Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации Фармацевтический колледж

|  |
| --- |
| Сестринское дело |

отделение

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА**

|  |
| --- |
| Роль медицинской сестры в лечении язвенной болезни желудка у детей |
| тема  |
| 34.02.01 Сестринское дело |
| код и наименование специальности |
| Сестринский уход за больными детьми различного возраста |
| наименование междисциплинарного курса (дисциплины)  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Гревцова А.А., Дорохина Д.В., Ханлаева Х.Э. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Филенкова Н.Л. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc12997627)

[ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 5](#_Toc12997628)

[ГЛАВА 1. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА 5](#_Toc12997629)

[1.1 ЭТИОЛОГИЯ 5](#_Toc12997630)

[1.2 ХАРАКТЕРИСТИКА HP 5](#_Toc12997631)

[1.3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НР НА КЛЕТКИ СОЖ 5](#_Toc12997632)

[1.4 ФАКТОРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ HP НА КЛЕТКИ СОЖ 6](#_Toc12997633)

[1.5 ПАТОГЕНЕЗ 7](#_Toc12997634)

[ГЛАВА 2. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯБЖ 9](#_Toc12997635)

[ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА 12](#_Toc12997636)

[3.1 ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА 12](#_Toc12997637)

[ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ 15](#_Toc12997638)

[ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 16](#_Toc12997639)

[ГЛАВА 1. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЯБ 16](#_Toc12997640)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 19](#_Toc12997641)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ 20](#_Toc12997642)

# ВВЕДЕНИЕ

По традиционному определению ВОЗ, язвенная болезнь желудка - общее хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с полициклическим течением, характерными особенностями которого являются сезонные обострения, сопровождающиеся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки, и развитие осложнений, угрожающих жизни больного.

Актуальность: За последние годы отмечается рост числа заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Имеется тенденция к значительному омоложению и хронизации язвенной болезни у детей. Это связано с несбалансированным питанием, психологическими нагрузками, неблагоприятной экологией и социальными факторами.

Распространенность язвенной болезни среди гастроэнтерологических заболеваний составляет от 3,6 до 14,8%. Мальчики и девочки младшего школьного возраста болеют одинаково часто, а в подростковом периоде заболеваемость увеличивается среди мальчиков.

В РФ распространённость ЯБ среди детского населения составляет 8-12% в структуре заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и 5-6% среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки выявляется у 81-87% детей, ЯБ желудка - у 11-13% детей, а сочетанная локализация у 4-6% детей с данным заболеванием.

Цель: Определение роль медицинской сестры в профилактике и лечении язвенной болезни желудка у детей.

Задачи:

1. Изучить этиологию и патогенез ЯБЖ у детей;
2. Ознакомиться с классификацией и клиникой ЯБЖ у детей;
3. Изучить методы диагностики и лечения ЯБЖ;
4. Определить роль медицинской сестры в лечении ЯБЖ у детей.

Методы исследования: Статистическая обработка данных проведена с помощью вариационной статистики с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей.

Объект исследования: Язвенная болезнь желудка у детей.

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

# ГЛАВА 1. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

## 1.1 ЭТИОЛОГИЯ

В настоящее время установлено, что микроорганизм Helicobacter pylori (HP) является важным участником формирования таких патологических состояний, как острый и хронический гастрит, ЯБЖ и ЯБДПК, рак желудка.

## 1.2 ХАРАКТЕРИСТИКА HP

Helicobacter pylori - короткие извитые грамотрицательные микроаэрофильные бактерии - чаще всего имеют S-образную форму и достигают в длину 2,5 - 4 мкм при ширине 0,5 мкм. на одном конце бактериальной клетки располагаются 4-5 > жгутиков длиной 5-10 мкм.

HP обнаруживается в глубине желудочных ямок и на поверхности эпителиальных клеток, в основном под защитным слоем слизи, выстилающим слизистую оболочку желудка (СОЖ).

## 1.3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НР НА КЛЕТКИ СОЖ

В эпидемиологии развития инфекции имеют значение:

1. возраст
2. географическое положение
3. социально - экономический статус
4. профессия

Инфицирование НР обычно осуществляется в детстве и при отсутствии лечения; бактерия персистирует в организме неопределенно долго. Наибольший риск инфицированности существует у детей в возрасте до 7 лет.

Группами риска являются семьи хеликобактерных больных, континген-ты специализированных интернатов, психиатрических стационаров, детских домов.

Пути передачи:

1.Фекально-оральный путь:

* через зараженную питьевую воду (HP способен выжить до 2 недель в холодной воде);
* при употреблении в пищу сырых овощей, для поливки которых используется загрязненная вода.

2.Орально-оральный путь:

* при попадании слюны инфицированного человека к здоровому;
* редко - через недостаточно дезинфицированные эндоскопы или щипцы для биопсии (ятрогенный путь передачи).

3. Не исключается возможность передачи HP с микроаэрозолями, которые образуются при разговоре или кашле.

4. Имеются указания, что HP могут переносить некоторые домашние животные - собаки или кошки.

## 1.4 ФАКТОРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ HP НА КЛЕТКИ СОЖ

Спиралевидная форма и наличие жгутиков позволяет микробу хорошо передвигаться вязкой желудочной слизи, которая покрывает СОЖ.

HP способны прикрепляться на мембранах эпителиальных клеток желудка, обуславливая заселение этими бактериями.

Основным патогенным фактором для слизистой оболочки оказывается несоразмерный иммунный и воспалительный ответ макроорганизма на инфекцию HP.

Helicobacter pylori имеет ферменты: уреазу и каталазу.

Уреаза, выделяющаяся вокруг микроба, вызывает превращение мочевины в углекислый газ и аммиак, что нейтрализует PН локально и защищает HP от бактерицидного действия соляной кислоты. Бактерия находится как бы в "облаке" щелочных продуктов.

Выделение каталазы и супероксиддисмутазы позволяет HP подавлять клеточный иммунный ответ макроорганизма, т.е. защищаться от лейкоцитов.

HP вызывает развитие воспаления СОЖ, которое нередко протекает клинически скрыто.

Повышение желудочной секреции и изменение защитных свойств СОЖ, вызванных HP могут привести к развитию воспалительного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки.

Таким образом, хеликобактер пилори хорошо защищен от неблагоприятной среды обитания в желудке и способен выделять патогенные для желудка вещества.

## 1.5 ПАТОГЕНЕЗ

Формирование язвенного дефекта слизистой оболочки гастродуоденальной системы зависит от многих патогенетических факторов.

Общепризнанно, что язвенная болезнь развивается вследствие общих и местных расстройств нервной и гормональной регуляции трофики слизистой оболочки, нарушений секреторной и двигательной функции гастродуоденальной системы:

* нарушаются процессы регуляции в центральной нервной системе: психические травмы, патологические импульсы, поступающие из внутренних органов, приводят к дисбалансу парасимпатической и симпатической нервной системы.
* повышается активность центра блуждающего нерва, что вызывает активацию секреторной и моторной функции желудка, повышение секреции соляной кислоты, пепсина, гастрина, снижение продукции слизистых веществ.
* нарушается активность гормонов гипофизарно-надпочечниковой системы, половых желез, пищеварительных гормонов (гастрина, секретина), биогенных аминов.
* повышается интрагастральное и интрадуоденальное давление и кислотность.

Факторами предрасполагающими к возникновению язвенной болезни является наследственная предрасположенность, нервно-психические перегрузки и физическое перенапряжение, прием некоторых лекарственных препаратов, вредные привычки, погрешность в питании.

Защитные факторы:

* устойчивая секреция слюны, слизи и поджелудочного сока;
* беспрерывная регенерация системы желудка и двенадцатиперстной кишки;
* компенсаторное торможение секреции соляной кислоты и пепсина;
* стабильные процессы микроциркуляции;
* постоянная двигательная активность гастродуоденальной системы.

Агрессивные факторы:

* избыточное образование соляной кислоты, пепсина и желчной кислоты;
* иммунопатологические процессы;
* повреждающее действие бактериального фактора Helicobacter pylori.

# ГЛАВА 2. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯБЖ

1. Язва желудка:
* кардиального отдела,
* субкардиального отдела,
* антрального отдела,
* тела,
* пилорического канала.
1. Язва малой кривизны.
2. Язва большой кривизны.
3. Язва передней или задней стенки желудка.
4. Язва двенадцатиперстной кишки (луковицы и внелуковичные).

По клиническим проявлениям различают 4 фазы:

1 фаза - фаза язвенного дефекта,

2 фаза - фаза стихания язвенного процесса,

3 фаза - фаза рубцевания,

4 фаза - фаза клинико-эндоскопической ремиссии.

Стадия I – «свежая язва»

Дети, страдающие язвенной болезнью ДПК 1 стадии, предъявляют жалобы на боли в животе, возникающие как после приема пищи, через 2-4 часа, так и ночью. Однако, прием пищи приводит лишь к временному стиханию болей, но полного исчезновения последних не наблюдается. По характеру боли приступообразные, колющие, режущие, у подавляющего большинства возникают остро, внезапно. Боли могут иррадиировать в спину, поясницу, эпигастральную область, реже в правое плечо, лопатку.

Общее состояние детей изменяется, они принимают горизонтальное положение, иногда вынужденное, раздражительны, плаксивы, некоторые, напротив, крайне беспокойны, мечутся в постели. Отмечаются усиленное потоотделение, брадикардия, гипотония, пальпация живота затруднительна. При поверхностной пальпации отмечается напряжение брюшных мышц.

Болевой синдром сопровождается нарушением моторики в виде диспепсических расстройств у 85-90% детей (тошнота, рвота, изжога, отрыжка, запор). При эндоскопическом исследовании выявляется «свежая язва» - дефект слизистой оболочки округлой или овальной формы, диаметром 6-8 мм, окруженный ограниченным высоким гиперемированным валом, создающим картину глубокого изъязвления. Края дефекта отечны, дно язвы покрыто наложениями серого, желтого или зеленого цвета. Более чем у половины детей обнаруживаются множественные язвы, клиническая картина язвенной болезни 1 стадии соответствует фазе обострения.

Стадия II - начало эпителизации дефекта

II стадия характеризуется наличием поздних болей, возникающих в отличие от I стадии преимущественно днем. У большинства детей боли после приема пищи исчезают почти полностью. Характер болей - давящие, тянущие, ноющие, нарастающие постепенно; иррадиация выражена в меньшей степени и наблюдается лишь у четвертой части детей.

Большинство детей переносят глубокую пальпацию, хотя она нередко сопровождается напряжением брюшных мышц и болезненностью. Диспепсические расстройства выражены в меньшей степени, чем при I стадии заболевания. Визуально при гастродуоденоскопии отмечается начало эпителизации дефекта слизистой оболочки: уменьшение гиперемии и отека вокруг язвенного дефекта, сглаживание и исчезновение воспалительного вала. Края дефекта уплотняются, становятся неровными, надвигаются к центру язвы, уменьшая её размеры и глубину. Очищается дно и намечается конвергенция складок, направленных к язве, что отражает начало эпителизации язвенного дефекта слизистой оболочки. Эта клинико-эндоскопическая стадия также соответствует фазе обострения язвенной болезни.

Стадия III - заживление язвенного дефекта

Отмечается периодическая болезненность натощак или через 1-2 часа после еды без четкой локализации. В ночное время дети отмечают чувство голода или подсасывания в подложечной области. После приема пищи боли исчезают. Глубокая пальпация живота становится возможной. Диспепсические расстройства у детей выражены умеренно.

При эндоскопическом исследовании дефект слизистой оболочки не определяется, однако имеются выраженный дуоденит и следы репарации язвенного поражения в виде рубца линейной формы или же "пятен" - участков грануляционной ткани. У некоторых детей рубец может отсутствовать. Стадия соответствует фазе неполной клинической ремиссии.

Стадия IV - ремиссия

Жалобы отсутствуют. Состояние детей удовлетворительное. Эндоскопически изменения слизистой оболочки желудка и ДПК не выявляются. Стойкой клинической ремиссии соответствует и эндоскопическая ремиссия. Переход I стадии во II наблюдается в середине 2-3 недели, II стадии в III - также в течение 2-3 недель. В целом наступление полной клинико-эндоскопической ремиссии, т.е. переход от I до IV стадии происходит в среднем в течение 2 лет.

# ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

* отсутствует сезонность обострений заболевания.
* характерны ранние боли после приема пищи.
* боли, как правило, сопровождаются тошнотой, отрыжкой воздухом.

## 3.1 ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Диагностические критерии

1. Опорные признаки:
* диспепсические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, изжога);
* приступообразные боли в животе натощак, ночью, в перерыве между приемами пищи;
* защитное напряжение мышц во время сильных болей, болезненность при перкуссии живота в эпигастрии;
1. Факультативные признаки:
* астенический синдром;
* отставание в физическом развитии;
* склонность к запорам или неустойчивый стул.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Основные методы:

* общий анализ крови: возможно увеличение числа эритроцитов и уровня гемоглобина. При неосложненной язвенной болезни в анализе не отмечается изменений числа лейкоцитов и лейкоцитарной формулы за исключением небольшого лимфоцитоза. При стенозе привратника возможна анемия, увеличение СОЭ. Перфорация язвы может вызвать лейкоцитоз, появление токсической зернистости в нейтрофилах, понижение СОЭ.
* общий анализ мочи: при язвенной болезни показатели в норме.
* гастродуоденофиброскопия

Эндоскопическая картина: Язва представляет собой дефект слизистой оболочки, достигающий серозного и даже мышечного слоя. Язва всегда сопровождается активным воспалением в окружающих тканях - гастродуоденитом.

Осложнения:

Как правило, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки очень быстро дает осложнения: кровотечения, перфорации (прободения), пенетрации, деформации луковицы двенадцатиперстной кишки.

Язвенное кровотечение возникает в том случае, если происходят дистрофические процессы в язвенном дефекте слизистой оболочки и разрушаются кровеносные сосуды. Интенсивность кровотечения зависит от диаметра поврежденного сосуда, при разрушении вены кровотечение не столь интенсивное, как при повреждении артерии. У детей с язвой желудка возникает рвота "кофейной гущей", но при хронической (каллезной) язве рвота может отсутствовать; при этом развивается железодефицитная анемия. При дуоденальной локализации язвы рвоты обычно не бывает, но наблюдается жидкий черный стул (мелена). В результате кровотечения снижается артериальное давление, возникают общая слабость, шум в ушах, головокружение, сердцебиение, бледность кожных покровов, обморок и др.

Перфорация (прободение) язвы возникает остро, проявляется резкой болью в верхней половине живота, напоминающей удар кинжала, напряжением передней брюшной стенки. Живот становится втянутым и твердым. Состояние больного ухудшается, возникает многократная рвота, нарастают симптомы интоксикации и обезвоживания организма. Прободению чаще подвергаются язвы желудка и передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Пенетрация - проникновение язвы в соседние органы: в поджелудочную железу, желчные пути, печень, малый сальник. Пенетрация возникает при значительной величине язвы (10-15 мм в диаметре), на фоне длительного и тяжелого течения язвенной болезни. Характерным является упорный болевой синдром: боли постоянные не уменьшаются от приема антадидов, иррадиируют в спину, сопровождаются рвотой, не приносящей облегчения, изжогой. Появляются признаки воспаления - лейкоцитоз, повышение температуры тела и СОЭ. Деформация и стеноз привратника являются наиболее частными осложнениями при локализации язвы в привратнике, луковице двенадцатиперстной кишки. В случае стеноза привратника возникает препятствие для эвакуации пиши из желудка.

# ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ

Основные принципы лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. Воздействие на хеликобактер пилори.
2. Купирование болевого синдрома.
3. Нормализация секреторной и моторной функции.
4. Ликвидация диспептических явлений и изменений со стороны общего состояния и внутренних органов.

Проводится комплексная этапная терапия с учетом периода болезни:

I этап - стационарное лечение в периоде обострения.

II этап - амбулаторное лечение (диспансерное наблюдение и лечение в периоде клинической ремиссии и сезонная профилактика рецидивов).

III этап - санаторное лечение в период клинической или неполной эндоскопической ремиссии.

Лечение проводится только в условиях стационара. Назначается диета стол №1а, №1б,№1: механически и химически щадящая слизистую оболочку ЖКТ. Прием пищи 6 раз в сутки. На первые 2 недели заболевания назначается стол 1а - вся пища подается в жидком или полужидком виде.

Медикаментозное лечение:

При обострении язвенной болезни, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией, используют средства с антибактериальной активностью: "Де-нол", метронидазол, амоксицилин, фуразолидон. Для уничтожения инфекции применяют современные методы лечения язвенной болезни - тройную и квадротерапию.

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

# ГЛАВА 1. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЯБ

Своевременно выявлять настоящие и потенциальные проблемы и нарушенные жизненно важные потребности пациента и членов его семьи.

Возможные проблемы пациента:

* боли в животе различной интенсивности;
* диспептические расстройства;
* нарушение питания;
* нарушение сна;
* нарушение физиологических отправлений (поносы, метеоризм, запоры);
* снижение устойчивости к психическим и физическим нагрузкам;
* беспокойство, чувство тревоги, связанные с недостаточной информацией о заболевании, с незнакомой окружающей обстановкой при госпитализации;
* страх перед обследованиями;
* дефицит общения со сверстниками;
* неспособность ребенка самостоятельно справиться с трудностями, возникшими вследствие заболевания.

Возможные проблемы родителей:

* дезадаптация и изменение стереотипа жизни семьи в связи с заболеванием ребенка;
* дефицит знаний о заболевании и уходе;
* необходимость изменения традиций семейного питания и организация диетического питания в домашних условиях;
* неадекватная оценка состояния ребенка;
* изменение внутрисемейных отношений и др.

Сестринское вмешательство

1. Информировать родителей и ребенка, если позволяет возраст, о факторах риска развития заболевания, клинических проявления, принципах лечения, возможных осложнениях.
2. При обострении язвенной болезни содействовать госпитализации ребенка в гастроэнтерологическое отделение. Создать атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребенка положительные эмоции во время его пребывания в стационаре. Вовлекать ребенка в планирование и реализацию сестринского ухода. Поощрять его к самоуходу при проведении личной гигиены.
3. Осуществлять мониторинг жизненно важных функций (пульс, АД, длительность болевого синдрома, характер рвоты, физиологических отправлений и др.).
4. При выраженном болевом синдроме, правильно проводить оценку боли, используя 10-балльную шкалу. Соблюдать тишину и охранительный режим, когда ребенок испытывает сильную боль. Научить родителей в домашних условиях оказывать помощь при болевом синдроме, используя психологические приемы и медикаментозные способы.
5. Своевременно оценивать эффективность проводимой терапии, сообщать врачу о нежелательных эффектах. Соблюдать правила применения лекарственных средств, раздражающих слизистую оболочку желудка.
6. Научить родителей оказывать помощь при рвоте в соответствии с алгоритмом действия:
* успокоить ребенка;
* усадить его или уложить на бок, подложить полотенце (исключить загрязнение постельного и нательного белья), поднести чистый тазик;
* во время рвоты придерживать голову ребенка, положив ему руку на лоб;
* после рвоты помочь умыться, дать прополоскать рот теплой водой и выпить несколько глотков кипяченой воды, уложить, создать комфортное положение в постели;
* осмотреть рвотные массы и оставить их до прихода врача.
1. Заранее готовить ребенка с помощью терапевтической игры к манипуляциям и диагностическим методам обследования, терпеливо объяснять при этом непонятные слова и термины.
2. Обучить родителей правильно оценивать состояние ребенка, вносить изменения в план ухода в зависимости от его физического и психического состояния, заботиться о поддержании положительного эмоционального тонуса.
3. Посоветовать родителям, изменить негативные семейные традиции в отношении питания (не переедать, отказаться от жирной, соленой и острой пищи, соблюдать основные принципы лечебного питания). Вовлекать всех членов семьи в поддержание здорового образа жизни, обеспечить ребенку рациональный режим дня, адекватную физическую активность.
4. Убедить родителей продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачами - педиатром, гастроэнтерологом после выписки из стационара с целью контроля состояния, своевременного назначения и проведения сезонного противорецидивного лечения.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Росту язвенной болезни среди детей и подростков способствует употребление в пищу продуктов, содержащих красители, консерванты, усилители запаха, вкуса, цвета, общее ухудшение здоровья детей и снижение иммунитета, ухудшение материального состояния большинства семей, частые стрессовые ситуации, а так же плохая экологическая обстановка.

Важнейшим проявлением риска развития ЯБ является комплекс факторов, включающих наследственное предрасположение к ЯБ, неблагоприятное влияние экологических факторов, несбалансированное питание и отсутствие четкого режима дня, наличие контакта в семье с больным хеликобактерной инфекцией.

К сожалению, профилактическая работа еще не получила надлежащего развития, что приводит к поздней диагностика ЯБ. Потому заболеваемость ЯБ не имеет тенденции к снижению.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Allbest, Роль медицинской сестры в профилактике и лечении язвенной болезни желудка у детей [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00715920_0.html> (Дата обращения 01.07.2019)
2. Empendium, Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://empendium.com/ru/chapter/B33.II.4.6> (Дата обращения 01.07.2019)
3. Фармацевтический вестник, Язвенная болезнь желудка. Этиология, патогенез и факторы, влияющие на заживление [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://pharmvestnik.ru/articles/17328.html> (Дата обращения 01.07.2019)