

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**СИНДРОМ ПОРУШЕННЯ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ  
(СИНДРОМ МАЛДІГЕСТІЇ ТА МАЛАБСОРБЦІЇ)  
ТА ТОВСТОЇ (ДІАРЕЯ, ЗАПОР) КИШКИ**

Методичні рекомендації  
для самостійної підготовки до практичних занять  
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни  
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Харків – 2019

УДК 616.34-008.1(072)

С38

**Рецензенти:**

**Є. Я. Ніколенко** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

**О. В. Дорошенко** – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол № 1 від 30.10.2019 р.)*

С38

Синдром порушення моторної функції тонкої (синдром малдігестії та малабсорбції) та товстої (діарея, запор) кишки : методичні рекомендації для самостійної підготовки до практичних занять здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» / уклад. : М. С. Бринза, О. С. Махаринська, Е. В. Карнаух та ін. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 38 с. : веб-сайт : <http://medicine.karazin.ua/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-meditcini-i-fizichnoi-reabilitatsii-/navchalno-metodichni-materiali-dlya-studentiv>

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Надається орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти, де чітко визначені, послідовно та детально описані рекомендації щодо підготовки на кожному етапі практичного заняття. Наведено перелік основних теоретичних питань і практичних навичок, структура та зміст теми, надані тестові завдання для контролю вихідного та кінцевого рівня знань, вказана основна та додаткова література, у додатках є посилання на електронні ресурси навчально-методичних матеріалів кафедри.

**УДК 616.34-008.1(072)**

© Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна, 2019

© Колектив укладачів, 2019

## ЗМІСТ

Орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти під час підготовки до практичних занять .....	4
Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття <b>«СИНДРОМ ПОРУШЕННЯ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ (СИНДРОМ МАЛДІГЕСТІЇ ТА МАЛАБСОРБЦІЇ) ТА ТОВСТОЇ (ДІАРЕЯ, ЗАПОР) КИШКИ»</b> .....	7
ОСНОВНІ ПИТАННЯ (основні теоретичні питання та основні практичні навички з теми практичного заняття) .....	7
Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ .....	8
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ .....	9
Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ .....	28
САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання за темою практичного заняття .....	32
Список рекомендованої літератури (основна, додаткова) .....	33
Додаток 1. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету .....	35
Додаток 2. ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна eKhNUiR .....	36
Додаток 3. Офіційна група у Facebook, що присвячена кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Новини, оголошення, корисна інформація для студентів .....	37

## ОРІЄНТОВНА КАРТА РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Підготовчий етап:	
1.	Знати <b>міждисциплінарну інтеграцію</b> теми практичного заняття із набутими теоретичними знаннями та практичними навичками з базових дисциплін (медична біологія, медична та біологічна фізика, латинська мова, анатомія людини, нормальна та патологічна фізіологія, біологічна та біоорганічна хімія, патологічна анатомія, мікробіологія, вірусологія та імунологія, фармакологія, філософія тощо). Знати термінологію (і в латинській транскрипції).
2.	<b>Мотиваційна характеристика та обґрунтування</b> теми практичного заняття для <b>формування клінічного мислення</b> , зокрема для подальшого формування умінь застосовувати знання щодо діагностики основних симптомів і синдромів та можливостей сучасних лабораторно-інструментальних методів обстеження внутрішніх органів у процесі подальшого навчання та у майбутній професійній діяльності.
3.	Ознайомитися з видами навчальної діяльності, інформація за якими надана на довідкових стендах кафедри: <b>тематично-календарні плани лекцій, практичних аудиторних занять та позааудиторна самостійна робота здобувачів</b> вищої медичної освіти 3-го року навчання, що відповідають Навчальному плану типової та робочої Програми навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини».
4.	Використання відповідної основної і додаткової <b>навчально-методичної літератури</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>підручники та навчальні посібники</b> (друковані та електронні варіанти), список яких наданий у цих методичних рекомендаціях після теоретичного розділу;</li><li>● <b>навчально-методичні матеріали кафедри</b> (методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» до практичних занять та для позааудиторної самостійної</li></ul>



роботи);

● відвідування **лекцій** (аудиторне лекційне забезпечення навчального процесу з використанням презентацій multi-media) – згідно з тематично-календарним планом.

Для підготовки використовувати **друковані видання**, які можна отримати в бібліотеці, та/або **електронні версії** цих видань, що розміщені на офіційному сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments> (навігація за розділами: ... / Факультети / Кафедри / Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації) – див. Додаток 1;

та у відкритій інтерактивній базі електронного архіву ресурсів Репозитарію ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://ekhnuir.univer.kharkov.ua> (навігація: Медичний факультет / Навчальні видання. Медичний факультет) – див. Додаток 2.

Бажано нотувати основні питання у вигляді конспектів.

#### **Основний етап:**

Практичні заняття тривалістю 4 академічні години проводяться на **клінічній базі кафедри** — спеціалізована медико-санітарна частина № 13 (Харків, Київський район, проспект Академіка Курчатова, 29) – майбутня університетська клініка ХНУ імені В. Н. Каразіна – див. Додаток 3.

**Увага!** Кожен здобувач вищої медичної освіти зобов'язаний мати медичний халат, змінне взуття, медичну шапочку, маску, бахіли, стетофонендоскоп, тонометр.

1. Для досягнення навчальної мети практичного заняття та засвоєння теоретичної частини теми треба **ВИВЧИТИ** та **ЗНАТИ** відповіді на **основні теоретичні питання** з теми заняття (див. перелік основних теоретичних питань), які будуть перевірятися викладачем шляхом усного та/або письмового опитування (корекція, уточнення, доповнення відповідей) на основному етапі проведення практичного заняття.
2. **ВМІТИ** вирішувати з поясненнями теоретичні, тестові (для контролю вихідного та кінцевого рівня знань), ситуаційні задачі та рецептурні завдання, які запропоновані для засвоєння теми.

<p>3. <b>ОВОЛОДІТИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ</b> з теми заняття:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Брати активну участь у демонстрації викладачем методики дослідження тематичного хворого та відпрацьовувати практичні навички біля ліжка хворого під контролем викладача.</li> <li>● Провести курацію хворих, дати інтерпретацію отриманим лабораторним та інструментальним методам дослідження, вміти користуватися необхідними приладами та інструментами.</li> <li>● Встановити синдромний діагноз, провести диференційний діагноз, проаналізувати принципи лікування, виписати рецепти на основні лікарські препарати.</li> </ul>
<p>4. <b>ВИКОНАТИ</b> обов'язкові завдання, що передбачені для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи.</p>
<p><b>Заключний етап:</b></p>
<p>1. На підставі опанування теоретичних знань та практичних навичок з теми формувати клінічне мислення та навички встановлення синдромного діагнозу для подальшого навчання професії лікаря.</p>
<p>2. Написання відповідного розділу історії хвороби – за планом.</p>

За період вивчення дисципліни «**Пропедевтика внутрішньої медицини**» передбачено написання двох історій хвороби:

1) **Анамнестична історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання) — оформлюється до закінчення **осіннього семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

2) **Повна історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання, об'єктивне дослідження пацієнта, написання плану обстеження, трактовка результатів лабораторних та інструментальних досліджень, постановка синдромального діагнозу) — оформлюється до закінчення **весняного семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

**Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття  
«СИНДРОМ ПОРУШЕННЯ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ  
(СИНДРОМ МАЛДІГЕСТІЇ ТА МАЛАБСОРБЦІЇ)  
ТА ТОВСТОЇ ( ДІАРЕЯ, ЗАПОР ) КИШКИ»**

Підвищити рівень знань з питань етіології, патогенезу, класифікації, клініки та діагностики хворих на диспепсію внаслідок порушеної моторної функції тонкої та товстої кишки. Навчитися здобувачам вищої медичної освіти 3-го року навчання сучасній тактиці ведення хворих із диспепсією.

**ОСНОВНІ ПИТАННЯ**

**Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ЗНАТИ  
(основні теоретичні питання):**

1. Визначення понять «диспепсія», «моторна дисфункція тонкої та товстої кишки».
2. Причини виникнення диспепсії внаслідок порушеної моторної функції тонкої та товстої кишки.
3. Класифікація порушень моторної функції тонкої та товстої кишки.
4. Патогенетичні механізми диспепсії внаслідок порушеної моторної функції тонкої та товстої кишки.
5. Характеристика основних клінічних симптомів та синдромів порушення моторної функції тонкої та товстої кишки.
6. Основні методи діагностики та принципи лікування порушень моторної функції тонкої та товстої кишки.

**Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ВМІТИ  
(основні практичні навички з теми практичного заняття):**

1. Проводити опитування хворих на диспепсію внаслідок порушеної моторної функції тонкої та товстої кишки.

2. Проводити фізикальне обстеження хворих із порушенням моторної функції тонкої та товстої кишки.
  3. Оцінювати результати додаткових методів дослідження.
  4. Ставити попередній діагноз. Оцінювати загальний стан пацієнта.
  5. Призначити комплексне лікування хворим на диспепсію внаслідок порушеної моторної функції тонкої та товстої кишки.
- 

### **Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ**

1. Фізичний метод, що дозволяє оцінити рухову функцію кишківника:
  - A. Поверхнева пальпація.
  - B. Перкусія.
  - C. Глибока методична пальпація.
  - D. Аускультация.
  - E. Огляд.
2. Глибоку пальпацію живота починають з:
  - A. Пупкової ділянки.
  - B. Епігастральної ділянки.
  - C. Правої клубової ділянки.
  - D. Лівої клубової ділянки.
  - E. Правого під ребер'я.
3. Болісність у точці Кера визначається за наявності:
  - A. Виразкової хвороби.
  - B. Коліту.
  - C. Панкреатиту.
  - D. Холециститу.
  - E. Перитоніту.
4. Шум «плескоту» натще визначається за наявності:
  - A. Метеоризму.
  - B. Стенозу воротаря.

- С. Асцити.
- Д. Кишкової непрохідності.
- Е. Перитоніту.

Еталони відповідей: 1 – С, 2 – D , 3 – D, 4 – В.

---

## **СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ**

**Актуальність.** Останнім часом відбувається значне зростання захворюваності і практична значимість органічних та функціональних захворювань травної системи, серед яких порушення саме моторної функції тонкої (синдром малдігестії та малабсорбції) та товстої (діарея, запор) кишки стають найбільш значущими за розвитку різноманітних розладів травлення. А це, в свою чергу, істотно знижує працездатність та якість життя сучасної людини. Тому рання діагностика та своєчасне лікування пацієнтів із дисфункцією органів травлення є однією з найважчих проблем в медицині всіх країн світу. Отже, дуже важливо, щоб лікарі вміли розпізнавати та своєчасно лікувати пацієнтів із диспепсією внаслідок порушеної моторної функції тонкої та товстої кишки.

## **ОСНОВНІ СИНДРОМИ ПОРУШЕННЯ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ**

**Метеоризм** (meteorismus – здуття) – це надмірне скупчення газів у травному тракті. У фізіологічних умовах в травному тракті завжди міститься невелика кількість повітря і газів, в середньому за звичайного харчування до 900 см<sup>3</sup>, через велику кількість таких продуктів, як чорний хліб, овочі, картопля, ця кількість зростає в 5 – 10 разів. Таким чином,

метеоризм може виникнути у разі посиленого заковтування повітря (аерофагія), підвищеного утворення газів з їжі, тривалої їх затримки в кишківнику або недостатнього їх всмоктування в кишківнику.

Фактори, що сприяють розвитку метеоризму: *аліментарні*; *механічні* – порушення евакуаторної функції кишківника (спазм, стеноз, спайки, пухлини); *динамічні* – на ґрунті порушення перистальтики, парезу або паралічу шлунка і кишок; *психогенні* (психогенний метеоризм під час істерії).

Клінічний прояв метеоризму: хворий відчуває важкість або здуття живота, часте, іноді гучне відходження газів, особливо болісне для хворих. За більш серйозних форм відзначаються напади переймоподібних болів, які зникають після відходження газів (газова колька).

**Тенезми** (*colica rectalis*, від грец. *tenesmus* – марний позив на низ) – помилкові часті позиви на дефекацію, що супроводжуються різкими больовими відчуттями і спазмами в прямій кишці. Під час тенезмів спастично скорочуються гладенькі м'язи товстої кишки, головним чином прямої і сигмовидної. Це болісний, болючий позив на дефекацію без повного виділення вмісту або без всякого ефекту. Тенезми супроводжують різні ураження прямої та сигмовидної кишки, всі форми дизентерії. Дістензійні болі, тобто болі, що обумовлені розтягуванням кишківника газами, трапляються під час метеоризму. Біль може бути пов'язаний із запальними процесами в кишківнику, отруєннями, судинними емболіями. Бурчання (*borborigmus*) – це шуми в животі, що відбуваються через зіткнення газів під час одночасного їх проходженні через вузьке місце, що чутно навіть оточуючим. Основне значення бурчання в тому, що воно вказує на поєднання метеоризму з утрудненням прохідності, головним чином, спастичного характеру.

**Пронос, діарея** (*diarrhoea*) – прискорене випорожнення кишківника зі зміненим характером випорожнень (від кашкоподібного до

водянистого), обумовлене прискореним проходженням харчових і калових мас через товстий кишківник. Рідкі випорожнення, на відміну від вмісту тонкого кишківника, містять велику кількість продуктів бродіння, гниття, травних соків, слизу.

За нормальних умов бактеріальна флора кишківника присутня головним чином у кінцевому відрізку тонкого і початкових відділах товстого кишківника. Тому в нормі бродильні процеси протікають у нижніх відділах тонкого кишківника і в верхніх відділах товстого кишківника (сліпа, висхідна, ободова), а гнильні процеси – в нижніх відділах товстого кишківника (низхідна і сигмовидна). Діарея обумовлена посиленням кишкової перистальтики внаслідок запалення слизової тонких і товстих кишок, хімічних подразнень (миш'як, ртуть), ендогенного токсичного впливу продуктів гниття і бродіння в самому кишківнику; можуть бути результатом посиленого виділення кишкового соку, ексудату, трансудату (проносні засоби), недостатнього вмісту ферментів в панкреатичному соку, недостатнього надходження жовчі, порушення перетравлення в шлунку. Проноси можуть виникати під час порушення перистальтики нейрогенного коркового генезу (емоції), за гормональних порушень (тиреотоксикоз), гіповітамінозів (пелагра).

#### **Причини діареї:**

- **гострі та хронічні кишкові інфекції** (ентерит, ентероколіт, сигмоїдіт, проктит, дизентерія та ін.);
- **протозойні інвазії** (амеба, балантидія, лямблії та ін.);
- **неспецифічні запальні процеси кишківника** невідомої етіології (хвороба Крона, виразковий коліт);
- **пухлини і захворювання крові** (гастринома, карцинома, рак товстої кишки, лімфогранулематоз, лімфосаркома);
- **непереносимість деяких продуктів** (лактоза, злаки);

- **функціональна діарея** (шлункова, панкреатична, тиреотоксична, біліарно-кишкова діарея);
- **інші захворювання** (амілоїдоз, цироз печінки, психічні розлади), іноді виникає як алергічна реакція на вживання різних харчових продуктів.

Розрізняють порушення травлення у вигляді бродильної, гнильної і жирової (або мильної) диспепсії.

**Бродильна диспепсія** обумовлена порушенням розщеплення вуглеводів ацидофільною (бродильною) флорою або зниженням діастази підшлункової залози. При цьому калові маси рясні, водянисті, з піною, з кислим запахом, світло-жовтого кольору, макроскопічно – кров, гній і слиз не містять. Дефекація не більше 5 – 6 разів на добу. Біль виникає задовго до дефекації, має тупий і не дуже інтенсивний характер, супроводжується бурчанням. Відзначається здуття кишечника з виділенням великої кількості газів, у випорожненнях міститься багато крохмальних зерен, клітковини, йодофільних мікробів і органічних кислот. Спостерігається під час ентеритів, вживання в їжу фруктів, гороху, бобів, капусти, квасу, меду.

**Гнильна диспепсія** обумовлена посиленням розщеплення білків мікробами товстої кишки, що переселилися в тонкий кишківник. Ця диспепсія виникає у разі вживання в їжу великої кількості важко перетравлюваних м'ясних продуктів (баранина, свинина), зниженої секреторної функції шлунка і підшлункової залози, під час колітів. У результаті порушення розщеплення білків і розвитку процесів гниття в кишечнику, крім метану, метилмеркаптану, водню та сірководню, утворюються індол, скатол та інші продукти гнильного розпаду. При цьому спостерігається профузний пронос із гнильним, іноді огидним запахом. Екскременти дуже рясні, рідкі, темного кольору, містять шматочки неперетравленої їжі, їхня реакція лужна. Під час мікроскопічного дослідження виявляється велика кількість неперетравлених м'язових волокон. Гнильна диспепсія часто



спостерігається під час колітів: випорожнення темного кольору, незначні за кількістю, мають більш-менш гнильний запах; на поверхні калових мас знаходяться часто видимі оком кров, слиз, гній і обривки тканин. Дефекація часта, до 15 – 30 разів і більше на добу, супроводжується боєм характеру тенезмів.

**Жирова диспепсія** пов'язана з порушенням перетравлення жирів, зустрічається рідко, спостерігається за порушення ліполітичної функції підшлункової залози, порушення надходження в кишківник жовчі, вживання великої кількості жирної їжі. Хворі скаржаться на здуття кишківника, бурчання, часті рідкі випорожнення. Екскременти зазвичай світлі, нейтральної або лужної реакції. Під час мікроскопічного дослідження можна знайти багато кристалів жирних кислот і жирів.

**Запор** (*obstipatio, constipatio* – закреп) – тривала затримка калу в кишківнику (зазвичай більше 48 годин) або ж недостатнє, утруднене випорожнення кишківника. Зазвичай випорожнення кишківника відбувається 1 раз на добу (можна виробити навик спорожняти кишечник в певний час). Іноді випорожнення буває постійно через 1 – 2 дні. Під час голодування випорожнення з'являються 1 раз у 5 – 6 днів, за суворої м'ясної і яєчної дієти – через 2 – 3 дні, за звичайного раціону – 1 раз на день, якщо рослинна їжа – 2 – 3 рази на день. *Клінічні ознаки запору:* рідкісна дефекація (1 раз на 2 – 4 дні і рідше); мала кількість калу; велика щільність калу; відсутність відчуття полегшення після дефекації.

### **Причини запорів**

#### **I. Органічного походження:**

- механічне звуження просвіту кишки (пухлина, рубець, камінь);
- аномалії розвитку кишечника (мегаколон, доліхосигма, дивертикульоз);

#### **II. Функціонального походження:**

- аліментарні (вживання їжі, що легко засвоюється, нестача «шлаків»);

- нейрогенні (органічне ураження ЦНС – пухлина мозку, енцефаліт, порушення функції блукаючого нерва);
- запальні (холецистит, аднексит, простатит);
- інфекційні (дизентерія);
- токсичні (екзогенна інтоксикація свинцем, наркотиками);
- ендокринні (гіпофункція гіпофіза, мікседема);
- гіподинамічні (недостатність рухів, слабкість м'язового преса).

За характером патоанатомічних і патофізіологічних змін запори можна розділити на **органічні**, що пов'язані з хронічною або постійною анатомо-фізіологічною зміною структури кишківника (*obstipatio*), і на **функціональні** (*constipatio*).

До **запорів органічного походження** належать механічні запори. В основі цього виду запорів лежить стійке звуження просвіту кишківника – стеноз, в силу чого порушується його прохідність (рак, пухлинні процеси, виразки, що призводять до рубцювання, спайки). Запори, які виникають раптово, завжди є предметом серйозного вивчення лікарем, щоб встановити вищезгадані хвороби. До запорів органічного походження належать запори в результаті конституційних змін кишківника: зміна довжини кишечника (доліхоколон – *dolychocolon*), розширення просвіту кишки – мегаколон (*megacolon*), створення додаткових перегинів і петель («двостволка»). Сюди ж належать запори у хворих із конституційним спланхноптозом (зміщення внутрішніх органів вниз порівняно з їх нормальним становищем), слабкістю черевного преса. Найбільш виражені запори (10 днів і більше) за хвороби Гіршпрунга – за *megacolon congenitum*.

Органічні запори можуть бути наслідком запального процесу в кишківнику і розвитком спайок окремих частин кишківника, особливо товстої кишки в області *flexura coli dextra*, а особливо *sinistra*, які можуть викликати різкий перегин кишки.

**Функціональні запори** зустрічаються частіше і є основним проявом захворювання в результаті розладів динаміки кишківника. Ці функціональні захворювання кишківника відомі під загальною назвою «звичний запор» (*constipatio habitualis*). До групи функціональних запорів відносять **аліментарні запори**, які зустрічаються найбільш часто. Рухи кишківника залежать від багатьох нейрогуморальних впливів і складу їжі. За дуже малої кількості їжі, одноманітного харчування (м'ясо, борошняні продукти, яйця, сир), за порушення режиму харчування і механічно щадної дієти можуть розвинути стійкі запори. Так, білок м'яса і яєць засвоюється до 97 – 98 % і залишає мало шлаків. Розвитку запорів сприяють також відсутність в їжі вітамінів групи В, недостатній прийом води і посилена втрата води із організму.

Дискінетичні запори становлять головний вид звичних запорів, в основі яких лежать порушення координації різних видів моторики кишечника (поява спазмів в одних та атонія в інших відділах кишківника). Зараз розлад динаміки кишківника розглядається як порушення функції її нервово-м'язового апарата. Атонічний (правильніше гіпокінетичний) запор виникає в результаті того, що нервові рецептори кишківника або слабо подразнюються, або частково втрачають здатність сприймати подразнення внаслідок малого утворення калових мас, зменшення хімічних збудників, рефлекторного пригнічення моторики, недостатньої фізичної активності. В цьому випадку характерно виділення щільних, великих обсягом, ковбасоподібних або комкоподібних фекальних мас. Зниження тону товстої кишки може бути викликано зниженням збудливості *p.vagus*, підвищенням збудливості *p.splanchnicus* у разі паралічу кишкової мускулатури (перитоніт, стеноз кишківника), порушенням кровопостачання (серцева недостатність, портальна гіпертензія), за мікседеми, під впливом опіатів, атропіну. Запори розвиваються в осіб, які

ведуть малорухливий спосіб життя, після важких інфекцій, за кахексії, ожиріння, розходження прямих м'язів живота, розривів промежини.

За підвищеної збудливості кишечника внаслідок запальних або виразкових процесів, переважання тону парасимпатичної нервової системи розвивається гіперкінетичний (або спастичний) запор, що супроводжується виділенням калу у вигляді тонких смуг («стрічкоподібна» форма або форма «олівця»), або у вигляді маленьких круглих шматочків («овечий кал»). Ця форма запору може з'явитися в результаті тривалих хвороботворних дефекацій (ректит, геморої, виразка), які змушують хворого утримуватися від дефекації. Спазм товстої кишки розвивається за зловживання нікотином, чаєм, кавою, за свинцевої інтоксикації, жовчної і ниркової кольок, гельмінтозів. В осіб, які звикли пригнічувати позив до дефекації, і за спинної сухотки – розвивається ослаблення m.levator ani, знижується чутливість слизової оболонки прямої кишки і розвивається ректальний запор (дисхезія). Недостатня кількість кишкового вмісту під час голодування, обмеженого прийому їжі, вживання їжі, що легко перетравлюється, що містить мало рослинної клітковини, – також призводить до розвитку запору.

Клінічна картина запорів (закрепів) досить різноманітна. **Основна скарга – це відсутність випорожнень протягом декількох днів, іноді до 15 днів.** Одні хворі скаржаться на відсутність позиву (найчастіше за атонічних форм запорів), інші, навпаки, – на часті, але безрезультатні позиви. Можуть бути болі в животі колікоподібного характеру без конкретної локалізації. Найчастіше ці скарги зустрічаються за спастичних запорів. Іноді хворі скаржаться на головні болі, неприємні відчуття в області серця, серцебиття, зміну смаку, запах з рота. Іноді має місце чергування запорів і проносів, що обумовлено спочатку ослабленням кишкової перистальтики (гіпокінез), а в подальшому судомним скороченням кишківника. За тривалої затримки калу внаслідок спазму в

сигмовидній кишці відбувається запальне подразнення з вторинною гіперсекрецією. В результаті спочатку тверда консистенція калових мас змінюється рідшою, дефекація стає частішою і в калі виявляється слиз, а іноді і кров. Такий стан суб'єктивно оцінюється хворими як пронос, фактично представляючи собою затримку калу, і називається «хибна діарея».

**Диспепсія** – це порушення травлення будь-якої етіології, тобто порушення нормальної діяльності шлунка, утруднене і хворобливе травлення. Синдром диспепсії визначається як:

- відчуття болю або незручності (тяжкість, переповнення, раннє насичення) в надчеревній (епігастральній) ділянці ближче до серединної лінії;
- метеоризм (здуття), відрижка, аерофагія, нудота, блювота;
- порушення апетиту, зіпсуття смаку.

Етіологічні фактори (причини) недостатності травлення численні: гіпофункція травних залоз, порушення кровопостачання і лімфовідтоку, порушення всмоктування в тонкій кишці, підвищена ексудація білка в просвіт шлунково-кишкового тракту. Внаслідок цього й виникає клінічний симптомокомплекс порушень травно-транспортної функції тонкої кишки - синдром порушення всмоктування – **мальабсорбція** (тобто недостатність порожнинного і пристінкового (мембранного) травлення, всмоктування в тонкій кишці і транспорт нутрієнтів (поживних речовин) через кишкову стінку: вуглеводів (глюкоза, галактоза, фруктоза, лактоза), амінокислот та білків, жирів, електролітів, мінералів, вітамінів, води та ін.), який призводить до порушення травлення – **мальдігестія**.

**Клінічні ознаки синдрому малдігестії і малабсорбції:** діарея, метеоризм, зниження маси тіла, анемія, полівітамінна недостатність (порушення всмоктування жиророзчинних: А, D, К, Е, і водорозчинних:

В1, В2, В6 вітамінів), електролітні порушення (гіпокалій-, гіпокальцій-, гіпомагнійемія).

### **Синдром мальабсорбції за ступенем тяжкості:**

**I ступінь.** Схуднення – до 5 кг, знижена працездатність; загальна слабкість; метаболічні розлади і ознаки полівітамінної недостатності помірні.

**II ступінь.** У пацієнтів значний дефіцит маси тіла – 5 – 10 кг, виражені ознаки полівітамінної недостатності і дефіциту електролітів (калію, кальцію); анемія, гіпофункція статевих залоз.

**III ступінь.** У більшості пацієнтів дефіцит маси тіла > 10 кг. У всіх хворих відзначаються виражені ознаки полівітамінної недостатності і дефіциту електролітів (калію, кальцію, заліза); можуть бути судоми, остеопороз, анемія, набряки, дисфункція ендокринної системи.

### **Діагностичні критерії синдрому малдігестії і малабсорбції:**

- Біохімічний аналіз крові: дефіцит альбуміну, холестерину, протромбіну,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Fe}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ , віт. А, Вс.
- Тест з D-ксилозой – для оцінки всмоктувальної функції тонкої кишки.
- Тест з  $^{75}\text{Se}$ -гомотаурохолевою кислотою дозволяє виявити зниження всмоктування жовчних кислот у термінальному відділі клубової кишки і допомагає в діагностиці так званої хологенної діареї.
- Тест з  $^{51}\text{Cr}$ -альбуміном виявляє підвищену втрату білка через кишківник – за хвороби Уіппла, за злоякісної лімфоми, променевої ентеропатії.
- Тест Шилінга з радіоактивною міткою  $\text{V}_{12}$  кобальтом per os – для оцінки всмоктування вітаміну  $\text{V}_{12}$  за його вмістом в сечі.
- Ендоскопія тонкої кишки і біопсія слизової тонкої кишки → гістологічне та гістохімічне дослідження.

- Rg-контрастне дослідження шлунково-кишкового тракту візуалізує: розширення петель тонкої кишки, ділянки ущільнення, фрагментацію стовпа суспензії BaSO<sub>4</sub>, потовщення й огрубіння складок слизової.
- Дихальний тест з H<sub>2</sub> (газова хроматографія) виявить синдром надлишкового росту кишкових бактерій: в нормі бактерії ферментують глюкозу/лактозу тільки в товстій кишці з утворенням H<sub>2</sub>. Якщо H<sub>2</sub> виявляється в повітрі, що видихається → значить, бактерії розщепили субстрат раніше в тонкій кишці, а для підтвердження – посів дуоденального аспірату покаже надлишок в ньому бактерій (> 10<sup>6</sup> в 1 мл).
- **Копрограма** (показники оцінювання): кількість, консистенція, рН, колір, запах, жири (нейтральний, жирні кислоти, мила), рослинна клітковина і йодофільна флора, м'язові волокна, домішки (кров, гній, слиз, лейкоцити) членики і яйця глистів.

За мальабсорбції характерні: **поліфекалія, стеаторея** – жир у калі,  
**креаторея** – м'язові волокна в калі,  
**амілорея** – крохмаль в калі.

## СТАНИ І ЗАХВОРЮВАННЯ В МКБ 10, ЗА ЯКИХ РОЗВИВАЄТЬСЯ СИНДРОМ МАЛДІГЕСТІЇ І МАЛАБСОРБЦІЇ

### Найбільш важливі стани і захворювання:

A02 Сальмонельоз

A04 Інші бактеріальні кишкові інфекції як причина руйнування вітаміну  
 B12 в просвіті тонкої кишки бактеріями

A07 Інші протозойні кишкові хвороби

A07.1 Жіардіаз, або лямбліоз

B15-B19 Гострий вірусний гепатит

B20-B24 Хвороби, викликані вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ),  
 або СНІД

C25 Злоякісні новоутворення підшлункової залози  
C82 – C85 Лімфоми  
D18 Гемангіома і лімфангіома будь-якої локалізації  
D18.1 Лімфангіома будь-якої локалізації  
D51 Дефіцит вітаміну B12  
D52 Дефіцит фолатів  
D80 Імунодефіцити з переважною недостатністю антитіл  
D80.0 Аутосомно-рецесивна агамаглобулінемія (швейцарський тип)  
E05 Гіпертиреоз  
E10-E14 Цукровий діабет  
E16 Інші порушення внутрішньої секреції підшлункової залози  
E16.8 Інші уточнені порушення внутрішньої секреції підшлункової залози: синдром Золлінгера–Еллісона (Zollinger-Ellison)  
E20 Гіпопаратиреоз  
E27 Інші порушення надниркових залоз  
E27.1 – E27.4 Недостатність кори надниркових залоз первинна і вторинна  
E34 Інші ендокринні порушення  
E34.0 Карциноїдний синдром  
E70 Порушення обміну ароматичних амінокислот  
E70.8 Інші порушення обміну ароматичних амінокислот:  
хвороба Хартнапа (Hartnup) – порушення всмоктування триптофану  
E72 Інші порушення обміну амінокислот  
E72.1 Порушення обміну сірковмісних амінокислот: цистеїнурія  
E73 Непереносимість лактози  
E78 Порушення обміну ліпопротеїнів і інші ліпідемії  
E78.6 Недостатність ліпопротеїнів: абеталіпопротеїнемія  
E84 Кістозний фіброз  
E84.1 Кістозний (пористий) фіброз з кишковими проявами  
E85 Амілоїдоз



I31 Інші хвороби перикарда  
I31.1 Хронічний констриктивний перикардит  
I50 Серцева недостатність  
I50.0 Застійна серцева недостатність  
I77 Інші ураження артерій і артеріол  
I77.6 Васкуліт  
K29 Гастрит і дуоденіт  
K.29.4 Хронічний атрофічний гастрит  
K50 Хвороба Крона (Crohn's) [регіонарний, гранулематозний ентерит]  
K50.0 Хвороба Крона (Crohn's) тонкої кишки  
K52 Інші неінфекційні гастроентерити і коліти  
K52.0 Радіаційний ентерит  
K52.8 Еозинофільний ентерит  
K55 Судинні хвороби кишківника  
K55.1 Хронічні судинні хвороби кишківника  
K63 Інші хвороби кишківника  
K63.2 Свищі  
K70-K77 Захворювання печінки  
K70.3 Алкогольний цироз печінки  
K71.2 Токсичне ураження печінки, що протікає за типом гострого гепатиту А  
K73 Хронічний гепатит  
K74 Цироз  
K74.3 Первинний біліарний цироз  
K80-83 Захворювання біліарного тракту  
K83.0 Холангіт  
K80.3-K80.4 Камінь загальної жовчної протоки  
K86 Інші хвороби підшлункової залози  
K86.0 Хронічний панкреатит алкогольної етіології

K86.1 Інші хронічні панкреатити

K90 Порушення всмоктування в кишківнику

K90.0 Целіакія

K90.1 Тропічна спру

K90.2 Синдром сліпої петлі, не класифікований в інших рубриках

K90.3 Панкреатична стеаторея

K90.4 Порушення всмоктування, обумовлені непереносимістю,  
не класифіковані в інших рубриках

K90.8 Інші порушення всмоктування в кишківнику, в тому числі  
хвороба Уіппла (Whipple)

K90.9 Порушення всмоктування в кишківнику, не уточнені

#### **Інші стани і захворювання:**

K91 Порушення органів травлення після медичних процедур,  
не класифіковані в інших рубриках

K91.1 Синдроми оперованого шлунка

K91.2 Порушення всмоктування після хірургічного втручання,  
що не класифіковане в інших рубриках

K91.4 Дисфункція після колостомії та ентеростомії

K91.8 Інші порушення органів травлення після медичних процедур,  
не класифіковані в інших рубриках

K91.9 Порушення органів травлення після медичних процедур,  
неуточнені

M34 Системний склероз

M34.9 Системна (генералізована або дифузна) склеродермія

Q82 Інші вроджені вади розвитку [пороки розвитку] шкіри

Q82.2 Мастоцитоз

T86 Хвороба відторгнення (непріживлення) трансплантата

Y40-Y59 Лікарські засоби, медикаменти та біологічні речовини, які є  
причиною несприятливих реакцій під час терапевтичного застосування

Y40 Антибіотики системної дії

Y40.5 Аміноглікозиди: неоміцин

Y53.8 Діючі переважно на шлунково-кишковий тракт: холестирамін,  
орлістат

Y54.7 Препарати, що впливають на обмін кальцію: карбонат кальцію

---

## ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

**Функціональна диспепсія** – це комплекс функціональних порушень, що включає в себе такі скарги: біль або дискомфорт в епігастральній ділянці, ближче до серединної лінії, відчуття тяжкості, раннє насичення їжею, здуття живота, відрижка, печія, нудота, блювота, аерофагія за відсутності органічних захворювань. Критерії функціональних захворювань травного тракту були розроблені і доповнені Міжнародної робочою групою з удосконалення діагностики цих патологічних станів в 1999 р. (Римські критерії II). Згідно з цими критеріями диспепсію визначали як «біль або дискомфорт, локалізований у центрі епігастральної ділянки, виявлений у перебігу 12 місяців за відсутності органічної патології, яка може пояснити ці симптоми, і відсутність симптомів, які свідчать про зв'язок диспептичних симптомів із порушенням функції кишківника». У 2006 р. була запропонована нова модифікація діагностичних критеріїв функціональної диспепсії – Римські критерії III. Згідно з цими критеріями диспепсія визначається як наявність протягом не менше 3 місяців за останні півроку одного симптому і більше: відчуття переповнення після вживання їжі, біль в епігастрії, печія за відсутності органічних, системних або метаболічних захворювань, які можуть бути пов'язані з такими симптомами. Згідно з цими критеріями зменшені терміни, протягом яких симптоми можуть бути пов'язані з диспептичними симптомами.

### **Етіологія:**

- похибки в харчуванні;
- шкідливі звички в харчуванні;
- нервово-психічні розлади;
- куріння, зловживання алкоголем;
- тривалий прийом деяких ліків подразнювальної дії;
- інфікування *Helicobacter. pylori*, бактеріями, які є причиною гастриту, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки.

**Патогенез.** В основі синдрому диспепсії лежать різні порушення моторики шлунка і кишківника:

- зниження моторики ворота шлунка;
- порушення нормальної, синхронної, координованої роботи нервового апарату шлунка – шлункові дизритмії;
- порушення антропокардіальної й антропоуденальної координації;
- дуоденогастральний рефлюкс;
- порушення акомодатії шлунка (здатності відділів шлунка до розслаблення).

### **Класифікація**

- Римські критерії II:**
- виразкоподібний варіант;
  - дискінетичний варіант;
  - неспецифічний варіант.

Згідно з **Римськими критеріями III** виділяють дві підгрупи хворих:

- з епігастральним больовим синдромом;
- з постпрандіальним дистрес-синдромом.

**Клінічна картина.** Хворий з виразкоподібним варіантом скаржитьься на нічний, голодний, періодичний біль, який вщухає після вживання їжі або антацидів. Хворі з дискінетичним варіантом скаржаться на відчуття раннього насичення їжею, переповнення в епігастрії, здуття живота, дискомфорт після їжі, нудоту, іноді блювоту, погіршення апетиту. За

неспецифічного варіанта можливе об'єднання окремих симптомів. Доказів, що прояви диспепсії зменшуються після дефекації або пов'язані зі змінами частоти або видом випорожнень, відсутні.

Згідно з новими варіантами Римських критеріїв III виділено епігастральний больовий синдром, який характеризується наступними проявами: протягом більше 3 місяців за останні півроку хворі відзначають біль і печію, які не постійні, локалізуються в епігастрії, середньої інтенсивності, виникають не рідше одного разу на тиждень за відсутності поширених або локалізованих симптомів в інших відділах черевної порожнини або грудної клітки, полегшення настає після дефекації або відходження газів.

Діагностичні Римські критерії III для визначення постпрандіального дистрес-синдрому: протягом не менше 3 місяців за останні півроку проявляється один або більше наступних критеріїв: переповнення, тяжкість; виникає після прийому звичайної порції їжі, кілька разів на тиждень; раннє насичення, яке унеможлиблює вживання потрібної кількості їжі, виникає кілька разів на тиждень.

Істотною відмінністю Римських критеріїв II, III від попередніх є визнання Комітетом експертів, що у хворих з симптомами, відповідними до діагностичних критеріїв функціональної диспепсії, можливі також печія або клінічні ознаки синдрому подразнення кишечника. Загальний стан задовільний. Положення активне. Колір шкіри нормальний. Дослідження дихальної, серцево-судинної систем патологічних змін не виявляє. Під час поверхневої пальпації живота визначається незначна болючість в епігастральній ділянці.

З 2008 р. керівництво Римського фонду визначило новий напрямок досліджень – з'ясувати біопсихосоціальні аспекти в системі «Функціональні гастроінтестинальні розлади та ЦНС»: візуалізація взаємно обумовлених змін, особливості кишкового мікробіому, роль їжі і

харчування, основні алгоритми діагностики та лікування, термінологія, документація та ін. Офіційна презентація **Римських критеріїв IV** відбулася 22 травня 2016 року на симпозіумі в рамках 52-го Американського гастроентерологічного тижня (м. Сан-Дієго, США), матеріали опубліковані в 2-х томному виданні та в спеціалізованому випуску журналу *Gastroenterology* (2016, Vol. 150, № 6).

#### **Стандарти додаткового обстеження:**

- клінічний аналіз крові і біохімічне дослідження – одноразово;
- аналіз калу на приховану кров – одноразово;
- езофагогастродуоденоскопія з біопсією (строго обов'язкове в країнах із високою поширеністю раку шлунку, після 45 років, за наявності «тривожних симптомів») – одноразово;
- встановлення інфікування *H. pylori* – <sup>13</sup>C-сечовинний дихальний тест, швидкий уреазний тест, визначення фекального антигену *H. pylori* (*H. pylori* Stool antigens test, HpSA) – одноразово.

#### **Діагностика інфікування *H. pylori***

- Гістологічний метод полягає в отриманні біоптату слизової шлунка, обробка його спеціальним барвником (по граму, акридиновим помаранчевим).
- CLO-тест ґрунтується на визначенні уреазної активності біоптату слизової оболонки шлунка за допомогою спеціального реактиву.
- «Дихальний» тест з сечовиною, міченою радіоактивним вуглецем: *H. pylori* виділяють фермент уреазу, яка розщеплює сечовину їжі, тому через 30 хв після прийому міченої сечовини у видихуваному повітрі інфікованих хворих з'являється вуглець.
- HpSA – тест запропонований в кінці 90-х рр. минулого століття, рекомендований Маастрихтським консенсусом-2 (2000 р.) і 3 (2005 р.). Метод полягає у визначенні антигенів бактерій у калі, є другим за значенням методом діагностики і підтвердженням ерадикації *H. Pylori*.

- УЗД органів черевної порожнини (для виключення біліарної та панкреатичної патології) – одноразово.

**Результати додаткового обстеження.** Клінічний аналіз крові і сечі без патологічних змін. Внутрішньошлункова рН-метрія: гіперацидність за виразкоподібного варіанта, норма – за дискінетичного варіанта. Езофагогастродуоденоскопія: відсутність морфологічних змін слизової оболонки шлунка. Електрогастрографія – порушення моторики шлунка і дванадцятипалої кишки: розлад акомодатії шлунка, порушення періоду перистальтики шлунка, зниження постпрандіальної моторики воротаря шлунка, парез шлунка, порушення моторики дванадцятипалої кишки, дуоденогастральний рефлюкс. Тести індикації Н. pylori: за виразкоподібного варіанта інфікованість визначають у 60 – 70 % хворих; за дискінетичного варіанта – не перевищує 30 – 40 %.

#### **Принципи лікування:**

- 1) вплив на перебіг основного захворювання, яке сприяло розвитку цього синдрому;
- 2) корекція порушень процесів всмоктування в кишківнику: дієта, замісна ферментна терапія; засоби, що регулюють тонус і моторику шлунково-кишкового тракту та нормалізують порушені функції кишківника:
  - прокінетики для стимуляції перистальтики;
  - блювотні засоби;
  - проносні засоби для прискорення випорожнення кишківника;
  - так звані «вітровінні» засоби, які зменшують утворення газів і допомагають їх виведенню у разі кольок і метеоризму;
  - антидіарейні засоби послаблюють перистальтику кишечника під час проносів;
  - протиблювотні та протинудотні засоби,
  - пробіотики, які відновлюють нормальну мікрофлору кишечника – для профілактики та лікування кишкового дисбіозу і дисбактеріозу.

## Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Клінічні ознаки постпрандіального дистрес-синдрому при функціональній диспепсії:
  - A. Переповнення, тяжкість після прийому їжі.
  - B. Біль у правому підребер'ї.
  - C. Біль в епігастральній ділянці.
  - D. Блювота кров'ю.
  - E. Кал темного кольору.
2. Яка втрата крові з стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки призводить до мелени?
  - A. 60 – 80 мл.
  - B. 20 – 40 мл.
  - C. 40 – 50 мл.
  - D. 30 – 40 мл.
  - E. 10 – 20 мл.
3. Для хронічного гастриту типу А характерні такі симптоми, крім:
  - A. Здуття живота.
  - B. Проносу.
  - C. Відрижки.
  - D. Печії.
  - E. Зниження апетиту.
4. Хворий скаржиться на появу раптового болю в животі, затримку випорожнення, здуття живота. В анамнезі виразкова хвороба. Хворий блідий, липкий піт, тони серця приглушені, АТ – 90/60 мм рт. ст. Язик сухий, живіт не бере участі в диханні, дошковидний. Позитивні симптоми Менделя і Щоткіна–Блюмберга. Клінічний аналіз крові: лейкоцитоз, прискорена ШОЕ. Рентгенологічно – наявність газу у вигляді серпа праворуч від діафрагми. Яке ускладнення виникло у хворого?
  - A. Кровотеча з виразки.



- В. Пенетрація виразки.
- С. Перфорація виразки.
- Д. Стеноз воротаря шлунка.
- Е. Малигнізація виразки.

**5.** Хворий К., 50 років, скаржиться на важкість й відчуття повноти в епігастрії, що посилюються після вживання їжі, відрижку «тухлим», а також їжею, з'їденою напередодні. Полегшення настає після блювоти. В анамнезі: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки протягом 10 років. За останній місяць схуд на 3 кг. Огляд: зменшене харчування, шкіра суха, хейліт, язик укритий білим нальотом. Під час поверхневої пальпації живота: живіт дещо здутий, болісний в епігастральній ділянці. Перкусія живота: визначається шум «плескоту», нижня межа шлунка на 2 – 3 см нижче пупка. Яке ускладнення виразкової хвороби виникло в пацієнта?

- А. Перфорація.
- В. Пенетрація.
- С. Шлунково-кишкова кровотеча.
- Д. Стеноз воротаря.
- Е. Малегнізація.

**6.** Хвора Т., 57 років, скаржиться на інтенсивний біль у правому підребер'ї нападоподібного характеру, нудоту, темний колір сечі. В анамнезі: протягом 7 років виникає біль після вживання жирної їжі. Діагностовано хронічний холецистит, із приводу якого лікувалася амбулаторно. Різка погіршення стану відзначається після поїздки в автобусі. Під час огляду виявлено жовтяничність склер і шкірних покривів, живіт трохи здутий. Під час пальпації живота симптоми подразнення очеревини відсутні. Визначається болісність у точці Кера, позитивний симптом Ортнера. Ваш попередній діагноз?

- А. Калькульозний холецистит.
- В. Некалькульозний холецистит.
- С. Рак підшлункової залози.

Д. Пенетруюча виразка дванадцятипалої кишки.

Е. Гепатит.

7. Хворий Т., 34 роки, доставлений зі скаргами на загальну слабкість, відсутність апетиту, біль у правому підребер'ї, блювоту з домішкою крові. В анамнезі: зловживання алкоголем протягом 15 років. Огляд: зменшене харчування, іктеричність склер, шкіра суха, наявність «судинних зірочок» на шкірі обличчя й верхнього плечового поясу, гіперемія долонь. Язик малиновий зі згладженими сосочками, гомілки пастозні. Живіт збільшений, відзначається випинання пупка, розширені підшкірні вени. Перкуторно – асцит, нижній край печінки на 6 см виступає з-під краю правої реберної дуги, селезінка – на 5 см виступає з-під краю лівої реберної дуги. Ваше діагностичне припущення?

А. Хронічний гепатит.

В. Цироз печінки.

С. Рак печінки.

Д. Лейкоз.

Е. Гемолітична анемія.

8. Хвора В., 52 роки, скаржиться на постійний біль у верхній половині живота, більше в лівому підребер'ї, який іррадіює у поперекову ділянку і посилюється після їжі, непереносимість молочних і жирних продуктів, нестійкі випорожнення. В анамнезі: хронічний холецистит, рік тому лікувалася із приводу хронічного панкреатиту. Огляд: температура тіла 37,5 °С, язик сухий, вкритий сірувато-жовтуватим нальотом. Живіт роздутий. Під час пальпації симптоми подразнення очеревини відсутні, болісність у зоні Шоффара, позитивний симптом Ортнера. Ваш попередній діагноз?

А. Панкреатит.

В. Калькульозний холецистит.

С. Рак підшлункової залози.

Д. Пенетруюча виразка дванадцятипалої кишки.

Е. Гепатит.

**9.** Хвора Є., 42 роки, скаржиться на діарею до 4 разів за останню добу, біль у животі, підвищення температури тіла до 37,6 °С. В анамнезі: напередодні з'їла недоброякісні продукти. Огляд порожнини рота: язик вкритий білим сухим нальотом. Поверхнева пальпація живота: живіт здутий, виявляється болісність у лівій клубовій ділянці. Глибока пальпація живота: сигмовидна кишка болісна, спазмована. Про ураження якого органа травної системи можна думати?

А. Шлунка.

В. Дванадцятипалої кишки.

С. Печінки.

Д. Підшлункової залози.

Е. Товстого кишківника (сигмовидної кишки).

**10.** Хворий Х., 36 років, скаржиться на часті рідкі випорожнення (до 8 – 10 разів на добу) з домішкою крові й слизу, біль у нижній частині живота, зниження маси тіла протягом року на 5 кг. Анамнез: хворіє протягом року, неодноразово обстежувався. Наявність гострих інфекційних захворювань не підтверджувалася. Огляд: зменшене харчування, шкіра млява, суха, язик яскраво-червоний. Пульс 86 ударів за хвилину, АТ – 95/60 мм рт. ст. Під час пальпації живіт м'який, сигмовидна кишка різко болісна. Печінка збільшена, виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, щільна. У калових масах – невелика кількість рідкого вмісту з домішками крові. Ваш попередній діагноз?

А. Хронічний гепатит.

В. Цироз печінки.

С. Рак шлунка.

Д. Неспецифічний виразковий коліт.

Е. Рак кишківника.

**11.** Хворий К., 34 роки, скаржиться на слабкість, втрату маси тіла, нудоту, проноси, біль у правому підребер'ї після вживання жирної їжі. Об'єктивно:

тургор і еластичність шкіри знижені, атрофія м'язів, субіктеричність склер. Живіт м'який, нижній край печінки визначається на 3 см нижче краю реберної дуги по правій середньоключичній лінії. Ваш попередній діагноз?

- A. Хронічний холецистит.
- B. Хронічний гепатит.
- C. Функціональна диспепсія.
- D. Цироз печінки.
- E. Хронічний панкреатит.

Еталони відповідей: 1-А, 2-А, 3-Д, 4-С, 5-Д, 6-В, 7-В, 8-А, 9-Е, 10-Д, 11-В.

---

**САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА**  
**здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання**  
**за темою практичного заняття**

1. Провести курацію хворих з диспептичним синдромом, виникнення якого пов'язане із порушенням моторної функції тонкої та товстої кишки.
2. Дати інтерпретацію отриманих лабораторних методів дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманих інструментальних методів дослідження
4. Провести диференційний діагноз порушень моторної функції тонкої та товстої кишки органічного та функціонального генезу.
5. Назвати ускладнення метеоризму, малабсорбції, діареї та запору.
6. Виписати рецепти щодо терапії диспепсії внаслідок порушення моторної функції тонкої та товстої кишки.

## Список рекомендованої літератури

### Основна:

1. Ковалева О. Н. Пропедевтика внутренней медицины : учебник / О. Н. Ковалева, Н. А. Сафаргалина-Корнилова. – К. : Медицина, 2013. – 752 с. + илл. URI : <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/4792>
2. Малая Л. Т. Терапия. – 2-е изд.; испр. и доп. / Л. Т. Малая, В. Н. Хворостинка. – Харьков : Фолио, 2005. – 879 с.
3. Передерій В. Г. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб в 2-х томах / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – Київ : Манускрипт, 1998. – 350 с.
4. Ганджа Ш. М. Внутрішні хвороби / Ш. М. Ганджа, В. М. Коваленко, Н. М. Шуба та ін. – Київ : Здоров'я, 2002. – 992 с.
5. Швець Н. І. Еталони практичних навиків з терапії / Н. І. Швець, А. В. Підаєв, Т. М. Бенца та ін. – Київ : Главмеддрук, 2005. – 540 с.
6. Терапевтическая гастроэнтерология : руководство для практических врачей / В. Н. Хворостинка, Н. И. Яблучанский, С. Н. Панчук, Л. М. Пасиешвили / под ред. В. Н. Хворостинки и Н. И. Яблучанского. – Харків : Основа, 1999. – 368 с.

### Додаткова:

1. Пропедевтика внутренних болезней / под. ред. В. Х. Василенко, А. Л. Гребенева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1982. – 640 с.
2. Хворостінка В. М. Факультетська терапія : підручник / В. М. Хворостінка, Т. А. Моїсеєнко, Л. В. Журавльова. – Харків : Факт, 2000. – 888 с.
3. Передерий В. Г. Основы внутренней медицины. Том 1 / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. – Київ, 2009. – 784 с.
4. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов. В 2-х т. / под ред. О. Я Бабака. – Київ : Издательский дом «Здоровье Украины», ООО «Доктор Медиа», 2009. – 439 с.

5. Шулипенко И. М. Пропедевтика внутренней медицины : Общая семиотика и диагностика / И. М. Шулипенко. – Київ : Медицина, 2008. – 304 с.
6. Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней : учебник. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2001. – 592 с.
7. Швец Н. И. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины / Н. И. Швец, А. В. Пидаев, Т. М. Бенца и др. – Киев, 2006. – 752 с.
8. Kovalyova O. M. Propedeutices to Internal Medicine. Part 2 / O. M. Kovalyova, S. O. Shapovalova, O. O. Nizhegorodsteva. – Vinnitsya : Nova knyha, 2007. – 264 p.
9. Therapeutic Endoscopy. Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract / Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert. – Stuttgart, New York. – 2005. – 680 p.
10. Drossman D. A. Functional gastrointestinal history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV / D. A. Drossman // Gastroenterol. – Vol. 150, № 6. – P. 1262-1279.



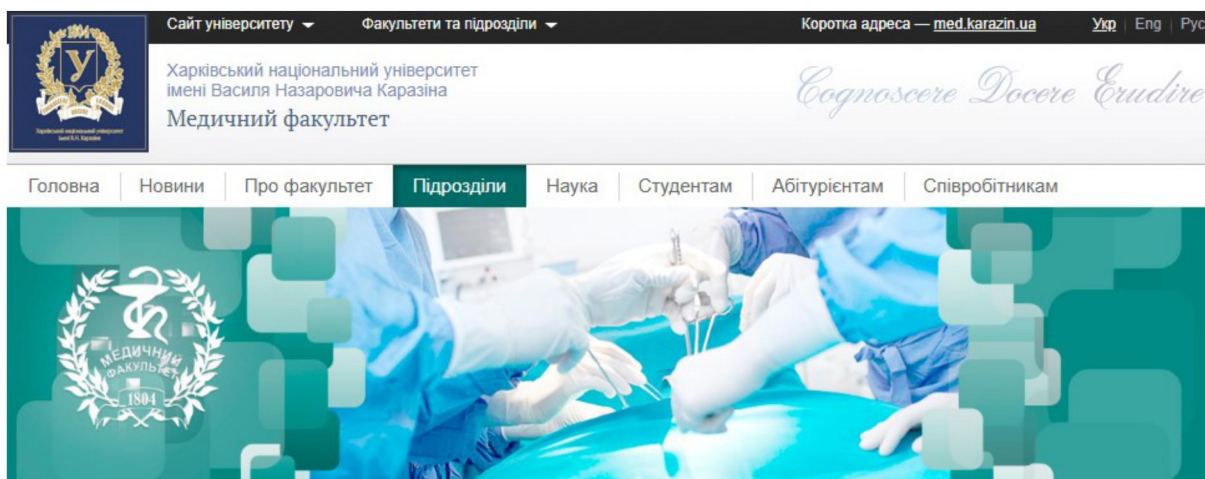
Офіційний сайт: <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments>



Медичний

Кафедри

**Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації**  
<http://medicine.karazin.ua/departments/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-medsini-i-fizichnoi-reabilitatsii->



- **Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації**
- Історія кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Забезпечення кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Кадровий склад кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Навчальна робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Дисципліни кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Методична робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Наукова робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Клінічні бази кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Контакти кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- **Навчально-методичні матеріали для студентів**

## ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

<http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/>

# eKhNUIR

### Пошук у бібліотеці

[Розширений пошук](#)

[Пошук за темами](#)

[Головна сторінка](#)

### Перегляд

[Розділи та колекції](#)

[За датою випуска](#)

[Автори](#)

[Назви](#)

[Теми](#)

[За датою надходження](#)

### Зареєстрованим:

[Отримувати оновлення по e-mail](#)

[Мій архів](#)

[зареєстрованим користувачам](#)

[Редагувати профіль](#)

[Довідка](#)

[Про Dspace](#)

## eKhNUIR - Electronic Kharkiv National University Institutional Repository

Ласкаво просимо до Електронного архіву Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна!

Електронний архів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна наповнюється наступними матеріалами: наукові публікації працівників та студентів Каразінського університету, статті з наукових журналів, монографії, дисертаційні матеріали, навчально-методичні розробки. Наукові публікації студентів розміщуються за умови наявності рецензії наукового керівника.

Репозитарій Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна має власний **ISSN 2310-8665**. Тим самим, репозитарій отримав статус повноцінного електронного видання (ресурсу, що постійно оновлюється), в якому можна публікувати результати досліджень як в першоджерелі, нарівні з друкованими періодичними виданнями.

### Пошук

Введіть ключові слова для пошуку ресурсів в архіві електронних ресурсів.

### Спільноти

Виберіть спільноту для перегляду її колекцій.

[Медичний факультет](#)

eKhNUIR >

### Медичний факультет : [1229]

Головна сторінка спільноти

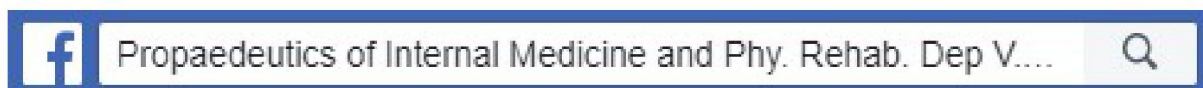
У: Медичний факультет	<input type="text"/>	<input type="button" value="Перейти"/>
або переглянути	<input type="button" value="Шукати"/>	<input type="button" value="Перейти"/>
	<input type="button" value="За датою надходження"/>	<input type="button" value="Теми"/>
	<input type="button" value="Назви"/>	<input type="button" value="Автори"/>
	<input type="button" value="За датою випуска"/>	

### Колекції цієї спільноти

- [Із історії харківської медичної школи](#) [281]
- [Кваліфікаційні випускні роботи здобувачів вищої освіти. Медичний факультет](#) [0]
- [Навчальні видання. Медичний факультет](#) [257]
- [Наукові видання. Медичний факультет](#) [62]
- [Наукові роботи. Медичний факультет](#) [524]
- [Наукові роботи студентів та аспірантів. Медичний факультет](#) [105]

[Перегляд статистики](#)





Propaedeutics of  
Internal Medicine  
and Phy. Rehab.  
Dep V.N.Karazin  
KhNU

**Кафедра пропедевтики  
внутрішньої медицини і  
фізичної реабілітації  
ХНУ імені В. Н. Каразіна**

**Department of  
propaedeutics  
of internal medicine and  
physical rehabilitation  
V. N. Karazin KhNU**

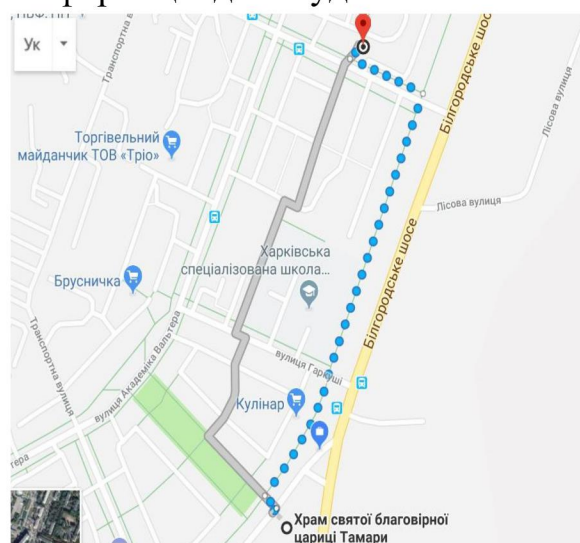


Офіційна група у **Facebook**, що присвячена  
кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

Новини, оголошення, корисна інформація для студентів.

Як дістатися? База кафедри знаходиться  
у красивому, затишному місці, далеко  
від метушні великого міста.

Наша адреса: проспект Академіка  
Курчатова, 29. Ви можете дістатися  
цього місця просто з центру міста,  
скориставшись автобусом 296е (автобус  
здійснює посадку пасажирів просто біля  
станції метро "Держпром"), доїхати  
треба до зупинки "Церква", і далі пройти  
приблизно 600 метрів. Ви на місці!



## *Навчальне видання*

**Бринза** Марія Сергіївна – зав. каф., к.мед.н., доцент  
**Махаринська** Олена Сергіївна – к.мед.н., доцент  
**Карнаух** Елла Володимирівна – к.мед.н., доцент  
**Матюхін** Павло Володимирович – к.мед.н., доцент  
**Пірятінська** Наталія Євгенівна – к.мед.н., доцент  
**Айдінова** Ельвіра Аліярівна – асистент  
**Вороненко** Олена Сергіївна – асистент  
**Галдзицька** Ніна Петрівна – асистент  
**Золотарьова** Тетяна Володимирівна – асистент  
**Ларіонова** Віола Миколаївна – асистент  
**Лахоніна** Арина Ігорівна – асистент  
**Лісова** Наталія Олександрівна – асистент  
**Октябрьова** Ірина Іванівна – асистент  
**Павлова** Даяна Юріївна – асистент  
**Целік** Наталія Євгенівна – асистент  
**Швець** Юліан Миколайович – асистент  
**Шокало** Ірина Володимирівна – асистент

### **СИНДРОМ ПОРУШЕННЯ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ (СИНДРОМ МАЛДГЕСТІЇ ТА МАЛАБСОРЬЦІЇ) ТА ТОВСТОЇ (ДАРЕЯ, ЗАПОР) КИШКИ**

Методичні рекомендації  
для самостійної підготовки до практичних занять  
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни  
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Коректор *А. І. Самсонова*



Електронна публікація на офіційному веб-сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна — сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету, розділ «Навчально-методичні матеріали для студентів / Методичні рекомендації»