зниження проявів енурезу з щодобових до шести разів на місяць — у 3 хворих, до двох разів на місяць — в 1 хворого. Частота сеансів становила від 3 разів на тиждень на початку курсу лікування до 2–3 разів на місяць — у другій половині курсу.

Згідно з табл. 1, військовослужбовці, хворі на нічний енурез, виявляють підвищену навіюваність ( $p < 0,05$ ). Феномен підвищеної навіюваності ( $p < 0,05$ ) у даній категорії хворих — один із психологічних механізмів виживання, що склався еволюційно і полягає в підвищенні навіюваності (керваності) людей, які знаходяться в екстремальних і небезпечних для життя ситуаціях чи умовах.

Таблиця 1. Оцінка навіюваності у військовослужбовців, хворих на нічний енурез

Військовослужбовці, хворі на енурез, n	ОН до лікування	ОН після лікування	P
12	2,4 ± 1,2	4,0 ± 1,4	< 0,05

Таблиця 2. Показники до і після лікування ГС за шкалою HADS

Військовослужбовці, хворі на енурез, n	До лікування	Після лікування	P
12	11,4 ± 1,6	8,0 ± 1,4	< 0,05

Після завершення лікування військовослужбовців, хворих на нічний енурез, за допомогою ГС (табл. 2) простежується тенденція до зниження рівня тривожної та депресивної симптоматики ( $p < 0,05$ ). Отримані результати лікування свідчать про виражений анксиолітичний та антидепресивний ефект ( $p < 0,05$ ) психотерапії. Отже, виникнення афективних психогенних розладів у межах пограничної нервово-психічної патології розглядається нами як захисна компенсаторна реакція психіки у відповідь на психогенні та соматогенні стресові чинники, пов'язані з психотравмуючими подіями.

Після завершення курсу ГС у більшості пацієнтів помітно покращилося самопочуття, зменшилися внутрішнє напруження, болі голови, втомлюваність, підвищився настрій, життєвий тонус, впевненість у собі, спостерігалось часткове відновлення спокою, покращення апетиту та сну.

Отже, діагностовані нейропсихологічні зміни та зміни при ЕКГ-дослідженні у даної категорії хворих чітко корелюють одне з одним та відповідають стійким невротичним відхиленням, що виникли через масивні психотравмуючі події під час перебування військовослужбовців у зоні збройного конфлікту. Застосування ГС-терапії також спрямоване на корекцію невротичних розладів і психологічну адаптацію до умов перебування.

Отже, комплексне застосування психотерапевтичного, медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування має позитивний вплив на психічний стан хворих військовослужбовців, підвищує загальну резистентність організму та прискорює клінічне одужання.

## Висновки

1. Військовослужбовці, що захворіли на нічний енурез під час збройного конфлікту, виявляють гіпернавіюваність. Гіпносугестивна терапія має лікувальний потенціал у корекції психоемоційних порушень та ефективна при невротичній формі нічного енурезу.

2. Встановлено, що основними неврологічними симптомами у хворих даної категорії є вегетативна дисфункція: зміна частоти серцевих скорочень, коливання артеріального тиску, порушення серцевого ритму, підвищена пітливість, особливо виражена в дистальних відділах кінцівок, вегетативні стигми на обличчі, шиї, тулубі.

3. Досліджено, що у військовослужбовців, які захворіли на нічний енурез під час участі в збройному конфлікті, виявляються нейропсихологічні порушення: депресивні розлади (58 %) та підвищений рівень тривожності (83 %).

4. Зміни на ЕКГ у хворих військовослужбовців свідчать про масивний психоемоційний механізм

травмуючих чинників, що стали основною причиною виникнення невротичної форми нічного енурезу.

5. Застосований метод дозволяє проводити лікування як у стаціонарних, так і в амбулаторно-поліклінічних умовах.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. Архангельский А.Е. *Общая психопатология: учебное пособие*. — Изд. 2-е, доп. — СПб., 2000. — 90 с.
2. Буянов М.И. *Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков*. — М., 1995. — С. 51-60.
3. Гольбин А.Ц. *Патологический сон у детей*. — Л.: Медицина, 1979. — С. 248.
4. Долецкий С.Я. *Общие проблемы детской хирургии*. — М.: Медицина, 1984. — С. 136-200.
5. Дубина С.П., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К. *Диагностика и терапия энуреза у детей (научный обзор и личные наблюдения)* // *Международный неврологический журнал*. — 2013. — № 6(60). — С. 114-120.
6. Евтушенко С.К., Яненко М.Е. *Восстановительная терапия нарушенных выделительных функций у детей* // *Актуальные вопросы неврологии*. — Тернополь, 2001. — С. 147-149.
7. Казанская И.В., Отпущенникова Т.В. *Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение* // *Вопросы современной педиатрии*. — 2003. — Т. 2, № 6. — С. 58-66.
8. Ласков Б.И., Креймер А.Я. *Энурез*. — М.: Медицина, 1975.
9. Марушкин Д.В., Артюхина С.В. *Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря у детей (вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения)*. — Волгоград, 1996. — С. 18.
10. Сазонов С.А. *Особенности возникновения и терапии ночного энуреза у детей* // *Український вісник психоневрології*. — 2006. — Т. 14, вып. 3(48). — С. 46-50.
11. Симонов П.В. *О двух разновидностях неосознаваемого психического: под- и сверхсознания* // *Бессознательное*. — 1985. — Т. 4. — С. 149-160.
12. Слободяник А.П. *Психотерапия. Внушение. Гипноз*. — К., 1963. — 298 с.
13. Трошин В.М., Радаева Т.М., Куркина С.А. *Расстройства мочеиспускания у детей*. — Н. Новгород, 1999. — 49 с.
14. Delvin J.B. *Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis* // *Irish Med J*. — 1991. — 84. — 118-1120.
15. Butler R.I. *Establishment of wrong definition in nocturnal enuresis* // *Arch Dis Child*. — 1991. — 66. — 267-271.
16. Lottmann H. *Nocturnal enuresis-primary care awareness* // *BJU*. — 2001. — 87(suppl. 1). — 68-70.

Отримано 29.01.2017 ■

Сайко А.В., Лучкевич М.П., Гайда И.Е.

Военно-медицинский клинический центр Западного региона, г. Львов, Украина

### Гипносуггестивная терапия ночного энуреза у военнослужащих, заболевших в зоне вооруженного конфликта во время проведения антитеррористической операции

**Резюме.** Прямое внушение гипнозом было использовано для лечения 12 военнослужащих, у которых развился ночной энурез в зоне вооруженного конфликта при проведении антитеррористической операции. Окончательный клинический диагноз был установлен после комплексного клинико-диагностического обследования.

Применение психотерапевтических методов позволило достичь контролируемого удержания мочи в ночное время у большинства больных и значительно повысить эффективность комплексного лечения.

**Ключевые слова:** ночной энурез; психотерапия; вооруженный конфликт

A.V. Sajko, M.P. Luchkevych, I.E. Gayda

Military Medical Clinical Centre of West Region, Lviv, Ukraine

### Hypnosuggestive therapy of nocturnal enuresis in servicemen, who got sick in the zone of an armed conflict during an anti-terrorist operation

**Abstract.** Enuresis is a complex pathological syndrome that requires a wide range of therapeutic measures faced by doctors of various specialties. A variety of causes of enuresis shows the complexity of the etiology and pathogenesis of this disease. Inertia of the nervous processes in the cerebral cortex plays an important role in the development of enuresis. This results in a slow transition from inhibition to excitation. A physical and psycho-emotional exhaustion, excessive fluid intake and food intake before bedtime, drinking alcohol, diseases and abnormalities of the urinary tract are those main conditions that cause involuntary urination during sleep. Often, the disease tends to reoccur. Some authors believe that organic enuresis is associated with changes in urinary and nervous systems. Others believe that the pathology is caused by functional disorders. In addition, organic and functional disorders produce significant group of disorders of urination, defined as “dysfunction maturation”, which is described as imbalance of certain functions. It is known that the positive effect of conservative treatment is

not achieved only at the expense of specificity of the method or medication preparation. Most likely it depends on whether, under what conditions and in what form a certain method was used, and how particular drugs were presented. Long-term observations indicate that the most important place in the treatment of various forms of enuresis, not excluding some organic forms, belongs to psychotherapy. That is why we used direct hypnotic suggestion to treat enuresis, combined with elements of autogenous training and indirect suggestion using physiotherapy treatment and placebo. A direct hypnotic suggestion was used to treat twelve servicemen, who developed nocturnal enuresis in a zone of armed conflict during the counterterrorist operation. After integrated clinical and diagnostic examination, the final clinical diagnosis was established. The use of psychological therapies enables us to achieve a controlled retention of urine at night in most patients and significantly increase the effectiveness of integrated treatment.

**Keywords:** nocturnal enuresis; psychotherapy; armed conflict