Министерство здравоохранения Московской области  
Государственное бюджетное профессиональное   
образовательное учреждение  
Московской области  
« МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ №1»

**«Деятельность медицинской сестры при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»**

|  |  |
| --- | --- |
| Работу выполнила | |
| Ф.И.О. | Короткова Ю.Г. |

**Москва, 2020 год**

**СОДЕРЖАНИЕ:**

Введение ………………………………………………………………………. 3

ГЛАВА I- ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ .............................................................5

* 1. Этиопатогенез……………………………………………………………
  2. Классификации………………………………………………………….
  3. Клиника ……………………………………………………………….
  4. Диагностика ……………………………………………………………
  5. Лечение ……………………………………………………………
  6. Профилактика ……………………………………….

ГЛАВА II - ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ………………………………………………………………

2.1 Анализ проблемы………………………..

2. 2 Сестринский уход при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Заключение……………………………………………………………..

Список используемых источников ………………………………

Приложения ……………………………………………..

**ВВЕДЕНИЕ**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к наиболее частым заболеваниям, занимает по распространённости 2 место после ишемической болезни сердца. В Российской Федерации больных с язвенной болезнью более 3 млн. (7-10%) человек в возрасте от 30 до 50 лет, причём язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, встречается в 4 раза чаще, чем желудка. Одной из особенностей болезни является распространенность ее преимущественно у взрослых мужчин. Пропорция между частотой язвы двенадцатиперстной кишки у мужчин и женщин5:1,а количество перфораций почти 200:1.  
Соотношение локализации язв в желудке и двенадцатиперстной кишке - 7:1, в том числе в возрасте до 25 лет 4:1. По отдельным городам число зарегистрированных случаев язвенной болезни на 1000 населения претерпевает колебания: Москва—6,2, Санкт-Петербург—4,2, Свердловск — 3,7, Челябинск—7,2,[1].  
Многие знают, что к образованию язвенной болезни может привести не правильное питание, многочисленные стрессы, алкоголизм и многое-многое другое. Но всё-таки главной причиной является инфицирование бактерией Helicobacterpylori.В наши дни тенденции к снижению заболевания не замечено. Но в лечении данной болезни в последние десятилетия наблюдается значительный прогресс,можно помочь своим пациентам - купировать боли в очаге, проводить поддерживающую терапию. Однако в России, в отличие от некоторых других стран, по данным Европейского бюро ВОЗ за 2013 г, смертность от язвенной болезни не уменьшается. (Приложение 1)

Учитывая вышеизложенную статистику заболеваемости язвенной болезнью, можно отметить неотъемлемую роль медицинской сестрыв вопросах диагностики, лечения и профилактики обострения заболевания у населения.

**ГЛАВА I ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКАИДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

**1.1 Определение и этиопатогенез**

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит воспаление слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. ЯБ не является преимущественно местным (локализованным) деструктивным процессом в слизистой оболочке желудка.Язвы разного размера могут располагаться в различных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки, быть одиночными и множественными. Сама язвенная болезнь может быть острой (при первом возникновении) или хронической (с повторными обострениями).Язва образуется в результате нарушения равновесия между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.[2]  
К агрессивным факторам образования ЯБ относятся:

* Соляная кислота
* Пепсин
* Желчные кислоты (при дуоденогастральном рефлюксе);

Факторы защитыжелудка и 12-ти перстной кишки:

* Слизистая оболочка толщиной 0,1 мм (выработка слизи, простагландинов)
* Обновление эпителия (эпителиоциты)
* Активное кровоснабжение и иннервация.

Большое значение в патогенезе язвенной болезни придается инфекционному агенту — Helicobacter pylori, она хорошо защищена от неблагоприятной среды обитания в желудке и способна выделять патогенные для желудка вещества, вызывающие воспаление.[3]

Выделяют пять этапов развития язвенной болезни:

1. Психоэмоциональный стресс (развитие в гипоталамических центрах патологического возбуждения).
2. Изменения нейрогуморальной регуляции.
3. Местные механизмы ульцерогенеза (активация секреции и моторики желудка, ослабление защитных факторов).
4. Повреждение слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.
5. Развитие язвенной болезни.

**1.2 Классификации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Факторы вызывающие язвенную болезнь желудка:

* Инфицирование желудка (Helicobacterpylori (у 90 - 95% больных) (Приложение 2)
* Частые стрессы
* Нарушение режима питания, несбалансированное питание (частое употребление острой и жареной пищи)
* Воздействие местных химических, физических, термических раздражителей
* Повышение секреции желудочного сока и снижение защитных факторов слизистой оболочки
* Гастрит с повышенной секрецией
* Приём нестероидных противовоспалительных препаратов
* Вредные привычки
* Хроническое нарушение дуоденальной проходимости
* Отягощённая наследственность
* Сахарный диабет

Существует несколько стадий течения язвенной болезни:

* Свежая язва
* Начало эпителизации язвенного дефекта
* Заживление язвенного дефекта слизистой оболочки при сохранившемся дуодените
* Клинико-эндоскопическая ремиссия

По локализации: [4]

1. Язва желудка может находиться в: кардиальном, субкардиальном, антральном отделе; теле желудка; пилорическом канале; передней, задней стенке; малой, большой кривизне; (Приложение 3)
2. Язва двенадцатиперстной кишки локализуется в луковице, а также выделяют постбульбарные, привратниковые и внелуковичные язвы. (Приложение 4)
3. Сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

По количеству язв:

1. Одиночные
2. Множественные

По диаметру язвы:

1. Малые (до 0.5 см)
2. Средние (до 1 см)
3. Большие (до 3 см)
4. Гигантские (более 3 см в желудке и более 2 см в двенадцатиперстной кишке)

По стадии:

1. Обострение
2. Ремиссия

* Полная ремиссия
* Неполная ремиссия

Формы течения язвенной болезни:

1. Острая
2. Хроническая

По наличию осложнений:

1. Осложнённая язвенная болезнь

* Кровотечения
* Перфорация язвы
* Стеноз выходного отдела желудка
* Перитонит
* Перерастание язвы в злокачественное новообразование

1. Язвенная болезнь без осложнений

Клинико-морфологическая классификация (выделяют стадии развития)

1. Активная язва
2. Рубцующаяся язва

* Стадия красного рубца
* Стадия белого рубца
* Длительно не рубцующаяся язва

Классификация по МКБ 10: [5]

1. **Язва желудка**
   * + - Острая: с кровотечением; с прободением; с кровотечением и прободением; без кровотечения или прободения.
       - Хроническая или неуточненная: с кровотечением;с прободением;с кровотечением и прободением.
       - Хроническая без кровотечения или прободения.
       - Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения.
     1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки:
   * Острая: с кровотечением; с прободением; с кровотечением и прободением; без кровотечения и прободения.
   * Хроническая или не уточнённая: с кровотечение; с прободением; с кровотечением и прободением
   * Хроническая без кровотечения или прободения
   * Не уточнённая острая как или хроническая без кровотечения и прободения

**1.3 Клиническая картина**

В рассмотрении клинической картины язвенная болезнь характеризуется значительным полиморфизмом. Проявление заболевания зависят от пола и возраста больного, времени года локализации и периода болезни, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений. Язвенная болезнь является хроническим циклическим заболеванием, при котором ремиссии сменяются обострением. Начало заболевания, как правило, бывает острым, и первые клинические симптомы совпадают с образованием язвы.[6]

*Симптомы при ЯБЖ:*

* Болевой синдром – зависит от локализации процесса, чем выше язвенный дефект, тем раньше будет возникновение боли.
* Изжога – характеризуется сильным жжением в надчревной области. Неприятное ощущение возникает примерно через 2 часа после употребления пищи.
* Тошнота - симптом сопровождается рвотой, появиться через 2 часа после приема пищи, но может быть и натощак, сопровождаемая болью..
* Чувство тяжести - возникает в животе сразу после приема пищи не зависимо от съеденного количества еды.
* Отрыжка – наиболее характерна отрыжка кислым, она может сопровождаться саливацией или срыгиванием.
* *Симптомы при ЯБДК:*
* Боль - колющего, режущего характера, в верхнем отделе живота, отдаёт в правое подреберье, в спину, может иррадиироватьв лопатку и область сердца – приводит к ложному диагностированию ИБС. Боль носит непостоянный характер, чаще возникает по вечерам или ночью – «голодные» боли. Болевой синдром наступает – через 2-3 часа после приёма пищи.
* Изжога и отрыжка - не будут слишком интенсивными.
* Вздутие живота– после приёма большого количества углеводов.
* Тошнота- присутствует не постоянно, а только после приема пищи.
* Рвота - сразу же приносит облегчение больному – исчезает ощущение вздутости живота, проходит боль.
* Запоры - акт дефекации может отсутствовать довольно длительное время, вплоть до недели.
* Отсутствие аппетита - из-за выраженных болей и диспепсического синдрома, в результате чего больные начинают терять в весе.
* Психоэмоциональные нарушения - человек становится раздражительным, его беспокоит бессонница, повышенное потоотделение. [7]

Купирование боли при язвенной болезни часто происходит после приёма антоцидов, молока, пищи (особенно «голодных») и даже после рвоты. Характерно положение человека во время приступа боли: согнутое туловище с притянутыми к животу ногами, лёжа на боку или сидя в постели. Для облегчения боли пациенты могут сжимать подложечную область руками или прикладывать грелку.

**1.4 Диагностика**

Наиболее информативным в диагностике язвенной болезни желудка и 12-перстной кишкиявляется эндоскопическое исследование, которое визуально подтверждает наличие язвенного дефекта, позволяет уточнить его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения.   
Перед тем, как начать процедуру, врач проводит премедикацию, или анестезию корня языка и глотки с помощью аэрозоля. Это уменьшает неприятные и болевые ощущения и частично снижает проявления рвотного рефлекса, но следует провести тест на аллергию.

**1.5 Лечение** [8]

Проводится в зависимости от состояния пациента, может проводиться амбулаторно и стационарно.Схема лечения заболевания выбирается врачом на основании проведенного обследования. Лечение обострения болезни проводится в стационаре. В остром периоде заболевания для скорейшего рубцевания язвенного дефекта в слизистой оболочке кишки пациенту необходим постельный режим и эмоциональный покой. Со второй недели пребывания в стационаре режим больного расширяется.

Диетотерапия при язвенной болезни должна быть щадящей и направлена на защиту органа от химического, механического и термического воздействия. Диета подразумевает дробное питание (5-6 раз в сутки небольшими порциями) и включает в себя отварное мясо, рыбу, некислые молочные продукты, протертые овощи, не содержащие грубую клетчатку, протертые или проваренные сладкие фрукты и ягоды, разваренные крупяные каши, подсушенный белый хлеб, некрепкий чай, кофе и какао с молоком, отвар шиповника. Необходимо полностью исключить жареные, маринованные, острые, соленые блюда, копчености, консервы, овощи, содержащие грубую клетчатку, кислые фрукты и ягоды, грибы, кислые молочные продукты, жирные сорта мяса и рыбы, крепкий кофе, газированные напитки, кислые соки.

В терапии используются несколько групп лекарственных препаратов: [9]

1. Антисекреторные препараты – действие направлено на угнетение желудочной секреции и уменьшение агрессии желудочного сока: ингибиторы протонной помпы (омепразол, париет, нексиум) и блокаторы Н2-гистаминных рецепторов (фамотидин, ранитидин, циметидин), холинолитики (гастроцепин).
2. Препараты висмута - входят в схему лечения пациентов с Helicobacter pylori (викалин, де-нол, викаир и др).
3. Антибактериальные и противопротозойные - для угнетения Helicobacter pylori (кларитромицин, амоксициллин, метронидазол, тетрациклин и др.)
4. Прокинетики – улучшают моторику, устраняют тошноту и рвоту (тримедат, церукал, мотилиум)
5. Антацидные препараты принимаются при появлении изжоги (альмагель, маалокс, фосфалюгель)
6. Гастропротекторные средства покрывают пораженную слизистую оболочку, препятствуют агрессивному воздействию на нее соляной кислоты и пищеварительных ферментов (вентер)
7. Анальгетики (баралгин), спазмолитики (дротаверин), и препараты, улучшающие питание слизистой оболочки кишечника (актовегин, витамины группы В).

Хирургическое лечение [11] - оперативное лечение показано при: перфорации язвы, кишечном кровотечении, выраженном стенозе привратника двенадцатиперстной кишки, незаживающей в течение 4 месяцев доброкачественной язве, несмотря на проводимую консервативную терапию.

Физиотерапия - увеличивает эффективность медикаментозной терапии при язвенной болезни. В стадии обострения заболевания по назначению врача возможно использование следующих методов:

* синусоидальные модулированные токи оказывают обезболивающее, противовоспалительное действие, способствуют улучшению кровообращения в органах пищеварительной системы;
* микроволновая, ультразвуковая терапия, электрофорез с лекарственными препаратами (новокаин, папаверина гидрохлорид) оказывают антисекреторное и обезболивающее действие;
* лечение теплом — согревающий полуспиртовой компресс, оказывает болеутоляющее действие, способствует улучшению кровообращения в слизистой оболочке.

Лечебная физкультура [10] - способствуют нормализации двигательной и секреторной функций ЖКТ, улучшению кровообращения в органе. Также лечебная гимнастика необходима для профилактики застойных явлений в желудочно-кишечном тракте, особенно в том случае, если какое-то время больной находился на постельном режиме. Интенсивность и нагрузка при ЛФК определяется в зависимости от состояния пациента и его режима.

Санаторное лечение проводится на следующих курортах: Трускавец, Моршин, Ессентуки, Боржоми, Железноводск и др. В домашних условиях возможно питье минеральных вод «Боржоми», «Джермук», «Ессентуки №4», «Смирновская» и др.

**1.6 Профилактика** [12]

Первый этап включает:

* соблюдение правил личной гигиены
* своевременное выявление и лечение инфекционных и бактериальных заболеваний
* соблюдение правил здорового питания
* отказ от вредных привычек
* необходимо придерживаться режима дня
* пытаться избегать стрессовых ситуаций
* прием любых медикаментозных средств только под наблюдением врача
* Второй этапвключает:
* прием лекарственных препаратов;
* фитотерапию;
* физиотерапевтические процедуры;
* употребление щелочных минеральных вод в теплом виде.

Профилактика обострений болезни [13]

Если у пациента уже есть подтвержденный диагноз, показана госпитализация и сдача необходимых анализов в стационаре при первых же эпизодах болевых приступов. Назначается постельный режим и строгая диета.

Следующим этапом коррекционной терапии является назначение медикаментов, уменьшающих кислотность желудочного сока. Врачом назначается курс, одного месяца. Чтобы поддерживать нормальный кислотный баланс, рекомендуют фитотерапия.

**ГЛАВА II ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

**2.1Анализ проблемы**

Медицинская сестра может сыграть очень важную роль при обострении, в профилактике, лечении язвенной болезни. Зная об имеющихся факторах риска развития язвенной болезни, можно их устранить (по возможности) или уменьшить их действие на организм. Так, например, правильное, полноценное питание, снижение стрессов достоверно снижают риск развития язвы в несколько раз. Основная часть мер связана непосредственно с соблюдением режима. Медсестра должна контролировать соблюдение больным основных предписаний и советов врача, также ведет разъяснительную работу среди пациентов по вопросам профилактики заболевания, о диетическом питании и ЗОЖ.

**2.2 Сестринская помощь при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.**  
Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом, собирает информация о характере питания, об аппетите, характере стула, вредных привычках, о психологическом микроклимате, о производственных интоксикациях, перенесенных заболеваниях, наследственной предрасположенности, выясняются объективные симптомы. Устанавливается связь болей в животе с приемом пищи и др факторами, определяет проблемы пациента  
Настоящие:   
Боль; диспептические расстройства; слабость; потеря массы тела; необходимость длительно соблюдать диету, приём лекарственных средств; необходимость отказа от курения и приема алкоголя; недостаток информации о заболевании;страх развития осложнений;недостаток знаний диетотерапии; страх перед возможностью оперативного лечения.  
Потенциальные:  
Кровотечение; прободение язвы; развитие стеноза привратника;  
смена профессиональной деятельности, места работы.

*На стационарном этапе медицинская сестра составляет план сестринского ухода.* [Приложение 5]

* Обеспечить удобное положение в постели.
* Контролировать соблюдение постельного режима, диеты: рекомендуется частое дробное питание малыми порциями, пища приготовленная на пару и в виде пюре, суфле, котлет и др. Беседа с родственниками об обеспечении рационального питания пациента.
* Выполнять назначения врача по медикаментозной терапии
* Беседа с пациентом о правилах приема и побочных эффектах ЛС.
* Успокаивать больного, объяснить сущность заболевания, меры профилактики осложнений, познакомить с другими больными, более адаптированными к заболеванию.
* Наблюдать: за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температурой тела. Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случаевозникновения осложнений.

Независимые действия медсестры: создать физический и психический покой, кормление тяжелобольных, профилактика пролежней, наблюдение за пульсом, АД, ЧДД, физиологическими отправлениями, весом, диетой, режимом.  
Взаимозависимые действия медсестры: организация консультации по ЛФК. психотерапии, физиотерапии.  
Зависимые действия медсестры: Забор биологического материала на лабораторное исследование, подготовка к инструментальным исследованиям и консультациям, своевременная раздача лекарств и введение лекарственных средств, быстрое выполнение всех назначений врача.

При благоприятном течении болезни цели вмешательств обычно бывают достигнуты: пациент спокоен, уверен в успехе лечения, готов выполнять режим, лечебные процедуры, у него прекращается боль в животе, восстанавливаются физиологические отправления, прекращается кровотечение. При менее благоприятном течении могут возникнуть новые проблемы; непереносимость лекарств (кожная сыпь); не купируется боль (возможность перерождения язвы); рвота пищей, съеденной накануне (стеноз привратника) и др. Все данные о результатах работы медицинская сестра документирует. Пациент отмечает значительное улучшение самочувствия, демонстрирует знания о мерах профилактики этого заболевания.

**2.3 Составление памятки для пациента Я бы на твоем место вместо 1 части включила вопросы профилактики в памятку.**

Медицинская сестра выявив проблемы пациента и имея теоретическую базу, составляет памятку о язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом отмечая наиболее важные моменты, на которые следует обратить внимание больного:

* Важным аспектом в лечении язвенной болезни является диета, поэтому медицинская сестра доступно объясняет пациенту и его родственникам значимость диеты, режима питания (дробное, малыми порциями 5-6 раз в день) и продуктов. Объясняет необходимость в термической, механической, физической и химической обработке употребляемых продуктов. Советует исключить из рациона жирные, жаренные, острые, копчёные, солёные блюда, алкогольные напитки и газировки, так как они раздражают слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки. Пища должна быть тёплой и приготовленной на пару. Акцентирует внимание на таких продуктах как: грецкие орехи, молоко, йогурт, творог, кокосовое молоко, слизистые супы, семена льна, каши, яйца, отварное постное мясо, нежирные сорта рыбы, овощи, не кислые фрукты, кисели, желе, пюре, облепиховое и оливковое масла, компоты из шиповника.
* Средний медицинский персонал проводит беседы об ограничении стрессов, проводит поддерживающие беседы, мотивируют пациентов.
* Медицинская сестра ликвидирует незнания больных о приёме минеральных вод. Рассказывает об особенностях приёма. В течение дня обычно принимается по 200 мл (стакан) минеральной воды 3 раза в день, в подогретом виде до температуры 38-40С. Прием минеральной воды может сопровождаться бальнеологической реакцией: через 5-15 дней от начала приема воды появляются или усиливаются боли, отмечаются диспепсические явления (изжога, отрыжка). В этом случае нужно либо уменьшить дозу и кратность приема воды, либо на 1-2 дня прервать прием воды. При повышенной секреторной функции желудка: минеральную воду пить теплой, маленькими глотками в течение 5-7 минут за 30 минут до еды и спустя 1,5-2 часа после приема пищи. Для устранения изжоги и боли в желудке рекомендуется воду пить не торопясь, малыми порциями (по 50 мл) каждые 15-20 мин.
* Медицинский персонал обучает упражнениям лечебной физкультуры, приёмом самомассажа при данном заболевании, рекомендует дыхательную гимнастику,  плавание, ходьбу на лыжах, закаливание, массаж спины и нижних конечностей.
* Медицинская сестра консультирует по вопросу первой помощи при обострении язвенной болезни. При появлении симптомов обострения язвы больному нужно обеспечить полупостельный режим и психоэмоциональную стабильность. От боли поможет теплое молоко, раствор меда, шиповник. Особое внимание следует обратить на характер боли, ее интенсивность и продолжительность. При осложнениях требуется госпитализация. Резкая боль с быстрым ухудшением состояния может быть свидетельством прободения язвы. Рвота с кровью – внутреннего кровотечения. Следует срочно вызвать врача.
* Медицинская сестра советует соблюдать соотношение труда и отдыха.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе изучения особенностей сестринского ухода при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки мы можем говорить о том, что сестринский уход позволяет повысить качество медицинской помощи в целом. Несмотря на тот факт, что медицинская сестра самостоятельно не лечит пациента, а лишь выполняет назначения врача, она играет большую роль в процессах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики осложнений при таком заболевании как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки главным образом зависит от тщательного, правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента. Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрел независимость от медицинской помощи.

**Список используемых источников**

1. «Внутренние болезни» В.В. Скворцов, Москва Эксмо 2019, 616 стр
2. «Здоровый желудок» Семейная энциклопедия здоровья. В.Г. Лифляндский, В.Н Федорец. Издательство «Амфора» 2019. Страница 26-27
3. «Оказание медицинских услуг в терапии» Учебное пособие Т.В. Отвагина. Издательство «Феникс» 2017. Страница 178-179. Всего
4. В.Г Лычёв, В.К Карманов Лечение пациентов терапевтического профиля Лечебное пособие 2016 года всего стр 333
5. Скворцов В.В., Одинцов В.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Медицинский алфавит. Больница. - 2015 г. - № 4. Страница 13-17.
6. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология выпуск 105 №5 2017 материалы конференции | conferencematerials Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение»

Peptic Ulcer Disease Edited by [Jianyuan Chai](https://www.intechopen.com/books/editor/peptic-ulcer-disease), ISBN 978-953-307-976-9, 500 pages, Publisher: InTech, Chapters published November 04, 2016 under [CC BY 3.0 license](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)  
DOI: 10.5772/749

Bacaksiz A., Teker M.E., Buyukpinarbasili N. et al. Does pantoprazole protect against reperfusion injury following myocardial ischemia in rats? Eur Rev Med PharmacolSci 2018; 17: 2: 269-275.

http://okeydoc.ru/yazva-dvenadcatiperstnoj-kishki-dpk-vidy-prichiny-simptomy-i-lechenie/]

<https://myfamilydoctor.ru/kak-lechit-yazvu-dvenadcatiperstnoj-kishki/>  
<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/1263>

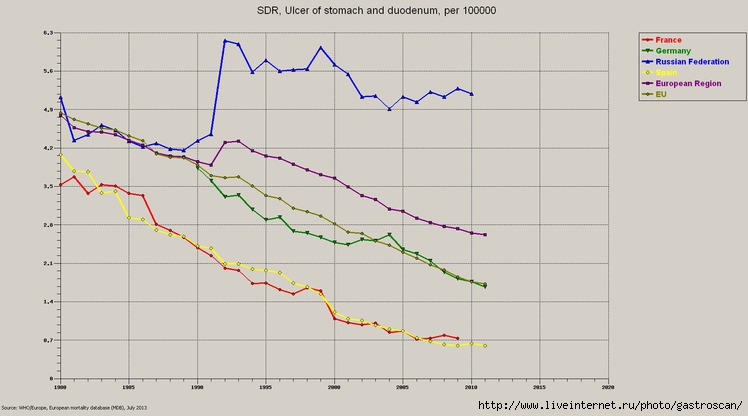
http://mkb-10.com/index.php?pid=10126

<http://tvoyzheludok.ru/yazva/drugoe/profilaktika-yazvy-zheludka.html>

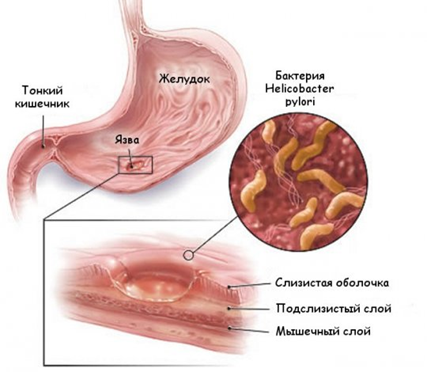
<http://www.polismed.com/articles-jazva-dvenadcatipjorstnojj-kishki-01.html><http://gastrolekar.ru/yazva/profilaktika.html>

**Приложение**

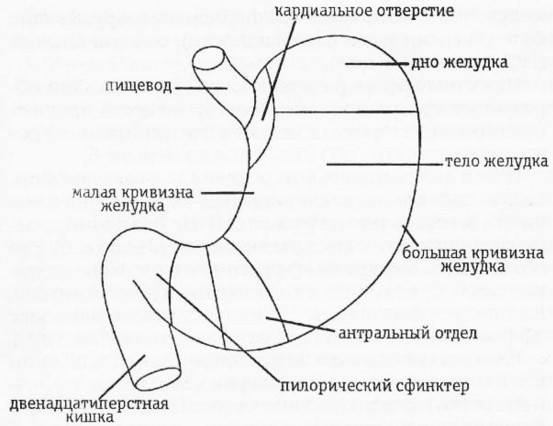
Приложение 1.

Смертность от ЯБ в России и странах СНГ

Приложение 2



Приложение 3



Приложение 4

