

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО
З ДИСФАГІЄЮ ТА ПЕЧІЄЮ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО
З ДИСФАГІЄЮ ТА ПЕЧІЄЮ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

*Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів*

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 21.02.2019.

**ХАРКІВ
ХНМУ
2019**

Ведення хворого з дисфагією та печією (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами): метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. О. Я. Бабак, Г. Ю. Панченко, М. І. Кліменко та ін. – Харків: ХНМУ, 2019. – 16 с.

Упорядники О. Я. Бабак
 Г. Ю. Панченко
 М. І. Кліменко
 Л. І. Овчаренко
 В. І. Молодан
 Е. Ю. Фролова
 М. О. Візір
 К. А. Лапшина

1. Кількість годин: аудиторна робота – 5, СРС – 3.

2. **Матеріальне та методичне забезпечення теми:** таблиці, мультимедійні презентації, електрокардіограми, дані лабораторно-інструментальних методів дослідження.

3. **Обґрунтування теми.** Гастроезофагеальна 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 з 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, ступінь вираженості яких порушує якість життя або має ризик різних ускладнень. Симптоматика ГЕРХ не обмежується тільки печією. Типовими симптомами захворювання є відривка, одинофагія, дисфагія. За останні роки підвищена увага приділяється позастравохідним проявам ГЕРХ – бронхолегеневому, кардіальному, оториноларингологічному і стоматологічному синдромам. У західних країнах 25 % пацієнтів відмічали печію не рідше раз у місяць, 12 % – не рідше раз у тиждень і 5 % – щодня. У країнах Східної Азії поширеність цього симптому набагато нижча: 11 % пацієнтів відмічали печію не рідше раз у 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); раку стравоходу.

4. Мета заняття:

– загальна: оволодіти знаннями щодо ведення пацієнтів із порушеннями провідності серця, вивчити методи діагностики та засоби надання допомоги таким пацієнтам, оцінити прогноз для пацієнта;

– конкретна: передбачити об'єм обстеження хворого на рівні практичної підготовки лікаря.

Конкретні цілі. Студент повинен знати:	Початковий рівень знань-умінь. Студент повинен вміти:
• будову і функціональні особливості стравоходу; • етіологію ГЕРХ, основні та додаткові фактори агресії і захисту при ГЕРХ; • клінічну та ендоскопічну класифікацію ГЕРХ; • основні "стравохідні" та "позастравохідні" симптоми ГЕРХ; • основні ускладнення ГЕРХ; • принципи диференційованої терапії ГЕРХ і основні питання профілактики	• провести опитування і фізикальне обстеження хворого, при цьому виявляти суб'єктивні, "стравохідні" і "позастравохідні" симптоми ГЕРХ; • аналізувати та пояснювати суб'єктивні прояви ГЕРХ та дані, отримані при проведенні фізикального обстеження; • трактувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження; • диференціювати ГЕРХ з іншими захворюваннями стравоходу;

Конкретні цілі. Студент повинен знати:	Початковий рівень знань-умінь. Студент повинен вміти:
	• сформулювати попередній діагноз ГЕРХ на основі скарг, анамнезу захворювання і життя, результатів об'єктивного обстеження хворого та проведеного диференційного діагнозу; • скласти план подальшого діагностичного пошуку для уточнення діагнозу; • пояснювати та трактувати результати додаткових методів обстеження хворих із ГЕРХ з метою формулювання клінічного діагнозу і відпрацювання тактики лікування; • запропонувати адекватну терапію хворому з ГЕРХ залежно від ступеня пошкодження слизової оболонки стравоходу, наявності ускладнень, супутніх захворювань; • призначати основні методи профілактики ГЕРХ та її ускладнень

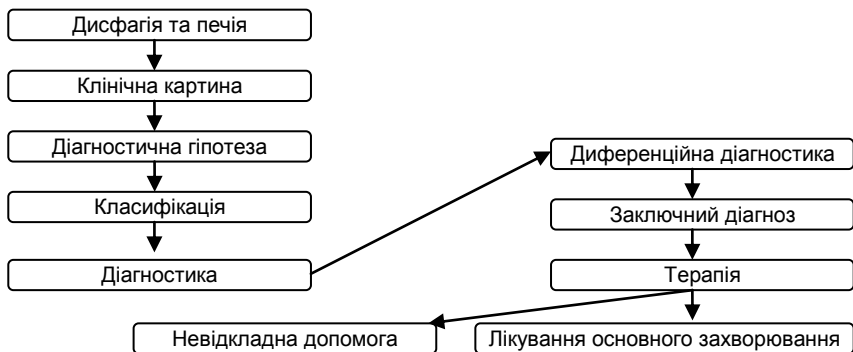
Перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент

1. Обстеження хворих з дисфагією та печією.
2. Інтерпретація лабораторних даних, які дозволяють підтвердити або виключити хворих з дисфагією та печією.
3. Інтерпретація інструментальних даних, які дозволяють підтвердити або виключити дисфагію та печію у хворого.
4. Інтерпретація даних додаткових методів дослідження, які дозволяють оцінити стан органів-мішеней.
5. Інтерпретація даних додаткових методів дослідження, які дозволяють уточнити діагноз ускладнень.
6. Відпрацювання схеми надання першої допомоги.
7. Виписка рецептів основних препаратів.

Матеріали для самостійної підготовки

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову ШКТ	
Фізіологія	Фізіологію кровообігу, нервової та ендокринної систем	
Патофізіологія	Патогенетичні механізми розвитку захворювання	
Пропедевтика внутрішньої медицини	Навички фізичного обстеження хворого, демонструвати вміння володіти ними	Діагностувати, інтерпретувати дані FEGDS, рентгенологічних досліджень
Фармакологія	Класифікацію, фармакокінетику і фармакодинаміку, показання та протипоказання для призначення, що впливають на тонус судин препаратів	

5. Граф логічної структури теми



6. Орієнтована карта роботи студентів:

- критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- призначення лікування; виписування рецептів (знання механізмів дії ліків);
- вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
- визначення прогнозу та працездатності хворого;
- визначення групи інвалідності;
- профілактика захворювання.

Зміст теми

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

Етіологія. ГЕРХ – поліетіологічний синдромокомплекс, що може супроводжувати пептичну виразку, цукровий діабет, хронічні запори, виникати на фоні асцити та ожиріння, ускладнювати перебіг вагітності. Провокуючими факторами є грижа стравохідного отвору діафрагми, паління, ожиріння (ІМТ > 30), вагітність, прийом нітратів, антагоністів Са, β-блокаторів, антихолергічних препаратів.

Патогенез. Первинне зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері, збільшення кількості епізодів його розслаблення, повна або часткова деструкція сфінктера (діафрагмальна грижа) призводить до зниження антирефлюксного бар'єру (P_h у стравоході = P_h в 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 шлунка) та факторів агресії (гастроезофагеальний рефлюкс із потраплянням у стравохід кислоти, пепсину, жовчі, панкреатичних ферментів, підвищений внутрішньошлунковий та внутрішньоабдомінальний тиск, паління, алкоголь, гостра їжа, переїдання, пептична виразка, діафрагмальна грижа). Зниження повноцінної активності ніжок діафрагми має значення у віці старше 50 років (хіатальні грижі).

Клінічна картина

Основні симптоми ГЕРХ:

1) езофагальні:

- печія (81 %);
- відрижка кислим;
- біль або утруднене ковтання (одинокія);
- біль в епігастрії (42 %) та за грудниною (46 %), відчуття "клубка"

за грудниною;

- нудота, гикавка, блювання;

2) позаетезофагеальні симптоми ("маски рефлюкса"):

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

• кардіальний (біль в грудній клітці, стенокардичного характеру, серцебиття, екстрасистолія, розвиваються 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 езофагіту виявляється у відношенні з ендоскопічною Лос-Анджелеською класифікацією.

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

• Ступінь В: одне ураження (або більше) слизової оболонки більше 5 мм, обмежене однією складкою стравоходу.

• Ступінь С: одне ураження (або більше) слизової оболонки, яке розповсюджується на дві складки (або більше), що займає менше $\frac{3}{4}$ кільця стравоходу.

• Ступінь Д: одне ураження (або більше) слизової оболонки, яке займає більше $\frac{3}{4}$ кільця стравоходу.

Ускладнення ерозивної ГЕРХ

- Пептичні виразки стравоходу
- Кровотечі
- Стрикттури стравоходу

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

3. Стравохід Баррета (СБ) – кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу (*рис. 1.*).

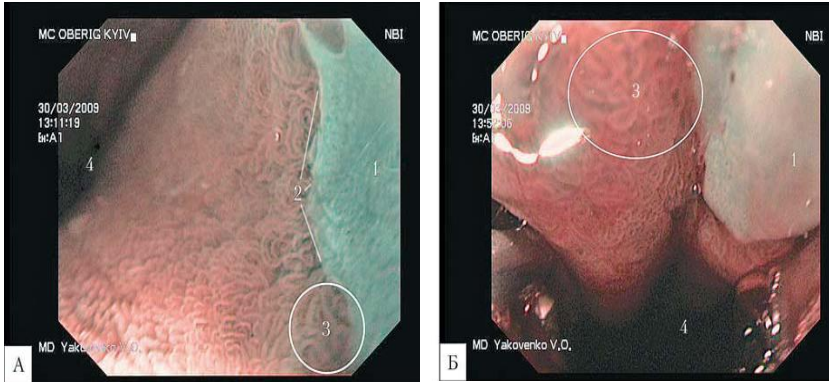


Рис. 1. (А, Б). Стравохід Баррета. Метаплазія за кардіальним типом.
Збільшення Н 115

1 – незмінена слизова оболонка стравоходу; 2 – плоскоклітинно-циліндричний перехід (Z-лінія); 3 – ділянка циліндричної метаплазії епітелію стравоходу за кардіальним типом; 4 – зняття нижнього сфінктера 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-лінія з язиками циліндричного епітелію більше 3 см.

СБ визначають як зміну епітелію дистального відділу стравоходу за циліндричним типом будь-якої довжини, яку можна розпізнати при ендоскопії. Відповідно до Празьких рекомендацій (2004 р.), циліндрична метаплазія дистального відділу стравоходу, тобто СБ, може бути встановлена за результатами ендоскопічного дослідження до морфологічної верифікації (*рис. 2, 3*).

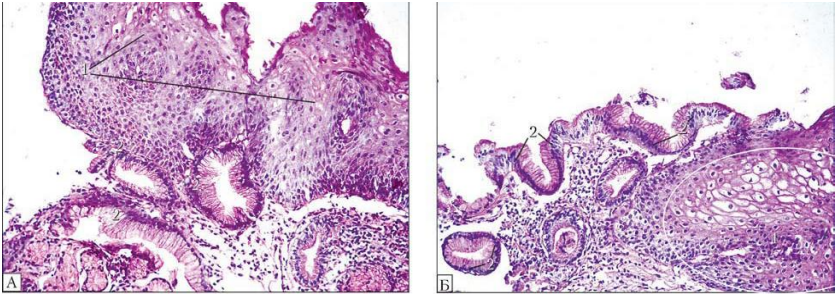


Рис. 2. (А, Б). Заміщення плоского епітелію стравоходу шлунковим епітелієм кардіального типу. Забарвлення гематоксиліном еозином. Збільшення Н 200.
1 – багаточаровий плоский епітелій стравоходу; 2 – шлунковий епітелій кардіального типу шлунка – хронічний поверхневий гастрит. У фрагментах слизової оболонки нижньої третини стравоходу – заміщення плоского епітелію стравоходу шлунковим епітелієм кардіального типу

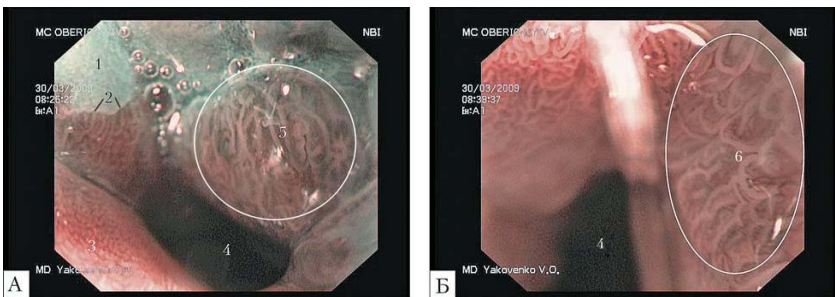


Рис. 3 (А, Б). Стравохід Барретта. Спеціалізована кишкова метаплазія.
Збільшення Н 115

1 – незмінена слизова оболонка стравоходу; 2 – плоскоклітинно-циліндричний перехід (Z-лінія); 3 – незмінена слизова оболонка стравоходу; 4 – зіяння 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 ІПП (пробне лікування)
- ЕКГ, холтеровський моніторинг для виявлення епізодів аритмії, виключення коронарогенних кардіалгій

За наявністю показань

- Бронхоскопія – для виключення органічної патології органів дихання і проведення диференційної діагностики
- ЕГДС з 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 (структури, виразки стравоходу, стравохідно-діафрагмального отвору)
- Інтраезофагальний Ph моніторинг – з метою виявлення загального часу, протягом якого рівень Ph знижувався нижче 4,0 за добу, найбільш тривалий рефлюкс
- Морфологічні дослідження слизової оболонки стравоходу – для діагностики стравоходу Баррета
- Тест Берштейна (інфузія 0,1 % розчину соляної кислоти в стравоході) – з метою виявлення чутливості слизової оболонки стравоходу до кислоти
- УЗД органів шлунково-кишкового тракту і серця – для виключення патології і 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 ОГК
- 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

Мета лікування

- Купірування основних симптомів

- Покращення якості харчування
- Лікування езофагіту
- Попередження або усунення ускладнень

Стратегія лікування різних форм ГЕРХ

Неерозивні форми:

- ІПП – парієт 10–20 мг/д 4–8 тиж;
- прокінетики 30 діб;
- підтримуюча терапія ІПП – парієт 10–20 мг/д 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/д 26–52 тиж;
- диспансерний огляд 1 раз на рік, при множинних ерозіях 2 рази на рік з обов'язковою ФГС.
- за наявності показань: 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* необхідне:**

- при грижі стравохідного отвору;
- у разі неефективності медикаментозної терапії;
- при розвитку пухлини, стравоходу Баррета.

Фізіотерапевтичні методи лікування

При дисплазії стравохідного епітелію – фотодинамічна терапія, лазеротерапія.

Критерії ефективності лікування

Ліквідація клінічних симптомів, досягнення ендоскопічної ремісії (загоєння дефектів, ліквідація запалення), профілактика стравоходу Баррета.

Дієта

Уникати вживання кислих фруктових соків, продуктів, які посилюють газоутворення (соя, 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, вечерею не пізніше 19.00–19.30.

Профілактика

- не піднімати важкого (не більше 8–10 кг);
- обмежити нахили вперед із положення стоячи, не працювати в нахиленому положенні;
- відмовитися від куріння і алкоголю;
- нормалізувати психоемоційний стан;
- обмежити 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 зменшити прийом ліків, які розслаблюють стравохідний сфінктер (спазмолітики, антагоністи Са, М холіномієтики, бета-блокатори), а також препаратів, які подразнюють слизову оболонку стравоходу (НПЗП);
- не переїдати, боротися з ожирінням;
- обмежити продукти, що розслаблюють нижній стравохідний сфінктер (томати, кава, міцний чай, тваринні жири, м'яса) і мають подразнюючий вплив (цибуля, часник, кислі соки), продукти, які підвищують газоутворення (горох, квасоля, пиво, квас, шампанське);
- не лягати зразу після їжі, останній прийом їжі не менше ніж за 3 год до сну;
- регулярно приймати їжу (через 3–4 год) маленькими порціями, ковтати маленькими ковтками, не запивати їжу рідиною;
- дотримуватись схеми лікування, призначеної лікарем.

8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Хворий 56 років скаржиться на печію, відригування, що посилюються при нахилі тулуба, біль за грудниною при ковтанні. При рентгенологічному обстеженні виявлена грижа стравохідного отвору діафрагми. Чим зумовлена дана клінічна картина?

- A. Хронічним гастритом.*
- B. Рефлюкс-езофагітом.*
- C. Виразкою шлунка.*
- D. Ерозивним гастритом.*
- E. Виразкою дванадцятипалої кишки.*

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

- A. Де-нолу.*
- B. Альмагелю.*
- C. Омепразолу.*
- D. Гастроцепіну.*
- E. Метоклопраміду.*

3. Чоловік 27 років скаржиться на печію, яка посилюється після прийому їжі, при нахилах тіла. При езофагогастроскопії – зливні ерозії слизової стравоходу, внутрішньостравохідна рН 3. Оберіть оптимальну групу препаратів для лікування хворого.

- A. Блокатори протонної помпи.*
- B. Гастроцитопротективні препарати.*
- C. Антихолінергічні засоби.*
- D. Прокінетики.*
- E. Антациди.*

4. Хвора 56 років підвищеного харчування, скаржиться на печію за грудниною, яка супроводжується больовим синдромом. Біль купірується прийомом лужних вод та з'являється після вживання жирних та гострих страв. Описані скарги відмічаються протягом останніх 3 міс. Сформулюйте попередній діагноз.

- A. Ахалазія кардії.*
- B. Рефлюкс-езофагіт.*
- C. Рак стравоходу.*

D. Дивертикул стравоходу.

E. Парезофагеальна діафрагмальна грижа.

5. Хвора скаржиться на печію після приймання їжі, біль в епігастральній ділянці. При проведенні рН-метрії отримані наступні результати: Час 10 20 30 40. Корпус 1,5 1,7 1,4 1,5. Антрум 6,5 7,0 6,8 7,2. Як можна оцінити функцію шлунка у хворої?

A. Підвищене кислотоутворення з нормальною кислотонейтралізуючою функцією.

B. Нормальне кислотоутворення з нормальною кислотонейтралізуючою функцією.

C. Підвищене кислотоутворення зі зниженою кислотонейтралізуючою функцією.

D. Знижене кислотоутворення з нормальною кислотонейтралізуючою функцією.

E. Кислотоутворююча функція відсутня.

6. Хворий 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 при пальпації, печінка не збільшена. При ФГДС-дослідженні: слизова оболонка шлунка бліда з ділянками гіперемії, витончена, складки згладжені. Про яке захворювання варто подумати?

A. Хронічний гастрит, тип A.

B. Хронічний гастрит, тип B.

C. Виразкова хвороба шлунка.

D. Рак шлунка.

E. Хронічний езофагіт.

7. Хворий 56 років скаржиться на печію, що посилюється при нахилі, біль за грудниною при ковтанні. При рентгенологічному обстеженні виявлена грижа стравохідного отвору діафрагми. Які зміни найбільш імовірно будуть виявлені під час гастроскопії?

A. Хронічний гастрит.

B. Виразкова хвороба шлунка.

C. Гострий ерозивний гастрит.

D. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.

E. Рефлюкс-езофагіт.

8. Хворого 52 років турбує 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.*
- B. Виразкова хвороба шлунка.*
- C. Хронічний гастрит, тип В.*
- D. Хронічний гастрит, тип С.*
- E. Рефлюкс-езофагіт.*

9. Хворий 56 років, астеничної конституції, направлений до онколога зі скаргами на болі за грудниною, порушення проходження твердої їжі, підвищене слиновиділення, відрижку тухлим, схуд на 20 кг. Усі перераховані симптоми є клінічними проявами раку стравоходу, крім:

- A. Дисфагії.*
- B. Гіперсалівації.*
- C. Відрижки тухлим.*
- D. Зменшення маси тіла.*
- E. Загруднинних болів.*

10. Хворий 42 років скаржиться на поступово наростаюче утруднення при проковтуванні їжі, болі в нижній частині груднини, 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 у вигляді дзьоба. Аналіз крові без особливостей. Ваш попередній діагноз?

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

9. Література

Основна

1. Гастроэнтерология / под ред. Н. В. Харченко, О. Я. Бабака. – Киев, 2017. – 720 с.
2. Денисюк В. І. Доказова внутрішня медицина. Таємниці, стандарти діагностики та лікування / В. І. Денисюк, О. В. Денисюк. – Вінниця : ДП ДКФ, 2016. – 704 с.
3. Серкова В. К. Факультетська терапія / В. К. Серкова, М. А. Станіславчук, Ю. І. Монастирський. – Вінниця : Нова книга, 2015. – 621 с.
4. Синдромная диагностика в гастроэнтерологии. / под ред. Н. Э. Дорофеева, В. М. Берёзова. – Донецк, 2018. – 261 с.

Додаткова

1. Бабак О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеевко. – Киев : Интерфарма, 2017. – 175 с.
2. Внутрішні хвороби / за ред. Л. В. Глушка. – Івано-Франківськ, 2004. Режим доступу: <https://studfiles.net/preview/5344211/page:2/>
3. Малая Л. Т. Терапия / Л. Т. Малая, В. Н. Хворостинка. – Харьков : Факт, 2001. – 1032 с.
4. О कोरोков А. Н. Лечение болезней внутренних органов Т. 1 / А. Н. О कोरोков. – Минск : Высшая школа, 2006.
5. Пиманов С. И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь: рук-во для врачей / С. И. Пиманов – Москва : Медкнига; Нижний Новгород : НГМА, 2010. – 378 с.
6. Середюк Н. М. Госпітальна терапія / Н. М. Середюк ; за ред. Є. М. Нейка. – Івано-Франківськ : Медакадемія, 2013. – 1176 с.
7. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю. М. Мостового. – 11-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : ДП "ДКФ", 2016. – 528 с.

Навчальне видання

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО
З ДИСФАГІЄЮ ТА ПЕЧІЄЮ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

**Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів**

Упорядники Бабак Олег Якович
 Панченко Галина Юріївна
 Кліменко Миколай Іванович
 Овчаренко Людмила Іванівна
 Молодан Володимир Ілліч
 Фролова Еліна Юріївна
 Візір Марина Олександрівна
 Лапшина Катерина Аркадіївна

Відповідальний за випуск О. Я. Бабак



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 19-33728.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

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