

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

“Затверджено”
на засіданні кафедри
внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри
Професор Скрипник І.М.

Протокол № 1 від 29.08.2016 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль</i>	Невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини
<i>Тема заняття</i>	Курація хворих з меленою та гематемезисом
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медичний №1

1.Актуальність

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) - ставляться до розділу невідкладної гастроентерології. Тому при будь-якій підозрі на ШКК повинен здійснюватися тісний зв'язок гастроентеролога (терапевта), хірурга і лікаря-ендоскопіста. У всіх випадках передбачуваної або явної кровотечі необхідно оцінити її вагу і життєві ресурси хворого (по стану гемодинаміки та функціонуванню інших життєво важливих органів і систем), установити джерело кровотечі (за допомогою ендоскопії), визначити необхідність госпіталізації хворого в палату інтенсивної терапії та проведення гемотрансфузії.

2.Конкретні цілі

Студент повинен знати:

1. Анатомію та фізіологію травного каналу.
2. Етіологію ГШКК.
3. Патогенез гострої крововтрати.
4. Класифікацію ГШКК.
5. Методи лабораторної діагностики шлунково-кишкової кровотечі.
6. Інструментальну та ендоскопічну діагностику ГШКК.
7. Вибір способу гемостазу (консервативний, ендоскопічний, оперативне втручання) залежно від етіологічної причини шлунково-кишкової кровотечі.
8. Корекцію гострої крововтрати.
- 9.Методику оперативних втручань при кровотечах виразкового генезу.
10. Реабілітацію хворих на ГШКК.

1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отриманні навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови органів ШКТ
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості ШКТ
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез ШКК
4	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Клінічні варіанти перебігу. Володіння методами обстеження хворого з КШК. Зміни результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
5	Фармакологія	Принципи лікування,рецептура

2. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

№	Термін	Визначення
1	Гематемезис («кривава блювота»)	симптом гострої кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту вище зв'язки Трейтца (стравохід, шлунок, Дванадцятипала кишка).
2	Мелена	симптом гострої шлунково-кишкової кровотечі, що являє собою чорні неоформлені дьогтьоподібні випорожнення, що мають неприємний запах.
3	Гострий живіт	Симптомокомплекс, що характеризується сильним болем у животі, який з'являється протягом декількох годин чи днів, супроводжується диспепсичними розладами, ознаками подразнення очеревини і тяжким загальним станом хворого.
4	Синдром Меллорі-Вейса.	Розриви слизової оболонки стравохідно-кардіального переходу
5	Симптом Штернберга	Болючість під час глибокої пальпації внутрішньої поверхні реберної дуги
6	Синдром Д'єлафуа	Кровотеча виникає з поверхневих ерозій з арозованою артеріальною судиною. В основі захворювання – вроджена вада – аневризматичне розширення дрібних
7.	Перніціозна анемія Аддісона-Бірмера	Виникає внаслідок дефіциту гастромукопротеїну, що призводить до порушення засвоєння вітаміну В12, який надходить з їжею, розвивається В12-авітоміноз.

Теоретичні питання до заняття

1. Етіологія і патогенез ШКК
2. Основні клінічні симптоми абдомінального болю
3. Класифікація
4. Особливості клінічного перебігу
6. Діагностика
7. Диференційна діагностика
8. Складання плану обстеження, додаткові лабораторні, інструментальні методи обстеження (Рентгеноскопія ШКТ, верхня та нижня ендоскопія, УЗД, загальні та біохімічні аналізи)
9. Ускладнення
10. Тактика ведення хворих в залежності від основних причин
11. Консервативне та хірургічне лікування
12. Первинна та вторинна профілактика
13. Прогноз, працездатність

Студент повинен вміти

- цілеспрямовано зібрати скарги і анамнез у хворого;
- провести обстеження, виявити і дати оцінку змінам в його стані;
- сформулювати попередній діагноз
- скласти план додаткових обстежень і оцінити його результати.
- дати оцінку лабораторним і інструментальним методам дослідження.
- скласти схему диференційованого діагнозу
- сформулювати обґрунтований клінічний діагноз згідно вимогам сучасної класифікації
- скласти план лікування в залежності від варіанту перебігу
- призначити відновлювальне лікування на різних етапах реабілітації
- визначити тактику вирішення питань медико-соціальної експертизи, працевлаштування, профілактики

Зміст теми

Критерії діагнозу, диференціальна діагностика і лікування. Тактика ведення хворих в залежності від причини (варикозне розширення вен стравоходу, ерозії шлунку, пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, злоякісні пухлини, неспецифічний виразковий коліт, геморагічний васкуліт) і тяжкості перебігу. Роль ендоскопічних, інструментальних та лабораторних методів обстеження. Консервативне лікування, показання для гемотрансфузії. Показання до проведення ендоскопічного гемостазу або невідкладного хірургічного лікування. Первинна і вторинна профілактика.

Гематемезис («кривава блювота») – симптом гострої кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту вище зв'язки Трейтца (стравохід, шлунок, Дванадцятипала кишка).

Мелена - симптом гострої шлунково-кишкової кровотечі, що являє собою чорні неоформлені дьогтьоподібні випорожнення, що мають неприємний запах. Мелена утворюється із компонентів крові під дією соляної кислоти, шлункових та кишкових ферментів, а також мікрофлори кишківника. Гематемезис та мелена також можуть спостерігатися при кровотечах із носоглотки чи легень при заковтуванні значної кількості крові.

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) виникають при цілому ряді захворювань, які за своїм походженням і механізмом розвитку відрізняються один від одного. Кровотеча в просвіт травного каналу дуже тяжке, а нерідко смертельне ускладнення. Причини, що призводять до шлунково-кишкової кровотечі, досить різноманітні. У переважної більшості пацієнтів це виразкова хвороба шлунка (20 – 25%) та дванадцятипалої кишки (30 – 35%). Серед невиразкових кровотеч часто трапляються ерозивно – геморагічні гастро- та дуоденопатії (10 – 14%), злоякісні новоутворення (8 – 10%), синдром Маллорі-Вейса (6 – 8%), кровотечі із варикозно розширених стравоходу і кардії у хворих на портальну гіпертензію (5 – 20%). Кровотечі, пов'язані з гіпертонічною хворобою, вродженими та набутими геморагічними діатезами, лейкозами, хворобами Вергольфа, Шенлейна-Геноха, променевою хворобою спостерігаються у 5 – 10% хворих та причиною можуть бути поліпи шлунка, товстої кишки; телеангіектазії (хвороба Ослера) стравоходу й шлунка; запальні процеси в кишках (дифузні

коліти). Досить рідко шлунково-кишкові кровотечі виникають внаслідок тромбоцитопеній або тромбоцитопатій.

За характером крововтрат розрізняють гострі та хронічні кровотечі. Реакція організму на крововтрату залежить від швидкості й ступеня крововтрати. Діагностика кровотечі з травного тракту ґрунтується головним чином на клінічних проявах. Тому необхідно виявити причину, встановити локалізацію кровотечі, ступінь крововтрати. При цьому основними є такі симптоми: криваве блювання, дьогтеподібні випорожнення, загальні прояви гострої крововтрати.

Кровотеча зі стравоходу спостерігається при цирозі печінки, рідше — при телеангіектазії, виразці або раку стравоходу. Основний симптом — блювання з домішками яскраво-червоної крові й темних мас типу кавової гущі; остання утворюється після потрапляння крові в шлунок і сполучення гемоглобіну із соляною кислотою (солянокислий гематин має коричне́вий колір). Шлункова кровотеча найчастіше виникає при пептичній виразковій хворобі шлунка або дванадцятипалої кишки. Рідше значні крововтрати виникають при наявності пухлин шлунка, телеангіектазії, гастритах, поліпах шлунка, геморагічних васкулітах, тромбоцитопенії. При виразковій хворобі блювотні маси — коричневого забарвлення (кавова гуща) з домішками шлункового вмісту, рН кисла. Проте часто при стрімкій кровотечі кров не встигає змішатися зі шлунковим вмістом, тому під час блювання зберігає свій натуральний колір. Слід пам'ятати, що шлункова кровотеча не обов'язково виявляється кривавим блюванням. Часто спостерігаються тільки кашкоподібні, липкі, чорні, як дьоготь (мелена), випорожнення.

Кровотечі з товстої та прямої кишок подібні до ентерорагій. Наприклад, якщо кровотеча виникає в сліпій кишці або висхідному відділі товстої кишки, то калові маси перемішані з кров'ю, а при кровотечі з низхідної або прямої кишки виділяється свіжа кров.

Досить часто спостерігається прихована шлунково-кишкова кровотеча, основним симптомом якої є анемія, при якій виникає гіпохромія еритроцитів, кольоровий показник крові 0,4—0,7, знижується рівень сироваткового заліза (норма — 17,9 мкмоль/л; у жінок цей показник може бути нижчим — 12 мкмоль/л). Для встановлення прихованої кровотечі з травного тракту кал передають на проведення реакції Грегерсена.

Класифікація

1. А.А.Гринберг (2000) у залежності від локалізації джерела і причин кровотечі поділяє:

- Кровотечі з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – джерело вище зв'язки Трейца (стравохід, шлунок, ДПК). У структурі всіх кровотеч складають 90%.
- Кровотечі з нижнього відділу травного тракту – джерело кровотечі нижче зв'язки Трейца (тонка кишка – 0,1-9%, товста кишка – 2-3%).
- Захворювання сусідніх органів (панкреатит, пухлини чи абсцеси печінки, що супроводжуються гемобилією).

2 Залежно від етіологічного чинника:

- кровотечі, що ускладнюють перебіг захворювання травного каналу;
- кровотечі, не пов'язані з патологією шлунково-кишкового тракту.

3 Від ступеня геморагічного шоку (за Рябовим Г.А.):

- кровотеча компенсована;
- кровотеча декомпенсована зворотна;
- кровотеча декомпенсована зворотна.

4. За клінічним перебігом:

- прихована кровотеча;
- струминна чи дифузна кровотеча, що продовжується;
- кровотеча, що зупинена;

5. За ступенем тяжкості: легка; середньої тяжкості; тяжка; вкрай тяжка.

. Від ступеня крововтрати (за Шалімовим О.А.):

- I ступінь, легкий. Втрата до 20% об'єму циркулюючої крові. Загальний стан хворого задовільний або середньої тяжкості. Шкіра бліда. Пульс 90 – 100 ударів за 1 хвилину. Артеріальний тиск 100 – 90/60 мм рт.ст. Олігурія.

- II ступінь, середньої тяжкості. Втрата від 20 до 30% об'єму циркулюючої крові. Загальний стан хворого середньої тяжкості. Шкіра бліда. Пульс 120 – 130 ударів за 1 хвилину, слабого наповнення. Артеріальний тиск 90 – 80/50 мм рт.ст. Липкий піт, дихання поверхневе, прискорене, виражена олігурія.

- III ступінь, тяжкий. Втрата більше 30% об'єму циркулюючої крові. Загальний стан хворого тяжкий або надзвичайно тяжкий, втрата свідомості, пригнічення м'язових рефлексів. Шкіра блідо-ціанотична або вкрита ціанотичними плямами (розлади мікроциркуляції), холодна. Пульс 130 – 140 ударів за 1 хвилину, ниткоподібний, може на периферичних артеріях не визначатись. Артеріальний тиск 0 - 60 мм рт.ст. Дихання поверхневе, рідке. Анурія. Втрата 50 – 60% об'єму циркулюючої крові викликає зупинення серця внаслідок недостатнього кровопостачання міокарда.

6. Ендоскопічна класифікація ГШКК (за Forrest J.A.H.):

- I група – кровотеча активна:
 - IA – струминна кровотеча;
 - IB – капілярна кровотеча;
 - Ix – кровотеча з під фіксованого згустка;
- II група – кровотеча припинилася:
 - ПА – тромбована судина;
 - ПВ – фіксований згусток крові;
 - ПС – тромбовані судини дрібного калібру;
- III група – кровотеча відсутня (дефект вкритий фібрином).

Ризик рецидиву кровотечі в ПА і ПВ групах становить до 40%, в ПС – до 5%, в III – до 4%.

Визначення об'єму крововтрати

1 Певною мірою об'єм крововтрати можна оцінити за питомою вагою крові, показниками гемоглобіну та венозного гематокриту. Ці показники достовірні лише при зупиненні кровотечі та стабільній гемодинаміці.

Об'єм крововтрати розраховують за формулою Moor - $V = Pq (Ht1 - Ht2) / Ht1$, де

V – об'єм крововтрати;

P – маса хворого;

q - кількість крові в 1 кг маси (70 мл для чоловіків, 65 мл для жінок);

Ht1 – гематокрит в нормі (40 для чоловіків, 35 для жінок);

Ht2 – гематокрит хворого.

2 При ранній, до розвитку гемодилуції, госпіталізації хворого крововтрату оцінюють за клінічною картиною та шоківим індексом Allgoverу (частота пульсу поділена на систолічний артеріальний тиск):

- шоківий індекс до 1,0 – втрата до 25% об'єму циркулюючої крові;
- шоківий індекс 1,0-1,5 – втрата 25-45% об'єму циркулюючої крові;
- шоківий індекс більше 1,5 – крововтрата перевищує 45% об'єму циркулюючої крові.

3 Достовірно об'єм циркулюючої крові визначають за розведенням різноманітних індикаторів, які введені внутрішньовенно (еритроцити, помічені Cr51, альбумін, помічений I131, та інші).

Клініка шлунково-кишкових кровотеч.

Клінічні прояви гострих ШКК залежать від наступних факторів: інтенсивності кровотечі; обсягу крововтрати; характеру основного і супутнього захворювань; віку хворих; компенсаторних можливостей організму. Для кровотечі будь-якої етіології характерні три групи симптомів.

I. Загальні симптоми крововтрати: слабкість; запаморочення; блідість шкіри і слизових; холодний піт; неприємність; прояви гіпоксії мозку ("миготіння мушок", тремор рук, серцебиття, шум у вухах).

II. Симптоми, пов'язані з потраплянням крові в просвіт травного каналу: кривава блювота; мелена.

III. Симптоми захворювання, перебіг якого ускладнився кровотечею.

Дуже важливою є оцінка клінічних ознак зовнішніх проявів кровотечі, по яких можна судити про джерело й інтенсивність кровотечі. Кривава блювота – джерело кровотечі: стравохід, шлунок, ДПК. Блювота мало зміненою кров'ю – характерна для профузної кровотечі джерелом якої можуть бути: гострі чи хронічні виразки шлунка, пухлини шлунка, синдром Меллорі-Вейса, вени стравоходу гіпертензії.

Блювота "кавовою гущею" – найбільш характерна для шлункової локалізації джерела кровотечі: виразки, ерозії, геморагічний гастрит, синдром Меллорі-Вейса, грижа стравохідного отвору діафрагми.

Блювота згортками крові («блювота шматками печінки») найбільш характерна для профузної кровотечі з вен стравоходу і виразки малої кривизни шлунка.

Мелена – найбільш постійна ознака ШКК. Виключення складають блискавичні форми, коли пацієнт умирає раніш, ніж з'являється мелена.

Дьогтеподібний колір калові маси набувають в наслідок розкладання в кишечнику крові й утворення сірчистого заліза чорного кольору. Це спостерігається при тривалому перебуванні в кишечнику значних кількостей крові. Характерний неприємний специфічний запах, що дозволяє ставити діагноз на відстані. Чорний дьогтеподібний кал – спостерігається при локалізації джерела кровотечі в стравоході, шлунку, ДПК.

Темно-вишневого кольору кал – має місце при: а) профузній кровотечі з верхніх відділів ШКТ; б) помірній кровотечі з тонкої і правої половини товстої кишки. Кал малинового кольору зі слизом – спостерігається при виразковому коліті.

Домішки незміненої крові в калі – при виразках чи пухлинах лівої половини товстої кишки. Мазки червоної крові на оформленому калі – спостерігається слідом за початком дефекації при геморої, тріщині прямої кишки.

Загальні принципи надання медичної допомоги пацієнтам з гострою шлунково-кишковою кровотечею.

Діагноз ШКК незалежно від його причини і тяжкості стану хворого визначає екстрену госпіталізацію в

хірургічний стаціонар. При цьому перевагу варто віддавати великим багатопрофільним госпіталям чи спеціалізованим центрам по лікуванню ШКК, де є фахівці відповідної кваліфікації, цілодобова чергова ендоскопічна служба і відділення переливання крові. Перша лікарська допомога включає ряд простих, але обов'язкових мір: суворий ліжковий режим, міхур з льодом чи холодною водою на епігастральну ділянку, внутрішньовенне введення 10 мл 10% розчину хлориду кальцію і 4мл 12,5% діцинону (етамзилату), внутрішньом'язове введення 5 мл вікасолу. Під час транспортування в машині швидкої медичної допомоги проводиться інфузійна терапія плазмозамінними препаратами (сольові розчини, 5% глюкоза, реополіглюкін), гемостатиків (епсилон-амінокапронова кислота, діцинон), оксигенотерапія. На до госпітального етапі потрібно по можливості утриматися від введення засобів, що значно підвищують АТ і, таким чином, сприяють посиленню кровотечі.

Кваліфікована і спеціалізована допомога. (госпітальний етап).

Основними напрямками лікувально-діагностичних заходів при надходженні в хірургічний стаціонар є наступні:

1. Встановлення причини і зупинка кровотечі.
2. Відновлення крововтрати.
3. Усунення патогенетичних факторів захворювання, ускладненням якого стала кровотеча.

Усі переміщення хворого зі ШКК всередині стаціонару, які пов'язані з діагностичними чи лікувальними заходами, здійснюються на каталці в положенні лежачи.

В залежності від тяжкості стану, обумовленого крововтратою, пацієнти по лікувально-діагностичному призначенню розподіляються на наступні групи.

1. Хворі з легким і середнім ступенем крововтрати і стабільними показниками гемодинамики після виконання в приймальному відділенні обов'язкових (фізикальних, лабораторних, ЕКГ) досліджень і консультації терапевта направляються в ендоскопічне відділення для виконання лікувально-діагностичної ендоскопії. Після досягнення гемостазу госпіталізуються в хірургічне відділення для подальшого лікування. При неефективності ендоскопічного гемостазу і кровотечі, яка триває –направляються в операційну.
2. Хворі з ознаками геморрагічного шоку після огляду хірургом і анестезіологом направляються у відділення реанімації та інтенсивної терапії для проведення протишоккових заходів і діагностики джерела кровотечі. Тактика подальшого лікування визначається з урахуванням результатів ендоскопічного дослідження.

Абсолютні протипоказання до виконання ендоскопії обмежені вираженою серцево-судинною декомпенсацією, інфарктом міокарда й інсультом у гострій стадії. У цьому випадку варто утриматися від проведення дослідження і проводити консервативну терапію в умовах відділення реанімації. Однак при безуспішності лікування й ознаках кровотечі, яка триває, виконання ендоскопії можливе за життєвими показами, як крайньої міри, для з'ясування джерела кровотечі та її зупинки.

Лікувальна тактика при гострих ШКК ґрунтується на наступних критеріях: локалізації і характері джерела кровотечі, ефективності ендоскопічних і консервативних заходів гемостазу, тяжкості стану хворого, яка обумовлена крововтратою, основним і супутніми захворюваннями. Усі лікувальні заходи в хворих зі шлунково-кишковими кровотечами повинні проводитися синхронно. Вони включають:

1. Загальні заходи (ліжковий режим, холод на епігастральну ділянку, зонд у шлунок для контролю гемостазу і введення гемостатиків, катетеризація центральної вени для ефективної інфузійно-трансфузійної терапії).
2. Інфузійно-трансфузійна терапія (для відновлення ОЦК, корекції водно-електролітних порушень, ліквідації метаболічного ацидозу, відновлення колоїдно-осмотичного тиску і реологічних властивостей крові, усунення анемії).
3. Гемостатична терапія.
4. Противиразкова терапія;
5. Лікувально-діагностична ендоскопія (має на меті діагностику джерела кровотечі і його зупинку, моніторинг ефективності гемостазу і прогноз рецидиву кровотечі);
6. Хірургічне лікування (екстрені, термінові, відстрочені і планові операції).

В даний час при проведенні інфузійно-трансфузійної терапії питання показів до гемотрансфузії в різних лікувальних установах зважуються неоднозначно. У зв'язку з цим слід зазначити, що при адекватній терапії плазмозамінниками навіть значне зниження концентрації гемоглобіну (до 50-60 г/л) і гематокритного числа (до 20-25) не представляє безпосередньої загрози життю хворого. Тому на першому етапі лікування ШКК не передбачається використання крові. Однак, надалі для усунення небезпечного рівня анемії, що виникла внаслідок кровотечі і штучної гемодилуції, єдиною можливістю її усунення є переливання свіжої еритроцитарної маси. Найбільш інформативними критеріями обсягу гемотрансфузії залишаються показники гемоглобіну і гематокритного числа периферичної крові. Необхідно тільки пам'ятати, що в найближчий час після кровотечі внаслідок гемоконцентрації вони перевищують справжні значення на 15-30%.

Особливості клініки, діагностики і лікування окремих нозологічних одиниць. Виразкова хвороба. Найбільш частим етіологічним фактором гострої ШКК є виразкова хвороба шлунка і ДПК, що складає в загальній структурі кровотеч 45-55%. У чоловіків зустрічається частіше (до 70%), чим у жінок, без особливих розходжень в залежності від віку.

Співвідношення дуоденальних виразок до шлункових складає 4:1, при цьому в 60-80% хворих виразка розташована на задній стінці ДПК. Виразкова кровотеча часто буває профузною чи повторюється через короткі проміжки часу, самотійно зупиняється в 70% хворих, 10% - вимагають активного лікування, у 20% - рецидивує у перші 24-72 години. До 90% випадків кровотеча буває артеріальною.

Клініка виразкової кровотечі в більшості випадків укладається в три групи симптомів.

1. Загальні симптоми крововтрати.
2. Симптоми, що пов'язані з потраплянням крові в травний канал (кривава блювання, мелена).
3. Симптоми виразкової хвороби.

Виразність клінічних проявів буде залежати від обсягу крововтрати, тяжкості перебігу виразкової хвороби і супутньої патології, віку хворого. Діагностика виразкової кровотечі ґрунтується на даних анамнезу, клінічної картини, фізикальних методів обстеження і даних фіброгастроудоденоскопії.

Для всіх хворих, що госпіталізовані в стаціонар з діагнозом ШКК, обов'язковим діагностичним дослідженням, яке визначає лікувальну тактику, є ФГДС. Під час її необхідно: визначити наявність і обсяг крові в стравоході, шлунку і ДПК, джерело кровотечі (субстрат, локалізація, розміри), активність кровотечі (триваюча, зупинена), виконати ендоскопічний гемостаз і спрогнозувати можливий рецидив кровотечі. Для ендоскопічної характеристики джерела кровотечі використовують класифікацію активності кровотечі за Форестом, удосконалену В.І.Нікішаєвим.

Ендоскопічний гемостаз показаний хворим у групах FIa, FIb, FIx, FIIa, FIIb, FIIs. Проведення ендоскопічного гемостазу в групі FIII (дефект під фібрином) недоцільно, тому що ймовірність рецидиву кровотечі досить низька, а використовуючи електрокоагуляцію можна збільшити дефект стінки органу. Якщо в хворого при ендоскопії спостерігається активна кровотеча пульсуючим струменем із дна виразки (FIa по Форесту) і не вдається домогтися надійного ендоскопічного гемостазу – показана екстрена операція за життєвими показами (протягом 2 годин).

Якщо кровотеча зупинена, або зупинилась спонтанно, але є висока ймовірність рецидиву (FIIa, FIIb), хворі готуються до термінової операції, яку виконують після відповідної підготовки в термін 12-36 годин з моменту госпіталізації.

У випадку надійного ендоскопічного гемостазу і відсутності загрози рецидиву кровотечі, при згоді хворого виконують відстрочену (7-10 діб) чи планову операцію після курсу консервативної противиразкової терапії. Ендоскопічний моніторинг при активно-вичікувальній тактиці і зупиненій кровотечі здійснюється: група FI за Форестом – через 2-4 години, група FII – через 6-12 годин.

Несприятливими факторами в плані рецидиву кровотечі вважаються: висока інтенсивність кровотечі, колапс в анамнезі, наявність згортку, тромбованої судини (більш 2 мм) чи дрібних тромбованих судин у дні виразки (стигмати), наявність глибокої виразки ДПК – 0,8 см у діаметрі, шлунка – більш 1,3 см.

Чим тяжчий стан хворого, тим меншим повинен бути обсяг операції. Хворі з III ступенем крововтрати повинні готуватися до операції в умовах реанімаційного відділення до стабілізації показників гемодинамики (рис. 5). При тяжкому стані хворого виразка, що кровоточить, на передній стінці

шлункачи ДПК може бути висічена, на задній – прошита післявиконання гастро- чи дуоденотомії. При стабільній гемодинаміці й локалізації виразки в ДПК показане виконання ваготомії (стовбурової, селективної, комбінованої, СПВ), висічення чи прошивання виразки з дуодено- чи пілоропластиком. При виразках шлунка – резекція шлунка (Більрот-I, Більрот-II, антрумектомія, секторальна резекція). Післяопераційне ведення хворих повинне враховувати характер оперативного втручання і включати своєчасне відновлення крововтрати й ОЦК, корекцію гемодинамічних порушень, раціональну антибактеріальну терапію, адекватне зниження продукції соляної кислоти і пепсину за допомогою ін'єкційних H₂-блокаторів (ранітидин, квамател) у ранньому післяопераційному періоді і використання схем консервативної терапії, спрямованої на ерадикацію *H. pylori* у період реконвалісценції. Окремо варто зупинитися на пептичній виразці анастомозу, як причини ШКК.

В основі виникнення пептичної виразки анастомозу лежить підвищене утворення соляної кислоти і пепсину, рефлюкс дуоденального вмісту. Після гастроентеростомії вона виникає в 5-10% хворих, після резекції шлунка – у 0,5-2% (частіше після Більрот-II). Виразка анастомозу ускладнюється кровотечею в 60-65% випадків. Рідко буває масивною, піддається гемостатичній терапії. На фоні консервативного лікування виразки анастомозу погано гояться, часто рецидивують. У зв'язку з цим, у більшості випадків приймається рішення на користь термінової, відстроченої чи планової реконструктивної операції, обсяг якої включає резекцію з видаленням виразки і відновленням пасажу по ДПК. Гострі виразки й ерозії. Гострі виразки й ерозії можуть виникати як ускладнення при тяжких захворюваннях, сепсисі, опіках, травмах, шоку, оперативних втручаннях, після прийому деяких ліків, алкоголю, при інтоксикаціях, стресі. Можуть спостерігатися в будь-якому відділі ШКТ, але частіше – у шлунку (2/3) і ДПК (1/3). Як правило множинні. Гострі виразки й ерозії ускладнюються кровотечею в 9-30% випадків. Ерозії – 1-3 мм у діаметрі, глибиною – до 2 мм, проникають до підслизового шару. Виразки – 0,5-1,5 см у діаметрі, можуть проникати через усі шари стінки органу. За етіологічним фактором частота виникнення гострих виразок й ерозій складає: при захворюваннях серцево-судинної системи – 20-25%, дихальної системи – 9-30%, при цирозі печінки – 11-19%, при хронічному панкреатиті – 8-24%. При захворюванні нирок у хворих з уремією виразки, що кровоточать, і ерозії спостерігаються в 53%. У 20% хворих причина гострих ерозій і виразок залишається нез'ясованою.

Перебіг ерозій і виразок, що кровоточать, відрізняється особливою тяжкістю і високою летальністю, клінічні прояви обтяжуються основним захворюванням.

Лікування в більшості випадків – консервативне після проведення ендоскопічного гемостазу. При неефективності – екстрена операція. Об'єм операції в кожному конкретному випадку визначаються індивідуально: прошивання виразки, перев'язка судин, ваготомія, резекція шлунка, гастректомія. При локалізації виразки в шлунку – обов'язкова широка гастротомія для верифікації джерела кровотечі.

Синдром Меллорі-Вейса. Причина кровотечі при синдромі Меллорі-Вейса – розриви слизової оболонки стравохідно-кардіального переходу. У структурі всіх ШКК складає 5-12%. Має тенденцію до прогресування. У жінок спостерігається рідше. Найбільш частими етіологічними чинниками є: переповнення шлунка їжею, алкоголізм, токсикоз вагітних. Фактор, який безпосередньо спричиняє розриви – підвищення внутрішньочеревного тиску, сприятливий фактор – структурні зміни слизової оболонки. Розриви виникають в місці поздовжнього розташування складок кардіоезофагеального переходу (за законом Лапласа при підвищенні тиску циліндр рветься подовжньо). Довжина розривів, що спостерігаються, від 0,5- 1 см до 5-10 см, глибина – 0,1-0,8 см. Відповідно до класифікації Bellmann (1973) виділяють розриви.

I ступеня – розриви слизової.

II ступеня – розриви слизової і м'язової оболонок.

III ступеня – розриви всіх шарів стінки шлунка.

Діагноз встановлюють на підставі даних анамнезу, клінічної картини і ендоскопії.

Лікування в більшості випадків зводиться до ендоскопічного гемостазу і консервативної терапії, яка включає засоби, що зупиняють кровотечу, нормалізують моторику шлунка і впливають на причину виникнення розривів. При неефективності зазначених заходів виконується екстрена операція – прошивання розривів через усі шари стінки шлунка. Стравохідно-шлункові кровотечі при портальній гіпертензії.

Портальна гіпертензія – це стійке підвищення тиску в системі ворітної вени, найбільш частою причиною чого є цироз печінки. У структурі всіх ШКК складає 5,5%. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка супроводжується високою летальністю: при первинній кровотечі – 40-60%, при повторному – 80-90%, до третьої кровотечі пацієнти доживають рідко і, в більшості випадків, вона буває останньою. Причинами кровотечі при портальній гіпертензії є: високий портальний тиск, порушення структури слизової оболонки стравоходу і шлунка, порушення гомеостазу організму і системи гемостазу.

Виділяють три ступені флєбектазій:

I ступінь – вени кардії до 3-4 мм.

II ступінь – звивисті вени кардії і склепіння шлунку до 4-6 мм.

III ступінь – великі грона до 6 мм.

Діагноз встановлюється на підставі анамнезу (вказівки на цироз печінки), клініки, даних об'єктивного обстеження і ендоскопії.

Комплекс лікувальних заходів включає:

1. Медикаментозну терапію (інфузійно-трансфузійна терапія, гемостатична терапія, зниження портального тиску – пітуїтрин, 1% розчин нітрогліцерину на 250 мл фізіологічного розчину в/в крапельно).

2. Балонна тампонада з використанням зонда Блекмора-Сінгстекена.

3. Ендоскопічний гемостаз (склерозування, пломбування і лігування вен стравоходу).

4. Оперативне лікування (при неефективності консервативного і ендоскопічного гемостазу – прошивання вен стравоходу за методом Паціори).

Оперативне втручання є в достатньому ступені паліативним, але єдино можливим у невідкладній хірургії. У плановій хірургії портальної гіпертензії частіше використовують операції створення судинних анастомозів, трансплантацію печінки. Пріоритет у лікуванні даних видів кровотеч варто віддавати медикаментозній терапії і малоінвазивним ендоскопічним втручанням.

Пухлини шлунково-кишкового тракту. Серед пухлин шлунка причиною кровотечі можуть бути доброякісні пухлини – поліпи, лейоміоми. Дуже рідкою причиною є дивертикули. При поліпах, що кровоточать, гемостаз досягається консервативною терапією і ендоскопічними методами - поліпектомією і електрокоагуляцією. Рак шлунка частіше супроводжується кровотечею в пізній стадії захворювання, при розпаді пухлини. Відносно рідко, при первинно-виразковій формі раку, кровотеча може бути одним з перших проявів захворювання. У більшості хворих має місце паренхіматозна кровотеча з дрібних судин пухлини, яка розпадається, що і визначає звичайно легкий і середній ступінь крововтрати. Рідко бувають масивні кровотечі з арозованих судин стінки шлунка, що розпадається. Як правило гемостаз добре досягається методами консервативної терапії. Оперативне лікування проводиться за відстроченими показами чи в плановому порядку.

Пухлини тонкої кишки в структурі всіх кровотеч складають 1-6%. Доброякісні пухлини кровоточать у 30%, злоякісні – у 70%. Кровотеча звичайно супроводжується виділенням калових мас, пофарбованих темною чи червоною кров'ю які мають вигляд “малинового желе”. Мелена буває рідко – при локалізації джерела кровотечі у верхньому відділі голодної кишки. Кровотечі рідко мають профузний характер, анемія розвивається при тривалій крововтраті. Діагностика складна, включає рентгеноскопію черевної порожнини, ФГДС, радіоізотопні дослідження, селективну ангіографію.

Гемостаз досягається консервативною терапією. При її неефективності виконується операція, обсяг якої зводиться до резекції частини тонкої кишки з джерелом кровотечі. Злоякісні пухлини ободової і прямої кишок – найбільш часта (крім геморою) причина кровотеч з нижнього відділу травного тракту. Кровотеча настає внаслідок розпаду пухлини з арозією судини. Важкі кровотечі спостерігаються тільки в 3-5% хворих. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, загального огляду, ректального дослідження, ФГДС, ректороманоскопії і колоноскопії, при необхідності іригоскопії. У 99%

випадків при консервативній терапії вдається досягти гемостазу. Оперативне лікування виконується тільки при неефективності медикаментозного лікування. Хворі зі злоякісними і доброякісними пухлинами травного каналу підлягають операції в плановому порядку після зупинки кровотечі і заміщення крововтрати і відповідної підготовки кишечника. Плановим оперативним втручанням варто віддавати перевагу перед операціями на висоті кровотечі, після яких частота післяопераційних ускладнень і летальність значно вищі незалежно від причини кровотечі. Грижі стравохідного отвору

діафрагми. У структурі ШКК складають 1,1-1,3%. Зустрічаються грижі ковзні (75-90%), параезофагеальні (5-15%), пов'язані з коротким стравоходом (4-10%). Грижі стравохідного отвору діафрагми ускладнюються кровотечею в 15-20% хворих. У клінічній картині переважають загальні симптоми крововтрати, болю в епігастральній ділянці, блювання мало зміненою кров'ю, мелена. Кровотеча, як правило, буває не інтенсивною, в більшості випадків зупиняється самостійно. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, ФГДС, рентгенографії органів грудної клітки (на тлі тіні серця просвітлення з горизонтальними рівнями рідини – що характерно для фіксованих гриж), рентгеноконтрастних досліджень стравоходу і шлунка. Лікування консервативне – гемостатична терапія.

Операції виконуються в плановому порядку.

Синдром Д'єлафуа. При синдромі Д'єлафуа кровотеча виникає з поверхневих ерозій з арозованою артеріальною судиною. В основі захворювання – вроджена вада – аневризматичне розширення дрібних артерій. Але деякі автори стверджують, що судини мають звичайну структуру, але розташовані дуже поверхнево і у певних випадках – травма, запалення, стінка їх може бути пошкодженою. Локалізація джерела кровотечі може знаходитися в стравоході, шлунку (2/3 випадків), ДПК, тонкій кишці. Деструкція стінки невеликих розмірів – 0,3-0,5 см. Кровотеча завжди масивна артеріальна, схильна до рецидиву. Лікування – ендоскопічний гемостаз (електрокоагуляція, кліпування). При неефективності – екстрена операція в об'ємі гастротомії, висічення ерозії чи прошивання судини. Геморой. Гемороїдальні кровотечі в загальній структурі складають 7,8%. Під час дефекації з'являється незмінена кров на калі, туалетному папері, іноді вона виділяється із заднього проходу. Кров незмінена, без згортків, її кількість незначна. Звичайно кровотечі спостерігаються в I й II стадіях захворювання, в III стадії, внаслідок склеротичних процесів, кровотечі бувають рідко. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, ректального дослідження і ректороманоскопії. Лікування - консервативне. При неефективності – операція Міллігана-Моргана, Лонга. Рідкі причини кровотечі в просвіт травного каналу. Гострий лейкоз. Спостерігається частіше в чоловіків у віці до 30 років. У початкових періодах клініка проявляється слабкістю, нездужанням, болями у кістках, суглобах, субфебрилітетом. Може виникнути раптово, по типу сепсису, що проявляється ангіною, геморагічним діатезом, збільшенням лімфатичних вузлів. Надалі прогресує анемія, лихоманка. У 30% хворих спостерігаються виразково-некротичні процеси в ділянці рота, зіву, на слизовій оболонці ШКТ. Геморагічний діатез проявляється крововиливами в шкіру, підшкірноклітковину, сітківку ока, головний мозок. Причинами факторами є тромбоцитопенія, ушкодження судинної стінки внаслідок лейкемоїдної інфільтрації, дефіцит коагулянтів, підвищення фібринолітичної активності. У 25-40% хворих - збільшені печінка і селезінка. Кровотеча обумовлена кровоточивістю судин і ерозивно-виразковим ураженням слизової оболонки. Анемія досягає 30-40г/л. Діагностика ґрунтується на виявленні специфічних для гострого лейкозу змін крові і даних ендоскопії. Проводиться консервативне лікування основного захворювання. Перніціозна анемія Аддісона-Бірмера. Виникає внаслідок дефіциту гастромукопротеїну, що призводить до порушення засвоєння вітаміну B12, який надходить з їжею, розвивається B12-авітоміноз. Страждають жінки віком до 50-60 років. Хвороба починається повільно з диспептичних явищ, астено-вегетативного синдрому, парестезій, хиткості ходи. Шкіра бліда з жовтяничним відтінком. Колірний показник крові 1,3-1,5, Ер – 1,5-1,0х10¹², виявляється макроанізоцитоз з наявністю мегалоцитів і мегалобластів, моноцитопенія, анеозинофілія, тромбоцитопенія. Внаслідок зниження рівня еритроцитів і гемоглобіну розвивається гіпоксія органів і тканин, утворюються гострі виразки травного каналу з розвитком геморагічного діатезу, що і виявляється шлунково-кишковою кровотечею. Лікування - консервативне.

Лімфогрануломатоз. Є формою злоякісного ретикульозу. Частіше хворіють жінки 30-40 років. Ранній симптом – поява збільшених пакетів лімфатичних вузлів. Спостерігається лихоманка, пітливість, шкірна сверблячка, слабкість, втрата ваги, біль у суглобах, висипання на шкірі. Ураження шлунка і кишечника настають внаслідок інфільтрації лимфоїдної тканини з утворенням ерозій, виразок, перфорації органа, гострої кишкової непрохідності. Діагностика проводиться на підставі специфічних змін крові, цитологічного і гістологічного досліджень лімфатичних вузлів – виявлення гігантських кліток Березовського-Штернберга. Лікування - консервативне. Гемофілія. Вроджена форма кровоточивості. Виявляється в дитинстві рясними кровотечами навіть при незначній травмі. Причинами ШКК є прийом препаратів, що ушкоджують слизову, а також сприяють виникненню

виразок шлунка і ДПК. Кровотечі можуть бути масивними, з розвитком геморагічного шоку і загибеллю хворих. Лікування консервативне. Для зупинки кровотеч використовують кріопреципітат, антигемофільну плазму, концентрати фактора VIII, епсилон-амінокапронову кислоту.

Ентероколіти і кишковий дисбактеріоз. Клінічна картина характеризується геморагічним синдромом за петехіально-плямистим типом, носовими, ясеневими і кишковими кровотечами. Кровотечі можуть бути масивними. Кишкові кровотечі можуть передувати іншим геморагіям, а можуть тривалий час перебігати латентно. Для встановлення діагнозу необхідно виявити зв'язок між геморагіями і тривалим прийомом антибіотиків чи глюкокортикоїдів. Лікування - консервативне: відміна антибіотиків, вітамін К, призначення ферментних і бактеріальних препаратів (лактобактерин, біфідумбактерин і т.д.). Кровотечі при виразковому коліті супроводжуються, як правило, хронічною крововтратою і виявляються анемією. Гострі масивні кровотечі відзначають рідко.

Механічна жовтяниця і хвороби печінки. При ураженні печінки і відсутності виділення жовчі настає дефіцит факторів згортання крові. Клініка проявляється наявністю крововиливів на місці ін'єкцій, носовими, ясеневими і кишковими кровотечами, гематурією. Лікування: усунення механічної жовтяниці, гепатопротекція, корекція гемокоагуляції. Після відкритої чи закритої травми печінки, пункційної біопсії чи холеграфії може спостерігатися гемобілія – кровотеча в жовчовивідні протоки. Гемобілія може ускладнювати жовчнокам'яну хворобу, доброякісні і злоякісні пухлини, абсцеси печінки і паразитарні кісти. Такі кровотечі можуть бути різної інтенсивності, схильні до рецидивів. Гемобілія проявляється кривавим блюванням і меленою. При ендоскопічному дослідженні можна спостерігати виділення крові з фатерового сосочка.

Геморагічний васкуліт. В його основі лежить асептичне запалення і дезорганізація стінок мікросудин. Частіше спостерігається в дітей віком до 14 років. На симетричних ділянках тіла - папульозно-геморагічна висипка з уртикарними елементами. Висипання визначаються як ущільнення чи узвишся. У 1/5 хворих спостерігаються постійні чи переймоподібний біль в животі, обумовлені крововиливами в стінку кишки. Кровотеча виявляється кривавим блюванням, меленою, свіжою кров'ю в калі. Може бути позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Лікування – консервативне (гепаринотерапія, преднізолон).

Хвороба Рандю-Ослера. Спадкоємна геморагічна гемангіоектазія. Відбувається витончення стінок і розширення просвіту мікросудин. Кровотеча обумовлена малою резистентністю і підвищеною ранимістю судинної стінки. Ангіоектазії виявляються на губах, щоках, яснах, кінчиках пальців. Захворювання може виявлятися дуже затяжними і рецидивуючими кровотечами. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу і клінічного обстеження. Лікування - консервативне: зрошення тромбіном, епсилон-амінокапроною кислотою, призначенням андроксону внутрішньом'язово, лазерна коагуляція. При неефективності – операція – видалення телеангіоектазій, що кровоточать, чи резекція частини органа разом з ними. Дивертикули шлунково-кишкового тракту. Дивертикули можуть спостерігатися в будь-якому відділі ШКТ: стравоході, шлунку, тонкій (дивертикул Меккеля) і товстій кишках. Причиною кровотечі є дивертикуліт з ушкодженням стінки судини. У 20,6% випадків кровотечі - масивні. Діагноз встановлюється на підставі ендоскопічних методів дослідження та іригографії. Консервативна терапія в 99% випадків дозволяє домогтися стійкого гемостазу. Вона включає призначення гемостатичних і протизапальних препаратів. Хірургічне лікування проводиться після зупинки кровотечі. Дивертикули стравоходу, шлунка і ДПК висікаються і виконується пластика органу. Дивертикули товстої і тонкої кишок видаляються шляхом резекції частини органа. При екстреній операції можливий поділ на два

етапи: I етап – резекція частини кишки і виведення стоми

II етап – відновна операція.

Гострий панкреатит. При деструктивних формах гострого панкреатиту, наявності нориці чи кісти підшлункової залози кровотеча може наступити у випадку арозії судин підшлункової залози, шлунка, ДПК чи селезінкової артерії. Кровотеча, як правило, профузна, схильна до рецидиву.

Кров може потрапляти не тільки в просвіт ШКТ, але й у порожнину очеревини. Гемостаз досягається поєднанням консервативної терапії (гемостатики, зниження секреції панкреатичних ферментів) і ендоскопічних методик, а при їхній неефективності – оперативне лікування.

Заключення. Таким чином, проблема лікування гострих ШКК залишається актуальною і вимагає подальшого всебічного вивчення. В даний час відомо більше 100 захворювань, перебіг яких може ускладнюватися кровотечами, при цьому до 60% від загальної структури приходить на

виразкову хворобу. Не дивлячись на сучасні досягнення хірургічної гастроентерології, ендоскопії та інтенсивної терапії, летальність при профузних кровотечах може досягати 10%. Дотепер відсутня єдина тактика ведення хворих із кровотечами. Немає погодженості в розумінні терміновості операцій і визначенні показів до різних методів хірургічних втручань. Усе це стоїть на заваді проведення наукового аналізу, призводить до зниження якості лікування й обґрунтовує необхідність удосконалення системи організації і надання хірургічної допомоги даної категорії хворих.

Література:

1. Ткач С.М. Практические подходы к ведению больных с диспепсией //Гастроэнтерология -2016. №1 (59) -С.81-84 Ткач С.М.Функциональная диспепсия в свете Римских критериев IV //Гастроэнтерология-2016.-№4(62).-С.65—71.
2. Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроэнтерология-2015.-№4 (58).-С.94-100.
3. Ю.М.Степанов,И.Я.Будзак Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: что общего? // Гастроэнтерология 2016.- №1(59) -С.100-104
4. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГТК. – 2016. - №26(4). С. 124-128.
5. Drossman D.A. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction / D.A. Drossman, W.L. Hasler // Gastroenterology. – 2016. – № 150 (6). – P. 1257-1261.
6. Бельмер С.В. Современное понимание функциональной диспепсии / С.В. Бельмер // Лечащий врач. – М., 2011. – № 6. – С. 22-28.
7. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
8. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/ Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
9. Клінічна гастроентерологія (Протоколи діагностики і лікування) (Філіпов Ю.О.,Бойко Т.Й.,Гравіровська Н.Г. та інші)-2003
10. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007.
11. Піманов, С. І. Діагностика та лікування функціональної диспепсії з позицій Римського консенсусу III / С. І. Піманов, Є. В. Макаренко // Гастроентерологія. 2007. Т. 9. № 1.
12. Сілівончик, М. М. Функціональна диспепсія у підлітків / Сілівончик М.М., Мірутко Д.Д. // Медичні новини. 2009 № 6 с. 31-34.
13. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Основы внутренней медицины Том1. Підручник-К.,2009.-784 с.:іл.
14. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я,2003.
15. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007
16. Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-К.:Здоров'я,2002.
17. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
18. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
19. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
20. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
21. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
22. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я, 2003.
23. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
24. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування

хворих. -Полтава. 2004.

25. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
26. Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за спеціальністю «Гастроентерологія».
27. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев, 2007.
28. Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // Здоров'я України. – 2009. - №23 (228). – С.
29. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
30. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010.
31. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська З.О. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.
32. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.
33. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.

Правильні відповіді

1-А, 2-Е, 3-В, 4-А

Підготувала к.мед.н. доц.

Г.С. Маслова

