



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



Received: 20.11.2022  
Accepted: 29.11.2022  
Published: 20.12.2022

УДК 616.62-008.223: [616-07.2+616.8-07]-08:615. 814.1-053.2

## КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Шарипов А.Т

Центр развития профессионального квалификации медицинских работников

### ✓ Резюме

*Энурез является патологическим состоянием, сопряженным с нарушением контроля над функцией мочевого пузыря в дневное или ночное время. Проблема лечения ночного энуреза у детей является одной из наиболее актуальных в современной неврологии. В данной статье представлены клиничко- неврологические особенности энуреза у детей, и проанализированы современные способы лечения с применением методов народной медицины и традиционной.*

*Ключевые слова: энурез, дети, лечение, диагностика, распространенность.*

## БОЛАЛАРДА ЭНУРЕЗНИНГ КЛИНИК ВА НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Шарипов А.Т.

Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ошириш маркази

### ✓ Резюме

*Энурез кундузи ёки кечаси сийдик пуфаги фаолиятини назорат қилишнинг бузилиши билан боғлиқ патологик ҳолат. Болаларда тунги энурезни даволаш муаммоси замонавий неврологияда энг долзарб масалардан биридир. Ушбу мақола болаларда энурезнинг клиник ва неврологик хусусиятлари, даволашнинг замонавий анъанавий ва ноанъанавий тиббий усуллари таҳлил қилинган.*

*Калит сўзлар: энурез, болалар, даволаш, таиҳислаш, тарқалиши.*

## CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF ENUREZIS IN CHILDREN

Sharipov A.T.

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers

### ✓ Resume

*Enuresis is a pathological condition associated with a violation of the control over the function of the bladder during the day or night. The problem of treatment of nocturnal enuresis in children is one of the most urgent in modern neurology. This article presents the clinical and neurological features of enuresis in children, and analyzes modern methods of treatment using traditional and traditional medicine.*

*Key words: enuresis, children, treatment, diagnosis, prevalence.*

### Актуальность

Анализ современных литературных данных показал, что энурезом страдают около 30% детей в возрасте 4 лет, 10% в возрасте 7 лет, 3% в возрасте 12 лет и с 1% в 18 лет. Приблизительно у 0,5% взрослого населения сохраняются эпизоды ночного мочеиспускания от детства. Энурез чаще встречается среди мальчиков и при наличии в семейном анамнезе (Е.Ф. Теодоро, 2018). Клиника данного заболевания, была описана работами многочисленных отечественных и зарубежных авторов (В. И. Щелковский 2009; А.М. Вейна, 2014). Она определится тем, что



ночное непроизвольное мочеиспускание отмечаться в большей степени у лиц с недостаточно сформированной нервной системой, но при этом в ходе практики мы наблюдаем, что несостоятельность нервной системы не является одной из главных причин возникновения данной патологии у детей. Помимо несостоятельности нервной системы причиной энуреза могут быть и отставание в половом развитии, а также низкие физические показатели для текущего возраста.

В связи с этим, часто в отделения неврологии и урологии пациенты поступают поздно или не поступают вообще. В результате лечение часто приводит к отсутствию положительного эффекта. Немедикаментозное лечение детей с ночным энурезом остается актуальной проблемой, так как медикаментозное лечение влияет на рост детей и органов желудочно-кишечного тракта.

**Основная часть.** Энурез является причиной неуверенности и ущербности у детей и их родителей, невротическим расстройством и развитию вторичных нарушений, таких как микробно-воспалительный процесс в мочеполовых путях. Как самостоятельную нозологию энурез считают после 4-х лет, так как именно в этот период у ребенка формируются и устанавливаются признаки опрятности. Большое внимание уделяется снижению качества жизни у детей с энурезом, так как энурез способствует формированию социальной, эмоциональной и поведенческой дезадаптации, сопровождается низкой школьной успеваемостью, за счет морфофункциональной незрелости коры головного мозга и и супраспинальных структур. Некоторые авторы утверждают, что диагноз энурез нужно ставить после 5 лет у девочек и после 6 лет у мальчиков, постановка диагноза связана с рядом особенностей-пола ребенка, частоты энуреза, отношения родителей к этой проблеме.

У нормально развивающихся детей признаки опрятности формируются к 3-4 годам и после 5 лет регулярное мочеиспускание является патологическим.

По данным Григорьева К.И. (2012) энурез это «...комплекс симптомов, складывающийся в целостный синдром и включающий непроизвольное мочеиспускание во сне; нарушение эффективной емкости мочевого пузыря; изменение двигательной активности днем и процесса сна ночью; нарушение эмоционально-волевой сферы и поведения (неадекватное отношение к своему дефекту)». Причинами энуреза у детей считают такие факторы как наследственная отягощенность, органические поражения нервной системы, урологические и нефрологические нарушения, гормональные нарушения в секреции антидиуретического гормона, психологические травмы, которые описаны во многих исследованиях. Необходимо отметить, что при этом считать, что ребенок излечился при условии отсутствия эпизодов недержания мочи во сне или приобретение навыка контроля мочеиспускания остается дискуссионным. Исходя из этого, предлагается много схем и алгоритмов тактики ведения детей с энурезом, но причин энуреза очень много и отсутствие ясности в патогенетических механизмах возникновения энуреза часто ведет к возврату симптомов заболевания после проведенного лечения через определенный период времени. Очень часто энурез сопровождается коморбидными, тревожными расстройствами, что также способствует школьной и социальной дезадаптации у детей, страдающих этим недугом. В практической неврологии различают невротический и невротический энурез, различают случаи эпилептической формы энуреза. Необходимо отметить, что ночной энурез может быть причиной сахарного диабета [48, 49].

По данным литературы энурез встречается в среднем у 15–20% детей в возрасте 5–6 лет, преимущественно у мальчиков, с возрастом снижается до 1–2 % и в 0,5-1% детей подросткового периода.

Медицина не дает определенной классификации энуреза, но согласно Ласкову Б.И. различают дневной и ночной в зависимости от времени, по клиническим проявлениям осложненный и неосложненный, в зависимости от сроков проявления первичный и вторичный энурез.

Первичный энурез отмечается у детей с рождения, имеет длительность более 6 месяцев. Первичный энурез (ПЭ) включает задержку становления навыков и контроля мочеиспускания, что составляет 15% из числа детей с энурезом. В основе ПЭ лежит нарушение ритма секреции задней долей гипофиза антидиуретического гормона (АДГ), качество сна и состояние мочевого пузыря. Стоит отметить, что у лиц с данной патологией не отмечаются признаки дизурии, повышенной жажды, генетической предрасположенности, а также периодов затихания в течении этой патологии.

Вторичный энурез (ВЭ) отмечается у детей повторно после периода отсутствия эпизодов энуреза сроком более 6 месяцев, отмечается в результате снижения условного рефлекса, регулирующего функцию мочевого пузыря. Как правило, вторичный энурез отмечается после психологических травм, тогда как первичный энурез представляет задержку становления навыков и контролирования мочеиспускания. Признаками энуреза вторичного типа являются: отсутствие повышенной жажды, дневное непроизвольное мочеиспускание, повышенное мочеиспускание, периоды затишья данной патологии.

Частота энуреза в дошкольном возрасте встречается до 10%, в школьном возрасте – до 4,5–5%, в пубертатном периоде и у взрослых – до 0,5%. [50], встречается чаще у мальчиков – до 12%, у девочек – до 7%.

С взрослением отмечается урежение эпизодов мочеиспускания, которое связано с увеличением объема мочевого пузыря. К концу первого года жизни формируется условно-рефлекторный характер акта мочеиспускания, с включением в рефлекторную цепь подкорковых центров, корковых центров, с проявлением способности сдерживать сокращение детрузора. Таким образом формируется контроль над спинальным микционным рефлексом и завершается механизм контроля мочеиспускания как у взрослых. Способность удерживать мочу формируется в среднем к 3–4 годам жизни, и ребенок вполне может контролировать функции мочевого пузыря (полное удержание мочи, умение задерживать акт мочеиспускания, поведенческие реакции и т.д.). К 12–14 годам у ребенка формируется контроль и завершается нейромышечная регуляция функции мочевого пузыря, включая половые гормоны. Нарушения в этапах формирования контроля над мочеиспусканием приводит к расстройствам мочеиспускания – энурезу.

Стандартов диагностики энуреза, общепринятых, не существует. Как правило, проблемами недержания мочи занимаются разные специалисты-урологи, нефрологи, педиатры, психологи, гастроэнтерологи и т.д. Каждый специалист рекомендует свою диагностику и лечение, что затруднительно для пациента с энурезом и их родителей. Как правило есть амбулаторный этап и стационарный этап обследования. Амбулаторный этап включает наблюдение в поликлинике, сбор анамнеза, выявляют отягощенность по перинатальному поражению нервной системы.

Необходимо правильно собрать анамнез, включающий период возникновения энуреза, давность, количества раз за ночь или количество эпизодов энуреза в неделю, имеется ли дневное недержание мочи, как часто они встречаются.

На следующем этапе исследуют неврологический статус, уделяя внимание пояснично-крестцовой зоне – наличию деформаций, искривлений, осматриваются аногенитальная зона с исследованием соответствующих рефлексов. Очень важна клиническая характеристика мочеиспускания – осуществляется регистрация всех параметров мочеиспускания за 72 часа, заполняется дневник мочеиспусканий.

Дневник мочеиспускания, который заводится для пациентов состоит в фиксации объема выделяемой мочи в течении 3х суток, при этом отмечается точное время и объем мочи. Стоит отметить, что фиксации также подвергаются непроизвольные мочеиспускания (также и в дневное время), регулярность актов дефекации и непроизвольного опорожнения кишечника. В дневнике также идет регистрация всех употребляемых объемов жидкости в течении 24 часов.

Неотъемлемой частью изучения данной патологии является выявления воспалительных процессов инфекционного характера, аномалий и пороков развития мочеполовой системы с исследованием анализов крови и мочи, УЗИ диагностика почек и мочевого пузыря. Забор мочи и крови на общих анализ осуществляется в целях исключения инфекционного агента, также стоит отметить применения ультразвукового исследования МП и почек, для исключения врожденных дефектов, а также определения остаточного объема мочи.

В дальнейшем проводится ЭЭГ исследование головного мозга, проводят рентгенографию пояснично-крестцовой зоны или МРТ исследование с целью исключения миелодисплазии и дизрафизма.

Как правило, на первом этапе проводят урологические обследования, на втором неврологические с определением топика поражения нервной системы для правильной диагностики и выбора оптимальной тактики терапии.

Тактика лечения всецело зависит от итогов проведенного исследования, стоит отметить, что данная терапия осуществляется в стационарах.

Терапия энуреза состоит в использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. Из медикаментозных препаратов используются ноотропные препараты, улучшающие интегративную функцию головного мозга, улучшают энергетический обмен, улучшают формирование условно-рефлекторных связей контроля акта мочеиспускания. Самыми популярными и методами курации ППЭ является использование ноотропных препаратов. Данные лекарственные вещества оптимизируют энергетический метаболизм, что повышает работоспособность головного мозга, в следствии чего идет снижение глубины сна, данные препараты также дают основу для образования связей условно-рефлекторного типа самостоятельной регуляции процессов дефекации и мочеиспускания, при этом снижаются вторичные неврологические отклонения, расстройства личности и повышенная тревожность. К ноотропным препаратам относятся: гопантевая кислота (пантогам, пантокальцин), стимуляторы В-рецепторов к ГАМК. В силу наличия пантиольного радикала в составе гопантевой кислоты осуществляется всасывание через гематоэнцефалический барьер, что дает возможность для прямого влияния на центральную нервную систему. Фармакологические механизмы данной кислоты основываются на непосредственном эффекте на системы каналов рецепторного типа-GABA. Активация GABA -рецепторов выражается повышением обменных процессов в центральной нервной системе, а также повышением энергетического обмена в нервных клетках, что приводит к снижению расстройств поведенческого характера. Положительная динамика в мочевыводящей системе отмечается у мышц, изгоняющих мочу, а также сфинктеров, что способствует оптимизации процессов мочеиспускания и деятельности МП при наличии СГАМП. Данный эффект осуществляется в силу подавляющего эффекта GABA на GABA В-рецепторы, локализирующиеся в стенках мышц, изгоняющих мочу. Главным плюсом данной кислоты является отсутствие каких-либо абсолютных противопоказаний при наличии недержания мочи в период ночного сна у лиц детского возраста. Стоит отметить, что при использовании исключительно ноотропные препараты, лечения не оказывает должного терапевтического эффекта.

К немедикаментозным путям коррекции относятся: аларм-лечение, тренировки МП, выработка мотивации, консультация психотерапевта и также физиотерапевтическое лечение. Курация лекарственными веществами напрямую зависит от причин развития энуреза.

В.М.Боголюбов (2007) описывает два метода курации НДМП при теоретическом разборе данный синдром имеет в своем составе такие мероприятия как: процессы промывки МП; стимуляция наружного или трансректального типа; применения электрофорез прозеина либо же пилокарпина; грязевые аппликации в проекциях с патологией; повторная индукция МП. Лечение непосредственно патогенетического звена НДМП с наличием СГАМП имеет в своем составе такие комплексы как: применение атропина посредством электрофореза; экзогенная стимуляция посредством диадинамических или синусоидальными образованными токами; гальваногрязь или грязевое и парафиновые обкладывание проекций мочевого пузыря; иглорефлексотерапия; введение лидазы в мочевой пузырь посредством электрофареза; сегментарный массаж; УВЧ-лечение; применение блокад посредством новокаина пресакрального и эндосакрального типа; в бассейне проводится гидрокинезотерапия; редукция МП.

В процессе данного исследования следует уделить особое внимание транскутанному эффекту на область МП диадинамическими токами и синусоидальными модулированными импульсами.

Обкладывание парафином, использование лечебных одеял многослойного типа ОЛМ-01, излучения инфракрасного типа, электрическое поле УВЧ оказывают спазмолитическое воздействие в силу наличия теплового эффекта, что ведет к релаксации гладкой мускулатуры МП.

Лечение посредством ультразвука обеспечивает оптимизацию гемодинамики в проекции сфинктеров и мышц, изгоняющих мочу. Данный курс лечения составляет 10-12 процедур частота повторений, которых осуществляется каждые 1.5-2 месяца.

Лечение посредством лазерного воздействия на гиперчувствительный МП осуществляется в комбинации с медикаментами. Пономаренко Г. Н. (2005) рекомендует избегать комбинацию 3-адреноблокаторов с лазеропунктурой так как отмечается подавления эффекта лазеропунктуры.

Гаткин Е.А. и другие (2006) использовали лазерное излучение низкой частоты в процессе курации лиц детского возраста с наличие миелодисплазии. Лечение посредством лазера с инфракрасным излучением была применения на проекцию лонного сращения под острым углом

по вектору к малому тазу, а также по наиболее биологически активным точкам, стоит отметить также направления на нейротрофические области с наличием эрозии. Многие из исследуемых проходили лазерное лечение неоднократно. Результативности достигли лица с наличием гиперрефлекторного нарушения МП, а также с наличием незаторможенного МП. У лиц с наличием неадаптивно-арефлекторного МП курсы лечения лазером проводились в период реабилитации адаптационных механизмов мышц, изгоняющих мочу. По итогам цитоскопического изучения практически каждый из случаев воспалительного процесса, протекающего в слизистых оболочках МП имело инволюции либо заметное снижение интенсивности воспаления. Косилов К.В, Орехов В.Р (2006) в целях курации гиперрефлекторного типа нейрогенного МП у лиц детского возраста использовался облучение лазером непосредственно внутрь мочевого пузыря по типу моно лечения. По итогам у 40% исследуемых наблюдалось купирование патологического процесса.

Каждый из изложенных методов имеет свои плюсы, что делает выбор одного из них затруднительным. При мало эффективности одного из методов применяются другие, и в современной литературе не изложены алгоритмы для применения данных методов лечения.

В современной медицине, для решения вопросов диагностики и назначения адекватного лечения больным в основном применяются сложнейшие диагностические компьютеризированные оборудования, визуализирующие внутренние органы и головной мозг, наряду с этим, в лечебном арсенале имеется множество препаратов с доказательной базой, но даже при всем этом, к сожалению, не все больные выздоравливают, а летальность инвалидизация растет, в связи с чем, по-нашему мнению, не ослабевают интерес врачей изучению наследия восточной медицины, как в диагностике, так и в лечение сложных заболеваний.

Китайский народ еще в древности помимо открытия точек прилива энергии в организм смогли описать ход данной энергии в организме. Китайцами были задекларированы все токи энергии по телу название которых в дальнейшем приобрело термин меридиана. Были найдены 12 парных и 2 не парных стандартных меридиана. В данных 26 точка постоянно течет жизненная энергия «ци», и является основой жизни. Каждый из меридианов был именован и описан, для упрощения каждому меридиану были присвоены свои буквенные шифры (меридиана МП –V).

Широко применяются методы иглорефлексотерапии при лечении различных форм недержания мочи, где актуально применение канонических правил сочетания точек 5 первоэлементов, согласно которым заболевание возникает в результате дисбаланса в системе меридианов.

Широко применяются также отвары и настои из трав, которые обладают иммуномодулирующим и успокаивающим эффектом.

Необходимо отметить о сочетанном применении элементов восточной гимнастики в лечении энуреза у детей, которое способствует нормализации взаимоотношений корково-подкорковых структур.

В последние годы значительно возрос интерес к растительным препаратам. Лечебные травы обычно применяются при заболеваниях, однако в китайской медицине основной упор в траволечении делается на сохранении ежедневного равновесия в организме. Философия традиционной китайской медицины гласит, что лекарство служит не только для лечения больных, но и для поддержания здоровья.

Правильное и своевременное употребление трав или отваров из них не только восстанавливает равновесие тела и разума, но и позволяет вам чувствовать себя в гармонии с природой.

### **Вывод**

Данная патология может стать основой развития невротизации личности, в частности, в период пубертата и после него. Наличие непроизвольного мочеиспускания может стать основой для развития множество патологий микробного характера в органах выделительной системы, а также быть основой для развития ишемии мышц, изгоняющих мочу. Также стоит обратить внимание на вероятную возможность развития дисфункции гидродинамики нижних мочевых путей, при этом образуя прочный круг патологий, имеющих прямую связь между собой.

Множество отечественных и зарубежных трудов посвящены патологии непроизвольного мочеиспускания в период ночного сна, но даже при такой большой базе мы не имеем возможность сформировать общей базы патологической картины данной патологии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаврютина И.В., Блохин Б.М., Радченко О.А. Клинический случай ночного энуреза у ребенка 7 лет. //В сборнике: Актуальные проблемы сомнологии Сборник тезисов X Всероссийской конференции. Под редакцией М.Г. Полуэктова, К.Н. Стрыгина. 2016. С. 27.
2. Гусева Н.Б. Синдром гиперактивного мочевого пузыря с никтурией у детей: выбор оптимальной тактики лечения / Н.Б. Гусева, В.В. Длин, СЛ. Морозов, К.В. Буянова //Педиатрия. - 2014. № 3.
3. Длин В.В. Гиперактивный мочевой пузырь. Перспективы энерготропной терапии /В.В. Длин, Н.Б. Гусева, СЛ. Морозов //Эффективная фармакотерапия. - 2013. - № 42. С.26 - 31.
4. Казанская И.В. Обоснование лечебной тактики энуреза у детей с гиперреактивным мочевым пузырем / И.В. Казанская, Т.В. Отпущенникова // РМЖ. 2010; Т.18 №16. - 1 - 2.
5. Мирварисова Л., Нурмаматова К., Мирзарахимова К. Медицинский менеджмент, оптимизация и совершенствование системы здравоохранения в Узбекистане //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 4 (73). – С. 61-64.
6. Морозов В.И., Аюпова В.А., Салихова Л.Т. Лечение различных клинических форм энуреза у детей. //Практическая медицина. 2016. № 7 (99). С. 77-80.
7. Гусева Н.Б., Никитин С.С., Корсунский А.А., и др. Особенности лечения детей с энурезом и ночной полиурией. //Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019. Т. 98. № 5. С. 56-61.
8. Burgers R.E. Management of functional constipation in children with lower urinary tract symptoms: report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society /R.E. Burgers [et al.] //J Urol, 2013. 190(1): 29-36.
9. Camilla Laaksonen. Health-related quality of life in schoolchildren - validation of instrument, child self-assessment, parent-proxy assessment and school nursing documentation of healthcheck-ups. //Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. 2012. - P.64.

**Поступила 20.11.2022**