

ПЕДИАТРИЯ

УДК 616.62-008.222/.223-021.3-053.2-08 (045)

Оригинальная статья

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

О. В. Нестеренко — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; **В. И. Горемыкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой факультетской педиатрии, профессор, доктор медицинских наук; **И. В. Королева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; **С. Ю. Елизарова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; **О. В. Сидорович** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры факультетской педиатрии.

DIFFERENTIAL APPROACH TO TREATMENT OF PRIMARY NOCTURNAL ENURESIS IN CHILDREN

O. V. Nesterenko — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Pediatrics, Assistant, Candidate of Medical Science; **V. I. Goremykin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Faculty Pediatrics, Professor, Doctor of Medical Science; **I. V. Koroleva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Pediatrics, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **S. U. Elizarova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Pediatrics, Assistant, Candidate of Medical Science; **O. V. Sidorovich** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Pediatrics, Assistant.

Дата поступления — 12.04.2011 г.

Дата принятия в печать — 07.09.2011 г.

Нестеренко О. В., Горемыкин В. И., Королева И. В., Елизарова С. Ю., Сидорович О. В. Дифференцированный подход к лечению детей с первичным ночным энурезом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 666–670.

Цель: разработка алгоритма дифференцированной терапии детей с ПНЭ. **Материал.** Обследованы 234 ребенка в возрасте 5–15 лет. Проанализированы результаты лечения ПНЭ по традиционной схеме и с использованием алгоритма дифференцированной терапии. **Результаты.** Лучший клинический результат (выздоровление у 73,1% и улучшение у 19,4%) получили у детей, которым проводили комплекс рекомендуемых мероприятий: психологическое консультирование, рациональную и семейную психотерапию, медикаментозную коррекцию, физиотерапию и лечебную гимнастику, мочевого будильник, причем этот комплекс применялся дифференцированно, т.е. в зависимости от выявленных нарушений. **Заключение.** Индивидуальную лечебную программу с обязательным включением alarm-контроля ребенку с ПНЭ следует подбирать после выполнения рекомендуемого комплекса диагностических мероприятий.

Ключевые слова: первичный энурез, alarm-контроль.

Nesterenko O. V., Goremykin V. I., Koroleva I. V., Elizarova S. U., Sidorovich O. V. Differential approach to treatment of primary nocturnal enuresis in children // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 3. P. 666–670.

The aim of the work is to develop an algorithm of differentiated therapy in children with PNE. 234 children aged 5–15 years were studied. Results of treatment of children with primary nocturnal enuresis using the traditional therapeutic scheme and the algorithm of differential therapy based on identification of individual pathology were analyzed. The best clinical effect (recovery — in 73.1%, improvement — in 19.4% of cases) was obtained in children undergone the complex of recommended measures: psychological consultation, rational and family psychotherapy, medication correction, physical and physiotherapy, alarm-monitoring; the complex was used differentially, i.e. depending on the identified pathology. In conclusion the article stated that individual treatment program with the obligatory inclusion of alarm-control for child with PNE should be selected after performing the recommended set of diagnostic measures.

Key words: primary nocturnal enuresis, alarm-monitoring.

Введение. Первичный ночной энурез (ПНЭ) — наиболее частое расстройство мочеиспускания у детей, приближающееся по распространенности к аллергическим заболеваниям [1, 2]. Несмотря на кажущееся разнообразие имеющихся в настоящий момент методов обследования и лечения — от хирургической коррекции до тактики выжидания [3, 4], недостаточно разработаны научно обоснованные алгоритмы диагностики и коррекции ПНЭ, позволяющие дифференцированно подходить к каждому больному и пригодные для использования в общепедиатрической практике. В основе этих алгоритмов должен лежать интегративный подход, позволяющий учитывать состояние центральной и вегетативной регуляции, детрузорно-сфинктерные взаимоотноше-

ния, психологические факторы. В настоящее время недостаточно развита система социально-психологической реабилитации детей, страдающих ночным недержанием мочи, хотя имеются многочисленные исследования, указывающие на наличие признаков невроза у таких детей, которые могут сохраняться даже после выздоровления [5, 6]. Мало применяется в нашей стране метод alarm-контроля, основанный на выработке условного рефлекса и не имеющий ни противопоказаний, ни побочных действий.

Высокая частота встречаемости ПНЭ у детей, отсутствие единого подхода к диагностике, низкая эффективность традиционных методов лечения данной патологии, высокая стоимость медикаментозного лечения, частые рецидивы, несогласованность действий педиатров, невропатологов, урологов, психологов повышают актуальность поиска новых подходов к диагностике, лечению и реабилитации детей с ПНЭ.

Ответственный автор — Нестеренко Оксана Валериевна.
Адрес: 410600, г. Саратов, ул. Мичурина, 122 А, кв. 79.
Тел.: 89179843613, (8452) 22-40-66.
E-mail: ronikia@gmail.com

Цель исследования: разработка алгоритма дифференцированной терапии детей с ПНЭ, адаптированного к общепедиатрическим лечебно-профилактическим учреждениям.

Методы. В ходе работы были обследованы 234 ребенка в возрасте 5–15 лет, из них с ПНЭ 198 детей и 36 здоровых детей аналогичных возрастных групп, составивших контрольную группу.

Верификация диагноза проводилась в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10.)

Терапия детей исследуемой группы основывалась на индивидуальном подходе с учетом нарушений, выявленных на различных иерархических уровнях контроля акта мочеиспускания: уродинамики, центральной и вегетативной регуляции, психологическом. Катамнестическое наблюдение за больными детьми продолжалось в течение трех лет.

Статистическая обработка результатов наблюдений проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 (фирма StatSoft, USA), а также электронных таблиц Excel (фирма Microsoft, USA) на компьютере Pentium II. Для обработки полученных данных применяли параметрические и непараметрические статистические методы. Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками были значимыми при вероятности безобочного прогноза $P=95\%$ и более ($p<0,05$.)

Результаты. Одной из основных задач, поставленных нами, являлась разработка лечебной программы, позволяющей дифференцированно подходить к коррекции выявленных психологических, вегетативных и уродинамических изменений у детей с ПНЭ. В ходе исследования предложена и апробирована терапевтическая программа, включающая в себя разработку индивидуальной схемы коррекции выявленных нарушений.

Терапия детей исследуемой группы основывалась на индивидуальном подходе с учетом нарушений, выявленных на различных иерархических уровнях регуляции акта мочеиспускания: уродинамики, центральной и вегетативной регуляции, психологическом. Показания к включению тех или иных средств и методов лечения, т.е. формирование индивидуальных алгоритмов терапии, представлены в таблице.

Как следует из представленных в таблице данных, нами использован практически весь набор методов терапии, рекомендованных в стандарте лечения первичного ночного энуреза, разработанным Н. А. Коровиной в 2002 г. Предложенный нами алгоритм дополняет стандарт в двух принципиальных позициях:

1) включен новый метод — **alarm-контроль**, который показан всем детям с ПНЭ с учетом того, что условно-рефлекторный механизм имеет место при патогенезе любых форм ПНЭ. Нами был усовер-

Алгоритм дифференцированной терапии ПНЭ у детей

Характер выявленных нарушений	Критерии нарушения	Вид терапии
1. Независимо от выявленных нарушений 2. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря: – гиперрефлекторный тип	Уменьшение физиологического объема мочевого пузыря более чем на 10% от возрастной нормы; увеличение кол-ва мочеиспусканий на 1/3 и более от возрастной нормы; стремительный тип УФМ кривой	Alarm-контроль Физиолечение: атропин-амплипульс курсом 10 процедур, сила тока подбирается индивидуально; атропин-электрофорез; синусоидально-модулированные токи в импульсном режиме N10; парафиноозокеритовые аппликации N10 2-3 курса с перерывом 10 дней. Медикаментозная терапия: дриптан по 5 мг 2-3 раза в сутки 1-3 мес. Лечебная физкультура: курс для укрепления мышц тазовой диафрагмы; курс гимнастики по Кегелю – 1 мес.
– гипорефлекторный тип	Увеличение физиологического объема мочевого пузыря более чем на 10-20% от возрастной нормы; число мочеиспусканий в сутки 4 и менее при увеличенном их объеме; снижение средней и пиковой скорости на УФМ	Режим принудительных мочеиспусканий. Физиотерапия: синусоидально-модулированные токи в импульсном режиме; прозерин-амплипульс N10 в индивидуальном режиме; прозерин-электрофорез N 10-12, сила тока подбирается индивидуально. Медикаментозная терапия: пикамилон из расчета 1,5-3 мг/кг/сут в 2 приема в течение 1,5 мес, адаптогены: настойка элеутерококка, аралии китайского лимонника по 5-10 капель 2-3 раза в сутки в течение 2 мес.
– детрузорно-сфинктерная диссинергия	Наличие 2 и более пиков на УФМ кривой	Физиолечение: синусоидально-модулированные токи в импульсном режиме N 10-15; парафиноозокеритовые аппликации на область мочевого пузыря N 20-30. Медикаментозная терапия: дриптан 5 мг 2-3 раза в сутки 1-3 мес; пантогам 20-50 мг/кг/сут в 3 приема 2-3 мес.
3. ММД	По тесту Тулуз-Пьерона точность выполнения (К) ниже возрастной нормы на 20%; сочетание снижения скорости выполнения (V) и точности на 10% каждого показателя.	Медикаментозная терапия ноотропными препаратами: пикамилон 1,5-3 мг/кг/сут в 2 приема 1,5-2 мес; фенибут по 50-150 мг 2-3 раза в сутки 1-2 мес; пантогам 20-50 мг/кг/сут в 3 приема 2-3 мес.

Характер выявленных нарушений	Критерии нарушения	Вид терапии
4. Психологические нарушения: – тревога – агрессия – защита	При балльной оценке проективных тестов: - более 3 баллов - более 2 баллов - более 4 баллов	Рациональная и семейная психотерапия (кол-во сеансов подбирается индивидуально). Лечебно-охранительный режим. Лечебная физкультура с использованием общеукрепляющего комплекса 1 мес. Медикаментозная терапия: санасон 80-160 мг на ночь 3 нед, персен ½-1 табл. на ночь 3 нед, новопассит по 3-5 мл 2-3 раза в день 2-4 нед.
5. Нарушение семейных взаимоотношений и типов семейного воспитания	Выявление патологических типов семейного воспитания: - гиперопека; - гипоопека; - эмоциональное отвержение; - жестокое обращение.	Рациональная и семейная психотерапия. Музыкотерапия. Сказкотерапия. Арттерапия.
6. Вегетативные дисфункции	Сочетание исходного ваготонического тонуса с гиперсимпатикотонической реактивностью.	Физиолечение: гальванизация воротниковой зоны (доза воздействия подбирается индивидуально) N10-12; дарсонвализация волосистой части головы N 10-12. Медикаментозная терапия: глицин по 0,05-0,1 2-3 раза в день 1,5-2 мес; лимонтар по 0,125-0,25 2 раза в день 2-4 нед.

шенствован и внедрен аппарат для условно-рефлекторной терапии ночного энуреза (р/п № 2556, бриз СГМУ 2004 г.);

2) подбор методов лечения для каждого больного осуществлялся индивидуально с учетом выявленных в ходе обследования нарушений ряда значимых параметров уродинамики нижних мочевых путей, центральной и вегетативной регуляции, нарушений семейного воспитания, психологических личностных расстройств [7].

Физиотерапевтическое лечение подбиралось каждому ребенку индивидуально в зависимости от диагностированной дисфункции нижних мочевых путей и типа вегетативной дистонии. Назначение М-холинолитиков (дриптан, спазмекс) проводилось только детям с выявленным гиперрефлекторным и/или неадаптированным мочевым пузырем. Мы полагаем, что лечение ноотропными препаратами показано далеко не всем детям с ПНЭ. В качестве одного из компонентов комплексной программы лечения ноотропные препараты целесообразно назначать детям с объективно выраженной ММД. Коррекция психовегетативных нарушений у детей проводилась в форме рациональной и семейной психотерапии и носила сугубо индивидуальный характер. Преимуществом используемых нами методов психологической диагностики и коррекции является простота и доступность их использования в общепедиатрической практике.

При формировании первой контрольной группы мы выбрали тех детей, которые получали терапию в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений с использованием не более трех из представленных в стандарте методов лечения. С этой контрольной группой можно было сравнивать только конечную эффективность лечения — излечение от энуреза. Вторая контрольная группа была составлена из узкой категории детей, лечение которым удалось приблизить к объему терапии, рекомендованному в стандарте. Нами проанализирована эффективность лечения на основании оценки функции нижних мочевых путей, вегетативной нервной системы, центральной

нервной системы, психологического статуса детей и внутрисемейных взаимоотношений. Данный анализ проводился при сравнении исследуемой группы со второй контрольной группой. Состояние резервуарной функции мочевого пузыря улучшилось в обеих группах. Количество детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря сократилось в среднем в 1,5 раза. Количество детей с дезадаптацией детрузора сократилось более чем в 2 раза как в исследуемой, так и в контрольной группе. В исследуемой группе мы оценивали также динамику показателей урофлоуметрии, кардиоинтервалографии, теста Тулуз — Пьерона, психологического статуса у детей до и после дифференцированной терапии согласно предложенному алгоритму. Получен хороший эффект лечения детрузорно-сфинктерной диссинергии. Так, при легкой степени тяжести количество прерывистых кривых уменьшилось на 1/4, при тяжелой — в 1,3 раза. Количество кривых с множественными пиками сократилось в 2,5 раза среди детей с легким течением, в 1,4 раза при среднетяжелом и тяжелом течении.

После лечения отмечена отчетливая положительная динамика параметров теста Тулуз — Пьерона, проявляющаяся в достоверном увеличении скорости выполнения задания у детей с легким течением энуреза ($p < 0,05$). Среднее количество ошибок уменьшилось у детей с легким ($p < 0,05$) и тяжелым ($p < 0,01$) течением ПНЭ. Соответственно возросла и точность выполнения теста у этих двух групп детей. При среднетяжелом течении также отмечено улучшение всех показателей, однако не достигающее степени статистической достоверности ($p > 0,05$).

Мы производили оценку вегетативного тонуса детей после проведенного лечения. Количество детей с исходной эйтонией увеличилось с 39 до 43% при легком течении, с 29 до 39% при среднетяжелом. Во всех группах количество детей с исходной ваготонией сократилось в 1,3 раза.

В результате проведенной рациональной и семейной психотерапии качество внутрисемейных взаимоотношений значительно улучшилось. Положительные результаты отмечены у детей вне зависимости

от тяжести и длительности течения, что свидетельствует об эффективности проведения психокоррекции у детей с любым течением ПНЭ. Так, количество семей с воспитанием по типу гиперпротекции уменьшилось в 1,5 раза. В большей степени эти изменения коснулись семей детей с легким и средним течением энуреза. Количество семей, воспитание в которых характеризовалось эмоциональным отвержением, сократилось почти в 2 раза у детей со среднетяжелым течением. Среди семей детей с тяжелым течением ПНЭ эмоциональное отвержение встречалось в 32% до лечения, а после проведенной рациональной и семейной психотерапии снизилось до 22%. Нарушение внутрисемейных взаимоотношений по типу гипоопеки встречалось в 25% семей, где жили дети с тяжелым течением ПНЭ. После лечения гипоопека отмечена лишь в 14% этих семей. Полученные данные согласуются со сведениями о большем успехе лечения энуреза в благоприятной семейной атмосфере, доказанные в работах многочисленных исследователей [4–6], что диктует необходимость проведения психотерапии у детей с ПНЭ. После проведения психокоррекционных мероприятий по ряду параметров улучшился психологический статус детей с ПНЭ. Отмечено достоверное снижение тревожности у детей с легким и среднетяжелым течением. Уменьшилась агрессия у детей с легким течением ПНЭ ($p < 0,05$). Аналогичные изменения произошли в группе детей со среднетяжелым течением ПНЭ. После проведенного лечения в исследуемой группе отмечено снижение уровня защиты. Указанные изменения произошли только в группах с легким и среднетяжелым течением. У детей с тяжелым течением энуреза возросла самооценка.

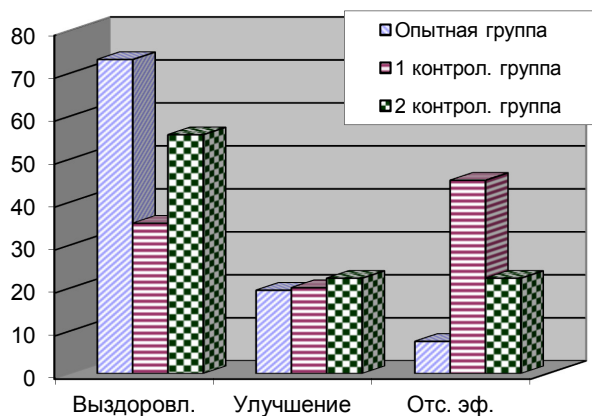
Оценка результатов лечебной программы производилась через 2 мес. и через 6 мес. Катамнестическое наблюдение за детьми длилось 1,5–3 года. За основу мы приняли способ оценки результатов, широко применяемый в последние годы в литературе [7, 8]. Согласно этому способу результаты оценивались как хорошие (выздоровление или значительное улучшение), удовлетворительное (улучшение) и неудовлетворительные (без эффекта). Эффективность лечения всех представленных больных оценивали по степени восстановления нарушенной функции мочеиспускания. При этом выделялись ближайшие и отдаленные результаты. Мы оценивали клиническую эффективность применения предложенного нами алгоритма лечения на исходе ПНЭ в сравнении с двумя контрольными группами (рисунк). Лучший клинический результат (выздоровление у 73,1% и улучшение у 19,4%) мы получили у детей, которым проводили комплекс рекомендуемых мероприятий: психологическое консультирование, рациональную и семейную психотерапию, медикаментозную коррекцию, физиотерапию и лечебную гимнастику, мочевого будильник, причем этот комплекс применялся нами дифференцированно, т.е. в зависимости от выявленных нарушений. Лечение этих детей осуществлялось в соответствии с разработанным нами алгоритмом.

При катамнестическом наблюдении рецидив заболевания отмечен у трех детей. При этом у одного ребенка на фоне тяжелого психоэмоционального стресса, у одного после эпизода фебрильной лихорадки на фоне вирусного заболевания и еще у одного ребенка на фоне приема мочегонной фитотерапии в связи с обострением дисметаболического пиелонефрита. После повторного кратковременно-

го использования звукового сигнализатора симптомы были купированы. Отрицательного эффекта ни у одного из детей не было зафиксировано. Кроме того, все дети, получавшие психокоррекционную программу, отмечали повышение настроения, мобилизацию жизненных сил, в ряде случаев дети и родители указывали на улучшение внутрисемейных взаимоотношений.

Несколько ниже оказалась эффективность лечения у детей, терапия которых была максимально приближенной к стандарту, однако без учета индивидуальных особенностей каждого ребенка. Так, выздоровление отмечено у 55,6% детей, улучшение у 22,2%. Самые низкие результаты лечения обнаружались в амбулаторно-поликлинических условиях с использованием не более трех методов из рекомендуемых (выздоровление у 35% детей, улучшение у 20% и отсутствие эффекта у 45%).

Обсуждение. После лечения, сочетающего в себе стандартные рекомендации с рациональной и семейной психотерапией и использованием звукового сигнализатора, получена следующая картина. Во всех группах независимо от степени тяжести ПНЭ количество детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря сократилось в 1,5 раза. Наиболее отчетливый положительный эффект получен у детей с нарушением адаптации детрузора при легкой степени тяжести ПНЭ. Количество детей с нормотонией увеличилось в 1,4 раза. Во всех группах число детей с исходным ваготоническим тонусом сократилось в 1,3 раза. После проведения рациональной и семейной психотерапии улучшилось качество семейных взаимоотношений, в 1,5–2 раза уменьшилось количество семей с патологическими типами внутрисемейных взаимоотношений. Также под влиянием психокоррекции по многим параметрам улучшился психологический статус детей с ПНЭ. Уменьшились тревожность, агрессия и защита у детей с легкой и средней степени тяжести энуреза. Полученные результаты подтверждают мнение исследователей [5] о том, что энурез может являться симптомом эмоционального неблагополучия и сам способен вызывать проблемы в микросоциальном окружении. У детей с легким и тяжелым течением улучшились показатели теста Тулуз — Пьерона. У детей увеличилась скорость выполнения задания, уменьшилось количество ошибок, соответственно возросла точность выполнения теста. Лучший клинический результат (выздоровление у 73,1% и улучшение у 19,4%) мы получили у детей, которым проводили комплекс рекомендуемых мероприятий: психологическое консультирование, рациональную и семейную психотерапию, медикаментозную коррекцию, физиотерапию и лечебную гимнастику, мочевого будильник, причем этот комплекс применялся нами дифференцированно, т.е. в зависимости от выявленных нарушений. Лечение этим детям осуществлялось в соответствии с разработанным нами алгоритмом. На успешное использование условно-рефлекторной терапии указывают и другие авторы [7, 8]. Несколько ниже была эффективность лечения у тех детей, терапия которых была максимально приближенной к стандарту, однако без учета индивидуальных особенностей каждого ребенка. Самыми низкими были результаты лечения детей в амбулаторно-поликлинических условиях с использованием не более трех методов из рекомендуемых.



Результаты лечения детей с ПНЭ в зависимости от используемой программы
 Примечание: * — статистически значимое отличие ($p < 0,01$) по сравнению с 1 контрольной группой по результатам «выздоровление» и «отсутствие эффекта» и ($p < 0,05$) по сравнению со 2 контрольной группой по тем же результатам

Заключение. Индивидуальную лечебную программу с обязательным включением alarm-control ребенку с ПНЭ следует подбирать после выполнения рекомендуемого комплекса диагностических мероприятий и в зависимости от выявленных нарушений составлять алгоритм лечения. Основной задачей при этом является обеспечение комплексного лечения энуреза с учетом характерных для каждого больного особенностей уродинамики нижних мочевых путей, состояния центральной нервной системы, вегетативного и психологического статуса, нарушений семейных взаимоотношений. Важно учитывать, что медикаментозные препараты (М-холиноблокаторы, ноотропы) должны назначаться строго по показаниям. Такой же тактики необходимо придерживаться в отношении физиотерапевтического лечения. Нет необходимости назначать эти элементы лечебной программы всем детям с ПНЭ, так как это не является методом лечения энуреза, но методом коррекции уродинамических и неврологических нарушений. Вне зависимости от выявленных функциональных нарушений уродинамики, минимальных мозговых

дисфункций, психологического неблагополучия всем детям мы рекомендуем назначать терапию методом alarm-контроля, поскольку рефлекторный механизм лежит в основе всех этиопатогенетических вариантов ночного энуреза.

Библиографический список

1. Коровина Н.А., Гаврюшова А.П., Захарова И.Н. Протокол диагностики и лечения энуреза у детей. М., 2000. 24 с.
2. Sillen U. Treatment system nocturnal enuresis // *Pediatr. Nephrol.* 1999. Vol. 13. P. 355–361.
3. Антропов Ю.С. Психосоматические расстройства у детей и подростков М.: Медицина, 1994. 172 с.
4. Малаховский Ю.Е., Баркаган Л.З., Педанова Е.А. Первичный ночной энурез у детей // *Педиатрия.* 2002. № 6. С. 92–98.
5. Нахимовский А.И. Симптоматическая психотерапия и ее эффективность при недержании мочи и кала у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1983. 19 с.
6. Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1999. № 4. С. 36–42.
7. Neveus T., Lackgreen G., Tuvemo T. Sleep and night-time behaviour of enuretics and non-enuretics // *Brit. J. of Urol.* 1998. Vol. 81, Suppl. 3. P. 67–71.
8. Шелковский В.И., Студеникин В.М., Маслова О.И. Ночной энурез у детей // *Вопр. совр. пед.* 2002. Т. 1, № 1. С. 75–82.

References

1. Korovina N.A., Gavryushova A.P., Zaharova I.N. Protokol diagnostiki i lechenija jenureza u detej. M., 2000. 24 s.
2. Sillen U. Treatment system nocturnal enuresis // *Pediatr. Nephrol.* 1999. Vol. 13. P. 55–361.
3. Antropov Ju.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva u detej i podrostkov M.: Medicina, 1994. 172 s.
4. Malahovskij Ju.E., Barkagan L.Z., Pedanova E.A. Pervichnyj nochnoj jenurez u detej // *Pediatrija.* 2002. № 6. S. 92–98.
5. Nahimovskij A.I. Simptomaticheskaja psihoterapija i ee jeffektivnost' pri nederzhanii mochi i kala u detej: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. L., 1983. 19 s.
6. Smulevich A.B. Psihosomaticheskie rasstrojstva (klinika, jepidemiologija, terapija, modeli medicinskoj pomowi) // *Zhurnal neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova.* 1999. № 4. S. 36–42.
7. Neveus T., Lackgreen G., Tuvemo T. Sleep and night-time behaviour of enuretics and non-enuretics // *Brit. J. of Urol.* 1998. Vol. 81, Suppl. 3. P. 67–71.
8. Shelkovskij V.I., Studenikin V.M., Maslova O.I. Nochnoj jenurez u detej // *Vopr. sovr. ped.* 2002. Т. 1, № 1. S. 75–82.

УДК [616.1/5–007.17:591.331]–008.6:575.224.22/.23]–056.7–053.4-07-08 (045)

Краткое сообщение

СИНДРОМ КРИСТА — СИМЕНСА — ТУРЕНА (ЭКТОДЕРМАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ АНГИДРОТИЧЕСКАЯ)

М.А. Кузнецова — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры педиатрии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук; **Ж.Ж. Каральская** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры педиатрии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук.

CHRIST — SIEMENS — TOURAINE SYNDROME (ECTODERMAL ANHYDRONE DYSPLASIA)

M.A. Kuznetsova — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Pediatrics of Raising Skills Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science*; **J.J. Karalskaya** — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Pediatrics of Raising Skills Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science.*

Дата поступления — 25.05.2011 г.

Дата принятия в печать — 07.09.2011 г.

Кузнецова М.А., Каральская Ж.Ж. Синдром Криста — Сименса — Турена (эктодермальная дисплазия ангидротическая) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 670–672.

Представлено наблюдение ребенка трех с половиной лет с наследственным синдромом Криста — Сименса — Турена. Приводятся клиническое описание синдрома, современные подходы к лечению таких больных.

Ключевые слова: ребенок, гипогидроз, гипертермия, гиподонтия, гипотрихоз, увлажнение кожи, иммуномодуляторы.

Kuznetsova M.A., Karalskaya J.J. Christ — Siemens — Touraine syndrome (ectodermal anhydrone dysplasia) // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 3. P. 670–672.