

# Кейсы | Высшее образование | Терапия

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Терапия | Записей: 2

## Терапия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Терапия

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 58 лет на 3-й день болезни

#### 1.2. Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой голени, чувство жжения и распирания в ней, появление пузырей.

#### 1.3. Анамнез заболевания

- Заболела остро: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 38,6°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты, без видимого эффекта.
- На вторые сутки заболевания появились тянущие боли в левой паховой области, покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно полуспиртовые компрессы.
- На третьи сутки на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в размерах и его яркости, появление пузырей, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Пенсионерка.
- Проживает в отдельной квартире с мужем, дочерью и внуком.
- Похожим заболеванием болеет второй раз. Первый раз – 3 года назад на этой же конечности. Лечилась самостоятельно.
- Вредные привычки: отрицает.
- За день до заболевания пациента долго простояла на балконе (ждала внука), «промерзла».

#### 1.5. Объективный статус

- Температура тела 38,7°C.
- В области левой голени яркая эритема. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, отек голени. В области эритемы определяются геморрагии, местами сливные, два крупных пузыря с серозно-геморрагическим содержимым и мелкие, плоские пузыри. На стопе заживающая ранка. Онихомикоз стоп.
- Паховые лимфоузлы слева увеличены и болезненны при пальпации.
- АД – 130/70 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.



Объективный статус.jpg

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Составьте план обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

1. бактериологический посев содержимого булл
2. иммуноферментный анализ
3. иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

### 4. клинический анализ крови

### 5. коагулограмма крови

**Правильные ответы: клинический анализ крови; коагулограмма крови**

Диагноз рожи основан на наличии характерного клинического симптомокомплекса, включающего синдром интоксикации и развитие характерного рожистого очага. Изменения в общем анализе крови (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и увеличение СОЭ) являются косвенным подтверждением диагноза

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

Показатели коагулограммы говорящие о гиперкоагуляции являются показанием для патогенетической терапии местного геморрагического синдрома, предупреждающей развитие геморрагий и булл

Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1104 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4912-7

Рожа. Диагностика, дополнительные лабораторные исследования +

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Клинический анализ крови

===	Показатели	Ед.измерения	Результат
Норма	Гемоглобин	г/л	130
120.0-140.0	Эритроциты	х106/л	4,20
4,00- 6,00	Тромбоциты	х103/л	320
150-400	Лейкоциты	х103/л	11,0
4,0-9,0	палочкоядерные	%	12
1-6	сегментоядерные	%	60
47-72	эозинофилы	%	0
0-5	лимфоциты	%	23
19-37	моноциты	%	5
3-11	СОЭ		27
2-20	===		

3.2. Коагулограмма крови

===
-----

|АЧТВ  
(25-35сек)  
|ПТИ  
(80-100%)  
|Тромб.вр.  
(16-20 сек)  
|Фибриноген  
(2.5-4.5 г/л)  
|МНО  
(0.8-1.15)

22	110	12	5.2	1.1
===				

3.4. Бактериологический посев содержимого булл

Роста нет

2. Диагноз

2. Вопрос

Какой основной диагноз?

- 1. Эритематозно-буллезная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, 1-й поздний рецидив
- 2. Буллезное импетиго, типичное течение, средней степени тяжести
- 3. Буллезный вариант кожной формы сибирской язвы

#### 4. Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная

**Правильный ответ: Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная**

Учитывая начало болезни с синдрома интоксикации (озноба, высокой температуры, головной боли, слабости), и развитием характерного местного очага с эритемой, геморрагиями, буллами, отеком и регионарным лимфаденитом следует думать о буллезно-геморрагической роже, среднетяжелого течения. Учитывая, что пациентка ранее перенесла рожу более 2-х лет назад, принято считать рожу – повторной.

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

### 5. Диагноз

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная

### 3. Вопрос

Клинические признаки буллезно-геморрагической рожи включают наличие

1. мелкоточечной геморрагической сыпи на гиперемизированном фоне
2. эритемы с размытыми границами и плоских булл
3. пустулезных элементов с формированием геморрагических корок

#### 4. булл и геморрагий на фоне эритемы

**Правильный ответ: булл и геморрагий на фоне эритемы**

Буллезно-геморрагическая рожа трансформируется из эритематозной или эритематозно-геморрагической формы. Буллезные элементы заполняются геморрагическим и фибринозно-геморрагическим экссудатом, возникают обширные геморрагии.

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

### 4. Вопрос

Критерием часто рецидивирующей рожи является

1. ежегодный рецидив с той же локализацией очага
2. развитие рецидива через 6 месяцев с иной локализацией очага
3. развитие рецидива в течение 6 месяцев с той же локализацией очага

#### 4. наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией

**Правильный ответ: наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией**

Классификация рожи по кратности течения:

-первичная, повторная, рецидивирующая (при наличии не менее трех рецидивов рожи в год целесообразно определения "часто рецидивирующая рожа"

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

### 5. Вопрос

Местными осложнениями, которые могут возникнуть у данной больной, являются

1. инфекционно-токсический шок, пневмония
2. менингит, облитерирующий эндартериит
3. тромбоэмболия легочной артерии, сепсис

#### 4. абсцессы, флегмоны

**Правильный ответ: абсцессы, флегмоны**

Классификация рожи по осложнениям:

- местные (абсцесс, флегмона, некроз, флебит, периаденит и др.)

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 6. Вопрос

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

1. опоясывающим лишаем, корью, иерсиниозом
2. эризепилоидом, боррелиозом, краснухой
3. сибирской язвой, бруцеллезом, боррелиозом

#### 4. абсцессом, узловатой эритемой, контактным дерматитом

**Правильный ответ: абсцессом, узловатой эритемой, контактным дерматитом**

В первую очередь необходимо исключить местный гнойный воспалительный процесс (абсцесс, флегмону, узловатую эритему и др.)

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 7. Вопрос

Последствием рожи является

1. сепсис

#### 2. фибридема

3. абсцесс
4. флегмона

**Правильный ответ: фибридема**

К последствиям рожи относятся стойкий лимфостаз (лимфедема) и собственно вторичная слоновость (фибридема), являющиеся двумя стадиями одного процесса.

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 3. Лечение

## 8. Вопрос

Антибиотиками, применяемыми в остром периоде повторной рожи являются

1. сульфаниламиды

**2. пенициллины**

3. тетрациклины

4. аминогликозиды

**Правильный ответ: пенициллины**

При повторной роже (возникновение заболевания, на том же месте через 2 года и больше) применяется тактика лечения, как при первичной роже.

При лечении в условиях стационара препаратом выбора является бензил пенициллин.

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 9. Вопрос

Назначение препаратов, действующих на L- формы стрептококка, показано при

1. тяжелом течении

2. повторной роже

3. наличие осложнений

**4. частом рецидивировании рожи**

**Правильный ответ: частом рецидивировании рожи**

При часто рецидивирующей роже целесообразно двухкурсовое лечение. Последовательно назначают антибиотики, оптимально действующие на бактериальные и L-формы стрептококка, соответственно, первый курс антибиотикотерапии осуществляется ЦС или другими препаратами (10 дней), после 2-3 дневного перерыва проводится второй курс линкомицином 0,6-3 раза в день в/м (7 дней)

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 10. Вопрос

Местная терапия при буллезных формах рожи включает назначение

1. тугое бинтование с ихтиоловой или линкомициновой мазями

**2. примочек с риванолом или фурацилином**

3. перевязок с синтомициновой эмульсией и перманганатом калия

4. перевязок с линиментом Вишневского или левомеколем

**Правильный ответ: примочки с риванолом или фурацилином**

На очаг воспаления накладывают повязки с 0,1% риванола.

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 11. Вопрос

К показаниям для назначения бициллина-5 больным рожей относят

**1. частые рецидивы болезни**

2. развитие гнойных осложнений
3. рожу лица
4. преклонный возраст пациента

**Правильный ответ: частые рецидивы болезни**

Бициллинопрофилактика является составной частью комплексного диспансерного лечения больных, страдающих рецидивирующей рожей.

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 4. Вариатив

### 12. Вопрос

Методом профилактики рецидивов рожи является назначение

1. плазмафереза
2. вакцинотерапии

**3. пролонгированных пенициллинов**

4. нестероидных противовоспалительных препаратов в межрецидивный период

**Правильный ответ: пролонгированных пенициллинов**

Бициллинопрофилактика является составной частью комплексного диспансерного лечения больных, страдающих рецидивирующей рожей. Профилактическое введение бициллина-5 1,5 млн ЕД

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

# Терапия - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Терапия

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Мужчина, 47 лет, обратился к участковому терапевту.

### 1.2. Жалобы

на боли в верхних отделах живота, появляющиеся натощак, через 2,5 часа после еды и ночью, кислый привкус во рту, запоры.

### 1.3. Анамнез заболевания

Пациент страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 6 лет, диеты не придерживается, эпизодически принимает антацидные препараты. За эти годы у пациента дважды был эндоскопически подтвержденный рецидив язвенной болезни.

### 1.4. Анамнез жизни

У отца и младшего брата – язвенная болезнь. Курит по 10 сигарет в день с 24 лет, алкоголь употребляет умеренно.

### 1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски, сухие. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 72 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, отечный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул темного цвета.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

1. анализ кала на скрытую кровь
2. исследование уровня гастрина сыворотки крови
3. клинический анализ крови
4. исследование уровня гистамина в крови
5. общий анализ мочи
6. биохимический анализ крови

**Правильные ответы: анализ кала на скрытую кровь; исследование уровня гастрина сыворотки крови; клинический анализ крови**

Всем пациентам с ЯБ с целью исключения скрытых язвенных кровотечений рекомендуется проведение исследования кала на скрытую кровь.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

У пациентов с рефрактерным течением язвенной болезни с целью исключения синдрома Золлингера-Эллисона рекомендуется исследование уровня гастрина сыворотки крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.



(1)

Всем пациентам с ЯБ с целью исключения анемии как следствия скрытых язвенных кровотечений рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня гемоглобина и оценкой гематокрита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

## 2. Вопрос

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

### 1. эзофагогастродуоденоскопия с проведением быстрого уреазного теста

2. виртуальная колоноскопия

3. обзорная рентгенография грудной клетки

4. ультразвуковое исследование брюшной полости

**Правильный ответ: эзофагогастродуоденоскопия с проведением быстрого уреазного теста**

Всем пациентам с подозрением на ЯБ, при отсутствии противопоказаний, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Плановое эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, форму, размеры, глубину, состояние дна и краев язвы, позволяет выявить признаки пенетрации, рубцовой деформации и стенозирования просвета органа. Плановое эндоскопическое исследование дает возможность обнаружить другие сопутствующие изменения слизистой оболочки и определить нарушения гастродуоденальной моторики.

Всем пациентам с ЯБ с целью определения показаний к эрадикационной терапии рекомендуется проведение тестирования на наличие инфекции *\_H. pylori\_* с помощью 13С- дыхательного уреазного теста или определения антигена *\_H.pylori\_* в кале, а при одновременном проведении ЭГДС - с помощью быстрого уреазного теста.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

У данного пациента:

- обнаружение язвенного дефекта и рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки;
- наличие состоявшегося кровотечения;
- диагностика рефлюкс-эзофагита

## 2. Диагноз

### 3. Вопрос

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз:

+ \_\_\_\_\_ +, в стадии обострения

1. Желчнокаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит

2. Аденокарцинома тела желудка, инфильтративно-язвенная форма

### 3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, НР-ассоциированная

4. Хронический билиарный панкреатит, тяжелое течение

## Правильный ответ: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, НР-ассоциированная

Диагноз язвенной болезни устанавливается на основании:

- анамнестических данных (характерные жалобы, выявление язвенной болезни прежде)
- физикального обследования (обнаружение болезненности и резистентности мышц брюшной стенки при пальпации)
- инструментального обследования (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки).

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

## 4. Вопрос

У пациента при эзофагогастродуоденоскопии выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс. Его возникновению может способствовать

### 1. избыточная масса тела

2. употребление в пищу мяса

3. трёхразовое питание

4. приём молочных продуктов

## Правильный ответ: избыточная масса тела

Всем пациентам с ГЭРБ рекомендуется изменение образа жизни (снижение массы тела при ее избытке, прекращение курения, избегание ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление) и диетотерапия. Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. В первую очередь необходимо снизить массу тела, если она избыточна.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, 2024 г.

(1)

(2)

## 5. Вопрос

При обнаружении язвенного дефекта эндоскопически в круг дифференциальной диагностики входит

1. хронический панкреатит

2. желчнокаменная болезнь

### 3. симптоматическая язва

4. острый гастрит

## Правильный ответ: симптоматическая язва

Также различают ЯБ как самостоятельное заболевание (эссенциальная язвенная болезнь) и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов), которые возникают на фоне других заболеваний и по механизмам своего развития связаны с особыми

этиологическими и патогенетическими факторами.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

### 3. Лечение

### 6. Вопрос

При диетотерапии язвенной болезни следует придерживаться принципа

1. ограничения поваренной соли и жидкости
2. исключения легкоусвояемых углеводов
3. ограничения белка до физиологической нормы

#### 4. механического, термического и химического щажения

**Правильный ответ: механического, термического и химического щажения**

Основные принципы диетического питания пациентов с язвенной болезнью, выработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и в настоящее время. Остаются в силе рекомендации частого (5-6 раз в сутки), дробного питания, соответствующие правилу: “шесть маленьких приемов пищи лучше, чем три больших”, механического, термического и химического щажения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

### 7. Вопрос

К препаратам с наиболее выраженным антисекреторным эффектом относятся

1. ингибиторы протонной помпы
2. коллоидные препараты висмута
3. невсасывающиеся антациды
4. H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы

**Правильный ответ: ингибиторы протонной помпы**

Пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса (ИПН) течение 4-6 недель.

В настоящее время ИПН являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки.

Многочисленные рандомизированные сравнительные исследования (включая мета-аналитические) свидетельствовали о значительно более высокой эффективности ИПН по сравнению с H<sub>2</sub>-блокаторами в устранении клинических симптомов и достижении рубцевания язв.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

(2)

### 8. Вопрос

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется как основная схема терапии второй линии при

1. неэффективности стандартной тройной терапии

2. угрозе длительного оккультного кровотечения
3. сопутствующем компенсированном гипотиреозе
4. поливалентной лекарственной аллергии

#### Правильный ответ: неэффективности стандартной тройной терапии

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

## 9. Вопрос

В лечении сопутствующего гастроэзофагеального рефлюкса может применяться

1. H1-гистаминоблокатор
2. транквилизатор
3. спазмолитик

#### 4. прокинетики

#### Правильный ответ: прокинетики

Возможности применения прокинетиков при лечении ГЭРБ обуславливаются их способностью влиять на важные звенья патогенеза заболевания. Они способствуют восстановлению нормального физиологического состояния пищевода, уменьшая количество ПРНПС, улучшая пищеводный клиренс за счет стимуляции двигательной функции нижележащих отделов пищеварительного тракта. Прокинетики повышают тонус НПС и ускоряют эвакуацию из желудка.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, 2024 г.

(1)

(2)

## 4. Вариатив

## 10. Вопрос

В настоящее время наиболее значимым фактором риска развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является

1. употребление алкоголя
2. инфекция \_H. pylori\_
3. AB(IV) группа крови
4. несбалансированное питание

#### Правильный ответ: инфекция \_H. pylori\_

Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам \_H. pylori\_, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren).

Спектр неблагоприятного влияния \_H. pylori\_ на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Обсеменение слизистой оболочки желудка \_H. pylori\_ сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

## 11. Вопрос

\_H. pylori\_ - негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом

1. цитостатиков
2. спазмолитиков
3. антибиотиков

### 4. нестероидных противовоспалительных препаратов

**Правильный ответ: нестероидных противовоспалительных препаратов**

\_H. pylori\_ - негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)

## 12. Вопрос

К наиболее значимым дополнительным факторам риска развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следует отнести

1. нерегулярное питание
2. употребление калорийной пищи

### 3. отягощенную наследственность

4. отсутствие ночного сна

**Правильный ответ: отягощенную наследственность**

...В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, 0(I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.) в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект...

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь, 2024 г.

(1)