

**Список літератури**

1. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М., 1999. — 256 с.
2. Коренев М. М. Актуальные проблемы охраны здоровья подростков // Международный медицинский журнал. — 2000. — Т. 6, № 1. — С. 13—15.
3. Левина Л. И. Подростковая медицина: Руководство для врачей. — СПб., 1999. — С. 5—32, 32—49.
4. Майерс Д. Социальная психология. — СПб., 1997. — 684 с.
5. Москвина Л. Энциклопедия психологических тестов. — М., 1997. — 334 с.
6. Пархоменко Л. К. Хвороби органів травлення. — В кн.: Ювенологія. — Харків: Факт, 2004. — С. 429—456.
7. Райс Ф. Психология юношеского и подросткового возраста — СПб.: Питер, 2000. — 180 с.
8. Сухарев В. А. Искусство распознавания людей. — Донецк, 1998. — 389 с.
9. Фадеенко Г. Д. Функциональные заболевания органов пищеварения // Здоров'я України. — 2004. — № 18. — С. 12—14.

Надійшла до редакції 02.08.2006 р.

*А. П. Мосиенко*

**Акцентуации характера у лиц молодого возраста с неорганической патологией пищеварительного канала**

*Украинская военно-медицинская академия (Киев)*

Статья посвящена анализу характерологических особенностей пациентов с функциональными расстройствами пищеварительного канала. Проведен анализ распространенности акцентуированных черт личности среди здоровых и больных лиц молодого возраста, выделены ведущие типы акцентуации характера.

*G. P. Mosiyenko*

**Accentuations of personality of the young men with the nonorganic pathology of digestive canal**

*Ukrainian military-medical academy (Kyiv)*

The article is dedicated to study of the personality's particularities of the patients with functional disorders of digestive canal. The spreading of the accentuations of personality between the healthy and the sick young persons have been analyzed picked out the leading types of the accentuations of personality.

УДК 616.62-008.223-053.5:615.851.2

*С. А. Сазонов, аспирант*

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (г. Харьков)

**ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕРАПИИ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ**

Ночным недержанием мочи страдает в 5-летнем возрасте 15 % детской популяции, а к 16-летнему возрасту и у взрослых это расстройство сохраняется у 1—2 % популяции [3]. Учитывая дезадаптирующий характер, а также такую частоту встречаемости ночного энуреза, в настоящее время сохраняется высокая актуальность изучения этого расстройства и поиска новых подходов к его лечению.

Ночной энурез этиопатогенетически неоднороден (Папаян А. В., 1998). Следует различать этиологические факторы феномена энуреза, служащие почвой. Они неспецифичны по отношению к энурезу, могут вызывать наряду с ночным недержанием мочи другую патологию. Также они не объясняют самого специфического феномена энуреза как неконтролируемого мочеиспускания, изолированного состоянием сна. К этиологическим по отношению к энурезу расстройствам следует отнести спектр урологической, эндокринологической, нейровертебрологической и невротической патологии, для которых ночной энурез — одно из возможных осложнений.

Среди урологических расстройств, связываемых с возникновением энуреза, наиболее изучена нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (Джавад-Заде М. Д., 1989). Опубликован ряд работ, посвященных эндокринологическим аспектам энуреза, в частности, недостаточности ночной секреции вазопрессина (J. C. Djurhuus et al., 1992, Л. Ковач, 2001), аутокоидозу. В сфере неврологических исследований среди инновационных можно отметить работы, посвященные выявлению особенностей сегментарной иннервации мочевого пузыря, состояния надсегментарного этажа вегетативной нервной системы, патологии интрамуральных парасимпатических ганглиев мочевого пузыря при энурезе (Сафиуллина,

2001 и др.). Ряд психотерапевтов, а также психологи в большинстве случаев рассматривают энурез как невротический (по традиционной классификации).

К патогенетическим факторам энуреза следует отнести механизмы, объясняющие возникновение отдельного эпизода непроизвольного мочеиспускания во сне.

Для разработки психотерапевтических и, в частности, гипнотерапевтических методов лечения ночного недержания мочи может быть перспективно изучение различных механизмов возникновения конкретного эпизода энуреза.

Цель работы: определить клинико-патогенетические особенности неорганического ночного энуреза у детей для разработки своевременного, последовательного и дифференцированного применения гипнотерапии в схеме комплексного лечения.

Объектом данного исследования был неорганический ночной энурез, F 98.00 по МКБ-10.

Субъект исследования — дети в возрасте 5—15 лет, страдающие неорганическим ночным энурезом.

Было обследовано 120 детей в возрасте 5—15 лет, 94 (78,3 %) мальчика, 26 (21,7 %) девочек. В исследование включались дети с диагнозом неорганического ночного энуреза согласно МКБ-10.

В качестве критериев включения использовались клинические диагностические критерии неорганического ночного энуреза по МКБ-10. При отборе пациентов в исследование использовались критерии исключения диагноза неорганического ночного энуреза по МКБ-10, в частности, другая психическая патология, в том числе умственная отсталость, легкое когнитивное расстройство, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, эпилепсия. Кроме того,

исключались случаи патохарактерологического недержания мочи в виде сознательного мочеиспускания в постель. Пациенты, нуждающиеся в санации этиологических по отношению к энурезу урологических, эндокринологических, вертебрологических расстройств, также исключались из исследования. Также из него исключались дети с тяжелой хронической соматической патологией, такой, как, например, сахарный диабет, и дети с острыми воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Основную группу составили 90 детей, страдающих неорганическим ночным энурезом (70 мальчиков, 20 девочек, возраст  $10,1 \pm 2,4$  года) получившие курс гипнотерапии по разработанной и апробированной нами модификации методики гипнотерапии (далее — гипнотерапии) в составе комплексной терапии, включающей фармакотерапию. В контрольную группу вошли 30 детей, страдающих неорганическим ночным энурезом (24 мальчика, 6 девочек, возраст  $10,6 \pm 2,1$ ). Основная и контрольная группы по требованиям статистики сопоставимы.

Все дети были клинически обследованы с выяснением анамнеза, исследованием соматического, неврологического и психического статуса. Из параклинических обследований были проведены клинический анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, анализ крови на сахар, ЭЭГ. Из методов патопсихологического обследования были использованы методики «Дом — Дерево — Человек», «Моя семья», опросник ДОН, тест Р. Кеттела в модификации для детей.

Клиническое врачебное обследование дополнялось систематическим наблюдением, проводившимся родителями в домашних условиях. Родителями самостоятельно, по инструкции врача, фиксировались характер и глубина сна, проводился мониторинг количества и объема мочеиспусканий, включая ночные порции, как во время бодрствования, так и во время сна у ребенка в течение 2 суток с определением плотности мочи в порциях, выявлением дизурических симптомов. По предложенной врачом схеме родители фиксировали эпизоды энуреза и их особенности за весь период исследования и лечения.

В обеих группах проводились недифференцированные лечебные мероприятия (режим и комплексная фармакотерапия). Фармакотерапия применялась с целью коррекции ликворно-гипертензионного синдрома, синдрома вегетосудистой дистонии и астенического синдрома. В основной группе, кроме этого, применялась гипнотерапия по разработанной и апробированной методике (декларативный патент автора на полезную модель Процесс лікування нічного енурезу у дітей № U 2006 02741 от 14.03.06 и заявка автора на изобретение (полезную модель) Процесс лікування нічного енурезу у дітей № U 2006 05269 от 15.05.06).

В основу выделения различных вариантов клинических проявлений энуреза легли данные обследования детей обеих групп. Из клинических данных наиболее значимыми для построения дифференцированной тактики терапии оказались собственно особенности эпизода непроизвольного мочеиспускания ночью. К оценке эпизода энуреза применено традиционное для клиники нервных и психических болезней деление феноменов на пароксизмальные и непароксизмальные.

Выделенные клинико-патогенетические синдромы по общности патогенетических механизмов были

объединены в группы. По механизму возникновения эпизода энуреза мы использовали деление на группу пароксизмальных синдромов (эпилептический и неэпилептический), и непароксизмальную группу, основу которой составил дизонтогенетический тип. Кроме того, у части детей был клинически значимым, то есть влиял на эффективность комплексной терапии и требовал изменения психотерапевтической тактики, психогенный компонент в генезе энуреза.

В рамках пароксизмальных синдромов мы рассматривали эпизоды энуреза, которые проявлялись в виде внезапно возникающего, стереотипно проявляющегося феномена, который не служит для прямой реализации функции данной функциональной системы. Спонтанное мочеиспускание, как правило, происходило преждевременно в сравнении с физиологическим циклом работы мочевыводящей системы, до момента максимального наполнения мочевого пузыря. Объем мочеиспускания, чаще небольшой, зависел от объема принятой накануне жидкости. При этом варианте проявления энуреза обнаруживали более тесную связь с процессом сна, в частности, возникали через фиксированный промежуток времени после засыпания. В клинике это проявлялось ранним, в течение ночи, временем мочеиспускания — через 1,5—2 часа после засыпания ребенка.

Среди пароксизмальных синдромов выделен эпилептический энурез [6] и неэпилептический пароксизмальный энурез [2].

Диагноз **эпилептического энуреза** устанавливался в соответствии с диагностическими критериями для провоцируемых сном вегетовисцеральных пароксизмов. Мы рассматривали этот вариант как противопоказание к гипнотерапии до купирования судорожного синдрома.

По данным обследования **неэпилептический пароксизмальный энурез** оказался ведущим у 49 детей основной группы и у 17 детей контрольной, всего у 66 (55,0 %) обследованных. К этому типу мы относили эпизоды энуреза, которые клинически носили пароксизмальный характер, а на ЭЭГ выявлялась пароксизмальная активность, не носящая островолнового судорожного характера.

По данным динамики состояния при применении комплексной терапии и гипнотерапии было выделено 2 варианта неэпилептического пароксизмального энуреза.

**I вариант** выявлен у 30 (33,3 %) пациентов основной группы (возраст  $12,8 \pm 2,1$  лет). 29 (96,6 %) из них страдали первичным энурезом (наблюдается с рождения с ремиссиями до 3 месяцев). Клинические проявления энуреза отличались стереотипностью, регулярностью. Энурез часто сочетался с другими патологическими феноменами сна: бруксизмом, сноворужением, ночными страхами, реже снохождением. При этом варианте пароксизмального энуреза комплексная антиастеническая и неврологическая терапия, а затем и гипнотерапия были мало эффективны (27 детей). В части случаев сеансы даже провоцировали эпизоды ночного энуреза (3 случая). Электроэнцефалограмма у детей с этим вариантом энуреза отличалась наличием выраженных пароксизмов, часто на фоновой записи, их низкой частотой (в дельта- и тета-диапазоне) и высокой (около 100 мкВ) амплитудой. В связи с такими особенностями реагирования детей этой группы на гипнотерапию,

а также с выраженной и частой пароксизмальной активностью на ЭЭГ, гипнотерапия хотя и не исключалась, но принималось решение об отсрочке ее применения до достижения эффекта от фармакотерапии. В комплексную терапию вводились антиконвульсанты, а также ноотропные препараты с антиконвульсантным компонентом действия. Из группы антиконвульсантов наиболее адекватным оказалось применение препаратов карбамазепина (финлепсин) или ламотриджина (ламиктал) в минимальных возрастных терапевтических дозах. Из препаратов группы ноотропов применялись кальция гопантенат и фенибут (ноофен) в средних возрастных терапевтических дозах.

Как правило, под воздействием такого лечения у пациентов этой группы наступало улучшение. У детей происходило изменение клинической картины эпизодов энуреза — менялись время мочеиспускания и объем мочи, поведение ребенка во время сна и эпизода мочеиспускания. Это служило основанием для повторного включения в схему лечения гипнотерапии. Гипнотерапия возобновлялась на фоне продолжения комплексной фармакотерапии с применением антиконвульсантов.

Повторное введение в схему лечения сеансов гипноза проводилось после стабилизации частоты энуреза на новом уровне, исчезновения полиморфности проявлений ночного недержания мочи (спустя  $104 \pm 22,2$  дня). Стабилизация клинической картины эпизодов энуреза проявлялась в виде установления нового типичного времени мочеиспускания, исчезновения бруксизма, сноговорения (если они имели место ранее), появления эпизодов энуреза с пробуждением ребенка после спонтанного мочеиспускания. Введение гипнотерапии в комплексное лечение в таких случаях позволило достичь ремиссии у 24 детей (80,0 %) с I вариантом пароксизмального неэпилептического энуреза в основной группе по сравнению с наступлением ремиссии у 10 детей (58,8 %) с пароксизмальным неэпилептическим энурезом в контрольной группе (всего у 17 (56,7 %) детей контрольной группы). По сравнению с частотой наступления ремиссии в контрольной группе в целом (19 детей, 63,3 %), результат лечения этого варианта пароксизмального энуреза в основной группе достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Становление ремиссии происходило достоверно раньше, чем у детей контрольной группы ( $9,5 \pm 2,8$  мес. и  $16,4 \pm 5,5$  мес.,  $p < 0,05$ ).

Согласно нашим данным, гипнотерапия при этом варианте энуреза эффективна в сочетании с комплексной фармакотерапией с применением антиконвульсантов после наступления положительного эффекта от медикаментозного курса на фоне поддерживающей терапии.

**II вариант** пароксизмального неэпилептического энуреза выявлен у 19 (21,1 %) пациентов основной группы. Средний возраст —  $7,1 \pm 1,6$  лет, достоверно меньше, чем возраст детей с I вариантом пароксизмального энуреза и непароксизмальным типом энуреза ( $p < 0,05$ ). Девять (47,4 %) из них страдали первичным энурезом, что достоверно меньше, чем при I варианте пароксизмального энуреза и непароксизмальном типе энуреза ( $p < 0,05$ ). При этом клиническом варианте энуреза отмечалась общая для пароксизмального типа клиническая картина. II вариант отличался тем, что в анамнезе родителями

отмечались эпизоды энуреза, при которых ребенок просыпался после мочеиспускания, либо реагировал на него поведенчески — сменой положения в кровати, манипуляциями с постелью, пробуждением и т. п. Проявления недержания мочи были более чувствительны, по сравнению с I вариантом, к ситуационным изменениям (смена обстановки, переезд). Указанные особенности отмечались родителями в 89,7 % случаев, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) в сравнении по этим характеристикам с I вариантом пароксизмального энуреза в основной группе (33,3 %). Электроэнцефалографически отмечалось ускорение формирования альфа-ритма в фоновой активности, а также единичные эпизоды неэпилептической пароксизмальной активности, высокочастотные (чаще в альфа-диапазоне), кратковременные (чаще до 1 с), амплитудой менее 100 мкВ, чаще при функциональных нагрузках.

Нами установлено, что гипнотерапия при II варианте пароксизмального неэпилептического энуреза наиболее эффективна при применении ее в сочетании с комплексной фармакотерапией. При этом необходимо применение фармакотерапии без использования антиконвульсантов. Гипнотерапия должна вводиться на курсовом этапе, после появления положительной динамики в виде уменьшения выраженности астенического синдрома и уменьшения частоты энуреза (через  $75,2 \pm 28,7$  дней после начала лечения).

В нашей работе при пароксизмальном неэпилептическом энурезе наибольший эффект был получен при применении гипнотерапии с акцентом на внушении обильных ярких сновидений. Такой вариант внушений при ночном энурезе впервые предложил А. Ц. Гольбин (1977 г.), выдвинувший диссомническую гипотезу возникновения этого расстройства [1]. Ремиссия достигнута у 16 (84,2 %) детей основной группы, страдавших этим вариантом энуреза, что достоверно выше в сравнении с наступлением ремиссии в контрольной группе (19 человек, 63,3 %) —  $p < 0,05$ . Время становления ремиссии достоверно меньше, чем у детей контрольной группы ( $5,1 \pm 1,1$  мес. и  $16,4 \pm 5,5$  мес. соответственно,  $p < 0,05$ ).

Всего при неэпилептическом пароксизмальном энурезе в основной группе достигнута ремиссия у 40 (81,6 %) детей в сравнении с 10 (58,8 %) у детей с неэпилептическим пароксизмальным энурезом в контрольной группе ( $p < 0,1$ ), и в сравнении с 19 (63,3 %) в целом в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

Основу **непароксизмальной группы** составил **дизонтогенетический тип** энуреза (мы использовали термин из классификации Ковалева В. В. [4], однако не связываем его облигатно с первичным типом течения энуреза). Как ведущий клинко-патогенетический синдром по данным обследования обнаружен у 32 (35,6 %) детей основной, а также у 10 (33,3 %) детей контрольной группы. Средний возраст —  $10,3 \pm 2,2$  года, достоверно выше, чем при II варианте пароксизмального энуреза. Среди детей с дизонтогенетическим энурезом в основной группе выявлено 30 (93,8 %) детей с первичным вариантом течения энуреза, в контрольной — 9 (90,0 %). Время спонтанного мочеиспускания у этих детей больше зависело от функциональной емкости мочевого пузыря и объема принятой накануне жидкости. Клинически это проявлялось в позднем типе спонтанного мочеиспускания. Эпизод энуреза возникал чаще во второй

половине ночи, реже в середине ночи ( $5,1 \pm 1,8$  часа после засыпания по сравнению с  $1,9 \pm 0,9$  часа в группе пароксизмальных синдромов,  $p < 0,05$ ). Объем спонтанного мочеиспускания родители чаще оценивали как большой. Таким образом, мочеиспускание происходило после наполнения мочевого пузыря согласно циклу его наполнения — опорожнения. В нашем исследовании этот вариант выявлял тесную связь с состоянием астении (церебрастении) и наличием профундосомнии. Это обосновало возможность и эффективность лечения его с применением методики «гипноз-отдых» по К. И. Платонову [5] в комплексной терапии.

На электроэнцефалограммах достоверно чаще, по сравнению с пароксизмальными вариантами энуреза отмечались диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга разной степени выраженности.

В нашем исследовании при дизонтогенетическом типе энуреза у детей гипнотерапия была наиболее эффективной в сочетании с комплексной фармакотерапией. Применение антиконвульсантов не требовалось. Гипнотерапия наиболее эффективна при введении ее на курсовом этапе, после появления положительной динамики (через  $72,3 \pm 27,5$  дня после начала курса терапии). Наибольший эффект наблюдался при использовании разработанной нами адаптированной модификации методики «гипноз-отдых» по К. И. Платонову. Ремиссия достигнута в 24 (75,0 %) случаев основной группы, достоверно выше по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Время становления ремиссии в группе детей с дизонтогенетическим типом энуреза достоверно меньше, чем в контрольной группе —  $9,4 \pm 3,2$  мес. и  $16,4 \pm 5,5$  мес. соответственно ( $p < 0,05$ ).

У 9 детей основной группы и 3 детей контрольной (всего 12 человек, 7 мальчиков, 5 девочек, средний возраст 11,4 года) пароксизмальный и непароксизмальный компоненты энуреза были представлены с одинаковой степенью выраженности. На электроэнцефалограммах отмечались полиморфные изменения со значительными индивидуальными различиями. Отмечалась разнообразная динамика в ответ на терапию. В связи с малочисленностью группы статистически достоверных показателей по ней не получено.

К варианту с доминированием **психогенных компонентов** в клинической картине мы относили случаи, когда начало ночного недержания мочи, а также рецидивы, изменения частоты проявлений энуреза обнаруживали связь со значимой психотравмирующей ситуацией и этапностью ее развития (триада К. Ясперса). Появление эпизодов энуреза провоцировалось психотравмирующими событиями. Кроме того, выявлялась невротическая симптоматика в психическом статусе (в эмоционально-волевой сфере, развитии характерологических радикалов, поведенческой сфере, особенностях мотивации к лечению). При доминировании психогенного компонента энуреза отмечалась большая эмоциональная окрашенность патологических феноменов сна — крик во сне, ночные страхи, кошмарные сновидения. Часты были неровности в детско-родительских отношениях, в реакциях на терапию.

Невротическая симптоматика как реакция на психотравмирующую ситуацию, внутри- и межличност-

ный конфликт, которая влияла на эффективность комплексной терапии и требовала изменения психотерапевтической тактики, была выявлена у 8 детей (8,8 %) основной группы: у 3 проявлялась в виде сопротивления гипнотерапии, у 5 потребовалось применение других методов психотерапии.

Мы не выявили соответствующего невротическому энурезу клинического стереотипа мочеиспускания. У обнаруженных нами детей с доминированием психогенных компонентов энуреза выявлялся как дизонтогенетический — (4 наблюдения, 50 %), так и пароксизмальный (4 наблюдения, 50 %) тип эпизодов.

При доминировании психогенных компонентов в генезе энуреза гипнотерапия наиболее эффективна на фоне комплексной фармакотерапии на курсовом этапе в сочетании с другими психотерапевтическими методами (когнитивно-бихевиоральной терапией, детским вариантом гештальт-терапии, арт-терапией, семейной психотерапией). Ремиссия достигнута в 7 случаях (87,5 %).

За период исследования в основной группе достигнута ремиссия у 70 (77,8 %) пациентов, в контрольной группе — у 19 (63,3 %) ( $p < 0,05$ ). Время становления ремиссии при II варианте пароксизмального энуреза ( $5,1 \pm 1,1$  мес.) меньше, чем при I варианте пароксизмального энуреза ( $9,5 \pm 2,8$  мес.) —  $p < 0,1$ , и меньше, чем при дизонтогенетическом энурезе ( $9,4 \pm 3,2$  мес.) —  $p < 0,1$ , и в контрольной группе ( $16,4 \pm 5,5$  мес.) —  $p < 0,05$ . Время становления ремиссии при I варианте пароксизмального энуреза и при дизонтогенетическом энурезе в основной группе достоверно меньше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). В целом время становления ремиссии в основной группе ( $8,4 \pm 2,9$  мес.) достоверно меньше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Деление ночного недержания мочи у изученного контингента детей на группы, типы и варианты этого синдрома, а также их взаимоотношения представлены в предложенной нами клинико-патогенетической классификации.

**Клинико-патогенетическая классификация неорганического ночного энуреза**

| Группа синдромов      | Тип синдрома, тип эпизода энуреза | Вариант синдрома |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------|
| Пароксизмальные       | Эпилептический                    |                  |
|                       | Пароксизмальный неэпилептический  | I<br>II          |
| Непароксизмальные     | Дизонтогенетический               |                  |
| Психогенный компонент |                                   |                  |

Впервые нами выявлены клинические феномены, указывающие на патогенетические механизмы возникновения отдельного эпизода энуреза, что позволило обосновать последовательность комплексного лечения этого расстройства и время введения в него психотерапии (гипнотерапии). Впервые предложена классификация ночного энуреза у детей, основанная на клинических особенностях эпизодов ночного недержания мочи. Определена эффективность различных приемов гипнотического внушения в зависимости от типов эпизода мочеиспускания, имеющих у ребенка.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Гипнотерапия является основным и необходимым компонентом лечения неорганического ночного энуреза.

2. Для получения максимального эффекта гипнотерапия должна применяться дифференцированно в комплексном лечении. Целесообразно дифференцировать случаи неорганического ночного энуреза у детей на основании клинических особенностей эпизодов непроизвольного мочеиспускания во сне. По выявленным особенностям ночной энурез может быть разделен на группы пароксизмальных (эпилептический, неэпилептический) и непароксизмальных (дизонтогенетический) синдромов. В части случаев в генезе энуреза доминирующим является психогенный компонент. Пароксизмальный неэпилептический тип энуреза неоднороден. По выраженности пароксизмальных феноменов в клинической картине и на электроэнцефалограмме, а также реакции на гипнотерапию он может быть разделен на два варианта. Все выделенные типы и варианты синдрома ночного энуреза требуют применения различной терапевтической тактики.

— I вариант пароксизмального неэпилептического энуреза, с более выраженными пароксизмальными проявлениями, эффективно лечится гипнотерапией в сочетании с комплексной фармакотерапией с применением антиконвульсантов после наступления положительного эффекта от медикаментозного курса, на фоне поддерживающей терапии.

— При II варианте пароксизмального неэпилептического энуреза, с более мягкими пароксизмальными проявлениями, гипнотерапия наиболее эффективна при применении ее в сочетании с комплексной фармакотерапией без использования антиконвульсантов, на курсовом этапе, после появления положительной динамики.

— При пароксизмальном неэпилептическом типе энуреза наиболее эффективно применение в гипнотерапии внушения обильных ярких сновидений по А. Ц. Гольбину.

— При непароксизмальном дизонтогенетическом типе энуреза наиболее эффективно использование в гипнотерапии модификации методики «гипноз-отдых» по К. И. Платонову, в сочетании с комплексной фармакотерапией, на курсовом этапе, после появления положительной динамики от медикаментозного лечения.

— При доминировании психогенного компонента в генезе энуреза гипнотерапия эффективна на фоне комплексной фармакотерапии, на курсовом этапе, в сочетании с другими психотерапевтическими методами.

#### Список литературы

1. Гольбин А. Ц. Патологический сон у детей. — Л.: Медицина, 1979. — 248 с., ил.
2. Горбачева Ф. Е., Чучин М. Ю. Пароксизмальные состояния неэпилептической природы в детском возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. — Т. 06, № 2. — 2004.
3. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: Изд. 2-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с., ил.
4. Ласков Б. И., Креймер А. Я. Энурез (см. Библиотека практического врача. — М.: Медицина, 1975. — 224 с., ил.
5. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации / Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. — Харьков: Око, 2002. — 768 с.

6. Трошин В. М., Радаева Т. М., Халецкая О. В. и др. Эпилептический вариант энуреза у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1994. — Т. 94, вып. 3. — С. 35—39.

Надійшла до редакції 27.09.2006 р.

*С. О. Сазонов*

### Особливості виникнення та терапії нічного енурезу у дітей

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (Харків)*

Мета роботи: визначити клініко-патогенетичні особливості неорганичного нічного енурезу у дітей для розробки своєчасного, послідовного та диференційованого застосування гіпнотерапії в схемі комплексного лікування.

Вперше запропонована класифікація нічного енурезу у дітей, що базується на клінічних особливостях окремих випадків нічного нетримання сечі. Робота базується на дослідженні дітей з діагнозом неорганичного нічного енурезу F 98.00 згідно з МКХ-10. Діти були поділені на дві групи. В лікуванні в обох групах були застосовані режим та неврологічна фармакотерапія. В першій групі була також застосована гіпнотерапія, що проводилася за розробленою та апробованою методикою.

Згідно з особливостями випадків енурезу пацієнти були поділені на групи пароксизмальних синдромів. До групи пароксизмальних синдромів увійшли епілептичний та неепілептичний синдроми. Неепілептичний синдром мав два варіанти. Основу групи непароксизмальних синдромів становив дизонтогенетичний тип. Крім того, у частини дітей був клінічно значущим психогенний компонент в генезі енурезу.

Визначені умови ефективного застосування гіпнотерапії в комплексному лікуванні енурезу. Для кожного клініко-патогенетичного варіанту енурезу визначені ефективні гіпнотичні прийоми.

*S. O. Sazonov*

### The specialties of appearance and therapy of nocturnal enuresis

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

The purpose is to determine clinical-pathogenetic peculiarities of non-organic nocturnal enuresis among children for opportune, subsequent, and differentiated application of hypnotherapy within the scheme of complex treatment.

For the first time, there has been suggested the classification of nocturnal enuresis among children, based on clinical peculiarities of cases of nocturnal emission of urine. The research was based on the investigation of children, diagnosed with non-organic nocturnal enuresis F 98.00 according to ICD-10. The children were separated in two groups. Both groups were treated with regime and neurological pharmacotherapy treatment. The first group was also treated with hypnotherapy, based on the developed and tested method.

Based on an individual character of a case of enuresis, patients were separated into groups of paroxysmal and non-paroxysmal syndromes. The group of paroxysmal syndromes included epileptic and non-epileptic syndromes, non-epileptic syndromes had two variations. The basis of non-paroxysmal group was dysontogenetic type.

Besides, part of the children had clinically significant neurotic component as the basic cause of enuresis.

There have been determined conditions, which allow the effective application of hypnotherapy within the complex treatment of enuresis. For every singular clinical-pathogenetic case of enuresis effective hypnotic techniques have been developed.