

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

СЕМЕНОВА О.В.

*УО « Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;  
кафедра педиатрии*

**Резюме.** Представлены данные литературы последних лет, касающиеся вопросов медицинской реабилитации детей с патологией билиарной системы. Показана необходимость технологии медицинской реабилитации для повышения эффективности реабилитационных мероприятий. Проведен анализ факторов, способствующих заболеваниям желчевыводящих путей, методов реабилитационных воздействий и методов оценки эффективности реабилитации.

**Ключевые слова:** реабилитация, дети, билиарная система.

**Abstract.** The authors review current literature on medical rehabilitation of children with the pathology of biliary system. The necessity of medical rehabilitation technology for the increase of rehabilitation measures efficacy is shown. Factors contributing to the development of biliary tract diseases, methods of rehabilitation influences and methods of rehabilitation efficacy evaluation are analyzed.

Из года в год растет число заболеваний желчевыводящей системы. В различных регионах мира 10-40% населения страдают желчнокаменной болезнью, ежедневно производится 6850 холецистэктомий [26]. В детской популяции наиболее распространены дисфункциональные расстройства билиарной системы, которые наносят немалый ущерб качеству жизни ребенка [39]. Распространенность холелитиаза у детей составляет 1% [41]. Настораживает рост желчнокаменной болезни. У взрослых за 10 лет число больных увеличивается в 2 раза [26], у детей в 10 раз [41]. Растет количество детей первого года жизни с желчнокаменной болезнью [59]. Выявляются желчные камни у плода [58]. Все это характеризует феномен накоплен-

ной неэффективности здравоохранения [28], суть которого состоит в неуправляемости потоком больных. Для увеличения контингента здоровых детей в обществе необходима медицинская реабилитация.

### Система медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация - это основная часть общего процесса реабилитации. На первом этапе своего развития реабилитация в медицине решала проблемы инвалидов. В настоящее время она в большей степени касается больных. Потребность в медицинской реабилитации больных в 8-10 раз больше, чем у инвалидов [34]. В начале 90-х годов Верховным Советом Республики Беларусь были приняты законы [11,12], которые поставили перед здраво-

охранением задачу создания системы медицинской реабилитации. На основании мирового опыта, обобщенного экспертами ВОЗ и опыта отечественных ученых, такая система была разработана и адаптирована к местным условиям [16,27,34].

### **Концепция последствий болезни**

Теоретической основой медицинской реабилитации стала концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к МКБ IX и X пересмотров [22,23]. Согласно этой концепции, воздействие заболевания на организм человека рассматривается на трех уровнях: органном, организменном и социальном. Конечной целью медицинской реабилитации является улучшение качества жизни пациента путем восстановления функциональных возможностей организма. Эта цель включает 4 задачи: восстановление нарушенных функций, восстановление саногенетических механизмов организма и его личностных качеств, социально-бытовую адаптацию и профессиональное восстановление (для детей- обучение в школе). Последние 2 задачи выходят за рамки медицинских задач, но относятся к важным аспектам медицинской реабилитации, так как являются ее конечной целью [34].

### **Критерии отбора на реабилитацию**

Критериями отбора на медицинскую реабилитацию являются высокая частота встречаемости патологии и обратимость изменений. В возрастном аспекте приоритетом является детский возраст, его отличает высокий реабилитационный потенциал, большая продолжительность жизни, благоприятное соотношение «затраты-эффективность» [34]. Необходимо учитывать не только значимость патологии в инвалидности, но и значимость в качестве жизни и здоровья, так как стоимостный объем потерь, несомых обществом в связи с их снижением, велик [17].

### **Интеграция в лечебно-диагностический процесс**

Медицинская реабилитация интегрируется в лечебно-диагностический процесс и на

ранней стадии заболевания доступна для врачей различного профиля [14]. Местом ее проведения являются поликлиники, многопрофильные больницы, преимуществом является приближение к месту жительства. Для медицинской реабилитации могут использоваться дневные стационары, отделения физиотерапии, ЛФК, кабинеты психотерапии, мануальной терапии и массажа, что уменьшает финансовые затраты. Непрерывность курсов реабилитации обеспечивается домашней реабилитацией.

### **Технология медицинской реабилитации**

Системный подход в медицинской реабилитации обеспечивает технология медицинской реабилитации [29,30,40]. По мнению [34], реабилитационная технология должна включать экспертно-реабилитационную диагностику (определение функционального класса, реабилитационного потенциала и прогноза), формирование клинко-реабилитационных групп, проведение медико-социальной экспертизы, составление индивидуальных программ реабилитации, оценку эффективности реабилитации.

### **Оценка функционального класса**

Первой ступенью в технологии медицинской реабилитации является определение функционального класса-ФК [27]. ФК ранжируется по 5-балльной шкале, принятой за 100 %. ФК0 характеризует нормальное состояние параметра, ФК1 характеризует легкое нарушение, до 25%, ФК2 - умеренное нарушение, 26-50%, ФК3- значительное нарушение, 51-75%, ФК4- резко выраженное и полное нарушение, 76-100%. Известны различные функции желчевыводящей системы: сократительная, концентрационная, абсорбционная, секреторная, регуляторная, гормональная. Все они тщательно изучаются. [42,51,54,62]. Дальнейшие исследования в этой области позволят ранжировать их по функциональному классу.

### **Реабилитационный потенциал**

Второй ступенью, дополняющей экспертно-реабилитационную диагностику, является определение реабилитационного потенциала. Под реабилитационным потенциалом понима-

ют комплекс биологических и психофизиологических свойств человека, позволяющих реализовать его потенциальные способности.[34]. Реабилитационный потенциал оценивают как высокий, при возможности восстановления функций на всех уровнях, средний - при возможности частичного восстановления функций и низкий – при отсутствии возможностей организма к восстановлению. Динамика реабилитационного потенциала может характеризовать эффективность реабилитации [6].

Анализ данных литературы с точки зрения возможности восстановления функций билиарной системы у детей показал, что большинство изменений обратимы, учитывая их функциональный характер [39]. В детском возрасте чаще всего обратим с помощью консервативного лечения острый воспалительный процесс в желчном пузыре [48]. Известно спонтанное растворение желчных камней у плода спустя 2-3 месяца после их выявления [50]. Компенсаторные возможности у ребенка после холецистэктомии лучше, чем у взрослых [46,49,55], смертельных исходов не получено.

Однако качество жизни больного с патологией билиарной системы снижено, что обусловлено рецидивами абдоминального болевого синдрома, диспепсическими явлениями, нарушением пищеварения [2,39]. При отсутствии лечения нарушаются рост и развитие ребенка. Рецидивы камнеобразования в первые 6 месяцев после операции отмечаются у 34% детей [13,41]. После холецистэктомии у детей выявлено нарушение поглотительно-выделительной функции печени, дисфункция сфинктера Одди и дуоденогастральный рефлюкс [33]. Консервативное лечение (хенофальк, урсофальк) у детей ограничено особым механизмом камнеобразования [20,41]. Даже при наличии единичного холестеринового камня малых размеров, сохраненной функции желчного пузыря и полной проходимости желчных протоков растворения удается добиться не более, чем у 5% детей [41]. Изучается проблема билиарного сладжа [15].

Необратимые изменения могут быть обусловлены врожденной патологией билиарной системы. Септы и изменения формы желчного пузыря способствуют нарушению оттока желчи. Атрезия желчевыводящих путей выявляет-

ся у 0,01% детей, продолжительность их жизни при отсутствии лечения только 11-16 месяцев, при оптимальных условиях излечиваются 30-40% детей[20]. Среди врожденных аномалий органов пищеварения, требующих неотложной помощи в неонатальном периоде, атрезия желчевыводящих путей на втором месте после врожденной кишечной непроходимости[8]. Эта патология влияет на показатель детской смертности.

Таким образом, разнообразие изменений желчевыводящей системы у детей, их клиническая значимость для качества жизни ребенка и детской смертности подтверждают важность определения реабилитационного потенциала в экспертно-реабилитационной диагностике. Оценка реабилитационного потенциала при билиарной патологии у детей требует изучения.

### Реабилитационный прогноз

Вероятность реализации реабилитационного потенциала характеризует реабилитационный прогноз. Для оценки реабилитационного прогноза у больных с последствиями мозгового инсульта и черепно-мозговой травмы необходимо нейропсихологическое тестирование [5]. Оценка факторов, влияющих на прогноз при патологии билиарной системы, является одной из актуальных и важных задач современной медицины.

Большое значение уделяется факторам питания в камнеобразовании [52,60]. Авторы отмечают неблагоприятное действие избытка углеводов, особенно рафинированных, дефицита белка и растительных волокон, гипокалорийных диет (менее 700 ккал/сут.), парентерального питания длительностью более двух недель. Эти факторы изменяют состав желчи, липидный обмен, микрофлору кишечника, что увеличивает риск образования камней в желчном пузыре[57]. Исследования, проведенные институтом питания Российской АМН [21], показали, что более чем у 90% населения питание несбалансированно, а в низкодоходных семьях более половины женщин потребляют белка менее 0,75 г/кг массы тела, что ниже безопасного уровня потребления, принятого ВОЗ. Это сопровождается снижением сопротивляемости к инфекциям, стрессам, распространени-

ем ожирения, сахарного диабета и способствует камнеобразованию. Установлено снижение сократительной способности желчного пузыря у детей, находящихся на искусственном вскармливании коровьим молоком [56], при коликах на коровье молоко отмечается повышенный уровень мотилина в сыворотке крови, при исключении коровьего молока из питания ребенка колики проходят. Влияние характера вскармливания на функциональное состояние билиарной системы недоношенных новорожденных изучено [44].

Доказана роль инфекции (кишечной палочки, клебсиеллы, кокковой флоры, энтеробактерий, грибов) в воспалении желчевыводящей системы [10,47,53,61]. Изучается значение хеликобактерий [63,64,70], данных о их роли в камнеобразовании не получено, предполагается, что они могут быть причиной воспалительного процесса. Определена токсичность цефтриаксона и флуклоксациллина для эпителия желчевыводящих путей и гепатоцитов, что способствует стазу желчи и образованию камней [65,66]. Установлена мутация гена ABCB4 [45], основного фактора риска при симптоматической рецидивирующей форме холелитиаза у молодых людей. Установлено значение внутриутробной гипоксии плода и гипоксии в родах для снижения функциональной активности желчевыводящей системы новорожденных детей [7].

Таким образом, оценка факторов, способствующих патологии билиарной системы, имеет большое значение для определения реабилитационного прогноза ребенка, указывает на важность подробного анамнеза в экспертно-реабилитационной диагностике. Необходимо дальнейшее изучение клинической значимости факторов, определяющих реабилитационный прогноз для повышения эффективности реабилитации.

#### **Формирование клинико-реабилитационных групп**

На основании данных, полученных в результате реабилитационной диагностики, формулируется клинико-функциональный диагноз. Он является основанием для формирования клинико-реабилитационных групп и составления программы реабилитации. Критерии формирования клинических реабилитационных

групп в технологии медицинской реабилитации разработаны [34]. При патологии билиарной системы этот вопрос требует изучения.

#### **Программа реабилитации**

Программа реабилитации предусматривает снижение факторов отрицательного воздействия внешней среды, увеличение способности личности противостоять заболеванию, устранение обратимых функциональных последствий болезни, компенсацию не полностью обратимых последствий, адаптацию (физиологическую и психологическую) к условиям жизнедеятельности и труду. Выполнение программы реабилитации организуется лечащим врачом и специалистами по профилю заболевания с активным участием пациента [35]. Программа реабилитации составляется на конкретного больного (индивидуальная программа реабилитации), она должна быть адекватна функциональному дефекту. Подходы к формированию программ реабилитации больных язвенной болезнью предлагает [14]. Типовые индивидуальные программы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии разработаны [37]. Составление индивидуальных программ реабилитации детей с патологией билиарной системы требует изучения.

#### **Реабилитация и лечение**

Реабилитация и лечение решают схожие задачи. Однако лечение направлено на организм, на болезнь, на настоящее. Реабилитация направлена на устранение последствий болезни, адресована к личности и направлена в будущее. Лечение учитывает нозологический диагноз и ликвидирует заболевание пассивным методом. Реабилитация учитывает клинико-функциональный диагноз и устраняет последствия болезни с участием больного [34].

#### **Эффективность методов реабилитации**

Большое внимание в медицинской реабилитации уделяется психотерапевтическим методам. Предполагается, что они должны предшествовать физическим методам. Установлена эффективность психотерапевтических методов у больных с острым коронарным синдромом [4].

При заболеваниях желчевыводящей системы у детей консультация психотерапевта проводится в необходимых случаях. Методы информационных технологий развиваются. Предметом научных исследований является не больной или здоровый человек, а человек и социум, обсуждается экономическое значение категории здоровья, способность человека к генерации новой информации, улучшающей его адаптацию и повышающей качество жизни, что обеспечивает устойчивое развитие [17].

Анкетирование родителей детей, больных гастродуоденитом [9], показало, что 80% родителей имеют низкий уровень знаний о заболеваниях ребенка, 50% родителей не полностью выполняют назначения врача (причины - материальное неблагополучие, непонимание смысла лечения, недоверие к врачу, трудности контроля ребенка), 83% родителей выражают тревогу за будущее своих детей. Поэтому немаловажное значение в медицинской реабилитации имеют образовательные программы, так называемые «школы». Их целью является привлечение больных детей и их родителей к активному участию в лечебно-реабилитационном процессе. Имеется опыт организации гастро-школы у детей [32]. Авторы отмечают, что гастро-школа - это менее затратный и более эффективный метод реабилитации. Плохо информированное окружение ребенка - отрицательный фактор, оказывающий негативное влияние на реабилитацию. Правильно мотивированное окружение может изменить течение болезни. Недостаток общей и медицинской культуры взрослого населения создает трудности в достижении эффективной работы. В условиях технотизации общества больной удаляется от врача. Повышение медицинской активности семьи больного ребенка является важным фактором предотвращения формирования и прогрессирования гастроэнтерологической патологии [43]. В сложных ситуациях для выяснения семейного анамнеза может быть необходима помощь психолога. Организация работы гастро-школы для детей с патологией билиарной системы требует изучения.

Проводится анализ эффективности других методов реабилитации. Известны медикамен-

тозные и немедикаментозные методы воздействия при холепатиях у детей [18]. Показана эффективность иловых сульфидных грязей для улучшения обмена липидов, снижения камнеобразования в желчном пузыре, уменьшения астеновегетативного синдрома у детей с холециститом и дисфункцией желчного пузыря [19]. Авторы отмечают, что у 85% детей уменьшается диспепсия, у 75% уменьшаются увеличенные размеры печени. Однократный прием минеральной воды вызывает улучшение энергетического обмена [38]. Положительное влияние санаторных методов лечения на детей 6-14 лет, независимо от заболевания, установлено [36], автор отмечает, что для детей с высоким исходным уровнем симпатикоадреналовой системы необходим индивидуальный подход. Эффективность реабилитации с использованием санаторных методов лечения в 2-3 раза выше, чем без них [30]. ЛФК и массаж, как и другие немедикаментозные методы воздействия, имеют саногенетическое значение: улучшают работу нервной, эндокринной и иммунной систем, трофические и репаративные процессы, способствуют оттоку желчи.

Таким образом, реабилитационные воздействия высоко эффективны, что отмечается большинством авторов. На каждый вложенный в реабилитацию рубль доход составляет 937 рублей [3]. Сегодня врач должен осознавать и клинические, и экономические аспекты своей деятельности.

### Оценка эффективности реабилитации

Единых подходов к оценке эффективности реабилитации пока нет. Предлагаются критерии клинические, социальные, экономические и другие. Клинические критерии - выздоровление, улучшение, оценка по функциональному классу, реабилитационному потенциалу, снижению заболеваемости, летальности. Социальные критерии - снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, увеличение продолжительности жизни, рождаемости, доступность медицинской помощи, удовлетворенность качеством медицинской помощи. Методики расчетов экономической эффективности медицинских технологий предложены [24], имеются и другие исследования.

### Качество жизни

Интегральным показателем, позволяющим оценить эффективность реабилитации, является качество жизни. Для определения качества жизни используют специальные опросники, их известно более 400 для пациентов с различными заболеваниями. В настоящее время вопрос качества жизни интенсивно разрабатывается. Насчитывается более 10000 публикаций по данному вопросу. Критерий качества жизни гастроэнтерологических больных позволяет определить влияние заболевания на различные составляющие качества жизни, выбрать наиболее эффективный лекарственный препарат, провести фармакоэкономические расчеты, мониторинг состояния больного после лечения и оценить эффективность программ реабилитации [25].

Опросник для гастроэнтерологических больных предлагает [31]. Автором установлено, что для большинства пациентов (77-96%) является проблемой соблюдать диету и лечиться. При болях качество жизни хуже, чем при диспепсии, при частой боли - еще хуже. Качество жизни пациента с желчными камнями зависит от техники операции [69]. Качество жизни детей с неспецифическим язвенным колитом хуже, чем с болезнью Крона [67,68]. Качество жизни зависит от психоэмоционального состояния и типа отношения к болезни, длительности и тяжести заболевания; больные с высокой тревожностью имеют наиболее низкое качество жизни [1].

### Заключение

Таким образом, на сегодняшний день разработана технология медицинской реабилитации, доказана высокая эффективность её методов. Республика Беларусь является единственной страной из стран СНГ, которая приняла на государственном уровне 2 закона, касающихся проблем сохранения здоровья, реабилитации больных и инвалидов. Несмотря на выработку общих концептуальных подходов, применение технологии медицинской реабилитации в различных областях медицины требует доработки

и изучения. При заболеваниях желчевыводящей системы эти вопросы особенно актуальны в условиях быстрого роста патологии, её «омоложения» и неэффективности лечения на поздних стадиях болезни. Разработка реабилитационной диагностики заболеваний желчевыводящей системы в детском возрасте позволяет выявить нарушения на стадии обратимых изменений и определить возможности целенаправленного воздействия методов медицинской реабилитации. Внедрение методов реабилитации, адресованных к личности пациента (ребенку и его родителям), является наиболее эффективной тактикой для увеличения контингента здоровых детей в обществе.

### Литература

1. Бабак Г.А. Качество жизни больных ревматоидным артритом // Медицинские новости.- 2005, №2.- С. 96-100.
2. Белоусова Е.А. Причины, механизмы и методы терапии абдоминальной боли и нарушений пищеварения при билиарной дисфункции //Фарматека.-2003, №13.-С.1-7.
3. Вальчук Э.А. Основы организации медицинской реабилитации // Здоровоохранение Белоруссии.-1989, №2.-С.46-50.
4. Влияние психотерапии на эффективность стационарной физической реабилитации больных с коронарным синдромом / Сумин А.П., Хайрединова О.П., Сумина Л.Ю. и др.// Клиническая медицина.-2000, №6.-С.16-20.
5. Галиновская Н.В., Рябцева Т.Д., Чапко И.Я. Значение оценки нейропсихологического статуса для определения реабилитационного прогноза у больных с последствиями мозгового инсульта и черепно-мозговой травмы// Медицинские новости.- 2005, № 2.- С. 27-30.
6. Горшунова И.К., Старостин П.Ю. Научное обоснование, прогнозирование и критерии эффективности комплексных реабилитационных программ в интернологии // Паллиативная медицина и реабилитация.- 2000, № 1-2.-С.10.
7. Дахно А.Н. Результаты ультразвукового исследования у здоровых детей первых дней жизни.- Деп. в ВИНТИ 08.09.88 № 6902-B88.
8. Диагностика врожденных пороков развития у новорожденных./ Эргашев Н.Ш., Таиров Н.Т., Эргашев Б.Б. и др. // Детская хирургия.- 1999, №4.-С.12-15.
9. Звягин А.А. Необходимость образовательных программ в реабилитации детей с гастродуоденальной патологией // Российский педиатрический журнал.- 2004, №1.-С.18-20.
10. Жукова Л.И. Состояние желчевыводящей системы у детей, больных острыми кишечными инфекциями.

- Деп. в НПО «Союзмединформ» 21.02.91 №Д-20989.
11. Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», 1991.
  12. Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», 1994.
  13. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Лечение детей с желчнокаменной болезнью // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000, №2. - С.39-43.
  14. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Подходы к формированию программы реабилитации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в поликлинике // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2000, №4. - С.8-13.
  15. Ильченко А.А., Вихрова Т.В. Проблема билиарного сладжа // Клиническая медицина. - 2003, №8. - С.17-22.
  16. К концепции медицинской реабилитации / И.Б. Зеленкевич, Л.А Соколовская, Л.С.Гиткина и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 1998, №1. - С. 21-28.
  17. Катков А.Л. Обоснование новой парадигмы и концепции экономики здоровья // Экономика здравоохранения. - 1999, Т1, №11-12. - С.14-17.
  18. Коровина Н.А., Захарова И.Н. Холепатии у детей и подростков. - М.: ИД Медпрактика. - 2003. - 68с.
  19. Лазарев ВВ, Калоева З.Д., Цораева Л.К и др. Реабилитация детей с заболеваниями желчевыводящих путей // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2000, № 1-2. - С.82.
  20. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 264с.
  21. Лоранская Т.И., Шаховская А.К., Павлючкова М.С. Анализ фактического питания больных гастроэнтерологического профиля // Клиническая медицина. - 2000, №11. - С.29-32.
  22. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. - М., 1994-126с.
  23. Международная классификация дефектов инвалидности и нетрудоспособности / ВОЗ. - Женева, 1980. - 112с.
  24. Мовчан К.А., Глушанко В.С., Плиш А.В. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: инстр. по прим. - Мн., 2003. - 23с.
  25. Новик АА., Ионова Т.И., Денисов Н.Л. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии (обзор) // Терапевтический архив. - 2003, № 10. - С. 42-46.
  26. Особенности лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной хроническим панкреатитом / Стрижелецкий В.В. Михайлов А.П. Мехтиев С.Н. и др. - СПб. - 2004. - 36с.
  27. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Методические рекомендации / Л.С.Гиткина, Э.И Зборовский, В.В Колбанов и др. - Мн. 1996-16с.
  28. Пискунов В.А. Концепция и методология развития оздоровительной (восстановительной) медицины // Международный форум «Стратегия здоровья: информационные технологии и интеллектуальное обеспечение медицины. - 97», 4-й. - М., 1997. - С. 12-14.
  29. Поликлиническая педиатрия: Учеб. пособие / Е.П.Сушко, В.И.Новикова, З.И.Петухова и др. - Мн.: Выш.шк., 2000. - 301с.
  30. Ревякина В.А., Бондаренко Е.В., Аджимамудова И.В. Эффективность реабилитации детей с аллергическими заболеваниями // Педиатрия. - 2001. - №5. - С.87-92.
  31. Рутгайзер Я.М. Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клиническая медицина. - 1999, №3. - с 35-38.
  32. Рябухин Ю.В. Проблемно-целевое обучение в организации лечения заболеваний органов пищеварения у детей Смоленской области // Педиатрия. - 2001, №2. - С.51-54.
  33. Сашенкова Т.П., Миронов С.П., Барденикова С.И. Желчевыделение и поглотительно-экскреторная функция печени после холецистэктомии у детей // Педиатрия. - 1986, №2. - С.30-33.
  34. Смычек В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). - Мн, 2000. - 132с.
  35. Смычек В.Б. Индивидуальная программа больных и инвалидов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 1998, № 6. - С. 45-47.
  36. Стрюк Р.И., Длусская И.Г., Цыганок Н.Ю. Новые принципы оценки функционального состояния организма при санаторно-курортном лечении // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2004, №2. - С.28-30
  37. Типовые индивидуальные программы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии // учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Под ред. ЭИ. Зборовского, Т.А Стасевич. И.Б Смыгина. - Мн.: БНИИЭТИН. - 1999. - 274с.
  38. Товбушенко М.П. Энергетические аспекты адаптационных процессов и восстановительного лечения // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2004, №3. - С.30-32.
  39. Урсова Н.И. Диагностический алгоритм и рациональная терапия функциональных нарушений билиарной системы у детей // Русский медицинский журнал. - 2004. - Т.12. - №3. - С.1-6.
  40. Улащик В.С. Система медицинской реабилитации в Республике Беларусь: какой она должна быть // Здравоохранение. - 1999 №6 с. 18-23.
  41. Харитонов Л.А. Холелитиаз у детей - вопросы выбора терапевтической тактики // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, №13. - С.1-7.
  42. Хавкин А.И., Харитонов Л.А. Болезни желчевыводящих путей // Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С.В.Бельмера, А.И.Хавкина. - М.: ИД. Медпрактика. - М., 2003. - С.279-329.
  43. Царегородцев А.Д, Ветров В.П., Балева Л.С. Итоги выполнения отраслевой научно-исследовательской программы «Новые технологии в превентивной клинической педиатрии и детской хирургии» // Педиатрия. - 1999, №6. - С.44-49.
  44. Шевченко Г.К., Сушко Е.П. Выраженность пограничной транзиторной желтухи в зависимости от времени прикладывания к груди // Пограничные состояния у детей: Сб.ст. - Смоленск, СГМИ, 1990. - С.33-36.
  45. ABCB4 gene mutation-associated cholelithiasis in adults / Rosmorduc O., Hermelin B, Boelle PY et al // Gastroenterology. - 2003, №125. - P.452-459.

46. Al- Hamaithi H S, Sukerek H, Klein M, Tolia V. Biliary dyskinesia in children// *Pediatr.Surg.Int.*- 2002.-V 18, №5-6.-P.357-360.
47. Bacteriology and antimicrobial susceptibility in biliary tract disease: an audit of 10-year's experience// Chang WT, Lee KT., Wang SR et al // *Kaohsiung J. Med. Sci.* - 2002.-V18, №5.-P.221-228.
48. Batra V., Ang J.Y., Asmar B I. Staphylococcal acalculous cholecystitis in a child // *South. Med. J.*-2003.-V96, №2.-P.206-208.
49. Endoscopic sphincterotomy in the management of bile duct stones in children // Zargar S.A. Javid G. Khan B.A. et al // *Am J. Gastroenterol.*-2003.-V.98, №3.- P.586-589.
50. Fetal gallstones: sonographic and clinical observations/ Suma V., Varini A., Bucci N. et. al. // *Ultrasound Obstet Gynecol.*-1998.-V12, №6.-P.439-441.
51. Gallbladder motility and cholesterol crystalization in bile from patients with pigment and cholesterol gallstones/ Partincasa P., Di Ciaula A., Vendemiale G. Moschetta A et al // *Eur.J.Clin Invest.*-2000.-V30, №4.-P.317-324.
52. Garcia V., Serra I., Palma R. Nutritional risk factors for gallstones. Epidemiological analysis// *Rev. Med. Chil.*-1998.-V126, №10.-P.1247-1254.
53. Isolation of *Enterobacter intermedium* from the gallbladder of a patient with cholecystitis/ O? Hara CM, Steward C.D. Wright JL et al // *J. Clin Microbiol.*-1998.-V 36, №10.-P.3055-3056.
54. Impaired human gallbladder lipid absorption in cholesterol gallstone disease and its effect on cholesterol solubility in bile / Carradini S.D., Elisei W., Giovannelli I. et al // *Gastroenterology.* -2000.-V 118, № 5.- P.912-920.
55. Laparoscopic cholecystectomy in children: lessons learned from the first 100 patients/ Holcomb G.W., Morgan W.M. Neblett W.W. et al // *J. Pediatr.Surg.*-1999.-V34, №8.-P.1236-1240.
56. Lindberg T. Infantile colic and small intestinal function: a nutritional problem// *Acta Pediatr.*- 1999.-V88, №430.-P. 58-60.
57. Moda MM. Alternative treatment of gallbladder disease/ *Med.hypotheses.*- 2003.-V60, №1.-P. 143-147.
58. Muller R., Dohmann S., Kordts U. Fetal gallbladder and gallstones// *Ultraschall Med.* - 2000.-V 21, №3.-P.142-144.
59. Schweizer P, Lenz M.P., Kirschner H.J. Pathogenesis and symptomatology of cholelithiasis in childhood. A prospective study // *Dig Surg.* - 2000.-V 17, № 5.-p.459-467.
60. Tseng M, Everhart JE., Sandler RS. Dietary intake and gallbladder disease: a review // *Public Health Nutr.*-1999.-V2, №2.-P. 161-172.
61. Wig JD., Singh K., Chawla Y.K., Vaiphei K. Cholangitis due to candidiasis of extra-hepatic biliary tract // *HPB Surg.*- 1998.-V11, №11.-P.51-54.
62. Mucin secretion by the human colon cell line LS 174T is regulated by bile salts/ Klinkspoor J.H., Mok K.S., Van Klinken B.Y et al // *Glycobiology.*-1999.-V9, №1.-P. 13-9.
63. Roosendaal R, Kuipers E.J., Vandenbroucke-Grauls CM, Kusters JG. *Helicobacter* species are not detectable by 16S rDNA PCR in bile from Dutch patients with common bile duct stones // *Digestion.*-2000.-V66, №2.-P. 89-91.
64. Chen W.Li D., Cannan RJ., Stubbs RS. Common presence of *Helicobacter* DNA in the gallbladder of patients with gallstone diseases and controls // *Dig. Liver Dis.*-2003.-V35, №4.-P.237-243.
65. Vega C., Quinby PM., Aspy CB. Hepato-biliary abnormalities secondary to ceftriaxone use: a case report // *J.Okla State Med. Assoc.*-1999.-V92, №8.-P.432-434.
66. Indirect cytotoxicity of flucloxacillin toward human biliary epithelium via metabolite formation in hepatic cells/ Lakehal F., Dansette PM, Becquemont L. et al // *Chem. Res. Toxicol.*-2001.-V14, №6.-P.694-701.
67. Development of quality-of-life index for pediatric inflammatory bowel disease: dealing with differences related to age and IBD type/Griffiths AM., Nicholas D, Munc M et al // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*-1999.-V28, №4.-P.46-52.
68. Koot HM, Bouman NH. Potential uses for quality-of-life measures in childhood inflammatory bowel disease// *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*-1999.-V28, №4.-P.56-61.
69. Brazier JE., Johnson AG. Economics of surgery // *Lancet.* -2001.-V358, №9287.-P.1077-1081.
70. *Helicobacter* DNA in bile: Correlation with hepatobiliary diseases / Fallone CA., Tran M., Semret F. et al // *Aliment. Pharmacol. Ther.*-2003, № 17.-P.453-458.

*Поступила 25.03.2005 г.  
Принята в печать 29.03.2005 г.*