

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**Модуль 3.**  
**Сучасна практика внутрішньої медицини**  
**Змістовий модуль 3.**  
**Ведення хворих**  
**у гастроентерологічній клініці**  
**Тема 22.**  
**ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА**  
**З ШЛУНКОВОЮ ДИСПЕПСІЄЮ**

*Методичні вказівки для студентів VI курсу*

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 12 від 7.12.2012.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2013**

Модуль 3. Сучасна практика внутрішньої медицини. Змістовий модуль 3. Ведення хворих у гастроентерологічній клініці. Тема 22. Ведення пацієнта з шлунковою диспепсією : метод. вказ. для студентів VI курсу. – Харків : ХНМУ, 2013. – 20 с.

Упорядники    П.Г. Кравчун  
                      О.Ю. Борзова  
                      Н.Г. Риндіна

**Актуальність теми.** Диспептичні розлади належать до найбільш поширених гастроентерологічних проблем. При цьому, як показали дослідження, менша частина (35–40 %) припадає на долю захворювань, що входять до групи органічної диспепсії, а більша частина (60–65 %) – на долю функціональної диспепсії. Поширеність синдрому функціональної диспепсії серед населення коливається від 5 до 70 %. У розвинених країнах Західної Європи вони зустрічаються приблизно у 30–40 % населення і є причиною 4–5 % усіх звернень до лікарів загальної практики. У деяких країнах Африки частота синдрому диспепсії в популяції досягає 61 %. Наявність диспептичних симптомів істотно знижує якість життя хворих. Проте до лікаря звертаються лише 20–25 % хворих. У жінок функціональна диспепсія зустрічається в 1,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Найбільш поширена функціональна диспепсія у віці 20–40 років. У більш старшому віці функціональна диспепсія зустрічається рідше, оскільки поширеніші інші хронічні захворювання травного тракту, що обумовлюють клінічні прояви. Висока поширеність синдрому диспепсії серед населення визначає величезні витрати, яких зазнає охорона здоров'я щодо обстеження і лікування таких пацієнтів.

**Загальна мета.** Вміти визначити наявність синдрому шлункової диспепсії, його природу і тактику лікування.

### **Конкретні задачі**

1. Навчитися розпізнавати категорії хворих, яким необхідно проводити диференційну діагностику при синдромі шлункової диспепсії.
2. Оволодіти стандартами діагностики і диференційної діагностики шлункової диспепсії.
3. Навчитися складати програму дослідження хворих з підозрою на шлункову диспепсію.
4. Вміти інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження для діагностики шлункової диспепсії.
5. Навчитися ставити діагноз при синдромі шлункової диспепсії.
6. Вміти обґрунтовувати вибір методів лікування шлункової диспепсії.

### **Початковий рівень знань та вмій**

1. Виявлення скарг, анамнезу, проведення об'єктивного дослідження.
2. Інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних методів діагностики при синдромі шлункової диспепсії.
3. Виявлення в анамнезі, об'єктивних даних і результатах додаткових досліджень чинників, які вказують на можливість розвитку синдрому шлункової диспепсії.
4. Уявлення про методи лікування головних захворювань, які супроводжуються клінікою шлункової диспепсії.

## Тестові завдання для перевірки початкового рівня знань

1. Хворий 50 років скаржиться на відчуття тяжкості в епігастрії, відчуття гіркоти та сухості в роті, відрижку, зниження апетиту. Рік тому проведена резекція шлунка. При фіброгастроудоденоскопії (ФГДС): атрофія слизової оболонки кульги шлунка з ознаками запалення. Ваш попередній діагноз?

A. Рефлюкс-гастрит.

D. Рефлюкс-езофагіт.

B. Агастральна астенія.

E. Синдром привідоної петлі.

C. Демпінг-синдром.

2. Хворий 45 років скаржиться на метеоризм, часті випорожнення з каловими масами коричневого кольору із неприємним гнильним запахом. При обстеженні виявлено зниження шлункової секреції та проктит. Який вид диспепсії найбільш імовірно виник у хворого?

A. Гнильна.

D. Панкреатична.

B. Бродильна.

E. Кишкова.

C. Шлункова.

3. Хворий 55 років скаржиться на здуття і бурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення пінистого характеру з кислим запахом, які з'являються після вживання страв на молоці. Як називається даний симптомокомплекс?

A. Синдром гнильної диспепсії.

D. Синдром дискінезії.

B. Синдром бродильної диспепсії.

E. Синдром мальабсорбції.

C. Синдром жирової диспепсії.

4. Хвора надійшла зі скаргами на тяжкість та відчуття розпирання в епігастральній ділянці, на постійні проноси, схуднення, здуття живота, сонливість. Захворіла 10 років тому після операції резекції кишечника. Об'єктивно: шкіра гіперпігментована. Живіт "жаб'ячий", сильно бурчить. Копроскопія: багато нейтрального жиру, жирних кислот, неперетравлені м'язові волокна. Глюкозогалактозний тест: рівень глюкози натще – 4,1 моль/л, після прийому 100 г глюкозогалактозної суміші – 4,0–3,9–4,2 ммоль/л. Сформулюйте діагноз хворої.

A. Ентерогенний синдром мальабсорбції.

B. Синдром целіакії.

C. Синдром мальдигестії.

D. Синдром Золінгера-Елісона.

E. Синдром печінкової недостатності.

5. Хвора 55 років скаржиться на ниючий біль в епігастральній ділянці, нудоту, печію. Зазначені прояви з'явилися після лікування індометацином. При об'єктивному обстеженні живіт м'який, болючий в епігастральній ділянці. Печінка, селезінка не збільшені. Відділи кишечника безболісні. Що треба здійснити в даному випадку в першу чергу?

A. Відмінити індометацин.

B. Промити шлунок.

C. Призначити голод на 2 дні.

*D. Призначити антацидні засоби.*

*E. Призначити препарати, які впливають на Helicobacter pylori.*

**Вірна відповідь: 1 – А. 2 – А. 3 – В. 4 – А. 5 – А.**

### **Джерела навчальної інформації**

1. Гастроентерология / под ред. Н.В. Харченко, О.Я. Бабака. – К., 2007. – 720 с.
2. Денисюк В.І. Доказова внутрішня медицина. Таємниці, стандарти діагностики та лікування / В.І. Денисюк, О.В. Денисюк. – Вінниця : ДП ДКФ, 2006. – 704 с.
3. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии (пособие для врачей) / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Е.К. Баранская и др. – М., 2004. – 30 с.
4. Серкова В.К. Факультетська терапія / В.К. Серкова, М.А. Станіславчук, Ю.І. Монастирський. – Вінниця : Нова книга, 2005. – 621 с.
5. Синдромная диагностика в гастроентерологии / под ред. Н.Э. Дорофеева, В.М. Берёзова. – Донецк, 2008. – 261 с.

#### **Додаткові:**

1. Внутрішні хвороби / за ред. Л.В. Глушка. – Івано-Франківськ, 2004. – 400 с.
2. Малая Л.Т. Терапія / Л.Т. Малая, В.Н. Хворостинка. – Харьков : Факт. – 1032 с.
3. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь : руководство для врачей / С.И. Пиманов. – М. : Медкнига; Нижний Новгород : НГМА, 2000. – 378 с.
4. Окорочков Н.И. Лечение болезней внутренних органов / Н.И. Окорочков. – Минск : Высшая школа, 2000. – Т. 1.
5. Середюк Н.М. Госпітальна терапія / Н.М. Середнюк; за ред. Є.М. Нейка. – Івано-Франківськ : Мед. академія, 2003. – 1176 с.
6. 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.

### **Перелік теоретичних питань**

1. Визначення шлункової диспепсії.
2. Сучасна класифікація шлункової диспепсії.
3. Клінічні прояви шлункової диспепсії.
4. Значення фізикальних досліджень у діагностиці захворювань, які супроводжуються шлунковою диспепсією.
5. Лабораторні та інструментальні методи дослідження при шлунковій диспепсії.
6. Методи лікування, профілактики, прогноз, працездатність.

## ОРІЄНТОВАНА ОСНОВА ДІЙ

Диспепсія (*від грец.* порушення травлення) – збірний термін, для позначення розладів травлення переважно функціонального характеру, що виникають внаслідок недостатнього виділення травних ферментів або нерационального харчування (диспепсія аліментарна). Інша назва диспепсії – синдром "ледачого шлунка". Свою назву хвороба отримала через втрату здатності шлунка скорочуватися, подрібнювати і обробляти їжу, просуваючи її в кишечник для подальшої обробки.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої гастроентерологічної організації (OMGE) під диспепсією слід розуміти наявність больового синдрому і дискомфорту у верхній частині живота, які зазвичай супроводжуються й іншими диспептичними симптомами (нудота, печія, відчуття повноти після їди, відрижка, здуття та ін.) і були або не були інтимно пов'язаними з прийомом їжі.

**Класифікація.** Виділяють диспепсію аліментарну, яка виникає в результаті тривалого нерационального харчування. Розрізняють бродильну, гнильну і жирову диспепсію.

Захворювання, що виявляються диспепсією, можуть бути двох категорій: органічні та функціональні.

1. Органічна – диспепсія зі встановленою причиною (виявляється у 40 % хворих), і може спостерігатися при виразковій хворобі, захворюваннях підшлункової залози, жовчного міхура і при інших органічних захворюваннях.

2. Функціональна – диспепсія без встановленої причини, до неї належать клінічні прояви, що розвинулися внаслідок порушень моторики шлунка і дванадцятипалої кишки, не пов'язані з будь-якою органічною патологією і такі, що спостерігаються впродовж більше 12 тиж (не менше 12 тиж упродовж 12 міс). При функціональній диспепсії відсутній зв'язок болів і дискомфорту з порушеннями функції кишечника, причиною її можуть бути психічний стан, стрес, фактори навколишнього середовища.

Клінічна класифікація функціональних шлунково-кишкових порушень (розроблена Міжнародним робочим комітетом із функціональних гастроінтестинальних розладів).

A. Функціональні захворювання стравоходу

A1. Глобус (грудка)

A2. Синдром румінації ("жування жуйки")

A3. Функціональний біль у грудній клітці й імовірно стравохідного походження

A4. Функціональна печія

A5. Функціональна дисфагія

A6. Неспецифічні функціональні розлади стравоходу

- Б. Гастродуоденальні розлади
    - Б1. Функціональна диспепсія
      - Б1а. Виразкоподібна диспепсія
      - Б1б. Дисмоторноподібна диспепсія
      - Б1в. Неспецифічна диспепсія
    - Б2. Аерофагія
  - В. Розлади товстої кишки
    - В1. Синдром подразненої товстої кишки
    - В2. Функціональне здуття живота
    - В3. Функціональний закреп
    - В4. Функціональна діарея
    - В5. Неспецифічні функціональні розлади товстої кишки
  - Г. Функціональний абдомінальний біль
    - Г1. Функціональний больовий синдром у животі
    - Г2. Неспецифічний функціональний біль у животі
  - Д. Біліарні розлади
    - Д1. Дисфункція жовчного міхура
    - Д2. Дисфункція сфінктера Одді.
- Згідно з МКХ-10 диспепсія кодується як K30.

### Етіологія і патогенез

**Диспепсія аліментарна.** Бродильна диспепсія пов'язана з надмірним споживанням вуглеводів (цукру, меду, борошняних продуктів, фруктів, винограду, гороху, бобів, капусти та ін. ), а також бродильних напоїв (квасу), внаслідок чого в кишечнику створюються умови для розвитку бродильної флори. Гнильна диспепсія виникає при переважному вживанні білкових продуктів, особливо баранячого, свинячого м'яса, яке повільніше перетравлюється в кишечнику. Іноді гнильна диспепсія виникає внаслідок вживання в їжу несвіжих м'ясних продуктів. Жирова диспепсія обумовлена надмірним вживанням жирів, що повільно перетравлюються, особливо тугоплавких (свинячий, баранячий).

Диспепсії зі встановленою причиною:

- хвороби органів травлення;
- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- гастроезофагеальна рефлюксна хвороба;
- захворювання біліарного тракту;
- панкреатит гострий і хронічний;
- рак шлунка, підшлункової залози, товстої кишки;
- захворювання, що протікають із синдромом мальабсорбції;
- захворювання судин;
- прийом лікарських засобів: нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) (включаючи специфічні інгібітори циклооксигенази-2), антибіотики, теофіліни, препарати наперстянки, препарати калію, препарати заліза;

– інші причини: цукровий діабет, гіпер- або гіпофункція щитоподібної залози, гіперпаратиреоїдний синдром, порушення водно-електролітного балансу, ішемічна хвороба серця, захворювання сполучної тканини, хронічна інтестинальна псевдообструкція, захворювання печінки, вживання алкоголю.

Етіологія функціональної диспепсії до сьогодні не з'ясована. Деякі чинники і механізми були прийняті як причина захворювання і більшість з них відіграють важливу роль у розвитку симптоматології.

Патогенетичними чинниками функціональної диспепсії вважають:

1. Порушення рухової функції шлунка і дванадцятипалої кишки:

– розлади акомодатії шлунка у відповідь на їжу (під акомодатією розуміється розслаблення проксимального відділу шлунка після їжі);

– порушення ритму перистальтики шлунка;

– ослаблення рухової функції антрального відділу;

– порушення антродуоденальної координації.

2. Вісцеральна гіперчутливість (підвищена чутливість рецепторного апарату стінки шлунка до розтягування).

3. Шкідливі звички в харчуванні й аліментарні погрішності. Значне вживання алкоголю, кави, чаю. Куріння.

4. Прийом лікарських засобів, зокрема нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

5. Нервово-психічні стреси.

Вісцеральна гіперчутливість – найбільш вірогідна причина посиленого сприйняття і обробки шлунково-кишкових нервових стимулів. Більшість пацієнтів, що страждають на функціональну диспепсію, реагують на нижчий рівень здуття. Гіперчутливість пацієнтів пояснює, чому зміни перистальтики, секретії кислоти і здуття показують схожу симптоматичну реакцію. До цих пір неясно, чи впливає гіперчутливість на весь шлунково-кишковий тракт або тільки на його обмежену ділянку. Незважаючи на зміни чутливості шлунково-кишкового тракту, змін тиску, що спричинені здуттям, не спостерігається. Це означає, що навіть фізіологічні умови і нормальна діяльність шлунка і тонкого кишечника можуть призвести до появи симптомів у пацієнтів із функціональною диспепсією.

Питання про причини гіперчутливості залишається спірним. Є докази, що існує регуляція аферентних механізмів на периферичному (кишковому), а також на хребцевому рівні. Дана регуляція може бути результатом хронічного подразнення, запалення або давнього процесу, що став необоротним. Існує також генетична схильність як до функціональної диспепсії, так і до інших функціональних порушень. У пацієнтів, які страждають на функціональну диспепсію, спостерігаються невеликі, але чіткі генетичні поліморфізми (C825 T) підгрупи G-протеїну бета 3 (GNB3). Статус гомозиготи GNB3 825C трохи співвідноситься з функціональною диспепсією, але цей механізм, будучи новим, ще потребує подальшого підтвердження в дослідженнях.

Окрім гіперчутливості й генетичної схильності, у пацієнтів із функціональною диспепсією також спостерігаються явні аномалії шлунково-кишкової перистальтики і певні психологічні характеристики. У 30–82 % пацієнтів з функціональною диспепсією спостерігається антральна гіпокінезія після їди, недостатнє ослаблення дна шлунка, зміни електричного ритму шлунка або його недостатнє спорожнення.

Загострення симптомів при функціональній диспепсії часто пов'язане зі стресовими подіями. У багатьох випадках сильний стрес (наприклад, смерть близького родича або друга) може призвести до посилення симптомів, примушуючи пацієнта звернутися за медичною допомогою. Крім того, стрес може спричиняти зміни кишкової функції (перистальтика, секреція соляної кислоти) і разом із вісцелярною гіперчутливістю погіршити стан.

Роль хелікобактерної інфекції в розвитку функціональної диспепсії не доведена. Проте при доведеній наявності хелікобактеріозу проведення ерадикації може виявитися корисним. Роль гіперсекреції соляної кислоти в розвитку функціональної диспепсії в даний час не підтверджується.

### **Клінічна картина**

**Органічна диспепсія** може проявляти себе болями в епігастральній ділянці, печією, нудотою, відрижкою, відчуттям переповнення, здуття в епігастральній ділянці, метеоризмом і надмірним скупченням газів у кишечнику. Поява перерахованих скарг повинна лише орієнтувати лікаря на етіологічний пошук, але необхідно враховувати, що дані симптоми можуть розвиватися і без видимої органічної причини (при функціональній диспепсії).

**Біль.** Ретельне з'ясування характеру болю може дати лікареві важливу діагностичну інформацію. Вісцеральний біль хворий зазвичай описує як тупий, постійний за характером, із дифузним розповсюдженням по середній лінії живота або як відчуття переповнення чи розтягування шлунка. Загрудинний біль зазвичай виникає при захворюваннях стравоходу або кардіального відділу шлунка, біль в епігастральній ділянці – при ураженні шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчних протоків або підшлункової залози. З прогресуванням захворювання біль, обумовлений ураженням жовчних шляхів, може зміститися у ділянку верхнього правого квадранта живота і до верхівки лопатки, а біль, викликаний захворюванням підшлункової залози, – у ділянку лівого верхнього квадранта живота і ліву частину спини. Біль навколо пупка зазвичай буває пов'язаний із захворюванням тонкої кишки. Біль нижче за пупок часто обумовлений апендицитом, захворюваннями товстої кишки або органів малого таза.

Важливо встановити тип болю: постійний, нападopodobний, епізодичний, періодичний, його зв'язок з їжею тощо. Наприклад, при інфільтруючому раку шлунка – постійний біль, при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки – нічний тощо. Іноді болі та інші симптоми мають сезонний характер, як при виразковій хворобі, при якій деякі хворі відчувають більший дискомфорт навесні і восени, ніж в інші пори року. Виникнення болю незабаром після їди говорить про захворювання стравоходу, гострий

гастрит або рак шлунка. Поява симптомів диспепсії, включаючи болі, через декілька годин після їди може бути пов'язана з порушенням евакуаторної функції шлунка. І навпаки, зникнення болю після їди або антацидних засобів характерне для виразки дванадцятипалої кишки. Важливо пам'ятати, що ці закономірності не завжди зустрічаються на практиці.

Локалізація болювих відчуттів має хоча і важливе, але тільки відносне діагностичне значення, оскільки болі виникають часто не в ділянці розташування ураженого органа, а в місцях іррадіації (табл. 1).

**Таблиця 1 – Органоспецифічність болю в черевній ділянці**

Орган	Біль		
	вісцеральний	соматичний	що іррадіює
Стравохід	Загрудинний, на рівні ураження	Загрудинний, на рівні ураження	У спину, яремну ямку, ділянку серця
Шлунок	Епігастральна і мезогастральна ділянка	Те саме і лівий верхній квадрант живота	У напрямку до спини
Дванадцятипала кишка	Епігастральна і мезогастральна ділянка	Епігастральна і мезогастральна ділянка	Правий верхній квадрант живота
Тонка кишка	Навколопупкова ділянка	Над місцем ураження	Рідко
Апендикс	–	Правий нижній квадрант живота	Рідко
Проксимальна частина товстої кишки	Праві відділи живота	Над місцем ураження	Рідко
Дистальна частина товстої кишки	Гіпогастріум і ліві відділи живота	Гіпогастріум і ліві відділи живота	Рідко
Пряма кишка	У центрі таза	У центрі таза	У середнь-крижову ділянку
Печінка	Правий верхній квадрант живота	Правий верхній квадрант живота	Рідко
Селезінка	Лівий верхній квадрант живота	Лівий верхній квадрант живота	Рідко
Жовчний міхур	Мезоепігастріум	Правий верхній квадрант живота	У міжлопатковий простір, нижній кут правої лопатки, праве плече
Підшлункова залоза	Мезоепігастріум і лівий верхній квадрант живота	Над місцем ураження	У спину
Матка, труби, яєчник	Гіпогастріум і пах	Гіпогастріум і пах	У пах, на внутрішню поверхню стегна
Сечовий міхур	Гіпогастріум	Надлобкова ділянка	У пах
Простата, уретра	У центрі таза	У центрі таза	У дистальну частину уретри, спину, ділянку крижів
Нирки	Костовертебральні кути	Над місцем ураження	Рідко
Ниркові балії, сечовід	Костовертебральні кути	Костовертебральні кути	У пах, мошонку, статеві губи
Грудна і черевна аорта	Немає	По середній лінії спини	Рідко
Серце	Загрудинна ділянка	Загрудинна ділянка	Плече, передпліччя, щелепа, епігастріум

Незважаючи на те що біль не завжди є надійним діагностичним симптомом, все ж таки він часто дозволяє запідозрити хворобу і судити про залучення того або іншого органа до патологічного процесу.

**Печія** – це відчуття тепла, що локалізується за грудиною або у верхній частині епігастральної ділянки або іррадіює у ділянку шиї, іноді у передпліччя. Печія, що часто виникає і сильно виражена, зазвичай є наслідком подразнення слизової оболонки стравоходу соляною кислотою або жовчю, що закидаються в стравохід. У цьому випадку печія розвивається після рясного прийому їжі, при нахилі або згинанні тулуба або коли хворий знаходиться в положенні лежачи на спині. Вона може супроводжуватися мимовільною появою в роті рідини, що може бути солонуватою, кислою ("кисла відрижка") або гіркою, такою, що має зелений або жовтий колір (жовч). Печія може виникнути після вживання певних харчових продуктів (наприклад, соки цитрусових), лікарських засобів (ацетилсаліцилова кислота, алкоголь). Зазвичай печію вдається ослабити відразу (хоч б тимчасово) прийомом антацидних засобів.

**Анорексія**, або **втрата апетиту**, це симптом, що зустрічається при ряді захворювань. Слід чітко відрізнити анорексію від відчуття ситості і від непереносимості окремих харчових продуктів. Анорексія часто спостерігається при гепатиті (передусе появі жовтяниці), може бути важливим симптомом при раку шлунка. При захворюваннях кишечника анорексію слід відрізнити від страху прийому їжі через розвиток відчуття дискомфорту (ситофобія). Ситофобія спостерігається при хворобі Крона, у хворих, що страждають на виразкову хворобу з локалізацією виразки у пілоричному канаті, в ділянці анастомозу. Анорексія також може бути симптомом негastroenterологічних захворювань (застійна серцева недостатність, уремія, гіперпаратиреоз, аддисонова хвороба та ін.).

**Нудота** означає відчуття бажання виконати блювотний акт, що насувається; зазвичай відчувається в горлі або в епігастральній ділянці. Найчастіше посилюється хвилинодібно, призводить до позиву на блювання і закінчується нею. Сильна нудота зазвичай поєднується з гіперсалівацією. Нудота може виникнути в результаті подразнення рецепторів стінки порожнистого органа (наприклад, розтягнення шлунка або дванадцятипалої кишки), сильного соматичного болю, важких емоційних потрясінь. Проте частіше при цьому спостерігається порушення моторики травного тракту, наприклад, рефлекс жовчі у шлунок може викликати швидку і сильну нудоту.

**Блювання** – мимовільне викидання з рота вмісту шлунка. Позиви на блювання зазвичай супроводжуються розладом ритму дихання. Нудота часто передусе блюванню або супроводжує його. Супутня блюванню важка нудота супроводжується блідістю шкірних покривів, підвищеною пітливістю, слинотечею, брадикардією та іншими симптомами. Блювотний акт, якщо він достатньо сильний і стійкий, унаслідок тиску, що підвищується при цьому, може призвести до розриву стравоходу або до лінійного розриву слизової оболонки кардіальної частини шлунка зі шлунковою

кровотечею (синдром Меллорі-Вейсса). Тривале блювання може зумовити розвиток гіпогідратації та метаболічного алкалозу, що супроводжується гіпокаліємією. При комі вміст шлунка може бути аспіровано в легені з розвитком аспіраційної пневмонії (пневмоніту).

Нудотою і блюванням супроводжується багато гострих хвороб черевної порожнини (апендицит, холецистит, перитоніт, непрохідність кишечника). Блювання може бути мимовільним або таким, що хворий викликає сам, і може призводити до зменшення симптомів захворювання, як, наприклад, при неускладненій виразковій хворобі. Іноді нудота і блювання у хворих, що страждають на хронічні захворювання, провокуються вживанням певних харчових продуктів (наприклад, жирної їжі). Вірусне, бактеріальне і паразитарне інфікування травного тракту нерідко супроводжується важкою нудотою і блюванням, часто у поєднанні з діареєю. Блювання нерідко виникає у хворих із набряком головного мозку, обумовленим запаленням, гіпоксемією, пухлиною, при ураженні апарату внутрішнього вуха (лабіринтит, хвороба Мен'єра та ін.). Іноді нудота і блювання супроводжує головний біль різного генезу, хвороби, що супроводжуються серцево-судинною і дихальною недостатністю. Деколи нудота і блювання виникають у зв'язку з прийомом ліків (хіміопрепарати, опіати, препарати наперстянки та ін.). Нудота і блювання часто супроводжують важкі ендокринні захворювання (діабетичний ацидоз, недостатність надниркових залоз, адреналовий криз та ін.).

Блювання, що виникає незабаром після їди, притаманне пілороспазму або гастриту, пізніше блювання (через 4–6 год після їди), що супроводжується викидом великих кількостей неперетравленої їжі, часто вказує на затримку їжі в шлунку (наприклад, при непрохідності пілоричного відділу шлунка або діабетичному гастростазі).

Характер блювотних мас допомагає поставити діагноз. Якщо блювотні маси містять вільну соляну кислоту, то це характерніше для виразки, а її відсутність – для раку шлунка. Гнильний запах блювотних мас свідчить про дуоденостаз і непрохідність, локалізовану нижче за великий дуоденальний сосок. Домішка крові у блювотних масах зазвичай означає кровотечу зі стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки.

Блювання слід відрізнити від **відрижки**, при якій відсутня нудота. Відрижка вмісту стравоходу може відбуватися при стриктурі стравоходу або при його дивертикулі, а відрижка вмісту шлунка зазвичай спостерігається при недостатності кардії, особливо у хворих із грижею стравохідного отвору діафрагми, або при поєднанні з виразковою хворобою у разі розвитку пілороспазму.

**Здуття або розтягування живота** може супроводжуватися розлитим боєм і підвищеним газоутворенням (метеоризм) і газовиділенням (флатуленція). Локалізований біль зазвичай виникає в результаті залучення до процесу будь-якого органа (наприклад, застійна печінка, збільшена селезінка або пухлина товстої кишки).

У хворого з дифузним здуттям живота слід з'ясувати, чи не зловживав він алкоголем, чи не було у нього жовтяниці або гематурії, чи не відзначав він змін у режимі роботи кишечника (пронеси, закрепи), чи він не страждає на ревматичну ваду серця. Інформація, отримана при цьому, може послужити основою для виявлення цирозу печінки з латентним перебігом, пухлини товстої кишки з метастазуванням в очеревину, застійної серцевої недостатності або нефрозу.

**Гикавка** – мимовільний сильний короткий вдих при закритій голосовій щілині, обумовлений судомним скороченням діафрагми. Гикавка пов'язана з подразненням дихального центру, діафрагмального або блукаючого нерва. У гастроентерологічній практиці найчастіше гикавка зустрічається у хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми, езофагітами, раком кардії або дистального відділу стравоходу, перитонітом, карциноматозом очеревини, піддіафрагмальним абсцесом.

Гикавка, що часто повторюється, зазвичай пов'язана з захворюванням. Виділяють гикавку, що виникає при безпосередньому подразненні діафрагми (при нижньочастковій пневмонії, перитоніті та ін.) або діафрагмального нерва (при захворюваннях стравоходу, середостіння, аневризмі аорти та ін.), а також гикавку центрального (при неврозі, інсульті, енцефаліті, менінгітах, пухлинах мозку, інтоксикаціях) і рефлекторного (при захворюваннях органів черевної порожнини і пораненнях живота) походження.

Найресповсюдженіші причини диспептичних проявів наведені у *табл. 2*.

**Таблиця 2** – Причини диспептичних проявів

Диспептичні прояви	Причини (хвороби)
Печія	Закидання шлункового вмісту в стравохід (рефлюкс-езофагіт, грижа стравохідного отвору діафрагми та ін.)
Стравохідна блювота (реургітація)	Значне звуження стравоходу (стриктури, пухлини та ін.)
Відрижка	Недостатність кардії при шлунково-стравохідному або дуоденогастральному рефлюксі
Нудота	Безліч причин, зокрема гастродуоденальні захворювання (виразкова хвороба, гастрити та ін.)
Відчуття повноти, розпирання, тиску в епігастральній ділянці	Розлади евакуаторної функції шлунка (хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки)
Відчуття повноти, розпирання в животі	Безліч причин зокрема в результаті напруги стінки кишечника і черевної стінки (цироз печінки з асцитом, пухлини, кісти тощо)
Метеоризм	Надмірне скупчення газів у кишечнику при порушеннях процесів травлення
Стравохідна дисфагія (відчуття «грудки» за грудиною)	Дискінезія стравоходу (езофагіти, рак, рубцеві стриктури, здавлення ззовні, аневризми аорти та ін.)
Гикавка	Подразнення дихального центру, діафрагмального або блукаючого нерва (грижі стравохідного отвору діафрагми,

Диспептичні прояви	Причини (хвороби)
	рак кардії або дистального відділу стравоходу, перитоніт, піддіафрагмальний абсцес та ін.)
Бльовота	Уповільнення спорожнення шлунка (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки), дуоденальна обструкція (рак панкреас), перитоніальне подразнення (апендицит, панкреатит, холецистит, піелонефрит)
Анорексія, нудота, бльовота, швидке "насичення"	Гастростаз, рефлюкс жовчі (виразкова хвороба шлунка, рак шлунка)
"Переповнювання живота"	Підвищення внутрішньопросвітнього тиску в кишечнику (кишкова непрохідність)

Проте диспептичні симптоми для діагностики тих або інших захворювань органів травлення мають тільки орієнтовне значення.

**Функціональна диспепсія.** Поряд із диспепсією, яка обумовлена тим або іншим органічним захворюванням органів травлення, виділяють так звану функціональну диспепсію. Хворі на функціональну диспепсію – це різні пацієнти зі хронічними диспептичними симптомами і без чітких морфологічних аномалій у клініці. Вони складають більше 50 % всіх пацієнтів, які звертаються зі скаргами на болі й різні симптоми у верхній абдомінальній ділянці.

Критерії діагностики функціональної диспепсії:

1) хронічні або рецидивуючі болі (або дискомфорт) у верхніх відділах живота протягом не менше одного місяця, за умови, що дані симптоми проявляють себе більше 25 % часу;

2) відсутність клінічних, біохімічних, ендоскопічних, ультразвукових ознак органічних захворювань, які могли б виявлятися диспепсією.

Виділяють наступні клінічні форми функціональної диспепсії:

**Виразкоподібна форма.** При даному варіанті функціональної диспепсії провідним клінічним симптомом є періодичні болі, що локалізуються в епігастральній ділянці. Вони нерідко пов'язані з відчуттям голоду або виявляються вночі та купіруються прийомом антацидних лікарських засобів. Болі посилюються під впливом нервово-психічних чинників і часто супроводжуються появою у пацієнтів відчуття страху з приводу небезпечного захворювання.

**Дискінетична форма.** Основними стають такі симптоми, як раннє насичення, дискомфорт і відчуття переповнення, а також відчуття здуття в епігастральній ділянці, нудота.

**Неспецифічна функціональна диспепсія.** Скарги пацієнта важко віднести до тієї або іншої групи. Більше того, у одного і того ж пацієнта можливе поєднання різних варіантів функціональної диспепсії, а також поєднання різних варіантів функціональної диспепсії з клінічними проявами гастроезофагальної рефлюксної хвороби і синдрому подразненого кишечника.

**Таблиця 3** – Порівняння типової клінічної картини при диспепсії органічного і функціонального генезу

Ознаки	Органічні захворювання	Функціональна диспепсія
Тривалість симптомів	Невелика	Значна
Вираженість скарг	Постійна	Мінлива
Локалізація болю	Обмежена	Дифузна, мінлива
Втрата маси тіла	++	(+)
Зв'язок скарг зі стресом	-	+++
Скарги порушують нічний сон	++	(+)
Зв'язок із їжею	++	(+)
Функціональні скарги з боку ШКТ	+	+++
Функціональні скарги з боку інших органів	(+)	+++

### Методи діагностики

Застосування різних методів дослідження спрямоване на виключення органічних захворювань, які можуть супроводжуватися симптомами диспепсії.

**Анамнез.** При зборі анамнезу лікар повинен з'ясувати наявність у пацієнта захворювань, що викликають диспептичні симптоми. Визначити характер і динаміку скарг (болі, розпирання, відрижка, печія), їх зв'язок із порогом року і їжею. Також необхідно з'ясувати характер травлення пацієнта. Важливо дізнатися, чи проводилося лікування раніше і якими методами.

**Фізикальний огляд** проводиться для виключення фізикальних ознак захворювань ШКТ, дихальної і серцево-судинної систем.

**Лабораторні дослідження.** До рутинних методів діагностики відносять клінічний аналіз крові та дослідження калу на наявність прихованої крові (для виключення шлунково-кишкової кровотечі), а також біохімічний аналіз крові. За наявності відхилень у рутинних методах діагностики необхідне проведення додаткових методів діагностики (наприклад, візуалізуючих досліджень і ендоскопії).

**Фіброгастроуденоскопія.** Пацієнтам у віці старше 45 років, а також пацієнтам із насторожуючими симптомами, так званими симптомами "червоних прапорців" (дисфагія, блювота з кров'ю, мелена, гематохезія – яскраво-червона кров у калі, лихоманка, невмотивоване схуднення, лейкоцитоз, анемія, підвищення ШОЕ) у зв'язку з ризиком малігнізації показано негайне проведення ендоскопічного дослідження шлунка.

Для пацієнтів молодше 45 років (за відсутності насторожуючих симптомів) деякі лікарі рекомендують проведення емпіричної терапії з використанням антисекреторних або прокінетичних препаратів. У разі відсутності ефекту від лікування виконують діагностичне ендоскопічне втручання. Головна небезпека емпіричної терапії з метою діагностики полягає в тому, що навіть нетривалий курс консервативної терапії може дати гарний суб'єктивний ефект при багатьох серйозних захворюваннях (зокрема при первинно-виразковій формі раку шлунка), що може привести до пізньої їх діагностики.

Для виключення/підтвердження хелікобактерної інфекції рекомендується проведення скринінгових тестів (уреазний дихальний тест, дослідження калу методом полімеразної ланцюгової реакції – ПЛР). При збереженні симптомів шлунково-стравохідного рефлюксу після проведення ендоскопії і 2–4-тижневого курсу прийому інгібіторів протонної помпи пацієнтам можуть бути призначені стравохідна манометрія і рН-метрія.

**Диференційна діагностика.** Перший етап проведення диференційної діагностики – виключення органічної патології. Після виконання обстежень, спрямованих на виключення органічних причин, і визначення функціонального характеру диспепсії необхідне проведення диференційної діагностики з іншими функціональними порушеннями. Функціональну диспепсію часто доводиться диференціювати з синдромом подразненої товстої кишки – захворюванням також функціональної природи, що виявляється болями в животі, які минають після акту дефекації, метеоризмом, проносами, закрепамі або їх чергуванням, відчуттям неповного спорожнення кишечника, імперативними позивами на дефекацію. При цьому, проте, часто доводиться мати на увазі, що функціональна диспепсія часто може поєднуватися із синдромом подразненої товстої кишки, оскільки в патогенезі обох синдромів важливе місце належить схожим порушенням рухової функції травного тракту.

У ряді випадків синдром функціональної диспепсії доводиться диференціювати з іншими функціональними порушеннями шлунка – аерофагією і функціональною блювотою. Аерофагія визначається як повторна відрижка, обумовлена заковтуванням повітря, яка непокоїть хворого і відзначається протягом не менше 12 тиж упродовж року. Діагноз зазвичай ставиться на підставі анамнезу і об'єктивного підтвердження наявності підвищеного заковтування повітря. Хворі, які страждають на аерофагію, потребують обов'язкової консультації психіатра для виключення депресії та підвищеної тривоги.

Діагноз функціональної блювоти ставиться в тих випадках, коли у хворого протягом не менше 12 тиж упродовж року і щонайменше не рідше за 3 дні на тиждень спостерігається блювання, а ретельно проведене обстеження не виявляє інших причин, що пояснюють наявність даного симптому (відсутні блювота, що самостійно викликається, або блювота, спровокована прийомом лікарських препаратів, немає органічного ураження кишечника або центральної нервової системи, метаболічних порушень і серйозних психічних захворювань). Діагноз функціональної блювоти, що рідко зустрічається, важкий і ставиться тільки після проведення ретельного обстеження хворого, що включає проведення гастродуоденоскопії, рентгенологічного дослідження тонкої кишки і комп'ютерної томографії, визначення вмісту електролітів, оцінку евакуаторної функції шлунка, ретельне вивчення стану центральної нервової системи.

При стійкому характері диспептичних симптомів корисною може бути консультація психіатра для виключення депресії та соматоформних розладів.

Диференційно-діагностичні критерії виразкоподібного та дискінетичного варіантів функціональної диспепсії наведені в *табл. 4*.

Про неспецифічний варіант функціональної диспепсії говорять, коли симптоми цілком не відповідають ані виразкоподібному, ані дискінетичному варіантам.

**Таблиця 4** – Диференційно-діагностичні критерії виразкоподібного та дискінетичного варіантів функціональної диспепсії

Метод обстеження	Виразкоподібний варіант	Дискінетичний варіант
Клініко-анамнестичні дані	Нічні, голодні, періодичні болі з локалізацією в епігастральній ділянці, які зникають після прийому їжі чи антацидних препаратів. Значна тривалість скарг та їхня постійна вираженість	Скарги на раннє насичення, відчуття переповнення у підложечній ділянці після їди, відчуття надимання в епігастрії, дискомфорту, нудоти після їди
ФГДС	Відсутність змін, підтверджена слизовою оболонкою шлунка (СОШ)	морфологічним дослідженням
<i>Helicobacter pylori</i>	У 60–70 % обстежених за допомогою ендоскопічного уреазного тесту та морфологічного методу СОШ інфекована пілоричним хелікобактером (Hр)	Hр не перевищує 30–40 % показників в осіб контрольної групи відповідних статі та віку
УЗД	Норма	Норма
24-годинний моніторинг внутрішньостравохідного рН	Норма	Норма
Електрогастрографія	У 75 % спостережень виявляються різноманітні порушення гастродуоденальної моторики: – розлад акомодатії шлунка (до 40 %); – порушення ритму перистальтики шлунка (частіше брадигастрія); – послаблення постпрандіальної моторики антрального відділу шлунка, гастропарез; – порушення антродуоденальної координації (до 50 %); – порушення моторики 12-палої кишки, дуоденогастральний рефлюкс	
Внутрішньошлункова рН-метрія	Норма або помірна гіперацидемія	Норма

### Приклади формулювання діагнозів

1. Виразкоподібний варіант функціональної диспепсії.
2. Дискінетичний варіант функціональної диспепсії.
3. Неспецифічний варіант функціональної диспепсії.
4. Виразкова хвороба шлунка хелікобактер-асоційована, з больовим та диспептичним синдромами, із підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка, фаза загострення.

## Тактика ведення хворого залежно від особливостей перебігу захворювання

При диспепсії зі встановленою причиною лікування спрямоване на терапію органічного захворювання, що супроводжується ознаками диспепсії.

При функціональній диспепсії тактика лікування розробляється індивідуально. Для функціональної диспепсії не існує стандартної терапії і загальноприйнятих терапевтичних "золотих" стандартів. Національні і міжнародні рекомендації розрізняються, оскільки багато речовин, які використовуються в Європі (STW5, домперидон), недоступні у США або Японії, і навпаки (тегасерод).

Метою лікування функціональної диспепсії є полегшення симптомів. Дуже важливим для успішного лікування є усвідомлення хворим функціональної природи захворювання і розуміння можливості рецидивування симптомів. Терапія включає немедикаментозне (заходи щодо зміни способу життя, корекцію дієти) і медикаментозне лікування.

**Немедикаментозне лікування. Дієтотерапія.** Хоча не існує доведених харчових рекомендацій, які допоможуть поліпшити стан, рекомендується уникати жирної їжі і продуктів, які викликають здуття (наприклад, капуста, горіхи). З раціону виключається їжа, що трудно перетравлюється, і груба їжа. Не рекомендується дотримуватися дуже строгої дієти із повним виключенням будь-якого продукту (наприклад, м'яса або борошняних виробів). Багато пацієнтів почувають себе краще, вживаючи страви середземноморської кухні або негострої азіатської. Необхідне часте дрібне харчування (до 6 разів на добу). Не слід вживати великі порції їжі, особливо увечері. Також показано припинення куріння, зловживання алкоголем, вживання кави. Слід припинити прийом нестероїдних протизапальних засобів, препаратів заліза.

**Психотерапія.** Від 20 до 60 % хворих із функціональною диспепсією позитивно реагують на плацебо, таким чином, психологічний чинник відіграє важливу роль.

**Медикаментозне лікування.** Спеціальних методів лікування і профілактики функціональної диспепсії в теперішній час не розроблено. Фармакотерапія визначається формою функціональної диспепсії. Вважається виправданим призначення емпіричної медикаментозної терапії на 4–6 тиж. У медикаментозному лікуванні застосовуються антисекреторні препарати, антациди, засоби, що обволікають, прокінетики, антихелікобактерні, антибактеріальні засоби. Антидепресанти також можуть знижувати симптоми функціональної диспепсії. Антихелікобактерна терапія при функціональній диспепсії вважається доцільною за низкою позицій: *Helicobacter pylori*-інфекція і подальший хронічний гастрит вважаються одним із вірогідних механізмів розвитку функціональної диспепсії. Згідно з результатами проведених досліджень ерадикація *Helicobacter pylori* при функціональній диспепсії призводить до тривалого полегшення ряду симптомів диспепсії та є дієвою профілактикою виразкової хвороби і раку шлунка.

**Фітотерапія.** Рекомендується використовувати іберис гіркий, спиртову витяжку ібериса гіркого у поєднанні з 8 іншими трав'яними витяжками – іберогаст, кминна олія і олія м'яти.

**Прогноз.** Відсутність органічної патології дозволяє вважати прогноз сприятливим, проте у пацієнтів і функціональними розладами доведено зниження якості життя. Від 30 до 50 % пацієнтів із диспепсією через рік повністю виліковуються. У 30 % випадків спостерігається спонтанне вилікування. З іншого боку, вірогідність рецидивування клінічної симптоматики після завершення курсу терапії достатньо висока. Частота злоякісних захворювань на фоні функціональної диспепсії дуже низка.

**Профілактика.** Профілактикою функціональної диспепсії можна вважати дотримання правильного режиму харчування і раціональної дієти, зменшення стресових ситуацій, своєчасний відпочинок.

### **Тестові завдання для самоконтролю і самокорекції знань**

1. У хворого 51 року останнім часом з'явилися скарги на відчуття важкості в епігастрії після прийому їжі, відрижку з тухлим запахом, блювання давно з'їденою їжею після переїдання. Протягом тривалого часу хворіє на виразку пілоричного відділу шлунка з частими загостреннями. Об'єктивно: маса тіла знижена, нижня межа шлунка на 4–5 см нижче пупка, шум плескоту натще. Яке ускладнення виразкової хвороби розвинулося у хворого?

*A. Перивісцерит.*

*D. Перфорація виразки.*

*B. Пенетрація.*

*E. Малігнізація виразки.*

*C. Пілоростеноз.*

2. У 20-річного службовця з'явилися голодні болі в епігастральній ділянці, що супроводжувались печією. Прийом їжі знімає болі, але через півтори години вони знову відновлюються. Часто приймає соду, яка полегшує стан на короткий період часу. Який із перелічених методів найбільш інформативний для діагностики?

*A. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту.*

*B. рН-метрія шлунка.*

*C. Аналіз калу на приховану кров.*

*D. Фракційне дослідження шлункового вмісту.*

*E. Фіброгастродуоденоскопія.*

3. Хвора скаржиться на болі в епігастрії, які супроводжуються нудотою, і виникають через 2 год після прийому їжі, печією. Хворіє 5 років. Відмічає весняно-осінні загострення. Об'єктивно: знижене харчування. Пульс 80/хв, ритмічний. АТ 110/70 мм рт. ст. Язик вологий, чистий. Живіт бере участь в акті дихання, болючий при пальпації в пілородуоденальній зоні. Який метод обстеження найдоцільніший?

*A. Рентгеноскопія шлунка.*

*D. Фракційне дослідження шлункового соку.*

*B. Ультразвукове дослідження.*

*E. Біохімічний аналіз крові.*

*C. Езофагогастродуоденоскопія.*

*E. Біохімічний аналіз крові.*

4. Хворий скаржиться на нудоту, відчуття "переповненого шлунка" після вживання будь-якої їжі, здуття живота, прогресуюче схуднення. В анамнезі – зловживання алкогольними напоями протягом 26 років. При огляді: шкіра бліда. Розширення підшкірних вен передньої стінки живота, наявність вільної рідини у черевній порожнині, гепатомегалія, спленомегалія, набряки нижніх кінцівок. Назвіть основні патогенетичні механізми розвитку даного стану у хворого.

*A. Активізація перекисного окислення ліпідів та порушення мінерального обміну.*

*B. Порушення клітинного та гуморального імунітету.*

*C. Порушення функції гастроінтестинальної гормональної системи.*

*D. Дисфункція парасимпатичного та симпатичного відділів вегетативної нервової системи.*

*E. Постсинусоїдальне блокування кровотоку в печінці та формування портокавальних анастомозів.*

5. Чоловік 67 років скаржиться на втрату апетиту, відчуття важкості й розпирання в епігастральній ділянці після прийому їжі, відрижку повітрям, їжею з затхлим запахом, нудоту. При дослідженні шлункової секреції виявлено ахілію. При проведенні ЕФГДС слизова шлунка потоншена, під нею спостерігається судинний малюнок. Який діагноз найбільш імовірний?

*A. Атрофічний гастрит.*

*D. Хронічний гастродуоденіт.*

*B. Хронічний дискінетичний коліт.*

*E. Гастрит із кишковою*

*C. Рак шлунка.*

*метаплазією.*

**Вірна відповідь: 1 – С. 2 – Е. 3 – С. 4 – Е. 5 – А.**

### Технологічна карта заняття

№	Етапи	Час, хв	Способи	Устаткування	Місце проведення
1	Підготовчий	10	Пед. журнал		Навчальна кімната
2	Перевірка і корекція початкового рівня знань-умінь: – тестовий контроль; – усне опитування	25 35	Завдання-тести. Навчальні комп'ютерні програми	Персональний комп'ютер	Навчальна кімната
3	Самостійна курація хворих	45	Хворі	Дані лабораторно-інструментальних методів дослідження	Палати
4	Розгляд проведеної курації	45	Хворі	Графологічні схеми, навчальні таблиці, стенди, проекційна апаратура	Палати
5	Робота у відділенні функціональної діагностики (УЗД, ФЕГДС, рентген-кабінет)	45	УЗД, ФГДС, рентгенографія ШКТ	УЗД-апарат. Рентген-апарат. Негатоскоп. ФГДС	Кабінет УЗД. Рентген-кабінет. ФГДС-кабінет
6	Тестовий контроль кінцевого рівня знань	30	Тести		Навчальна кімната
7	Підбиття підсумків заняття, розгляд помилок, результатів контролю й опитування	15			Навчальна кімната
8	Загальне	225			

*Навчальне видання*

**Модуль 3.  
Сучасна практика внутрішньої медицини**

**Змістовий модуль 3.  
Ведення хворих  
у гастроентерологічній клініці**

**Тема 22.  
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА  
З ШЛУНКОВОЮ ДИСПЕПСІЄЮ**

***Методичні вказівки для студентів VI курсу***

Упорядники      Кравчун Павло Григорович  
                         Борзова Олена Юріївна  
                         Риндіна Наталя Геннадіївна

Відповідальний за випуск      Кравчун П.Г.



Редактор М.В. Тарасенко  
Коректор Є.В. Рубцова  
Комп'ютерний набір Н.Г. Риндіна  
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

План 2013, поз. 137.  
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,3.  
Тираж 150 прим. Зам. № 13-3087.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ru, izdat@knhmu.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**

**Змістовий модуль 3.  
Ведення хворих  
у гастроентерологічній клініці**

**Тема 22.  
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА  
З ШЛУНКОВОЮ ДИСПЕПСІЄЮ**

*Методичні вказівки для студентів VI курсу*