

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

**Научно-исследовательская работа**  
**«Язвенная болезнь желудка и ДПК»**

5 

Выполнила: студентка  
8 группы, 4 курса,  
педиатрического факультета  
Морозова Ю.В.

Волгоград-2018 г.

## Оглавление

Введение.....	3
Язвенная болезнь.....	4
1. Этиология .....	4
2. Патогенез .....	5
3. Классификация.....	7
4. Клиническая картина.....	9
5. Диагностика.....	10
6. Дифференциальная диагностика.....	14
Лечение.....	15
Заключение.....	21
Список используемой литературы: .....	22

## **Введение**

**Язвенная болезнь (ЯБ)** - хроническое, рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой (в которых в периоды обострения образуются язвенные дефекты слизистой оболочки) других органов системы пищеварения, развитию осложнений, угрожающих жизни больного. Заболевание возникает вследствие расстройств нейрогуморальной и эндокринной регуляции секреторных и моторных процессов, а также нарушений защитных механизмов слизистой оболочки этих органов.

Язвенная болезнь встречается у людей любого возраста, но чаще в возрасте 30-40 лет, ею болеют около 5 % взрослого населения. Городское население страдает язвенной болезнью чаще по сравнению с сельским, мужчины болеют в 6-7 раз чаще женщин (в особенности ЯБ двенадцатиперстной кишки).

## **Язвенная болезнь.**

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основное проявление которого - образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.

Заболевание возникает вследствие расстройств нейрогуморальной и эндокринной регуляции секреторных и моторных процессов, а также нарушений защитных механизмов слизистой оболочки этих органов. Следует строго разделять ЯБ и симптоматические язвы - изъязвления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, встречающиеся при различных заболеваниях и состояниях. Таковы язвы при эндокринной патологии, стрессах, острых и хронических нарушениях кровообращения, приеме НПВС.

### **1. Этиология**

Причины развития заболевания остаются недостаточно изученными. В настоящее время считают, что ее возникновению способствуют следующие факторы:

- длительное или часто повторяющееся нервно-эмоциональное перенапряжение (стресс);
- генетическая предрасположенность, в том числе стойкое повышение кислотности желудочного сока конституционального характера;
- другие наследственно-конституциональные особенности (0 группа крови; НЬЛ-ВЗ-антиген; снижение активности антитрипсина);
- наличие хронического гастрита, дуоденита (ассоциированных с *H. pylori*), функциональных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки (предязвенное состояние);

- нарушение режима питания;
- курение и употребление крепких спиртных напитков;
- употребление некоторых лекарственных препаратов, обладающих язворагенными свойствами (ацетилсалициловая кислота, фенилбутазон, индометацин и пр.).

## 2. Патогенез

Механизм развития ЯБ до сих пор изучен недостаточно.

Повреждение слизистой оболочки с образованием язв, эрозий и воспаления связывают с преобладанием факторов агрессии над факторами защиты слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки. К местным факторам защиты относят секрецию слизи, способность к быстрой регенерации покровного эпителия, хорошее кровоснабжение слизистой оболочки, локальный синтез простагландинов и др. К агрессивным факторам причисляют соляную кислоту, пепсин, желчные кислоты. Однако нормальная слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки устойчива к воздействию агрессивных факторов желудочного и дуоденального содержимого в нормальных (обычных) концентрациях. В последние годы доказана роль инфекции *H. pylori* в патогенезе ЯБ.

Так, благодаря особенностям строения и функционирования слизистой оболочки желудка часть людей генетически невосприимчивы к *H. pylori*. У этой категории людей *H. pylori*, попадая в организм, не способна к адгезии (прилипанию) на эпителий и поэтому не повреждает его. У других лиц (у которых впоследствии развивается ЯБ) *H. pylori*, попадая в организм, расселяются преимущественно в антральном отделе желудка, что приводит к развитию активного хронического воспаления (нейтрофильная инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки, а также мононуклеарная инфильтрация).

Цитокины клеток воспалительного инфильтрата играют существенную роль в повреждении слизистой оболочки. При адгезии *H. pylori* к эпителиальным клеткам последние отвечают продукцией целого ряда цитокинов (в первую очередь ИЛ-8). В очаг воспаления мигрируют лейкоциты и макрофаги, секретирующие ФНО- $\alpha$  и  $\gamma$ -интерферон, что привлекает очередные клетки, участвующие в воспалении. Метаболиты активных форм кислорода, вырабатываемого нейтрофилами, также повреждают слизистую оболочку. Заселение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и желудка возможно после формирования в ней очагов желудочной метаплазии в ответ на кислотную агрессию. *H. pylori* тесно связан с факторами агрессии при ЯБ. Предполагается, что *H. pylori* непосредственно, а также опосредованно через цитокины воспалительного инфильтрата приводит к дисгармонии взаимоотношений G-клеток (продуцирующих гастрин) и D-клеток (продуцирующих соматостатин и играющих роль в функционировании париетальных клеток). Гипергастринемия приводит к увеличению числа париетальных клеток и повышению продукции соляной кислоты. Роль *H. pylori* в развитии ЯБ подтверждается тем, что успешная эрадикация этого микроорганизма обуславливает резкое снижение частоты рецидивов (не более 5%), тогда как при отсутствии успешной эрадикации рецидивы ЯБ в течение года возникают в 50-80% случаев. Одновременно развивается своеобразное нарушение моторики желудка, при котором происходит ранний сброс кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку, что приводит к «закислению» содержимого луковицы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, *H. pylori* являются главной причиной, поддерживающей обострение в гастродуоденальной области.

*H. pylori* находят в 100% случаев при локализации язвы в антропилородуоденальной зоне и в 70% случаев - при язве тела желудка.

В зависимости от локализации язвенного дефекта различают некоторые патогенетические особенности язвенной болезни. Так, в развитии язвенной болезни с локализацией язвенного дефекта в теле желудка существенная роль принадлежит снижению местных защитных механизмов слизистого барьера в результате воспаления слизистой оболочки, нарушения муцинообразования, регенерации покровно-ямочного эпителия, ухудшения кровотока и локального синтеза простагландинов. Кроме этого существенную роль играет дуоденогастральный рефлюкс с регургитацией желчных кислот и изолецитинов, разрушающих слизистый барьер и обуславливающих ретродиффузию ионов  $H^+$  и образование язвенного дефекта под воздействием пепсина.

Язвообразование в пилородуоденальной зоне слизистой оболочки связывают с длительной гиперхлоргидрией и пептическим протеолизом, обусловленным гиперваготонией, гипергастринемией и гиперплазией главных желез желудка, а также гастродуоденальной дисмоторикой. Кроме этого играет роль и неэффективная нейтрализация содержимого желудка мукоидными субстанциями и щелочным компонентом двенадцатиперстной кишки, длительным закислением пилородуоденальной среды. Приблизительная схема патогенеза ЯБ представлена на рисунке.



### 3. Классификация

Язвенную болезнь подразделяют:

- по клинико-морфологическим признакам:
  - язвенная болезнь желудка;
  - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- по форме заболевания:
  - впервые выявленная;
  - рецидивирующая;
- по локализации выделяют поражение:
  - кардиальной части;
  - малой кривизны желудка;
  - препилорического отдела желудка;
  - луковицы двенадцатиперстной кишки;
  - внелуковичного отдела (постбульбарные язвы);
- по фазам течения:
  - обострение;
  - стихающее обострение;
  - ремиссия;
- по тяжести течения:
  - доброкачественное (язвенный дефект небольшой и неглубокий, рецидивы редки, осложнений нет; консервативное лечение дает четкий эффект приблизительно через месяц);
  - затяжное (стабильное течение, характерны неполный эффект лечения, большие сроки его; возможны рецидивы в течение первого года);



— прогрессирующее (характеризуется минимальным эффектом от лечения, развитием осложнений; рецидивы часты);

• по наличию осложнений:

— осложненная;

— неосложненная.

Осложнения язвенной болезни:

- Кровотечение;
- Пенетрация;
- Перфорация;
- Малигнизация;
- Стеноз привратника и луковицы;
- Перивисцериты.

#### **4. Клиническая картина**

Клинические проявления ЯБ отличаются многообразием и зависят от фазы течения (обострения или ремиссии), клинико-морфологического варианта (ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки) и наличия осложнений.

При обострении ЯБ независимо от ее клинического варианта выражены следующие основные синдромы:

- болевой (имеет определенные закономерности в зависимости от локализации язвы);
- желудочной диспепсии;
- кишечной диспепсии;
- астеновегетативный;

- локальных изменений;
- осложнений.

## 5. Диагностика.

### Анамнез

Выявляют жалобы, связанные с проявлением самой язвенной болезни, с наличием осложнений, вовлечением в процесс других органов пищеварительной системы. При обострении ЯБ желудка ведущая жалоба на боль в верхней половине эпигастральной области. Хотя локализация боли не имеет абсолютного значения, считают, что при язвах кардиальной части и язвах на задней стенке желудка боли локализуются за грудиной, могут иррадиировать в левое плечо (напоминают боли при стенокардии).

Для язв малой кривизны желудка характерен четкий ритм болей: возникают через 15-60 мин после еды, особенно при погрешности диеты. Сразу после приема пищи боли возникают при локализации язвы в кардиальной части или на задней стенке желудка. О язве антрального отдела желудка свидетельствуют «голодные», ночные, поздние (через 2-3 ч после еды) боли, напоминающие боли при ЯБ двенадцатиперстной кишки. При язвах пилорического отдела боли интенсивные, не связанные с приемом пищи.

Присоединение болей опоясывающего характера или иррадиация их в спину, интенсивный характер предполагают на последующих этапах диагностического поиска исследование поджелудочной железы (реактивный панкреатит, пенетрация в поджелудочную железу).

Синдром желудочной диспепсии выражен в меньшей степени, проявляется отрыжкой воздухом, пищей, срыгиванием; тошнота и рвота часто отмечаются при язвах канала привратника.

Рвота - нередкая жалоба при ЯБ, рвотные массы состоят преимущественно из примесей пищи. Частая рвота, усиливающаяся к вечеру, содержащая давно съеденную пищу, сочетающаяся с чувством переполнения желудка, похуданием, заставляет заподозрить стеноз выходного отдела желудка.

Кишечный и астеновегетативный синдромы менее выражены при ЯБ желудка, чем при ЯБ двенадцатиперстной кишки. Часть больных жалуются на запор, сочетающийся с болями по ходу толстой кишки и вздутием живота.

Наклонность к кровотечениям характерна для язвы антрального отдела желудка у молодых; кровотечения у пожилых пациентов настораживают в отношении малигнизации (развитие язвы-рака желудка).

На этом этапе обследования оценивают эффективность проводившегося ранее лечения, выясняют частоту рецидивов, т.е. уточняют характер течения процесса - доброкачественный или прогрессирующий.

#### Физикальное обследование

Как правило, отмечают умеренную локальную мышечную защиту в эпигастрии и точечную болезненность в различных отделах этой области. При кардиальных язвах точечная болезненность возникает под мечевидным отростком; при язвах пилорической части - в пилородуоденальной зоне. Разлитая болезненность в эпигастральной области при одновременном наличии локальной болезненности - признак обострения ХГ (ХГ сопутствует ЯБ) или перигастрита (осложнение ЯБ). При физикальном исследовании могут быть получены данные о развитии других осложнений. Так, появление шума плеска спустя 5-6 ч после приема жидкости свидетельствует о развитии стеноза привратника. Бледность и влажность кожных покровов, субфебрильная температура тела, тахикардия, снижение АД, исчезновение болезненности в эпигастральной области при пальпации живота служат признаками язвенного кровотечения.

## Лабораторные методы исследования

Клинический анализ крови в случаях неосложненного течения язвенной болезни обычно остается неизменным. У некоторых больных отмечают небольшое повышение уровня гемоглобина и склонность к эритроцитозу. Анемия свидетельствует о явных или скрытых язвенных кровотечениях. Лейкоцитоз и увеличенную СОЭ наблюдают при осложненных формах язвенной болезни (например, при пенетрации язвы). Важную роль в диагностике обострения язвенной болезни играет анализ кала на скрытую кровь. При оценке его результатов необходимо помнить, что положительную реакцию на скрытую кровь встречают и при других заболеваниях. Существенное место в диагностике язвенной болезни занимает исследование кислотообразующей функции желудка, которое проводят с помощью фракционного желудочного зондирования или рН-метрии (в последние годы применяют суточное мониторирование внутрижелудочного рН). При язвах двенадцатиперстной кишки и пилорического канала обычно отмечают повышенные показатели кислотной продукции, при язвах тела желудка и субкардиального отдела - нормальные или несколько сниженные. Обнаружение и подтверждение гистаминустойчивой ахлоргидрии практически всегда исключает диагноз язвы двенадцатиперстной кишки и ставит под сомнение доброкачественный характер язвы желудка.

## Инструментальные методы исследования

Ведущую роль в диагностике язвенной болезни играют рентгенологический и эндоскопический методы исследования, часто дополняющие друг друга.

Рентгенологическое исследование выявляет:

- прямые признаки:
  - «ниша» с радиарной конвергенцией складок;
  - типичная деформация луковицы;

- косвенные признаки:

- спазм привратника;
- дискинезия луковицы, повышение тонуса и усиление перистальтики двенадцатиперстной кишки;
- зубчатость контуров слизистой оболочки луковицы;
- гиперсекреция желудка.

Стеноз луковицы и степень его выраженности также обнаруживают рентгенологически.

Для диагностики постбульбарных язв используют рентгеноконтрастную дуоденографию, проводят ее при гипотонии двенадцатиперстной кишки.

При ФГДС непосредственно выявляют язвенные дефекты слизистой оболочки.

*Для постановки правильного диагноза необходимо учитывать следующие признаки:*

- Основные:

- характерные жалобы и типичный язвенный анамнез;
- обнаружение язвенного дефекта при ФГДС;
- выявление симптома «ниши» при рентгенологическом исследовании.

- Дополнительные:

- локальные симптомы (болевыe точки, локальное мышечное напряжение в эпигастральной области);
- изменения базальной и стимулированной секреции;
- «косвенные» симптомы при рентгенологическом исследовании;
- скрытые кровотечения из пищеварительного тракта.

Формулировка развернутого клинического диагноза учитывает:

- клинический вариант:
  - ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки;
- форму заболевания:
  - впервые выявленное;
  - рецидивирующее;
- локализацию язвы:
  - малая кривизна, антральный отдел, канал привратника;
  - внеульковичная язва и сочетанные язвы (на основании данных эндоскопического и рентгенологического исследований);
- фазу течения:
  - обострение;
  - стихающее обострение;
  - ремиссия;
- наличие осложнений:
  - желудочно-кишечное кровотечение; перфорация; пенетрация, стенозирование, перивисцерит, развитие рака, реактивный панкреатит.

## **6. Дифференциальная диагностика**

Язвенную болезнь необходимо в первую очередь дифференцировать от симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенез которых связан с определенными фоновыми заболеваниями или же с конкретными этиологическими факторами (например, с приемом НПВС). Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапными желудочно-кишечными кровотечениями или прободением язвы, могут протекать с

нетипичными клиническими проявлениями (стертая картина обострения, отсутствие сезонности и периодичности).

Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона отличаются от обычной язвенной болезни крайне тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными поносами. При обследовании таких больных отмечают резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (особенно в базальных условиях), увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3-4 раза больше нормы). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном), УЗИ ПЖ.

При обнаружении язвенных поражений в желудке необходимо обязательно проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений желудка отмечают неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления. Для оценки характера поражения стенки желудка в месте изъязвления, а также состояния регионарных лимфатических узлов применяется эндоскопическая ультрасонография. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносят после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложноотрицательных результатов биопсию следует повторять вплоть до полного заживления язвы с взятием при каждом исследовании не менее 3-4 кусочков ткани.

## **Лечение**

В период обострения больных необходимо госпитализировать как можно раньше, так как установлено, что при одной и той же методике лечения длительность ремиссий выше у больных, лечившихся в стационаре.

Лечение в стационаре должно проводиться до полного рубцевания язвы. Однако к этому времени все еще сохраняются гастрит и дуоденит, в связи с чем следует продолжить лечение еще в течение 3 мес в амбулаторных условиях.

Противоязвенный курс включает в себя:

- устранение факторов, способствующих рецидиву болезни;
- лечебное питание;
- лекарственную терапию;
- физические методы лечения (физиолечение, гипербарическая оксигенация, иглорефлексотерапия, лазеротерапия, магнитотерапия).

Устранение факторов, способствующих рецидиву болезни, предусматривает организацию регулярного питания, оптимизацию условий труда и быта, категорическое запрещение курения и употребления алкоголя, запрещение приема лекарственных препаратов, обладающих ульцерогенным эффектом.

Лечебное питание обеспечивают назначением диеты, содержащей физиологическую норму белка, жира, углеводов и витаминов. Оно должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим. В большинстве случаев показано назначение диеты №1 по М.И. Певзнеру. Физиологически неполноценные диеты №1а и 1б следует назначать лишь при резко выраженных симптомах обострения и на очень короткий срок.

Физические методы лечения - тепловые процедуры применяют в период стихания обострения (аппликации парафина, озокерита) при неосложненном течении заболевания и отсутствии признаков скрытого кровотечения. При длительно не рубцующихся язвах, особенно у больных пожилого и старческого возраста, в комплексной терапии применяют гипербарическую оксигенацию (ГБО), позволяющую уменьшить гипоксию слизистой оболочки выраженного органа. Наконец, описан положительный



опыт применения облучения язвенного дефекта лазером (через фиброгастроскоп), 7-10 сеансов облучения в существенной степени укорачивают сроки рубцевания.

*Лекарственная терапия имеет своей целью:*

- эрадикацию *H. pylori*;
- подавление избыточной продукции соляной кислоты и пепсина или их нейтрализацию и адсорбцию;
- восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки;
- защиту слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;
- стимуляцию процессов регенерации клеточных элементов слизистой оболочки и купирование воспалительно-дистрофических изменений в ней.

#### 1. Антисекреторные препараты:

- Ингибиторы протонной помпы: блокируют H-зависимую АТФ-азу, ответственную за секрецию протонов в полость желудка.
- Антагонисты  $H^2$ -гистаминовых рецепторов: высокоэффективны, требуют постепенной отмены, так как в противном случае возможно повышение уровня гастрина в крови и желудочной секреции (ранитидин, фамотидин)
- Селективные М-холиномиметики: уступают предыдущим, поэтому используются реже (гастроцепин=пирензепин 25-50 мг x 2 раза)
- Блокаторы рецепторов гастрина: Проглумид

#### 2. Гастропротекторы: создают защитную пленку

Де-нол (препарат коллоидного висмута): обладает антимикробным действием, усиливает кровоток в стенке желудка и ДПК

Сукральфат (препарат алюминия): без а/б активности

Мизопростол (простагландин препарат): улучшает кровоток, стимулирует регенерацию

3. Антибактериальные препараты – обязательны 7-10 дней

4. Антациды: нейтрализуют соляную кислоту.

- с преобладанием соединений алюминия: фосфалюгель, гелюсил, компенсан

- с преобладанием соединений магния: ренни

- сбалансированный состав: алмагель, гастал

5. Спазмолитики : платифиллин, дротаверин, папаверин

6. Нормализаторы моторики: метаклопромид, домперидон (мотилиум)

#### **Схемы:**

Трехкомпонентная терапия = 2 антимикробных препарата + 1 антисекреторный

Назначается, если резистентность штаммов в данном регионе к кларитромицину не превышает 10%

А. 1. Ингибитор протонной помпы:

· эзомепразол(нексиум) 20 мг х 2 раза в день

· рабепразол(париет) 20 мг х 2 раза в день

· лансопразол 30 мг х 2 раза в день

· омепразол 20 мг х 2 раза в день

2. Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день

3. Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день

Б. 1. Ингибитор протонной помпы 20 мг х 2 раза в день

2. Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день

3. Метронидазол 500 мг х 3 раза

В. 1. Ранитидин 150 мг х 2 раза или фамотидин 40 мг на ночь

2. Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день/ Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день/ Тетрациклин 500 мг х 4 раза

3. Метронидазол 500 мг х 3 раза

Квадротерапия.

Назначается при неэффективности трехкомпонентной схемы и если резистентность наиболее распространенных штаммов в данном регионе более 10% и имеется чувствительность к амоксициллину и кларитромицину.

1. Ингибитор протонной помпы

2. Де-нол 120 мг х 4 раза за 30 минут до еды

3. Метронидазол 500 мг х 3 раза

4. Тетрациклин 500 мг х 4 раза

Операция показана в случаях пенетрации, перфорации язвы, стеноза пилородуоденального отдела с выраженными эвакуаторными нарушениями и при профузном желудочно-кишечном кровотечении.

### Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни в настоящее время - осложненные формы заболевания (перфорация и пенетрация язвы, развитие рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы). При соблюдении всех необходимых протоколов консервативного лечения случаи его неэффективности (как показание к операции) могут быть сведены до минимума. При выборе способа хирургического лечения следует отдавать предпочтение органосохраняющим операциям, дающим меньшую частоту последующих постгастрорезекционных расстройств.

Показание к консультации хирурга - подозрение на наличие осложнения язвенной болезни.

#### Примерные сроки нетрудоспособности

При неосложненной язвенной болезни сроки нетрудоспособности составляют 14-18 дней, при осложненной - существенно больше.

#### Дальнейшее ведение

В дальнейшем больным может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение (в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др.). Оно включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, прием щелочных минеральных вод. Санаторно-курортное лечение разрешается не ранее чем через 2-3 мес после окончания обострения.

#### **Прогноз.**

Прогноз во многом определяется успешностью эрадикации инфекции *H. pylori*, обуславливающей безрецидивное течение заболевания у большинства больных. Ликвидацию инфекции *H. pylori* следует рассматривать как достоверно эффективную меру профилактики рецидивов и осложнений язвенной болезни. Продолжающееся применение НПВС и курение повышают риск кровотечения и перфорации язвы.

## Заключение

Таким образом, вовремя обнаруженная язвенная болезнь желудка и ДПК при наличии полноценного и правильного лечения имеет благоприятный прогноз. При осложнениях могут возникнуть угрожающие для жизни состояния.

К главным профилактическим мероприятиям относятся:

1. **Соблюдение правил здорового питания.** Необходимо следить, чтобы не было запоров, диареи, процессов газообразования.
2. **Снижение уровня стресса.** Необходим своевременный отдых, полноценный сон.
3. **Отказ от алкоголя.** Даже небольшие дозы негативно сказываются на полезной микрофлоре ЖКТ. При ее нарушении риск развития язвенной болезни увеличивается в несколько раз.

## Список используемой литературы:

1. Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>
3. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство : краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
4. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
5. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>

## Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета \_\_8\_\_ группы

**Морозова Юлия Владиславна**

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

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

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

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)