

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет

«Затверджено»

на засіданні кафедри

Внутрішньої медицини №1

Завідуюча кафедрою

_____ Ганна МАСЛОВА

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів під час підготовки
до практичного (семінарського) заняття та на занятті

Навчальна дисципліна	Внутрішня медицина
Модуль	«Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія)»
Тема заняття	Основні синдроми та методи обстеження в гастроентерології
Курс	IV
Факультет	Медичний 1,2

Полтава 2024

1. Актуальність теми.

У практичній діяльності лікарі часто стикаються з пацієнтами, що мають хронічні захворювання органів травної системи. Своєчасна постановка діагнозу, проведення диференційного діагнозу і лікування даних захворювань суттєво покращує якість життя хворих.

2. Конкретні цілі:

- Визначати основні клінічні синдроми в гастроентерології.
- Визначати основні лабораторні (загально-клінічні, біохімічні, імуноферментні) методи дослідження та клініко-біохімічні синдроми.
- Аналізувати різні клінічні варіанти та ускладнення, клінічні прояви захворювань органів системи травлення.
- Визначати показання, протипоказання та ускладнення проведення інструментальних (ендоскопічні, ультрасонографічні, рентгенологічних) методів обстеження в гастроентерології.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Курс нормальної анатомії	Знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту
Курс нормальної фізіології	Знати особливості функціонування органів травної системи
Гістологія	Володіти знаннями про гістологічну будову органів шлунково-кишкового тракту
Біохімія	Мати уявлення о хімічних реакціях та процесах, які відбуваються в клітинах та тканинах при захворюваннях органів травлення
Патологічна анатомія	Знати анатомічні особливості шлунково-кишкового тракту при функціональних та органічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту
Патологічна фізіологія	Знати особливості функціонування органів травного каналу при функціональних та органічних порушеннях.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати вміння проводити опитування (збір скарг, анамнезу захворювання і життя). Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

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

Термін	Визначення
Копрограма	Дослідження калу, для оцінки функціональної здатності

	ШКТ
ФЕГДС	Ендоскопічне обстеження верхнього відділу ШКТ
Колоноскопія	Ендоскопічне обстеження товстої кишки
УЗД органів черевної порожнини	Ультразвукове обстеження паренхіматозних органів травної системи
Ірігоскопія	Рентгенконтрасне дослідження товстої кишки

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Диференційна діагностика синдрому абдомінального болю та диспепсичного синдрому.
2. Загальна семіотика при захворюваннях органів травної системи.
3. Основні методи діагностики захворювань травної системи.

4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Клінічне обстеження хворих з ураженням органів травної системи.
2. Оцінка загального стану пацієнта.
3. Виявлення симптомів та синдромів ураження органів травної системи.
4. Інтерпретація результатів додаткових методів дослідження органів травної системи.
5. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань травної системи.

Зміст теми

Абдомінальний біль - найбільш частий симптом захворювань органів черевної порожнини, іноді - ураження прилеглих органів.

Класифікація абдомінального болю:

- Спастичний біль (коліки): викликається спазмом гладкої мускулатури; спастичний біль виникає: при органічній патології (печінкова, шлункова, ниркова, панкреатична, кишкові коліки, спазм червеподібного відростка), при функціональних захворюваннях (синдром подразненого кишечника), при отруєннях (свинцева колька і т.д.); виникають раптово і нерідко так само раптово припиняються, тобто мають характер больового нападу; при тривалому спастичному болю - інтенсивність змінюється - вона зменшується після застосування тепла і антиспастичних засобів; супроводжується типовою іррадіацією і, в залежності від місця свого виникнення, іррадіює в спину, лопатку, поперекову ділянку, нижні кінцівки; поведінка хворого характеризується збудженням і занепокоєнням, він приймає вимушене положення; часто спостерігаються супутні явища, які викликаються по механізму вісцеральних рефлексів (блювота, метеоризм, поява аритмій порушення коронарного кровообігу і т.д.);
- Болі від розтягування порожнистих органів (відрізняються ниючим або тягнучим характером і часто не мають чіткої локалізації);
- Болі, що залежать від порушення місцевого кровообігу: ангіоспастичні - відрізняються нападopodobністю; стенотичні - більш повільний прояв, але й ті, і інші зазвичай виникають на висоті травлення («черевна жаба»), в разі тромбозу або емболії судини біль набуває жорсткий, наростаючий характер);
- Перитонеальний біль: виникає раптово або поступово і триває тривалий час і стихають поступово; відрізняються більш чіткою локалізацією; при пальпації можна виявити обмежені больові ділянки і точки; посилюються від механічного впливу (при кашлі, русі, пальпації); викликає рефлекс у вигляді вираженого напруження м'язів стінки; хворий приймає найбільш спокійне положення, уникаючи незначних рухів;

- Відображений біль (йдеться як про іррадіацію болю, що виникає в органах системи травлення, так і, навпаки, відображення болю в живіт при захворюваннях інших органів і систем).

- Вісцеральний біль - виникає при наявності патологічних стимулів у внутрішніх органах, проводиться симпатичними волокнами, як правило, буває дифузний, погано локалізований. Основними причинами її виникнення є раптове підвищення тиску в полості органу і розтягнення його стінки (в більшості випадків), розтягнення капсули паренхіматозних органів, натяг брижейки, судинні порушення. Поява вісцерального болю часто пов'язане з рефлекторними вегетативними реакціями (що не приносить полегшення блювотою, тахікардією або брадикардією, артеріальною гіпотензією).

- Парієтальний (соматичний) - біль, що виникає при залученні в патологічний процес очеревини, черевної стінки, носить гострий характер, чітко локалізований (4 квадранта живота), супроводжується напругою м'язів черевної стінки, посилюється при зміні положення тіла, кашлі.

- Відображений (іррадіюючий) біль - виникає при надмірній інтенсивності імпульсу вісцерального болю (наприклад, проходження каменю) або анатомічному пошкодженні органу, передається на ділянки поверхні тіла, які мають загальну корінцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини. Так, при підвищенні тиску в кишечнику виникає вісцеральний біль, який потім іррадіює в спину, при біліарній кольці - в спину, праву лопатку і плече.

- Психогенний біль - виникає при відсутності вісцеральної чи соматичної причин, або ж останні відіграють роль пускового або сприятливого фактора. Особливе місце в його виникненні належить депресії. Тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем пояснюється загальними біохімічними процесами і, в першу чергу, недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Основні ознаки даних болей: їх тривалість, монотонність, дифузний характер і поєднання з болями іншої локалізації (головний біль, біль в спині, у всьому тілі).

Діагностика: у всіх жінок репродуктивного віку необхідно провести біохімічний тест на визначення вагітності; аналіз сечі допомагає діагностувати інфекцію сечостатевого тракту, пієлонефрит і уролітіаз, проте є неспецифічним (наприклад, при гострому апендициті може виявитися піурія); при запаленні, як правило, є лейкоцитоз (наприклад, при апендициті, дивертикуліті); однак нормальний аналіз крові не виключає наявності запального або інфекційного захворювання; результати дослідження функціональних печінкових тестів, амілази і ліпази можуть вказувати на патологію печінки, жовчного міхура або підшлункової залози;

методи візуалізації:

- при підозрі на захворювання біліарного тракту, аневризму черевної аорти, позаматкову вагітність або асцит методом вибору є УЗД черевної порожнини;

- КТ органів черевної порожнини досить часто дозволяє поставити правильний діагноз (нефролітіаз, аневризму черевної аорти, дивертикуліт, апендицит, мезентеріальна ішемія, кишкова непрохідність);

- оглядова рентгенографія черевної порожнини застосовується тільки для виключення перфорації полого органу і кишкової непрохідності;

- ЕКГ для виключення ішемії міокарда.

Диференціальна діагностика абдомінальних болів:

- Проривна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки - хворий раптово відчуває надзвичайно різкий біль в епігастральній ділянці, яку порівнюють з болем від удару кинджалом. Спочатку біль локалізується у верхніх відділах живота і праворуч від середньої лінії, що характерно для прориву виразки дванадцятипалої кишки. Незабаром біль поширюється по всій правій половині живота, захоплюючи праву клубову область, а потім - по всьому животу. Характерна поза хворого: лежить на боці або на спині з приведеними до живота нижніми кінцівками, зігнутими в колінах, охопивши руками живіт, або приймає колінно-ліктьове положення. Виражене напруження м'язів передньої черевної стінки живота, в більш пізньому періоді - розвиток локального перитоніту. Перкуторно визначається відсутність печінкової тупості, що вказує на наявність вільного газу в черевній порожнині.

- Гострий холецистит - характеризується повторювальними нападами гострого болю в правому підребер'ї, який супроводжується підвищеною температурою тіла, блювотою, іноді - жовтяницею, що нехарактерно для проривної виразки шлунка. Коли розвивається картина перитоніту, диференціальна діагностика утруднена, розпізнати його причину в цей період допомагає відеоендоскопічні методи. Однак при об'єктивному дослідженні живота вдається пальпувати напружені м'язи лише в правій клубовій області, де іноді визначається збільшений, напружений і болючий жовчний міхур. Відзначаються позитивний симптом Ортнера, френікус-симптом, високий лейкоцитоз, частий пульс.

- Гострий панкреатит - початку захворювання передують вживання жирної їжі. Раптово виникаючий гострий біль носить оперізувальний характер, супроводжується неприборканою блювотою шлунковим вмістом з жовчю. Хворий кричить від болю, не знаходить спокійного положення в ліжку. Живіт роздутий, напруга м'язів, перистальтика ослаблена. Спостерігаються позитивні симптоми Воскресенського і Мейо-Робсона. У біохімічних аналізах крові - високий показник амілази, іноді - білірубіну. При відеоендолапароскопії виявляються бляшки жирового некрозу на очеревині і в великому сальнику, геморагічний випіт, підшлункова залоза з крововиливами чорного кольору.

- Печінкова і ниркова кольки – гострий біль носить переймоподібний характер, клінічні прояви жовчнокам'яної або сечокам'яної хвороби.

- Гострий апендицит необхідно диференціювати з проривною виразкою. Так як при прободній виразковій хворобі шлунковий вміст спускається в праву клубову ділянку, то викликає різкий біль у правій клубовій області, епігастрії, напруження передньої черевної стінки і симптоми подразнення очеревини.

- Тромбоемболія мезентеріальних судин - характеризується раптовим приступом болю в животі без певної локалізації. Хворий неспокійний, швидко розвиваються інтоксикація і колапс, з'являється рідкий стілець з домішками крові. Живіт роздутий без напруги передньої черевної стінки, перистальтика відсутня. Пульс частий. Виявляється миготлива аритмія. Нерідко в анамнезі є вказівка на емболію периферичних судин гілок аорти. Під час діагностичної відеоендолапароскопії виявляються геморагічний випіт і некротичні зміни петель кишечника.

Синдром нудоти і блювоти

Нудота - неприємне відчуття в надчеревній ділянці. Вона зазвичай передують блювоті, але часто є і самостійним симптомом. Нерідко нудота супроводжується вазомоторними реакціями: слабкістю, запамороченням, напівнепритомністю, блідістю шкірних покривів, підвищеним потовиділенням, слинотечею.

Блювота - виверження шлункового або кишкового вмісту через рот і носові ходи назовні.

Патогенетичні варіанти нудоти:

- центральна нудота (психогенії, структурні ураження центральної нервової системи) виникає безпосередньо при подразненні блювотного центру;
- рефлекторна нудота (захворювання органів травлення, сечовидільної системи та ін.) відзначається при ваготонії;
- гематогенно-токсична нудота - обумовлена впливом на хеморецептори довгастого мозку метаболітів, токсинів, ліків і отрут.

Причини блювоти: захворювання травної системи, інфекції, ураження ЦНС, захворювання серцево-судинної системи, обмінні і ендокринні розлади, онкологічні захворювання, кровотеча, лікарські засоби і токсичні речовини.

Діагностика: Ретельний збір анамнезу. Оцінюючи час появи блювоти, можна відзначити, що блювота натщесерце частіше виникає при захворюваннях з портальною гіпертензією; відразу або незабаром після їжі при гострому гастриті і виразковій хворобі (блювота також може бути обумовлена психогенними причинами); в кінці дня - при порушеннях евакуації з шлунка, тоді як ранкова блювота - при ураженнях ЦНС, вагітності, уремії, алкогольному гастриті.

Супутні скарги і симптоми. Запаморочення і шум у вухах спостерігаються при хворобі Мен'єра; полегшення болю в животі після блювоти настає при виразковій хворобі; швидке насичення - при парезі шлунка; головний біль, знімається після блювоти, часто супроводжує артеріальну гіпертензію; нудота і блювота з нападами головного болю можуть бути наслідком мігрені. Оцінка характеру блювотних мас. Кислий запах виявляється при виразковій хворобі, стенозі ворота. Запах згірклого масла - через підвищене утворення жирних кислот при гіпо- та ахлоргідрії; тухлий, гнильний - при застої їжі в шлунку; аміачний або нагадує запах сечі - у хворих з хронічною нирковою недостатністю; каловий - при шлунково-товстокишковій свищів і кишкової непрохідності.

При оцінці домішок в блювотних масах треба відзначити наявність слизу (гастрит), гною (флегмона шлунка), частинок їжі через 8 і більше годин після прийняття їжі (стеноз пілоричного відділу, дванадцятипалої кишки), жовчі (дуоденогастральний рефлюкс, хронічна дуоденальна непрохідність), прожилок крові при сильних багаторазових блювотних рухах; рясне виділення чистої крові у випадках виразки, при синдромі Меллорі-Вейса. Кривава блювота зазвичай поєднується з дьогтьоподібним калом.

Загальний аналіз крові; Біохімічний аналіз крові;

Інструментальні методи дослідження: використовують фіброезофагогастродуоденоскопію, рентгенографію верхніх відділів-травного тракту як з контрастуванням, так і без, УЗД органів черевної порожнини. Додаткові методи дослідження: вимірювання артеріального тиску, ЕКГ, ультразвукове дослідження і КТ головного мозку.

Синдроми при захворюванні печінки

- **Цитолітичний синдром** - порушення проникності клітинних мембран гепатоцитів і їх органел. що призводить до вивільнення складових частин клітин у міжклітинний простір і кров. Цитоліз - один з основних показників активності патологічного процесу в печінці.

Для цитолітичного синдрому характерно: підвищення активності ферментів-індикаторів цитолізу і печінково-клітинних некрозів - АлАТ, АсАТ, альдолази, сорбітдегідрогенази (СДГ), лактатдегідрогенази (ЛДГ) і її ізоферментів ЛДГ4 і ЛДГ5; гіпербілірубінемія з підвищенням переважно прямої фракції; підвищення в сироватці крові концентрації заліза.

- **Имунозапальний синдром** - ураження стромы печінки. В результаті реакції мезенхімальних елементів, а також лімфомакрофагальних інфільтратів, локалізованих в портальних трактах і самих часточках, виникають виражені порушення гуморального і клітинного імунітету.

Характерно: підвищення рівня у-глобулінів в сироватці крові, часто з гіперпротеїнемією; зміна білково-осадових проб (тимолової, сулемової); підвищення рівня IgG, IgM, IgA, поява неспецифічних антитіл, в т.ч. і до ДНК, гладком'язових волокон, мітохондрій, зміна кількості і співвідношення субпопуляцій лімфоцитів (хелперів, супресорів).

- **Холестатичний синдром** - порушення секреції жовчі.

Виділяють холестази: первинний - в результаті ураження холесекреторного апарату гепатоцитів; вторинний - за рахунок порушення відтоку жовчі по жовчовивідних шляхах.

- **Синдром холестази** супроводжується: підвищенням активності ферментних маркерів – лужної фосфатази, лейцин- амінопептидази, у-глутамілтранспептидази, 5-нуклеотидази; підвищенням рівня холестерину, фосфоліпідів, жовчних кислот; гіпербілірубінемією.

- **Синдром гепатоцелюлярної недостатності** - порушення функції печінки, починаючи від легких, які можна визначити за допомогою високочутливих біохімічних тестів, і закінчуючи важкими проявами печінкової коми.

синдром жовтяниці

- **Жовтяниця** - забарвлення шкіри, слизових оболонок і склер в жовтий колір різних відтінків внаслідок накопичення білірубіну.

Клініка залежить від виду жовтяниці. Скарги: гіркота в роті, нудота, свербіж шкіри, розчухи.

- Надпечінкова жовтяниця (за рахунок гемолізу еритроцитів): при спадкових гемолітичних анеміях (Мінковського-Шофара, таласеміях і ін.); при набутих гемолітичних анеміях (аутоімунних, постгемотрансфузійних, сепсисі, опіках, дії гемолітичних отрут, механічних, паразитарних впливах); при крововиливах (гематоми, інфаркти); при посиленні еритропоезу (В12-дефіцитна анемія, сідеробластична анемія).

Клінічна картина: лимоний відтінок шкірних покривів, помірна інтенсивність фарбування, відсутність свербіжу; часто - блювання жовчю; відсутність збільшеної печінки, часто - збільшення селезінки; гематологічні ознаки анемії (поєднуються з невеликим лейкоцитозом і ретикулоцитозом); помірна гіпербілірубінемія (у 2-4 рази вище норми) за рахунок вільної фракції; уробілірубінурія (сеча кольору темного пива); негативна реакція сечі на білірубін;

інтенсивне фарбування жовчі при дуоденальному зондуванні (плейохромія).

- Печінкові, печінково-клітинні жовтяниці (внаслідок пошкодження гепатоцитів). Причини: гепатити (гострі і хронічні) і цирози; медикаментозні, токсичні ураження печінки; первинний і метастатичний рак печінки; функціональні гіпербілірубінемії (синдром Жильбера, синдром Кріглера- Наджара, синдром Дабина-Джонсона, синдром Ротора);

Клінічна картина: епід анамнез щодо вірусного ураження печінки, виявлення маркерів вірусного гепатиту; наявність лікарського, алкогольного, професійного анамнезу; ознаки порушення функції гепатобіліарної системи (жовтяниця, астено-невротичний, диспептичний, шкірний, геморагічний та ін. синдроми); гіпертермія; збільшення печінки, селезінки; гіпербілірубінемія змішаного характеру, часто за рахунок зв'язаної фракції; підвищення активності печінкових ферментів і осадових проб, зниження рівня протромбіну, альбуміну; білірубінурія, уробілірубінурія (потемніння сечі); зниження рівня стеркобіліну в калі.

- Підпечінкова жовтяниця (внаслідок механічної перешкоди відтоку жовчі)

Пухлинного генезу (рак головки pancreas, великого дуоденального сосочка, жовчного міхура, жовчних проток)

Клініка: сіро-землистий колір шкіри; загальні ознаки пухлинного захворювання (анорексія, схуднення та ін.); поступовий розвиток жовтяниці без попереднього нападу коліки; рання поява свербіжу, іноді передуює жовтяниці; тупий біль у верхній половині живота; тривале і стабільне посвітління калу (ахолія), за винятком раку великого дуоденального соска, коли ахолія може бути інтермітуюча; гепатомегалія при пухлинному процесі в печінці; стійка гіпербілірубінемія за рахунок пов'язаного (прямого) білірубину; біохімічні тести, які вказують на холестази (збільшення рівня холестерину, лужної фосфатази, у-глутамілтранспептидази); стійка білірубінурія.

Непухлинного генезу (при жовчнокам'яній хворобі).

В анамнезі - жовчнокам'яна хвороба, напади печінкової коліки;

погана переносимість жирної і смаженої їжі, що часто провокує напад; поява жовтяниці після больового нападу з підвищенням температури, ознобом, блювотою; виражена болючість при пальпації правого підребер'я; позитивний симптом Ортнера; відсутність збільшення печінки і селезінки; в аналізі крові - нейтрофільний лейкоцитоз;

УЗД органів черевної порожнини - конкременти в жовчовивідних шляхах.

Діагностичні дослідження при жовтяниці:

Обов'язкові: загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі (уробілін, жовчні пігменти); рівень білірубину в крові; аналіз калу на стеркобілін; ферменти крові; печінкові біохімічні тести; протромбіновий час; маркери вірусів гепатиту А, В, С Д.

При наявності показань: аналіз калу на яйця гельмінтів; рівень В12 і фолієвої кислоти; імуноглобуліни крові, циркулюючі імунні комплекси; титр антинуклеарних і антимітохондріальні антитіли, антитіло до гладкої мускулатури або мікросомальним антигенам; коагулограма; С-реактивний протеїн; осадкові проби (тимолова); маркери пухлинних утворень (а-фетопротеїн крові).

Обов'язкові інструментальні методи: оглядова рентгеноскопія (-графія) органів грудної клітини; УЗД органів черевної порожнини.

Консультації фахівців: інфекціоніста (при виявленні маркерів вірусів); хірурга (при механічній, обтураційній жовтяниці); гематолога.

Синдром мальабсорбції - клінічний симптомокомплекс, обумовлений порушенням харчування організму внаслідок розладів процесів абсорбції в тонкій кишці.

Найчастіше розвивається при целиакії, при кишковому дисбіозу.

Характеризується розладом обміну речовин - жирового, вуглеводного, білкового, водно-сольового, а також порушенням обміну вітамінів.

Діагностика: Копрологічне дослідження (стеаторея і ін.); Йод-калієвий тест. Елімінаційна дієта. Визначення білка і білкових фракцій, протромбіну, кальцію, холестерину в сироватці крові, толерантності до глюкози. Проба з О-ксилозой (5-грамовий варіант). Вивчення кишкової абсорбції за допомогою мічених ¹³¹I, ¹⁴C, ⁸²Br ліпідів (інформація про всмоктування функцію тонкої кишки), міченого ⁶⁰Co, ²⁴Na і вітаміну В 12 (інформація про всмоктування в клубовій кишці). Біопсія тонкої кишки.

Синдром діареї - прискорене (як правило, більше 3 разів на добу) спорожнення кишечника з виділенням рідких або кашкоподібних випорожнень, інколи з появою патологічних домішок (слизу, крові).

Механізми розвитку діареї:

- збільшення секреції електролітів епітелієм кишечника, викликаючи масивну втрату рідини (секреторна діарея);
- зниження абсорбції з просвіту кишечника електролітів і поживних речовин, що розвивається внаслідок пошкодження щіткової облямівки епітелію товстого або тонкого кишечника (ексудативна діарея);
- підвищення осмолярності кишкового вмісту внаслідок дефіциту сахаролітичних ферментів і непереносимості лактози (гіперосмолярна діарея);
- порушення рухової активності кишечника (гіперкінетична діарея).

ЕГДФС- метод візуальної оцінки стану слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки за допомогою гнучких фіброскопів, здатних змінювати конфігурацію робочої частини відповідно до форми досліджуваних органів. Сучасна ЕГДФС - це вид ендоскопії з високою роздільною здатністю збільшенням та виведенням якісного зображення на екран монітора, внесенням його у пам'ять персонального комп'ютера, створенням комп'ютерного архіву зображень та можливістю у будь-який час ці зображення повторно аналізувати та порівнювати.

Показання:

I. Діагностичні:

- диспепсія (біль у ділянці живота, відчуття переповнення шлунка, печія, відрижка, нудота, блювання, надмірний метеоризм, проноси, запори, втрата апетиту та ін.), особливо у осіб, віком старше 40 років;
- гематомезис (криваве блювання), з метою виявити джерело кровотечі;
- зменшення маси тіла;
- діарея (обов'язкова біопсія слизової оболонки дистальних відділів дванадцятипалої кишки з метою діагностики целиакії - глютенкової ентеропатії, яка характеризується атрофією ворсин тонкої кишки);
- залізодефіцитна анемія.

Екстрені:

- підозра на наявність стороннього тіла в стравоході, шлунку (для діагностики і подальшого видалення сторонніх тіл);
- стравохідна кровотеча;
- для уточнення джерела шлунково-кишкової кровотечі;

Планові

- діагностика захворювань стравоходу, шлунка та кишківника;
- для уточнення стану шлунка при захворюваннях сусідніх органів (підшлункової залози, жовчного міхура);
- регулярне проведення з метою діагностики необхідне у хворих, що мають ризик розвитку раку шлунка (атрофічний гастрит та ін.).

Протипоказання;

Абсолютні:

- різке звуження стравоходу;
- стеноз воротаря;
- флегмонозний езофагіт;

- хімічні опіки стравоходу і шлунка в гострому періоді (8-10 днів), рубцева стриктура;
- припущення про наявність перфорації внутрішніх органів;
- патологічні процеси в середостінні (пухлина, медіастиніт, аневризма аорти), які зміщують стравохід;
- стан, що вимагає повного спокою (гострий період інфаркту міокарда, ГПМК та ін.);
- тяжка серцево-судинна і легенева недостатність;
- астматичний статус;
- кома;
- шок;
- інфекційні і психічні хвороби.

II. Відносні:

- виражені деформації хребта;
- захворювання, що поєднуються із вираженою серцево-судинною і дихальною недостатністю;
- гемофілія;
- психічні захворювання.

Рентгенодіагностика. У діагностиці захворювань органів травної системи використовуються наступні діагностичні методи; Оглядова рентгенографія черевної порожнини без контрастування - застосовується для діагностики непрохідності кишечника. Ознаками непрохідності кишки є рівні рідини в кишці і арки - петлі кишечника, заповнених газом. Дослідження з контрастуванням. У цих дослідженнях застосовуються рентгеноконтрастні препарати, що містять суспензію частинок сульфату барію. При пероральному прийомі барієвої суспензії оцінюються глоткова і стравохідна фази процесу ковтання, контрастування стравоходу і шлунку і діагностуються стенози вихідного відділу шлунку. При підозрі на механічну непрохідність кишки використовують пероральний прийом барію з динамічним спостереженням. Через 6 і 8 годин від моменту прийому препарату барію виконують серію знімків.

Йодвмісні (водорозчинні) препарати для рентгеноконтрастних досліджень звичайно застосовують для діагностики перфорацій стравоходу. Контрастність препаратів йоду нижче, тому вони гірше виявляють дрібні і ізольовані перфорації. Якщо поза стравоходом контрастна речовина не виявляється, показано повторне дослідження з барієм.

Рентгенологічний метод має особливу діагностичну цінність при підозрі на перфорацію стінок порожнистих органів і, в першу чергу, дванадцятипалої кишки і шлунку. В даному випадку роль контрастної речовини виконує газ, що потрапляє в черевну порожнину з порожнистого органу і що скопичується в надпечінковому просторі у вигляді «серпа», який виразно візуалізується при рентгенографії.

1. Рентгенографія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Чутливість рентгенографії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту значно нижче, ніж у ендоскопічного методу, тому вона застосовується тільки за відсутності можливості ендоскопії. За допомогою рентгенологічного методу можна провести верифікацію виразкового ураження шлунку і дванадцятипалої кишки, при цьому виявляються прямі (морфологічні) і непрямі (функціональні) ознаки.

2. Обстеження тонкого кишечника.

Обстежувати тонку кишку за допомогою рентгенологічного методу можливо тільки при

пероральному введенні барієвої суспензії. При цьому виконують ряд знімків (не раніше чим через 4-6 годин). В ході дослідження можна виявити механічну перешкоду просуванню барієвої суспензії.

Іригоскопія:

Показання:

- хронічні захворювання товстої кишки;
- підозра на пухлини;
- поліпи;
- кишкові кровотечі.

Протипоказання:

- хронічні декомпенсовані вади серця;
- тромбоз мозкових судин;
- гострі захворювання органів черевної порожнини;
- явища перитоніту.

Колоноскопія.

При проведенні цього дослідження оглядається і обстежується товстий кишечник на всьому протязі, до рівня його переходу в тонкий. Воно дозволяє оцінити стан його слизової оболонки (колір, характер судинного малюнка, особливості складчастості), виявити наявність клітинних метаблазій і пухлинних утворень, визначити рівень і ступінь обструкції. Виявляються також ходи свищей, дивертикули. Метод колоноскопії незамінний при необхідності візуального огляду просвіту кишечника і отримання матеріалу, біопсії, з патологічно змінених ділянок слизової оболонки.

Покази і протипокази до колоноскопії

Скарги та клінічні ознаки, характерні для ураження товстої кишки:

- порушення акту дефекації (закрепи, проноси, нестійкий стілець), метеоризм та - болі в животі
- виділення крові при акті дефекації - симптом, який спостерігається при захворюваннях аноректальної зони (геморой, анальна тріщина) та при патології вищих відділів товстої кишки (поліпи, рак, неспецифічні захворювання товстої кишки)

Збільшені гемороїдальні вузли або анальна тріщина, діагностовані при ректороманоскопії не є приводом для відмови від колоноскопії, так як часто маскуються пухлини товстої кишки з кровотечею.

- Слиз, гній в калі
- Анемія
- При пухлинах, виявлених рентгенологічними методами, комп'ютернотомографічними методами, методами колоноскопії та методами ендоскопічної капсули для взяття біопсії та уточнення морфологічної будови пухлини
- Проведення колоноскопії для виявлення супутньої або вторинної патології товстої кишки - поліпи верхніх відділів ШКТ, виявлені при езофагогастродуоденоскопії вимагають виконання ревізії товстої кишки
- Поліпи, виявлені при ректороманоскопії є показом для ревізії товстої кишки
- Патологія суміжних органів (ендометріоз), пухлини органів малого тазу
- Системні захворювання - колагенози, амілоїдоз, васкуліти
- Діагностична колоноскопія у пацієнтів з груп ризику пацієнти з сімейним пухлинним анамнезом
- пацієнти з неспецифічними запальними захворюваннями товстої кишки

- пацієнти з раніше діагностованими дрібними поліпами товстої кишки, після поліпектомічних операцій
- пацієнти, що перенесли хірургічне втручання на товстому кишечнику скринінгові обстеження проводяться пацієнтам після 40-а років, кожні 5-ть років інтраопераційне визначення локалізації пухлини

Абсолютними протипоказами до колоноскопії є:

- Гостра фаза порушення мозкового кровообігу
- Гостра фаза інфаркта міокарда
- Тяжкий ступінь серцево-судинної, легеневої та змішаної недостатності
- Порушення ритму серцевої діяльності
- Тяжкі клінічні форми запальних захворювань товстої кишки
- Аневризма аорти або серця
- Гострі запальні інфільтрати черевної порожнини
- Підозри на абсцес черевної порожнини
- Інфекційні захворювання.

Симптоми

Бадда-Кіарі синдром - симптомокомплекс закупорки печінкових вен. У гострих випадках проявляється раптовою нудотою, блюванням з кров'ю, розвитком печінкової коми, у хронічних випадках - наростаючим болем у верхній половині живота, збільшенням печінки, рідше селезінки; характеризується швидким розвитком асцити, наростанням порушень функції печінки, іноді - гіпоглікемічними станами, гіпохолестеринемією. Клінічні варіанти залежать від локалізації уражених судин.

Бергмана симптом - ознака шлунково-кишкової кровотечі при виразковій хворобі: зникнення болю після початку кровотечі.

Бергмана синдром - езофагокардіальний симптомокомплекс при діафрагмальних килах; неприємне відчуття стороннього тіла («грудка їжі») в області кардії; кардіалгія, епігастралгія; незалежні від положення тіла відчуття в області серця (болі, екстрасистолія), рецидивуюча гикавка, дисфагія, рецидивуючий рефлюкс- езофагіт. Симптоми посилюються при натисканні на грудну клітку.

Блюмберга - Щоткіна симптом - ознака запалення або подразнення очеревини: при повільному натисканні рукою на живіт хворий майже не відчуває болю, гострий біль з'являється при швидкому відборі руки.

Боаса - точки знаходяться в області X, XI та XII грудних хребців, при натисканні зліва від тіл цих хребців виникає біль при виразці малої кривизни шлунка, а праворуч від них - при виразці воротаря і дванадцятипалої кишки (зустрічається також при захворюваннях жовчного міхура та підшлункової залози

Василенка симптом - поява пізнього (через 7-8 год. після їжі) шуму плескоту праворуч від середньої лінії живота при виразковій хворобі - свідчить про розширення препілоричного відділу шлунка або про значну гіперсекрецію шлункового соку.

Вірхова симптом - можлива ознака раку шлунка; наявність одного або декількох м'яких безболісних лімфатичних вузлів над лівою ключицею.

Симптом Грекова - рання ознака перфорації виразки шлунка або дванадцятипалої кишки; уповільнення пульсу відразу після перфорації. **Грекова-Ортнера симптом** - болючість при постукуванні ребром кисті по правій реберній дузі (характерний для патології жовчовивідних шляхів).

Гротта симптом - деяка атрофія підшкірного жирового шару в області проекції

підпшункової залози на передню черевну стінку при хронічному панкреатиті.

Губерґріца О.Я. симптом (Губерґріца точка) - ознака запалення хвоста підпшункової залози - біль, що виникає при натисканні в точці, що знаходиться на 6 см вище пупка, на лінії, що з'єднує його з вершиною лівої пахвової ямки.

Джанелідзе симптом - диференційно-діагностична ознака інфаркту міокарда та гострого панкреатиту: зменшення болю при глибокій пальпації надчеревної області характерно для інфаркту міокарда, а посилення болю - для панкреатиту.

Захар'їна симптом - біль при постукуванні або натисканні на ділянку проекції жовчного міхура (при гострому холециститі).

Кача симптом - гіперестезія шкіри в ділянках іннервації VIII грудного сегмента зліва (спостерігається при хронічному панкреатиті).

Кера симптом - болючість при глибокій пальпації в точці проекції жовчного міхура, розташованої на перехрещенні зовнішнього краю правого прямого м'яза живота і реберної дуги (ознака холецистити).

Кримова симптом - ознака перфорації при виразці шлунка або дванадцятипалої кишки; болючість при пальпації пупка кінчиком пальця.

Куллена - набряк і екхімози навколо пупка при панкреонекрозі, ретроперитонеальному або внутрішньочеревному крововиливі.

Курвуаз'є симптом - збільшений; перерозтягнутий жовчний міхур у хворих з механічною жовтяницею (ознака можливої закупорки загальної жовчної протоки).

Мейо-Робсона симптом - больова точка в лівому реберно-хребетному куті (характерний для панкреатиту).

Мейо-Робсона - точка знаходиться в місці з'єднання зовнішньої і середньої третини лінії, що з'єднує пупок з серединою лівої реберної дуги (болючість у цій точці спостерігається при ураженні хвоста підшлункової залози),

Мелорі-Вейса синдром - характеризується гостро виникаючими поздовжніми розривами слизової оболонки кардіального відділу шлунка і абдомінального відділу стравоходу, що супроводжуються стравохідно-шлунковими кровотечами

Менделя симптом - болючість при уривчастому постукуванні в підложечній ділянці (свідчить про втягнення в патологічний процес парієтального листка очеревини у хворих виразковою хворобою).

Мерфі симптом - ознака патології жовчного міхура: рівномірно натискаючи великим пальцем руки на ділянку жовчного міхура, хворому пропонують зробити глибокий вдих, при цьому у нього «перехоплює подих і відзначається значний біль в цій області.

Мюссі - Георгієвського симптом - болючість при натисканні на діафрагмальний нерв між ніжками грудинно-ключично-соскоподібного м'яза праворуч (ознака ураження жовчного міхура, часто - гострого холецистити).

Образцова синдром - при пальпації сліпої кишки спостерігається стабільне бурчання (характерне для синдрому мальдигестії).

Опеньховського симптом - болючість в області остистих відростків X-XII грудних хребців (спостерігається при виразковій хворобі, захворюваннях жовчного міхура та підшлункової залози).

Рігеля симптом - рентгенологічна ознака виразки шлунка: відсутність перистальтики, переважно дистально від місця розміщення виразки, нерідко відзначається також після рубцювання виразки.

Спіжарного симптом - ознака перфорації при гастродуоденальних виразках;

зникнення печінкової тупості і поява високого тимпаніту над печінкою.

Матеріали для самоконтроля.

1. Наявність болючості при глибокій пальпації в точці проекції жовчного міхура характерно для:
 - А. Холециститу
 - В. Панкреатиту
 - С. GERX
 - Д. Синдрому подразненого кишківника
 - Е. Хронічному гастриті
2. Симптом Менделя позитивний у хворих з наявністю:
 - А. Виразкової хвороби
 - В. Панкреатиту
 - С. Холециститу
 - Д. GERX
 - Е. Диспепсії
3. Симптом Чухрієнка – це ознака :
 - А. Холециститу
 - В. GERX
 - С. Гострого панкреатиту
 - Д. Синдрому подразненого кишківника
 - Е. Хронічного гастриту
4. Симптом Мейо-Робсона характерний для:
 - А. Холециститу
 - В. Синдрому подразненого кишківника
 - С. Хронічного гастриту
 - Д. Диспепсії
 - Е. Хронічного панкреатиту
5. Симптом Захар'їна характерний для:
 - А. Панкреатиту
 - В. Гострого холециститу
 - С. Виразкової хвороби шлунка
 - Д. GERX
 - Е. Диспепсії
6. Для якого симптому характерна наявність одного або декількох м'яких безболісних лімфатичних вузлів над лівою ключицею ?
 - А. Боаса
 - В. Менделя
 - С. Мерфі
 - Д. Мюссі-Георгієвського
 - Е. Вірхова
7. Які зміни в біохімічному аналізі крові характерні для синдрому цитолізу?
 - А. Підвищення лужної фосфатази, зниження холестерина
 - В. Зниження загального білку та протромбіну, підвищення загального холестерину
 - С. Підвищення АсАТ, АлАТ, ЛДГ

- Д. Підвищення білірубіна, протромбіну, лужної фосфатази
Е. Зниження протромбіну, АлАТ, АсАТ
8. Назвіть які зміни в біохімічному аналізі крові спостерігаються при синдромі холестазу?
А. Підвищення загального холестерину, зниження фібіриногену
В. Підвищення трансаміназ, зниження холестерину
С. Підвищення лужної фосфатази, холестерину, білірубіну
Д. Зниження загального білку, холестерину, білірубіну
Е. Зниження лужної фосфатази, альбумінів
9. Для якого симптому характерна болючість при натисканні на діафрагмальний нерв між ніжками трудинно- ключично-соскоподібного м'яза праворуч ?
А. Мюссі - Георгієвського
В. Мерфі
С. Кера
Д. Чухрієнка
Е. Тужиліна
10. Симптом Курвуазьє це:
А. больова точка в лівому реберно-хребетному куті
В. болючість при уривчастому постукуванні в підложечній області
С. болючість при натисканні на діафрагмальний нерв між ніжками трудинно- ключично-соскоподібного м'яза праворуч
Д. болючість при пальпації під мечоподібним відростком
Е. збільшений; перерозтягнутий жовчний міхур у хворих з механічною жовтяницею (ознака можливої закупорки загальної жовчної протоки),
- Відповіді: 1. А; 2. А; 3. С; 4. Е; 5. В; 6. Е; 7. С; 8. С; 9. А; 10. Е.

Матеріали для самоконтроля

Задачі для самоконтроля.

1. Хвора П., 32 років, звернулася до сімейного лікаря з приводу загострення хронічного гепатиту. В біохімічному аналізі крові виявлено підвищення рівня амінотрансфераз, лужної фосфатази. Назвіть який з патологічних процесів найбільш ймовірно обумовив дані зміни?
А. Синдром цитолізу
В. Синдром холестазу
С. Порушення гемостазу
Д. Портальна гіпертензія
Е. Гіперспленізм
2. Чоловік, 42 років, має скарги на свербіж шкіри, жовтяницю, відчуття важкості у правому підребер'ї, загальну слабкість. Шкіра жовта, сліди розчухів, печінка + 4 см, селезінка 6х8 см. В крові: ЛФ – 5,0 мкмоль/л; загальний білірубін – 62 мкмоль/л; холестерин – 9 ммоль/л. Назвіть провідний синдром у даного хворого?
А. Синдром цитолізу
В. Гепатолієнальний
С. Печінковоклітинної недостатності
Д. Синдром холестазу
Е. Мезенхімально-запальний

3. Хворий Р., скаржиться на печію, пекучий біль за грудиною. З анамнезу відомо 5 років тому переніс вірусний гепатит В, зловживає алкоголем. Вранці після прийому їжі та підняття важкості з'явилася блювота свіжою темною кров'ю. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, вологі, пульс – 93/хв, АТ 90/60 мм. рт.ст. Склері іктеричні, живіт збільшений в розмірі за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Яка на Вашу думку найбільш ймовірна причина кровотечі?

- А. Виразка 12-палої кишки
- В. Синдром Мелорі-Вейса**
- С. Синдром Бада-Кіарі
- Д. Розрив варикозних вен стравоходу
- Е. Ахалазія стравоходу

4. Хворий Л., скаржиться на появу різкої слабкості, блідості шкірних покривів, холодний піт, появу спраги, спостерігалось блювання з домішками крові темно-вишневого кольору, в анамнезі цироз печінки протягом 6-ти років. Назвіть найбільш ймовірну причину розвитку даної кровотечі?

- А. Портальна гіпертензія**
- В. Малігнізація
- С. Тромбоз печінкових вен
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії
- Е. Серцева недостатність

5. Хворий Ж., має скарги на помірний біль у надчеребній ділянці, постійне здуття живота, яке збільшується після вживання їжі; з анамнезу відомо, що хворіє на цироз печінки. При огляді; розширенні підшкірні вени живота, ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині, гепатоспленомегалія. За результатами УЗД: розширення портальної вени, збільшення печінки і селезінки. Оберіть найбільш ймовірне ускладнення цирозу печінки у даного хворого?

- А. Дисбактеріоз кишечника
- В. Перитоніт
- С. Портальна гіпертензія.**
- Д. Тромбоз ворітної вени
- Е. Печінково-клітинна недостатність

6. Хворий Ш., 45 років, останні 2 роки лікується з приводу цирозу печінки. Скаржиться, що за місяць значно збільшився живіт, посилилась загальна слабкість. Протягом останніх 2 тиж. приймав фуросемід щодня. Які найбільш ймовірні зміни електролітів можна очікувати в крові?

- А. Гіперкаліємію
- В. Гіпокаліємію.**
- С. Гіперкальціємію
- Д. Гіпернатріємію
- Е. Гіпокальціємію

7. Жінка У., 42 років, скаржиться на запаморочення, посилення жовтушності, судом. Погіршення стану відмічає за останні 10 днів. З анамнезу відомо, що хворіє на мікронодулярний криптогенний цироз печінки. Яке дослідження необхідно призначити з метою виявлення причини погіршення стану?

- А. Визначення рівня холестерину
- В. Визначення рівня аміаку сироватки.**

С. Визначення рівня лужної фосфатази.

D. Визначення АлАТ та АсАт

Е. Визначення вмісту α -фетопротеїну

8. Хворий 39 років скаржиться на головний біль, блювання, відразу до їжі, безсоння, жовтушність шкірних покривів, здуття живота, печінковий запах з рота. Скарги з'явилися після вживання спиртних напоїв. В анамнезі цироз печінки. Назвіть найбільш ймовірне ускладнення цирозу печінки?

А. Портальна гіпертензія.

В. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу.

С. Печінково-клітинна недостатність

Д. Тромбоз брижових судин.

Е. Гостра виразка шлунка.

9. Жінка, 47 років, має скарги на нападоподібний біль у правому підребер'ї, нудоту. На 2-й день з'явилась іктеричність склер. Подібні напади з іктеричністю склер повторювалися двічі протягом 1,3 року. Об'єктивно: іктеричність склер, язик сухий, живіт здутий, відмічається болючість у зоні Шоффара, позитивний симптом Ортнера. У загальному аналізі крові: л. $11,0 \cdot 10^9$ /л, п/я – 15%, ШОЕ – 26 мм/год. Яке додаткове дослідження найбільш доцільно провести для встановлення діагнозу?

А. Лапароскопію

В. УЗД черевної порожнини.

С. Дуоденальне зондування

Д. Холецистографію

Е. Оглядову рентгенограму черевної порожнини

10. Хворий Ф., 32 років, має скарги на ниючий біль, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, періодично відмічає гострий біль, що іррадіює в спину, нудоту, гіркоту в роті, печію, яка посилюється в другій половині дня. Ці скарги з'явилися з 29 тижня вагітності. Об'єктивно: болючість під час пальпації в надчеревній ділянці та правому підребер'ї, переважно в проекції жовчного міхура. Раніше холецистографія не виявляла тіні міхура. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Гострий панкреатит

В. Жовчнокам'яна хвороба

С. Гострий гастрит

Д. Дискінезія жовчних шляхів.

Е. Виразкова хвороба шлунка

Відповіді: 1. А; 2. Д; 3. В; 4. А; 5. С; 6. В; 7. Д; 8. В; 9. В; 10. В.

Література:

Базова:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 680с.

2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --- К. : ВСВ «Медицина», 2019. - 584с.
3. Внутрішня медицина. У 2 частинах. Частина 1. / За редакцією професора Л.В. 5. Глушко. – К: Медицина, 2020.
4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.1 / за ред. С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: В. Ждан, Л. Бабінець, Л. Пасієшвілі, В. Величко, Н. Михайловська. ---пер. 23-го англ вид. --- Київ : ВСВ "Медицина", 2020.- 258 с.
5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона.- «Медицина», 2021. - 778 с
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін [Текст]: [довід.-посіб.] / за ред. проф. Ю. М. Мостового; Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. - 28-ме вид. - Київ: Центр ДЗК, 2021. - 800 с. : іл.

Допоміжна:

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія: підручник / Ф.С. Глумчер, Л.П. Чепкий, Л.В. Усенко та ін.; за ред. Ф.С. Глумчера. - К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 352 с.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю.М. Мостового. - 13-те вид., доп. - і перероб. Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2020. - 582 с.
3. Степанов Ю.М., Скирда І.Ю., Петішко О.П. Хвороби органів травлення - актуальна проблема клінічної медицини//Гастроентерологія. - 2019. - Том 53, №1. - С.10-15.
4. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навчальний посібник / А.С. Свінцицький. – К: ВСВ Медицина, 2019. – 1008 с.+80 кол.вкл.

Методичну розробку підготував

асистент Ігор ТРЕТЯК