

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

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

Выполнила: студентка 4 курса 4 группы
педиатрического факультета

Слесаренко Алёна Валерьевна

5


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; НбЛ-ВЗ-антиген; снижение активности антитрипсина);
- наличие хронического гастрита, дуоденита (ассоциированных с *H. pylori*), функциональных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки (предъязвенное состояние);

- нарушение режима питания;
- курение и употребление крепких спиртных напитков;
- употребление некоторых лекарственных препаратов, обладающих ульцерогенными 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- α и γ -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 эпигастриальной 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 эпигастриальной 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 (болевы́е 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;
 - внедуоденальная 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 (простагландина 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 x 2 раза в день

3. Кларитромицин 500 мг x 2 раза в день

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

2. Кларитромицин 500 мг x 2 раза в день

3. Метронидазол 500 мг x 3 раза

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

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

3. Метронидазол 500 мг x 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 x 4 раза за 30 минут до еды

3. Метронидазол 500 мг x 3 раза

4. Тетрациклин 500 мг x 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 __4__ группы

Слесаренко Алёна Валерьевна

(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)