

*На правах рукописи*

**БОРДИН Дмитрий Станиславович**

**СООТНОШЕНИЯ  
КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ,  
ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И  
РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ PH-МЕТРИИ  
У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.05 – внутренние болезни

Автореферат  
диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

**Москва – 2003**

Работа выполнена в Тверской государственной медицинской академии МЗ РФ.

**Научный руководитель:**

Заслуженный деятель науки Российской Федерации,  
доктор медицинских наук,  
профессор  
*вич*

*Волков Виолен Степано-*

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук,  
профессор  
Доктор медицинских наук,  
профессор

*Чернин Вячеслав Васильевич*

*Орлов Владимир Аркадьевич*

**Ведущая организация:**

Российский государственный медицинский университет МЗ РФ

Защита состоится *28 февраля 2003 г.* в *13 час.* на заседании диссертационного совета Д 850.002.01 при Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии (111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86).

Автореферат разослан «\_\_\_» января 2003 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
И.

Парфенов А.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

В клинической гастроэнтерологии одной из основных проблем является язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, о чем убедительно свидетельствует высокая распространенность указанной патологии среди взрослого населения развитых стран (до 2 – 10%) [Цуканов В.В., Штыгаева О.В., 1996; Новицкий В.А. и др., 1998; Kurata J.H. et al, 1985]. Весьма высок индекс рецидивирования язвенной болезни [Бредихина Н.А., 1995]. Ежегодно, примерно у 1 – 2% больных наблюдаются осложнения заболевания (кровотечение, прободение язвы, стеноз) [Циммерман Я.С., Телянер И.И., 1998]. Если добавить, что при этой патологии имеется достаточно высокая временная нетрудоспособность, то можно считать, что проблема ЯБ имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Изучению клинико-патогенетических особенностей рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) посвящено немало работ [Гриневич В.Б. и др., 1993; Чернин В.В., 1994; Товбушенко М.П., 1995; Минушкин О.Н. и др., 1998]. И, тем не менее, до сих пор нет единого мнения в вопросах этиологии и патогенеза данного страдания [Малов Ю.С., 1993; Миронычев Г.Н. и др., 1996; Циммерман Я.С., Телянер И.И., 1998].

Проблема язвенной болезни не потеряла своей актуальности даже в связи с развитием новой, "бактериальной" концепции язвообразования. Внедрение в практику способов лечения, направленных на эрадикацию *Helicobacter pylori* (НР), хотя и привело к уменьшению частоты рецидивов, не снизило заболеваемости.

Психические факторы часто оказывают выраженное влияние на течение и исход язвенной болезни [Ивашкин В.Т., 1997]. По данным Н. А. Бредихиной (1995), у больных ЯБДК в 35% случаев имеются выраженные проявления нарушений психоэмоциональной сферы. Они занимают значительный удельный вес в клинической картине заболевания и фактически являются "второй болезнью", утяжеляющей течение ЯБДК. При этом психоэмоциональные нарушения часто сохраняются после ликвидации болевого и диспепсического синдромов, что заставляет не прекращать лечение больного с ликвидацией эндоскопической картины обострения заболевания. Психическая дезадаптация и вегетативный дисбаланс резистентны к общепринятой терапии ЯБ и могут не меняться месяцами [Бутов М.А., 1998].

Активно обсуждается вопрос об изменениях вегетативной нервной системы (ВНС) в связи с заболеванием. Однако взаимосвязь изменений на сегментарном и надсегментарном уровнях ВНС с клиническими проявлениями заболевания изучена недостаточно.

Остается не выясненным вопрос о значении дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) в патогенезе язвенной болезни [Данилов А.С. и др., 1994; Ступин В.А., Силуянов С.В., 1997; Чернякевич С.А., 1998; Miranda M. et al, 1985; Cascon D. et al, 1988].

Сказанное стимулирует еще более усердное изучение этой болезни с привлечением новых методологических подходов. В частности, большой научный интерес представляет выявление взаимных влияний психологического состояния больного, изменений на надсегментарном и сегментарном уровнях ВНС, наличия и выраженности дуоденогастрального рефлюкса, и их роли в формировании клинических проявлений и особенностей течения язвенной болезни.

### **Цель работы**

Изучить у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки соотношения клинической картины заболевания, психовегетативного статуса и результатов интрагастральной рН-метрии.

### **Задачи исследования**

1. Исследовать психологический статус больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, его связь с особенностями клинического течения заболевания и возрастом пациентов.

2. Исследовать взаимосвязь клинических проявлений заболевания с выраженностью надсегментарных и сегментарных нарушений вегетативной нервной системы.

3. Выявить частоту и клинические проявления вегетативных пароксизмов у больных с обострением ЯБДК и оценить их роль в оформлении клинической картины заболевания.

4. По данным суточного мониторирования рН выявить варианты дуоденогастрального рефлюкса у больных ЯБДК, сопоставить их с клиническими проявлениями заболевания и с особенностями вегетативного обеспечения гастродуоденальной зоны.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Установлена взаимосвязь возраста больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с их психологическим статусом, особенностями отношения к болезни и показателем качества жизни.

2. Помимо соматических проявлений в оформлении клинической картины ЯБДК активное участие принимают психологические

расстройства, нарушения со стороны надсегментарных и сегментарных отделов вегетативной нервной системы.

3. У многих больных ЯБДК выявляются вегетативные кризы, которые, хотя и носят abortивный характер, тем не менее, усугубляют субъективную картину болезни и должны приниматься во внимание при оценке состояния пациента.

4. Суточная интрагастральная рН-метрия позволяет выявить три варианта дуоденогастральных рефлюксов. Они находят отражение в особенностях клинической картины заболевания и влияют на оценку качества жизни больных. В формировании ДГР определенную роль играет функциональное состояние вегетативной нервной системы.

### **Научная новизна исследования**

Впервые проведено комплексное обследование больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, включающее детальное изучение болевого и диспепсического синдромов, психологического состояния пациентов, характера имеющихся у них вегетативных расстройств, особенностей моторно-секреторной функции желудка и ДПК. Установлена тесная взаимосвязь возраста больных ЯБДК с типом отношения к болезни, их жалоб с особенностями психологического статуса, показателем качества жизни, характером вегетативного обеспечения и выраженностью надсегментарных и сегментарных вегетативных расстройств, а так же с наличием и вариантом ДГР.

### **Практическая значимость исследования**

Детализация болевого синдрома при помощи Мак-Гиловского опросника, оценка выраженности расстройств сна, исследование распространенности зон кожной гипералгезии, изучение психологического статуса пациента при рецидиве ЯБДК дополняет результаты общеклинического обследования больного и дает целостное представление об его состоянии. Вегетативные кризы, которые нередко протекают у таких пациентов abortивно, играют важную роль в оформлении клинической картины заболевания и должны приниматься во внимание при оценке состояния больного.

Суточная интрагастральная рН-метрии при рецидиве ЯБДК позволяет получить наряду с количественной характеристикой кислотопродуцирующей функции желудка также и данные о дуоденогастральном рефлюксе и сопоставить их с клиническими проявлениями заболевания.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Психологические методики, оценка выраженности болевого синдрома по данным Мак-Гиловского опросника боли, исследование кислотопродуцирующей функции желудка и моторики верхних отделов пищеварительного тракта с помощью внутрижелудочной кратковременной и [суточной рН-метрии](#) внедрены в практическую работу гастроэнтерологического отделения ГУЗ "Областная клиническая больница" г. Твери.

При проведении работы использовались 2 модификации прибора [«Гастроскан-24»](#), что позволило оценить их потребительские качества. Результаты сравнительных испытаний были изложены в письме изготовителю, и были в дальнейшем учтены специалистами [ЗАО НПП «Исток-Система»](#) (г. Фрязино, Московская обл.) при совершенствовании прибора.

Приняты к использованию 4 рационализаторские предложения.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертации доложены на заседаниях Тверского общества терапевтов (1996, 1998); на 2-й, 4-й, 5-й Российской Гастроэнтерологической Неделе (Москва, 1996, 1998, 1999), на научно-практической конференции "Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами" (Новосибирск, 1997), Всероссийской научной конференции с международным участием «Санкт-Петербург – Гастро-99» (Санкт-Петербург, 1999), 2-й Объединенной Всероссийской и Всеармейской научной конференции «Санкт-Петербург – Гастро-2000» (Санкт-Петербург, 2000), 3-го Российского научного форума «Санкт-Петербург - Гастро-2001» (Санкт-Петербург, 2001), 4-го Российского научного форума с международным участием «Санкт-Петербург - Гастро-2002» (Санкт-Петербург, 2002).

По теме диссертации опубликовано 22 научные работы.

### **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 166 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и методов исследования, трех глав с результатами собственных исследований, обсуждения полученных результатов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа включает 47 таблиц, иллюстрирована 17 рисунками и 3 клиническими наблюдениями. Список использованной литературы содержит указания на 222 работы, в том числе 166 отечественных и 56 иностранных источников.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях гастроэнтерологического отделения государственного учреждения здравоохранения "Областная клиническая больница" г. Твери обследовано 164 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (средний возраст  $33,2 \pm 0,97$  лет, мужчин – 129, женщин – 35).

Наряду с общеклиническим обследованием, всем больным проводилась фиброзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой из антрального отдела желудка и последующей верификацией *Helicobacter pylori* (HP) цитологическим и (или) уреазным методом.

В исследование были включены только те больные, у которых был выявлен *Helicobacter pylori*, не было сопутствующей органической патологии желудочно-кишечного тракта и осложнений во время настоящего обострения заболевания.

Для изучения болевого синдрома у пациентов с ЯБДК с точки зрения ее сенсорных качеств, эмоциональной окраски и интенсивности применялся отечественный вариант **Мак-Гиловского опросника боли** [Кузьменко В.В. и др., 1986].

Психологический статус изучался с помощью **сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ)** [Зайцев В.П., 1981]. Обработка результатов тестирования проводилась при помощи программы "СМОЛ-эксперт" (НМЦ "Радикс", В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян).

Психологическая реакция пациентов на болезнь была исследована с помощью **личностного опросника Ленинградского психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева - ЛОБИ** [Личко А.Е., 1983; Вассерман Л. И. и др., 1987]. Обработка результатов тестирования проводилась при помощи пакета программ "Медитест" (НМЦ "Радикс", В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян).

Наличие и степень выраженности основных форм инсомнии (расстройства засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение) оценивались по 4-балльной системе **шкалы для клинической оценки нарушений сна** [Смирнова Л.Е., 1984].

При изучении **качества жизни** больных использовался тест КНЦ РАМН [Гладков А.Г. и др., 1982]. Обработка анкет проводилась при помощи пакета программ "Медитест". Выраженность состояния стресса у пациентов измерялась с помощью **шкалы психосоциального стресса Л. Ридера** [Копина О., 1992].

У 141 больного изучалось функциональное состояние вегетативной нервной системы с особым вниманием на диагностику веге-

тативных кризов, выявление и оценку распространенности зон гипералгезии кожи. **Зоны Захарьина-Геда** определялись [Берсенев В.А. и др., 1990]: путем легкого проведения по коже тупым концом иглы, при этом нежное и тупое прикосновение в зонах гипералгезии ощущалось как колющее и острое; при проведении по коже острым концом иглы при переходе на зону гипералгезии легкое прикосновение ощущалось как боль; и собирания кожи в складку (кожу и подкожную основу поднимают большим и указательным пальцами и поднимают их) – при гипералгезии появляется тупая давящая, жгучая, режущая или колющая боль. Исследование проводилось на симметричных участках и на разных уровнях спины, груди, живота, рук.

Для оценки направленности вегетативного тонуса и характера симпатико-парасимпатических соотношений использовались **вегетативный индекс Кердо** и **вариационная пульсометрия** (программный комплекс "Кредо", «ДНК и К», г. Тверь).

**Двухчасовая внутрижелудочная рН-метрия** (**ацидогастрометр АГМ-01 МП "Гастротест"**, **ЗАО НПП "Исток-система"**, г. Фрязино) была проведена у 92 больных по общепринятой методике до назначения блокаторов желудочной секреции. Использовался тонкий зонд (наружный диаметр 4,0 мм) с тремя измерительными электродами, которые располагались в антральном отделе, в области тела и в кардиальном отделе желудка. Контроль места расположения электродов зонда осуществлялся рентгенологически и по характеру показаний измерительного устройства.

**Суточный интрагастральный рН-мониторинг** проводился у 45 больных с помощью **компьютерного ацидогастрометрического комплекса «Гастроскан-24»** (АГМ-24МП, **ЗАО НПП "Исток-Система"**, г. Фрязино). Он имеет в своем составе носимый регистрирующий блок с автономным питанием от аккумуляторов. Зонд диаметром 2 мм, состоящий из трех измерительных электродов и кожного хлорсеребряного электрода сравнения, вводился транснозально, а измерительные электроды располагали так же, как при двухчасовой рН-метрии. Информация фиксировалась в памяти прибора каждые 20 с, после завершения исследования передавалась в персональный компьютер и обрабатывалась. Суточный рН-мониторинг позволяет объективно оценить характер кислотопродукции в течение суток, в том числе и ночную секрецию, а так же выявлять дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) [Калинин А.В. и др., 1996; Циммерман Я.С., Будник Ю.Б., 1998; Шibaева Л.О., Селезнева Э.Я., 1998]. В качестве последнего принято расценивать колебания значения рН в сторону повышения (более 4 ед.) на дистальном электроде стан-



дартно расположенного в желудке трехэлектродного рН-зонда (антрум – тело – кардия) [Mattioli S. et al, 1992].

Результаты, полученные в ходе исследования, накапливались в таблицах Excel-97 и обрабатывались с помощью статистических функций указанного приложения. Для количественных признаков рассчитывались средняя величина (M) и ошибка репрезентативности (m), в каждой из выделяемых групп. Межгрупповые различия оценивались с помощью t-критерия Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании структуры и характера жалоб, усредненных профилей СМОЛ и ЛОБИ 129 мужчин (средний возраст  $32,54 \pm 1,08$  года) и 35 женщин (средний возраст  $34,83 \pm 1,84$  года) не было выявлено существенной связи пола больных с особенностями клинической картины заболевания и психологическим статусом.

Напротив, полученные нами данные демонстрируют, что у больных ЯБДК имеются выраженные клинические и психовегетативные особенности заболевания в разные возрастные периоды, наиболее четко отражаемые в типе отношения к болезни (*табл. 1*) и оценке качества жизни. Наблюдается как бы возрастная эволюция внутренней картины заболевания. В возрасте до 20 лет [25 (15,2%) обследованных] единой системы отношения к болезни еще нет. В возрасте 20 – 29 лет [54 (32,9%) больных] формируется смешанный тип отношение к болезни (эргопатический – сенситивный – анозогнозический). При этом эргопатический компонент отражает стремление "уйти от болезни в работу", сенситивный выявляет озабоченность тем впечатлением, которое заболевание может произвести на окружающих, а анозогнозия – активное отбрасывание мысли о болезни, легкомысленное отношение к лечению.

К 30 – 39 годам [45 (27,4%) пациентов] восприятие заболевания становится эргопатическим, характеризующимся наименьшей социальной дезадаптацией. Затем, после 40 лет [40 (24,4%) больных] к эргопатическому вновь присоединяется сенситивное отношение, которое проявляется дезадаптивным поведением и требует коррекции, поскольку его выраженность значительно превышает таковую в других возрастных группах. Указанные особенности в целом свидетельствуют о неодинаковой готовности пациентов четко следовать рекомендациям врача в разные возрастные периоды, что необходимо учитывать при проведении лечения. Оценка качества жизни практически не изменяется до 40 лет ( $-4,08 \pm 0,79$ ;  $-3,22 \pm 0,43$ ;  $-3,70 \pm 0,59$ ), однако, резко снижается в более старшем возрасте ( $-5,05 \pm$

0,47,  $p < 0,01$ ). В основе этого, по-видимому, лежат как рост уровня психосоциального стресса (до 20 лет -  $2,9 \pm 0,12$ ; в возрасте 20 – 29 лет -  $3,0 \pm 0,11$ ; 30 – 39 лет -  $2,8 \pm 0,13$ ; после 40 лет -  $2,5 \pm 0,13$ , все  $p < 0,05$ ) и возрастные особенности.

Таблица 1

Усредненные показатели ЛОБИ в разных возрастных группах больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки ( $M \pm m$ )

Тип отношения к болезни	Сумма диагностических коэффициентов в возрасте			
	до 20 лет	20 – 29 лет	30 – 39 лет	40 лет и старше
Гармоничный	$13,6 \pm 4,0$	$23,6 \pm 3,1$	$27,1 \pm 3,5$ , $p < 0,05$ *	$18,8 \pm 3,8$
Эргопатический	$12,9 \pm 2,7$	$20,6 \pm 2,3$ , $p < 0,05$ *	$27,5 \pm 2,7$ , $p < 0,01$ *	$23,1 \pm 3,1$ , $p < 0,05$ *
Анозогнозический	$10,1 \pm 3,4$	$16,6 \pm 2,4$	$11,0 \pm 2,3$	$12,1 \pm 2,2$
Тревожный	$7,0 \pm 1,3$	$7,4 \pm 0,9$	$8,1 \pm 1,2$	$8,7 \pm 1,0$
Ипохондрический	$9,1 \pm 1,8$	$12,2 \pm 1,5$	$10,1 \pm 1,2$	$9,1 \pm 1,2$
Неврастенический	$9,0 \pm 1,5$	$7,7 \pm 0,8$	$9,4 \pm 0,9$	$8,3 \pm 0,8$
Меланхолический	$5,6 \pm 1,2$	$3,2 \pm 0,7$	$2,8 \pm 0,5$ , $p < 0,05$ *	$4,8 \pm 1,2$
Апатический	$5,5 \pm 1,2$	$3,0 \pm 0,6$ , $p < 0,05$ *	$2,3 \pm 0,5$ , $p < 0,01$ *	$3,0 \pm 0,6$ , $p < 0,05$ *
Сенситивный	$14,8 \pm 1,4$	$16,1 \pm 1,1$	$16,9 \pm 1,0$	$21,4 \pm 1,4$ , $p < 0,01$ *-***
Эгоцентрический	$7,6 \pm 0,8$	$7,7 \pm 0,6$	$8,2 \pm 0,6$	$9,8 \pm 0,8$ , $p < 0,05$ **
Паранойяльный	$4,5 \pm 1,1$	$3,3 \pm 0,4$	$5,1 \pm 0,7$ , $p < 0,05$ **	$5,4 \pm 0,6$ , $p < 0,01$ **
Дисфорический	$7,3 \pm 1,6$	$4,6 \pm 0,7$	$3,6 \pm 0,6$ , $p < 0,05$ *	$3,6 \pm 0,7$ , $p < 0,05$ *

Примечание:  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$  по отношению к больным в возрасте до 20 лет \*, 20 – 29 лет - \*\*, 30 – 39 лет - \*\*\*

Рамками выделены показатели, которые находятся в пределах диагностической зоны, оценки которых отстают от максимальных в пределах 7 баллов.

Болевой синдром является центральным субъективным проявлением ЯБДК, его правильная оценка имеет принципиальное значение в определении тактики лечения и контроле его эффективности.

Больных главным образом беспокоили боли в эпигастральной области, тошнота и рвота. Для уточнения связи между интенсивностью боли и другими жалобами были выделены 4 группы (см. табл. 2 и 3). В 1-ю группу вошел 71 пациент, основной жалобой которых была боль, как правило, ноющего характера. 2-ю группу составили 39 больных, у которых наряду с болью отмечалась тошнота. Присоединение к указанным жалобам рвоты служило критерием отнесения 37 пациентов к 3-й группе. 13 обследованных с безболевым

течением острой фазы заболевания составили 4-ю группу. Главным образом их беспокоили жалобы диспепсического и (или) астенического характера.

Показано, что болевой синдром, сочетающийся с тошнотой и рвотой, в отличие от изолированного, в группах больных сопоставимых по течению ЯБДК (длительность болезни, отсутствие осложнений, количество язвенных дефектов, выраженность гастродуоденита, сроки рубцевания) характеризуется большей интенсивностью как качественно, так и по данным Мак-Гиловского опросника боли (табл. 2). В отличие от больных, предъявлявших жалобы лишь на боль, как «моносимптом», индекс оценки сенсорных характеристик при присоединении к боли диспепсии был выше в 1,5 раза, индекс аффективных характеристик – в 2,7 – 2,9 раза, общий индекс боли – в 1,6 раза. Иными словами присоединение к «чисто болевому» синдрому таких проявлений заболевания, как тошнота и рвота усиливают субъективное восприятие боли. Выраженная аффективная окраска боли у них косвенно свидетельствует [Некрасов М.А., 1990; Melzack R., Katz J., 1985] о нарастании явлений тревоги, депрессии и их соматизации. У таких больных отмечалось нарастание частоты и выраженности расстройств сна, повышение профиля СМОЛ по 1-й, 2-й и 3-й шкалам, а при присоединении рвоты и по 7-й шкале, что выявляло усиление невротических тенденций.

Таблица 2

Количественная оценка болевого синдрома при разных клинических вариантах язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ( $M \pm m$ )

Характеристика боли	Индексы оценки боли в группах		
	1-я	2-я	3-я
Сенсорная	6,7 ± 0,80	10,3 ± 1,39, p<0,05*	10,2 ± 1,07, p<0,05*
Аффективная	1,5 ± 0,32	4,4 ± 0,91, p<0,01*	4,0 ± 0,58, p<0,01*
Оценочная	1,3 ± 0,16	1,6 ± 0,24	1,8 ± 0,25
Сенсорно-аффективная	2,2 ± 0,34	3,3 ± 0,65	3,2 ± 0,54
Интенсивность	1,4 ± 0,13	1,1 ± 0,19	1,7 ± 0,26
Общая	13,1 ± 1,36	20,6 ± 2,97, p<0,01*	20,9 ± 2,04, p<0,01*

Примечание: p<0,05 и p<0,01 по отношению к 1-й группе \*

Приведенные в табл. 3 усредненные показатели ЛОБИ отражают нарастание личностной дезадаптации в связи с заболеванием у больных при сочетании боли с тошнотой и, особенно, рвотой. У них преобладает сенситивное отношение к болезни (озабоченность тем впечатлением, которое заболевание может произвести на окружающих), наблюдается снижение уровня эргопатического (стремление "уйти от болезни в работу"), и нарастание тревожного (беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения бо-

лезни). Оценка качества жизни пациентов с изолированным болевым синдромом довольно высока ( $-3,18 \pm 0,40$ ), несколько снижается при его сочетании с тошнотой ( $-3,87 \pm 0,49$ ) и выходит за пределы нормы при присоединении рвоты ( $-5,22 \pm 0,64$ ,  $p < 0,01$ ).

Таблица 3

Усредненные показатели ЛОБИ при разных клинических вариантах язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ( $M \pm m$ )

Тип отношения к болезни	Сумма диагностических коэффициентов в группах			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Гармоничный	$27,76 \pm 2,81$	$16,77 \pm 3,45$ , $p < 0,05$ *	$15,69 \pm 3,51$ , $p < 0,05$ *	$25,15 \pm 6,76$
Эргопатический	$22,17 \pm 2,17$	$22,33 \pm 2,74$	$16,89 \pm 2,88$	$28,62 \pm 4,72$ , $p < 0,05$ ***
Анозогнозический	$15,87 \pm 1,87$	$10,85 \pm 2,56$	$7,31 \pm 2,26$ , $p < 0,01$ *	$17,00 \pm 5,82$
Тревожный	$5,62 \pm 0,61$	$9,82 \pm 1,23$ , $p < 0,01$ *	$11,33 \pm 1,39$ , $p < 0,01$ *	$5,85 \pm 1,78$ , $p < 0,05$ ***
Ипохондрический	$11,23 \pm 1,12$	$7,72 \pm 1,19$ , $p < 0,05$ *	$10,64 \pm 1,55$	$12,23 \pm 2,83$
Неврастенический	$7,56 \pm 0,64$	$10,10 \pm 1,08$ , $p < 0,05$ *	$9,56 \pm 0,98$	$6,00 \pm 1,42$
Меланхолический	$3,56 \pm 0,61$	$4,03 \pm 0,91$	$5,33 \pm 1,04$	$1,38 \pm 0,83$ , $p < 0,05$ ***
Апатический	$2,96 \pm 0,52$	$3,67 \pm 0,83$	$3,50 \pm 0,54$	$2,15 \pm 0,69$
Сенситивный	$16,15 \pm 0,82$	$19,18 \pm 1,48$	$18,19 \pm 1,25$	$15,77 \pm 2,57$
Эгоцентрический	$7,39 \pm 0,50$	$8,72 \pm 0,64$	$10,36 \pm 0,76$ , $p < 0,01$ *	$7,00 \pm 1,35$ , $p < 0,05$ ***
Паранойяльный	$3,51 \pm 0,45$	$5,67 \pm 0,71$ , $p < 0,01$ *	$5,31 \pm 0,68$ , $p < 0,05$ *	$3,85 \pm 1,37$
Дисфорический	$4,31 \pm 0,65$	$5,36 \pm 1,03$	$4,64 \pm 0,83$	$3,08 \pm 0,88$

Примечание:  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$  по отношению к 1-й группе \*, к 3-й группе \*\*\*

Рамками выделены показатели, которые находятся в пределах диагностической зоны, оценки которых отстают от максимальных в пределах 7 баллов.

Таким образом, жалобы на тошноту и рвоту у больных ЯБДК ассоциируются с нарастанием невротизации, тревоги, дезадаптации к заболеванию, выраженными расстройствами сна и снижением показателя качества жизни.

Невротические сдвиги, возникающие у больного, сопровождаются рядом вегетативных симптомов. Одним из проявлений вегетативной дисфункции являются вегетативные кризы. Специальное изучение частоты и характера вегетативных кризов у 141 больного с обострением ЯБДК показало, что они встречаются у 63 (44,7%) пациентов, в том числе развернутые у 11 (7,8%), abortивные у 52 (36,9%).

Показано, что сочетания таких внезапно возникающих симптомов, как тошнота, урчание в животе, его вздутие, ощущение головокружения, резкая слабость, боли в эпигастрии не связанные с приемом пищи являются не столько проявлениями непосредственно ЯБДК как соматического страдания, сколько признаками abortивно протекающего вагоинсулярного криза. Последние выявлялись у 17% пациентов. Напротив, появление таких симптомов, как тревога, чувство страха, внутреннее напряжение, головная боль, дискомфорт в области сердца, сердцебиение, озноб, спонтанных или возникающих на высоте болевого синдрома в эпигастральной области говорит о наличии в клинической картине заболевания abortивных симпатико-адреналовых панических атак. Они наблюдались у 12,1% пациентов. Нередко (15,6%) вегетативные кризы носили смешанный характер и включали симптомы, характерные для пароксизмального повышения активности как симпатической, так и парасимпатической систем. Они в половине случаев (7,1%) имели развернутый характер, значительно отягощали субъективную картину болезни, часто сочетались с тошнотой (77,3%) и расстройствами сна (85,7%).

Данные Мак-Гиловского опросника показали, что у больных с вегетативными кризами имеются высокие индексы боли (табл. 4). При этом наиболее резко выраженная аффективная окраска боли отмечалась у пациентов со смешанными вегетативными пароксизмами.

Таблица 4

Количественная оценка боли у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с вегетативными кризами и без них (индексы оценки боли,  $M \pm m$ )

Характеристика боли	Характер вегетативного криза			Кризы отсутствуют
	симпатико-адреналовый	вагоинсулярный	смешанный	
Сенсорная	7,56 ± 1,87	8,74 ± 1,43	12,58 ± 1,80	8,58 ± 0,82, p<0,05***
Аффективная	2,63 ± 1,02	2,78 ± 0,49	5,47 ± 1,37	2,32 ± 0,46, p<0,01***
Оценочная	1,00 ± 0,27	1,91 ± 0,35	1,95 ± 0,35, p<0,05*	1,55 ± 0,17
Сенсорно-аффективная	2,00 ± 0,67	3,09 ± 0,67	4,32 ± 1,05	2,32 ± 0,37, p<0,05***
Интенсивность	1,88 ± 0,34	1,35 ± 0,27	1,53 ± 0,30	1,39 ± 0,15
Общая	15,00 ± 3,33	18,04 ± 2,40	26,00 ± 4,36, p<0,05*	16,15 ± 1,55, p<0,01***

Примечание: p<0,05 и p<0,01 по отношению к показателям пациентов с симпатико-адреналовыми кризами \*, со смешанными кризами - \*\*\*

Сопоставление данных вариационной пульсометрии с характером вегетативных пароксизмов показало, что вагоинсулярные кризы возникают на фоне повышенного симпатического тонуса (амплитуда моды  $48,02 \pm 3,24\%$ , у пациентов с симпатико-адреналовыми кризами  $36,70 \pm 3,23\%$ ,  $p < 0,05$ ). Напротив, у больных с паническими атаками симпатико-адреналовой направленности отмечены большие значения вариационного размаха, характеризующего активность парасимпатического отдела ВНС ( $0,48 \pm 0,09$  с, при вагоинсулярных кризах  $0,33 \pm 0,04$  с). То есть наблюдается разная направленность вегетативного тонуса вне криза и характера вегетативного пароксизма.

Сегментарные вегетативные расстройства у больных главным образом проявлялись возникновением зон гипералгезии кожи и мягких тканей (зоны Захарьина-Геда). С учащением вегетативных кризов, эти зоны выявляются чаще и становятся обширнее. Так, у значительной части больных ЯБДК, в клинической картине которых были представлены вегетативные кризы, отмечены зоны Захарьина-Геда ( $58,8 - 77,3\%$ , при отсутствии вегетативных пароксизмов у  $21,8\%$  больных,  $p < 0,05$ ), что по существу является отражением единства изменений в надсегментарном и сегментарном уровнях ВНС. Таким образом, выявление, с одной стороны, наличия, а с другой стороны, распространенности зон гипералгезии наряду с выявлением панических атак является весомым маркером вегетативной дисфункции, а их сочетание может рассматриваться в указанном плане как значимый диагностический синдром.

Таким образом, психологические и вегетативные отклонения принимают активное участие в оформлении клинической картины ЯБДК, однако, непосредственно к язвообразованию приводит нарушение соотношения факторов агрессии и защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны [Ильченко А.А., 1994; Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., 1996; Калинин А.В., 2001].

Анализ результатов суточного мониторирования рН показал, что у большинства больных ЯБДК ( $88,9\%$ ) наблюдаются дуоденогастральные рефлюксы (ДГР). По характеру профиля рН, времени возникновения, и выраженности были выделены следующие варианты ДГР – «постоянный», «гармоничный» и «предутренный». Наиболее часто (в  $57,8\%$ ) наблюдались «постоянные» невысокие ДГР, возникающие днем в периоды между приемами пищи, а так же ночью, и охватывающие преимущественно антральный отдел желудка (рис. 1). Ночные серии ДГР (рис. 2) с четкой гармоничной периодичностью, как правило, достигающие тела желудка были выявлены у  $15,6\%$  больных – «гармоничный» вариант. При «предутреннем» варианте (рис. 3), отмеченном у  $15,6\%$  пациентов, ДГР возникали во

второй половине ночи (после 4 часов) и в 71,4% наблюдений распространялись до кардиального отдела желудка (при «постоянном» варианте – в 7,7%,  $p < 0,05$ ).

Как следует из представленных данных, «постоянные» невысокие ДГР являются наиболее типичными для больных ЯБДК в стадии обострения.

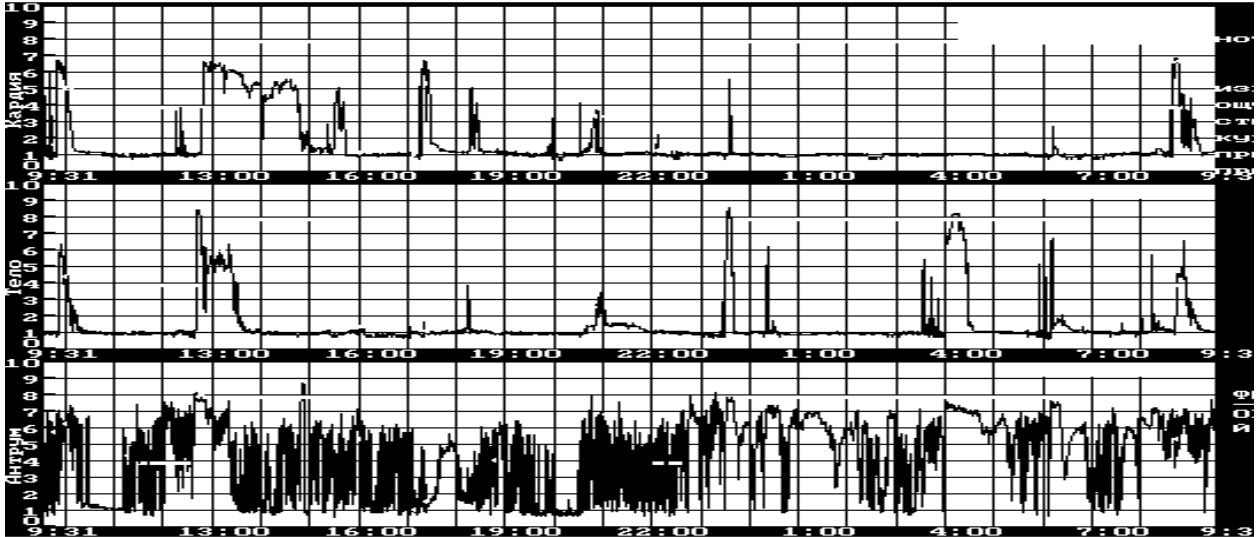


Рис. 1. pH-грамма пациента О. «Постоянные» ДГР (первый вариант). «Постоянные» ДГР в антральном отделе желудка в течение суток, преимущественно не выходявшие за пределы антрального отдела желудка. Смещения уровня pH в кардиальном отделе и теле желудка возникали после приема пищи (9:31, 12:50, 15:30, 17:10, 18:10, 20:50). С 23:00 до 8:30 пациент пищу не принимал. В этот период отмечаются ДГР, достигавшие тела (23:30, 0:20, 3:30, 4:00, 6:00) и кардиального отдела желудка (23:35, 6:05).

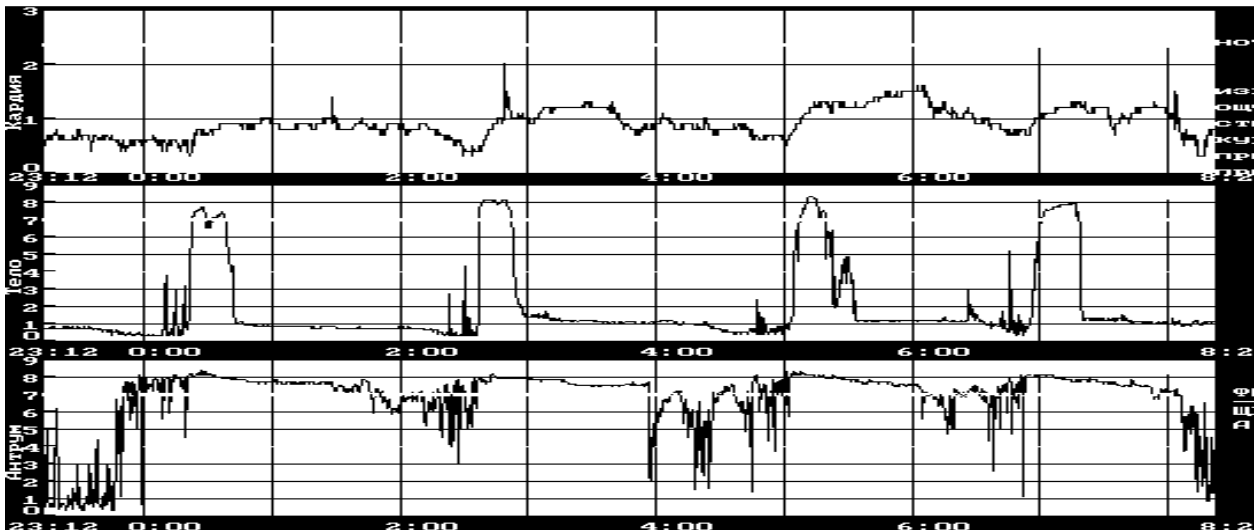


Рис. 2. pH-грамма пациентки Ш. «Гармоничные» ДГР (второй вариант). Профиль pH антрального отдела после 23:50 характеризуется ночными сериями с периодическими длительными сдвигами до pH 8, в виде «плато» длительностью до 2 часов. Указанные сдвиги сопровождаются волнообраз-

ными колебаниями рН в теле желудка достигающими рН 8 длительностью около 20 минут, возникающими с гармоничной периодикой (около 2 часов).

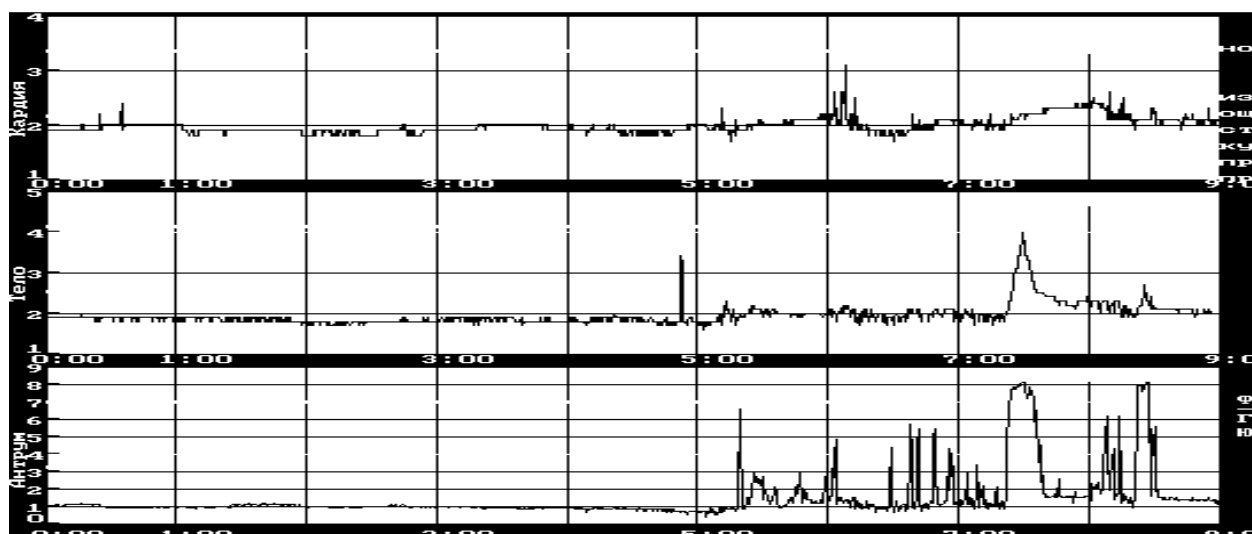


Рис. 3. рН-грамма пациентки Г. «Предутренние» ДГР (третий вариант). ДГР возникали во второй половине (после 4 ч.) ночи и в основном не выходили за пределы антрального отдела желудка.

Клиническая картина ЯБДК у тех немногих больных (11,1%), у которых суточный рН-мониторинг не выявлял ДГР, достаточно бедна. Их беспокоили легкие (20%) или средней интенсивности (80%) ноющие боли в эпигастрии. Тошнота и рвота не встречались. Индексы оценки боли, по данным Мак-Гиловского опросника, были значительно ниже, чем в других группах больных (табл. 5). Вегетативные кризы, выявлявшиеся у 2/3 больных, были представлены, как правило, abortивными вагоинсулярными пароксизмами, тогда как смешанные были для них не характерны. У этих пациентов редко (20%) выявлялись расстройства сна, а показатель качества жизни довольно высок ( $-3,60 \pm 1,36$ ).

Таблица 5

Количественная оценка боли у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при разных вариантах профиля интрагастрального рН (M ± m)

Характеристика боли	Индексы оценки боли			
	ДГР нет	«Постоянный» вариант ДГР	«Гармоничный» вариант ДГР	«Предутренний» вариант ДГР
Сенсорная	3,80 ± 0,58	8,55 ± 1,31	6,83 ± 2,90	4,43 ± 0,78
Аффективная	0,40 ± 0,40	1,50 ± 0,45	2,33 ± 0,84	4,29 ± 1,91, p<0,05*, **
Оценочная	0,40 ± 0,40	1,45 ± 0,34	1,33 ± 0,49	2,29 ± 0,71
Сенсорно-аффективная	0,80 ± 0,49	1,91 ± 0,63	2,50 ± 1,59	3,29 ± 1,38
Интенсивность	0,80 ± 0,49	1,00 ± 0,24	1,00 ± 0,52	2,14 ± 0,67
Общая	6,20 ± 0,58	14,32 ± 2,35	13,83 ± 4,51	16,71 ± 3,99, p<0,05*



Примечание:  $p < 0,05$  по отношению к группе больных, у которых ДГР нет \*, к группе с «постоянным» вариантом ДГР \*\*

При «гармоничном» варианте ДГР при сходном характере боли у большинства больных (71,4%) наблюдалась тошнота, не сопровождавшаяся рвотой. По данным Мак-Гиловского опросника, индексы оценки боли были выше, чем в предыдущей группе, причем показатель сенсорной характеристики в 2 раза, аффективной более чем в 5 раз, оценочной в 3, общей в 2 раза. Панические атаки, также отмечавшиеся у 2/3 пациентов, преимущественно были abortивными вагоинсулярными, однако, в 14,3% имели смешанный характер. Чаще встречались нарушения сна (57,1%). Тем не менее, показатель качества жизни оставался достаточно высоким ( $-3,43 \pm 1,3$ ).

У большинства (57,1%) больных с «предутренним» вариантом ДГР отмечалась высокоинтенсивная боль в эпигастрии, нередко острая (28,6%). Её количественная оценка, по данным Мак-Гиловского опросника, была самой высокой, особенно средние суммарные индексы аффективных характеристик, что отражалось в росте общей оценки. Тошнота сопровождалась рвотой и беспокоила 2/3 больных. При «предутреннем» варианте ДГР были наиболее характерны abortивные вегетативные кризы (71,4%) – вагоинсулярные (42,8%), симпатико-адреналовые (14,3%) и смешанные (14,3%). Были выраженные расстройства сна (71,4%) и значительно снижен показатель качества жизни ( $-7,00 \pm 1,18$ ).

Клинические проявления у больных с «постоянным» вариантом ДГР занимали промежуточное положение между пациентами с «гармоничным» и «предутренним» вариантами. Их беспокоили как ноющая (65,4%), так и острая (7,7%) или схваткообразная (11,5%) боль в эпигастрии, чаще средней интенсивности (46,2%). Тошнота, отмеченная у 38,5% больных, нередко (23,1%) сопровождалась рвотой. Вегетативные пароксизмы отмечались значительно реже – лишь в 34,6% случаев. Инсомния наблюдалась у большинства больных (76,9%). Уровень показателя качества жизни был снижен ( $-5,12 \pm 0,70$ ).

Таким образом, наличие и характер дуоденогастральных рефлюксов, несомненно, находит отражение в клинической картине ЯБДК.

Было показано, что множественные («зеркальные») язвы ДПК при «постоянном» варианте ДГР наблюдались достаточно редко (7,7%), чаще встречались при «гармоничном» (14,3%) и «предутреннем» (28,6%) вариантах, при которых ДГР возникали реже, но при этом, как правило, распространялись на тело, а при последнем и на кардиальный отдел желудка. Наиболее часто (в 40%) множественные язвы встречались у больных, у которых не выявлялись ДГР.

На основании этих данных можно высказать предположение, что бикарбонаты дуоденального содержимого при постоянных и невысоких ДГР, охватывающих антральный отдел желудка (примером служит «постоянный» вариант ДГР), оказывают преимущественно нейтрализующее действие и снижают кислотность поступающего в ДПК содержимого. При редких и высоких рефлюксах этот эффект утрачивается. Напротив, доминирует стимуляция желудочного кислотообразования через гастриновый механизм, то есть ДГР приобретает черты фактора агрессии, что прослеживается на примере «предутренного» варианта.

Таким образом, ДГР при ЯБДК приобретает патологическое значение при достижении определенных показателей частоты, продолжительности и интенсивности. Приведенные факты диктуют необходимость новых подходов к трактовке роли ДГР при ЯБДК, выработки критериев целесообразности воздействия на них.

Наличие и выраженность ДГР при ЯБДК, главным образом, связаны с особенностями вегетативного обеспечения. Приведенные в *табл. 6* данные демонстрируют, что при отсутствии ДГР более выражена активность парасимпатического отдела ВНС. У больных с «постоянным» вариантом ДГР отмечается повышение тонуса симпатического отдела, который нарастает при «гармоничном» и наиболее выражен при «предутреннем» варианте.

*Таблица 6*

Индекс Кердо и показатели вариационной пульсометрии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при разных вариантах профиля интрагастрального рН (M ± m)

Показатели	ДГР нет	«Постоянный» вариант ДГР	«Гармоничный» вариант ДГР	«Предутренный» вариант ДГР
Вегетативный индекс Кердо	- 20,92 ± 16,42	-7,97 ± 3,07	-2,5 ± 6,98	-6,24 ± 10,30
Амплитуда моды (Амо), %	33,07 ± 8,20	36,48 ± 3,29	47,67 ± 8,84	48,05 ± 4,46
Вариационный размах (ВР), с	1,55 ± 1,00	0,50 ± 0,09, p<0,05*	0,27 ± 0,04, p<0,05*	0,48 ± 0,16, p<0,05*
Амо/ВР (ИВР)	80,60 ± 43,58	141,58 ± 27,63	224,32 ± 87,38	274,01 ± 106,15
Индекс напряжения, у.е.	47,58 ± 26,18	89,18 ± 18,08	152,89 ± 75,29	203,24 ± 93,69

Примечание: p<0,05 по отношению к группе больных, у которых ДГР нет \*

Таким образом, помимо самого механизма язвообразования можно вычлениить три компонента, принимающих активное участие в формировании клинической картины ЯБДК и влияющих на оценку качества жизни:

- психологическое состояние пациента непосредственно в момент обострения заболевания;

- вегетативный статус пациента с наличием развёрнутых и abortивных вегетативных кризов и изменений на сегментарном уровне;
- дуоденогастральные рефлюксы, которые участвуют как в оформлении клинических проявлений заболевания, так и локальных изменений в гастродуоденальной зоне.

Учет этих компонентов необходим, поскольку он создает комплексное представление о заболевании, его течении, генезе болевого и диспепсического синдромов, связанных не только с наличием язвы в двенадцатиперстной кишке, но и с психовегетативным статусом, наличием и характером ДГР.

## **ВЫВОДЫ**

1. Для пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки характерна возрастная эволюция внутренней картины заболевания. До 20 лет она, как правило, аморфна, после 20 лет формируется смешанное отношение к болезни с анозогностическим компонентом, к 30 – 39 годам проявляется стремлением «уйти от болезни в работу» при наименьшей социальной дезадаптации, после 40 лет преобладает сенситивный компонент, отражающий обеспокоенность заболеванием, и дезадаптивное поведение.
2. Появление в клинической картине неосложненного рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки жалоб на тошноту и рвоту указывает на значительные отклонения в психологическом состоянии больного, в частности, на нарастание невротизации, дезадаптации к заболеванию и снижение показателя качества жизни.
3. У многих больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявляются abortивные вегетативные кризы, которые могут иметь симпатико-адреналовый, вагоинсулярный или смешанный характер. Их возникновение существенно отягощает субъективную картину заболевания. Они развиваются, как правило, на фоне невротизации пациентов, сочетаются с сегментарными нарушениями вегетативной нервной системы и учащаются с возрастом.
4. Дуоденогастральные рефлюксы наблюдаются у большинства больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, и находят отражение в клинической картине заболевания. В зависимости от времени возникновения, выраженности и характера профиля рН ДГР могут быть «постоянными», «гармоничными» и «предутренними».

5. Самым типичным у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки является «постоянный» вариант дуоденогастрального рефлюкса, клинически проявляющийся не резко выраженными болевым и диспепсическим синдромами и относительно редким развитием «зеркальных» язв. «Предутренный» вариант характеризуется высокоинтенсивной болью, тошнотой, сопровождаемой рвотой, частыми abortивными вегетативными кризами, выраженными расстройствами сна и снижением качества жизни. При отсутствии дуоденогастральных рефлюксов болевой синдром протекает без диспепсии, отмечаются редкие и незначительные расстройства сна, частое развитие множественных язв и высокий показатель качества жизни.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С возрастом у больных ЯБДК нарастает дезадаптация к заболеванию, снижается оценка качества жизни, что требует учета при выборе тактики их лечения и реабилитации.

У многих больных встречаются abortивные вегетативные кризы, которые существенно отягощают субъективное восприятие болезни, снижают оценку качества жизни и должны учитываться при решении вопросов экспертизы трудоспособности и выборе лечения. Abortивные симпатико-адреналовые панические атаки встречаются у 11,3% больных и характеризуются спонтанным или на высоте болевого синдрома возникновением таких симптомов как тревога, чувство страха, внутреннее напряжение, головная боль, дискомфорт в области сердца, сердцебиение, озноб. Вагоинсулярные пароксизмы выявляются у 17% пациентов и проявляются сочетанием внезапно возникающих тошноты, урчания в животе, ощущения головокружения, резкой слабости, боли в эпигастрии не связанной с приемом пищи. В 15,6% вегетативные кризы носят смешанный характер и включают симптомы, характерные как для пароксизмального повышения активности симпатической, так и парасимпатической систем.

Использование [кратковременной рН-метрии](#) позволяет количественно оценить кислотопродукцию у больного, однако [суточное исследование рН](#) дает адекватную характеристику не только кислотопродукции, но и позволяет выявить наличие и вариант дуоденогастральных рефлюксов, что дает возможность в свою очередь более рафинированно оценить клинические проявления болезни и проводить более адекватное лечение.

Функциональное состояние ВНС играет важную роль в оформлении клинической картины ЯБДК. Вариационная пульсометрия по-

зволяет судить о направлении вегетативного обеспечения функционирования гастродуоденальной зоны и уточнить представление о клиническом состоянии больного.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Возможности интрагастральной рН-метрии и первый опыт применения методики // Тезисы докладов конференции "Организационно-методические и дифференциально-диагностические вопросы клинической медицины", Тверь, 1995, с. 83-85. (соавт. Л. В. Шевченко, Г. С. Беляева, А. В. Соловьева).
2. Дуоденогастральный рефлюкс у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по данным внутрижелудочной рН-метрии // Тезисы докладов конференции "Новые направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний у населения Тверской области", Тверь, 1996, с. 42-44. (соавт. Г. С. Беляева, Е. С. Мазур).
3. Интрагастральная рН-метрия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии, 1996, № 4, Прил. № 3 "Материалы 2-й Российской Гастроэнтерологической Недели", с. 15-16. (соавт. Г. С. Беляева).
4. Особенности психологического статуса и типа отношения к заболеванию больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов конференции "Актуальные вопросы медицины и организации здравоохранения в Тверской области" (к 60-летию Областной клинической больницы), Тверь, 1997, с.29-30. (соавт. Г. С. Беляева, Е. С. Мазур, В. В. Калязина).
5. Болевой синдром и особенности личности у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Тезисы российской научно-практической конференции "Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами", Новосибирск, 1997, с.190-191. (соавт. Г. С. Беляева).
6. Оценка эффективности омепразола при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с помощью утренней двухчасовой рН-метрии // Тезисы докладов V Российского национального конгресса "Человек и лекарство", Москва, 1998, с.24. (соавт. Г. С. Беляева, Л. В. Шевченко).
7. Вегетативные пароксизмы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Российский журнал Гастроэнтероло-

- гии, Гепатологии, Колопроктологии.- 1998.- № 5, Прил. № 5 "Материалы 4-й Российской Гастроэнтерологической Недели". – С. 20. (соавт. Г. С. Беляева, Е. С. Мазур).
8. Место и возможности внутрижелудочной рН-метрии в диагностике кислотозависимых заболеваний // Губернские медицинские вести. – 1999. -№ 2. – С. 19-23.
  9. Вегетативные пароксизмы в клинической картине язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов конференции «Вопросы первичной и вторичной профилактики заболеваний в Тверской области», Тверь, 1999, с. 7-9. (соавт. Г. С. Беляева, Е. С. Мазур, Л. В. Шевченко).
  10. Возможности суточной рН-метрии в прогнозировании эффективности антигеликобактерной терапии // Тезисы докладов конференции «Вопросы первичной и вторичной профилактики заболеваний в Тверской области», Тверь, 1999, с. 9-10. (соавт. Г. С. Беляева, Л. В. Шевченко).
  11. Жалобы и психический статус больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов Всероссийской научной конференции с международным участием «Санкт-Петербург – Гастро-99» (Гастроэнтерологические аспекты врачебной практики), Санкт-Петербург, 1999, с. 28. (соавт. Г. С. Беляева).
  12. Суточная интрагастральная рН-метрия в коррекции лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов Всероссийской научной конференции с международным участием «Санкт-Петербург – Гастро-99» (Гастроэнтерологические аспекты врачебной практики), Санкт-Петербург, 1999, с. 18. (соавт. Г. С. Беляева).
  13. Соотношение показателей внутрижелудочной рН-метрии и данных кардиоинтервалографии у больных язвенной болезнью // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. - 1999.- № 5, Прил. № 8 "Материалы 5-й Российской Гастроэнтерологической Недели". – С. 157. (соавт. Г. С. Беляева, Е. С. Мазур).
  14. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. – 2000.- № 2 – С. 15-16. (соавт. Г. С. Беляева, Е. С. Мазур).
  15. Дуоденогастральный рефлюкс и показатели вегетативного тонуса у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Гастробюллетень. – 2000.- № 1-2, приложение № 1 – С. 13. (соавт. Г. С. Беляева).

16. Качество жизни при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Гастробюллетень. – 2000.- № 1-2, приложение № 1 – С. 43. (соавт. И. Ю. Колесникова, Г. С. Беляева).
17. Современные представления о патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Губернские медицинские вести. – 2000. -№ 4. – С. 10-15.
18. Дуоденогастральный рефлюкс при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Российский гастроэнтерологический журнал. – 2000. - № 2. – С. 96-97 (соавт. Г. С. Беляева).
19. Возраст и тип отношения к болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Гастробюллетень. – 2001.- № 2-3. – С. 17.
20. Суточное мониторирование внутрижелудочной кислотности в оценке эффективности антисекреторной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. – 2002. - № 2. – С. 54-56. (соавт. Г. С. Беляева, И. Ю. Колесникова).
21. Дуоденогастральный рефлюкс и клиническая картина заболевания у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2002. - № 2-3. – С. 31. (соавт. Г. С. Беляева, И. Ю. Колесникова).
22. Качество жизни и особенности личности пациентов с язвенной болезнью // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2002. - № 2-3. – С. 66. (соавт. И. Ю. Колесникова, Г. С. Беляева).

### **РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

1. «Способ обеспечения фиксированного положения зонда при проведении внутрижелудочной рН-метрии». – Рационализаторское предложение № 1927 от 28.04.1998.
2. «Способ защиты прибора "Гастроскан-24" от воздействия статического электричества». – Рационализаторское предложение № 1998 от 29.12.1998. (соавт. И. Ю. Колесникова).
3. «Стенд для хранения зондов для внутрижелудочной рН-метрии». – Рационализаторское предложение № 1999 от 29.12.1998.
4. «Форма регистрационного бланка для проведения внутрижелудочной рН-метрии на ацидогастрометре "Гастротест"». – Рационализаторское предложение № 2001 от 27.12.1998.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>