## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА “ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ,   
ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ”**

**САЗОНОВ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ**

**УДК 616.62-008.223-053.5:615.851.2**

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ГІПНОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕОРГАНІЧНИМ НІЧНИМ ЕНУРЕЗОМ**

**14.01.16 - Психіатрія**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Харків – 2008**

**Дисертацією є рукопис:**

Робота виконана в Державній установі “Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор   
**Підкоритов Валерій Семенович**, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії.

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор   
**Михайлов Борис Володимирович**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувач кафедри психотерапії, доктор медичних наук, професор   
**Чабан Олег Созонтович** Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, сектор пограничних станів та соматоформних розладів, завідувач

Захист дисертації відбудеться « 11 » червня 2008 р. о 10.00 годиніна Засіданні спеціалізованої Вченої Ради Д. 64.566.01 при Державній установі “Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України” (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Державної установи “Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України” (61068, м. Харків,   
вул. Академіка Павлова, 46).

Автореферат розісланий « 10 » травня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої Вченої Ради,

кандидат медичних наук,

старший науковий співробітник Л.І. Дяченко

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми:** Енурез, що визначається як порушення контролю за сечовипусканням у дітей старше п’яти років за відсутності патології нервової та сечовивідної системи (F98.0), або внаслідок захворювань сечостатевої системи (N39.2, N39.3), зберігає свою гостроту як наукова, медична та соціальна проблема. Нічне нетримання сечі, що більш точно визначається як нетримання сечі протягом сну (зокрема нічного), зустрічається у 15-20% дітей у віці до п’яти років, приблизно у 10% дітей до шестирічного віку, у 1-3% 14-річних дітей та у 1-2% дорослих. Спонтанне одужання спостерігається щорічно в середньому у 14-16% випадків. У хлопчиків енурез зустрічається в 2-4 рази частіше, ніж у дівчаток (А.В. Папаян, 1998;   
О.Ф. Возіанов, В.Г. Майданник та співавт., 2002; І.П. Брязгунов, 2006; Ozden et al., 2007). Таким чином, енурез є одним із найбільш розповсюджених розладів дитячого та підліткового віку, залишаючись потужним фактором невротизації та соціальної дезадаптації дитячого та підліткового контингенту.

Дотепер у медицині значною мірою вивчена роль центральної та периферичної інервації, дозрівання структур головного мозку та сечового міхура, сегментарного та надсегментарного відділів вегетативної регуляції сечовиведення, ендокринологічні аспекти нічного енурезу. Виявлена певна генетична обумовленість цього розладу (Von Gontard et al., 2001), з чим пов’язують дефіцит нічної секреції антидіуретичного гормону при первинному нічному енурезі (Djurhuus et al., 1992; Butler et al., 2000;   
Л. Ковач, 2001). Варто відзначити дослідження А.Ц. Гольбіна, 1977 р., де визначено зв’язок нічного енурезу із фазами сну, роботи H. Watanabe (починаючи з 1984 р.), який дослідив взаємозв’язок стану головного мозку та скорочувальної функції сечового міхура при цьому розладі. Існує велика кількість методів лікування цього розладу, серед яких слід відзначити сигнальні пристрої (А.Я. Ласков, 1975), ноотропні препарати (Л.Н. Танцура, 2007), холінотропні препарати (В.І. Зайцев, 2000; В.С. Підкоритов, 2003). Питання ґенезу та психотерапії нічного енурезу також вивчали Н.О. Марута, О.С. Чабан, В.П. Самохвалов, 2002, А.Т. Філатов.

Проблема, не дивлячись на тривалий період існування та вивчення, вимагає подальшого дослідження. Серед науковців та лікарів-практиків немає єдності у відношенні стратегій терапії. Методи терапії, що пропонуються на цей час, як правило, носять недиференційований характер і впливають здебільшого на окремі ланки патогенезу.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» за темами: «Вивчити клінічну структуру і характер перебігу депресивних станів в умовах сучасного патоморфозу психічних захворювань та розробити класифікацію предикторів їх терапевтичної резистентності» (шифр АМН.ДС.5.03, № держреєстрації 0103 U 001305) та «Розробити   
диференційно-діагностичні критерії перебігу біполярного афективного розладу та уніфіковані схеми лікування хворих» (шифр АМН.БА.6.06, № держреєстрації  
 0106 U 002005).

**Мета та завдання дослідження.** клініко-патогенетичні особливості неорганічного нічного енурезу (ННЕ) у дітей та розробка диференційованої психотерапевтичної (гіпнотерапевтичної) методики лікування дітей, які страждають на ННЕ.

Для досягнення зазначеної мети вирішувались такі завдання дослідження:

* Дослідити анамнестичні та катамнестичні особливості дітей, які страждають на ННЕ.
* Виявити клініко-психопатологічні особливості дітей, які страждають на ННЕ.
* Дослідити психологічні особливості дітей, які страждають на ННЕ.
* Вивчити сомато-неврологічні особливості дітей з ННЕ.
* Встановити електронейрофізіологічні особливості дітей, які страждають на ННЕ.
* Розробити методику диференційованої гіпнотерапії дітей, які страждають на ННЕ для застосування в схемі комплексного лікування.
* Дослідити ефективність запропоноваваної методики, предиктори ефективності її застосування при різних клінічних варіантах ННЕ.

**Об'єкт дослідження:** неорганічний нічний енурез, F98.00 згідно з МКХ-10.

**Предмет дослідження:** клінічні, клініко-психопатологічні, психологічні, сомато-неврологічні, електронейрофізіологічні особливості дітей з ННЕ, методи психотерапевтичного (гіпнотерапевтичного) лікування цього розладу.

**Методи дослідження**: клініко-анамнестичний, загальноклінічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психотерапевтичний діагностичний, клініко-лабораторний, електронейрофізіологічний, математико-статистичний (використані t-критерій Стьюдента, φ\*-критерій Фішера, критерій χ2 Пірсона, критерій   
Фішера-Снедекора для порівняння дисперсій, Вилкоксона, Шефе, кореляційний аналіз). Психодіагностичний метод було реалізовано за допомогою опитувальників ДОН та Р.Кеттела, тестів «Малюнок сім'ї» та «Малюнок людини».

Електроенцефалограми аналізували згідно рекомендацій Д.А. Фарбер, та рекомендацій Т.М. Воробйової.

**Наукова новизна отриманих результатів.**

На основі нових даних запропоновано нову типологію ННЕ, що ґрунтується на особливостях епізоду мимовільного сечовипускання уві сні, та застосуванні до нього критерію пароксизмальності/непароксизмальності на основі клінічних та параклінічних (у першу чергу електронейрофізіологічних) даних. В роботі визначені клінічні, анамнестичні та параклінічні особливості ННЕ, які дозволяють диференційовано застосовувати комплексне режимне, медикаментозне та психотерапевтичне лікування. Запропонована програма обстежень дозволяє більш чітко розділити в ґенезі енурезу етіологічні та патогенетичні механізми та визначити профіль, обсяг та тактику лікування. Вперше виявлено найбільш ефективні, залежно від клініко-патогенетичних особливостей енурезу, прийоми та тактику гіпнотерапії, запропоновано новий спосіб лікування ННЕ для диференційованого використання в комплексній терапії (деклараційний патент на корисну модель №16761 «Процес лікування нічного енурезу» та патент на корисну модель №24590 «Процес лікування нічного енурезу»), встановлена його ефективність.

**Практичне значення** **отриманих результатів.**

Запропонована схема обстеження, в якій переважна більшість діагностичних даних може бути отримана за допомогою клінічного, анамнестично-катамнестич­ного, електронейрофізіологічного та психотерапевтичного методів обстеження та спостереження батьками в домашніх умовах, що дозволяє використовувати її в умовах закладів практичної охорони здоров’я.

Визначені в роботі достовірні відмінності між підгрупами ННЕ можуть слугувати практичними диференціально-діагностичними критеріями для диференційованого призначення медикаментозного лікування та гіпнотерапії.

Розроблена та апробована дисертантом методика диференційованої гіпнотерапії ННЕ також може застосовуватись в умовах практичної охорони здоров’я, вона безпечна, фізіологічна, практично не викликає супротиву пацієнта та підвищує ефективність лікування ННЕ.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто проведений аналітичний огляд науково-медичної інформації відповідно до теми роботи, сформульована робоча гіпотеза, мета та завдання дослідження, підібрані методи та методики, написані всі розділи дисертації. Ним особисто проведені клініко-анамнестичне, загальноклінічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та психотерапевтичне діагностичне обстеження пацієнтів усіх клінічних груп, що брали участь у дослідженні. Автором самостійно розроблено та запатентовано методику диференційованої гіпнотерапії ННЕ, що застосована в роботі. Самостійно проведене лікування, як медикаментозне, так і психотерапевтичне, всіх пацієнтів основної групи, а також медикаментозне лікування пацієнтів групи порівняння. Дисертантом самостійно проаналізовано дані, отримані у ході дослідження, проведено їх математико-статистичну обробку, системний аналіз та наукову інтерпретацію результатів дослідження, сформульовано висновки.

**Апробація роботи.** Основні результати роботи було оприлюднено у доповідях на науково-практичній конференції «Сучасні фармакотерапевтичні підходи в дитячій психіатрії» ІОЗДП АМН України (Харків, 2005), науковому симпозіумі «Роль сім'ї в реабілітації дітей раннього віку з психоневрологічними порушеннями» ІОЗДП АМН України (Харків, 2005), науково-практичній конференції «Актуальні проблеми дитячої психоневрології» ІНПН АМН України (Харків, 2006), засіданні Харківського товариства психотерапевтів (Харків, 2006).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 6 статей (5 із них самостійні), в тому числі 5 - у спеціалізованих фахових виданнях відповідно до „Переліку” ВАК України; отримано 1 патент України на корисну модель №24590 та 1 деклараційний патент на корисну модель №16761.

**Структура і обсяг дисертації.** Дисертаційне дослідження викладено на 194 сторінках машинопису і складається зі вступу, 8 розділів, висновків. Матеріали дисертації проілюстровано 5 таблицями, 30 малюнками. Бібліографічний список містить 270 джерел, з яких 90 - мовами з кириличною символікою та 180 - мовами з латинською символікою.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал та методи дослідження.** Виходячи з мети та задач дослідження, було проведено обстеження 160 дітей. З них 120 дітей, які страждають на неорганічний нічний енурез (ННЕ), у віці 5-15 років, 28 (23,3%) дівчаток та 92 (76,7%) хлопчика. Для виключення супутньої патології дітям проводились клінічний аналіз сечі, аналіз сечі по Нечипоренку, аналіз крові на сахар. Епілептичний ґенез нетримання сечі виключався через ЕЕГ-дослідження. У **контрольній групі** було обстежено 40 дітей, які страждають на розлади поведінки (РП) F91 та F92 у віці 7-15 років, 14 (35%) дівчаток та 26 (65%) хлопчиків. Психопатологічні та психологічні особливості вивчались та порівнювались саме в цих групах дітей.

На наступному етапі діти з ННЕ були розподілені на **основну групу** – 90 дітей (табл. 1), 26 (29%) дівчаток та 64 хлопчика (71%) які лікувались за запропонованою методикою та за клініко-параклінічними особливостями, перебігом і результатами терапії були в подальшому розподілені на більш диференційовані клінічні підгрупи. **Групу порівняння** склали інші 30 дітей з ННЕ, 6 (25%) дівчаток та 24 (75%) хлопчика, які недиференційовано лікувались традиційними засобами – дієтотерапія з обмеженням вживання рідини на ніч з розподіленням 40% денного об’єму рідини на сніданок, 40% - на обід та 20% ввечері; режим з дотриманням гігієнічних вимог до часу навчальних навантажень та відпочинку, зокрема, ми рекомендували у всіх вікових діапазонах введення денного сну; неврологічне лікування лікворно-гіпертензійного синдрому та вегето-судинних розладів, призначення ноотропних препаратів.

Діти основної групи за комплексом ознак (згідно з розробленою автором класифікацію), головними з яких були час та характер мимовільного сечовипускання, розподілились на 2 типи ННЕ – непароксизмальний (дизонтогенетичний) та пароксизмальний (неепілептичний, епілептичний варіант енурезу був виключений з клінічного матеріалу). Останній за ступенем вираженості пароксизмальних проявів був розподілений на I варіант – з більш важкими, та II варіант –з більш м’якими проявами пароксизмальності. У 9 дітей основної групи не вдалося визначити тип та варіант ННЕ (табл. 1). Додатково у 8 дітей були виявлені традиційні критерії невротичного енурезу, 6 з них – II варіант пароксизмального енурезу, 1 – дизонтогенетичний,  
1 - недиференційований. Ще в одного хлопчика 12 років виявлені критерії патохарактерологічного нетримання сечі.

Таблиця 1

**Розподілення досліджених у роботі дітей за групами**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва групи | | | Кількість | Середній вік |
| Діти з ННЕ | | | 120 | 9,4±3,0 |
|  | Основна група | | 90 | 9,3±2,9 |
|  | Непароксизмальний (дизонтогенетичний) тип (Д) | 32(35,6%) | 10,1±3,2 |
| Пароксизмальний тип, I варіант (П1) | 30(33,3%) | 9,2±2,4 |
| Пароксизмальний тип, II варіант (П2) | 19(21,1%) | 8,6±2,6 |
| Недиференційовані | 9(10,0%) | 8,3±2,7 |
| Група порівняння | | 30 | 9,8±3,1 |
| Контрольна група (РП) | | | 40 | 12,4±1,9 |

Клініко-психопатологічним методом було виявлено відповідні особливості дітей, що страждають на ННЕ, у порівнянні з дітьми з розладами поведінки (Див.: табл. 2).

Таблиця 2

**Психопатологічні симптоми та синдроми при ННЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Синдроми та симптоми** | **ННЕ**  **N=120** | **Контроль N=40** | **Достовірність розбіжностей** |
| Церебрастенія | 116(96,67%) | 13(32,25%) | p<0,01 |
| **Розлади сну** | | | |
| Диссомнії | 115(95,83%) | 17(42,5%) | p<0,05 |
| Пароксизмальні парасомнії (бруксизм, сноговоріння, сомнамбулізм, нічні жахи) | 86(71,67%) | 7(17,5%) | p<0,01 |
| Розлади сну невротичного ґенезу | 47(39,17%) | 8(20%) | p<0,05 |
| **Особистісно-характерологічні зміни** | | | |
| Відчуття неповноцінності, знижена самооцінка, невпевненість у собі | 82(68,33%) | 11(27,5%) | p<0,01 |
| Характерологічні зміни | 65(54,17%) | 37(92,5%) | p<0,01 |
| Розлади поведінки | 42(35,00%) | 40(100%) | p<0,01 |
| Психічний інфантилізм | 65(54,17%) | 9(22,5%) | p<0,01 |
| Субклінічні відхилення у формуванні статево-рольової поведінки | 23(19,17%) | 3(7,5%) | p>0,05 |
| **Емоційні зміни** | | | |
| Депресивна симптоматика субклінічного рівня | 50(41,67%) | 23(57,5%) | p>0,05 |
| Тривожна симптоматика субклінічного рівня | 41(34,17%) | 19(47,5%) | p>0,05 |
| Фобічна симптоматика субклінічного рівня | 34(28,33%) | 3(7,5%) | p<0,01 |
| **Інші розлади органічного ґенезу** | | | |
| Гіперактивність-імпульсивність | 47(39,17%) | 7(17,5%) | p<0,01 |
| Гаркавість | 18(15,00%) | 2(5%) | p>0,05 |
| Тики | 18(15,00%) | 2(5%) | p>0,05 |
| Парціальні ретардації розвитку | 10(8,33%) | 1(2,5%) | p>0,05 |
| **Розлади охайності** | | | |
| Денний енурез | 31(25,83%) | 0(0%) | p<0,01 |
| Денний енкопрез | 16(13,33%) | 0(0%) | p<0,01 |
| ННЕ як системний невроз | 8(6,67%) | 0(0%) | p<0,01 |
| Неврогенна поллакіурія | 3(2,50%) | 0(0%) | р>0,05 |
| Патохарактерологічне нетримання сечі | 1(0,83%) | 0(0%) | р>0,05 |

Серед клініко-психопатологічних особливостей дітей з ННЕ, у порівнянні з дітьми з РП, феноменологічно можна визначити преморбідний ступінь вираженості наступних груп синдромів:

а) невротичних (у частини дітей (8, 6,7%) провідним патогенетичним фактором був психогенно-невротичний механізм виникнення ННЕ, що супрово­джува­лося низкою клініко-анамнестичних особливостей. Вплив цього фактора не можна виключити також при всіх інших випадках ННЕ; та патохарактерологічного розвитку особистості (з переважним акцентуванням у частини дітей епілептоїдних рис особистості), а також

б) досягаючих рівня клінічної завершеності органічних синдромів (церебра­стенічний, тикозних гіперкінезів, гаркавості, гіперактивності-імпульсив­ності з переходом у патологію психічного розвитку – парціальні ретардації та інфантилізм). Останні зустрічаються частіше та більш виражені у дітей з ННЕ у порівнянні з РП.

За допомогою опитувальника ДОН виявлено, що діти, які страждають на ННЕ, принципово відрізняються від дітей з РП спектром невротичної патології: рівень показника за шкалою астенії у дітей з ННЕ достовірно вищий, ніж у контрольній групі – 8,81,02 та 7,30,39 відповідно. Рівень порушень поведінки та тривоги достовірно вищий у дітей з РП (9,760,52 та 11,50,82, 7,60,75 та 9,80,23 відповідно ННЕ та РП). Рівень астенії достовірно вищий у групі дітей з дизонтогенетичним ННЕ (табл. 4). Рівень невротичної патології достовірно менш високий у дітей з II варіантом пароксизмального ННЕ. За допомогою критерію Пірсона χ² у дітей з ННЕ у віковому діапазоні від 6 до 12 років виявлено статистично достовірне наростання рівня шкал Тривоги та Депресії. У контрольній групі така тенденція відсутня, навпаки, встановлено негативну кореляцію цих показників з віком (-0,18 та -0,31 відповідно). Це підтверджує невротизуючий вплив факту страждання енурезом на психіку дитини та виникнення у відповідь реакцій зі спектру невротичних розладів.

Характерологічні особливості дітей з ННЕ було досліджено за допомогою опитувальника Кеттела у порівнянні з контрольною групою, а також з популяційними нормативами (Рис. 1 та 2).

\*\*

\*

\*

\*\*

\*\*

\*

\*

\*

\*

\*\*

\*

\*\*

\*\*

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

A

B

C

D

E

F

G

H

I

O

Q3

Q4

Контроль

Енурез

Популяція

**Рис. 1** Показники тесту Кеттела у хлопчиків з ННЕ у порівнянні з хлопчиками з РП та популяційними нормативами. Примітки: \* p<0,05, \*\* p<0.1.

\*

\*\*

\*

\*\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*\*

\*

\*

\*

\*\*

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

A

B

C

D

E

F

G

H

I

O

Q3

Q4

Популяція

Енурез

Контроль

**Рис. 2.** Показники тесту Кеттела у дівчаток з ННЕ у порівнянні з дівчатками з РП та популяційними нормативами. Примітки: \* -p<0,05, \*\*-p<0.1.

Можна бачити низку особливостей, підтверджених статистичним порівнянням. Перелічимо достовірні показники, починаючи від подібності до відмінностей у показниках дітей різних груп. Діти обох статей - і енуретики, і девіанти - подібні за схильністю до ризику (фактор F), тривожністю та стурбованістю (за фактором O).

За показниками фактора D, дівчатка-енуретики реактивні, схильні до швидкої та активної відповіді так само, як і дівчатка-девіанти, тоді як хлопчики-енуретики вже більш пасивні, ніж хлопчики-девіанти.

Хлопчики-енуретики напружені, дратівливі, фрустровані так само, як і хлопчики-девіанти; дівчатка-енуретики достовірно спокійніші та розслаблені, ніж дівчатка з розладами поведінки (фактор Q4).

Крім того, у хлопчиків-енуретиків у порівнянні з РП достовірно вищий рівень фактора I (жіноча чутливість). Хлопчики-енуретики більше, ніж хлопчики-девіанти, впевнені у собі, стійкі емоційно та фрустраційно, терплячі; менше, ніж девіанти, вразливі, дратівливі згідно з фактором С (емоційна нестабільність, невпевненість – стабільність, впевненість у собі). Дівчатка-енуретики достовірно більш замкнені у собі, ніж їх девіантні однолітки (за фактором А замкненість, відлюдкуватість – товариськість, зацікавленість у спілкуванні).

Також у дівчаток-енуретиків нижче, ніж при РП, показник фактора В (інтелект), котрий відбиває ступінь оперативності мислення, загальний рівень вербальної культури та ерудиції, що лише частково підтверджується клінічними даними.

Окрім вищевказаних, у дівчаток з ННЕ за допомогою опитувальника Кеттела виявлені також показники, які подібні або наближаються до показників у групі РП, але водночас достовірно відрізняються від популяційних норм. Це фактор G (недбайливість – сумлінність, ретельність), показник якого у дівчаток-енуретиків подібний до показника у дівчаток з РП та нижче популяційної норми. Показник фактора Н у дівчаток (боязкість, соціальна несміливість – рішучість) найбільш низький при ННЕ, аналогічний РП та достовірно відрізняється від популяційної норми. Рівень самоконтролю за фактором Q3 у дівчаток з ННЕ аналогічний РП та нижче, ніж у популяції. Тобто дівчатка з ННЕ, як і з РП виявляють низький рівень самоконтролю, недбайливість, деяку безвідповідальність, боязливість та нерішучість в соціальних контактах відносно популяційних показників.

Таким чином, у дітей з ННЕ в процесі розвитку формується відмінний і від середньостатистичної норми, і від маніфестних клінічно девіантних форм поведінки особистісний профіль. У ньому сполучаються як загальні для дітей з ННЕ та з РП зміни, так і відмінні від них, «умовно властиві» дітям з ННЕ. Це дозволяє оцінити ННЕ як один з психопатизуючих факторів. У дітей з ННЕ виявляються риси, що свідчать про особистісну незрілість. Страждання ННЕ може призводити до порушення формування адекватних статі особистісних особливостей. Низка даних свідчить про формування у дітей, зокрема у дівчаток, низької самооцінки та відчуття власної неповноцінності.

Тест «Малюнок сім’ї» оцінювався кількісно за стандартною схемою (Ейдеміллер Є.Г., 2002 р.). Балові оцінки отримували за симптомокомплексами «Сприятлива сімейна ситуація», «Тривожність у сімейній ситуації», «Конфліктність у сімейній ситуації», «Відчуття неповноцінності у сімейній ситуації», «Ворожість у сімейній ситуації».

За показниками симптомокомплексів тесту «Малюнок сім'ї» між основною групою та контрольною групою не було виявлено достовірних відмінностей. Але за допомогою кореляційного аналізу виявлені достовірні кореляційні зв’язки між низкою показників малюнкових тестів та іншими даними.

Так, в основній групі симптомокомплекси II «Тривожність» та III «Конфліктність у сімейній ситуації» негативно корелюють з віком: -0,34 та -0,42 відповідно. Показник симптомокомплексу II «Тривожність у сімейній ситуації» негативно корелює з показником шкали «Тривоги» опитувальника ДОН (-0,25), і позитивно - зі шкалами «Депресія» (0,484), «Астенія» (0,409) та «Вегетативні розлади» (0,486) опитувальника ДОН та фактором D (нетерплячість, реактивність, підвищена збудливість, моторний непокій) опитувальника Кеттела (0,494). Високий кореляційний зв'язок з цим фактором був виявлений також у показників симптомокомплексів III «Конфліктність в сімейній ситуації» 0,593, IV «Відчуття неповноцінності» 0,415, та V «Ворожість в сімейній ситуації» 0,419.

Ці показники, особливо негативна кореляція шкали «Тривоги» вербального тесту ДОН з показником «Тривожності в сімейній ситуації» невербального малюнкового тесту, дають можливість думати про різноманітність форм емоційного реагування, зокрема, афекту тривоги у дітей з ННЕ – у вигляді відбиття на свідомому, вербальному рівні у одних, і на невербальному рівні - у сприйнятті сімейної ситуації та у вигляді соматовегетативних симптомів – у інших. Це можна інтерпретувати як прояви особливостей виникнення конверсійної симптоматики в дитячому віці.

Крім того, враховуючи достовірне (за критерієм Пірсона χ2) наростання з віком показника шкали «Тривоги» ДОН у дітей з ННЕ, вказану вже негативну кореляцію цієї шкали з показником симптомокомплексу II «Малюнка сім'ї» та вказані кореляційні зв’язки показників II та III цього тесту з віком, можна зробити висновок про розвинення з віком здібностей до вербалізації та, відповідно, усвідомлювання своїх емоційних переживань. Завдяки чому ці переживання виводяться з неусвідомлюваних та неконтрольованих сфер соматовегетативного та психомоторного реагування.

Співвідношення даних вербальних та невербальних тестів, їх вікові особливості свідчать про прояви вікової специфіки у динаміці конверсійної симптоматики – від невербальних форм з низьким рівнем усвідомлення, рефлексії власних переживань і соматичними та поведінковими проявами, - до вербальних з більш повним усвідомленням, можливістю самоусвідомлення та самоконтролю.

Тест «Малюнок людини» виявив декілька невербальних феноменів, що відрізняли деякі малюнки дітей з ННЕ від малюнків дітей з РП. Так, 6 дітей з ННЕ намалювали людину протилежної статі, чого не спостерігалося в контрольній групі. Діти з ННЕ з підвищеною увагою вимальовували деталі в області геніталій, підкреслювали груди в малюнку жінки. Балові оцінки тесту виявили позитивну кореляцію з фактором В (інтелект) тесту Кеттела – 0,36, що є підтвердженням валідності застосованих у роботі методик та достовірності отриманих результатів.

На наступному етапі діти з ННЕ були розподілені на **основну групу** – 90 дітей (табл. 1) та **групу порівняння** з 30 дітей.

У комплексному лікуванні дітей основної групи застосовувалась оригінальна методика диференційованої гіпнотерапії ННЕ у дітей. До початку курсу гіпнотерапії з дитиною в доступній для неї формі проводилася бесіда, присвячена корекції та розширенню знань дитини про структуру та фізіологію сечовивідної системи, управління актом сечовиведення, формуванню мотивації до одужання. Перед сеансом на підготовчому етапі за 1-2 години до початку дитині пропонували прийняти рідину (за рекомендаціями Б. І. Ласкова та А. Я. Креймера, 1975 р.) і знайомили з послідовністю навіювань, що будуть використані на сеансі. У дітей 5 – 10-річного віку як метафора для індукції гіпнозу застосовувалися адаптовані в ігровій формі елементи методики імітації нічного сну В. І. Сухорукова (1977 р.).

Використовувалась послідовність навіювань, яка включала навіювання гіпнотичного сну, навіювання переходу із гіпнотичного сну в стан природного сну (аналогічно методиці «гіпноз-відпочинок» К. І. Платонова, 1955 р.), навіювання переходу із ортодоксальної фази природного сну в парадоксальну (швидку) фазу шляхом навіювання численних приємних сновидінь (за А. Ц. Гольбіним, 1979 р.), навіювання пробудження при позиві до сечовипускання.

При цьому навіювання синхронізувались при промовлянні з ритмом дихання дитини, здійснювались недирективним (еріксоніанським) шляхом, переважно у відстроченій умовній формі, а навіювання на пробудження при позиві до сечовипускання проводились за допомогою пробуджуючих образів (згідно з методикою навіяних лікувальних сновидінь К. І. Платонова, 1930 р.) по всіх модальностях сприйняття. Навіювання латералізувались поворотом голови лікаря при промовлянні, при цьому навіювання на розслаблення, занурення в транс, засинання, появу і характер сновидінь адресувались у домінантну півкулю мозку пацієнта, а навіювання на пробудження при позиві до сечовиведення, навіювання пробуджуючих образів – в субдомінантну півкулю. На другому та наступних сеансах як пробуджуючі образи використовувались власні пробуджуючі образи хворого.

Курс терапії складався з низки сеансів з повною послідовністю навіювань та акцентом в кожному з них на актуальній у даний момент частині цієї послідовності. Акцент здійснювався чáсовою та інтонаційною модуляцією. На перших сеансах курсу акцент проводився на навіюванні гіпнотичного сну і переходу із гіпнотичного сну в ортодоксальну (повільну) фазу природного сну до стабілізації його на максимальній глибині. Акцент на навіюванні переходу із ортодоксальної фази в парадоксальну (швидку) фазу природного сну проводився при появі передвісників переходу, а акцент на навіюванні пробудження при позиві до сечовиведення проводився при відновленні нормального порядку зміни фаз природного сну протягом сеансу.

З клінічних даних найбільш значущими для виявлення патогенетичних особливостей ННЕ у досліджених дітей та формування тактики терапії виявилися особливості самого епізоду мимовільного сечовипускання уві сні.

За часом виникнення епізоди мимовільного сечовипускання уві сні можна було поділити на ранні (в подальшому визначені нами як пароксизмальні за ґенезом) та більш пізні, відставлені (непароксизмальні, дизонтогенетичні за походженням відповідно нашого подальшого трактування). Ранні за часом виникнення епізоди, як правило, виникали через доволі фіксований проміжок часу після засинання, що підтверджується достовірністю різниці дисперсій за критерієм Фішера-Снедекора (табл. 2). Раннє мимовільне сечовипускання відбувалося частіше середнім та великим об’ємом сечі, на відміну від відставленого, яке відбувалося частіше великим об’ємом. При ранньому типі енурезу батьки частіше вказували на зв'язок об’єму сечовипускання з об’ємом спожитої напередодні рідини, частіше відмічали наявність у дитини в теперішній час або в анамнезі парасомній пароксизмального ґенезу (бруксизму, сноговоріння, нічних жахів, іноді – сомнамбулізму), рухове збудження безпосередньо перед епізодом енурезу та пробудженням або іншою поведінковою реакцією на епізод (табл. 3, 4).

**Таблиця 3**

**Відмінності виділених непароксизмального (дизонтогенетичного) та  
 пароксизмального типів епізодів ННЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Характеристика** | | **Тип епізоду ННЕ** | |
| **Непароксизмальний (Дизонтогенетичний)**  **N=32** | **Пароксизмальний**  **N=49** |
| Час виникнення епізоду енурезу від моменту засинання, години | | 5,5\*±1,5\*\* | 2,1\*±0,45\*\* |
| Об’єм сечовипускання | Невеликий або середній | 18,7%\*\*\* | 75,5%\*\*\* |
| Великий | 81,3%\*\*\* | 24,5%\*\*\* |
| Залежність об’єму сечовипускання від об’єму спожитої рідини | | 31,3%\*\*\* | 77,6%\*\*\* |
| Залежність часу сечовипускання від об’єму спожитої рідини | | 84,4%\*\*\* | 20,4%\*\*\* |
| Зміни ЕЕГ | | Дифузні зміни\*\*\* | Пароксизмальна активність\*\*\* |

**Примітки:** \* - відмінності середніх достовірні за критерієм t, p<0,05;

\*\* - відмінності дисперсій достовірні за критерієм Фішера-Снедекора;

\*\*\* - відмінності достовірні за критерієм χ2

При наявності у дитини відставлених за часом виникнення епізодів ННЕ, окрім вказаного, батьки відмічали негативну залежність часу сечовипускання від об’єму спожитої рідини. Клінічно в цих дітей був більше виражений церебрастенічний синдром, відмічалася більша вираженість профундосомнії, яка визначалася в роботі через чутливість сну (табл. 3, 4).

Зазначені вище особливості епізодів ННЕ у досліджених дітей дали можливість застосувати до них розділення цих феноменів на пароксизмальні та непароксизмальні. У подальшому ця гіпотеза підтвердилася електроенцефалографічно.

Як пароксизмальні, ми інтерпретували такі епізоди, які виникали раптово, проявлялися стереотипно, та не служили безпосередньо виконанню функції сечовидільної системи. Коли спонтанне сечовипускання виникало, як правило, передчасно, в порівнянні з фізіологічним циклом роботи сечовидільної системи, завчасно до моменту максимального наповнення сечового міхура, і виявляло тісний зв’язок з процесом сну у дитини.

**Таблиця 4**

**Диференційні відмінності виділених типів та варіантів ННЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показник** | | **Дизонто-**  **генетич-ний**  **тип (Д)**  **N=32** | **Пароксизмальний**  **тип (П)** | |
| **I варіант**  **(П1)**  **N=30** | **II варіант**  **(П2)**  **N=19** |
| 1 | | 2 | 3 | 4 |
| Вік (роки) | | 10,1±3,2 | 9,2±2,4 | 8,6±2,6 |
| Первинний тип перебігу (%) | | 94 | 97 | 47\*\* |
| Лінійний варіант первинного типу перебігу (%)\*\* | | 80 | 72 | 30 |
| Пробудження або інша поведінкова реакція після сечовипускання(%)\*\*\* | | 37 | 13 | 100 |
| Чутливість до ситуаційних змін(%)\*\*\* | | 23 | 19 | 93 |
| Психогенна провокація епізоду(%)\*\*\* | | 17 | 19 | 71 |
| Чутливість до недотримань водного режиму(%)\*\*\* | | 70 | 13 | 29 |
| Інші пароксизмальні феномени сну  (%)\*\*\* | відсутність | 60 | 0 | 14 | |
| невротичні | 13 | 13 | 50 | |
| парасомнії | 17 | 75 | 14 | |
| обидва види | 10 | 0 | 21 | |
| Церебрастенія, її вплив на сон  (%)\*\*\* | мінімальний | 3 | 6 | 21 | |
| середній | 47 | 75 | 79 | |
| максимальний | 50 | 6 | 0 | |

Продовження табл. 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | | | 2 | 3 | | 4 |
| Зміни ЕЕГ\*\*\* | | | Дифузні зміни | Пароксизмальна активність | | | |
| Час появи пароксизмальної активності – в фоні/при навантаженнях, n(%)/n(%) | | | - | Частіше в фоні  22(73%)/  8(37%) | Частіше при навантаженнях  7(37%)/  12(63%)  \*\* | | |
| Компоненти Δ та θ активності в спектрі пароксизмальної активності ЕЕГ | | | - | Δ>θ | Δ<θ\* | | |
| Інші особливості ЕЕГ | | |  | Подібність змін фону до групи Д | Передчасне формування α  активності | | |
| Шкали опитувальника ДОН (середні бали) | Депресія | | 10,0 | 8,4 | 5,2\* | | |
| Астенія | | 9,3\* | 10,0 | 4,8\* | | |
| Вегетативні розлади | | 9,8 | 8,8 | 5,6\* | | |
| Розлади сну | | 10,1 | 9,2 | 6,3\* | | |
| Фактори тесту Кеттела (середні бали) | | H | 3,2 | 4,1 | 6,4\* | | |
| Q4 | 5,9 | 7,8\* | 5,2 | | |

**Примітки:** \*критерій t, p<0,05; \*\*критерій χ2, p<0,05; \*\*\*критерій χ2, p<0,001

До непароксизмальних ми відносили випадки сечовипускань, які відбувались після наповнення сечового міхура згідно з його циклом наповнення-випорожнення аналогічно тому, як це відбувається в період автоматизму функції під час розвитку в онтогенезі. Переважність первинного типу перебігу, домінування церебрастенічного синдрому з глибокою парасомнією дозволило нам трактувати цей тип ННЕ як дизонтогенетичний.

У рамках пароксизмального типу ННЕ за низкою додаткових особливостей, включаючи електроенцефалографічні, та динамікою стану у відповідь на комплексну терапію було виділено 2 варіанти – I та II (табл. 2). До I варіанту пароксизмального ННЕ були віднесені випадки, що характеризувалися стереотипністю, регулярністю, циклічністю проявів, часто сполучені з іншими патологічними пароксизмальними феноменами сну (бруксизмом, сноговорінням, нічними жахами, а також сомнамбулізмом - за анамнезом), які не давали покращення у відповідь на комплексну медикаментозну терапію та гіпноз. Позитивна динаміка у цих дітей наступала при застосуванні антиконвульсантів (препарати карбамазепіну, ламотріджину) та ноотропних препаратів, що потенціюють антиконвульсивну дію антисудомних препаратів (препарати фенібуту, гопантенату кальцію); (Див.: табл. 2). У роботу включались лише діти, патологічні зміни у яких не досягали рівня вираженості епілептичного синдрому.

II варіант відрізнявся більш м’якими, у порівнянні з I варіантом, клінічними та параклінічними пароксизмальними проявами. Батьки або піклувальники, які відмічали епізоди енурезу, коли дитина прокидалася після сечовипускання або реагувала на нього поведінкою – зміною положення в ліжку тощо. Прояви енурезу зменшувались в незвичних обставинах, були більш чутливими, у порівнянні з I варіантом, до ситуаційних змін. Клінічне покращення досягалося за допомогою лише фармакотерапії та гіпнотерапії без застосування антиконвульсантів. У цілому при цьому варіанті відмічалися найкраща курабельність та прогноз.

Анамнестичним методом вивчалася динаміка ННЕ у традиційному розподіленні на первинний та вторинний типи перебігу. Окрім контролю за сечовиведенням під час нічного сну, були вивчені етапи розвитку інших компонентів інстинкту комфортної поведінки уві сні: встановлення контролю за дефекацією, за сечовиведенням під час неспання, а також під час денного сну.

Традиційний розподіл перебігу енурезу на первинний та вторинний був доповнений визначенням тонших коливань рівня опанування навичок реалізації інстинкту комфортної поведінки: з поступовим етапним розвитком (**лінійний варіант** первинного типу перебігу ННЕ), та хвилеподібний з періодами як розвитку, так і регресу в опануванні цих навичок (**нелінійний варіант**). Окрім різниці за традиційними типами, за цим показником також визначилися достовірні відмінності між П2 варіантом ННЕ та іншими підгрупами (табл. 4).

Разом з навичками охайності, анамнестично та клінічно було вивчено також формування інших феноменів комфортної поведінки під час сну: здатність вкритися у випадку розкривання уві сні не прокидаючись, навичка прикриватися від світла уві сні та поява звичної пози уві сні. Встановлено, що стан їх розвитку більше зв’язаний з виділеними варіантами перебігу ННЕ, ніж із традиційними типами (за критерієм χ2), що вказує на спорідненість цих функцій в рамках єдиного інстинкту комфортної поведінки.

Задля виявлення взаємовідносин між клініко-патогенетичними типами та варіантами ННЕ через простеження лише позитивної, виключаючи рецидиви, динаміки зміни клініко-патогенетичних типів ННЕ, із основної групи було виділено 32 дитини, у яких анамнестико-катамнестичним методом виявлялися та могли бути простежені зміни клінічного стереотипу мимовільного сечовипускання уві сні, а динаміка енурезу була лінійною позитивною та завершилась одужанням.

Виявилося, що у випадку поєднання 2 чи 3 клініко-патогенетичних типів та варіантів ННЕ у однієї дитини, наявність П1 варіанту робить неефективним лікування інших типів та варіантів, і вимагає лікування цього компоненту патогенезу в першу чергу, тобто зумовлює необхідність призначення антиконвульсантів. Наступним за тим же принципом слід лікувати Д тип, а потім П2 варіант ННЕ.

У дітей, що страждають на ННЕ, виявлені різноманітні відхилення біоелектричної активності, які стають набагато інформативнішими при співставленні їх з клінічними особливостями. Найбільш інформативним виявився аналіз ЕЕГ дітей у групах, розподілених за клініко-динамічним ознаками на типи, що зазначені вище – непароксизмальний дизонтогенетичний тип ННЕ (група Д) – за наявністю пароксизмальної активності на ЕЕГ; та I і II варіанти пароксизмального типу енурезу (П1 та П2 відповідно) – за результатами порівняння показників ЕЕГ.

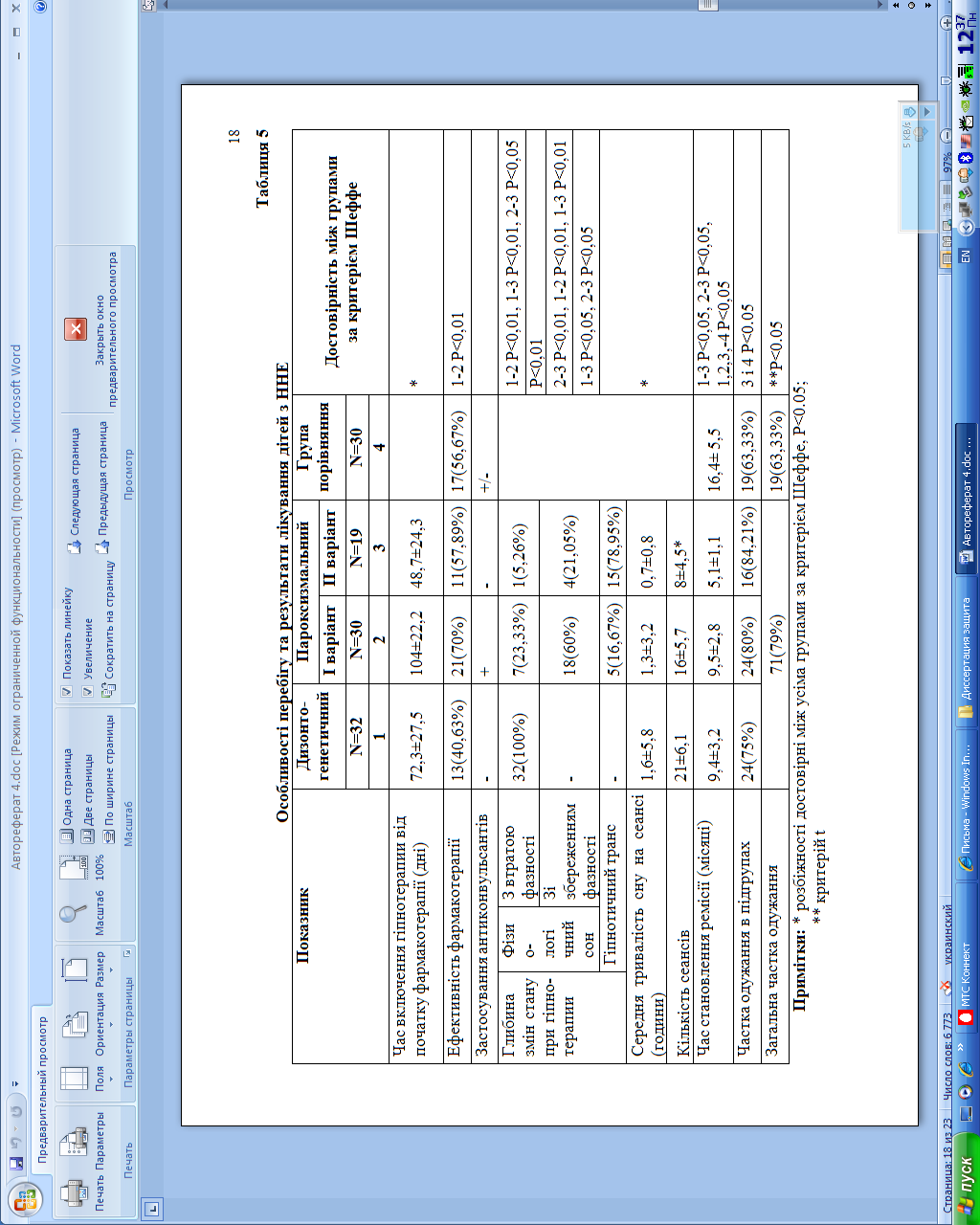
Група дизонтогенетичного ННЕ електроенцефалографічно в цілому характеризувалася незначними частотними змінами, в межах від тета до бета-діапазону, але часто вираженими в окремих регіонах головного мозку, стійкістю індивідуальних показників при навантаженнях. Індекс альфа-активності був найбільш високим серед усіх підгруп. Рівень дельта-активності наближався до рівня в підгрупі П1. Фонова активність у цілому відповідала віковій нормі, характеризувалась нестійкістю амплітуди, вираженістю реґіонарних відмінностей в повільнохвильових (тета та дельта) діапазонах. Найбільші відхилення проявлялись при гіпервентляції за рахунок появи тета-активності у всіх відведеннях. Реакція синхронізації ритму була практично не виражена, навіть при гіпервентиляції.

Біоелектрична активність на ЕЕГ в групі П1 характеризувалась, на відміну від групи Д, наявністю пароксизмальності, і підвищеною, в порівнянні з групою П2, вираженістю низькочастотної активності. Індекс альфа-активності достовірно нижче, ніж в групі П2, не дивлячись на порівняно старший паспортний вік дітей в групі П1. Достовірно нижчий, ніж в групі П2 був також рівень бета-активності. Фонова крива відрізнялась дифузними відхиленнями з окремими групами синхронних сплесків хвиль в діапазоні від альфа до дельта-активності. Пароксизмальність, на відміну від групи П2, частіше з’являлась на фоновій кривій та частіше була виражена дельта-активністю. При навантаженнях спостерігалося обов’язкове зниження частоти коливань біопотенціалів у порівнянні з фоновою кривою. При гіпервентиляції підвищувалась амплітуда синхронно виникаючих хвиль та знижувалась їх частота. Найбільші відхилення проявлялись у вигляді легко виникаючої, довго не затихаючої дельта-активності частотою 3 Гц.

Група П2 характеризувалась в цілому раннім, більш прискореним, порівняно з середньовіковими показниками, формуванням патерну ЕЕГ: в 5-10-річному віковому діапазоні за рівнем альфа-активності, в 10-15річному віці - бета-активності.   
Типова риса - наявність пароксизмальності, достовірно частіше, в порівнянні з   
групою П1 в тета-діапазоні. Для ЕЕГ при П2 варіанті ННЕ характерна вираженість альфа-активності більш високої частоти, в порівнянні з віковою нормою. З 5 років домінував низькочастотний альфа-ритм. З 10-річного віку міг домінувати бета-ритм. Альфа-хвилі не зникали і при появі пароксизмальної тета-активності. У випадках домінування повільнохвильової активності, при гіпервентиляції альфа-активність швидко відновлювалась. Зміни фонової активності коливались від нормальної  
 кривої до регулярних сплесків тета-хвиль. Відповідь на навантаження - від окремих груп синхронно виникаючих тета-хвиль (незначне підвищення амплітуди над рівнем фонової кривої) до легко виникаючої високоамплітудної дельта-активності.

Реакція десинхронізації ритму при пробі з відкритими очима була достатньо вираженою у всіх пацієнтів.

Ефективність запропонованого терапевтичного підходу, особливості реагування на гіпнотерапію висвітлені в табл. 5.

****

**ВИСНОВКИ**

1. В дисертаційному дослідженні проведене теоретичне обґрунтування та нове рішення наукової проблеми неорганічного нічного енурезу (ННЕ). Вивчена його патогенетична структура, на основі якої розроблена диференціальна діагностика та спосіб психотерапевтичної корекції цього розладу. Досліджені клініко-патогенетичні, психопатологічні та патопсихологічні особливості дітей з неорганічним нічним енурезом.

2. Як показало дослідження, неорганічний нічний енурез – це розлад зі складною патогенетичною структурою, в ґенезі якого важливу роль відіграє органічне підґрунтя, клінічна картина якого включає в себе невротичні прояви. Його формування в різних клінічних випадках обумовлене різними патогенетичними процесами, а іноді, і комбінацією патогенетичних механізмів у одного хворого. На основі клінічних, анамнестичних, електронейрофізіологічних особливостей нічний енурез може бути розподілений на групи пароксизмального (54,4%) та непароксизмального (дизонтогенетичного – 35,6%) синдромів.

3. Пароксизмальний неепілептичний тип неорганічного нічного енурезу не є однорідним. За вираженістю пароксизмальних феноменів у клінічній картині та на електроенцефалограмі, а також реакцією на гіпнотерапію та лікування антиконвульсантами, він поділяється на два варіанти: з більш вираженими (33,3%), та з більш м’якими (21,1%) пароксизмальними проявами.

4. За переважанням в клінічній картині психічних феноменів різного походження, діти з ННЕ роздподіляються на наступні групи:

а) випадки з умовним домінуванням симптоматики психогенно-невротичного ґенезу: реактивно-невротичне (8,9%) та патохарактерологічне (1,1%) нетримання сечі;

б) випадки з переважанням симптоматики органічного походження, передусім церебрастенії (відповідно 96,67% та 32,25% при ННЕ та в контрольній групі з розладами поведінки, p<0,01), диссомнічних проявів (відповідно 95,83% та 42,5%, p<0,05) та парасомнічних феноменів (відповідно 71,67% та 17,5%, p<0,01);

5. З віком у дитини з ННЕ формується опосередковане, спочатку неусвідомлене психологічне реагування на своє захворювання внаслідок негативного емоційного ставлення оточення, спочатку в невротичній, а потім і в особистісній формі. Таким чином, страждання ННЕ є невротизуючим та психопатизуючим фактором, який можна співставити з такими при девіантній поведінці та сімейній депривації.

6. Неорганічний нічний енурез вимагає комплексного (із застосуванням охоронного режиму, медикаментозної терапії та психотерапії), етапного та диференційованого лікування. Враховуючи, що органічне ураження головного мозку є важливим патогенетичним фактором, у зв’язку із наявністю лікворногіпертензійного, вегетативно-дистонічного синдромів, більшість пацієнтів потребують дегідратаційної, судинної та ноотропної терапії. Пацієнти з вираженими пароксизмальними проявами потребують також лікування антиконвульсантами.

7. Серед психотерапевтичних методів гіпнотерапія ННЕ довела свою високу ефективність у складі комплексної терапії неорганічного нічного енурезу (за загальною часткою одужання - 71, 78,8% в основній групі та 19, 63,3% в групі порівняння, p<0,05, та за часом становлення ремісії, p<0,05). У випадках, коли патогенез ННЕ є комбінованим і включає в себе декілька патогенетичних механізмів, потребується більш чітка етапність терапії. Спочатку акцент робиться на корекції пароксизмального патогенетичного механізму, якщо він носить виражений характер, потім проводиться корекція дизонтогенетичного механізму, потім коректуються пароксизмальний компонент з м'якіми проявами.

8. Ефективність гіпнотерапії суттєво підвищується при дотриманні наступних вимог:

а) своєчасному застосуванні гіпнотерапії в складі комплексної терапії;

б) застосуванні на кожному сеансі послідовності навіювань, що повторюють фізіологічний цикл сну з навіюванням пробудження при поклику до сечовиведення за допомогою пробуджуючих образів;

в) перенесенні, у ході курсу гіпнотерапії, часового та інтонаційного акценту в формулі навіювань від її початку в кінець при досягненні результату від попередньої її частини.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для диференційного діагнозу ННЕ від інших форм нетримання сечі, розмежування етіологічних факторів доцільно проведення моніторингових лабораторних досліджень, електроенцефалограми, спеціального спостереження батьками в домашніх умовах (ведення щоденнику, проведення вільної проби сечовипускання), консультації невропатолога та, при необхідності, уролога, нефролога, ендокринолога, вертебролога.

2. При ННЕ є корисним охоронний режим із введенням денного сну та режиму вживання рідини з розподіленням її на сніданок, обід та вечерю відповідно 40% - 40% - 20%. Доцільна внутринозологічна диференційна діагностика із встановленням клініко-патогенетичного типу та варіанту ННЕ за низкою клініко-динамічних та параклінічних ознак та застосування диференційованого підходу в лікуванні. Так, при П1 варіанті ННЕ ефективне неврологічне лікування (дегідратаційна, судинна, ноотропна терапія) із застосуванням антиконвульсантів та включення в схему лікування гіпнотерапії за запропонованою дисертантом методикою на етапі підтримуючого лікування, після досягнення позитивного ефекту від фармакотерапії. При Д типі та П2 варіанті ННЕ ефективне неврологічне лікування без застосування антиконвульсантів та введення гіпнотерапії на етапі курсового лікування, за умови позитивної клінічної динаміки.

3. При комбінації декількох патогенетичних компонентів у однієї дитини терапія ефективна у наступній послідовності: спочатку корекція П1 варіанту, потім Д типу і нарешті П2 варіанту ННЕ.

4. При домінуванні психогенно-невротичного компоненту в ґенезі ННЕ або у випадку патохарактерологічного нетримання сечі ефективна курація за вищезазначеними принципами з доповненням терапії іншими індивідувальними та сімейними психотерапевтичними методами, що застосовуються у стані неспання.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Підкоритов В.С., Сазонов С.О. Проект сучасного протоколу лікування психіатром неорганічного енуреза у дітей та підлітків в умовах страхової медицини // Український вісник психоневрології. – 2004. – Т.12. Вип. 1(38). – С. 40-44.   
(Здобувачем проведено інформаційний пошук, проаналізована отримана інформація, розроблені пропозиції щодо терапії із застосуванням як відомих підходів, так і власних розробок, пропозиції щодо алгоритму лікування.)

2. Сазонов С.А. Особенности возникновения и терапии ночного энуреза у детей // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т.14, Вип. 3(48). – С. 46-50.

3. Сазонов С.А. Патохарактерологические особенности детей с неорганическим ночным энурезом // Международный медицинский журнал. – 2006. - №3.  
 – С. 12-16.

4. Сазонов С.А. Методика дифференцированной гипнотерапии ночного энуреза // Архів психіатрії. – 2007. – Т.13, №1-2(48-49). – С. 111-115.

5. Сазонов С.А. Электроэнцефалографические особенности детей, страдающих ночным энурезом // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15,   
Вип. 2(51). – С. 111-115.

6. Сазонов С.А. Неорганический ночной энурез у детей как психопатологический симптом. // Сучасні фармакотерапевтичні підходи в дитячій психіатрії: Матеріали науково-практичної конференції, 25-26 травня 2005р. - Харків: ІОЗДП, ІНПН, 2005. – С. 98-99.

7. Пат. 16761 Україна, МКІ A61M 21/00. Процес лікування нічного енурезу у дітей: Пат. 16761 Україна, МКІ A61M 21/00 С.О. Сазонов (Україна). - № u 2006 02741; Заявл. 14.03.06; Опубл. 15.08.06, Бюл. №8. – 6 с.

8. Пат. 24590 Україна, МКІ A61M 21/00. Процес лікування нічного енурезу у дітей: Пат. 24590 Україна, МКІ A61M 21/00 С.О. Сазонов (Україна). - № u 2007 00737; Заявл. 24.01.07; Опубл. 10.07.07, Бюл. №10. – 4 с.

**АНОТАЦІЯ**

Сазонов С.О Диференційована гіпнотерапія в комплексному лікуванні дітей з неорганічним нічним енурезом. – Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України». – Харків, 2008.

Дисертація присвячена проблемі клінічної психопатології, патогенетичної діагностики та комплексного диференційованого лікування, із застосуванням гіпнотерапії, неорганічного нічного енурезу, F98.00 (ННЕ), у дітей. У 120 дітей з ННЕ (у порівнянні з 40 дітьми з розладами поведінки) виявлена вираженість груп синдромів органічного, а також невротичного ґенезу: реактивно-невротичне (8,9%) та патохарактерологічне нетримання сечі (1,1%), наслідки страждання дитини енурезом у вигляді невротичної та особистісної реакції на хворобу. Доведено, що страждання ННЕ є невротизуючим та психопатизуючим фактором. Діти з ННЕ в групі порівняння (30) отримали фармакотерапію. 90 дітей основної групи були проліковані комплексно диференційовано із застосуванням гіпнотерапії. На основі клінічних (особливості епізоду енурезу) та електронейрофізіологічних особливостей було проведене розподілення на пароксизмальний (з більш та менш вираженими пароксизмальними проявами) та непароксизмальний (дизонтогенетичний) типи ННЕ. Доведена ефективність комплексної диференційованої режимної, медикаментозної (у випадку вираженого пароксизмального ННЕ з антиконвульсантами) терапії та гіпнотерапії.

*Ключові слова:* діти, неорганічний нічний енурез, клінічні форми енурезу, гіпноз, дизонтогенез, пароксизм.

**АННОТАЦИЯ**

Сазонов С.А. Дифференцированная гипнотерапия в комплексном лечении детей с неорганическим ночным энурезом. – Рукопись. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16. – психиатрия. - Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». – Харьков, 2008.

Диссертация посвящена проблеме клинической психопатологии, патогенетической диагностики и комплексного дифференцированного лечения, с применением гипнотерапии, неорганического ночного энуреза, F98.00 (ННЭ), у детей. Обобщены результаты клинико-психопатологического и психодиагностического (опросники ДОН, Кеттела, рисуночный тест «Моя семья») обследования 120 детей с ННЭ в сравнении с показателями 40 детей контрольной группы с расстройствами поведения и смешанным расстройством поведения и эмоций F91 и F92 (РП). Выявлена выраженность у детей с ННЭ групп синдромов органического, а также невротического генеза. Выявлены: а) этиологические, по отношению к ННЭ, синдромы реактивно-невротического (8,9%) и патохарактерологического недержания мочи (1,1%); б) сопутствующие органические синдромы: церебрастения, нарушения сна органического (и невротического) генеза, тики, заикание, другие нарушения опрятности, гиперактивность-импульсивность с переходом в патологию психического развития – парциальные ретардации и инфантилизм; в) следствия страдания ребенка энурезом в виде невротической (часто со сниженной самооценкой) и личностной реакции на болезнь. Доказано, что страдание ННЭ является невротизирующим и психопатизирующим фактором, сопоставимым с таковыми при девиантном поведении и семейной депривации. Дети с ННЭ были разделены на группу сравнения из 30 детей, пролеченную с применением режимной и медикаментозной (неврологической дегидратационной, сосудистой и ноотропной) терапии, и основную группу из 90 человек, пролеченную дифференцированно, в зависимости от выявленных клинико-патогенетических типов и вариантов ННЭ с применением оригинальной гипнотерапевтической методики. Дети основной группы на основании ряда клинических особенностей (в первую очередь, особенности эпизода непроизвольного мочеиспускания во сне), анамнестических, электронейрофизиологических особенностей (в первую очередь, наличие и степень выраженности пароксизмальных изменений), были разделены на пароксизмальный и непароксизмальный (дизонтогенетический по близости клинической картины к этапу автоматизма функции), типы. По степени выраженности пароксизмальных проявлений на ЭЭГ и в клинике, особенностям реагирования на гипнотерапию и необходимости лечения антиконвульсантами, пароксизмальный тип был разделен на варианты с более и менее выраженными пароксизмальными проявлениями. Доказана эффективность комплексной дифференцированной режимной, медикаментозной (в случае выраженных пароксизмальных проявлений, с применением антиконвульсантов) и гипнотерапии с применением в каждом сеансе последовательности внушений, повторяющей физиологический цикл сна с внушением пробуждения при позыве к мочеиспусканию с помощью пробуждающих образов; а также перенесением, по ходу курса гипнотерапии, временнόго и интонационного акцента в формуле внушений от ее начала к концу при достижении результата от предыдущей ее части.

*Ключевые слова:* дети, неорганический ночной энурез, клинические формы энуреза, гипноз, дизонтогенез, пароксизм.

**ANNOTATION**

Sazonov S.A. Differentiated hypnotherapy in complex treatment of children with inorganic nocturnal enuresis. – A manuscript.

Dissertation for the candidate of medical science degree in specialty 14.01.16 – psychiatry. Public Institution «Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS of Ukraine». – Kharkiv, 2008.

This thesis is devoted to the problem of clinical psychopathology, pathogenetical diagnosis and complex differentiated treatment of non-organic nocturnal enuresis F98.00 according to ICD-10 (INE) among children with the use of hypnotherapy. The results of clinical-psychopathological and psychodiagnostical research of 120 children with INE have been summed up, compared to the results of 40 children from the control group, with behavioral and mixed behavioral-emotional disorders. There have been detected: syndromes of reactive-neurotic (8,9%) and pathocharacteristic urination (1,1%), organic syndromes. It has been proved, that INE is neurotic and psychopathic factor. Then, children with INE were divided into two groups - the comparison group, that consisted of 30 children, that were treated with regime and medication therapy, and the major group, that consisted of 90 children, who received differentiated treatment. This treatment included the original hypnotherapy method. Children of the major group were divided into two types, because of the number of clinical factors (details of the case of spontaneous urination during sleep), electroneurophysiologic details (paroxysmal manifestations), were divided into paroxysmal and non-paroxysmal (dysontogenetic). According to the level of intensity of paroxysmal manifestations and necessity of anticonvulsant treatment, the paroxysmal type was divided into variants with more and less obvious paroxysmal symptoms. There has been proven effectiveness of complex differentiated therapy with hypnotherapy.

*Key words:* children, inorganic nocturnal enuresis, clinical forms of enuresis, hypnosis, dysontogenesis, paroxysm.

Підп. до друку 28.04.2008р. Формат 60х90/16

Набір офсетний. Друк офсетний. Умов. друк. арк. 0,9. Тираж 100 прим. Зам. 179.

Віддруковано: ТОВ «Радуга»,м. Харків, пр.50 років ВЛКСМ, 52

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>