Кучеров В.А.¹, Матвеев С.В.²

Оценка динамики психологического статуса детей с патологией мочевой системы и дисплазией соединительной ткани на этапах реабилитации

1 — МУЗ «Тосненская Центральная районная больница». Ленинградская область; 2 — ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Kuchеров V. A., Matveev S. V.

Evaluation of the dynamics of the psychological status of children with the pathology of the urinary system and connective tissue dysplasia at the rehabilitation stages

Резюме

В исследовании изучалось состояние психологического статуса детей с дисплазией мочевой системы в возрасте от 6 до 10 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 5 лет. На основании полученных данных проведенного исследования выявлена положительная динамика показателей психологического развития по всем рассмотренным тестовым оценкам у детей, получавших средства ЛФК в оптимальном объеме

Ключевые слова: дисплазия, психологическое развитие, реабилитация, ЛФК

Summary

The study examined the developmental status of children with dysplasia of the urinary system aged 6 to 10 years with a duration of the disease from 1 month to 5 years. On the basis of the obtained data of the conducted research positive dynamics of the indices of psychological development was revealed for all the considered test evaluations in children receiving the drugs of the exercise therapy in the optimal volume.

Key words: dysplasia, psychological condition, rehabilitation, healing fitness

Введение

Значительное место в структуре заболеваемости у детей занимают болезни мочевой системы (МС). Патология МС часто дает хронизацию процесса, что приводит к нарушению темпа развития детей, снижению не только физической, но и умственной работоспособности, а также изменению психологического состояния, ухудшению адаптации к неблагоприятным условиям внешней среды. Несмотря на проводимую фармакологическую терапию с использованием, в частности, гормональных препаратов; физио- и фитотерапию, достигается лишь относительный лечебный эффект, не обеспечивающий полноценной как физической, так психологической и социальной реабилитации детей, что приводит к снижению качества жизни.

Заболевший ребенок, особенно — переносящий хроническую патологию, как правило, отличается от здорового. Жизнь его наполнена различного рода ограничениями в режиме, диете, нагрузках. По сравнению со здоровыми детьми больной ребенок испытывает чувство

неуверенности в своих действиях, у него понижена самооценка, настроение его часто бывает лабильным или подавленным. У длительно болеющего ребенка нарушается процесс общения со сверстниками: необходимость госпитализации, пребывание в санаторных условиях, невозможность посещения кружков по интересам приводит к дефициту времени общения со сложившимся и привычным окружением; вместе с тем частая смена обстановки, посещение и пребывание в различных лечебных учреждениях, проведение различных неприятных процедур и манипуляций (особенно — при заболеваниях МС), как правило, приводит к замкнутости и необщительности ребенка. Необходимо отметить, что в лечебных учреждениях ребенок общается с больными детьми и медицинским персоналом, и, в силу данных обстоятельств тематика общения, как правило, фиксирована на том или ином заболевании. Общей чертой психики длительно болеющих детей является отсутствие у них достаточной социальной адаптации к окружающей среде, в то время как их здоро-

вые сверстники приобретают необходимый жизненный опыт. При таком настрое трудно рассчитывать на эффективный и благоприятный исход соматического заболевания, тем более, что психоэмоциональные переживания часто ухудшают течение основного соматического процесса.

В условиях современных реабилитационных технологий необходимо положительное воздействие любых программ лечения не только на пораженную систему и сопряженные с ней, но и на психоэмоциональную сферу больного ребенка. На любом этапе реабилитации одной из задач ЛФК является создание положительного психоэмоционального фона, что, несомненно, повышает эффективность проводимой терапии - за счет лучшего психологического контакта между пациентом, его родителями и медицинским персоналом; создания благоприятной психологической атмосферы в детском лечебном учреждении; оптимальной психологической подготовки к проведению неприятных, незнакомых и болезненных исследований, манипуляций, процедур; формирования у больного ребенка гармоничного отношения к своему заболеванию.

Цель работы – оценить эффективность влияния программ реабилитации на психологическое состояние детей с патологией мочевой системы на фоне дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач исходно было обследовано 581 ребенок в возрасте от 6 до 10 лет с патологией МС на фоне дисплазии соединительной ткани (237 мальчиков и 344 девочки). На момент первичного обследования больные находились на разной стадии активности патологического процесса, с различным уровнем функции почек. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 5 лет.

В задачи работы входил подбор методики воздействия на психоэмоциональный фон средствами ЛФК и оценка эффективности решения указанной проблемы с помощью простых и надежных тестовых методик.

Были сформулированы пакеты задач, в качестве управляющего воздействия выбраны средства ЛФК: физические упражнения, подвижные игры, классический массаж, реализация которых обеспечивала улучшение функции пораженной (мочевой) системы. В качестве управляющего воздействия из средств ЛФК в методике использовались игры различной подвижности, включая сюжетно-ролевые, а также физические упражнения игрового (образного) характера. Основа игровой терапии средствами ЛФК связана с возможностью моделировать в процессе игр не только реальную, но и воображаемую желательную действительность. Игра помогает больному ребенку переживать свои удачи, успех, раскрыть свои умственные и физические возможности. Игровая терапия проводилась индивидуальным (в палате у больного ребенка), малогрупповым и групповым методом (в зале ЛФК), и способствовала формированию наиболее эффективного приспособленческого поведения, стимулировала

активность больных детей (в том числе и физическую), перестраивала отношения больных с окружающими, обучала адаптационным навыкам и реакциям. благоприятствовала развитию познавательных, эмоциональных сенсорных и моторных функций.

Для оценки психоэмоционального состояния детей проводились следующие психодиагностические методики: «Незаконченные предложения»; «Рисунок болезни»; «Шкала эмоционального состояния»; модификация цветового теста Люшера. Данная оценка использовалась, в том числе, и в качестве критерия эффективности адаптации детей к этапу реабилитации и толерантности к предлагаемым физическим нагрузкам. Оценка и динамика психоэмоционального состояния детей с патологией МС на фоне дисплазии соединительной ткани представлена ниже.

Анализ блока тестов, отражающих психоэмоциональный статус больных, показал, что основными факторами, вызывающими тревогу и страхи у ребенка с патологией МС являются: госпитализация (или посещение – особенно первичное - другого медицинского учреждения); отрыв от привычного окружения (семья, сверстники); ощущение одиночества; беспокойство по поводу предстоящего нефрологического обследования; наличие болевого синдрома и назначение болезненных инъекций; прием фармакологических препаратов (в частности – гормонов); трудности во взаимоотношениях ребенка (неумение наладить контакт) с медицинским персоналом или другими больными.

О наличии повышенной тревожности свидетельствуют данные анализа ответов на полярные по сути значения. Так, при анализе пары: «страхи – желания» выявлено, что оба компонента имеют блоки, связанные с болезнью и не связанные с ней. В компоненте «страхи, не связанные с болезнью», в начале лечения преобладают личные (физические – 28,9% и эмоциональные – 23,3% от общего числа опрошенных): доля глобальных страхов – 1,1%. К концу госпитального этапа реабилитации в указанной группе возрастает доля эмоциональных переживаний (до 36,7%), и доля глобальных страхов (до 5,6%). В группе страхов, связанных с болезнью, высока доля переживаний, связанных с болью (23,3% исходно) и с лечением (22% исходно). В динамике этапа лечения уменьшается количество детей, опасавшихся болевых ощущений (до 16,1%).

В блоке «желания» исходно преобладают не связанные с болезнью: глобальные (8,8%) и личные (подарки – 17,3%; материальные блага – 15,5%; духовные ценности – 17,2%). Общая доля указанного блока – 58,8%. В динамике резко уменьшается желание подарков (до 10,1%); несколько возрастает компонент глобальных желаний (до 11,2%) и уменьшается доля всего блока до 43,9%.

Среди желаний, связанных с болезнью, преобладают личные (исходно 16,7% - выздороветь, 8,9% - не попадать в больницу, 12,3% - избежать неприятных процедур). Доля глобальных желаний («чтобы родители были здоровы» и т.п.) составляла 5,7% (все - от общего числа опрошенных). В динамике возрастает доля данного блока

Таблица 1. Динамика суждений «страхи и желания» у детей с патологией мочевой системы (% от количества опрошенных).

Группы	Суждения	«Страхи»		«Желания»	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Контрольная	Не связанные с болезнью	52,8	42,9	59,3	53,7
Контрольная	Связанные с болезнью	47,2	57,1	40,7	46,3
Экспериментальная	Не связанные с болезнью	53,3	65,6	58,8	43,9
Экспериментальная	Связанные с болезнью	46,7	34,4	41,2	56,1

до 56,1% (за счет увеличения доли личных желаний: выздороветь – 40,2%). До 98% больных положительно реагируют на процедуры ЛФК (включая сеансы массажа), что нельзя сказать о других лечебно-диагностических процедурах (за исключением физиотерапевтических). Динамика показателей пары «страхи и желания» приведена для экспериментальных групп детей с патологией МС (таблица 1).

Вариант методики «Незаконченные предложения» предназначен для изучения основных представлений о здоровье и болезни и связанных с ними психоэмоциональных переживаний у соматически больных детей. Незаконченные предложения составлены так, чтобы в их продолжении проецировались основные аспекты внутренней картины болезни:

1. Представления о здоровье
2. Представления о болезни
3. Отношение к болезни
4. Отношение к лечению
5. Представления о будущем
6. Отношение семьи к болезни
7. Отношение к госпитализации

Обработка теста проводилась в качественной и количественной оценке: при отсутствии отрицательных переживаний в конце предложения ответ оценивался как «0»; наличие отрицательных переживаний – «1». Сумма баллов подсчитывается по каждой из семи групп предложений и в целом. Оценка 3-4 балла по любой группе отражала явную негативную реакцию переживаний ребенка; оценка 0-1 – указывала на преобладание позитивных эмоций.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали (таблица 2), что при исходном обследовании на стационарном этапе реабилитации негативные оценки преобладали в группах «Отношение к болезни» (2,9 $\square$ 0,15), «Отношение к госпитализации» (3,2 $\square$ 0,16) и «Отношение семьи к болезни» (3,1 $\square$ 0,14), причем у детей с нарушением уродинамики и в группе с нарушением почечной гемодинамики оценки были практически одинаковы. Суммарная оценка 18,6 $\square$ 1,4 отражала явные негативные переживания ребенка в сложившейся ситуации.

В динамике этапа реабилитации в группе больных с нарушением уродинамики позитивные эмоции стали преобладать в блоках «Представление о здоровье»,

«Отношение к лечению», «Представления о будущем», причем в последней группе выявлены различия у детей контрольной и экспериментальной групп. Необходимо отметить, что в динамике резко уменьшились негативные переживания по поводу госпитализации (особенно у детей экспериментальной группы) и более позитивными стали переживания по поводу тяжести переносимого заболевания (положительные реакции более выражены у детей экспериментальной группы). Общая сумма баллов снизилась более чем в два раза, причем у детей экспериментальной группы суммарный балл, достоверно ниже (6,9 $\square$ 1,2), чем в контрольной.

У детей с преимущественным нарушением почечного кровотока в динамике получена несколько иная картина. В обеих группах увеличилась негативная реакция в блоках предложений, связанных с отношением и представлением о болезни, тем не менее, негативизм у детей экспериментальной группы менее выражен. По остальным блокам дети высказали более позитивные мнения, причем в блоках «Отношение к лечению», «Представления о будущем» и «Отношение к госпитализации» различия между контрольной и экспериментальной группой статистически достоверны ($p \square 0,05$). Общая сумма баллов снизилась менее значимо, чем в группе детей с нарушением уродинамики; однако у детей экспериментальной группы с нарушением почечного кровотока, получавшей средства ЛФК в большем объеме, эта динамика достоверно значима (контроль 16,1 $\square$ 1,2; эксперимент 13,4 $\square$ 1,1; $p \square 0,05$).

Таблица 2 - Динамика теста «Незаконченные предложения» у детей с патологией мочевой системы (стационарный этап реабилитации) (баллы).

*достоверные различия между контрольными и экспериментальными группами

Качественный анализ теста «Незаконченные предложения» показал, что к концу пребывания на этапе реабилитации 78,8% детей конкретно представляли причины своей болезни; вместе с тем нарастает тревожное отношение к самой болезни и результатам лечения (до 46,7% у детей с преимущественным нарушением почечной гемодинамики). Большинство детей (62%) беспокоят

Таблица 2. Динамика теста «Незаконченные предложения» у детей с патологией мочевой системы (стационарный этап реабилитации) (баллы).

Группы	Представления о здоровье	Представления о болезни	Отношение к болезни	Отношение к лечению	Представления о будущем	Отношение семьи к болезни	Отношение к госпитализации	Сумма баллов
Заболевание мочевой системы исходно	2,6 ± 0,17	2,2 ± 0,14	2,9 ± 0,15	2,4 ± 0,17	2,2 ± 0,19	3,1 ± 0,14	3,2 ± 0,16	18,6 ± 1,4
Нарушение уродинамики контроль	0,7 ± 0,14	1,6 ± 0,11	2,0 ± 0,12	0,5 ± 0,13	1,1 ± 0,17	1,4 ± 0,12	2,1 ± 0,14	9,4 ± 1,2
Нарушение уродинамики эксперимент	0,5 ± 0,12	1,2 ± 0,14*	1,8 ± 0,14	0,4 ± 0,17	0,5 ± 0,12*	1,3 ± 0,15	1,2 ± 0,11*	6,9 ± 1,3*
Нарушение почечной гемодинамики контроль	1,4 ± 0,11	2,6 ± 0,15	3,1 ± 0,11	2,5 ± 0,12	2,1 ± 0,16	2,3 ± 0,17	2,4 ± 0,12	16,4 ± 1,4
Нарушение почечной гемодинамики эксперимент	1,2 ± 0,12	2,3 ± 0,13*	3,0 ± 0,17	1,7 ± 0,14	1,5 ± 0,12*	2,0 ± 0,17	1,7 ± 0,14	13,4 ± 1,1*

*достоверные различия между контрольными и экспериментальными группами

Таблица 3. Динамика теста «Рисунок болезни» у детей с патологией мочевой системы во время курса лечения

Показатели	Цветовая гамма		Детализация		Сюжет		Динамика сюжета
	До	После	До	После	До	После	
Нарушение уродинамики контроль	2-3 цвета	2-3 цвета	+	++	+	++	Присутствует
Нарушение уродинамики эксперимент	2-3 цвета	Больше 3-х цветов	+	+++	+	+++	Присутствует
Нарушение почечной гемодинамики контроль	1 цвет	1 цвет	-	±	-	±	Отсутствует
Нарушение почечной гемодинамики эксперимент	1 цвет	2-3 цвета	-	+	-	++	Присутствует

проявления заболевания, а не процесс лечения. 74 % пациентов считали, что им легче становится от различных положительных психоэмоциональных факторов. Однако 68% детей ждут от лечащего врача эффективного лечения, а 46,7% ставят на первое место положительные личностные качества лечащего врача. 83,6% детей лечатся для того, чтобы в будущем быть здоровыми, а 32% - чтобы добиться «успеха в жизни». Несмотря на хроническую патологию, все опрошенные видят благоприятный исход заболевания.

Динамика психоэмоционального состояния отчетливо прослеживается при оценке теста «Рисунок болезни». В методике оценки учитывались цветовая гамма рисунка (использован один цвет, два-три или рисунок многоцветовой); наличие или отсутствие сюжета; детализация рисунка; динамика сюжетной линии. При оценке теста выявлена разница у групп детей с различным клинико-патогенетическим вариантом заболеваний МС

(таблица 3). Так для детей с преимущественным нарушением почечного кровотока рисунок чаще моноцветный, сюжет отсутствует, рисунок слабо детализирован, динамика сюжета на протяжении курса лечения небольшая. У больных с преимущественным нарушением уродинамики сюжет рисунка совпадает с конкретными проявлениями болезни (особенно у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря) и, как правило, излишне детализирован. В динамике клинического этапа выявлены различия психоэмоциональной реакции по данному тесту у детей контрольных и экспериментальных групп: в экспериментальной группе детей с нарушениями уродинамики возрастает цветовая насыщенность рисунка; увеличивается его детализация и усиливается сюжетная линия. В экспериментальной группе детей с нарушением почечной гемодинамики цветовая гамма возрастает минимум до 2-3-х цветов; возникает детализация рисунка, его сюжет и прослеживается динамика сюжета. Указанные измене-

ния свидетельствуют о формировании положительного психоэмоционального фона, что, скорее всего, связано с использованием специальных средств ЛФК.

Таблица 3 - Динамика теста «Рисунок болезни» у детей с патологией мочевой системы во время курса лечения

Выводы

1. У детей с патологией МС на фоне дисплазии соединительной ткани, получавших средства ЛФК в оптимальном объеме, выявлена положительная динамика показателей по всем рассмотренным тестовым оценкам.

2. Для решения задачи формирования положительного психоэмоционального фона необходима интегрированная работа различных служб, обеспечивающих реабилитационный процесс, особенно с учетом появления

профессионального стандарта врача по «медицинской реабилитации»

3. Методики оценки психоэмоционального статуса детей с патологией МС на фоне дисплазии соединительной ткани должны более широко использоваться медицинским персоналом, реализующим программы лечебной физкультуры на этапах реабилитации, в том числе – для оценки эффективности метода ЛФК как управляющего воздействия и обеспечения повышения качества жизни пациентов. ■

В.А.Кучеров, С.В.Матвеев, МУЗ «Тосненская Центральная районная больница». Ленинградская область; ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Литература:

1. Абросимова Л.И., Бахрах И.И., Дорохов Р.Н., Карасик В.Е. и др. Исследование и оценка биологического возраста детей и подростков // *Детская спортивная медицина под ред. С.Б. Тихвинского и С.В. Хрущева*. – М.: Медицина, 1991. – С. 55-72.
2. Александрова В.А. Актуальные проблемы и стратегические направления в педиатрии // *Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии / Сб. науч. трудов*. – СПб.: ГДЦ, 1996. – С. 34-38.
3. Алексеев С.В. Современные проблемы формирования здоровья подрастающего поколения и их влияние на развитие всего общества в целом // *Экология и здоровье детей – основа устойчивого развития общества / Сб. матер. всероссийского конгресса*. – СПб, 1997. – С. 10-15.
4. Анохин П.К. *Очерки по физиологии функциональных систем*. – М.: Медицина, 1975. – С. 21.
5. Антропометрический скрининг при массовых профилактических осмотрах детей: *Методические рекомендации под ред. И.М. Воронцова*. – Л.: ЛПМИ, 1991. – 29 с.
6. Аршавский И.А. Актуальные проблемы физиологии развития детей на современном этапе // *Возрастные особенности физиологических систем детей и подростков / Тезисы Всесоюзной конф. «Физиология развития человека»*. – М., 1981. – С. 7.
7. Аршавский И.А. *Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития*. – М.: Наука, 1982. – 270 с.
8. Аулик И.В. *Определение физической работоспособности в клинике и спорте*. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 192 с.
9. Бахрах И.И., Воронцов И.М., Дорохов Р.Н. и др. Исследование и оценка биологического возраста детей и подростков // *Детская спортивная медицина под ред. С.Б. Тихвинского и С.В. Хрущева*. – М.: Медицина, 1991. – С. 230-256.
10. Воронцов И.М. *Закономерности развития детей и методы его оценки: Учебно-методическое пособие*. – Л.: Изд. ЛПМИ, 1986. – 56 с.
11. Вялкова А.А., Гриценко В.А. *Современные представления об этиологии, патогенезе и ранней диагностике микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы у детей // III Конгресс педиатров-нефрологов России. Материалы конференции*. – СПб.: Издание СПбГПМА, 2003. – С.21-31.
12. Громбах С.М. *О критериях оценки состояния здоровья детей и подростков // Журн. «Вестник АМН СССР»*. – М.: №1, 1981. – С.29-35.
13. Игнатова М.С. *Проблемы детской нефрологии на рубеже столетий / Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*. – 1998. – т.43, №1. - С.37-43.
14. Игнатова М.С. *Эволюция представлений о микробно-воспалительных заболеваниях органов мочевой системы / Нефрология и диализ*. – 2001. – т.3, №2. – С.219-227.
15. Кадурина Т.И. *Дисплазии соединительной ткани у детей (клиника, диагностика, лечение)*. – Автореф. дис... доктор мед. наук. – СПб, 2003. – 41 с.
16. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. *Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения*. – Л.: Медицина, 1980. – 207 с.
17. Капитонова Э.К. *Сочетанная патология пищеварительной системы и почек у детей старшего возраста: Автореф. дис. ...канд.мед.наук*. – Минск, 1995. – 17 с.
18. Карпман В.Л., Белоцерковский З.В., Любина Б.Г. *РВС – проба для определения физической работоспособности // Теория и прак. физич.культуры*. – 1969. – № 10. – С.37-40.
19. Коровина Н.А., Ржевская О.Н. *Клиника, диагностика и лечение интерстициального нефрита у детей // Педиатрия*. – 1991. – № 7. – С.12-18.
20. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Г., Гав-

- рюшова Л.П. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей. Пособие для практических врачей. – М.: Принт-Партнер, 2000. – 49 с.
21. Котелевская Н.Б. Дифференцированная методика физического воспитания дошкольников с учетом закономерностей возрастной эволюции. – Автореф. дис. ...канд.пед.наук. – СПб, 2000. – 24 с.
 22. Котлярова М.С. Особенности сочетанной патологии почек и органов пищеварения немикробной этиологии // Российский педиатрический журнал. – 2003. – №2. – С.19-21.
 23. Круглый М.М., Бутченко Л.А. Заболевания мочевыделительной системы // Детская спортивная медицина под ред. С.Б. Тихвинского и С.В. Хрущева. – М.: Медицина, 1991. – С.489-493.
 24. Лукьянов А.В. Инфекции мочевой системы у детей (этиология, механизмы развития, диспансеризация). – Автореф. дис. ...доктора мед. наук. – Омск, 1995. – 45 с.
 25. Малкоч А.В., Гаврилина В.А. Дисметаболические нефропатии у детей // Лечащий врач. – 2006. – № 1. – С. 32-37.
 26. Оценка основных антропометрических показателей и некоторых физиологических параметров у детей Северо-Запада: Методические рекомендации. – СПб: СПбГПМА, 1997. – 64 с.
 27. Оценка физического и нервно-психического развития детей дошкольного возраста / Сост. Н.А. Ноткина, Л.А. Казьмина, Н.Н. Бойнович. – СПб.: Акцидент, 1999. – 32 с.
 28. Папаян А.В., Ходырева Г.А., Дикова Н.С. Распространенность заболеваний почек у детей Санкт-Петербурга // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения / Тез. докл. науч. конф. – СПб., 1995. – С.350-351.
 29. Папаян А.В., Аничкова И.В., Касаев А.А., Цветкова И.Г. К вопросу о пузырно-мочеточниковом рефлюксе и рефлюкс-нефропатии в детском возрасте // I конгресс педиатров-нефрологов России. – СПб, 1996. – С.298-299.
 30. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста: Руководство для врачей. – СПб.: СОГИС, 1997. – 719 с.
 31. Папаян А.В., Эрман М.В., Аничкова И.В. и др. Инфекция органов мочевой системы у детей (этиопатогенез, диагностика и лечение): Пособие для врачей и студентов старших курсов. – СПб.: издание ГПМА, 2001. – 56 с.
 32. Пенкин В.Н. Физическое развитие больных детей // Актуальные вопросы детской нефрологии и урологии / Матер. науч.-практ. конф. – Алматы, 1998. – С.20-21.
 33. Пивоваров Ю.П. К вопросу о факторах, формирующих здоровье детей и подростков // Сб. докл. науч. сессии «Ребенок: проблемы экологии и здоровья». – СПб, 1999. – С. 92-99.
 34. Проблемы прогнозирования здоровья детей: Обзорная информация / Сост. Р.П. Нарциссов, Е.И. Степанова. – М., 1987. – Вып 3. – 64 с.
 35. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: Учебное пособие // Под ред. Д.Н.Исаева и В.Е.Кагана. – СПб.: ПМИ, 1991. – 80 с.
 36. Садофьева В.И. Нормальная рентгеноанатомия костно-суставной системы у детей. – Л.: Медицина, 1990. – 216с.
 37. Сердюковская Г.Н. Гигиенические аспекты здоровья подрастающего поколения // Проблемы охраны здоровья детей дошкольного возраста. – М, 1981. – С. 3-11.
 38. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление (теория и практика). – М.: Мед, 2003. – 192 с.
 39. Троицкая Н.Б., Попова Л.Д., Астафьева А.Р. и др. Результаты диспансерного наблюдения за детьми с нарушением акта мочеиспускания // I конгресс педиатров-нефрологов России. – СПб, 1996. – С.314-315.
 40. Царегородцев А.Д., Игнатова М.С. Заболевания органов мочевой системы у детей // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2001. – №4. – С.25-28.
 41. Царегородцев А.Д. Актуальные проблемы детской нефрологии // III конгресс педиатров-нефрологов России / Матер. конгресса. – СПб., СПбГПМА, 2003. – С.3-6.
 42. Эрман М.В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах. Справочное руководство. – СПб.: «Специальная литература», 1997. – 414 с.
 43. Эрман М.В., Марцудевич О.И. Ультразвуковое исследование мочевой системы у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 160 с.
 44. Эрман М.В. Современные принципы лечения пиелонефрита у детей // Проблемы педиатрии: Материалы конференции / Под ред. проф. Ф.П. Романюка, проф. В.П. Алферова, проф. Н.В. Орловой – СПб, 2004. – С.250-275.
 45. Эрман М.В., Лукьянов А.В. Инфекция мочевой системы у детей. Наука и практика. Что делать? // Проблемы педиатрии: Материалы конференции / Под ред. проф. Ф.П. Романюка, проф. В.П. Алферова – СПб, 2005. – С.128-200.
 46. Эрман М.В., Луппова Н.Е., Сагитова Г.Р., Ивашикина Т.М., Земляков В.В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс-нефропатия у детей. Проблемы сегодняшнего дня... // Проблемы педиатрии: Материалы конференции / Под ред. проф. Ф.П. Романюка, проф. В.П. Алферова, д.м.н. И.Ю. Мельниковой. – СПб, 2006. – С. 178-231.