

Я.М. Вахрушев, М.С. Бусыгина*

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела, г. Ижевск, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ya.M. Vakhrushev, M.S. Busygina*

«Izhevsk State Medical Academy», department of propedeutics of internal diseases with the course of nursing, Izhevsk, Russia

THE PECULIARITIES OF CLINICAL PROGRESSION OF GASTRODUODENAL ULCER WITH ASSOCIATED DUODENAL INSUFFICIENCY

Резюме

Цель: изучение особенностей течения язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с сопутствующей хронической дуоденальной недостаточностью (ХДН). **Материалы и методы.** Верификация ЯБ была проведена клиническими и фиброгастродуоденоскопическими исследованиями. В определении ХДН использованы данные контрастной дуоденографии и полостной манометрии. Изучена двигательная активность желудка и ДПК с помощью периферического электрогастрографа ЭГГ-4М. Проводилась полостная рН-метрия желудка и ДПК. **Результаты исследования.** Проведено комплексное обследование 80 больных ЯБ с сопутствующей ХДН (группа наблюдения) и 30 больных ЯБ без ХДН (группа сравнения). У больных ЯБ желудка группы наблюдения и сравнения отмечаются боли в эпигастральной области (91,5% и 84,6% соответственно), но при сопутствующей ХДН они имеют преимущественно ноющий характер, а без ХДН они более интенсивные (77,8%). Тест на НР в группе наблюдения положителен у 23,8% больных, в группе сравнения — 57,2%. По данным электрогастрографии натощак у больных ЯБ желудка с ХДН отмечается брадикастрия и гипокинезия, постпрандиально электрическая активность снижается. В группе сравнения натощак выявлена тахикастрия и гиперкинезия, постпрандиально эти показатели повышаются. Тест на НР положителен у 34,7% больных ЯБ ДПК с ХДН и 63,6% у больных ЯБ ДПК без ХДН. Постпрандиально электрическая активность в группе наблюдения возрастает, в группе сравнения снижается. Отмечены особенности изменений рН-среды в желудке и ДПК при ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей ХДН и изолированным течением ЯБ. **Заключение.** Проведенные нами исследования расширяют представление о негативном влиянии ХДН на течение ЯБ. Можно думать, что коррекция двигательной деятельности желудка и ДПК в составе комплексной терапии может явиться перспективным направлением в оздоровлении больных ЯБ с сопутствующей ХДН.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хроническая дуоденальная недостаточность, двигательная активность желудка и двенадцатиперстной кишки.

Abstract

Purpose: study of the peculiarities of progression of gastroduodenal ulcer with associated chronic duodenal insufficiency. **Material and methods.** Verification of ulcer disease was performed clinically and by fibrogastroduodenoscopic researches. In determination of chronic duodenal insufficiency there were used data of contrast duodenography and cavitary manometry. We have studied motor performance of the stomach and gastroduodenal ulcer with a help of peripheralelectrogastrograph ЭГГ-4М. We also conducted cavitarypH measurement of stomach and gastroduodenal ulcer. **Results of research.** We have carry out complex examination of 80 patients with ulcer disease with associated chronic duodenal insufficiency (study group) and 30 patients without chronic duodenal insufficiency (group of comparison). It's noted pains in epigastric area (91,5% and 84,6% respectively) in patients with gastric ulcer of the study and group of comparison but with associated chronic duodenal insufficiency they have mainly aching character, and without chronic duodenal insufficiency they are more intensive (77,8%). Untoward reaction test is positive in 23,8% of patients in group of comparison — 57,2%. According to the data of electrogastrography on an empty stomach in patients with gastroduodenal ulcer with associated chronic duodenal insufficiency it's noted bradygastritis and isolated progression of ulcer disease, hypokinesis, postprandial electric activity decreases. In group of comparison there was detected tachygastritis, these indices increases postprandially. Untoward reaction test is positive in 34.7% of patients with gastroduodenal ulcer with associated chronic duodenal insufficiency and 63,6% in patients with gastroduodenal ulcer without associated chronic duodenal insufficiency. Postprandial electric activity in study group increases, in experimental group it decreases. There were noted peculiarities of changes pf pH-medium and duodenum with gastroduodenal ulcer with associated chronic duodenal insufficiency and isolated

*Контакты/Contacts. E-mail: marina.busygina.login@gmail.com. Телефон: +7 (919) 910-64-03

progression of ulcer disease. **Conclusions.** Carried out researches extend the knowledge about negative influence of chronic duodenal insufficiency on the progression of ulcer disease. It can be supposed that correction of motor activity of the stomach and duodenum as part of complex therapy can be promising tendency in treating of patients with ulcer disease with associated chronic duodenal insufficiency.

Key words: *ulcer disease, chronic duodenal insufficiency, motor activity of the stomach and duodenum.*

DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-4-30-35

НР — Н.рylogi, ДГР — дуоденогастральный рефлюкс, ДПК — двенадцатиперстная кишка, ЛТ — личностная тревожность, СТ — ситуативная тревожность, ХДН — хроническая дуоденальная недостаточность, ЯБ — язвенная болезнь

Известно, что в период рецидива язвенной болезни (ЯБ), помимо симптомов, связанных с ulcerогенным процессом, нередко выявляются признаки обострения сопутствующих заболеваний органов пищеварения (хронического гастрита, холецистита, панкреатита, колита) [7, 3]. Они накладывают свой отпечаток на клинические проявления и особенности течения ЯБ [9]. Однако до сих пор уделяется недостаточное внимание состоянию двенадцатиперстной кишки (ДПК) при ЯБ, хотя она выполняет многочисленные функции в системе органов пищеварения [11, 12]. ДПК является органом-координатором желчевыделительного аппарата, внешнесекреторной функции поджелудочной железы, составной частью обратной связи по отношению к секреторной функции желудка, важным эндокринным органом [4], она входит в комплексную единицу моторной активности, состоящую из антрального отдела желудка, пилорического канала и ДПК [5].

Целью нашей работы явилось изучение особенностей течения ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей хронической дуоденальной недостаточностью (ХДН).

Материалы и методы

В верификации ЯБ использованы анамнестические и физикальные данные, результаты рентгенологических и эндоскопических исследований. При эзофагогастродуоденоскопии осуществлялась прицельная биопсия нескольких фрагментов слизистой гастродуоденальной области. Биоптаты фиксировались в 10% нейтральном формалине, затем заливали парафином и окрашивали срезы по Ван-Гизону с последующим их гистологическим исследованием. Проведено изучение Н.рylogi (НР) с помощью ПЦР в кале и слюне и ИФА в крови. Оценка моторной функции желудка и ДПК проводилась с помощью периферического электрогастрографа ЭГГ-4М, который позволяет регистрировать медленные волны гладкой мускулатуры. Запись электрогастрограммы проводилась в течение 30 минут натощак и через час после пробного завтрака, состоящего из 150 г белого хлеба и стакана сладкого чая. На основе анализа ритма (цикл/мин) и амплитуды (мВ) зубцов волн натощак и через час после приема пищи определялся тип двигательной активности желудка и двенадцатиперстной кишки.

Полостное давление оценивалось манометрическим методом открытого катетера на аппарате Вальдмана. Проведена полостная рН-метрия желудка и ДПК. Для определения типа темперамента использовался тест-опросник Айзенка, для оценки ЛТ и СТ — тест-опросник Спилберга-Ханина.

Результаты специальных исследований сравнивали с показателями контрольной группы, которую составили 20 практически здоровых лиц.

В статистической обработке полученных результатов применялось определение средних величин (М), стандартного отклонения (σ), стандартной ошибки ($\pm m$), коэффициента Стьюдента (t) и вероятности ошибки $n(p)$.

Обследование больных проводилось на основе информированного добровольного согласия больного, согласно приказу № 3909н Минздравсоцразвития РФ от 23 апреля 2012 г. (зарегистрирован Минюстом РФ 5 мая 2012г. под № 240824), с соблюдением этических принципов.

Результаты и обсуждение

Проведено комплексное обследование 80 больных ЯБ с сопутствующей ХДН (группа наблюдения). Мужчин было 45, женщин — 35. У 18 больных язва локализовалась в желудке, у 62 — в ДПК. В группу сравнения вошли 30 больных ЯБ без сопутствующей ХДН, из них у 12 язва была локализована в желудке, у 19 — в ДПК.

Болевой синдром при ЯБ желудка с сопутствующей ХДН натощак в эпигастральной области отмечали 94,5% больных, он имел преимущественно ноющий характер. У 12,5% больных боль усиливалась после приема пищи. Отрыжка и изжога наблюдалась у 88,9% больных. Симптом Менделя был положительным у 66,7% больных, болезненность в точке Поргеса — у 43,6%. У 23,8% больных тест на НР положительный. Средний уровень личностной тревожности (ЛТ) составил 52,2 балла, что соответствует ее высокому значению, в сравнении с контрольной группой (21,3 балла). Уровень ситуативной тревожности (СТ) был 38,1 балла. 43,7% больных были интровертами,

51,3% — экстравертами. Уровень нейротизма составил 11,75 балла. Как показано в табл. 1, у больных ЯБ желудка с сопутствующей ХДН натошак отмечалась брадикардия и гипертония желудка, после приема пищи показатели электрической активности желудка по частоте и по амплитуде снижались. Со стороны ДПК выявлена гипокинезия и гипертония натошак, после приема пищи частота сокращения волн ДПК повышалась, но соответствовала гипокинетическому типу кривой, амплитуда волн снижалась, соответствуя гипертоническому типу кривой.

При ЯБ желудка без ХДН (группа сравнения) болевой синдром отмечался у 84,6% больных в эпигастральной области, у 7,6% — в околопупочной. У 77,8% обследованных боли были интенсивными и возникали сразу после приема пищи. Снижение аппетита отмечалось у 66,7% больных. Симптом Менделя положительный у 55,6%, симптом Поргеса — у 44,5% больных. Тест на НР положительный в 57,2% случаев. Как показано в табл. 2, у больных ЯБ желудка без сопутствующей ХДН натошак отмечалась тахикардия и гипертония желудка, после приема пищи показатели электрической активности желудка по частоте и по амплитуде повышались. Со стороны ДПК натошак отмечается гиперкинетический вариант кривой, после приема пищи электрическая активность ДПК также возрастает.

У больных ЯБ ДПК с сопутствующей ХДН болевой синдром был локализован в эпигастральной области в 62,5% случаях, в околопупочной области, в левом подреберье в 12,5%. Безболевой вариант встречался у 12,5% больных. У 25,4% больных боли были интенсивными, у 72,3% имели ноющий характер. Боли возникали у 62,3% больных после приема пищи, у 32,5% боли были постоянными, у 5,2% больных боли возникали натошак. Отрыжка и изжога беспокоили 75% больных. Симптом Менделя был положительным у 62,4% больных, болезненность в точке Поргеса — у 81,3%. Тест на НР был положительным у 34,7% больных. Средний уровень СТ составил 47,5 баллов, что соответствует ее высокому значению в сравнении с контрольной группой (25,4 баллов). Уровень ЛТ — 32,5 баллов (в контрольной группе — 21,3 баллов). 75,3% больных ЯБ ДПК были экстравертами, уровень нейротизма — 8,1 балла.

Как показано в табл. 3, у больных ЯБ ДПК в группе наблюдения частота сокращения волн желудка натошак соответствовала нормогастррии, а амплитуда — гипертонии, после приема пищи наблюдалось снижение частоты и повышение амплитуды волн сокращения желудка. Электрическая активность ДПК натошак соответствовала гипокинетическому и гипертоническому типу кривой. После приема пищи

Таблица 1. Показатели электрической активности желудка и ДПК у больных ЯБ желудка с сопутствующей ХДН
Table 1. Indicators of gastric electrical activity and duodenal ulcers in patients with gastric ulcer with concomitant chronic duodenal failure

Показатели/Indicators	Желудок/Stomach		ДПК/Duodenum		
	Больные ЯБ желудка/ Patients with gastric ulcer (n=18)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	Больные ЯБ желудка/ Patients with gastric ulcer (n=18)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	
Натошак	Частота (цикл/мин)	1,95±0,21	2,8±0,51	4,9±0,021*	9,05±0,95
	Амплитуда (мВ)	0,45±0,06*	0,28±0,04	0,33±0,07*	0,185±0,02
После приема пищи	Частота (цикл/мин)	1,86±0,02*	3,9±0,01	6,19±0,027*	9,2±0,21
	Амплитуда (мВ)	0,42±0,07*	0,32±0,08	0,25±0,054	0,21±0,02

Примечание: * — достоверные изменения по отношению к контрольной группе; n-число больных.

Таблица 2. Показатели электрической активности желудка и ДПК у больных ЯБ желудка без сопутствующей ХДН
Table 2. Indicators of gastric electrical activity and duodenal ulcers in patients with peptic ulcer without concomitant chronic duodenal disease

Показатели/Indicators	Желудок/Stomach		ДПК/Duodenum		
	Больные ЯБ желудка/ Patients with gastric ulcer (n=12)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	Больные ЯБ желудка/ Patients with gastric ulcer (n=12)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	
Натошак	Частота (цикл/мин)	6,37±0,31	2,8±0,51	13,23±0,02*	9,05±0,95
	Амплитуда (мВ)	0,56±0,06*	0,28±0,04	0,31±0,07*	0,185±0,02
После приема пищи	Частота (цикл/мин)	7,64±0,02*	3,9±0,01	16,4±0,027*	9,2±0,21
	Амплитуда (мВ)	0,68±0,07*	0,32±0,080	0,38±0,054	0,21±0,02

Примечание: * — достоверные изменения по отношению к контрольной группе; n-число больных.

электрическая активность ДПК у больных язвенной болезнью ДПК возрастала.

Болевой синдром при ЯБ ДПК без ХДН также, как и при ЯБ желудка без ХДН, отмечался у 84,6% больных в эпигастральной области, у 15,3% — в правом подреберье. Боль возникала у 60% больных через 1,5 — 2 часа после приема пищи и имела преимущественно ноющий характер. Аппетит был нарушен у 40% больных. Симптом Менделя положительный у 63,6% больных, симптом Поргеса — у 75%. Тест на НР был положительным у 63,6% больных. Как показано в табл. 4, у больных ЯБ ДПК в группе сравнения натошак отмечается гипертония желудка и ДПК, после приема пищи показатели электрической активности снижаются по частоте и возрастают по амплитуде.

В целом отклонения двигательной активности со стороны ДПК наблюдались у всех обследованных нами больных. У 75% больных ЯБ желудка группы наблюдения частотная характеристика электрической активности желудка характеризовалась брадикастрией, у 25% — нормогастрией, у 5% — тахикастрией, у 30% — нормотонией, у 67% — гипертонией, 3% — гипотонией. У всех больных ЯБ желудка в группе наблюдения электрическая активность ДПК натошак и после приема пищи соответствовала гипокинезии,

по амплитуде гипертония наблюдалась у 60%, гипотонический тип кривой — у 40% больных. При ЯБ ДПК в группе наблюдения и сравнения нарушения моторики желудка наблюдаются у 15% больных, нарушение моторики ДПК — у 68,95%.

Клинически гипокинетический вариант электрической активности желудка характеризуется ноющими болями натошак, гиперкинетический — острыми болями, нормогастрия — отсутствием болей. Гипертонический тип кривой проявляется чувством тяжести после еды. Брадикинетический вариант кривой ДПК характеризуется ноющими болями после еды вокруг пупка, гиперкинетический — схваткообразными.

Уровни СТ (31,5 балла) и ЛГ (45,1 балла) у больных ЯБ без сопутствующей ХДН, в целом, превышают показатели контрольной группы и снижены по сравнению с показателями группы наблюдения.

При сравнении особенностей течения ЯБ у больных с сопутствующей ХДН и без ХДН (табл. 5) выяснилось, что для больных группы наблюдения более характерны «целующиеся» язвы, наличие мелких эрозивно-язвенных поражений слизистой, резистентных к традиционным методам лечения ЯБ, долго незаживающих и часто рецидивирующих. У группы

Таблица 3. Показатели электрической активности желудка и ДПК у больных ЯБ ДПК с сопутствующей ХДН
Table 3. Indicators of gastric electrical activity and duodenal ulcers in patients with duodenal ulcer with associated chronic duodenal disease

Показатели/ Indicators	Желудок/ Stomach		ДПК/Duodenum		
	Больные ЯБ ДПК/ Patients with duodenal ulcer (n=62)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	Больные ЯБ ДПК/ Patients with duodenal ulcer (n=62)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	
Натошак	Частота (цикл/мин)	3,86±0,017	2,8±0,51	6,11±0,018*	9,05±0,95
	Амплитуда (мВ)	0,42±0,06*	0,28±0,04	0,23±0,07*	0,185±0,02
После приема пищи	Частота (цикл/мин)	2,18±0,02*	3,9±0,01	5,8±0,3*	9,2±0,21
	Амплитуда (мВ)	0,53±0,04*	0,32±0,080	0,29±0,08	0,21±0,02

Примечание: * — достоверные изменения по отношению к контрольной группе; n- число больных

Таблица 4. Показатели электрической активности желудка и ДПК у больных ЯБ ДПК без сопутствующей ХДН
Table 4. Indicators of gastric electrical activity and duodenal ulcers in patients with duodenal ulcer without concomitant chronic duodenal disease

Показатели/ Indicators	Желудок/ Stomach		ДПК/Duodenum		
	Больные ЯБ ДПК/ Patients with duodenal ulcer (n=19)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	Больные ЯБ ДПК/ Patients with duodenal ulcer (n=19)	Контрольная группа/ Control group (n=20)	
Натошак	Частота (цикл/мин)	3,1±0,21	2,8±0,51	5,1±0,021*	9,05±0,95
	Амплитуда (мВ)	0,47±0,06*	0,36±0,04	0,33±0,07*	0,185±0,02
После приема пищи	Частота (цикл/мин)	2,2±0,02*	3,7±0,01	3,7±0,027*	9,2±0,21
	Амплитуда (мВ)	0,58±0,07*	0,41±0,080	0,39±0,054	0,21±0,02

Примечание: * — достоверные изменения по отношению к контрольной группе; n- число больных

Таблица 5. Особенности течения язвенной болезни у больных группы наблюдения и группы сравнения
Table 5. The course of ulcer disease in patients with the observation group and the comparison group

Показатели/ Indicators	Группа наблюдения/ Monitoring group (n=80)	Группа сравнения/ Control group (n=30)
Средний размер язвы (см)	0,62±0,03*	0,85±0,02
Средние сроки заживления язвы (дни)	22±0,07*	18±0,04
Частота рецидивов	Ежегодное обострение	1 раз в 3-5 лет

Примечание: * — достоверные изменения в группе наблюдения по отношению к группе сравнения; n-число больных

Таблица 6. Показатели рН-метрии у больных ЯБ с сопутствующей ХДН и без сопутствующей ХДН
Table 6. The pH-metry in patients with concomitant chronic ulcer duodenal failure and without concomitant chronic duodenal disease

Показатели/ Indicators	ЯБ желудка с ХДН/ Stomach ulcer with the con- comitant chronic duodenal failure (n=18)	ЯБ ДПК с ХДН/ Duodenal ulcer with associated chronic duodenal failure (n=62)	ЯБ желудка без ХДН/ Stomach ulcer without concomi- tant chronic duo- denal disease (n=12)	ЯБ ДПК без ХДН/ Duodenal ulcer without concomi- tant chronic duo- denal disease (n=19)	Контроль- ная группа/ Control group (n=20)
антральный отдел желудка	3,03±0,07*	5,55±0,02*	1,0±0,21*	1,06±0,4*	4,6±0,4
луковица ДПК	5,5±0,16*	4,5±0,03*	6,2±0,3	4,45±0,33*	6,5±0,25

Примечание: * — достоверные изменения по отношению к контрольной группе; n-число больных

сравнения язвы обычно единичные, более крупные, лучше поддающиеся лечению и реже рецидивирующие. По данным гистологического анализа биопсийного материала для больных ЯБ с сопутствующей ХДН характерна кишечная метаплазия антрального отдела желудка (7% случаев).

При поэтажной рН-метрии (табл. 6) в группе наблюдения выявлено, что при поражении желудка отмечается снижение рН в антруме, но не такое выраженное, как в группе сравнения, что, возможно, связано с периодическими волнами ощелачивания интрадуоденальным содержимым за счет дуоденогастрального рефлюкса. Уровень рН луковицы ДПК составлял 5,5±0,25, что показывает ацидификацию интрадуоденальной среды. При поражении ДПК в группе наблюдения уровень рН в желудке выше контроля, в ДПК ниже контроля, что обусловлено нарушением замыкательной функции привратника. В группе сравнения при ЯБ желудка и ДПК отмечается значительное закисление интрагастральной среды, что, возможно, связано с повышением кислотопродуцирующей функции желудка. В то время при ЯБ желудка рН ДПК остается без изменений, при ЯБ ДПК смещается в кислую сторону, оказывая раздражающее действие на стенку луковицы.

Таким образом, ХДН вносит вариабельность в клиническую симптоматику ЯБ и неблагоприятно отражается на течении заболевания. При этом особенность ЯБ в значительной мере связана с нарушением моторно-эвакуаторной деятельности ДПК. Длительный стаз инфицированного содержимого в ДПК обуславливает развитие хронического дуоденита с прогрессирующей атрофией слизистой оболочки [8]. При дуоденостазе развивается дуоде-

ногастроальный рефлюкс с забросом дуоденального содержимого в желудок, происходит повреждение слизистой оболочки желудка желчными кислотами и мезолицетином, развивается кишечная метаплазия [2]. У больных группы наблюдения характерно эрозивно-язвенное поражение желудка и ДПК, что является эквивалентом глубокого патологического процесса в гастродуоденальной зоне [6, 10]. Об этом также свидетельствует более упорное течение ЯБ, выражающееся в ежегодных обострениях заболевания и увеличении сроков заживления язвы.

Заключение

Проведенные нами исследования расширяют представления о негативном влиянии ХДН на течение язвенной болезни. Можно думать, что коррекция двигательной деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки в составе комплексной терапии может явиться перспективным направлением в оздоровлении больных ЯБ с сопутствующей ХДН.

Ⓐ

Список литературы/Reference:

- Белова Е.В., Вахрушев Я.М. Характеристика агрессивных факторов при эрозивном поражении слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Терапевтический архив. 2002; 2: 17-20.
Belova E.V., Vakhrushev Ya.M. Characteristics of aggressive-protective factors in the erosive lesions of the mucous membrane gastroduodenal zone. Terapevticheskij arkhiv. 2002; 2: 17-20 (in Russian).
- Бурчинский Г.И., Милько В.И., Новопашенная В.И. Клинические варианты течения язвенной болезни. Клиническая медицина. 1985; 9: 66-71.

- Burczynski G.I., Milko V.I., Novopashenny V.I. Clinical variants of course of ulcer disease. Clinical medicine. 1985; 9: 66-71 (in Russian).
3. Вахрушев, Я.М. Изучение состояния нейрогормональных регуляторных систем при язвенной болезни и его клиническое значение. Механизмы функционирования висцеральных систем. Международная конференция, посвященная 75-летию со дня рождения А.М. Уголева. Санкт-Петербург, 14-16 марта 2001 г. Тезисы докладов Санкт-Петербург, 2001; 60 с.
Vakhrushev J.M. Study on the state of neurohormonal regulatory systems in peptic ulcer disease and its clinical value. Mechanisms of functioning of visceral systems. International conference dedicated to 75-th anniversary from birthday of A. M. Ugolev. St. Petersburg, 14-16 March 2001. Theses of reports Saint-Petersburg, 2001; 60 p (in Russian).
 4. Вахрушев Я.М., Афанасьева Т.С., Бусыгина М.С. Хроническая дуоденальная недостаточность. Информационное письмо. Ижевск, 2012; 6 с.
Vakhrushev J.M., Afanasieva T.S., Busygin M.S. Chronic duodenal insufficiency. The Information letter. Izhevsk, 2012; 6 p (in Russian).
 5. Климов П.К. Пептиды и пищеварительная система. Л.: Наука, 1983; 272 с.
Klimov, P.K. Peptides and digestive system. Leningrad: Nauka, 1983; 272 p (in Russian).
 6. Логинов А.С., Васильев Ю.В., Востриков Г.П. Эрозии луковицы двенадцатипестной кишки. Клиническая медицина. 1980; 8: 76-80.
Loginov A.S., Vasil'ev Yu.V., Vostrikov G.P. The erosion of the duodenal bulb. Clinical medicine. 1980; 8: 76-80 (in Russian).
 7. Мирзаев А.Н. Дуоденальный стаз. Л.: Медицина, 1976; 176 с.
Mirzaev A.N. Duodenal stasis. L.: Medicine, 1976; 176 p (in Russian).
 8. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. Пермь: ПГМА, 1992; 336 с.
Zimmerman J.S. Sketches of clinical gastroenterology. Perm: PGMA, 1992; 336 p (in Russian).
 9. Чернин В.В. Язвенная болезнь. Тверь.:РИЦ ТГМА, 2000; 287 с.
Chernin V.V. Ulcer disease. Tver.: RIP TGMA, 2000; 287 p (in Russian).
 10. Hiyama T., Yoshihara M. Effectiveness of prokinetics agents against disease external to the gastrointestinal tract. J. Gastroenterol. Hepatol. 2009; 24: 537-546.
 11. Longstreth G.F., Thonpson W.G. et. al. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006; 130: 1480-1491.
 12. Zhong Y.Q., Zho J. et al. A randomized and case-control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea dominant irritabl bowel syndrome. Zhonghua Nei Ke Zhi. 2007; 46: 899-902.

*Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/
The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests*

Статья получена/article received 10.02.2016 г.

19-21 октября 2016

Администрация Волгоградской области,
Комитет здравоохранения Волгоградской области,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Выставочный центр "Царицынская ярмарка"

XXVII специализированная межрегиональная выставка

МЕДИЦИНА и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В рамках выставки специализированная экспозиция
ЗДОРОВЬЕ МАМЫ И МАЛЫША



ВОЛГОГРАД
Дворец Спорта профсоюзов

www.zarexpo.ru

Выставочный центр "Царицынская ярмарка"
Тел./факс: (8442) 26-50-34, e-mail: nastya@zarexpo.ru