

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Модуль 3
Сучасна практика внутрішньої медицини
Змістовий модуль 3
Ведення хворих
в гастроентерологічній клініці
Тема 24
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПЕЧІЄЮ

Методичні вказівки для студентів VI курсу

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 12 від 27.12.2012.

Харків
ХНМУ
2013

Модуль 3. Сучасна практика внутрішньої медицини. Змістовий модуль 3. Ведення хворих в гастроентерологічній клініці. Тема 24. Ведення пацієнта з печією : метод. вказ. для студентів VI курсу / упор. П.Г. Кравчун, Л.А. Лапшина, Ю.М. Мозгова. – Харків : ХНМУ, 2013. – 12 с.

Упорядники П.Г. Кравчун
 Л.А. Лапшина
 Ю.М. Мозгова

Актуальність теми. Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є поширеною патологією: зустрічається у 20–40 % населення (клінічно) та у 2–10 % (за даними ендоскопії). В Україні немає чіткої статистики ГЕРХ. У США щорічні прямі витрати на лікування пацієнтів із цим захворюванням складають більше 9 млрд доларів. Міжнародна робоча група визначає захворювання як рефлюкс вмісту шлунка в стравохід, що призводить до розвитку езофагіту, типових для рефлюксу симптомів, міра вираженості яких така, що порушує якість життя або несе ризик різних ускладнень.

Симптоматика ГЕРХ не обмежується тільки печією. Типовими симптомами захворювання є відрижка, одинофагія, дисфагія. Підвищена увага в останній час приділяється позастравохідним проявам ГЕРХ – бронхолегеновому, кардіальному, оториноларингологічному і стоматологічному синдромам. 25 % пацієнтів із західних країн відмічали печію не рідше одного разу на місяць, 12 % – не рідше одного разу на тиждень і 5 % – щодня. У країнах Східної Азії поширеність цього симптому набагато нижча: 11 % пацієнтів відмічали печію не рідше одного разу на місяць, 4 % – раз на тиждень і 2 % – щодня.

Серйозність ГЕРХ визначається за наявністю ускладнень:

- виразок стравоходу (2–7 %, які можуть призводити до кровотеч (1 %), пенетрації (10–13 %), стриктур стравоходу (4–8 %);
- метаплазії клітин слизової оболонки стравоходу і перетворення їх на клітини шлункового і кишкового типу (стравохід Барретта);
- рак стравоходу.

Загальна мета: вміти встановити діагноз ГЕРХ і визначити тактику лікування

Конкретні цілі:

- Студент повинен знати:
1. Будову і функціональні особливості стравоходу, етіологію ГЕРХ.
 2. Основні та додаткові фактори агресії і захисту при ГЕРХ.
 3. Основні "стравохідні" та "позастравохідні" симптоми ГЕРХ.
 4. Основні ускладнення ГЕРХ.
 5. Принципи диференційованої терапії ГЕРХ і основні питання профілактики.

Вихідний рівень знань-умінь:

Студент повинен вміти:

1. Провести опитування та фізичне обстеження хворого з виявленням суб'єктивних, "стравохідних" і "позастравохідних" симптомів ГЕРХ.
2. Скласти план обстеження хворого, у якого за даними анамнезу, скарг та даних фізичного обстеження є підозра на ГЕРХ.
3. Правильно трактувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.
4. На основі знань основних діагностичних критеріїв обґрунтувати та сформулювати попередній діагноз, провести диференційну діагностику, сформулювати заключний діагноз.
5. Призначити адекватну терапію хворому на ГЕРХ залежно від ступеня пошкодження слизової оболонки стравоходу, наявності ускладнень, супутніх захворювань.
6. Призначити основні методи профілактики ГЕРХ і його ускладнень.

Тестові завдання для перевірки вихідного рівню знань

1. Хворий Т. 20 років скаржиться на відчуття важкості та тупий ниючий біль в епігастрії, який виникає через 15–30 хв після їжі, зниження апетиту, нудоту, відрижку тухлим. Хворіє 2 роки. Виникнення захворювання пов'язує з порушеннями дієти. Об'єктивно: розлитий помірний біль в епігастрії під час пальпації, печінка не збільшена. При фіброгастродуоденоскопії: слизова оболонка шлунка бліда з ділянками гіперемії, витончена, складки зглажені. Про яке захворювання варто подумати?

- A. Хронічний гастрит тип А. D. Рак шлунка.*
B. Хронічний гастрит тип В. E. Хронічний езофагіт.
C. Виразкова хвороба шлунка.

2. Хворого 52 років непокоїть відчуття важкості, інколи переповнення в епігастрії після їжі, відрижка їжею, нудота, печія, метеоризм, періодично проноси. При ендоскопії шлунка виявлена блідість, витонченість та зглаженість слизової оболонки антрального відділу шлунка. Рівень базальної кислотоутворюючої продукції становить 20 ммоль/л, а рівень стимульованої кислотної продукції – 45 ммоль/л. Встановіть діагноз?

- A. Хронічний гастрит тип А. D. Хронічний гастрит тип С.*
B. Виразкова хвороба шлунка. E. Рефлюкс-езофагіт.
C. Хронічний гастрит тип В.

3. Хворий 42 років скаржиться на поступово наростаюче утруднення при проковтуванні їжі, болі в нижній частині грудини, іноді вночі зригування їжею, прийнятою напередодні. Схуд за 4 міс на 2 кг. При огляді патології не виявлено. На ЕКГ – невелика депресія ST. Рентгеноскопія: перистальтика стравоходу відсутня, значне розширення стравоходу до кардіального відділу, де стравохід звужений і має вигляд дзьоба. Аналіз крові без особливостей. Ваш попередній діагноз?

- A. Ахалазія стравоходу. D. Рак стравоходу.*
B. Склеродермія з езофагітом. E. Дивертикул стравоходу.
C. Діафрагмальна кіла.

4. Хворий К. 72 років більше ніж півроку скаржиться на перешкоди при проходженні їжі по стравоходу, різке схуднення. Останній місяць їжа стала проходити вільно, але з'явилася охриплість голосу, а потім сильний кашель при вживанні їжі, особливо рідкої. Підвищилась температура тіла. Привезений до лікарні у тяжкому стані. При рентгеноскопії грудної клітини діагностовано обширна нижньодольова пневмонія зліва. Ваш діагноз?

- A. Поліп стравоходу.*
B. Лівостороння пневмонія.
C. Рак в/з стравоходу з розвитком езофагобронхіальної норциці.
D. Стороннє тіло стравоходу.
E. Онік стравоходу.

5. У хворого через 4 год після прийому жирної їжі і алкоголю з'явилися печія, інтенсивний біль у верхній частині живота з іррадіацією в ділянку попереку та ліву лопатку, нудота, неодноразове блювання, печія. При пальпації живота виявляється болісність у зоні Губергрица–Скульського. Визначення якого показника крові необхідно провести в першу чергу?

А. Білірубін.

С. Трансаміназ.

Е. Креатиніну.

В. Амілази.

Д. Креатинфосфокінази.

Правильні відповіді: 1 – Е. 2 – Е. 3 – А. 4 – С. 5 – В.

Джерела навчальної інформації

1. Малая Л.Т. Терапия: заболевания внутренних органов : рук-во для врачей-интернов и студентов / Л.Т. Малая, В.Н. Хворостинка. – 2-е изд., испр. и доп. – Т. 2.– Харьков : Фолио, 2005. – 654 с.

2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів /за ред. Ю.М. Мостового. – 11-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : ДП "ДКФ", 2009. – 528 с.

3. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеев. – К. : Интерфарма, 2000. – 175 с.

4. Окорочков Н.И. Диагностика болезней внутренних органов / Н.И. Окорочков. – М. : Медицинская литература, 2001. – 502 с.

5. Окорочков Н.И. Лечение болезней внутренних органов / Н.И. Окорочков. – Т. 1. – Минск : Высшая школа, 2000.

6. Гастроэнтерология / под ред. Н.В. Харченко, О.Я. Бабака. – К., 2007. – 720 с.

7. Синдромная диагностика в гастроэнтерологии / под ред. Э. Дорофеева, М. Берёзова. – Донецк, 2008. – 261 с.

8. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини : підручник в 3 т. / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – К. : Нова книга, 2009. – Т. 1. – 640 с.

9. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини : підручник в 3 т. / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – К. : Нова книга, 2009. – Т. 2. – 784 с.

10. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини : підручник в 3 т. / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – К. : Нова книга, 2009. – Т. 3. – 1006 с.

ОРІЄНТОВАНА ОСНОВА ДІЇ

Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, що проявляється характерними симптомами та/або запаленням дистальних відділів стравоходу внаслідок рефлюкса – регулярного потрапляння у стравохід шлункового або дуоденального вмісту.

Етіологія. ГЕРХ – поліетіологічний синдромокомплекс, що може супроводжувати пептичну виразку, цукровий діабет, хронічні закрепи, виникати на фоні асцити та ожиріння, ускладнювати перебіг вагітності. Провокуючими факторами є кіла стравохідного отвору діафрагми, паління,

ожиріння (індекс маси тіла >30), вагітність, прийом нітратів, антагоністів кальцію, β-блокаторів, антихолінергічних препаратів.

Патогенез. Первинне зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері, збільшення кількості епізодів його розслаблення, повна або часткова деструкція сфінктера (діафрагмальна кіла) призводить до зниження антирефлюксного бар'єру (рН у стравоході = рН у шлунку), в результаті чого розвиваються характерні симптоми та/або пошкодження стравоходу. Важливим моментом є співвідношення захисних факторів (антирефлюксна функція нижнього стравохідного сфінктера, резистентність слизової оболонки, своєчасний пасаж вмісту шлунку) та факторів агресії (гастроєзофагальний рефлюкс із потраплянням в стравохід кислоти, пепсину, жовчі, панкреатичних ферментів, підвищений внутрішньошлунковий та внутрішньоабдомінальний тиск, паління, алкоголь, гостра їжа, переїдання, пептична виразка, діафрагмальна кіла). Зниження повноцінної активності ніжок діафрагми має значення в віці старше 50 років (хіатальні кіли).

Клінічна картина

Основні симптоми ГЕРХ:

1) езофагальні:

- печія (81 %);
- відрижка кислим;
- біль або утруднене ковтання (одинофагія);
- біль в епігастрії (42 %) та за грудиною (46 %), відчуття "комка"

за грудиною;

- нудота, гикавка, блювання;

2) позаезофагальні симптоми ("маски рефлюкса"):

• легеневий: хронічний бронхіт (частіше обструктивний), рецидивуючі пневмонії, що важко піддаються лікуванню, обумовлені аспірацією шлункового вмісту (синдром Мендельсона), бронхіальна астма;

• кардіальний: біль у грудній клітці стенокардитичного характеру, серцебиття, екстрасистоля, розвивається частіше вночі, в горизонтальному положенні, купірується ковтком води, прийомом прокінетиків, нітрогліцерином;

- отоларингологічні: хрипота, дисфонія, хронічний кашель;

• стоматологічний: зубний карієс, ерозії зубної емалі, пародонтоз, афтозний стоматит, глосит.

Клінічна класифікація ГЕРХ

1. Ерозивна ГЕРХ (ендоскопічний позитивний варіант, ГЕРХ з езофагітом). Ступінь езофагіта виявляється у відношенні з ендоскопічною Лос-Анджелеською класифікацією:

• А: одне ураження (або більше), менше 5 мм, обмежене однією складкою слизової оболонки стравоходу;

- В: одне ураження (або більше) слизової оболонки понад 5 мм, обмежені однією складкою стравоходу;
- С: одне ураження (або більше) слизової оболонки, яке розповсюджується на дві (або більше) складки, що займає менше $\frac{3}{4}$ кільця стравоходу;
- Д: одне ураження (або більше) слизової оболонки, яке займає більше $\frac{3}{4}$ кільця стравоходу.

Ускладнення ерозивної ГЕРХ:

- пептичні виразки стравоходу;
- кровотечі;
- стриктури стравоходу.

2. Неерозивна ГЕРХ (неерозивна рефлюксна хвороба – ГЕРХ ендоскопічно негативний варіант, ГЕРХ без езофагіту).

3. Стравохід Баррета (СБ) – (кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу):

- короткий сегмент стравоходу Баррета – зміщення Z лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу і/або нерівна Z лінія з "язиками" циліндричного епітелію менше 3 см;
- довгий сегмент стравоходу Баррета – зміщення Z лінії проксимально від стравохідно-шлункового переходу і/або нерівна Z лінії з язиками циліндричного епітелію більше 3 см.

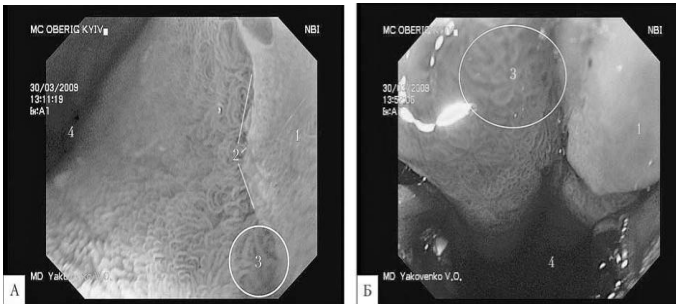


Рис. 1 (А, Б). Стравохід Баррета. Метаплазія за кардіальним типом. Збільшення Н 115.

1 – незмінена слизова оболонка стравоходу; 2 – плоскостітинно-циліндричний перехід (Z-лінія); 3 – ділянка циліндричної метаплазії епітелію стравоходу за кардіальним типом; 4 – зняття нижнього сфінктера стравоходу

У фрагментах слизової оболонки нижньої третини стравоходу – заміщення плоского епітелію стравоходу шлунковим епітелієм кардіального типу (рис. 2 А, Б).

Стравохід Баррета визначають як зміна епітелію дистального відділу стравоходу за циліндричним типом будь-якої довжини, яке можна розпізнати при ендоскопії. Відповідно до Празьких рекомендацій (2004 р.), циліндрична

метаплазія дистального відділу стравоходу, тобто стравохід Баррета, може бути встановлена за результатами ендоскопічного дослідження до морфологічної верифікації.

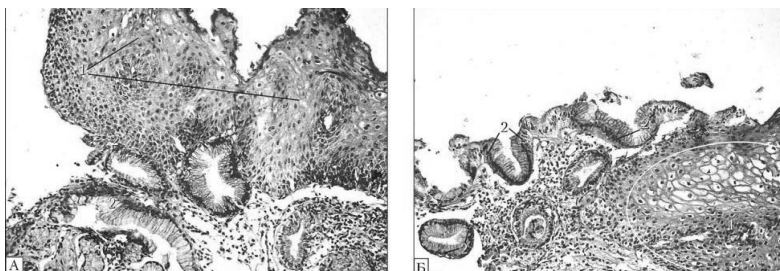


Рис. 2 (А, Б). Заміщення плоского епітелію стравоходу шлунковим епітелієм кардіального типу.

Забарвлення гематоксиліном, еозином. Збільшення Н 200.

1 – багатошаровий плоский епітелій стравоходу; 2 – шлунковий епітелій кардіального типу шлунку – хронічний поверхневий гастрит

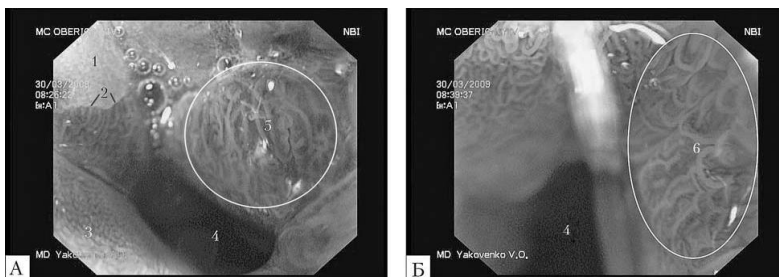


Рис. 3 (А, Б). Стравохід Баррета. Спеціалізована кишкова метаплазія. Збільшення Н 115.

1 – незмінена слизова оболонка стравоходу; 2 – плоскоклітинно-циліндричний перехід (Z-лінія); 3 – незмінена слизова оболонка стравоходу; 4 – зняття нижнього сфінктера стравоходу; 5 – ділянка спеціалізованої кишкової метаплазії; 6 – ділянка спеціалізованої кишкової метаплазії (видно капіляри внутрішньокішкових ворсин)

Діагностика ГЕРХ

Лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- цукор крові і сечі;
- аналіз калу на приховану кров;
- печінковий комплекс;
- нирковий комплекс.

Інструментальні та інші методи дослідження

Обов'язкові:

- тест з інгібіторами протонної помпи (іПП) (пробне лікування);
- ЕКГ, холтеровський моніторинг для виявлення епізодів аритмії, виключення коронарогенних кардіалгій.

За наявності показань:

- бронхоскопія – для виключення органічної патології органів дихання і проведення диференційної діагностики;
- ЕГДС із біопсією – з метою виявлення і класифікації езофагіту та діагностики стравоходу Баррета;
- хромоендоскопія стравоходу з метою виявлення ділянок слизової оболонки стравоходу;
- рентгеноскопія – з метою виявлення органічних змін стравоходу (стриктури, виразки стравоходу, стравохідно-діафрагмального отвору);
- інтраезофагальний рН моніторинг – з метою виявлення загального часу, протягом якого рівень рН знижувався більше 4,0 за добу, найбільш тривалий рефлекс;
- морфологічні дослідження слизової оболонки стравоходу – для діагностики стравоходу Баррета;
- тест Берштейна (інфузія 0,1 % розчину соляної кислоти у стравоході) – з метою виявлення чутливості слизової оболонки стравоходу до кислоти;
- УЗД органів шлунково-кишкового тракту і серця – для виключення патології та проведення диференційної діагностики;
- індикація *Helicobacter pylori* з метою визначення ефективності терапії;
- стравохідна манометрія дозволяє виявити тиск нижнього стравохідного сфінктера, має вирішальне значення для уточнення питання про оперативне лікування ГЕРХ;
- рентгеноскопія органів грудної клітки;
- при наявності показань: консультації кардіолога, пульмонолога, отоларинголога, стоматолога, хірурга.

Діагноз ГЕРХ базується на появі нудоти не менше 2 разів на тиждень, менша частота не виключає наявності захворювання.

Лікування ГЕРХ

Мета лікування:

- купірування основних симптомів;
- покращення якості харчування;
- лікування езофагіту;
- попередження або усунення ускладнень.

Стратегія лікування різних форм ГЕРХ

Неерозивні форми:

- інгібітор протонної помпи (іПП) – парієт 10–20 мг на добу 4–8 тиж;
- прокінетики 30 діб;
- підтримуюча терапія іПП (парієт 10–20 мг на добу) постійно або за вимогою 25–26 тиж;
- диспансерний нагляд за зверненням.

Ерозивний езофагіт:

- іПП – парієт 20 мг 8 тиж;
- прокінетики 30 діб;
- постійна підтримуюча терапія (парієт 10–20 мг/добу) 26–52 тиж;
- диспансерний огляд 1 раз/рік, при множинних ерозіях 2 рази на рік з обов'язковою фіброгастродуоденоскопією;
- за наявності показів: психоемоційні порушення – бензамід; комбінований дуоденогастральний рефлюкс – препарати жовчних кислот (урсофальк, урсохол).

Стравохід Баррета:

1. Виявлення дисплазії:
 - при низькому ступені дисплазії призначаються іПП з регулярним гістологічним контролем;
 - при високому ступені дисплазії – ендоскопічне або хірургічне лікування + іПП.

Головні проблеми лікування ГЕРХ:

1. Необхідність призначення великих доз антисекреторних препаратів та проведення тривалої основної (4–8 тиж) та підтримуючої (6–12 міс) терапії.
2. При невиконанні цих умов вірогідність рецидиву захворювання є дуже високою (80 %).

Хірургічне лікування:

- при грижі стравохідного отвору;
- неефективна медикаментозна терапія;
- при розвитку пухлини, стравоходу Баррета.

Фізіотерапевтичні методи лікування. При дисплазії стравохідного епітелію – фотодинамічна терапія, лазеротерапія.

Критерії ефективності лікування. Ліквідація клінічних симптомів, досягнення ендоскопічної ремісії (заживлення дефектів, ліквідація запалення), профілактика стравоходу Баррета.

Дієта. Слід уникати вживання кислих фруктових соків, продуктів, які посилюють газоутворення (соєа, квасоля, горох, білокачанна капуста), обмежити прийом жирів, шоколаду, кави, свіжої здоби, свіжого часнику та цибулі, перцю. Необхідно виключити прийом алкоголю, пива, квасу, дуже гострої, гарячої або холодної їжі, гострих і жирних соусів. Пацієнт повинен не переїдати, не їсти перед сном, вечеря не пізніше 19.00–19.30.

Профілактика:

- виключення піднімання важкого (не більше 8–10 кг);
- обмеження нахилів уперед з положення стоячи, не працювати в нахиленому положенні;
- відмова від куріння і алкоголю;
- нормалізація психоемоційного стану;
- обмеження носіння корсетів, бандажів, тугих поясів;
- боротьба з кашлем;
- висота подушки або головного кінця ліжка не більше 15–20 см, не спати на животі;
- по можливості зменшення приймання ліків, які розслаблюють стравохідний сфінктер (спазмолітики, антагоністи Са, М холіноміетики, бета-блокатори), препаратів, які подразнюють слизову оболонку стравоходу (нестероїдні протизапальні засоби);
- виключення переїдання, боротьба з ожирінням;
- обмеження продуктів, які розслаблюють нижній стравохідний сфінктер (томати, кава, міцний чай, тваринні жири, м'ята) і мають подразнюючий вплив (цибуля, часник, кислі соки), продуктів, які підвищують газоутворення (горох, квасоля, пиво, квас, шампанське).
- не відходити до сну одразу ж після їди, останній прийом їжі не менше ніж за 3 год до сну;
- регулярний прийом їжі (через 3–4 год) маленькими порціями, ковтати маленькими ковтками, не запивати їжу рідиною.
- дотримання схеми лікування, призначеної лікарем.

Тестові завдання для самоконтролю і самокорекції знань

1. Чоловік 20 років скаржиться на пекучий стискаючий біль в епігастрії, печію, відрижку кислим. Об'єктивно: стан задовільний. При пальпації болісність в епігастральній ділянці. Фіброгастроудоденоскопія (ФГДС) з морфологією біоптатів патології з боку слизової оболонки не виявила. Призначення якого препарату буде найбільш ефективно?

А. Де-нолу.

С. Омепразолу.

Е. Метоклопраміду.

В. Альмагелю.

Д. Гастроцепіну.

2. У 24-річної студентки з'явилися печія, утруднення при ковтанні твердої їжі, біль в епігастрії, легка нудота. В анамнезі – дід хворої помер від раку стравоходу. Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. В епігастрії розлита болючість. При пальпації кишечника також відмічається болючість. Який найбільш ефективний метод верифікації діагнозу?

А. Аналіз калу на приховану кров.

Д. ФЕГДС із біопсією.

В. Рентген-дослідження шлунка.

Е. УЗД органів черевної порожнини.

С. Аналіз калу на яйця глистів.

3. У хворого 25 років восени з'явився біль в епігастрії, що виникає через 1,5–2 год після їжі, а деколи і вночі, печію, закрепи. Біль посилюється при прийомі гострої, солоної і кислої їжі, зменшується після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року, маса тіла знижена, язик не обкладений, вологий. При перкусії та пальпації живота – болючість в епігастрії справа, в цій же ділянці – резистентність м'язів черевного пресу. Про яке захворювання можна думати?

A. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

B. Хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією.

C. Діафрагмальна грижа.

D. Виразкова хвороба шлунка.

E. Хронічний панкреатит.

4. Хвора 54 років із підвищеною масою тіла скаржиться на печію за грудиною, яка супроводжується больовим синдромом. Біль купується прийомом лужних вод та з'являється після вживання жирних та гострих страв. Описані вище скарги відмічаються протягом останніх 3 міс. Сформулюйте попередній діагноз.

A. Ахалазія кардії.

D. Дивертикул стравоходу.

B. Рефлюкс-езофагіт.

E. Паразозофагальна діафрагмальна грижа.

C. Рак стравоходу.

5. Хворий 37 років зловживає алкоголем, з погрішностями у дієті, скаржиться на печію, болі в епігастральній ділянці, що виникають через 1–1,5 год після прийому їжі. При фіброгастродуоденоскопії в антральному відділі шлунка визначається виражена гіперемія, дрібні дефекти, підвищена ранимість слизової оболонки. Яка найбільш імовірна причина виявленої патології?

A. Наявність антитіл до парієтальних клітин.

B. Аліментарний фактор.

C. Інфікування *Helicobacter pylori*.

D. Токсична дія алкоголю.

E. Нервове перенапруження.

Правильні відповіді: 1 – E. 2 – D. 3 – C. 4 – B. 5 – D.

Технологічна карта заняття

№	Етапи	Час, хв	Місце проведення
1	Підготовчий	5	Навчальна кімната
2	Перевірка і корекція початкового рівня знань-умінь: – тестовий контроль – усне опитування	25 45	Навчальна кімната
3	Самостійна курація хворих	30	Палата
4	Розбір проведеної курації	35	Палата
5	Робота у лабораторії, кабінеті функціональної діагностики	45	Кабінет УЗД. Кабінет рентгену
6	Тестовий контроль кінцевого рівня знань	25	Навчальна кімната
7	Підбиття підсумків заняття, розбір помилок, результати контролю і опитування	15	Навчальна кімната
	Усього	225	

Навчальне видання

Модуль 3
Сучасна практика внутрішньої медицини
Змістовий модуль 3
Ведення хворих
в гастроентерологічній клініці
Тема 24
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПЕЧІЄЮ

Методичні вказівки для студентів VI курсу

Упорядники Кравчун Павло Григорович
 Лапшина Лариса Андріївна
 Мозгова Юлія Миколаївна

Відповідальний за випуск Кравчун П.Г.

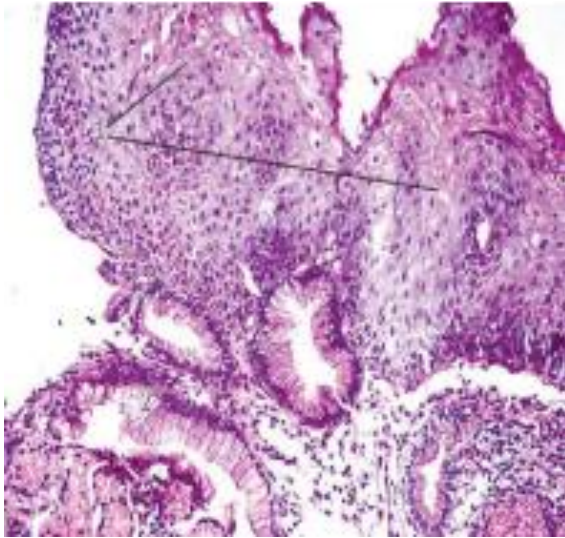


Редактор Л.О. Сілаєва
Коректор Є.В. Рубцова
Комп'ютерний набір Ю.М. Мозгова
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

План 2013, поз. 138.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 0,8.
Тираж 150 прим. Зам. № 13-3088.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.



Модуль 3
Сучасна практика
внутрішньої медицини

Тема 24
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПЕЧІЄЮ

Методичні вказівки