

*Хірургія*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний  
Кафедра Хірургії

**ЗАТВЕРДЖУЮ**



Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард Бурячківський

«вересня» 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА  
ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс Медичний 6 курс

Навчальна дисципліна Хірургія  
(назва навчальної дисципліни)

**САМОСТІЙНА РОБОТА**

**Тема № 1. “Диференційна діагностика при шлунково-кишковій кровотечі”**

**Затверджено:**

Засіданням кафедри **КАФЕДРА ХІРУРГІЇ**

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від “08” вересня 2023 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНИК

**Розробники:** Проф., дмн. Міщенко В.В., доц., кмн. Поляк С. Д.,  
доц., кмн. Новосад Е. М., доц., кмн. Парфентьев Р.С.,  
доц., кмн. Нікітенко Р.П., ас. кмн. Койчев Е.А., ас. Бургідзе З.Д.,  
доц., кмн. Горчий В.В., доц., кмн. Севергін В. Е., ас. кмн. Дегтяренко С. П., ас. Канжо  
Н., ас. кмн. Воротинцева К. О., ас. Кресюн М. С., ас. кмн. Баязітов Д. М., ас.  
Кочовий Д. В., ас. Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С.,  
ас. кмн. Ільяшенко В. В., доц., дмн. Косован В. М., ас. кмн. Демідов С.  
М., ас. кмн. Ковальчук А. В., ас. кмн. Загороднюк О. М., ас. кмн. Велічко В. В., ас.  
Бурлак О. С

## **Тема: “Диференціальна діагностика при шлунково-кишковій кровотечі” – 3 год.**

### **1.Актуальність теми.**

Профузна кровотеча в просвіт травного каналу дуже тяжке, а нерідко смертельне ускладнення багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту.

Відомо більш як 100 причин гострих гастродуоденальних кровотеч. Найчастішою причиною буває виразкова хвороба 12-ти палої кишки та шлунка. Летальність при профузних виразкових кровотечах досягає 8%-15%. Летальність при кровотечах з варикозно-розширених вен стравоходу досягає 25%-40%. Кількість хворих з шлунково-кишковими кровотечами збільшується, що зумовлено багатьма факторами, наприклад використанням для лікування деяких медичних препаратів (нестероїдних протизапальних).

Велика кількість хворих з профузними шлунково-кишковими кровотечами, складність діагностики та лікування, значна летальність обумовлюють актуальність проблеми адекватного лікування хворих цієї категорії.

### **2. Цілі заняття:**

#### **2.1.Навчальні цілі:**

Студент повинен навчитися:

- 1.Виявляти анамнестичні та клінічні об'єктивні ознаки захворю- II  
вань, що привели до розвитку шлунково-кишкової кровотечі. рівень
- 2.Основним принципам діагностики джерела кровотечі та II  
проведення диференціальної діагностики виразкових та невиразкових рівень  
шлунково-кишкових кровотеч.
3. Призначати план обстеження з використанням III  
лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних методів рівень  
обстеження.
- 4.Надати екстрену консервативну допомогу хворим з шлунково- III  
кишковими кровотечами (перелити кров та кровозамінники, рівень  
проводити інфузійну та гемостатичну терапію).
- 5.Визначати покази до оперативного втручання та II  
рівень  
теоретично знати методику їх проведення.

### 3. Матеріали для доаудиторної підготовки студентів.

- 1) Методичні рекомендації з самостійної роботи студентів.
- 2) Підручники та монографії (бібліотека кафедри та медичного університету).
- 3) Презентаційні програми з теми заняття.

#### 3.1. Основні базові знання, вміння, навички, які необхідні для самостійного вивчення і засвоєння теми і які базуються на міждисциплінарних зв'язках:

| № п/п                                             | Дисципліни                                                           | Знати                                                                                          | Вміти                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                 | 2                                                                    | 3                                                                                              | 4                                                                                                                                 |
| <b><u>I. Попередні дисципліни</u></b>             |                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                                   |
| 1.                                                | Анатомія                                                             | Будова стравоходу, шлунка та 12-типалої кишки, тонкого та товстого кишечника.                  | Вміти під час операцій диференціювати різноманітні зони знаходження джерела кровотечі.                                            |
| 2.                                                | Фізіологія та патфізіологія                                          | Особливості кровообігу та мікроциркуляції при гострій крововтраті                              | Вміти інтерпретувати порушення гемодінамики у хворих з кровотечею в просвіт травного каналу.                                      |
| 3.                                                | Біохімія                                                             | Біохімію згортання крові та фібрinolізу.                                                       | Вміти інтерпретувати дані лабораторних досліджень системи згортання крові.                                                        |
| 4.                                                | Фармакологія                                                         | Механізм дії препаратів, що діють на основне захворювання та гемостатичних препаратів.         |                                                                                                                                   |
| <b><u>II. Внутрішньо-предметна інтеграція</u></b> |                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                                   |
| 1.                                                | Кровотеча внаслідок варикозного розширення вен стравоходу.           | Ознаки цирозу печінки, рентгенологічні та ендоскопічні ознаки варикозу вен стравоходу          | Інтерпретувати дані біохімічних досліджень (печінкові проби), дані ультразвукового та ендоскопічного дослідження.                 |
| 2.                                                | Синдром Мелорі-Вейса.                                                | Знати етіологію синдрому, ознаки ендоскопічного дослідження.                                   | Цілеспрямовано зібрати анамнез, вміти знайти ознаки синдрому при ендоскопії.                                                      |
| 3.                                                | Виразкова хвороба шлунку та 12-типалої кишки, ускладнена кровотечею. | Знати клінічну картину, диференціальну діагностику виразкової хвороби, ускладненою кровотечею. | Вміти обстежити хворого з виразковою кровотечею, вміти поставити діагноз геморагічного шоку, провести пальцеве дослідження прямої |

|    |                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Рак шлунку та кишкового розпадом та кро-вотечею. | Знати особливості клінічної картини та діагностики при різній локалізації пухлини.           | кишки. Вміти провести диференціальний діагноз, інтерпретувати дані рентгенологічного та ендоскопічного дослідження, поставити покази до лікування. |
| 5. | Геморой, ускладнений кровотечею.                 | Диференційну діагностику – відсутність кривавої блювоти, колір крові – червоний або рожевий. | Провести пальцеве дослідження прямої кишки, аноскопію.                                                                                             |

### 3.2. Зміст теми.

#### ДІАГНОСТИКА Й ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГКПТК.

Перебіг гострої кровотечі в просвіт травного каналу поділяється на два періоди: **прихований і явний.**

#### ПРИХОВАННИЙ ПЕРІОД ГКПТК.

Найбільшу складність становить діагностика кровотечі в початковий, так званий, прихований період. Саме в цей період з'являються найбільш ранні ознаки, однак вони не є специфічними. До них слід віднести:

- слабкість (спостерігається практично в 100% хворих),
- збліднення шкіри (в 70-90%),
- запаморочення (в 60-80%),
- мерехтіння “мурашок” перед очима,
- шум у вухах,
- тремор рук,
- холодний піт,
- серцебиття,
- непритомність (в 10-30%).

Перераховані симптоми є проявом гіповолемії і як наслідок – гіпоксії мозку. Ступінь їхньої виразності залежить від інтенсивності кровотечі, вихідного стану хворого й компенсаторних можливостей організму.

Разом з тим, всі вищевказані симптоми або їх сполучення можуть спостерігатися при різних станах:

#### 1. Кровотечі:

1.1. Зовнішній кровотечі (причина – як правило, травма).

1.2. Кровотечі в черевну порожнину (перервана трубна вагітність, спонтанний розрив селезінки. Травма – розрив паренхіматозного органа, відрив кишкової брижі й ін.).

1.3. Кровотечі в просвіт травного каналу.

#### 2. Інфаркти міокарда.

**3. Перитоніті.**

**4. Гострому панкреатиті (особливо в стадії ферментативного шоку).**

**5. Кровотечі на тлі перфоративної виразки.**

**6. Анемії різного генезу.**

**7. Тромбозі мезентеральних судин (гострій судинній недостатності кишечника).**

**8. Онкопатології.**

Огляд хворого й коротке опитування дозволяють лікареві досить швидко запідозрити ту або іншу патологію, а застосування допоміжних методів діагностики – визначити її точно.

**А.** Огляд хворого дозволяє визначити чи є *зовнішня кровотеча*.

**В.** Біль за грудиною є частим симптомом *інфаркту міокарда*. Основний метод діагностики – ЕКГ.

**С.** Відомості про недавно отриману *травму живота* повинні настановити на думку про імовірність розриву паренхіматозного органу, відриву кишкової брижі тощо з внутрішньочеревною кровотечею. УЗД, а також лапароцентез у т.ч. з використанням “шарячого” катетера і лапароскопія (кров у животі) дозволяють установити правильний діагноз.

**Д.** Виникнення напередодні болю у животі може бути проявом *спонтанного розриву селезінки, перерваної трубної вагітності, гострої судинної недостатності кишечника, перитоніту*. Методи діагностики: УЗД, лапароцентез у т.ч. з використанням “шарячого” катетера, лапароскопія.

Болем у животі може супроводжуватися й гострий панкреатит. Дослідження активності амілази/діастази крові/ сечі, УЗД й КТ дозволяють підтвердити діагноз.

Біль у животі може спостерігатися при кровотечі на фоні перфоративної виразки. Для встановлення діагнозу використовують: оглядову рентгенографію органів черевної порожнини на предмет вільного газу, пневмогастрографію, фіброгастродуоденоскопію.

**Е.** Можуть не значитися всі перераховані вище симптоми й анамнестичні дані. У цьому випадку причиною слабкості, збліднення шкірних покривів, запаморочення й т.д. можуть бути: гостра кровотеча в просвіт травного каналу, онкопатологія, анемії. Черговість діагностичних заходів така: дослідження прямої кишки пальцем (на рукавичці – кал звичайних кольорів, мелена або кров і т.д.), дослідження шлункового вмісту за допомогою зонда (звичайний шлунковий вміст. кров, вміст типу “кавової гущі” і т.д.), фіброгастродуоденоскопію, фіброколоноскопія, УЗД, КТ.

**ЯВНИЙ ПЕРІОД ГКПТК.**

Під час **явного періоду** провідними клінічними ознаками зовнішніх проявів ГКПТК є **кривава блювота** (гематемезис) і **кривавий кал**. Причому якщо кривава блювота спостерігається в 60-70%, то кривавий кал є більш постійною ознакою ГКПТК і спостерігається практично у всіх хворих. Виняток становлять, так би мовити, блискавичні форми кровотечі, коли пацієнт помирає раніше, ніж з'являються мелена або кривава блювота.

**Блювота** більш характерна для джерела кровотечі, розташованого в стравоході, шлунку, рідше – в початковому відділі дванадцятипалої кишки. Характер блювотних мас (червона кров, згустки темно-вишневого кольору або шлунковий вміст кольору “кавової гущі”) залежить від перетворення гемоглобіну під впливом соляної кислоти в солянокислий гематин. Якщо кровотеча носить помірний характер, тобто кров повільно надходить у шлунок або дванадцятипалу кишку й вільно просувається далі в кишечник, у цьому випадку блювоти може взагалі не бути – основним проявом ГКПТК буде мелена.

**Багаторазова кривава блювота й поява згодом мелени** спостерігаються при масивній кровотечі. При рясній кровотечі кров сприяє швидкому розкриттю воротаря, прискоренню перистальтики кишечника й випорожненню у вигляді “вишневого желе” або домішок малозміненої крові.

Диференційно-діагностичне значення зовнішніх проявів ГКПТК

| Ознака                                         | Локалізація джерела кровотечі/<br>інтенсивність кровотечі                                                                                                      |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Кривава блювота</u></b>                  | Стравохід, шлунок, початковий відділ дванадцятипалої кишки                                                                                                     |
| <b>Блювота малозміненою кров'ю</b>             | Інтенсивна кровотеча (частіше – хронічні або гострі виразки шлунка, пухлини шлунка, синдром Маллорі-Вейса)                                                     |
| <b>Блювота вмістом типу “кавової гущі”</b>     | Хронічна виразка дванадцятипалої кишки, помірна за інтенсивністю шлункова кровотеча (частіше – хронічна виразка)                                               |
| <b>Блювота темною кров'ю й згустками крові</b> | Стравохідно-кардіальні флєбектазії на тлі портальної гіпертензії                                                                                               |
| <b>Мелена (чорний, дьогтеподібний кал)</b>     | Кровотеча з верхніх відділів травного каналу (стравохід, шлунок, початковий відділ дванадцятипалої кишки). Свідчить про тривале перебування крові в кишечнику. |
| <b>Кал темно-вишневого кольору</b>             | Профузна кровотеча з верхніх відділів травного каналу. Кровотеча із правої                                                                                     |

|                                 |                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------|
|                                 | половини ободової кишки.                  |
| <b>Кал типу малинового желе</b> | Кровотеча з лівої половини ободової кишки |
| <b>Малозмінена кров у калі</b>  | Кровотеча з прямої кишки (інтенсивна)     |
| <b>Оформлений чорний кал</b>    | Вихід старої крові                        |

**Блювота, що повторюється через короткі проміжки часу,** свідчить про триваючу кровотечу. Повторна блювота кров'ю через тривалий проміжок часу – ознака відновлення кровотечі. Гостра кровотеча в просвіт травного каналу, основною ознакою якої є тільки мелена, має більш сприятливий прогноз, чим кровотеча, що проявляється насамперед рясною повторною кривавою блювотою.

**Найбільшу небезпеку** становлять кровотечі, які на початку проявляються рясною блювотою малозміненою кров'ю. Найбільш висока ймовірність несприятливого прогнозу виникає з одночасною кривавою блювотою й меленою. Якщо ж першою ознакою кровотечі є мелена, можна думати про відносно помірну її інтенсивність і така кровотеча має більш сприятливий прогноз.

Кратність блювоти також має певне прогностичне значення. Частіше у хворих спостерігається одноразова кривава блювота. Це, як правило, свідчить про помірну інтенсивність кровотечі.

**Значно тривожнішим симптомом є блювота майже незміненою кров'ю. Причому, чим частіше вона виникає, тим вища імовірність летальності.**

ГКПТК слід диференціювати від легеневої кровотечі, за якої кривава блювота має пінистий характер і супроводжується кашлем. У легенях нерідко вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

**Мелена** – виділення зміненої крові з каловими масами (дъогтеподібний стілець) спостерігається при кровотечі з дванадцятипалої кишки та масивній шлунковій кровотечі з втратою крові, що досягає 500 мл і більше.

**Кал темно-вишневого кольору** більш характерний для джерела кровотечі, розташованого в правій половині ободової кишки. У ряді випадків може спостерігатися при профузних кровотечах з верхніх відділів травного каналу.

**Кал типу малинового желе** здебільшого спостерігається при кровотечі з лівої половини ободової кишки.

**Малозмінена кров у калі** характерна для кровотечі з прямої кишки, причому нерідко досить інтенсивної.

**Оформлений кал чорного кольору** свідчить про вихід старої крові.

**ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРОГО.** При огляді хворого лікар, у першу чергу, повинен дати оцінку загального стану хворого.

У разі задовільного стану хворого або стану середньої тяжкості виконують:

- *об'єктивне дослідження пацієнта* (збір скарг, анамнезу хвороби й життя, об'єктивне обстеження) з паралельним вивченням лабораторних показників крові й сечі (загальний аналіз крові й сечі, амілаза сечі й т. д.),

- *пальцеве дослідження прямої кишки* й визначення характеру її вмісту,
- *аспірацію вмісту шлунка* за допомогою зонда й промивання шлунка. Останнє дозволяє істотно підвищити точність і ефективність наступного етапу обстеження – *ургентної ФЕГДС*.

*Якщо під час ендоскопічного обстеження джерело кровотечі вдалося встановити, то здійснюють ендоскопічний гемостаз (при тривалій кровотечі), або ендоскопічну профілактику рецидиву кровотечі (при зупиненій кровотечі). Хворих госпіталізують у відділення інтенсивної терапії для проведення комплексної інфузійної і медикаментозної терапії.*

У тих випадках, коли під час екстреного ендоскопічного дослідження встановити джерело кровотечі не вдається, в умовах ВІТ протягом 4-6 годин хворих готують і виконують екстрену ФКС або іригографію. Якщо й ці дослідження не дозволяють установити осередок й причину кровотечі, то повторно виконують ФЕГДС. Якщо й це не дало необхідного результату, можна припустити, що джерело кровотечі, імовірно за все, знаходиться у порожній або клубовій кишці. У цьому випадку доцільно виконати контрастне дослідження тонкої кишки (ентерографію) або селективну мезентерикографію.

Хворих, що перебувають у важкому або вкрай важкому стані, відразу госпіталізують у ВІТ, де без зволікання починають інтенсивне коригуюче лікування. Якщо стан хворого стабілізувався, обстеження проводять за вищеописаною схемою.

Якщо в процесі лікування мають місце ознаки рецидиву кровотечі (зниження АТ, показників крові, блювання кров'ю й т.д.) – хворому показана екстрена операція, метою якої є виявлення джерела кровотечі й припинення кровотечі.

Велику роль у діагностиці та лікуванні відіграють поведження хворого й дані об'єктивного дослідження, які значною мірою пов'язані з об'ємом крововтрати, тривалістю кровотечі, а також з тим, припинилася кровотеча чи ні.

При триваючій кровотечі хворі, як правило, неспокійні, збуджені. Дещо перелякані. Вони постійно міняють своє положення у ліжку, скаржаться на спрагу. Часто спостерігаються позіхання й непритомний стан, що свідчить про гіпоксію мозку. Кінцівки холодні на дотик, відзначається виражений ціаноз губ, акроціаноз. Дихання часте, поверхнєве. Пульс слабкого наповнення, більш як 120 ударів на хвилину. У ряді випадків на периферичних артеріях він взагалі не визначається. Систолічний тиск знижується до 90 мм рт. ст. і нижче. При цьому діастолічний тиск може дорівнювати нулю. При значній крововтраті хворий відчуває спрагу, відзначає сухість слизових оболонок ротової порожнини.

У разі припинення кровотечі хворі частіше спокійні. Вони правильно орієнтуються в часі й просторі. Почасти відзначається адинамія. Психологічний стан може бути дещо пригніченим. Шкіра бліда, але суха. Частота пульсу рідко перевищує 100 ударів на хвилину. Він стає задовільного наповнення. Артеріальний тиск швидко нормалізується.

При огляді хворого виявляється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, а за важкої крововтрати – ціаноз слизових оболонок і нігтьових пластинок.

***У хворих із тривалою й важкою крововтратою шкіра кінцівок набуває соскоподібного відтінку. Можуть спостерігатися безбілкові набряки нижніх кінцівок, що обумовлено не-поповненням ОЦК, а також вираженими порушеннями водно-електролітного й білкового обмінів. При натисненні пальцем на шкірі кінцівки з'являється повільно зникаюча біла пляма (ознака Буриштейна).***

Живіт, як правило, не роздутий (за відсутності асцити), бере участь в акті дихання, симетричний. У хворих із кровотечею з варикозно розширених гастроезофагеальних вен на тлі синдрому портальної гіпертензії живіт іноді розпластаний, помітне розширення підшкірних вен передньої черевної стінки. Пальпаторно в абсолютної більшості хворих із кровотечею в просвіт травного каналу живіт м'який. Лише при гастродуоденальних виразках, а іноді й при раку шлунка може відзначатися незначна болючість і досить помірне напруження м'язів черевної стінки в епігастральній ділянці.

Якщо джерелом кровотечі є злоякісне новоутворення, то у деяких хворих, особливо на запущених стадіях хвороби, можна пальпаторно виявити пухлину в черевній порожнині.

Посилення кишкових шумів, котрі визначаються аускультативно, може свідчити про триваючу кровотечу (симптом Тейлора). Можливо, це пов'язано з відповідною реакцією організму на незмінену кров, що потрапляє в кишечник.

### **3.3. Рекомендована література:**

## **ОСНОВНА**

1. Клінічна хірургія, під редакцією професора Ковальчука Л.Я. Тернопіль, Укрмедкнига, 2002р.
2. Хірургічні хвороби під редакцією професора Кондратенко П.Г. Харків, 2006р, 800с.
3. Хірургічні хвороби під редакцією професора Грубника В.В. Одеса, Одеський мед університет, 2003 р. , 420с.
4. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб./В. М. Запорожан, В. В. Грубнік та ін.; за ред. В. М. Запорожана, В. В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592с.

## **ДОДАТКОВА**

1. Загальна хірургія: підручник / М. Д. Желіба, С. Д. Хіміч, І. Г. Герич та ін.: за ред. професорів М.Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – К.: ВСВ «Медицина», 2016. – 448 с.
2. Загальна хірургія : підручник для студ. вищих навч. закладів / за ред. проф.: Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О.Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с. :
3. Пантьо В. І. Загальна хірургія: навчальний посібник / В. І. Пантьо, В. М. Шимон, О. О. Болдіжар – Ужгород: ІВА, 2020. – 464 с

### **3.5. Матеріали для самоконтролю.**

#### ***3.5.1. Питання для самоконтролю.***

1. Загальна класифікація шлунково-кишкових кровотеч за етіологічною ознакою.
2. Клінічна класифікація шлунково-кишкових кровотеч (за загальним станом хворого).
3. Основні клінічні ознаки шлунково-кишкових кровотеч.
4. Диференціальна діагностика між кровотечами зі шлунково-кишкового тракту і дихальних шляхів.
5. Методика проведення ендоскопічних досліджень у хворих із шлунково-кишковими кровотечами.
6. Тактика хірурга й особливості огляду хворих у прийомному відділенні при низькому артеріальному тиску.
7. Особливості діагностики джерела кровотечі і залежності від тяжкості стану хворих. Цінність допоміжних методів дослідження – лабораторних аналізів крові, рентгенологічного, ендоскопічного.
8. Показання і методика консервативної терапії при шлунково-кишкових кровотечах різної етіології.
9. Критерії оцінки кровенаповнення.
10. Показання до хірургічного лікування шлунково-кишкових кровотеч.
11. Методи операцій у залежності від локалізації джерела кровотечі.
12. Тактика хірурга при нез'ясованому джерелі кровотечі.

### **3.5.2. Тестові завдання для самоконтролю.**

1. Хворий 34 років був доставлений до хірургії зі скаргами на наростаючу слабкість, паморочення в голові, сухість у роті. Підвівшись з ліжка, знепритомнів. Блідий, язик сухий, пульс 100 на хвилину, АТ 100/65 мм рт.ст. Живіт безболісний. Був стул, але кольору його хворий не визначив. Яке дослідження необхідно здійснити?
  - А Пальцеве дослідження прямої кишки
  - В УЗО органів брюшної порожнини
  - С Оглядову рентгенографію грудної порожнини
  - Д Дослідження кала на приховану кров
2. Ознака Бергмана при виразковій кровотечі?
  - А Зникнення болю в животі після початку кровотечі
  - В Відсутність печінкової тупості
  - С Дьогтьоподібний стул
  - Д Блювота кольору кофейної гущини
3. Вкажіть найчастішу локалізацію виразки при виразковій кровотечі?
  - А Задня стінка 12-ї кишки
  - В Передня стінка 12-ї кишки
  - С Антральна виразка
  - Д Виразка тіла шлунку
4. Синдром Мелорі-Вейса – це
  - А Тріщини вздовж слизової оболонки кардіального відділу шлунку
  - В Дивертикули тонкої кишки
  - С Дивертикули товстої кишки
  - Д Прикрита перфорація виразки 12-ї кишки
5. Оптимальний метод лікування синдрому Мелорі-Вейса?
  - А Селективна проксимальна ваготомія
  - В Резекція шлунку
  - С Ендоскопічна електрокоагуляція розриву слизової оболонки
  - Д Гастротомія з ушиванням розриву слизової оболонки
6. Найбільш інформативним методом діагностики шлунково-кишкової кровотечі є
  - А Рентгеноскопія шлунку
  - В Загальний аналіз крові
  - С Езофагогастродуоденоскопія
  - Д. Визначення ОЦК
7. Що є абсолютним показником до термінової операції (на висоті кровотечі)?
  - А Невпинна виразкова кровотеча у хворих у стані геморагічного шоку

В Невпинна виразкова кровотеча у хворих, якщо при масивній кровотечі наполегливі консервативні заходи, та ендоскопічні методи включно, неефективні

С Рецидивна кровотеча у хворих у хірургічному відділенні, яка настала після її зупинки в результаті консервативного лікування

Д Усе перераховане

12. Хворий 27 років поступив зі скаргами на запаморочення, слабкість, криваву блювоту та чорний стілець. Виразковий анамнез 2 роки. А/Т 100/65 мм рт.ст., Нв – 70 г/л, еритроцитів –  $3,1 \times 10^{12}/л$ . Кровотеча зупинена консервативними заходами. Через 2 доби рецидив кровотечі. Нв – 45 г/л, еритроцити -  $1,6 \times 10^{12}/л$ . Подальші дії?

А Термінова операція

В Продовжувати консервативне лікування (противиразкова терапія, гемотрансфузії)

С Ендоскопічна зупинка кровотечі

Д Промивання шлунку крижаним розчином амінокапронової кислоти

13. Хвора 41 року була доставлена у надзвичайно важкому стані. До захворювання вважала себе здоровою. За місяць до цього раптово з'явилася загальна слабкість, блювота та біль у животі, лікувалася у санаторії. На курорті стан різко погіршився, з'явилася блювота кольору кавової гущини, знепритомнювала декілька разів. Різко бліда шкіра, пульс 130 на хвилину, слабкий. А/Т 90/45 мм рт.ст., еритроцити –  $2,3 \times 10^{12}/л$ , Нв – 75 г/л. Попередній діагноз?

А Гострий інфаркт міокарда

В Перфоративна виразка

С Виразкова кровотеча

Д Гострий панкреатит

14. Хворий 44 років був доставлений у клініку з приводу раптової непритомності. Скарги на сильний біль у животі та частий рідкий дьогтьоподібний стул. Раніше відмічав періодичні печії. При рентгеноскопії знайдено газ під куполом діафрагми, Нв – 114 г/л, еритроцити –  $3,7 \times 10^{12}/л$ . Діагноз?

А Хвороба Крона

В Неспецифічний виразковий коліт

С Виразкова кровотеча

Д Перфоративна виразка у сполученні з кровотечею

