

**ИЗУЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У МУЖЧИНЫ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (клинический случай)**

А.М. МОРОЗОВ, К.И. ГОРОДНИЧЕВ, М.М. МУРАВЛЯНЦЕВА, Ю.Е. МИНАКОВА, И.Г. ПРОТЧЕНКО

Тверской государственной медицинской университет, ул. Советская, д. 4, г. Тверь, 170100, Россия

Аннотация. Цель исследования: проследить тактику ведения пациента с осложненной язвенной болезнью желудка на примере клинического случая. **Материалы и методы исследования:** произведен анализ истории болезни пациента, поступившего в возрасте 60 лет в ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери с диагнозом перфорация язвы желудка, сопровождающаяся диффузным серозно-фибринозным перитонитом. **Результаты и их обсуждение:** мужчина в возрасте 60 лет экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на внезапные острые боли по всей поверхности живота. Боли в эпигастрии беспокоили больного на протяжении месяца. По данным исследований поставлен клинический диагноз: язва желудка, осложненная перфорацией. Диффузный серозно-фибринозный перитонит. Было произведено ушивание перфоративного отверстия. Через неделю после приступа кашля больной жаловался на появление «треска» в области послеоперационной раны. У больного наблюдалась клиническая картина полного расхождения апоневротических швов с подкожной эвентрацией пряди большого сальника. Была назначена релапаротомия с ревизией органов брюшной полости. Спустя несколько дней у пациента появилась слабость, однократная рвота цвета «кофейной гущи» и жидкий стул. Данное состояние осложнилось развившимся кровотечением. Для устранения желудочного кровотечения была проведена экстренная релапаротомия с ревизией органов брюшной полости. Произведена субтотальная резекция 2/3 желудка по методу Биллрот-2-Витебскому. На фоне длительно пребывания в отделении и малой подвижности у пациента развилась гипостатическая двусторонняя пневмония с локализацией в S6-S10 в стадии неполного рассасывания, двухсторонний экссудативный плеврит. **Заключение:** для раннего выявления язвенной болезни и недопущения роста риска развития осложнений, необходимо совершенствовать комплексные методы диагностики и лечения данного заболевания, необходимо уделять внимание профилактике путем нивелирования факторов риска, а также проводить регулярное медицинское обследование. Важными аспектами в лечении и выздоровлении пациента также является соблюдение строгой диеты и профилактика нозокомиальной инфекции.

Ключевые слова: язва, язвенная болезнь, осложнения, перфорация, желудочное кровотечение

**STUDY OF COMPLICATIONS OF GASTRIC ULCER DISEASE IN AN ELDERLY MAN
(clinical case)**

A.M. MOROZOV, K.I. GORODNICHEV, M.M. MURAVLJANCEVA, J.E. MINAKOVA,
I.G. PROTCHEENKO

Tver State Medical University, Sovetskaja Str., 4, Tver, 170100, Russia

Abstract. Research purpose was to follow the tactics of managing a patient with complicated gastric ulcer by the example of a clinical case. **Materials and methods:** an analysis of the medical history of a patient who was admitted at the age of 60 at the City Clinical Hospital No. 7 in Tver with a diagnosis of perforation of a gastric ulcer accompanied by diffuse serous-fibrinous peritonitis was made. **Results and their discussion:** A man at the age of 60 was urgently hospitalized in the surgical department with complaints of sudden acute pain over the entire surface of the abdomen. Epigastric pain disturbed the patient for a month. According to studies, a clinical diagnosis was made: a stomach ulcer complicated by perforation. Diffuse serous-fibrinous peritonitis. The perforation hole was sutured. A week after a coughing fit, the patient complained of the appearance of "cod" in the area of the postoperative wound. This patient had a clinical picture of the complete discrepancy of aponeurotic sutures with subcutaneous eventration of the lock of the greater omentum. Relaparotomy with revision of abdominal organs was prescribed. A few days later, there was weakness, a single vomiting of the color of "coffee grounds" and loose stools in the patient. This condition was complicated by developed bleeding. To eliminate gastric bleeding, an emergency relaparotomy was performed with revision of the abdominal organs. Subtotal resection of 2/3 of the stomach was performed according to the Billroth-2-Vitebsk method. Against the background of a long stay in the department and low mobility, the patient developed hypostatic bilateral pneumonia with localization in S6-S10 at the stage of incomplete resorption, bilateral exudative pleurisy. **Conclusions:** for the early detection of peptic ulcer and to prevent an increase in the risk of complications, it is necessary to improve comprehensive methods for diagnosing and treating this disease, to pay attention to prevention by leveling

risk factors, and also conduct regular medical examinations. An important aspect in the treatment and recovery of the patient is also a strict diet and the prevention of nosocomial infection.

Keywords: ulcer, peptic ulcer, complications, perforation, gastric bleeding

Введение. Несмотря на улучшение организации и оказания медицинской помощи, язвенная болезнь желудка занимает одно из центральных мест в клинике современной хирургии и терапии [1]. Морфологическим субстратом язвенной болезни служит образование дефекта в слизистом и подслизистом слое стенки желудка [2]. Данное заболевание характеризуется хроническим волнообразным течением и частыми рецидивами, что сильно снижает качество жизни пациентов [3].

В этиологии язвенной болезни играют роль ряд факторов, поэтому данное заболевание относится к категории полиэтиологических. Генетическая предрасположенность является одной из главных причин развития патологии. Наследуются особенности строения и функционирования слизистой оболочки желудка: избыточное образование пепсиногена, врожденный дефицит фермента антитрипсина, гиперсекреция соляной кислоты, гастродуоденальная дисмоторика [4]. К факторам предрасположенности относят положительный резус-фактор, астенический тип телосложения, I и II группы крови. Кроме того, отсутствие у пациентов сывороточных антигенов системы *ABH*, которые отвечают за выработку гликопротеинов слизистой оболочки желудка, повышает риск заболеваемости на 50%.

Среди внешних факторов особое внимание отводится стрессу. Длительное психоэмоциональное перенапряжение приводит к нарушениям секреторной и моторной функции желудка. Курение и злоупотребление алкоголем является причиной развития таких структурных нарушений, как гиперплазия обкладочных клеток слизистой оболочки, которая приводит к нарушению процесса слизиобразования и снижению резистентности слизистой оболочки желудка. Также следует отметить прием ulcerогенных препаратов, к которым относят нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды, инсулин, калия хлорид [5].

В последнее время ведущие гастроэнтерологи придерживаются мнения, что главной причиной развития язвенной болезни желудка является бактерия *Helicobacter pylori*, встречающаяся при анализе большинстве клинических случаев [6]. По данным эпидемиологов установлено, что больше половины населения мира инфицированы *Helicobacter pylori*, однако около 70% являются здоровыми (бактерионосителями) на протяжении всей жизни [7]. *Helicobacter*, выделяя уреазу, липополисахариды и цитотоксин, оказывает токсическое действие на эпителий слизистой оболочки желудка, вызывая деструкцию слизи, снижение ее вязкости и разрушение слизистого барьера [8]. Для диагностики *Helicobacter pylori* используются инвазивные и неинвазивные методы. К первой группе относится проведение ЭГДС с прицельной биопсией и проведение исследования полученных биоптатов. К неинвазивным методам относятся уреазный тест, серологическое исследование крови, полимеразная цепная реакция с использованием слюны, кала, зубного налета [9].

Ключевым звеном в развитии патогенеза язвенной болезни является нарушение баланса между неспецифическими иммунными барьерами слизистой оболочки желудка и экзогенными и эндогенными агрессивными факторами, воздействующими на нее.

В настоящее время язвенную болезнь желудка врачи относят к социально-значимым заболеваниям. По статистике 10-15% жителей стран Европы и Российской Федерации имеют данную патологию, и частота встречаемости данной патологии среди мужчин и женщин приблизительно равна [10]. Язвенная болезнь приводит к ранней манифестации, утрате профессиональной пригодности и ранней инвалидизации большого процента молодого трудоспособного населения, что снижает уровень экономики многих развитых стран [11]. В связи с этим наблюдается активное развитие фармацевтической индустрии, направленное на разработку целого перечня препаратов, принимаемых для лечения язвенной болезни. К ним относятся такие классы, как ингибиторы протонной помпы, гастропротекторы, блокаторы *H2*-гистаминовых рецепторов, антихеликобактерные препараты. Благодаря этому, снижается развитие процента первичной заболеваемости в терапии.

В ургентной хирургии наблюдается тенденция роста процента осложнений язвенной болезни, которые можно разделить на несколько групп: язвенно-деструктивные (кровотечения, пенетрация и перфорация), воспалительные (дуоденит, перигастрит, гастрит) язвенно-рубцовые (стеноз входного и выходного отверстия желудка, деформация желудка), малигнизация язвы и комбинированные осложнения [12]. Согласно статистике, перфорация стенки желудка занимает 6-20% случаев, пилородуоденальный стеноз – 6-15% случаев, пенетрация язвы – 15% случаев, малигнизация язвы – 8-10% случаев, в 15% приводящая к летальному исходу [13]. Желудочные кровотечения встречаются в 10-15% случаев, и составляют более половины всех геморрагических осложнений желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования – проследить тактику ведения пациента с осложненной язвенной болезнью желудка на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ истории болезни пациента, поступившего в возрасте 60 лет в ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери с диагнозом перфорация язвы желудка, сопровождающаяся диффузным серозно-фибринозным перитонитом.

Результаты и их обсуждение. Мужчина в возрасте 60 лет экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на внезапные острые боли по всей поверхности живота. Боли в эпигастрии больного беспокоили на протяжении месяца. При сборе анамнеза жизни выявлено, что у пациента имеется хроническая обструктивная болезнь легких средней степени в стадии ремиссии, другие патологии, такие как сахарный диабет, венерические заболевания, гепатит, туберкулез, отрицает. При поступлении общее состояние больного тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные, сухие, выслушивались сухие хрипы, частота дыхательных движений (ЧДД) 23 удара в мин., пульс 87 удара в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление (АД) 110/70 мм. рт. ст., отеков нет, вены на нижних конечностях с явлением сегментарного варикоза, мочится самостоятельно. При физикальном осмотре живот вздут, болезненный, напряженный во всех отделах, симптом раздражения брюшины положительный (симптом Щеткина-Блюмберга), аускультативно – перистальтика ослаблена, печеночная тупость не определяется, селезенка и желчный пузырь не пальпируются. Для постановки диагноза были назначены дополнительные исследования: общий анализ крови, рентенография органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопия.

По результатам общего анализа крови: лейкоциты – $11,3 \times 10^9$ г/л, тромбоциты – 226×10^9 г/л, эритроциты – $4,97 \times 10^{12}$ г/л, Hb – 144 г/л, ЦП – 0,92, СОЭ – 5 мм/ч. На рентгенограмме органов брюшной полости петли кишечника и уровень газ-жидкость не визуализировались, определялся «симптом серпа» (свободный газ под правым куполом диафрагмы), что указывает на перфорацию полого органа. После проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) установлено, что у больного отмечается язвенный дефект в антральном отделе желудка. При проведении ультразвукового исследования визуализировалась свободная жидкость в брюшной полости. На основании собранных жалоб, анамнеза, данных физикального осмотра и результатов лабораторного исследования был поставлен клинический диагноз: язва желудка, осложненная перфорацией. Диффузный серозно-фибринозный перитонит.

Пациенту была назначена экстренная срединная лапаротомия с ревизией органов брюшной полости под интубационным наркозом. В ходе операции в брюшной области в правом подпеченочном пространстве и области малого таза наблюдалось около 200 мл серозного выпота. В области малой кривизны желудка пальпировался язвенный инфильтрат диаметром 5 см с перфоративным отверстием диаметром 1,5 см. Было произведено ушивание перфоративного отверстия и дренирование подпеченочного пространства. Установлен назогастральный зонд.

После операции – состояние больного удовлетворительное, отмечались жалобы на боль в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розовые, влажные, обе половины грудной клетки чувствуют в акте дыхания, ЧДД – 18 в минуту, над легкими дыхание жесткое, с сухими хрипами, тоны сердца приглушены, пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 110/70 мм.рт.ст., язык влажный, при проведении пальпации живот мягкий, перитонеальные симптомы отрицательные, кишечные шумы ослаблены, повязка в области швов чистая, по дренажу отделялось серозно-геморрагическое содержимое, по назогастральному зонду отделялось скудное желудочное содержимое, к вечеру отмечалось повышение температуры до субфебрильных значений, диурез по катетеру Фолея достаточный. После операции проводилась инфузионная антибиотикотерапия. Через несколько дней пациенту удалили дренажи из брюшной полости и назогастральный зонд.

Спустя неделю после приступа продуктивного кашля больной жаловался на появление «треска» в области послеоперационной раны, повязка промокла серозным отделяемым. Боли в животе наблюдались незначительные, состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. У больного наблюдалась клиническая картина полного расхождения апоневротических швов с подкожной эвентрацией пряди большого сальника. Была назначена релапаротомия с ревизией органов брюшной полости. При ревизии желудок в размере не увеличен, пальпируется язвенный инфильтрат диаметром 4 см, без признаков перфорации. У корня брыжейки тонкой кишки (в области связки Трейца) определяется около 10 лимфатических узлов диаметром 0,3-0,8 см, один из них взят на гистологическое исследование. Брюшная полость промыта раствором хлоргексидина, осушена от серозного выпота. Операционная рана ушита и вдоль швов введены силиконовые дренажные трубки, также были наложены швы на апоневроз.

После операции состояние удовлетворительное, стабильное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые, влажные, дыхание везикулярное, выслушиваются сухие хрипы, ЧДД – 20 в 1 мин., пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, АД – 110/70 мм.рт.ст, тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, перитонеальные симптомы отрицательные, выслушиваются кишечные шумы. По дренажам отделяется скудное серозно-геморрагическое отделяемое.

Через несколько дней утром у пациента возникла слабость, была однократная рвота цвета «кофейной гущи» и двукратный жидкий стул. Состояние больного тяжелое, сознание ясное, кожные покровы

бледные, ЧДД – 24 в минуту, пульс – 105 ударов в 1 мин, АД – 100/60 мм.рт.ст., живот не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации болезненный в области послеоперационной раны, перитонеальные симптомы отрицательные. По данным общего анализа крови уровень гемоглобин – 92 г/л. Пациенту была назначена повторная ЭГДС. По результатам исследования в пищеводе и желудке отмечалась скопление крови и слизи. В антральном отделе визуализировался край язвенного дефекта со ступком большого размера и подтеканием крови.

Для устранения желудочного кровотечения была проведена экстренная релапаротомия с ревизией органов брюшной полости. В ходе операции выпота не обнаружилось, в петлях кишечника и желудке отмечалось скопление крови. Была произведена субтотальная лестничная резекция 2/3 желудка по методу Бильрот-2-Витебскому. При операции было эвакуировано около литра крови со свертками. Культи двенадцатиперстной кишки прошита аппаратом УДО 60, с последующим погружением механического шва отдельными серозно-мышечными узловыми швами. Малая кривизна сформирована аппаратным швом, с погружением отдельными серозно-мышечными швами. Анастомоз сформирован однорядным обвивным швом проленовой нитью. После постгеморрагической анемии в качестве заместительной терапии больному проводилась трансфузия одногруппной эритроцитарной массы 283 мл – внутривенно капельно.

В послеоперационном периоде состояние тяжелое, кожные покровы бледные сухие, сознание ясное, отеков и цианоза нет, ЧДД 19 в минуту, дыхание везикулярное, ослабевает в нижних долях легких, выслушивались сухие хрипы, АД 110/70 мм.рт.ст., тоны сердца приглушенные, ритмичные. Для поднятия сатурации была начата инсуффляция увлажненным кислородом через лицевую маску. При пальпации – живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Повязки сухие, чистые. По дренажу из брюшной полости отделялось серозно-геморрагическое содержимое. Перистальтика не выслушивалась. Диурез по катетеру Фолея достаточный. После операции проводилась инфузионная, антибактериальная, анальгетическая терапия, гемотрансфузия эритроцитами.

На момент осмотра больной жаловался на появление кашля с выделением большого количества мокроты слизистого характера и повышение температуры до 37,8 градусов. При осмотре кожные покровы бледные, отеков и цианоза нет. Над легкими дыхание жесткое, с рассеянными сухими хрипами, в нижних отделах выслушивались влажные хрипы. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 89 ударов в 1 мин., тоны сердца глухие, АД – 110/70 мм.рт.ст., диурез в норме. Ест и пьет соответственно общему режиму, диету не соблюдает: принимает грубую пищу. Больному была назначена рентгенография органов грудной полости. На фоне длительного пребывания в стационаре и гиповентиляции легких у больного развилась внутрибольничная двусторонняя очаговая пневмония с дыхательной недостаточностью 2 степени. По результатам осмотра терапевта произведена коррекция антимикробной терапии. В ходе антибактериальной терапии интенсивность кашля и количество отделяемой мокроты уменьшилось. Одышка сохранялась при смене положения тела в постели.

Согласно заключению компьютерной томографии, у пациента наблюдалась внутрибольничная гипостатическая двусторонняя пневмония с локализацией в S6-S10 в стадии неполного рассасывания, двусторонний экссудативный плеврит, постпневмонический пневмофиброз с локализацией в верхних долях. Также были выявлены: лимфоаденопатия средостения, небольшое количество газа в брюшной полости (пневмоперитонеум), жидкость по левому фланку, культи желудка перерастянута содержимым. Пациенту сменили антибиотики, были назначены бактерицидные антибиотики широкого спектра действия левофлоксацин 500 мг внутривенно капельно один раз в сутки, меропенем 1 грамм, растворенный в 0,9 % NaCl – 200 мл внутривенно медленно три раза в сутки. При посеве мокроты обнаружен дрожжеподобный гриб *Candida albicans*. Пациенту был назначен фунгистатический препарат нистатин 500 мг три раза в сутки.

Спустя 17 дней больному назначена рентгенография органов брюшной полости с контрастом, на обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровни жидкости в кишечнике не определяются. Пациента беспокоила отрыжка и срыгивание общим объемом около 300 мл за сутки, диету больной не соблюдал, принимал грубую, тяжелую пищу. Больному был установлен назогастральный зонд, было эвакуировано около 200 мл застойного желудочного отделяемого с пищей, желудок промыт, зонд пережат.

После двухнедельного курса лечения антибиотиками больной беспокоил кашель и одышка, при аускультации над легкими дыхание жесткое, с рассеянными сухими хрипами. При проведении компьютерной томографии отмечалась отрицательная динамика: появление новых участков консолидации и увеличение количества выпота. Пациенту был назначен комбинированный препарат сульзонцеф (цефоперазон и сульбактам) 2 грамма, разведенного в 200 мл 0,9% NaCl внутривенно капельно два раза в день.

Через 10 дней пациенту была проведена контрольная ФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается, наблюдалась эндоскопическая картина оперированного желудка. Желудок был промыт, назогастральный зонд удален.

В связи с нормализацией состояния больного: уменьшением кашля, полного исчезновения одышки, снижением температуры тела, 28 октября 2019 года была проведена последняя рентгенография, по

результатам которой очаговых и инфильтративных теней не определялось, справа усиление легочного рисунка за счет постпневмонического фиброза, количество выпота уменьшилось. На фоне проводимого лечения явления пневмонии были купированы.

Состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная, рвоты нет, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, инфильтраты не пальпируются. Послеоперационный рубец без особенностей. Мочится самостоятельно, диурез нормальный. Стул ежедневный, оформленный, нормальной окраски. Пациент был выписан из хирургического отделения.

Выводы. Данный клинический случай показывает, что язвенная болезнь имеет характерные клинические проявления и может сопровождаться развитием осложнений, которые зачастую представляют угрозу жизни и здоровью пациента. Например, перфорация стенки желудка сопровождается развитием кровотечения, что может являться показанием к резекции желудка, во многом осложняющей жизнь пациента.

Для снижения частоты встречаемости осложнений язвенной болезни в хирургической практике необходимо проводить всеобъемлющее исследование данной патологии. Для раннего выявления язвенной болезни и недопущения роста риска развития осложнений, необходимо совершенствовать комплексные методы диагностики и лечения данного заболевания, необходимо уделять внимание профилактике путем нивелирования факторов риска, а также проводить регулярное медицинское обследование, что позволит сократить процент больных с гастроэнтерологической патологией.

Важными аспектами в лечении и выздоровлении пациента также является соблюдение строгой диеты и профилактика нозокомиальной инфекции. Прием грубой пищи после операции может привести к появлению изжоги, отрыжки и срыгиванию желудочным содержимым, а недостаточная двигательная активность и отсутствие регулярной дыхательной гимнастики является предпосылкой для возникновения нарушения вентиляции легких и развитию внутрибольничной пневмонии.

Литература

1. Асатуров А.В., Варзин С.А., Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Язвенная болезнь и аутоиммунитет // Здоровье - основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения. 2018. №13(1). С. 203–208.
2. Баранская Е.К., Бурков С. Г., Ивашкин В.Т., Калинин А.В., Лапина Т.Л., Маев И.В., Ткачев А.В., Трухманов А.С., Шептулин А.А. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. № 26(6). С. 40–54. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-6-40-54.
3. Габбасова Л.В., Демидова Н.А., Гурьев Р.Д., Волевач Л.В., Крюкова А.Я., Камалова А.А., Палтусов А.И., Хисматуллина Г.Я. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста: монография. БГМУ Минздрава России. Тамбов, 2017. 48 с. DOI:10.17117/mon.2017.11.01.
4. Грачева Н.М., Леонтьева Н.И., Новикова Л.И., Потехин П.П., Хренников Б.Н., Щербаков И.Т., Щербакова Э.Г. Оценка инвазивных и неинвазивных методов диагностики хеликобактерной инфекции // Современные технологии в медицине. 2011. № 2. С. 57–60.
5. Канатбаева А.А. Язвенная болезнь // Вестник КазНМУ. 2013. №4(1). С. 94–95.
6. Лопатина В.В. Факторы риска в развитии язвенной болезни // Здоровье населения и среда обитания. 2011. № 12 (225). С. 16-18.
7. Осипова А.С., Сайтова Ю.К., Стяжкина С.Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения // Вопросы науки и образования. 2017. № 9(10). С. 66–69.
8. Осадчук М.А., Осадчук А.М., Сибряев А.А. Н. Рylogi-негативная язвенная болезнь: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. №1. С. 4–9.
9. Струков А.И. Патологическая анатомия: учебник. М.: Литтерра; 2010. 880 с.
10. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения // Клиническая медицина. 2012. № 8. С. 11–18.
11. Ширинская Н.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации. Заболеваемость и смертность // Дальневосточный медицинский журнал. 2016. №3. С. 105–109.
12. Byung Wook Kim Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease: Present and Future Perspective // Korean J Gastroenterol. 2016. №67(6). P. 318–320. DOI: 10.4166/kjg.2016.67.6.318.
13. Camilo V, Sugiyama T, Touati E. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection // Helicobacter. 2017. №22 Suppl 1. DOI: 10.1111/hel.12405.

References

1. Asaturov AV, Varzin SA, Stroeв JuI, Churilov LP. Jazvennaja bolezn' i autoimmunitet. Zdorov'e - osnova chelovecheskogo potenciala [Ulcer disease and autoimmunity]. Problemy i puti ih reshenija. 2018;13(1):203-8. Russian.

2. Baranskaja EK, Burkov SG, Ivashkin VT, Kalinin AV, Lapina TL, Maev IV, Tkachev AV, Truhmanov AS, Sheptulin AA. Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastrojenterologicheskoj asociacii po diagnostike i lecheniju jazvennoj bolezni [Clinical recommendations of the Russian gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of peptic ulcer disease]. Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2016;26(6):40-54. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-6-40-54. Russian.

3. Gabbasova LV, Demidova NA, Gur'ev RD, Volevach LV, Krjukova AJ, Kamalova AA, Paltusov AI, Hismatullina GJa. Jazvennaja bolezni' dvenadcatiperstnoj kishki u lic mladogo vozrasta: monografija. BGMU Minzdrava Rossii [duodenal Ulcer in young people: monograph. BSMU of the Ministry of health of Russia]. Tambov; 2017. DOI:10.17117/mon.2017.11.01. Russian.

4. Gracheva NM, Leont'eva NI, Novikova LI, Potehin PP, Hrennikov BN, Shherbakov IT, Shherbakova JeG. Ocenka invazivnyh i neinvazivnyh metodov diagnostiki helikobakternoj infekcii [Evaluation of invasive and non-invasive methods of diagnosis of Helicobacter infection]. Sovremennye tehnologii v medicine. 2011;2:57-60. Russian.

5. Kanatbaeva AA. Jazvennaja bolezni' [Ulcer disease]. Vestnik KazNMU. 2013;4(1):94-5. Russian.

6. Lopatina VV. Faktory riska v razvitii jazvennoj bolezni [risk Factors in the development of peptic ulcer disease]. Zdorov'e naselenija i sreda obitanija. 2011;12 (225):16-8. Russian.

7. Osipova AS, Saitova JuK, Stjazhkina SN. Jazvennaja bolezni' zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki i ee oslozhnenija [peptic ulcer of the stomach and duodenum and its complications]. Voprosy nauki i obrazovanija. 2017;9(10):66-9. Russian.

8. Osadchuk MA, Osadchuk AM, Sibrjaev AA. H. Pylori-negativnaja jazvennaja bolezni': sovremennoe sostojanie problemy [Pylori-negative peptic ulcer disease: current state of the problem]. Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2014;1:4-9. Russian.

9. Strukov AI. Patologicheskaja anatomija: uchebnik [Pathological anatomy: textbook]. Moscow: Litterra; 2010. Russian.

10. Cimmerman JaS. Jazvennaja bolezni': aktual'nye problemy jetiologii, patogeneza, differencirovannogo lechenija [Ulcer disease: actual problems of etiology, pathogenesis, differentiated treatment]. Klinicheskaja medicina. 2012;8:11-8. Russian.

11. Shirinskaja NV. Jazvennaja bolezni' zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki v Rossijskoj Federacii. Zabolevaemost' i smertnost' [peptic ulcer of the stomach and duodenum in the Russian Federation. Morbidity and mortality]. Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. 2016;3:105-9. Russian.

12. Byung Wook Kim Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease: Present and Future Perspective. Korean J Gastroenterol. 2016; 67(6):318-20. DOI: 10.4166/kjg.2016.67.6.318.

13. Camilo V, Sugiyama T, Touati E. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection. Helicobacter. 2017;22:1. DOI: 10.1111/hel.12405.

Библиографическая ссылка:

Морозов А.М., Городничев К.И., Муравьянцева М.М., Минакова Ю.Е., Протченко И.Г. Изучение осложнений язвенной болезни желудка у мужчины пожилого возраста (клинический случай) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. №3. Публикация 1-13. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-3/1-13.pdf> (дата обращения: 29.06.2020). DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16675*

Bibliographic reference:

Morozov AM, Gorodnichev KI, Muravljanceva MM, Minakova JE, Protchenko IG Izuchenie oslozhnenij jazvennoj bolezni zheludka u muzhchiny pozhilogo vozrasta (klinicheskij sluchaj) [Study of complications of gastric ulcer disease in an elderly man (clinical case)]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2020 [cited 2020 Jun 29];3 [about 6 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-3/1-13.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16675

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-3/e2020-3.pdf>