

ФГБОУ ВОУ «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:  
«Язвенная болезнь желудка и  
двенадцатиперстной кишки»



Выполнила: студентка 9 группы 4 курса  
Педиатрического факультета  
Зайцева Яна Николаевна

4

Волгоград – 2018 г.

## Содержание

Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	4
Клиническая картина.....	8
Осложнения язвенной болезни.....	6
Диагностика.....	9
Консервативное лечение.....	15
Вывод.....	16
Список литературы.....	17

## **Введение**

Актуальность: обуславливается сохраняющейся в настоящее время высокой частотой и распространенностью язвенной болезни, ее длительным течением с возможным формированием часто рецидивирующих и трудно рубцующихся язв, риском развития серьезных осложнений, требующих во многих случаях проведения оперативных вмешательств, значительными расходами, которое несет здравоохранение на обследование и лечение таких больных.

Цель работы: изучить этиологию и патогенез, классификацию, эпидемиологию, клинику, а также методы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи:

- обзор современной научной литературы
- разбор клинических рекомендаций и протоколов

## Этиология и патогенез

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения регулирующих нервных и гормональных механизмов и расстройств желудочного пищеварения образуется пептическая язва в желудке или двенадцатиперстной кишке.

### Этиология

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностируется в 3—4 раза чаще, чем язвенная болезнь желудка. Среди причин развития язвенной болезни выделяют:

- наследственную предрасположенность;
- нейропсихические факторы;
- алиментарные факторы;
- вредные привычки;
- неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
- инфекцию (*Helicobacter pylori*).

### Патогенез

Язва образуется в результате нарушения равновесия между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К агрессивным факторам относятся: соляная кислота, пепсин, желчные кислоты (при дуоденогастральном рефлюксе); к защитным — выработка слизи, простагландинов, обновление эпителия, адекватное кровоснабжение и иннервация. В настоящее время большое значение в патогенезе язвенной болезни, особенно дуоденальной язвы, придается инфекционному агенту — *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). В 1983 г. австралийские исследователи В.

Marshall и J. Warren описали новую бактерию, выделенную из слизистой оболочки пилорического отдела желудка больных, страдавших хроническим гастритом. Впоследствии *H. pylori* была обнаружена и у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

*H. pylori* хорошо защищена от неблагоприятной среды обитания в желудке и способна выделять патогенные для желудка вещества. Бактерии могут прикрепляться к мембранам эпителиальных клеток желудка, что приводит к воспалительной реакции слизистой оболочки. В очаг воспаления из кровеносных сосудов мигрируют лейкоциты, которые вырабатывают активные формы кислорода, повреждающие желудочный эпителий. Воспаленная слизистая оболочка становится более чувствительной к воздействию агрессивных факторов желудка.

Сама *H. pylori* имеет ферменты адаптации, позволяющие ей выжить в кислой среде желудка и подавить клеточный иммунный ответ организма. Также *H. pylori* вырабатывает токсины, которые оказывают патогенное воздействие на слизистую оболочку.

Роль *H. pylori* в развитии ЯБ двоякая: с одной стороны, в процессе своей жизнедеятельности она приводит к постоянной гиперпродукции HCl; с другой — выделяет цитотоксины, повреждающие слизистую оболочку. Все это приводит к развитию антрального гастрита (гастрита типа В), желудочной метаплазии дуоденального эпителия, дуодениту, а при наличии наследственной предрасположенности может перейти в язвенную болезнь.

Выделяют пять этапов развития язвенной болезни:

1. Психоэмоциональный стресс (развитие в гипоталамических центрах патологического возбуждения).
2. Изменения нейрогуморальной регуляции.

3. Местные механизмы ulcerogenesis (активация секреции и моторики желудка, ослабление защитных факторов).
4. Повреждение слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.
5. Развитие язвенной болезни.

#### Классификация:

##### По локализации:

- Язва желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);
- Язва двенадцатиперстной кишки (луковицы или постбульбарного отдела);
- Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

##### По количеству язвенных поражений:

- Одиночные язвы
- Множественные язвы

##### По размерам язвенных дефектов:

- Язвы малые (до 0,5 см в диаметре)
- Средние (0,6-2 см)
- Большие (2-3 см)
- Гигантские (более 3 см)

##### По стадии заболевания:

- Обострения
- Рубцевания (с эндоскопически подтвержденной стадией «красного» и «белого рубца»)
- Ремиссии

##### По течению:

- Острое (при впервые выявленной язвенной болезни).
- Хроническое (с повторными обострениями).  
Периоды обострения могут быть редкими (1 раз в 2-3 года), частыми (2 раза в год и чаще).

##### По наличию осложнений:

- кровотечение;
- перфорация;
- пенетрация;
- стенозирование;
- малигнизация.

## Клиническая картина

1. Болевой синдром – ведущий клинический синдром. В период обострения ЯБ двенадцатиперстной кишки больные жалуются на боль эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Характер боли – приступообразный, или же ноющий. Боль возникает натощак или через 2-3 часа после пищи (так называемые поздние боли). Почти половина больных жалуется на ночные боли. Классический Мойнингановский ритм: голод > боль > прием пищи > облегчение. Иррадиация болей в спину или в поясницу характерна для осложнений со стороны поджелудочной железы. Пальпаторно в период обострения ЯБ преобладает болезненность в эпигастрии, где часто обнаруживается положительный симптом Менделя, локальное напряжение мышц. Немного реже указанные симптомы обнаруживаются в пилородуоденальной зоне.
2. Диспептический синдром включает изжогу (ведущий симптом), тошноту, отрыжку, кислым, рвоту. В определенной мере к диспептическому синдрому можем отнести и тенденцию к запорам, которая часто наблюдается в больных с гиперацидностью желудочного сока в период обострения болезни. Болевой и диспептический синдромы имеют сезонный характер (усиливаются осенью и весной).
3. Синдром неспецифической интоксикации и нейроциркуляторной дистонии: эмоциональная лабильность, астено-невротический синдром, вегетативные расстройства, головная боль, нарушения сна, потливость. Аппетит, как правило, не страдает и даже усиливается, что может быть проявлением гиперацидности и эквивалентом голодных болей. Указанные выше клинические проявления, характерны для периода обострения болезни. С началом эпителизации язвенного дефекта, как правило, уменьшается интенсивность болей, которые приобретают мало интенсивный ноющий характер, исчезает иррадиация болей. Постепенно исчезает рвота и уменьшается интенсивность изжоги, хотя на протяжении длительного времени сохраняются поздние боли. При поверхностной

пальпации значительно уменьшается или исчезает болезненность, хотя может сохраняться локальное напряжение мышц. В стадии заживления и в период ремиссии язвы ребенок перестает жаловаться на боли в животе, но еще отмечается умеренная болезненность в гастродуоденальной зоне при глубокой пальпации.

Ни в коем случае не надо забывать, о том, что часто отсутствует соответствие между субъективным улучшением самочувствия больного, клинической и эндоскопической картиной.

Следует подчеркнуть, что отсутствие болевого или диспептического синдрома не свидетельствует о заживлении язвы – обязательно нужен эндоскопический контроль!!!

В клинической практике бывают абсолютно «немые» язвенные поражения пищеварительного тракта.

Язвенная болезнь желудка: боль обычно ноющая, ранняя (в особенности при локализации язвы в антральном отделе желудка), локализуется под мечевидным отростком. Ночные боли наблюдаются редко. Локализация пальпаторной болезненности и локального напряжения мышц преимущественно в верхней половине живота, за грудиной. Характерны диспептические проявления: тошнота, отрыжка воздухом, изжога, горечь во рту. Снижение аппетита вплоть до анорексии. Метеоризм. Характерна менее выраженная сезонность, чем при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Язвенная болезнь ДПК: характерно тяжелое, рецидивирующее течение, резистентность к терапии. Часто наблюдаются осложнения (в особенности кровотечения). Выраженный болевой синдром – интенсивные голодные и ночные боли. Ночные боли часто заставляют ребенка просыпаться. Основная локализация боли - верхний правый квадрант живота. Часто иррадиация в спину, в позвоночник. Выражены диспептические проявления: изжога, горечь во рту, дурнота. Пальпаторно почти всегда имеет место локальное напряжение мышц, боли в эпигастрии, положительный симптом Менделя.



## Осложнения язвенной болезни

Осложненное течение ЯБ наблюдается в 10-15 % случаев, вдвое чаще у мальчиков.

Кровотечение. Наиболее частое осложнение ЯБ (80 % осложнений).

Клинические признаки острого кровотечения при ЯБ: рвота "кофейной гущей", сосудистый коллапс и признаки анемизации организма – бледность, общая слабость. Нередко на фоне развития кровотечения наблюдается ослабление болевого синдрома, что может усыпить бдительность врача.

Перфорация. (7-8 %); Перфорация язвы обычно начинается с приступа острой "кинжальной боли", которая сопровождается клиникой острого живота, напряжением в области эпигастрия, брюшной стенки, симптомами раздражения брюшины. Обращает внимание ослабление или отсутствие перистальтики. Данные клиники подтверждаются рентгенологическим обследованием – наличие свободного газа под печенью при рентгенологическом обследовании органов брюшной полости.

Пенетрация. (1-1,5 %). Язвы ДПК пенетрируют в головку поджелудочной железы, печень, желчные ходы, печеночно-дуоденальную связку. Язвы желудка пенетрируют в малый сальник и тело поджелудочной железы. Основные клинические проявления – резкие боли, которые отдают в спину, рвота, которые не приносит облегчения, беспокоит изжога. Для пенетрации характерна постоянность боли, потеря четкой связи с приемом пищи. Характерный рентгенологический симптомом пенетрации - дополнительная тень контрастного вещества рядом с обследуемым органом.

Деформация и пилорoduоденальный стеноз. (10-12 %). Больные ощущают переполнение желудка, тошноту, отрыжку. В тяжелых случаях наблюдается рвота застойным содержимым желудка. Рвоту пациент может провоцировать сам для получения ощущения облегчения. Больной худеет. В типичных случаях наблюдается перистальтика по типу песочных часов, феномен плеска при пальпации в зоне эпигастрия.

По Н.П. Шабалову (1999) различают:

1. Воспалительно-спастический (функциональный стеноз), который носит непостоянный характер и появляется на фоне обострения ЯБ.
2. Рубцовый стеноз, который формируется медленно, постепенно, но носит постоянный характер.

## Лабораторная и инструментальная диагностика

В диагностическом плане больным с заболеваниями желудка должно быть обязательно проведен следующий объем обследования: исследование желудочной секреции рН-метрическим методом, исследование на хеликобактер пилори (дыхательный тест и морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка), эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой желудка, ультрасонография печени, желчного пузыря с функцией его поджелудочной железы, биохимический анализ крови (печеночные пробы), клинический анализ крови, электрокардиография. При наличии сопутствующей патологии необходимо специальное дообследование.

Исследование желудочной секреции (интрагастральная рН-метрия) отражено в соответствующем разделе. Пилородуоденальная локализация язвенного дефекта сопровождается резким снижением рН в теле желудка (0,6-1,5) с нарушением ощелачивания среды в антральном отделе (рН=0,9-2,5).

Документация истинной ахлоргидрии (повторная рН-метрия после введения стимулятора секреторной функции слизистой желудка) требует поиска иного заболевания.

При исследовании желудочной секреции обычна норма- или гипохлоргидрия, гиперхлоргидрию отмечают редко. Анализ желудочного сока помогает дифференцировать доброкачественные и злокачественные язвы. Редкость находок доброкачественных язв на фоне ахлоргидрии требует проведения в подобных случаях цитологического исследования биоптатов. Язвы желудка при ахлоргидрии почти всегда злокачественные; тем не менее большинство злокачественных язв желудка обнаруживают при нормоацидных состояниях.

"Золотым стандартом" диагностики ЯБ является эндоскопический метод с последующим цитологическим и гистологическим исследованиями материала прицельной биопсии.

В настоящее время общепризнано, что эндоскопический метод является самым надежным в диагностике ЯБ. К преимуществам метода относятся:

- 1) подтверждение заболевания;
- 2) установление доброкачественного или злокачественного характера изъязвления;
- 3) визуальный и морфологический контроль за темпами заживления язвы;
- 4) выявление сопутствующих поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Клинический анализ крови при неосложненных формах ЯБ малоинформативен и имеет значение, в основном, в контексте наблюдения за больным с язвенным кровотечением.

Рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ позволяет обнаружить язву желудка примерно в 70% случаев. Диагностическую точность повышает метод двойного контрастирования. Язвы желудка, в отличие от язв двенадцатиперстной кишки, могут быть злокачественными.

Рентгенологические критерии доброкачественных язв желудка: Кратер язвы (ниша) в виде углубления на контуре стенки желудка или стойкого контрастного пятна. Складки желудка конвергируют к основанию язвы. Основание язвы окружает широкий валик отёчности (линия Хёмптона). Кратер язвы гладкий, округлый или овальный. Стенка желудка в области язвы смещается и нормально растяжима.

Как комплексный вариант существует специальная диагностическая программа: Исследование желудочной секреции с пентагастрином и внутрижелудочная рН-метрия. Рентгенологическое исследование с изучением моторно-эвакуаторной функции желудка. ФЭГДС с биопсией. Электрогастроэнтерография.

## Консервативное лечение

Больные с неосложненным течением язвенной болезни подлежат амбулаторному лечению.

### Цели лечения:

1. Эрадикация *H. pylori*
2. Быстрая ликвидация симптоматики заболевания
3. Достижение стойкой ремиссии
4. Предупреждение развития осложнений

Немедикаментозное лечение

Режим: больным необходимо обеспечить охранительный режим с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, прекратить курение и употребление алкоголя.

Диета: в основу ее положены принципы механического, химического и термического щажения желудка. Исключаются продукты, усиливающие выделение желудочного сока: мясные, рыбные и грибные бульоны, острые, соленые, кислые, маринованные, копченые продукты, маринады, жареное мясо, свиное и баранье сало, пряности и специи (горчица, перец и др.), газированная вода, крепкий чай, кофе, шоколад, молоко. Не следует употреблять продукты с большим количеством клетчатки (репу, брюкву, редис). Диета должна быть полноценной по составу, содержать достаточное количество белка, витаминов, микроэлементов. Питание должно быть частым (4-5 раз в день), необходимо не допускать длительных голодных промежутков, еды всухомятку.

### В период резкого обострения рекомендуется:

- Слизистые супы из рисовой, овсяной, манной и перловой круп (с добавлением яиц, сливочного масла)
- паровые суфле из нежирной говядины, телятины, свинины или кролика, курицы или индейки, а также из трески, щуки, серебристого хека; суфле включается в рацион 1 раз день
- Каши жидкие, протертые из рисовой крупы, овсяной, манной или гречневой

круп, рисовой или гречневой крупы.

- Яйца всмятку, паровой омлет
- Кисели и желе из сладких сортов фруктов и ягод
- Некрепкий чай, отвар шиповника, сладкие фруктово-ягодные соки
- Сливочное масло (добавляют в готовые блюда)
- Из рациона исключают хлеб и хлебобулочные изделия

Прочие рекомендации: Следует убедиться, что пациент не применяет НПВП (в том числе анальгетики или ацетилсалициловую кислоту). При необходимости их длительного применения следует уменьшить дозу препарата или заменить его на другой.

#### Фармакотерапия:

Поскольку абсолютное большинство язв ассоциировано с Н.р-инфекцией то основой лечения ЯБ, как в период обострения, так и в период ремиссии, является эрадикация Н.р.

Показаниями для обязательного проведения эрадикационной терапии Н. pylori служат:

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения и ремиссии заболевания. При осложненных формах язвенной болезни, в первую очередь кровотечениях, эрадикационная терапия Н. pylori должна быть начата максимально рано после устранения непосредственной опасности для жизни пациента.
- MALT-лимфома желудка.
- Гастропатия, индуцированная приемом НПВС. Успешная эрадикация Helicobacter pylori снижает риск неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв при приеме НПВС и аспирина, в том числе в низких дозах. Эрадикация Helicobacter pylori обязательна больным, которым планируется длительное назначение НПВС и аспирина, с анамнезом язвенной болезни, особенно, осложнений этого заболевания. Однако, только эрадикация Helicobacter pylori не исключает полностью риск гастродуоденальных язв у больных, длительно принимающих НПВС.

- Состояние после операции по поводу рака желудка и после эндокопической резекции ранних злокачественных новообразований желудка.

В соответствии с Рекомендациями Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у взрослых (2012г.), основанными на Утверждениях Маастрихтских соглашений (Маастрихт-4, сентябрь 2011г.) в качестве терапии первого выбора рекомендованы следующие препараты:

- Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки (рабепразол 20 мг 2 раза в сутки, или омепразол 20 мг 2 раза в сутки, или эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки, или лансопразол 30 мг 2 раза в сутки, или пантопразол 40 мг 2 раза в сутки)
  - Кларитромицин 500 мг 2 раза в день
  - Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день
- Антибиотики назначают на 7-14 дней.

Если больной принимал ИПП, то их прием необходимо исключить за 2 недели до проведения инвазивных (уреазного, гистологического, бактериологического) и неинвазивных (пределение антигена *H. pylori* в кале) тестов на выявление *H. pylori*. Если это невозможно, может быть проведена валидированная серология (серологический метод, выявляющий антитела к *H.pylori*).

В регионах или популяциях с высокой резистентностью к кларитромицину, перед назначением тройной терапии первой линии, включающей кларитромицин, необходимо проводить культуральное исследование и стандартное определение чувствительности к антибиотикам.

Применение стандартной трехкомпонентной схемы позволяет добиться успеха лишь в 70% случаев, поэтому не следует назначать трехкомпонентную терапию, включающую ИПП и кларитромицин без предварительного определения чувствительности к антибиотикам (АБ) в регионах, где уровень резистентности к кларитромицину превышает 15-20%. В этом случае, в качестве схемы первой линии может быть использована

квадротерапия с препаратом висмута.

- Ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг-2 раза в сутки, или лансопразол 30 мг – 2 раза в сутки, или рабепразол 20 мг- 2 раза в сутки, или эзомепразол 20 мг – 2 раза в сутки, или пантопразол 40 мг - 2 раза в сутки
- Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки
- Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки
- Метронидазол 250 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней.

В регионах с высокой резистентностью к кларитромицину при неэффективности четырехкомпонентной терапии с препаратом висмута показана трехкомпонентная схема, включающая левофлоксацин.

Меры, позволяющие увеличить эффективность стандартной тройной терапии:

Назначение дважды в сутки высокой дозы ИПП.

Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней.

Добавление к стандартной тройной терапии препарата висмута трикалия дицитрат (ВТД) в дозе 240 мг 2 раза/сутки;

Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii*. Подробное инструктирование пациента и контроль за ним для обеспечения точного соблюдения назначенного режима приема лекарственных средств.

Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль ее эффективности, который проводят через 4-6 недель после окончания курса антибиотиков и ИПП. Для оценки эффективности эрадикации рекомендовано применение УДТ или валидированный лабораторный метод анализа кала на антигены *H.pylori* с использованием моноклональных антител.

При неэффективности терапии первой линии рекомендуется назначение терапии второго выбора :

- Ингибитор протонного насоса (омепразол 20 мг-2 раза в сутки, или лансопразол 30 мг – 2 раза в сутки, или рабепразол 20 мг- 2 раза в сутки, или



эзомепразол 20 мг – 2 раза в сутки, или пантопразол 40 мг - 2 раза в сутки

- Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки
- Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки
- Метронидазол 250 мг 4 раза в сутки или тинидазол 250 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней.

Либо, тройная терапия с левофлуксацином:

- Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки
- Левофлуксацин 500 или 250 мг 2 раза в сутки
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии – 10 дней.

При аллергических реакциях на пенициллин в регионах с низким уровнем резистентности к кларитромицину в качестве терапии первой линии может быть назначена схема: ИПП + К + М, в регионах с высоким уровнем резистентности к кларитромицину – четырехкомпонентная терапия с препаратами висмута. В качестве дополнительной альтернативы при аллергических реакциях на пенициллин («терапия спасения») в регионах с низким уровнем резистентности к фторхинолонам может использоваться схема ИПП + К + Левофлуксацин.

Возможно применение последовательной терапии, как альтернативного варианта лечения:

Пациент получает первые 5 дней - ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки и амоксициллин (1000 мг - 2 раза в сутки). Затем в последующие 5 дней - ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг – 2 раза в сутки и метронидазол или тинидазол (500 мг – 2 раза в сутки. С целью уменьшения риска развития дисбиоза кишечника показано назначение пробиотиков (линекс по 2капс 3 раза в сутки, бифиформ по 1-2 раза в сутки) лучше принимать после курса антибиотикотерапии, курс 14.

При отсутствии Н. рylogi больным язвенной болезнью желудка назначают базисную терапию ингибиторами протонного насоса.

- рабепразол в дозе 20 мг – 2 раза /сутки
- эзомепразол в дозе 20 мг - 2 раза /сутки
- омепразол в дозе 20 мг – 2 раза /сутки
- лансопразол в дозе 30 мг- 2 раза /сутки
- пантопразол в дозе 40мг – 2 раза /сутки.

Длительность курсового лечения при неосложненной ЯБДК составляет обычно 2-4 недели.

При язвенном кровотечении эрадикационную терапию *H. pylori* следует начинать с возобновления парентерального.

Наиболее широкое применение в комплексной терапии имеют невсасывающиеся комбинированные алюминий - и магнийсодержащие антациды.

Препараты необходимо принимать по 1 таблетке (1ст.л.) через 1,5-2 часа после еды (3-4 раза в день) и перед сном, продолжительностью 10-14 дней.

Для профилактики обострений (особенно если пациент имеет высокий риск рецидива язвы: например, постоянно принимает НПВП) рекомендуют два вида терапии:

□ Непрерывную

поддерживающий прием ИПП в половинных суточных дозах на протяжении длительного времени.

□ Профилактическую терапию «по требованию», предусматривающую при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель.

## Вывод

ЯБЖ ДПК является наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта: по разным данным, в мире этим недугом страдают от 5 до 15% населения, причем среди жителей городов патология встречается в пять раз чаще. Многие специалисты в области гастроэнтерологии объединяют понятия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что является не совсем корректным – изъязвления в 12-перстной кишке диагностируют в 10-15 раз чаще, чем язвы в желудке. Тем не менее, ЯБЖ требует тщательного изучения и разработки современных методов диагностики и лечения, так как это заболевание может приводить к развитию летальных осложнений.

Около 80% случаев первичного выявления язвы желудка приходится на трудоспособный возраст (до 40 лет). У детей и подростков язвенную болезнь желудка диагностируют крайне редко. Среди взрослого населения отмечается преобладание мужчин (женщины болеют ЯБЖ в 3-10 раз реже); но в пожилом возрасте половые различия заболеваемости сглаживаются. У женщин заболевание протекает легче, в большинстве случаев бессимптомно, редко осложняется кровотечениями и прободением.

Язвенная болезнь желудка занимает второе место среди причин инвалидизации населения (после сердечно-сосудистой патологии). Несмотря на длительный период изучения данной нозологии (более столетия), до сих пор не найдены терапевтические методы воздействия, способные остановить прогрессирование болезни и полностью излечить пациента. Заболеваемость ЯБЖ во всем мире непрерывно растет, требуя внимания терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов.

## Список литературы

1. Внутренние болезни: Учебник для ВУЗов. В 2-х томах / под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2009.
2. В.Г. Ясногородский. Справочник по физиотерапии. – М.: Медицина, 2010.- 512с., ил.
3. Лычёв В.Г., Набиулин М.С., Архипов А.Г и соавт. Гастроэнтерология. Учеб. метод. пособие. / Барнаул. - 2011. - 159 с.
4. Вело Салупене. Клиническая гастроэнтерология. // Таллин, 2009. – С. 99-112.
5. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология. // Минск, 2009. – С. 116-149.
6. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А. и соавт. Неотложная гастроэнтерология. // Спб., - 2012. – 216-226.-
7. Язвенная болезнь. // 7-цЗ
8. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Лядов К.В. // Кислотозависимые и ассоциированные с *H.pylori* заболевания органов пищеварения. // Конспект врача. Выпуск № 38. Медицинская газета № 44-45. (20-25.06.2008).
9. Рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2008. – №1. – С.105-107.
10. Шептулин А.А., Хакимова Д.Р. Алгоритм лечения больных язвенной болезнью // РМЖ. – 2013. – Т.11.№2. – С. 59-65

## Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета \_\_9\_\_ группы

**Зайцева Яна Николаевна**

**(по результатам прохождения производственной клинической практики  
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)