DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-161-1-70-74

Желчнокаменная болезнь в структуре нозологии педиатрического отделения городского стационара

Дубровская М. И.¹, Ляликова В. Б.², Романова Е. А.¹, Давиденко Н. В.³, Зубова Т. В.³, Боткина А. С.¹¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия² Первый Московский медицинский государственный университет им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия³ Детская городская клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского, г. Москва, Россия

Cholelithiasis in the structure of nosology at the pediatric department of children's city clinical hospital

M. I. Dubrovskaya¹, V. B. Lyalikova², E. A. Romanova¹, N. V. Davidenko³, T. V. Zubova³, A. S. Botkina¹¹ Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia³ Children's City Clinical Hospital № 9 named. G. N. Speransky, Moscow, Russia

Для цитирования: Дубровская М. И., Ляликова В. Б., Романова Е. А., Давиденко Н. В., Зубова Т. В., Боткина А. С. Желчнокаменная болезнь в структуре нозологии педиатрического отделения городского стационара. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;161(1): 70–74.

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-161-1-70-74

For citation: Dubrovskaya M. I., Lyalikova V. B., Romanova E. A., Davidenko N. V., et al. Cholelithiasis in the structure of nosology at the pediatric department of children's city clinical hospital. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;161(1): 70–74. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-161-1-70-74

✉ Corresponding author:

Дубровская Мария Игоревна
Mariya I. Dubrovskaya
Scopus Author ID: 36503746700
marigubr@gmail.com

Дубровская Мария Игоревна, кафедра госпитальной педиатрии имени академика В. А. Таболина педиатрического факультета, профессор, д.м.н., Scopus Author ID: 36503746700

Ляликова В. Б., кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, доцент, к.м.н., Scopus Author ID: 6506280002

Романова Е. А., кафедра госпитальной педиатрии имени академика В. А. Таболина педиатрического факультета, клинический ординатор, Scopus Author ID: 7103134551

Давиденко Н. В., заведующая 4 педиатрическим отделением (гастроэнтерологии) к.м.н.

Зубова Т. В., врач гастроэнтеролог 4 педиатрического отделения (гастроэнтерологии)

Боткина А. С., кафедра госпитальной педиатрии имени академика В. А. Таболина педиатрического факультета, доцент, к.м.н., Scopus Author ID: 57191994003

Maria Igorevna Dubrovskaya, Department of Hospital Pediatrics named after Academician V. A. Tabolin of the Pediatric Faculty, professor, M.D. Scopus Author ID: 36503746700

V. B. Lyalikova, Department of Pediatrics and Children's Infectious Diseases, Associate Professor, M.D., PhD, Scopus Author ID: 6506280002

E. A. Romanova, Department of Hospital Pediatrics named after Academician V. A. Tabolin of the Pediatric Faculty, Clinical resident, Scopus Author ID: 7103134551

N. V. Davidenko, Head of the 4th Paediatric Department (Gastroenterology), M.D., PhD

T. V. Zubova, doctor of gastroenterology of the 4th pediatric department (gastroenterology)

A. S. Botkina, Department of Hospital Pediatrics named after Academician V. A. Tabolin of the Pediatric Faculty, M.D. Ph D. Scopus Author ID: 57191994003

Резюме

Цель исследования: выявить частоту и особенности течения ЖКБ на основе изучения историй болезни детей, госпитализированных в отделение гастроэнтерологии ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского в 2016–2017 гг.

Материалы и методы: проанализировано 3200 историй болезни детей, у 32 детей была диагностирована желчнокаменная болезнь ЖКБ, из них — 11 мальчиков и 21 девочка в возрасте от 1 г 9 мес до 17 лет 8 мес. Оценивались антропометрические данные, семейный анамнез, длительность заболевания, наличие абдоминалгии, эпизоды резкого снижения массы тела. Проводились лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты: желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается у 10% детей с заболеваниями пищеварительного тракта, преимущественно у девочек, около половины пациентов имели нормальную массу тела и отягощенную наследственность по ЖКБ, а у каждого пятого ребенка родственники страдали избыточной массой тела. В 28% случаев был

выявлен синдром цитолиза (> 10 норм) и холестаза (> 3 норм), клинические симптомы ЖКБ отмечались в течение 3 мес, у половины детей диагностированы аномалии развития и взвесь в полости желчного пузыря. 25% подростков девушек сознательно снижали массу тела.

Заключение: при обнаружении камней в желчном пузыре необходимо определять показатели функции печени и поджелудочной железы, несмотря на возможное отсутствие жалоб на боли в правом подреберье.

Ключевые слова: дети, желчнокаменная болезнь, избыточная масса тела, цитолиз, холестаз.

Summary

The purpose of the study was to reveal the frequency and characteristics of the course of the cholelithiasis on the basis of studying the histories of children hospitalized in the Department of Gastroenterology of the State Children's Hospital No. 9 named after GN Speransky in 2016–2017.

Materials and methods: 3200 case histories of children were analyzed; in 32 children, cholelithiasis was diagnosed, among them 11 boys and 21 girls aged 1–9 months to 17 years 8 months. Anthropometric data, family history, duration of the disease, presence of abdominalgia, episodes of a sharp decrease in body weight were evaluated. Laboratory and instrumental studies were conducted.

Results: cholelithiasis occurs in 10% of children with digestive tract diseases, mostly in girls, about half of patients had normal body weight and heredity of cholelithiasis, and in every fifth child, relatives suffered from excessive body weight. In 28% of cases, cytotoxic syndrome (> 10 norms) and cholestasis (> 3 norms) were detected, clinical symptoms of cholelithiasis were noted within 3 months, in half of the children developmental abnormalities and a suspension in the gallbladder cavity were diagnosed. 25% of adolescent girls deliberately reduced body weight.

Conclusion: when detecting stones in the gallbladder, it is necessary to determine the indicators of liver and pancreas function, despite the possible absence of complaints of pain in the right hypochondrium.

Keywords: children, cholelithiasis, overweight, cytotoxicity, cholestasis

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в настоящее время представляет собой актуальную проблему здравоохранения развитых стран, встречается у 20% населения и является самой частой причиной госпитализации среди заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1]. В России среди различных контингентов обследованных распространенность ЖКБ колеблется в пределах 3–12% [2]. Распространенность ЖКБ увеличивается с возрастом, достигая максимальной частоты в 40–69 лет. К факторам риска образования камней желчного пузыря (ЖП) относят наследственную предрасположенность, избыточную массу тела (повышенный индекс массы тела) и женский пол. При быстрой

потере массы тела также повышается риск развития симптоматической ЖКБ. Более, чем в 80% случаев отмечается бессимптомное течение [1]. Среди детей частота выявления ЖКБ составляет около 5% [2], отмечается устойчивая тенденция наследования по женской линии с рецессивным типом наследования [3], у более чем половины детей с ЖКБ выявляются аномалии развития желчевыводящей системы [4], среди детей, страдающих избыточным весом и метаболическим синдромом, ЖКБ выявляется в 20% случаев [5]. Латентное (бессимптомное) течение заболевания встречается у большинства (72–88%) детей. Приступы типичной желчной колики встречаются только у 5–7% детей [6].

Материалы и методы

Нами было проанализировано 3200 историй болезни детей, госпитализированных, обследованных и пролеченных в педиатрическом отделении (гастроэнтерологии) ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперан-

ского в 2016–2017 гг. Дети госпитализировались с симптомами диспепсии, жалобами на боли в животе различной локализации, запором, патологическими примесями в стуле, потерей массы тела.

Результаты

У 32 детей была диагностирована ЖКБ, что составляет 10% от всех пролеченных больных. Из них – 11 мальчиков и 21 девочка в возрасте от 1 г

9 мес до 17 лет 8 мес. Поводом для госпитализации этих детей были диспепсические явления, боли в животе различной локализации, обнаружение

Таблица 1.

Распределение детей в зависимости от SDS индекса массы тела

Примечание:

ИМТ индекс массы тела
SDS стандартное отклонение индекса массы тела

Масса тела	SDS по ИМТ	Количество детей (N=32)
Значительный дефицит массы тела	< - 2,00	2
Дефицит массы тела	-1,00 – -1,99	2
Нормальная	-0,99 – +0,99	15
Избыточная (overweight)	1,00–1,99	9
Ожирение (obesity)	Умеренное	–
	Морбидное	4

Таблица 2

Биохимический анализ крови у детей с ЖКБ, среднее М (минимум-максимум)

Показатели	Значения	Норма
Аланинаминотрансфераза, ед/л	147, 0 (9–1037)	до 40
Аспаратаминотрансфераза, ед/л	117,6 (11–887)	до 40
Щелочная фосфатаза, ед/л	184,5 (66–434)	до 500
Гамма глутамилтрансфераза, ед/л	80,3 (9–507)	9–64
Холестерин ммоль/л	4,2 (2,8–7,6)	1,7–5,2
Билирубин общий мкмоль/л	21,1 (3,6–87,4)	1,3–20,5
Билирубин прямой мкмоль/л	17,9 (1,5–42)	1,5–7,0
Общая амилаза, ед/л	49,5 (22–93)	0–80
Панкреатическая амилаза, ед/л	19,7 (6,5–34)	17–115
Липаза, ед/л	17,9 (4–48)	8–78

Таблица 3.

Биохимический анализ крови у детей с синдромом цитолиза и холестаза, среднее М (минимум-максимум)

Показатели	Значения	Норма
Аланинаминотрансфераза, ед/л	480,7 (58–1037)	до 40
Аспаратаминотрансфераза, ед/л	362,9 (31–887)	до 40
Щелочная фосфатаза, ед/л	250,4 (81–434)	до 500
Гамма глутамилтрансфераза, ед/л	229,1 (10–507)	9–64
Холестерин, ммоль/л	4,2 (3,0–5,1)	1,7–5,2
Билирубин общий, мкмоль/л	32,5 (13,2–87,4)	1,3–20,5
Билирубин прямой, мкмоль/л	25,0 (16,1–42)	1,5–7,0
Общая амилаза, ед/л	44,7 (22–61)	0–80
Панкреатическая амилаза, ед/л	20,7 (15,6–32,8)	17–155
Липаза, ед/л	24,4 (10–48)	8–78

Таблица 4.

Результаты сбора анамнеза у детей с ЖКБ в зависимости от длительности заболевания.

Группы детей, (N)	Длительность заболевания, М среднее	Наследственность по ЖКБ,%	Наследственность по ожирению,%	Соблюдение диеты,%	Терапия,%
1 (8)	0 мес	12,5	0,0	0,00	12,5
2 (13)	1,8 мес	69,2	38,5	15,4	38,5
3 (11)	37,9 мес	45,5	9,1	54,6	54,6

конкрементов в ЖП при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в амбулаторных условиях при отсутствии клинических симптомов.

Оценивались антропометрические данные, наличие наследственности по ЖКБ, ожирению; длительность заболевания, проведение терапии, соблюдение рекомендованной диеты, наличие локального болевого синдрома в правом подреберье, разлитой абдоминалгии, эпизоды резкого снижения массы тела. Всем детям были выполнены стандартные лабораторные исследования с обязательным включением клинического и биохимического анализов крови, анализа мочи на амилазу. Так же проводились инструментальные исследования: ультразвуковое, эндоскопическое, обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Обработка данных осуществлялась в программе Excel пакета MS Office 2010.

Все обследованные дети с ЖКБ были разделены на возрастные группы с 1 года до 3 лет, с 3–7 лет,

с 7–13 лет и 13–18 лет согласно принятой возрастной периодизации Н. П. Гундобина [7].

По данным литературы среди детей до 7 лет мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки. В возрасте от 7 до 9 лет соотношения мальчиков к девочкам составляет 1:1, в 10–12 лет- 1:2, в подростковом возрасте 1:3 [8].

Индекс массы тела с учётом возраста и пола, стандартное отклонение SDS индекса массы тела определяли с помощью антропометрического калькулятора программ ВОЗ Anthro и Anthro Plus для персональных компьютеров, версия 3, 2009 г. [9, 10] (табл. 1).

Таким образом, среди 32 детей с ЖКБ 15 (47%) пациентов имели нормальную массу тела, у 13 (41%) – отмечалась повышение массы тела, из них 2/3 имели избыточную массу тела и 1/3 – ожирение (морбидное).

Характер распределения детей по наличию избыточной массы тела и ожирения соответствует

современному состоянию популяции, 2/3 которой имеют избыточную массу тела и 1/3 – ожирение.

По данным анамнеза отягощенная наследственность по ЖКБ выявлена у 15 (46,9%) детей, а избыточная масса тела отмечалась у родственников 6 (18,8%) детей.

Длительность заболевания в среднем составляла 13,8 мес. (от 0 мес. до 12 лет), симптоматическую терапию курсами получали 12 (37,5%) детей, диету соблюдали 8 (25%) детей. При поступлении на боли в животе без четкой локализации жаловались 28 (87,5%) детей, болевой синдром в правом подреберье отмечался у 14 (43,8%) пациентов. Интересно, что четкая локализация болевого синдрома в правом подреберье отмечалась во всех возрастных группах, несмотря на то, что дети окончательно дифференцируют степень физиологической интенсивности боли и отделяют ее от аффективного психоэмоционального компонента только в возрасте 10–12 лет [11].

Среди всех обследованных детей незначительный лейкоцитоз выявлялся только у 3 (9,4%) детей, результаты биохимического анализа крови представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы, средние значения АЛТ, АСТ, ГГТ и прямого билирубина были повышены, показатели амилазы мочи в среднем составили 295,3 (50–1206) ед/л, при нормативных значениях до 380 ед/л.

Согласно международным рекомендациям, точность УЗИ органов брюшной полости при выявлении камней желчного пузыря превышает 95% [1]. При проведении исследования у всех детей обнаружены конкременты в количестве более 2, размерами от 3 до 33,7 мм, средний размер 10,1 мм. Толщина стенки желчного пузыря составляла в среднем 2,5 мм (от 1 до 8 мм). Аномалия развития (фиксированный перегиб тела ЖП) выявлена у 8 (25%) детей, взвесь в полости желчного пузыря у 11 (34,4%) детей. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 2 (6,3%) детей обнаружены рентгеноконтрастные камни в желчном пузыре.

При УЗИ поджелудочной железы ее размеры в среднем составляли: головка – 16,8 мм (от 11 до 25,2 мм), тело – 9,7 мм (от 6 до 17 мм), хвост – 20,6 мм (от 12 до 27 мм).

Согласно международным рекомендациям, у больных с камнями ОЖП и клиническими проявлениями часто отмечаются изменения биохимических показателей функции печени, повышение концентрации билирубина в сыворотке крови и активности АЛТ, АСТ, γ -ГТ и ЩФ. В первые 72 ч обструкции желчных путей отмечается выраженное увеличение активности аминотрансфераз сыворотки крови с более поздним постепенным увеличением уровней ЩФ и билирубина при сохранении обструкции. Выраженная гипербилирубинемия выше 68 мкмоль/л отмечается только у трети больных с холедохолитиазом [1].

Среди 32 обследованных детей с ЖКБ у 9 (28%) детей по данным биохимического исследования был выявлен синдром цитолиза и холестаза. Среди них было 7 девочек и 2 мальчика, средний возраст 13 (7,1–17,9) лет. Нормальная масса тела определялась у 4 детей, у 3- избыточная масса тела,

у 2 – дефицит массы тела. В этой группе отягощенная наследственность по ЖКБ и избыточной массе тела встречалась чаще, чем среди всех обследованных детей с ЖКБ (66,7 vs 46,9%, 33,3 vs 18,8% соответственно). Длительность заболевания была значительно короче (3,1 vs 13,8 мес), больше половины детей получали терапию курсами (55,6 vs 37,5%), диету соблюдал каждый пятый ребенок (как и в общей группе). Особенности абдоминального синдрома не выявлялись. Учитывая высокие цифры ферментов печени, проводилась дифференциальная диагностика с вирусными, лекарственными, аутоиммунными поражениями и наследственных заб печени.

При ультразвуковом исследовании ЖП средний размер конкрементов был меньше (7,7 vs 10,1 мм), аномалии развития ЖП выявлялись в значительно чаще (55,6 vs 25%), как и взвесь в полости ЖП (55,6 vs 34,4%). Все камни были рентгенонегативными.

Показатели амилазы мочи в среднем составили 369,9 (92–1206) ед/л, при нормативных значениях до 380 ед/л.

Отмечалась быстрая нормализация показателей на фоне приема спазмолитиков, урсодезоксихолевой кислоты и антибактериальной терапии.

По данным литературы у 4–8% пациентов с ЖКБ камни мигрируют в ОЖП и вызывают развитие острого панкреатита при пассаже желчи в двенадцатиперстную кишку или обтурацию сфинктера Одди. В биохимическом анализе отмечаются гиперлипаземия или гиперамилаземия >3 верхних границ нормы, повышение активности аминотрансфераз и показателей холестаза, лейкоцитоз и увеличение концентрации СРБ. У лиц, не злоупотребляющих алкоголем и ранее не имевших отклонений в показателях функции печени, активность АЛТ >150 Ед/мл указывает на билиарную природу панкреатита с диагностической ценностью полученного результата более 85 [1]. В период 2016–2017 гг у детей с ЖКБ билиарный панкреатит не выявлялся, тогда как в предшествующие годы, по данным зав. отд. Давиденко Н. В. билиарный панкреатит встречался в 19,8% из 136 случаев острых панкреатитов различной этиологии [12].

Результаты изучения особенностей течения ЖКБ в зависимости от возраста не представляются убедительными ввиду малого количества детей в каждой возрастной группе.

В зависимости от длительности заболевания дети были разделены на 3 группы: 1 группа – 8 детей, которые сразу были госпитализированы и обследованы в связи с выявлением ЖКБ. 2 группа – 13 детей, которые были госпитализированы и обследованы в течение первых 6 мес (1–5 мес), и 3 группа – 11 детей, которые были госпитализированы позже 6 мес (7–144 мес), прошедших после выявления ЖКБ.

Дети 1 и 3 групп имели в среднем нормальную массу тела (SDS ИМТ 0,1), дети 2 группы – в среднем избыточную массу тела (SDS ИМТ 1,2)

Таким образом, дети, у которых впервые выявлены камни в ЖП и не имевшие жалоб до момента госпитализации составили 25%. У них чаще всего диагностировалась аномалия ЖП, по сравнению с детьми 2 и 3 групп (62,5%, 23,1%, 36,4% соответственно), толщина стенки ЖП была максимальной

(3,7 мм, 2,4 мм, 1,9 мм соответственно). При этом у них отмечались наиболее значительные повышения ферментов печени и билирубина.

Рентгеноконтрастные камни в желчном пузыре обнаружены только у детей со средней длительностью заболевания 37,9 мес.

Согласно клиническим рекомендациям по желчекаменной болезни Союза педиатров России, 2016г вероятность развития ЖКБ при быстром снижении веса составляет более 30%. В возрастной группе 13–18 лет выявлены 5 (24%) девушек, сознательно снижавших массу тела с помощью ограничительных диет и повышенной физической нагрузки. Из них

у 2 отмечаласьотягощенная наследственность по ЖКБ и избыточная масса тела. На момент госпитализации у всех отмечались разлитые абдоминалгии, у 3-х – локальный болевой синдром в правом подреберье. Длительность течения ЖКБ составляла от 0 до 48 мес. При поступлении у 2 определялась нормальная масса тела SDS по ИМТ от –0,06 до –0,79, у 3- избыточная масса тела SDS по ИМТ от 1,06 до 1,56.

При сборе анамнеза у подростков необходимо задавать вопросы об ограничительных диетах, образе жизни, физических нагрузках с целью выяснения возможных факторов риска развития симптоматической ЖКБ.

Заключение

Согласно результатам нашего исследования ЖКБ встречается у 10% детей с заболеваниями ЖКТ, преимущественно у девочек, около половины пациентов имели нормальную массу тела и отягощенную наследственность по ЖКБ, а у каждого пятого ребенка родственники страдали избыточной массой тела. Полученные результаты не противоречат данным литературы.

Обращают на себя внимание следующие факты:

- В 28% случаев был выявлен синдром цитолиза (> 10 норм) и холестаза (> 3 норм), клинические симптомы ЖКБ отмечались в течение 3 мес, у половины детей диагностированы аномалии развития ЖП и взвесь в полости ЖП.

- Каждый четвертый ребенок был госпитализирован и обследован сразу после выявления ЖКБ. Эти дети имели нормальную массу тела, наследственность по ЖКБ была отягощена только у 12,5%, аномалия ЖП обнаружена в 62,5%, толщина стенки ЖП была максимальной по сравнению с другими детьми. Синдром цитолиза достигал значений > 3–5 норм, холестаза – >2–3 нормы.
- Каждая четвертая девушка подросток с ЖКБ сознательно снижала массу тела.

Таким образом, при обнаружении камней в желчном пузыре необходимо определять показатели функции печени и поджелудочной железы, несмотря на возможное отсутствие жалоб на боли в правом подреберье.

Литература | References

- Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей., 2-е изд. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 880 с
Ilchenko A. A. Diseases of the gallbladder and biliary tract: A Guide for Physicians., 2nd ed. Moscow, LLC Publishing House Medical Information Agency, 2011, 880 p.
- Союз педиатров России, клинические рекомендации по желчекаменной болезни, 2016г
Union of Pediatricians of Russia, clinical guidelines for gallstone disease, 2016
- Запруднов А. М., Харитонов Л. А. Билиарная патология у детей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 376 с
Zaprudnov A. M., Kharitonov L. A. Biliary pathology in children. Moscow, Medical Information Agency. Publ, 2008, 376
- Педиатрия: национальное руководство в 2 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1. С. 816–822
Pediatrics: national leadership in 2 tons. Moscow: GEOTAR-Media Publ., 2009, vol. 1, pp. 816–822.
- Л. А. Харитонов, А. М. Запруднов. Заболевания билиарного тракта у детей – современный взгляд на проблему. Педиатрия. 2016. Т. 95, 6: 130–139.
L. A. Haritonova, A. M. Zaprudnov. Diseases of the biliary tract in children – a modern approach to the problem. Peditria. 2016; 95 (6): 130–139.
- А. В. Мазурин, И. М. Воронцов Пропедевтика детских болезней. – М.: «Медицина», 1986: 430 с.
Mazurin A. V., Vorontsov I. M. Propedeutics of childhood diseases. Moscow, Medicine Publ., 1986, 430 p.
- Детские болезни: учебник. Под редакцией Н. Н. Володина, Ю. Г. Мухиной. Том 2. Гастроэнтерология. М.: «Династия», 2011: 156–173
Volodin N. N., Mukhina Yu. G. Children's diseases. Vol.2. Gastroenterology. Moscow, Dynasty Publ., 2011, 156–173
- Тенаев Р. Ф., Обедин А. Н. Синдром боли у детей: диагностика и лечение // Педиатрическая фармакология. 2014. Т. 11 (6): 86–91
Tepaev R. F., Obedin A. N. PAIN SYNDROME IN CHILDREN: DIAGNOSTICS AND TREATMENT (WITH COMMENTARY BY R.F. TEPAEV). Pediatric pharmacology. 2014;11(6):86–91. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/pf.v11i6.1222>
- Давиденко Н. В. Клинико-функциональная характеристика, исходы и прогноз острых панкреатитов различной этиологии у детей: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 педиатрия М., 2006. 176 с
Davidenko N. V. Kliniko-funktsional'naya kharakteristika, iskhody i prognoz ostrykh pankreatitov razlichnoy etiologii u detey: diss. kand. med. nauk [Clinical and functional characteristics, outcomes and prognosis of acute pancreatitis of various etiologies in children. diss. Cand. med. Sciences]. Moscow, 2006, 176 p.