

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО-РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ, РАСКРЫВАЕМЫЕ СИСТЕМНО-ВЕКТОРНОЙ ПСИХОЛОГИЕЙ Ю.И. БУРЛАНА

Шубина М.В.¹, Терещенко С.Ю.¹, Горбачева Н.Н.¹, Новицкий И.А.¹

¹ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, e-mail: impn@impn.ru

В настоящее время существует множество доказательств влияния психоэмоционального состояния детей на развитие гастроэзофагеально-рефлюксной болезни (ГЭРБ). Тем не менее нет четкого представления о конкретных причинно-следственных связях, лежащих в основе патогенеза данного заболевания. Остаются открытыми вопросы о причинах развития коморбидных состояний и заболеваний при ГЭРБ, в частности синдрома раздраженного кишечника (СРК) и мигрени. Нет единого понимания о связывающем их механизме. Учитывая это, целью данного исследования было выявить коморбидные состояния у детей с ГЭРБ и проследить их взаимосвязь с помощью системно-векторной психологии Юрия Бурлана (СВП). Обследованы 677 подростков в возрасте 11–17 лет на базе педиатрического отделения Клиники НИИ медицинских проблем Севера (г. Красноярск). Диагноз ГЭРБ устанавливали при тестировании по русской версии Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ). Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) диагностировали по русской версии Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms Rome III Version. Другие коморбидные состояния (головные боли, боли в спине, панические атаки) определяли с помощью специально разработанных и ранее апробированных анкет (автор д.м.н, проф. С.Ю. Терещенко). Результаты исследования подтверждают причинно-следственные связи (раскрываемые СВП) между выявленными коморбидными расстройствами у детей с ГЭРБ (такими как СРК, мигрень, панические атаки). При этом СВП дополняет клапанную теорию развития заболеваний ЖКТ Я.Д. Витебского, объясняет психологические причины поражения клапанов.

Ключевые слова: гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь, подростки, синдром раздраженного кишечника, мигрень, панические атаки, системно-векторная психология Юрия Бурлана.

COMORBID PATHOLOGY IN CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL-REFLUX DISEASE: CAUSAL-INVESTIGATIVE RELATIONSHIP DISCOVERED BY SYSTEM-VECTOR PSYCHOLOGY Yu.I. BURLANA

Shubina M.V.¹, Tereshchenko S.Yu.¹, Gorbacheva N.N.¹, Novitsky I.A.¹

State Federal Budgetary Scientific Institution «Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, e-mail: impn@impn.ru

To date, there is a lot of evidence of the influence of psycho-emotional state of children on the development of gastroesophageal reflux disease (GERD). However, there is no clear understanding of the specific causal relationships underlying the pathogenesis of this disease. Questions remain about the causes of comorbid conditions and diseases in GERD, in particular irritable bowel syndrome (IBS) and migraine. There is no common understanding of the mechanism that binds them. Taking this into account, the aim of this study was to identify comorbid conditions in children with GERD and to trace their relationship using the system vector psychology of Yuri Burlan (SVP). 677 adolescents aged 11-17 years were examined on the basis of the pediatric Department of the Clinic of the research Institute of Medical problems of the North (Krasnoyarsk). Gerd was diagnosed by testing the Russian version of Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ). Functional gastrointestinal diseases were diagnosed according to the Russian version Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms Rome III Version. Other comorbid conditions (headaches, back pain, panic attacks) were determined using specially designed and previously approved questionnaires (author D. M. N., prof. Tereshchenko S. Yu.) The results of the study confirm the causal relationships (disclosed SVP) between the identified comorbid disorders in children with GERD (IBS, migraine, panic attacks). At the same time, SVP complements Ya. D. Vitebskiy's valve theory of the development of gastrointestinal diseases, explains the psychological causes of valve damage.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, adolescents, irritable bowel syndrome, migraine, panic attacks, systemic vector psychology of Yuri Burlan.

Частота встречаемости гастроэзофагеально-рефлюксной болезни (ГЭРБ) растет с каждым годом не только во взрослой популяции, но и среди детей. Это заболевание, особенно на ранних этапах развития, вполне можно отнести к психосоматической патологии, о чем свидетельствуют многочисленные исследования психоэмоциональной сферы таких пациентов [1, 2].

С проблемой психосоматики также тесно взаимосвязаны изменения со стороны вегетативного статуса. Любая негативная эмоция (тревога, депрессия) непременно сопровождается переходящими изменениями вегетативной нервной системы, что приводит к изменению секреторной и моторной активности ЖКТ [3]. Установлено, что повышение активности симпато-адреналовой системы при стрессе за счет вазоконстрикторного эффекта ведет к нарушению трофики слизистой оболочки (что повышает ее чувствительность к повреждающим факторам), усилению продукции соляной кислоты в желудке, нарушению моторики ЖКТ, что способствует развитию ГЭРБ [4]. Однако и уменьшение симпатической активности, подобно парасимпатической дисфункции, может снижать тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС), способствовать росту числа и длительности его спонтанных релаксаций, прогрессирующих в патологический рефлюкс с развитием ГЭРБ [5]. Схожие нарушения вегетативной регуляции отмечаются и при других функциональных заболеваниях ЖКТ, что обуславливает их частое сочетание. Так, ГЭРБ может сочетаться с синдромами функциональной диспепсии (ФД) и раздраженной кишки (СРК), причем отмечается их взаимовлияние (*overlap syndromes*), что в ряде случаев сопровождается расстройством психического здоровья и социальной функции больных [6]. В исследовании [7] у 37,9% больных СРК с запорами диагностировалась ГЭРБ, часто с атипичным течением, и сочетанием с ФД (в 68,2%), высокой распространенностью неэрозивной формы (70,5%). Длительный анамнез СРК с запорами являлся статистически значимым предиктором ГЭРБ (ОШ 2,26, 95% ДИ 1,05–4,87) [8].

Воздействие психологических факторов влияет также на изменение гуморальной регуляции организма. В развитии ГЭРБ существенную роль играют гастроинтестинальные гормоны, в частности мелатонин, который воздействует на процессы моторики, секреции, микроциркуляции, пролиферации, цитопротекции [9]. Медиаторами нейрогуморальных влияний на моторику пищевода служат также дофамин и циклические нуклеотиды, некоторые простагландины и интестинальные гормоны, в частности вазоактивный интестинальный пептид, тормозящий моторную активность пищевода и снижающий тонус НПС.

Таким образом, сегодня существует достаточно доказательств связи ГЭРБ с психоэмоциональным состоянием пациента, а также имеется множество объяснений

развития той или иной коморбидной патологии при ГЭРБ. Тем не менее нет единого понимания о связывающем их механизме, отсутствует четкое представление о конкретных причинно-следственных связях, лежащих в основе их появления.

Цель исследования: выявить коморбидные состояния у детей с ГЭРБ и проследить их взаимосвязь с помощью системно-векторной психологии Юрия Бурлана (СВП) [10].

Материал и методы исследования. Обследованы 677 подростков в возрасте 11–17 лет на базе педиатрического отделения клиники НИИ медицинских проблем Севера (г. Красноярск). Диагноз ГЭРБ устанавливали при тестировании на наличие изжоги и/или отрыжки за последнюю неделю по русской версии Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ). Сумма баллов по 6 вопросам GerdQ варьировалась в пределах 0–18, диагностически значимой принималась оценка 8 баллов и более. При этом суммарная оценка более 3 баллов на последние 2 вопроса о наличии изжоги в ночное время и приеме каких-либо лекарственных препаратов по поводу изжоги расценивалась как более высокая вероятность наличия ГЭРБ. Таким образом, все дети были разделены на 3 группы: 1) 538 без ГЭРБ (контрольная группа); 2) 97 с вероятным наличием ГЭРБ – общая сумма баллов 8 и более, но на последние два вопроса анкеты сумма баллов 3 и менее (ГЭРБ 1); 3) 42 с высокой вероятностью ГЭРБ – общая сумма баллов 8 и более, а на 2 последних вопроса сумма баллов более 3 (ГЭРБ 2). Для установления диагноза функциональных заболеваний ЖКТ использовалась русская версия Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms Rome III Version. Другие коморбидные состояния (головные боли, боли в спине, панические атаки) выявлялись с помощью специально разработанной анкеты (автор Терещенко С.Ю. – д.м.н, проф., заведующий клиническим отделением соматического и психического здоровья детей НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск). Кроме того, все дети с головной болью были протестированы по апробированной нами ранее анкете (автор Терещенко С.Ю.), разработанной для дифференциальной диагностики мигрени и ГБН в соответствии с международными критериями ICHD-II с высокой диагностической точностью для мигрени (чувствительность – 92%, специфичность – 93%) и для ГБН (чувствительность – 97%, специфичность – 93%).

Данные были проанализированы с помощью компьютерной программы STATISTIKA 7. Результаты приведены как процентные доли. Для оценки различий между группами были использованы тесты Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен анализ коморбидных расстройств у детей с ГЭРБ (таблица).

Частота встречаемости коморбидных заболеваний у подростков с ГЭРБ г. Красноярска, %
(абсолютное значение)

Болевые синдромы	Без ГЭРБ N=538	ГЭРБ 1 N=97	ГЭРБ 2 N=42	P
	0	1	2	
РГБ (рецидивирующая головная боль)	62,4 (265/425)	59,1 (55/93)	64,3 (27/42)	PCS=0,803
РБЖ (рецидивирующие боли в животе)	53,3 (284/533)	57,7 (56/97)	88,1 (37/42)	PCS <0,001 P ₀₋₂ <0,001 P ₁₋₂ <0,001
Боль в спине	20,5 (87/425)	23,7 (22/93)	23,8 (10/42)	PCS=0,726
ГБН (головная боль напряжения)	21,9 (51/233)	23,9 (11/46)	21,7 (5/23)	PCS=0,954
Мигрень	22,5 (60/267)	11,8 (6/51)	52,0 (13/25)	PCS<0,001 P ₀₋₁ =0,085 P ₀₋₂ =0,001 P ₁₋₂ <0,001
ФД (функциональная диспепсия)	6,9 (37/534)	8,3 (8/97)	4,8 (2/42)	PCS=0,756
СРК (синдром раздраженного кишечника)	16,3 (87/534)	23,7 (23/97)	45,2 (19/42)	PCS<0,001 P ₀₋₁ =0,078 P ₀₋₂ <0,001 P ₁₋₂ =0,012
АМ (абдоминальная мигрень)	8,4 (45/534)	12,3 (12/97)	9,5 (4/42)	PCS=0,458
ФАБ (функциональная абдоминальная боль)	5,8 (31/534)	5,2 (5/97)	7,1 (3/42)	PCS=0,899
СФАБ (синдром функциональной абдоминальной боли)	5,6 (30/534)	4,1 (4/97)	9,5 (4/42)	PCS=0,447
ФЗ (функциональный запор)	12,9 (69/534)	9,3 (9/97)	16,7 (7/42)	PCS=0,439
СРК с запором	10,0 (38/382)	12,2 (9/74)	20,7 (6/29)	PCS<0,001 P ₀₋₂ =0,074
СРК с диареей	3,4 (13/382)	4,1 (3/74)	17,2 (5/29)	PCS<0,001 P ₀₋₂ <0,001 P ₁₋₂ =0,028
СРК смешанная форма	3,9 (15/382)	4,1 (3/74)	17,2 (5/29)	PCS<0,001 P ₀₋₂ =0,001 P ₁₋₂ =0,028
СРК недифференцируемая форма	6,3 (24/382)	12,2 (9/74)	10,3 (3/29)	PCS<0,001 P ₀₋₁ =0,074
Панические атаки	28,9 (123/425)	22,8 (21/92)	47,6 (20/42)	PCS=0,013 P ₀₋₂ =0,012 P ₁₋₂ =0,005

Полученные результаты свидетельствуют об имеющейся связи ГЭРБ с СРК (причем у детей с ГЭРБ частота встречаемости СРК с диареей и смешанной формы достигает уровня СРК с запорами, в то время как у детей без ГЭРБ эти формы отмечаются почти в 3 раза реже, чем запоры) и мигрени при отсутствии достоверных связей с другими функциональными заболеваниями ЖКТ и ГБН. Это указывает на возможную общность их причинно-следственных связей и подтверждает закономерности, вскрываемые системно-векторной психологией Юрия Бурлана (СВП). С точки зрения последней: каждый человек имеет врожденный, но не наследуемый набор определенных особенностей характера, так называемых векторов, которые определяют его желания и соответствующие способности для их реализации, т. е. манеры поведения, таланты, значимые ценности в жизни, отношение к

окружающему и иное, в том числе физические данные. Кроме того, каждому вектору соответствует определенный орган (эрогенная зона), который, с одной стороны, наиболее развит, а с другой – является мишенью для действия стрессовой ситуации, которая для каждого вектора тоже будет своя, в зависимости от желаний и устремлений. Таким образом, заболевания человека также зависят от имеющегося у него вектора, или, точнее сказать, от травмирующих его обстоятельств либо от отсутствия его реализации. Следовательно, наблюдая за человеком, можно предположить наличие у него тех или иных заболеваний или риск их формирования в будущем. Например, желудочно-кишечные заболевания развиваются у людей с чувствительным сфинктерным аппаратом, начиная от анального сфинктера (СРК, запоры), далее по восходящему пути поражаются сфинктеры желчевыводящих путей (ДЖВП), пилорический и кардиальный отделы желудка (ГЭРБ) и заканчивая гортанью (заикание). Для этих людей очень важны чистота, порядочность, справедливость и качество во всем. Они уделяют большое внимание малейшим деталям, очень внимательны и тщательно выполняют все дела. Это про них говорят: «мастер золотые руки», «профессионал», «учитель», «эксперт». Но для качества нужно время. Они медлительны, им трудно переключаться на новые дела, адаптироваться к постоянно меняющимся условиям в современном мире. Отсюда стресс и обиды, которые выливаются в спазмы (как в ЖКТ, так и в сердечно-сосудистой системе – инфаркты, инсульты), а в ожидании стресса, наоборот, расслабление сфинктеров – диарея, т. е. смешанная форма СРК, а далее и недостаточность кардии [10]. Теперь становится очевидной связь ГЭРБ с СРК, по аналогии с атопическим маршем. Здесь можно вспомнить клапанную теорию Я.Д. Витебского, который также связывал все заболевания ЖКТ с патологией клапанного аппарата и наличием рефлюксов, говоря при этом, что ЖКТ – это дорога с односторонним движением, нарушение которого приводит к аварии [11]. Подтверждение этому – эффект (улучшение или полное излечение) от проводимых по его методике операций на клапанах [11].

Кроме того, согласно СВП заболеваниями ЖКТ могут страдать слишком эмоциональные люди, принимающие все близко к сердцу, излишне тревожные, с паническими атаками, которые в нашем исследовании отмечались почти в 2 раза чаще у детей с ГЭРБ 2, чем в группе контроля (таблица). Эти люди могли бы дарить любовь, заботу, красоту и искусство людям, но скованы страхом за себя [10]. У них очень лабильная вегетативная нервная система, что, по-видимому, и приводит к сосудистым дисфункциям, синкопе, является причиной формирования мигрени. Впрочем, люди с уязвимым сфинктерным аппаратом, которые подвержены возникновению спазмов при стрессах с последующим расслаблением, также могут страдать приступами мигрени. При этом

отсутствие связи ГЭРБ с ГБН еще раз подчеркивает различную природу мигрени и ГБН. Кроме того, интересно отсутствие связи ГЭРБ с другими функциональными заболеваниями ЖКТ. Возможно, они (в частности, ФД) в большей степени зависят от инфицирования Хеликобактер пилори (Н.р.). При этом обращает на себя внимание тот факт, что и при ГЭРБ, и при СРК, наоборот, инфицирование Н.р. встречается реже. Даже существует мнение, что излечение от Н.р. повышает риск развития ГЭРБ и СРК [12]. Однако можно предположить, что, наоборот, ГЭРБ и СРК, а точнее сказать, особенности характера людей, страдающих этими заболеваниями, являются защитными факторами от инфицирования Н.р. Однако считается, что слишком эмоциональные люди в большей степени подвержены развитию язвенной болезни. Данные противоречия диктуют необходимость проведения дальнейших исследований в этой области.

В литературе также имеется множество подтверждений связи ГЭРБ и СРК, даже существует термин «перекрестный синдром», который включает также еще и ФД в различных сочетаниях [7]. В многоцентровом исследовании «Эпидемиология Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ) частые (возникавшие 1 раз в неделю и чаще) изжога и/или регургитация были достоверно ассоциированы с запором (37,8%) [13]. И наоборот, у 37,9% больных с СРК с запорами была диагностирована ГЭРБ. Причем длительный анамнез СРК с запорами по результатам данного исследования являлся статистически значимым предиктором ГЭРБ (ОШ 2,26, 95% ДИ 1,05–4,87) [14]. Однако в отличие от наших результатов, в данном исследовании у пациентов при сочетании ГЭРБ с СРК также была выявлена высокая частота ФД (68,2%). Но следует учесть, что это исследование проводилось во взрослой популяции, где частота встречаемости инфицированности Н.р. выше, с чем, возможно, и связана высокая частота ФД у этих пациентов.

Существует несколько теорий, объясняющих подобное сочетание, казалось бы, различных функциональных заболеваний ЖКТ. Одни авторы находят это объяснение в схожих патогенетических механизмах их развития: нарушении моторно-эвакуаторной функции и висцеральной гиперчувствительности [7]. Другие предполагают развитие СРК за счет возникающего дисбактериоза кишечника на фоне длительного приема ингибиторов протонной помпы (ИПП) при лечении ГЭРБ [7]. С точки зрения СВП наиболее четкое объяснение этому сочетанию дает клапанная теория Я.Д. Витебского [11, 15], согласно которой недостаточность илеоцекального клапана приводит к забросу толстокишечного содержимого в тонкий кишечник, что вызывает развитие в нем воспаления, увеличение газообразования за счет процессов гниения и брожения, приводящих к повышению давления, это в свою очередь обуславливает возникновение еюнодуоденального рефлюкса, за счет

которого нарушается дуоденальная проходимость, удлиняется время опорожнения желудка и уже происходит дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), а затем и гастроэзофагеальный (ГЭР) [15]. И на каждом из этих этапов можно проследить проявления, характерные для СРК, ФД и, наконец, ГЭРБ. Причем согласно клапанной теории длительное существование ДГР неминуемо приводит к развитию гипертрофического гастрита, а затем и язвенной болезни желудка, которой предшествует язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК). Кроме того, рефлюкс щелочного содержимого в желудок на начальных этапах стимулирует выработку гастрина, а затем соляной кислоты и пепсина, что приводит к повышению кислотности желудочного сока [15] и способствует развитию как язвенной болезни, так и эзофагита при ГЭРБ. Таким образом, симптомы постпрандиального дистресс-синдрома у детей, свидетельствующие о нарушении дуоденальной проходимости, могут рассматриваться как предикторы язвенной болезни.

В дополнение к этому в СВП очень детально представлено развитие запоров и связанных с ними психологических проблем. Как уже говорилось выше, людям с чувствительным сфинктерным аппаратом присуще стремление к чистоте и качеству во всем. Но, как и любое другое качество, оно формируется в детстве от своей противоположности. И его развитие сопряжено с актом дефекации, то есть очищения кишечника, а значит, и всего организма. Причем здесь также очень важно качество, то есть обязательно этот процесс надо довести до самого конца, а на это уходит много времени. Такие дети подолгу сидят на горшке. Бывает, что родители с другим типом характера, которым каждая минута дорога и очень важна пунктуальность, начинают торопить своего ребенка, чтобы не опоздать в садик и на работу. В такой стрессовой ситуации у ребенка происходит спазм анального сфинктера, и акт дефекации остается незавершенным. Каловые массы начинают уплотняться, и потом уже опорожнение кишечника осуществить сложнее, это вызывает болевые ощущения, вследствие чего у ребенка появляется страх перед актом дефекации, и он начинает намеренно сдерживать его. Кроме того, накапливающиеся каловые массы раздражают рецепторы его очень чувствительной анальной зоны, и, чтобы как-то облегчить страдание малыша, по закону сохранения жизни в головном мозге рефлекторно начинают вырабатываться энкефалины и эндорфины. Таким образом, с одной стороны, ребенок задерживает стул из-за страха, что будет испытывать при этом боль, а с другой – он подсознательно начинает получать от этого удовольствие. Так формируется хронический запор, практически не поддающийся лечению. Кроме того, незавершенный акт дефекации приводит к нарушению формирования свойственного для такого типа людей стремления к чистоте и качеству, доведению всего до самого конца, и напротив, появляются привычка откладывать дела на потом, неспособность завершить начатое дело, а вместо желания найти

ошибку, чтобы исправить (очистить) ее, чтобы было все наилучшим образом, возникает желание опорочить, оклеветать (загрязнить). Именно таким людям свойственна нецензурная лексика. Однако даже у людей с развитым стремлением к чистоте (то есть благополучно прошедшим стадию его формирования в детстве) в момент стресса может возникать спазм сфинктера, а в условиях ожидания стресса – его расслабление, что клинически проявляется СРК с чередованием запоров и диареи [10].

Таким образом, благодаря СВП клапанная теория приобретает новый смысл и возможности. СВП раскрывает причины нарушения работы клапанов на подсознательном уровне, воздействуя на которые, можно избежать оперативного вмешательства.

Выводы

Анализируя результаты, можно сделать следующие выводы:

1. У детей с ГЭРБ часто отмечаются проявления вегетативной дисфункции в виде следующих коморбидных расстройств: СРК, мигрени, панических атак.
2. В СВП прослеживаются четкие причинно-следственные связи между перечисленными выше коморбидными расстройствами у детей с ГЭРБ, особенностями их характера и стрессовыми ситуациями. При этом СВП дополняет клапанную теорию развития заболеваний ЖКТ Я.Д. Витебского, объясняет психологические причины поражения клапанов.

Список литературы

1. Загорский С.Э., Назаренко О.Н. Влияние психосоциальных факторов на качество жизни у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом // Мед. панорама. 2013. № 3. С. 23–26.
2. Гришечкина И.А. ГЭРБ и психологическая структура личности // Вестник современной клинической медицины. 2010. ТОМ 3, приложение 1. С. 49-50.
3. Baker L.H., Lieberman D., Oehlke M. Psychological distress in patients with gastroesophageal reflux disease. Am. J. Gastroenterol. 2005. Vol. 90(10). P. 1797-1803.
4. Дудникова Э.В., Нестерова Е.В. Роль симпатoadреналовой системы в патогенезе кислотозависимых заболеваний у детей // Лечение и профилактика. 2011. № 1. С. 26-30.
5. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе ГЭРБ // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010. № 2. С. 13–19.
6. Цветков П.М., Квирквелия М.А., Гуреев А.Н., Нечаева Л.В., Патрики Е.В. Отклонения темпов физического развития ребенка как фактор риска формирования ГЭРБ // Вопросы дет. диетологии. 2009. № 2. С. 25–29.

7. Осадчук М.А., Осадчук М.М. Синдром перекреста ФД, СРК и СРК: оптимизация терапии // РМЖ. 2015. № 28. С. 1690–1692.
8. Крапивная О.В., Алексеенко С.А. Особенности течения ГЭРБ у больных с СРК с запором, оценка эффективности терапии итопридом гидрохлоридом // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 4. С. 22-25.
9. Сыресина О.В., Жукова Е.А., Видманова Т.А., Коркоташвили Л.В., Колесов С.А., Нефедова О.А. Мелатонин в комплексном лечении ГЭРБ у детей // Педиатрическая фармакология. 2012. Том 9. № 1. С. 77-80.
10. Портал системно-векторной психологии Юрия Бурлана [Электронный ресурс]. URL: www.yurlan.ru (дата обращения: 18.11.2019).
11. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. Челябинск: Южно-Уральское книжное издательство, 1999. 303 с.
12. Ривкин В.Л., Щербенков И.М., Данюшин В.А., Леонова С.Ф. Helicobacter pylori у больных с воспалительными заболеваниями пищевода, желудка и сопутствующим СРК // Гастроэнтерология. 2012. №2. С. 55-57.
13. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С., Васильев Ю.В., Ткаченко Е.И., Абдулхаков Р.А., Бутов М.А., Еремина Е.Ю., Зинчук Л.И., Цуканов В.В. Многоцентровое исследование «Эпидемиология ГЭРБ в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 6. С.4-12.
14. Крапивная О.В., Алексеенко С.А. ГЭРБ у пациентов с ФД и СРК с запором: клинические особенности и оценка эффективности терапии лактулозой и итоприда гидрохлоридом // Альманах клинической медицины. 2014. №33. С. 57-63.
15. Мартынов В.Л. Рабочие гипотезы о возможностях клапанной гастроэнтерологии // Нижегородский мед. журн. 2002. № 1. С. 114-128.