

щинами с высшим — $p < 0,05$. Для действенной профилактики табакурения необходим отказ всех структур здравоохранения от финансовой поддержки, предоставляемой им табачной промышленностью. Европейская хартия о запрещении табака гласит, что каждый человек имеет право на свежий воздух, свободный от табачного дыма; право на информацию о риске для здоровья, связанном с употреблением табака; все люди имеют право на свободный от табачного дыма воздух в закрытых общественных местах и на транспорте. В США с 1976 года по инициативе Американского противоракового общества ежегодно 19 ноября отмечается как «День отказа от курения», а по инициативе ВОЗ 31 мая (начиная с 1988 года) объявлен Всемирным днем без табака. В настоящее время в Российской Федерации принимаются меры для борьбы с табакокурением на государственном уровне, принят Федеральный закон «Об ограничении курения табака» (Федеральный закон № 87, принят Государственной Думой Федерального Собрания РФ 21.06.2001 г., подписан Президентом РФ 10.07.2001), не только ограничивающий табакокурение в общественных местах, но и накладывающий запреты на публичное курение видных представителей политики, культуры, спорта, медицины, чтобы тем самым ограничить косвенную рекламу курения, пропаганду образа курящего человека.

Выводы:

1. Наблюдается достаточно широкая распространенность табакокурения среди городского населения в Среднем Поволжье, преимущественно мужчин.

2. Наибольшая распространенность курения выявлена как среди мужчин, так и женщин; среди лиц с незаконченным средним образованием, а также средним и средне-специальным. Данное обстоятельство, на наш взгляд, можно связать с тем, что низкий образовательный ценз ведет к соответствующей низкой социальной культуре и тем самым не в полной мере позволяет осознать вред и опасность табакоку-

рения; кроме того, по всей видимости, сама социальная среда у лиц с незаконченным средним и разнообразными средним образованием предрасполагает данному пагубному пристрастию.

3. Для действенной профилактики табакурения важно участие врачей в общественной деятельности по контролю пандемии табакокурения, для чего необходимо владеть навыками эффективного противодействия извращению научных фактов, финансируемому табачной индустрией, приемами антирекламы табачных изделий.

Библиографический список

1. WHO Technical Report Series 862. Hypertension Control Report of a WHO Expert Committee. — Geneva, 1996.
2. Stillman, F.A. Ending smocing at the Johns Hopkins Medical Institutions/ F.A. Stillman // J. Amer. Med. Association. — 1990. — 264 (12). — 1565–1569.
3. Распространенность курения среди взрослого населения Вологодской области / П.Аарва, И. Пиетила, Т.Максимова и др. // Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний: Мат. Всерос. науч. конф. — М., 1999. — Т. 2. — С. 2–3.
4. Максимова, Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения работников здравоохранения / Т.М. Максимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2000. — № 3. — С. 14–19.
5. Распространенность и прогностическая значимость симптомов хронического бронхита, выявленного на основании стандартного опроса (эпидемиологическое проспективное исследование) / Л.В. Чазова, Р.Ф. Мухаметжанова, Т.Н. Биличенко и др. // Тер. архив. — 1991. — № 11. — С. 92–96.
6. Gostaustas, A. Smocing in Lithuania/ A.Gostaustas // IATLD News. Bulletin on Tobacco and Health. — 1994. — V. 7. — P. 18–21.
7. Ядов, В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы / В.А. Ядов. — М., 1987. — С. 23–29.
8. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э.Вагнер. М.: МедиаСфера, 1998. — С. 121–145.
9. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1999. — 459 с.

УДК 616.342–002.44–074–086:615.37(021)

Оригинальная статья

ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

В.В. Дугина — ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, доцент кафедры общей и клинической фармакологии, кандидат медицинских наук; **Н.С. Хрулева** — ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, ассистент кафедры госпитальной терапии им. В.Г. Возгралика. E-mail: natalynnov_82@mail.ru

NEW ROUTS IN OPTIMIZATION THERAPY OF *HELICOBACTER PYLORI* ERADICATION IN PATIENTS WITH CHRONIC DUODENAL ULCER

V.V. Dugina — N. Novgorod State Medical Academy, Department of General and Clinical Pharmacology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **N.S. Khruleva** — N. Novgorod State Medical Academy, Department of Hospital Therapy named after V.G. Vogralikh, Assistant. E-mail: natalynnov_82@mail.ru

Дата поступления — 3.02.09 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

В.В. Дугина, Н.С. Хрулева. Изучение новых путей оптимизации эрадикации *Helicobacter pylori* у больных с хронической дуоденальной язвой. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 200–203.

Фармакодинамическое действие иммуномодуляторов предполагает нормализацию иммунохимической функциональной системы гомеостаза. Это явилось основанием для поиска рациональных путей эрадикации *Helicobacter pylori*. При одновременном применении иммуномодуляторов и антибиотика по возбудителю наносится двойной удар — антибиотик подавляет функциональную активность возбудителя и делает его наиболее чувствительным к киллерному эффекту фагоцита, а иммуномодулятор усиливает функциональную активность фагоцита, повышая его способность поглощать и убивать возбудителя. Оптимизация эрадикации НР путем «иммунореабилитации» продиктована клинической необходимостью. Она подразумевает воздействие на иммунитет с учетом сопутствующих заболеваний с целью восстановления иммунных функций, профилактики рецидивов и осложнений у больных с хроническими заболеваниями. В данной работе исследовалась возможность повышения фармакологической эффективности эрадикации НР при НР — ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в фазе обострения за счет сочетанного использования иммуномодуляторов ликопада, иммунала и лекарственных препаратов различных фармакологических групп (омепразол–коллоидный субцитрат висмута–амоксциллин–фуразолидон).

Ключевые слова: эрадикация, хроническая дуоденальная язва, иммуномодулятор.

V.V. Dugina, N.S. Khruleva. *New Routs In Optimization Therapy of Helicobacter Pylori Eradication in Patients with Chronic Duodenal Ulcer. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 2, p. 200–203.*

Pharmacological effects of immunomodulators produce normalization of immunochemical function of homeostasis. This phenomenon determines optimization of Helicobacter pylori eradication. The combination of immunomodulators with antibiotics has a double effect. Antibiotics distress the functional activity of microorganisms and increase it's sensitivity to the effect of phagocytes. On the other hand immunomodulators increase functional activity of phagocytes to eliminate microorganisms. Optimization of Helicobacter pylori eradication by using of immunomodulators is necessary for clinical practice. It includes prophylaxis of recurrences and complications caused by drugs action on immune system in patients with chronic diseases.

Key words: eradication, chronic duodenal ulcer, immunomodulator, Helicobacter pylori.

Известно, что ведущая роль в этиологии и патогенезе язвенной болезни принадлежит бактерии Helicobacter pylori (HP) [1,2,3,4]. Это позволило отнести язвенную болезнь к инфекционным заболеваниям. При успешной антихеликобактерной терапии язвы рубцуются быстрее и качественнее, чем при традиционном противоязвенном лечении. При этом антихеликобактерная терапия одинаково эффективна при поражении двенадцатиперстной кишки и желудка [1]. Современные фармакологические схемы антихеликобактерной терапии значительно снизили процент рецидивов у больных язвенной болезнью. Основой терапии хеликобактер-ассоциированных заболеваний (хронический гастрит и язвенная болезнь), согласно рациональному фармакодинамическому подходу, приняты трех- и четырехкомпонентные схемы эрадикации [2]. Базовыми препаратами являются ингибиторы «протонового насоса» и/или коллоидный субцитрат висмута в сочетании с различными антимикробными средствами, обладающими активностью против Helicobacter pylori. Однако при проведении эрадикационной терапии в последние годы выявились серьезные проблемы [3,4]. Поскольку данные фармакологические средства применяются многократно вследствие рецидивирования заболевания, то возникает опасность развития резистентности к ним Helicobacter pylori [1,2,3]. Широкое применение в гастроэнтерологии антибиотиков, препаратов висмута, антисекреторных средств, для эрадикации Helicobacter pylori вызывает изменение микробного пейзажа, возникающее вследствие как применения антибиотиков, так и изменения pH в желудке. Одним из нежелательных эффектов данной терапии может служить и возможное влияние на состояние иммунологической резистентности организма в целом, неразрывно связанной с местным иммунным ответом, участвующим в процессе эрадикации и отвечающим за длительность ремиссии. В связи с этим одним из подходов к решению данной задачи является одновременное применение иммуномодуляторов в схеме терапии. Их назначение позволяет добиться более выраженного постантибиотического эффекта, регулирует процессы воспаления и усиливает регенерацию поврежденных тканей [5].

Поэтому с целью повышения эффективности проводимой антихеликобактерной терапии у больных с хронической язвой двенадцатиперстной кишки нами было предложено к основной четырехкомпонентной схеме «омепразол–коллоидный субцитрат висмут–амоксициллин–фуразолидон» дополнительное применение иммуномодуляторов ликопида и иммунала.

Цель исследования: возможность повышения фармакологической эффективности эрадикации HP при HP — ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в фазе обострения за счет

сочетанного использования иммуномодуляторов ликопида, иммунала и лекарственных препаратов различных фармакологических групп (омепразол–коллоидный субцитрат висмута–амоксициллин–фуразолидон).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 80 больных Helicobacter pylori-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с локализацией язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки, в острой фазе рецидива, имеющие хронический хеликобактерный антральный гастрит (тип В), из них мужчин и женщин в возрасте от 20 до 65 лет. Сформированные группы были однородны по возрасту, полу, длительности заболевания и сопутствующей патологии желчного пузыря и поджелудочной железы. Критериями исключения являлись хронический панкреатит и холецистит в фазе обострения, наличие в анамнезе оперативных вмешательств по поводу прободения язвы или эрозивно-язвенного кровотечения.

В зависимости от вида терапии все больные были разделены нами на следующие группы:

первая группа — 21 испытуемый, получавший на фоне квадрo-схемы «омепразол- коллоидный субцитрат висмута–амоксициллин-фуразолидон» иммуномодулятор ликопид (N-ацетил-глюкозаминил-1-4-ацетилмурамоил-L-аланил-D-изоглутамин (ГМДП) в дозировке 10 мг внутрь 1 раз в день, до завтрака, в течение 10 дней;

вторая группа — 20 испытуемых, получавших на фоне вышеописанной квадрo-схемы ликопид в дозировке 1 мг сублингвально 1 раз в день, до завтрака, в течение 10 дней;

третья группа — 20 испытуемых, получавших на фоне вышеописанной квадрo-схемы иммунал в дозе 20 капель 3 раза в день в течение 3 недель;

четвертая группа — 19 испытуемых, получавших квадрo-схему, включающую коллоидный субцитрат висмута — в дозе 240 мг 2 раза в день, за 30 минут до приема пищи (завтрака и ужина), в течение 10 дней; омепразол — в дозе 20 мг 2 раза в день, до приема пищи, в течение 10 дней; амоксициллин — по 1000 мг 2 раза в день, после приема пищи (в 8.00 и 19.00 соответственно), в течение 7 дней; фуразолидон — в дозе 200 мг 2 раза в день, после приема пищи (завтрака и ужина), в течение 7 дней.

Стандартная терапия описана в материалах III Международного симпозиума «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с HP» (№ 2, том 10, 2000, С. 41–42).

На участие в исследовании и прием ликопида и иммунала в схеме антихеликобактерной терапии было получено информированное согласие самих испытуемых и разрешение Этического комитета клинической базы, в которой проводилось исследование.

За основные диагностические критерии, подтверждающие эффективность проводимого лечения,

Ответственный автор — Хрулева Наталья Сергеевна
603005, Нижний Новгород, пл.Минина и Пожарского, 10/1,
ГОУ ВПО Ниж ГМА Росздрава, кафедра госпитальной терапии,
тел. 8 920 296 83 53,
E-mail: natalynnov_82@mail.ru

были приняты несколько общепринятых методов исследования. Основными явились эндоскопический метод-эзофагоfibрогастродуоденоскопия с взятием биоптатов, цитологических мазков и желудочного сока, морфологический метод с изучением гистологических биоптатов слизистой оболочки желудка и цитологических мазков с определением *Helicobacter pylori*. Для изучения иммунного статуса были использованы: иммунологический метод с определением показателей напряженности гуморального и клеточного иммунитета, нефелометрический метод с определением лизоцима слюны и тощаковой порции желудочного сока. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) использовался на этапе первичной диагностики наличия *Helicobacter pylori* в желудочном соке и после проведения лечения с целью подтверждения качества эрадикации.

Результаты. Сравнительное изучение гистологической картины биоптатов до лечения выявило в целом однотипную направленность структурных изменений в образцах контрольной и основных групп; во всех 80 случаях хронический активный неатрофический антральный гастрит с разной степенью активности, «ложной» атрофии и кишечной метаплазии (табл. 1).

Через 6 недель после завершения курса антихеликобактерной терапии во всех четырех группах при цитологическом исследовании была выявлена общая тенденция к уменьшению площади колонизации НР слизистой оболочки желудка. В четвертой группе, получившей исключительно квадротерапию, эрадикация НР произошла в 73,7% случаев, тогда как в первой и второй группах (применялся ликолипид) и третьей группе (применялся иммунал дополнительно к квадротерапии) процент элиминации этого этиологического фактора язвенной болезни был существенно выше (95,5%, 95,0% и 85% случаев соответственно, $p < 0,001$).

При повторной (через 6 недель) эндоскопической оценке рубцевание язв было выявлено 100% рубцевание язв во всех группах. Кроме того, во всех случаях выявлены общие закономерности (уменьшение воспалительного процесса в гастродуоденальной зоне с положительной динамикой снижения активности антрального гастрита). Данные по эрадикации НР, полученные в ходе цитологического обследования, были подтверждены молекулярно-биологически методом ПЦР. Следует отметить, что в первой, второй, третьей группах (дополнительно применялись ликолипид и иммунал) спустя 6 недель после окончания терапии структурные показатели покровно-ямочного эпителия, эпителия вставочных отделов антральных желез восстанавливались активнее, чем в контроле.

Указанные изменения наблюдались параллельно с улучшением клинических, лабораторных и эндоскопических показателей, следовательно, выражали активацию механизмов местной иммунной защиты.

При иммунологическом исследовании показателей клеточного (CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов) и гуморального (иммуноглобулины А, М, G) иммунитета при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки основных групп и контрольной группы до лечения было выявлено нарушение показателей иммунного профиля по сравнению с показателями группы условно здоровых лиц без НР — ассоциированной патологии. Эти нарушения были обнаружены в Т — клеточном звене иммунной системы в виде умеренного Т-иммунодефицита и в гуморальном звене в виде дисбаланса иммуноглобулинов.

Через 6 недель после лечения было установлено, что применение иммуномодуляторов ликолида и иммунала в quadro-схему эрадикации НР приводило к существенному увеличению показателей клеточного иммунитета в группах, получавших иммуномодулирующую терапию, тогда как в четвертой группе больных, пролеченных с помощью только quadro-схемы, они существенно не изменялись или понижались, что свидетельствует об иммунодепрессивном влиянии антихеликобактерной quadro-схемы «омепразол-коллоидный субцитрат висмута-амоксциллин-фуразолидон» в отношении клеточного иммунитета.

Оценка показателей гуморального иммунитета при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки всех четырех групп через 6 недель после эрадикационной терапии показала, что после применения ликолида наблюдается восстановление соотношения иммуноглобулинов в основных группах. После применения иммунала наблюдалось умеренное повышение содержания IgA, однако уровень IgM едва заметно уменьшился, уровень IgG повысился статистически незначительно, что говорит об отсутствии выраженного влияния иммунала на гуморальный иммунитет. Это может быть обусловлено тем, что иммунал является преимущественно стимулятором неспецифического иммунитета.

В контрольной группе уровни IgA, IgM существенно не изменялись, и наблюдалось достоверное снижение уровня IgG, свидетельствуя об иммунодепрессивном влиянии антихеликобактерной quadro-схемы «омепразол-коллоидный субцитрат висмута-амоксциллин-фуразолидон» в отношении гуморального звена иммунитета.

Через 6 недель после проведенной терапии отмечено повышение активности лизоцима в образцах слюны всех четырех групп с восстановлением ее до

Таблица 1

Выраженность морфологических признаков хронического неатрофического антрального гастрита при *Helicobacter pylori* ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в первой, второй, третьей, четвертой группах до применения препаратов (M±m,%)

Признак	Первая группа			Вторая группа			Третья группа			Четвертая группа		
	С	У	В	С	У	В	С	У	В	С	У	В
Круглоклеточная инфильтрация (лимфоцитами, плазмócитами, макрофагами, мононуклеарами)	10± 0,5	71± 0,4	19± 0,21	15± 0,45	65± 0,64	20± 0,32	10± 0,6	70± 0,36	20± 0,57	5± 0,74	79± 0,25	16± 0,45
Нейтрофильная инфильтрация	5± 0,71	43± 0,14	52± 0,71	10± 0,42	40± 0,28	48± 0,63	5± 0,56	45± 0,62	50± 0,73	5± 0,55	42± 0,49	53± 0,81
Ложная атрофия	19± 0,33	-	-	15± 0,23	-	-	15± 0,23	-	-	16± 0,27	-	-
Кишечная метаплазия	14± 0,67	86± 0,88	-	15± 0,29	85± 0,42	-	20± 0,67	80± 0,59	-	11± 0,54	89± 0,74	-

Примечание: С-слабая, У-умеренная, В-выраженная степень морфологических изменений

Таблица 2

Активность лизоцима в слюне и желудочном соке при НР – ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки до лечения и после лечения (M±m,%)

Группы	Активность лизоцима в слюне, %	Активность лизоцима в желудочном соке, %
Первая группа (до лечения)	39,4 ± 3,45	40,6 ± 7,21
Вторая группа (до лечения)	38,3 ± 3,32	39,9 ± 7,78
Третья группа (до лечения)	38,85 ± 1,75	38,1 ± 2,77
Четвертая группа (до лечения)	39,9 ± 7,83	38,6 ± 8,14
Первая группа (после лечения)	47,2 ± 3,23*	52,3 ± 7,81
Вторая группа (после лечения)	46,5 ± 3,65*	49,8 ± 8,12
Третья группа (после лечения)	43,6 ± 1,56	43,05 ± 2,34
Четвертая группа (после лечения)	42,1 ± 7,12	40,8 ± 7,34

Примечание: * – $p < 0,01$ по сравнению с показателем до лечения

нормальных значений (табл. 2). Однако положительная динамика в четвертой группе (применялась квадросхема) была в 85% образцов, что меньше, чем в первой, второй, третьей группах (95,3%, 95%, и 90% образцов соответственно), где дополнительно назначалась иммунотерапия. Несмотря на то, что активность лизоцима желудочного сока как до, так и после лечения была снижена по сравнению с нормой, отмечена положительная динамика данного показателя после лечения во всех четырех группах, причем в первой группе — в 95% исследованных образцов, во второй — в 95%, в третьей — в 85% и в четвертой — в 80,6% ($p < 0,05$ по сравнению с показателем до лечения).

Выводы:

1. Применение иммуномодуляторов ликопида и иммунала на фоне антихеликобактерной квадросхемы «омепразол — коллоидный субцитрат висмута — амоксициллин — фуразолидон» приводит к существенному повышению эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* при обострении *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

2. Использование ликопида и иммунала в сочетании с антихеликобактерной квадросхемой при обострении НР-ассоциированной дуоденальной язвы снижает активность и выраженность воспалительных изменений и повышает репаративные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

3. Назначение ликопида и иммунала при *Helicobacter pylori*-ассоциированной дуоденальной язве на фоне антихеликобактерной квадросхемы

приводит к коррекции иммунологического дисбаланса, увеличивая показатели клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс) и гуморального иммунитета (иммуноглобулины IgA и IgG и, в меньшей степени, IgM).

4. При введении ликопида и иммунала в случае *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в комбинации с антихеликобактерной квадросхемой наблюдается увеличение активности лизоцима в слюне и тенденция к нормализации этого фермента в желудочном соке.

Библиографический список

1. Мукоциты с микроядрами и обсемененность кокковыми формами *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка человека / Л.В. Китаева, И.А. Михайлова, Д.М. Семов и др. // Цитология. — 2008. — Т. 50. — № 2. — С. 160–164.
2. Показатели клеточного обновления эпителиоцитов слизистой оболочки желудка у *H. pylori*-позитивных пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.В. Цуканов, А.В. Кононов, О.В. Штыгашева и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 5. — С. 23–25.
3. Желудочная метаплазия и *Helicobacter pylori*: оценка риска развития дуоденальных эрозий и язв / О.В. Маршалко, М.Р. Конорев и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 6. — С. 13–27.
4. *Helicobacter pylori* resistance / P.D. Midolo, M.G. Korman, J.D. Turnidge, J.R. Lambert // Lancet. — 1996. — Vol. 347. — P. 194–1195.
5. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on antral gastrin and somatostatin-immunoreactive cell density and gastrin and somatostatin concentration / D.M. Queiroz, E.N. Mendes, G.A. Rocha et al. // Scand.J. Gastroenterol. — 1993. — Vol. 28. — P. 858–864.

УДК 616.37–002–02:616.36]–085–092.11–058(045)

Оригинальная статья

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БИЛИАРНОЗАВИСИМОГО ПАНКРЕАТИТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Е.И. Кашкина — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук; *Ю.В. Листишenkova* — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, клинический ординатор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета. E-mail: Listishenkova-JV@mail.ru

CHRONIC BILIARY PANCREATITIS CLINICAL COURSE INTERRELATION WITH QUALITY OF LIFE AND PATIENTS DEPENDANCE ON SUPPORTING THERAPY INDICES

E.I. Khashkina — Saratov State Medical University, Department of Hospital Therapy of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; *J.V. Listishenkova* — Saratov State Medical University, Department of Hospital Therapy of Therapeutic Faculty, Attending Physician. E-mail: Listishenkova-JV@mail.ru

Дата поступления — 25.03.09 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

Е.И. Кашкина, Ю.В. Листишenkova. Взаимосвязь клинического течения хронического билиарнозависимого панкреатита с показателями качества жизни и приверженности пациентов к поддерживающей терапии. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 203–207.