MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Гастроэнтерология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

Сформировано: 21.11.2026, 05:13 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Гастроэнтерология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 32 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

1.2. Жалобы

Сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса, на изжогу, боли за грудиной, жгучего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении, отрыжку кислым содержимым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков, при физическом напряжении.

1.3. Анамнез заболевания

Страдает изжогой в течение около 3 лет, за медицинской помощью не обращался, отмечает усиление симптомов в течение последнего месяца в связи с набором веса и погрешностях в диете, периодически принимал антациды с положительным эффектом.

1.4. Анамнез жизни

- хронические заболевания отрицает;
- курит по 10 сигарет в день в течение 10 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имеет;
- аллергических реакций не было;
- наследственность не отягощена.

1.5. Объективный статус

Состояние ближе к удовлетворительному. ИМТ 30 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания, симметричны, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, патологические дыхательные шумы не выслушиваются, SpO2 = 97%. Пульс на лучевых артериях ритмичный, 68 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, ясные, патологических шумов нет. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, без примесей крови и слизи, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

1. План обследования

Вопрос 1

В данном случае инструментальными исследованиями, подтверждающими предполагаемый диагноз, являются

1. мониторирование ЭКГ по Холтеру
2. **суточная pH-метрия**
3. УЗИ органов брюшной полости
4. **ЭГДС**
5. эхокардиография

Правильные ответы:
2 - суточная pH-метрия
4 - ЭГДС

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании:

. анамнестических данных (характерные жалобы, выявление ГЭРБ прежде);

. инструментального обследования (обнаружение рефлюкс-эзофагита при эндоскопическом исследовании пищевода, выявление патологического желудочно-пищеводного рефлюкса при pH-метрии и pH-импедансометрии).

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании:

. анамнестических данных (характерные жалобы, выявление ГЭРБ прежде);

. инструментального обследования (обнаружение рефлюкс-эзофагита при эндоскопическом исследовании пищевода, выявление патологического желудочно-пищеводного рефлюкса при pH-метрии и pH-импедансометрии).

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Пациентам с подозрением на ГЭРБ, при отсутствии противопоказаний, с целью подтверждения диагноза и проведения дифференциального диагноза рекомендовано проведение эзофагогастродуоденоскопии. (2)

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, при эндоскопическом исследовании могут отмечаться признаки ГЭРБ различной степени выраженности. В их число входят гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода, эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести — с A по D степень — в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, наложений фибрина или признаков кровотечения (3)

3. Результаты инструментальных методов обследования

3.1. ЭГДС

Пищевод свободно проходим. В просвете умеренное количество слизи. Слизистая розовая, выше зубчатой линии 3 линейных эрозии длиной от 1 до 1,5 см с налетом фибрина, венчиком яркой гиперемии. Z-линия на расстоянии 35 см от резцов. Просвет желудка обычных размеров. В просвете умеренное количество слизи. Складки обычных размеров. Перистальтика активная. Слизистая розовая. Привратник проходим. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая розовая. Постбульбарные отделы ДПК без особенностей. В просвете желчь.

3.2. Суточная pH-метрия

Заключение: Многочисленные кислые рефлюксы (pH<4,0)

3.3. Мониторирование ЭКГ по Холтеру

Синусовый ритм в течение всего периода наблюдения с ЧСС от 45 до 115 ударов в минуту, что соответствует возрасту пациента.

Одиночные наджелудочковые экстрасистолы. Желудочковых экстрасистол не обнаружено. Ишемические изменения не выявлены. Удлинения Q-T интервала свыше 450 мс не выявлено. Нарушений дыхания во сне не выявлено. Вариабельность сердечного ритма сохранена. AV-блокада I степени не выявлена.

3.5. Эхокардиография

Аорта уплотнена, диаметр 3,0 см (N≤3,3). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 2,1 см (N>1,5), кровоток 1,2 м/с (N<1,7), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 1,0 см (N<1,0), толщина задней стенки 1,0 см (N<1,0), конечный диастолический размер 4,5 см (N<5,3), индекс массы миокарда левого желудочка 90 г/м^2(N≤95), фракция выброса 67% (N≥54). Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан не изменен, кровоток 1,0 м/с (N<1,3), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,8 см (≤3,8), объем 45 мл (≤52). Диметр легочной артерии 2,0 см (N<2,1), систолическое давление в легочной артерии 27 мм рт. ст. (N<30). Кровоток на клапане легочной артерии 0,7 м/сек (N<0,9), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,5 см (N≤3,0). Трикуспидальный клапан не изменен, кровоток 0,6 м/сек (N<0,7), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,7см (N<4,0), объем 40 мл (N<50). Нижняя полая вена на выдохе 1,8 см (N≤2,2), на вдохе 0,6 см (N – спадение в вдохе >50 %). Полость перикарда не изменена.

Заключение: Увеличение жесткости аорты. Наблюдается повышенная амплитуда раскрытия аортального клапана. Фракция выброса в пределах нормы.

Вопрос 2

Основной классификацией для оценки слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом исследовании является классификация

1. по Лауну — Вольфу — Райяну
2. Чайлда — Пью
3. _GINA_
4. **Лос-Анджелесская**

Правильный ответ:
4 - Лос-Анджелесская

ОБОСНОВАНИЕ

Лос-Анджелесская классификация предусматривает четыре степени рефлюкс-эзофагита на основании распространенности процесса. Осложнения ГЭРБ: стриктуры, язвы, пищевод Баррета — рассматриваются отдельно и могут быть при любой степени.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, при эндоскопическом исследовании могут отмечаться признаки ГЭРБ различной степени выраженности. В их число входят гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода, эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести — с A по D степень — в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, наложений фибрина или признаков кровотечения. (2)

2. Диагноз

Вопрос 3

По данным инструментальных исследований и клинической картины у пациента

1. Пищевод Барретта
2. **ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом**
3. Ахалазия кардии I степени
4. ГЭРБ без рефлюкс-эзофагита

Правильный ответ:
2 - ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании:

. анамнестических данных (характерные жалобы, выявление ГЭРБ прежде);

. инструментального обследования (обнаружение рефлюкс-эзофагита при эндоскопическом исследовании пищевода, выявление патологического желудочно-пищеводного рефлюкса при pH-метрии и pH-импедансометрии).

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Пищеводные проявления

Наиболее широко применяемой в мире классификацией клинических проявлений ГЭРБ является Монреальская [42]. Она подразделяет клинические проявления ГЭРБ на две большие группы: пищеводные проявления и внепищеводные проявления. В свою очередь, пищеводные проявления включают такие клинические синдромы, как типичный симптомокомплекс рефлюкса и некардиальную боль в грудной клетке, а также синдромы, при которых кроме жалоб имеются эндоскопические проявления заболевания (эзофагит, пищевод Баррета, стриктуры и др.).

Типичный симптомокомплекс рефлюкса включает изжогу, отрыжку, срыгивание, одинофагию, которые являются мучительными для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, отрицательно сказываются на их работоспособности. Особенно значительно снижается качество жизни больных ГЭРБ, у которых клинические симптомы заболевания наблюдаются в ночное время [1, 3, 23].

Изжога представляет собой наиболее характерный симптом, встречается у 83 % больных и возникает вследствие длительного контакта желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Типичным для данного симптома считается усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении [43, 44].

Отрыжка как один из ведущих симптомов ГЭРБ встречается достаточно часто и обнаруживается у 52 % больных. Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков. Срыгивание, наблюдаемое у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении тела, способствующем регургитации.

Дисфагия и одинофагия наблюдаются у 19 % пациентов с ГЭРБ. В основе возникновения преходящих эпизодов дисфагии лежит гипермоторная дискинезия пищевода, а причиной одинофагии может быть эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стеноза пищевода как доброкачественного, так и злокачественного характера.
Некардиальные боли в грудной клетке, по ходу пищевода (за грудиной), похожи на коронарную боль. Эти боли купируются нитратами, но в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой, а возникают вследствие гипермоторной дискинезии пищевода, причиной которой может быть дефект системы ингибирующего трансмиттера — оксида азота. Пусковым моментом для возникновения эзофагоспазма и соответственно боли служит патологический желудочно-пищеводный рефлюкс. (2)

Внепищеводные проявления

Внепищеводные проявления ГЭРБ представляют собой многообразные симптомы и синдромы, которые подразделяются на две группы: те, связь которых с ГЭРБ основана на достаточно убедительных клинических доказательствах (хронический кашель, связанный с рефлюксом, хронический ларингит, бронхиальная астма и эрозии эмали зубов), и те, связь которых с ГЭРБ лишь предполагается (фарингит, синусит, легочный фиброз, средний отит) [42]. (3)

Данный диагноз поставлен на основании жалоб (изжога, боли за грудиной, отрыжка кислым, сухой кашель), инструментальной диагностики (ФГДС и Ph-метрии).

6. Диагноз

6.1. ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом

6.2. ГЭРБ без рефлюкс-эзофагита

Вопрос 4

Согласно Лос-Анджелесской классификации различают _____ степени рефлюкс-эзофагита

1. 3
2. 2
3. 6
4. **4**

Правильный ответ:
4 - 4

ОБОСНОВАНИЕ

Лос-Анджелесская классификация предусматривает четыре степени рефлюкс-эзофагита на основании распространенности процесса. Осложнения ГЭРБ: стриктуры, язвы, пищевод Баррета — рассматриваются отдельно и могут быть при любой степени.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

3. Лечение

Вопрос 5

В качестве фармакотерапии данному пациенту необходимо назначить

1. миотропные спазмолитические средства
2. **ингибиторы протонной помпы**
3. производные альгиновой кислоты
4. производные альгиновой кислоты в сочетании с антацидами

Правильный ответ:
2 - ингибиторы протонной помпы

ОБОСНОВАНИЕ

- При наличии как пищеводных, так и внепищеводных проявлений ГЭРБ эффективно назначение ингибиторов протонной помпы.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) — это препараты, подавляющие активность фермента H+, K+-АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными препаратами для лечения ГЭРБ. В клинических исследованиях ИПП постоянно демонстрируют наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов (УУР А, УДД — 1). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. При наличии единичных эрозий пищевода (А степень) вероятность их заживления в течение 4 недель лечения высока. Поэтому основной курс в данном случае, может составлять 4 недели с использованием стандартной дозы ИПП (рабепразол в дозе 20 мг в день [161,–163] (УУР А, УДД — 1), или эзомепразол 40 мг в день [111, 164] (УУР А, УДД — 1), или омепразол в дозе 20 мг 2 раза в день, или декслансопразол в дозе 60 мг [165–168] (УУР А, УДД — 1), или пантопразол 40 мг в день) желательно с проведением контрольного эндоскопического исследования. При выявлении множественных эрозий пищевода (B–D степени эзофагита), а также осложнений ГЭРБ, курс лечения любым препаратом из группы ИПП должен составлять не менее 8 недель, так как при такой продолжительности терапии можно добиться 90–95 % эффективности. При необоснованном сокращении курса лечения множественных эрозий пищевода до 4-х недель частота их заживления оказывается значительно ниже. Кроме того, такое необоснованное сокращение сроков лечения эрозивных форм ГЭРБ может быть причиной быстрого последующего рецидивирования, а также развития осложнений [115, 116]. Пациентам с типичным симптомокомплексом рефлюкса, которые не дают адекватного ответа на терапию ИПП в стандартной дозе один раз в день, может быть рекомендован прием ИПП дважды в день. При этом следует учитывать, что данная дозировка не утверждена в инструкциях по применению данных препаратов. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить, как минимум, в течение 16–24 недель. При наличии осложнений ГЭРБ

поддерживающую терапию следует проводить ингибиторами протонной помпы также в полной дозе [169–171] (УУР А, УДД — 1). (2)

ИПП эффективно контролируют уровень pH в нижней трети пищевода, поэтому выраженность симптомов быстро уменьшается, и они исчезают у пациентов как с эрозивным эзофагитом, так и неэрозивной рефлюксной болезнью. В отсутствие эрозий пищевода для лечения НЭРБ возможно назначение половинной дозы ИПП: в том числе, рабепразола в дозе 10 мг один раз в день при курсовом лечении, а также при приеме по требованию, что является фармакоэкономически оправданным [172–174] (УУР А, УДД — 1), а также декслансопразола 30 мг один раз в день [175, 176] (УУР А, УДД — 1). (3)

Вопрос 6

Ингибиторы протонной помпы в качестве основной терапии необходимо назначить на срок

1. 6 месяцев
2. 3 месяца
3. 1-2 недели
4. **4-8 недель**

Правильный ответ:
4 - 4-8 недель

ОБОСНОВАНИЕ

Наиболее эффективными препаратами для лечения ГЭРБ являются ИПП, которые применяются для проведения как основной (4–8 нед), так и поддерживающей терапии. В качестве монотерапии редко возникающей изжоги, которая не сопровождается развитием эзофагита, а также в схемах комплексной терапии ГЭРБ для быстрого устранения симптомов пациентам рекомендованы антациды. Прокинетические препараты могут быть применены в составе комплексной терапии ГЭРБ вместе с ИПП, так как они способствуют восстановлению нормального физиологического состояния пищевода, воздействуя на патогенетические механизмы ГЭРБ.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Вопрос 7

Рефрактерное течение заболевания устанавливается при отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение _____ от начала проведения терапии стандартной дозой ингибиторов протонной помпы

1. 3-4 месяцев
2. 6-8 месяцев
3. 1-2 недель
4. **4-8 недель**

Правильный ответ:
4 - 4-8 недель

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с рефрактерным течением заболевания (отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4–8 недель проведения терапии стандартной дозой ИПП), а также пациентам с наличием осложнений заболевания (стриктуры, пищевод Баррета) рекомендовано проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения эозинофильного эзофагита, а также пищевода Баррета и аденокарциномы (УУР В, УДД — 3).

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Вопрос 8

Немедикаментозная терапия для данного пациента в первую очередь должна включать

1. ежегодное санаторно-курортное лечение
2. физиопроцедуры
3. **снижение массы тела, отказ от курения**
4. физические упражнения, направленные на повышение внутрибрюшного давления

Правильный ответ:
3 - снижение массы тела, отказ от курения

ОБОСНОВАНИЕ

- Всем пациентам с ГЭРБ рекомендуется изменение образа жизни (снижение массы тела при ее избытке, прекращение курения, избегание ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление) и диетотерапия (УУР С, УДД — 5).

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал

гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. В первую очередь необходимо снизить массу тела, если она избыточна [117], и прекратить курение [118, 119]. Пациентам следует избегать переедания; они должны прекратить прием пищи за два часа до сна [120]. В то же время не следует увеличивать число приемов пищи: необходимо соблюдать трех-, четырехразовое питание и тщательно избегать так называемых «перекусов». Рекомендации по частому дробному питанию не обоснованы. (2)

Вопрос 9

Больные ГЭРБ должны находиться под диспансерным наблюдением с контрольным обследованием, которое проводят не реже 1 раза в

1. **6 месяцев**
2. 12 месяцев
3. 3 месяца
4. 18 месяцев

Правильный ответ:
1 - 6 месяцев

ОБОСНОВАНИЕ

Больные ГЭРБ должны находиться под активным диспансерным наблюдением врача-терапевта, которое проводят не реже 1 раза в 6 месяцев

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"(Зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022 N 68288).

Приложение 1, п.11. (1)

Вопрос 10

Данному пациенту госпитализация в стационар

1. необходима однократно для подбора терапии
2. **не требуется**
3. рекомендована 2 раза в год
4. проводится для профилактического лечения 1 раз в 2 года

Правильный ответ:
2 - не требуется

ОБОСНОВАНИЕ

Пациенты с неосложненным течением ГЭРБ подлежат консервативному лечению. В большинстве случаев оно проводится амбулаторно. Однако при развитии осложнений, необходимости дообследования с целью верификации диагноза (например, при рефрактерном течении), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Вопрос 11

Данному пациенту хирургическое лечение

1. показано в экстренном порядке
2. проводится в плановом порядке через 6 месяцев
3. проводится в плановом порядке в течение 1 года
4. **не проводится, так как нет осложнений**

Правильный ответ:
4 - не проводится, так как нет осложнений

ОБОСНОВАНИЕ

При осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода) больным показано антирефлюксное хирургическое лечение с предварительным исследованием функциональных показателей пищевода с помощью pH-импедансометрии и манометрии высокого разрешения.

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

Вопрос 12

Такие осложнения как остеопороз, избыточный бактериальный рост, возможны при назначении

1. альгинатов
2. ингибиторов протонной помпы в любых дозах
3. **ингибиторов протонной помпы в больших дозах на длительный срок**
4. адсорбентов при длительном применении (более 2 недель)

Правильный ответ:
3 - ингибиторов протонной помпы в больших дозах на длительный срок

ОБОСНОВАНИЕ

В целом ИПП демонстрируют невысокую частоту побочных эффектов (<2 %), среди которых могут наблюдаться диарея, головная боль, тошнота [200, 201]. При назначении ИПП в больших дозах на длительный срок следует также учитывать возможность развития таких побочных эффектов, как остеопороз (хотя применение ИПП не должно рассматриваться как самостоятельный и независимый фактор риска развития остеопороза [202, 203]), избыточный бактериальный рост, инфекция Clostridium difficile и пневмония среди пациентов из групп риска, в первую очередь старше 65 лет [204–206]. При длительном лечении ИПП возможно назначать по требованию и прерывистыми курсами [207, 208]. Решение о длительности поддерживающей терапии ГЭРБ и об ее отмене должно приниматься индивидуально с учетом стадии эзофагита, имеющихся осложнений, возраста пациента, прогноза заболевания, а также стоимости и безопасности лечения ИПП. Рабепразол демонстрирует высокий уровень безопасности в отноше-нии частоты побочных эффектов и переносимости, а его метаболизм минимально зависит от систе-мы цитохрома 450 [161, 173, 209], что позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора у полиморбидных пациентов, минимизируя риск межлекарственного взаимодействия, что важно при необходимости длительных курсов (пищевод Баррета, эрозивный эзофагит C/D) [210–212] (УУР А, УДД — 1).

Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)