

Клиническая гастроэнтерология в работах ученых кафедры терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов СибГМУ за 25 лет ее существования

Белобородова Э.И.

Clinic gastroenterology in the works of the scientists of therapy chair in specialist professional development and professional retraining faculty in SibSMU during 25 years of its existence

Beloborodova E.I.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Белобородова Э.И.

В статье представлено становление и развитие научно-исследовательской работы на кафедре терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Сибирского государственного медицинского университета, освещены основные итоги и перспективы развития томской терапевтической школы гастроэнтерологов.

Ключевые слова: кафедра терапии, научная работа, гастроэнтерология.

In the article a formation and development of scientific-research work at the therapy chair in specialist professional development and professional retraining faculty in Siberian State Medical University have been presented, basic results and prospects of the development of Tomsk therapeutic school of gastroenterologists have been illustrated.

Key words: therapy chair, scientific work, gastroenterology.

УДК 616.3(09)

В первые годы становления кафедры терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) наряду с активной педагогической деятельностью по постдипломной подготовке терапевтов, учебно-методической работой начались клинические исследования по изучению поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы при краевой патологии Сибирского региона – хроническом описторхозе. Это направление, как и последующие другие, выполнялось в рамках программы «Здоровье населения Сибири».

Поистине пионерской работой явилось исследование М.И. Калюжиной (1988) по изучению всасывательной функции кишечника при данном паразитозе. Впервые было доказано, что при длительности описторхозной инвазии более десяти лет развивается синдром малабсорбции, обусловленный снижением двигательной активности тонкой кишки, дисбактериозом и морфологическими изменениями тонкой кишки. Изучение течения язвенной болезни (ЯБ) при сочетании с хроническим описторхозом вылилось в солидный труд

(Павленко О.А., 1988), в котором были представлены особенности сочетанной патологии, этапно-восстановительное лечение. Были доказаны более длительные периоды обострения и отсутствие полной клинико-эндоскопической ремиссии; модификация радионуклидного метода позволила выявить дуоденогастральный рефлюкс, отметить его постоянный характер и интенсивность у больных ЯБ при сочетании с хроническим описторхозом, что объяснялось нарушениями в гепатобилиарной системе (гипомоторная дискинезия желчного пузыря и спазм сфинктера Одди).

Детально исследовала желчевыделительную систему при хроническом описторхозе Ю.А. Тиличенко (1991). Она впервые доказала, что при хроническом описторхозе повышены литогенные свойства желчи: в пузырной желчи снижается концентрация желчных кислот и фосфолипидов более чем в 2,5 раза. Это подтверждалось увеличением литогенных индексов Томаса–Гофманна и Рубенса, что позволило рассматривать хронический описторхоз как фактор риска камнеобразования.



Коллектив кафедры терапии ФПК и ППС СибГМУ, 1989 г.

Впервые изучалось наряду с функциональным и морфологическое состояние печени при хроническом описторхозе (Тун М.А., 1992). Доказано, что при данном паразитозе поражение печени соответствует хроническому портальному гепатиту (69,5%), реже – лобулярному (22,2%) и активному гепатиту (8,3%); особенностью поражения печени при данном гельминтозе явились морфологические признаки холангита, холестаза.

Детально изучено функциональное и морфологическое состояние желудка при хроническом описторхозе в работах Т.А. Колосовской (1992). Были отмечены выраженные структурные изменения слизистой желудка, преимущественно антральной локализации, связанные с дуоденогастральным рефлюксом. Были отмечены нарушения гормональной регуляции деятельности желудка: снижался уровень гастрина и С-пептида и повышался уровень соматотропного гормона.

Итогом клинических исследований явились коллективные монографии «Хронический описторхоз и пищеварительная система» и «Язвенная болезнь на фоне хронического описторхоза».

В работах аспирантов кафедры научное исследование по изучению состояния органов пищеварения при хроническом описторхозе продолжилось. Было доказано, что при данной инвазии нарушаются физико-химические свойства слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (ДПК), увеличивается общее количество нуклеиновых кислот в фазах полостного пищеварения, что вызывает структурные изменения в виде диффузного дуоденита и у 33% больных – атрофического (Задорожная Н.А., 1995). Новым в клинической практике ста-

ло то, что в качестве антигельминтной терапии при хроническом описторхозе был использован сухой экстракт коры осины в сравнении с билитрицидом и получены гельминтологические изменения в 65,2% случаев. Диагностика и лечение дуоденитов на фоне описторхоза представлены в одноименной монографии (1998).

Изучается сущность кардиального синдрома при хроническом описторхозе. Новыми явились доказательства метаболических изменений миокарда, диагностируемых с помощью сцинтиграфии и ОЭКГ слабым и интенсивным включением ^{99}Tc -пирофосфата по всему миокарду. Прием энтеросорбента перед дегельминтизацией и антигельминтная терапия билитрицидом восстанавливает метаболизм сердечной мышцы (Посохов И.Н., 1997). При описторхозе рассматривается вегетативная регуляция сердечно-сосудистой системы – формируется вторичная нейроциркуляторная дистония (НЦД) (кардиальный вариант).

Существенный вклад в изучение проблемы поражения сердечно-сосудистой системы при вторичной НЦД на фоне хронического описторхоза вносит докторская диссертация Л.И. Тюкаловой (первая докторская диссертация на кафедре, защищена в 1999 г.). В этой работе рассматривается клинко-гемодинамическая сущность НЦД при хроническом описторхозе: диффузное метаболическое поражение миокарда, нарушение периферической гемодинамики и диастолической функции сердца; разработаны новые схемы реабилитации больных.

В продолжение решения проблемы «Хронический описторхоз и пищеварительная система» было доказано развитие

поражения толстой кишки по типу хронического неязвенного колита, прогрессирующее в зависимости от длительности и интенсивной инвазии

описторхисами. При хроническом описторхозе морфологически преобладали катаральные изменения слизистой толстой кишки и только у трети пациентов – атрофические, преимущественно с длительностью описторхозной инвазии более десяти лет; при всех формах хронического неязвенного колита при описторхозе отмечалась выраженная эозинофильная инфильтрация, которая значительно уменьшалась после эффективной дегельминтизации (Репникова Р.В., 2003).

Впервые на большом клиническом материале путем длительного проспективного наблюдения представлена целостная картина клинко-функционально-морфологического состояния органов пищеварения у больных с резидуальным описторхозом. Было доказано, что у большинства больных с данным заболеванием при продолжительности предшествовавшей описторхозной инвазии более пяти лет сохраняется симптомокомплекс клинических проявлений поражения органов пищеварения, полиорганные изменения в пищеварительной системе, в генезе которых играют роль нарушения вегетативной нервной системы и дисфункции иммунной системы (докторская диссертация Калюжиной М.И., 2000). Полученные данные вошли в коллективную монографию «Резидуальный описторхоз».

Из исследований функций и морфологии пищеварительной системы, проводимых совместно с кафедрой дерматовенерологии СибГМУ, привлекают внимание работы Н.Г. Беляевой (1999) и С.А. Хардиковой (2000). В докторской диссертации С.А. Хардиковой (2003) впервые обосновывается концепция морфогенеза поражения слизистой ЖКТ в виде гастроэнтероколонопатии при сочетанной патологии (псориаз и хронический описторхоз). Эта работа была выполнена совместно с НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН (г. Новосибирск). Разработаны методы эффективной реабилитации этой категории больных, подкрепленные патентами на изобретение.

На фоне описторхозной инвазии утяжеляется течение многих заболеваний внутренних органов. Так, течение хронического гломерулонефрита характеризуется более быстрыми темпами роста креатинина, падением клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции (Зибницкая Л.И., 2002). Инсулинозависимый сахарный диабет (СД) в сочетании с хроническим описторхозом протекает в основном в тяжелой форме, отмечается лабильность течения, склонность к ранним осложнениям. При этой сочетанной патологии впервые выявлены значительные нарушения функционального состояния

желчевыделительной системы и высокая литогенность желчи (Белобородова Е.В., 1999), результаты исследований обобщены в монографии «Желчеобразование и желчевыведение при инсулинозависимом сахарном диабете в сочетании с хроническим описторхозом» (2003). При СД в сочетании с хроническим описторхозом имеет место синдром недостаточного всасывания, в генезе которого играет роль гипокинезия тонкой кишки, снижение концентрации желчных кислот в пузырной желчи, структурные изменения слизистой тонкой кишки, нарушение микробного биоциноза (Калюжина Е.В., 1999).

При СД в сочетании с хроническим описторхозом диагностирована диабетическая гастропатия, зависящая от длительности и тяжести диабета и длительности хронического описторхоза (Харахулах М.И., 2004). Представлена целостная картина поражения органов пищеварения при СД в сочетании с хроническим описторхозом, раскрыты патогенетические механизмы поражения печени, соответствующего стеатогепатиту. Ультраструктурный анализ микрососудов различной локализации позволил выявить патогенетическую зависимость степени диабетической микроангиопатии от длительности и тяжести СД на фоне хронического описторхоза. Патоморфологический раздел работы выполнен в НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН (докторская диссертация О.А. Павленко, 2001). Результаты работы представлены в коллективной монографии «Патология органов пищеварения при сочетанных заболеваниях: сахарный диабет и хронический описторхоз» (2001).

Наличие сопутствующей описторхозной инвазии оказывает влияние на формирование более выраженной активности воспалительных изменений в органах гастроуденальной зоны при бронхиальной астме (БА), приводит к учащению клинических проявлений гастроэзофагальной рефлюксной болезни и частоты дуоденогастрального рефлюкса (Плеханова Е.В., 2004).

Клинические и патоморфологические аспекты поражения гастроуденальной системы при БА, представленные в докторской диссертации Г.М. Чернявской (2004), доказывают наличие мультифакторного воспалительно-дистрофического процесса, являющегося следствием системного вовлечения слизистых в общепатологический процесс при бронхиальной астме. Работа выполнялась совместно с НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН. В механизмах развития гастроуденальной патологии при БА, где преобладают эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК, имеют значение усиление кислотно-пептического фактора, нарушения механизмов местной гуморальной системы защиты, моторно-

эвакуаторные нарушения. Материалы представлены в коллективной монографии «Бронхиальная астма: поражение гастродуоденальной системы (клинические, функциональные и патоморфологические аспекты)» (2004).

Еще в 1990-х гг. определено новое направление в клинической гастроэнтерологии – изучение клинических антропологических психосоматических расстройств, где доказывается роль личностных и конституциональных особенностей в течении ЯБ, разработана дифференцированная психотропная терапия (Писаренко И.В., 1999). Распределение конституционально-морфологических типов среди больных ЯБ и здоровых лиц достоверно не различалось, что дает возможность пересмотреть существующие представления о преобладании астенического типа телосложения при язвенной болезни. Выявлены высокозначимые связи между прогрессирующим течением и астеническим соматотипом, непрогрессирующим (относительно благоприятным) течением и нормостеническим и гиперстеническим соматотипом. Это доказывает, что за макроморфологической подсистемой этих конституций лежат различные индивидуально-типологические особенности, влияющие на обобщенную характеристику болезни – тип течения (Загрямова Т.А., 1996).

Во время изучения состояния местного иммунитета при ЯБ желудка установлено, что длительное течение заболевания с этой локализацией язвы приводит к снижению активности ИЛ-1 в периферической крови, к малой продукции ПГЕ-2 в биоптате слизистой из края язвы. Эти показатели служат критерием прогноза неблагоприятного течения ЯБ желудка (Микрюкова В.Я., 1994). Для лиц молодого возраста, больных язвенной болезнью ДПК, характерна вегетативная дисфункция. Наиболее неблагоприятными для течения заболевания являются исходная симпатикотония и изменения вегетативной реактивности, высокий уровень личностной тревожности (Орлова Л.А., 2001).

Параллельно работам, посвященным психосоматическим расстройствам при ЯБ, идут исследования по разработке лечебной тактики при данной патологии. Применено внутрисосудистое лазерное облучение крови гелий-неоновым лазером в комплексном лечении больных ЯБ ДПК, что сократило сроки заживления язвенного дефекта в среднем до $(9,0 \pm 0,6)$ сут у 98,6% пациентов, а также снизило частоту рецидивов в 2,5 раза (Наумова Е.Л., 1993). Разработана дифференцированная терапия ЯБ с учетом вариантов заболевания (Вавилов А.М., 1998). Было доказано, что при неблагоприятном соотношении фактического биологического и

должного биологического возраста, т.е. при преждевременном старении организма, у лиц моложе 45 лет утяжеляется клинико-эндоскопическая картина заболевания: увеличиваются размеры язвенного дефекта и удлиняются сроки рубцевания (Малышенко О.С., 2003). Выполненная работа впервые доказывает рецидивирующее течение язвенной болезни, существенно зависящее от биологического возраста, и требует обоснования дифференцированной противоязвенной терапии с учетом календарного и биологического возраста, где наряду с эрадикацией хеликобактериоза необходимо назначение при старении гастропротективной терапии (докторская диссертация Вавилова А.М., 2004). Доказана целесообразность не только эрадикационной терапии при ЯБ ДПК, ассоциированной хеликобактерной инфекцией, но и дегельминтизации при сочетании с хроническим описторхозом в период клинико-эндоскопической ремиссии. Такая комбинированная терапия приводит к безрецидивному течению ЯБ и значительно уменьшает структурные изменения слизистой желудка и ДПК при этой микстпатологии (Наумова Т.Ю., 2004). Внедрен метод серологической диагностики хеликобактериоза.

Комплексное применение наряду с базисной терапией фитопрепаратов сухого экстракта чаги, ахирана, настоя сухих листьев крапивы позволяет сократить сроки купирования болевого, диспепсического синдрома и рубцевания язвенного дефекта при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (Перегонцева С.А., 2000).

При изучении механизмов хронизации пилородуоденальных язв был разработан дифференцированный подход коррекции выраженных моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, позволяющий восстановить функциональную активность привратника, нормализовать антродуоденальную координацию с купированием явлений дуоденостаза и дуоденогастрального рефлюкса и снизить частоту и выраженность рефлюкса гастрита. Работа была выполнена на базе НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск) (докторская диссертация И.О. Гибадулиной, 2004). Были впервые разработаны методы ультразвуковой оценки перистальтической активности привратника, состояния антродуоденальной координации и природа хронической дуоденальной непроходимости, подкрепленные патентами РФ.

Одним из перспективных научных направлений в рамках программы «Здоровье населения Сибири» стало изучение эффективности природных факторов Сибири в лечении больных

с заболеваниями органов пищеварения, проводимое совместно с Томским НИИ курортологии и физиотерапии МЗ РФ (директор – заслуженный деятель науки РФ Е.Ф. Левицкий). Доказана эффективность диадинамофореза раствора иловой грязи в комплексном лечении больных ЯБ ДПК (Фильченко Э.И., 1982); доказана эффективность применения ультрафонофореза раствора сухого экстракта грязи в лечении хронического гастрита (Харламова Т.И., 1993); представлено положительное влияние термовибрационного массажа на клинично-функциональное состояние гепатобилиарной системы в комплексном лечении больных хроническим холециститом описторхозной этиологии (Поддубная О.А., 1998); изучен способ интенсивного пелоидобальнеолечения у больных с патологией гастродуоденальной системы (Угольников О.И., 1998).

Следует отметить и другое научное направление, возникшее на кафедре терапии, обусловленное высокой частотой органических расстройств, связанных с алкогольной болезнью. Была представлена клинично-функциональная характеристика поражения сердца и активность каталазы в сыворотке крови у больных хроническим алкоголизмом. Выявленная низкая активность каталазы в сыворотке крови у больных алкогольным поражением сердца (АПС) служит диагностическим критерием АПС и может применяться при дифференциальной диагностике (патент на изобретение, 1995 г.). Установлен эффект X-хромосомы в наследовании низкой активности каталазы в сыворотке крови (Мамонтова Н.С., 1994).

Впервые изучено функционально-морфологическое состояние тонкой кишки при алкоголизме и установлен синдром недостаточности всасывания I–II степени выраженности у больных алкоголизмом со II стадией заболевания. Уже на ранних сроках заболевания (до 5 лет) выявлены атрофические изменения слизистой верхнего отдела тонкой кишки (Бурковская В.А., 1994).

Впервые представлена уникальная работа, посвященная изучению поражения почек при алкогольной болезни. Определены четкие морфологические критерии алкогольного поражения почек (АПП) и их взаимосвязь с морфологическими изменениями в печени. Новым явилось комплексное исследование состояния клеточного и гуморального иммунитета у больных АПП: выявлено снижение эффективности фагоцитоза нейтрофилов, активности системы МПО – H₂O – йод, активности субпопуляционного состава лимфоцитов и повышение в несколько раз активности лизосомальных ферментов. Определены типы антифосфолипидного син-

дрома и диагностирован биохимический маркер АПП – повышение уровня аполипопротеина В в сыворотке крови. С целью изучения проблемы развития АПП были проведены оригинальные исследования факторов наследственной предрасположенности к ферментопатии у больных с АПП. Определен генотипический маркер АПП – гены В⁻¹³, ОКЗ и ОК⁷, а также особенности свойств конденсированных комплексов линейных и кольцевых суперспиральных ДНК (докторская диссертация Тарасовой Н.С., 2003). Получены патенты РФ по методам диагностики и лечения АПП. По результатам работ, посвященных изучению алкогольной болезни, написана коллективная монография «Алкогольная болезнь. Интегральные аспекты патогенеза, клиника и диагностика» (2003) [14].

В период с 1996 по 1999 г. успешно прошла клиническую апробацию группа лекарств по лечению хронических воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит и болезнь Крона) – это различные лекарственные формы будесонида, месалазин (Белобородова Э.И., Бурковская В.А. совместно с «Falk Pharma GmbH»). В 2002–2004 г. совместно с компанией «Bio Parthers» (Германия) были проведены клинические испытания интерферона-α при хроническом вирусном гепатите С (Белобородова Э.И., Бурковская В.А.).

Совместно с кафедрой фармакологии СибГМУ изучается эффективность фитогепатопротекторов в лечении хронических гепатитов. Доказана гепатопротективная активность эплира у больных хроническим гепатитом (1997–1998) и лохеина у пациентов с хроническим активным и персистирующим гепатитом (ХАГ и ХПГ) различной этиологии (вирусной, алкогольной) (Шаловой А.А., 1997). Выявлен в условиях клиники гепатопротективный эффект фитогепатопротектора максара у больных хроническим гепатитом с синдромом холестаза (Гайсаев Р.О., 1997). Получены патенты на изобретение «Способ лечения хронических гепатитов».

Изучается гепатопротективный эффект липроксола у больных хроническим гепатитом (Лившиц И.К., 2003–2004). Опубликована коллективная монография «Эффективность фитогепатопротекторов в лечении хронических гепатитов» (2003).

Одним из перспективных направлений в научно-исследовательской работе в настоящее время является морфофункциональное состояние печени при хроническом гепатите, поражение печени при сочетанной патологии (вирусные гепатиты на фоне алкогольной болезни и опийной наркомании), прогноз течения и исходов. Выполнение комплексной работы идет при взаимодействии с кафедрами фундамен-

тальных основ клинической медицины (профессор Н.В. Рязанцева), патанатомии (профессор В.М. Перельмутер), биохимии (профессор В.Ю. Серебров) СибГМУ, НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН (академик РАМН В.П. Пузырев), НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (профессор Е.Л. Чойнзонов), НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН (г. Новосибирск). Изучаются клинические, функциональные, биохимические, генетические, патоморфологические аспекты хронических заболеваний печени, проблемы фиброгенеза, канцерогенеза. Впервые представлены особенности течения хронического вирусного гепатита при сочетании с хроническим описторхозом, получена золотая медаль медицинского Фонда имени академика Д.Д. Яблокова за уникальную научную работу, посвященную сочетанной патологии: хронический вирусный гепатит В, С и хронический описторхоз (Рачковский М.И., 2000). Доказана эффективность индуктора эндогенного интерферона – йодантипирина – в лечении хронических вирусных гепатитов и целесообразность комбинированной терапии: йодантипирин и реферон (Внушинская М.А., 2001). Представлены клиничко-морфологические особенности хронического вирусного гепатита в зависимости от типа вируса и наличия фоновой патологии (Пурлик И.Г., 2001), изучены клиничко-морфологические и метаболические аспекты прогнозирования исходов хронических вирусных гепатитов (Савченко И.В., 2003).

Научно-исследовательская работа, проводимая на кафедре в течение 25 лет, формирование школы клинической гастроэнтерологии стали возможными благодаря тесному взаимодействию с практическим здравоохранением – лечебно-диагностической службой МСЧ № 2 (на первых этапах работы), а в последующем благодаря современным диагностическим технологиям Томской областной клинической больницы (основная клиническая база кафедры). Тесное давнее творческое сотрудничество объединяет коллектив кафедры с эндоскопическим отделением Томской городской больницы № 3 (зав. отделением Б.И. Яворский), с морфологической лабораторией НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (канд. мед. наук Н.Г. Крицкая), биохимической лабораторией МСЧ № 2 (Г.Н. Теплова).

Основным итогом деятельности томской школы клинической гастроэнтерологии за 25 истекших лет явилась подготовка 9 докторов и 38 кандидатов наук; получено около 45 патентов на изобретения, опубликована 21 монография, более 500 статей, из них 215 – в центральных журналах и зарубежной печати, обучено 50 аспирантов. Присуждена пре-

мия губернатора Томской области в сфере науки и образования (1999). Результаты исследований докладывались на международных конгрессах, симпозиумах и конференциях в Австрии, Испании, Италии, Германии, Голландии и в других странах. Ежегодно начиная с 1993 г. в Томске проходит российская конференция «Достижения современной гастроэнтерологии» при участии Российской ассоциации гастроэнтерологов (г. Москва), организатором конференции выступает коллектив кафедры; на пленарных заседаниях апробируются работы аспирантов, соискателей. С 1995 г. по инициативе Сибирского государственного медицинского университета выпускается научно-практический журнал Сибирского отделения РАМН «Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии», призванный объединять научные исследования в области гастроэнтерологии в Сибирском регионе.

За последнее время изменилось штатное расписание – работают уже четыре доктора медицинских наук, шесть доцентов и один ассистент, готовящий докторскую диссертацию.

Наряду с научными исследованиями коллектив кафедры успешно выполняет основной раздел работы – в течение 25 лет интенсивно проводится постдипломная подготовка терапевтов, гастроэнтерологов, ревматологов, пульмонологов, эндокринологов, врачей общей врачебной практики. Обучено более 6 тыс. врачей, 90 клинических ординаторов, 255 интернов. Опубликовано более 20 учебно-методических пособий, из них 5 с грифом УМО.

Накоплен большой клинический опыт по ведению больных с самыми различными заболеваниями в связи с многопрофильностью клиники – областной клинической больницы. Идет тесное сотрудничество с врачами различных специальностей, что позволяет по-новому посмотреть на практически все известные нозологические формы заболеваний внутренних органов. Ведущим научным направлением кафедры остается изучение вирусных поражений печени, бронхиальной астмы и воспалительных заболеваний кишечника в связи с ростом числа данных заболеваний, их тяжелыми осложнениями, резистентностью больных к терапии.

В настоящий момент становится возможным более глубокое раскрытие сущности болезни. Идет слияние клинических знаний и знаний, полученных в результате фундаментальных исследований, что стало возможным благодаря тесному взаимодействию кафедры терапии ФПК и ППС с

НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН (академик РАМН В.П. Пузырев), НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (профессор Е.Л. Чойнзонов), кафедрой патанатомии СибГМУ (профессор В.М. Перельмутер), кафедрой фундаментальных основ клинической медицины СибГМУ (профессор Н.В. Рязанцева), кафедрой патофизиологии СибГМУ (член-корреспондент РАМН В.В. Новицкий). Впереди большая творческая работа и открытия.

Литература

1. Белобородова Э.И., Ласточкина Л.А., Плотникова Е.Ю., Наумова Е.Л. Психосоматические и вегетативные расстройства при заболеваниях органов пищеварения. Кемерово, 2004.
2. Белобородова Э.И., Шаловой А.А., Гайсаев Р.О. Гепатопротекторы растительного происхождения в лечении хронического гепатита. Томск: Изд-во НТЛ, 2003.
- 3.
4. Белобородова Э.И. Желудок и тонкая кишка при застойной сердечной недостаточности и гипоксии. Томск, 1981.
5. Белобородова Э.И. Избранные главы клинической гастроэнтерологии. Часть I. Томск, 1992.
6. Белобородова Э.И. Избранные главы клинической гастроэнтерологии. Часть II. Томск: Изд-во НТЛ, 2002.
7. Белобородова Э.И. Патоморфология: Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. Глава 16. Патопатология пищеварения. Глава 17. Патопатология печени / Под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001.
8. Белобородова Э.И. Реография желудка. Томск, 1988.
9. Белобородова Э.И. Физиология и патопатология печени (Глава 3) // Хирургия печени и желчных путей / Под ред. Б.И. Альперовича. Томск, 1997.
10. Белобородова Э.И., Белобородова Е.В. Желчеобразование и желчевыделение при инсулинозависимом сахарном диабете при сочетании с хроническим описторхозом. Томск: Изд-во НТЛ, 2003.
11. Белобородова Э.И., Задорожная Н.А., Цыгольник М.Д. Диагностика и лечение дуоденитов на фоне хронического описторхоза. Томск, 1998.
12. Белобородова Э.И., Задорожная Н.А., Цыгольник М.Д. Немедикаментозная терапия заболеваний органов пищеварения (диетотерапия, физиотерапия). Томск: Изд-во НТЛ, 2001.
13. Белобородова Э.И., Калюжина М.И., Тиличенко Ю.А., Тун М.А. и др. Хронический описторхоз и пищеварительная система. Томск, 1996.
14. Белобородова Э.И., Павленко О.А., Цыгольник М.Д. Язвенная болезнь на фоне хронического описторхоза. Томск, 1997.
15. Белобородова Э.И., Тарасова Н.С., Бурковская В.А., Белобородова Е.В. Алкогольная болезнь. Интегральные аспекты патогенеза, клиника и диагностика. Томск: Изд-во НТЛ, 2003.
16. Калюжина М.И., Калюжин О.В., Калюжин В.В., Шкалев В.И. Резидуальный описторхоз. Москва, 2004.
17. Павленко О.А., Непомнящих Г.И., Белобородова Е.В. и др. Патология органов пищеварения при сочетанных заболеваниях: сахарный диабет и хронический описторхоз. Томск, 2001.
18. Поддубная О.А., Белобородова Э.И., Левицкий Е.Ф. Термовибромассаж на этапе реабилитации больных хроническим описторхозом. Томск: Изд-во НТЛ, 2003. 93 с.
19. Соколович Р.Е., Белобородова Э.И., Жерлов Г.К. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (патогенез, клиника, консультативное и оперативное лечение). Томск: STT, 2001.
20. Чернявская Г.М., Белобородова Э.И., Непомнящих Г.И., Айдагулова С.В. Бронхиальная астма: поражение гастродуоденальной системы (клинические, функциональные и патоморфологические аспекты). Томск: Печатная мануфактура, 2004.

Поступила в редакцию 25.12.2004 г.