

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра педиатрии и неонатологии

Оценочные материалы

по дисциплине **гастроэнтерология**
«Избранные вопросы гастроэнтерологии»

Специальность 31.08.19 «Педиатрия»

Зав. кафедрой профессор, д.м.н.

Летифов Г.М.

2023

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной

профессиональных (ПК)

| Код и наименование профессиональной компетенции | Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции |
|--|--|
| ПК-1. Способен применять клинические рекомендации, стандарты, клинические протоколы в диагностике и лечении соматических заболеваний у детей и подростков в амбулаторных и стационарных условиях | ПК-1.1 Применяет клинические рекомендации, стандарты, клинические протоколы в диагностике и лечении соматических заболеваний у детей и подростков в амбулаторных и стационарных условиях |

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

| Наименование компетенции | Виды оценочных материалов | количество заданий на 1 компетенцию |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| ПК-1 | Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа) | 25 с эталонами ответов |
| | Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования | 75 с эталонами ответов |

ПК-1: Способен применять клинические рекомендации, стандарты, клинические протоколы в диагностике и лечении соматических заболеваний у детей и подростков в амбулаторных и стационарных условиях.

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее частая форма эозинофильного поражения желудочно-кишечного тракта:

1. эозинофильный эзофагит
2. эозинофильный гастрит
3. эозинофильный энтерит
4. эозинофильный колит

Эталон ответа: 1 (эозинофильный эзофагит).

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Эффективное лечение эозинофильного гастрита включает назначение:

1. H2-гистаминоблокаторов (фамотидина)
2. глюкокортикостероидов в сочетании с элементной диетой (аминокислотные смеси)
3. ингибиторов протонной помпы
4. антигистаминных препаратов 2 поколения

Эталон ответа: 2 (глюкокортикостероидов в сочетании с в элиминационной /

элементарной диетой (аминокислотные смеси))

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной морфологический критерий эозинофильного эзофагита:

1. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения менее 5 эозинофилов
2. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения менее более 10 эозинофилов
3. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения более 15 эозинофилов
4. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения более 30 эозинофилов

Эталон ответа: 3 (эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения более 15 эозинофилов)

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В лечении эозинофильного эзофагита используют:

1. антигистаминные препараты
2. ингибиторы протонной помпы
3. только диетотерапию
4. диетотерапию+глюкокортикостероиды/топические стероиды+ ингибиторов тучных клеток и антагонистов лейкотриеновых рецепторов

Эталон ответа: 4 (диетотерапию+глюкокортикостероиды/топические стероиды+ ингибиторов тучных клеток и антагонистов лейкотриеновых рецепторов)

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Эозинофильные заболевания ЖКТ следует дифференцировать:

1. с хроническим гастродуоденитом
2. с гиперэозинофильным синдромом
3. с язвенной болезнью 12-перстной кишки
4. с язвенным колитом

Эталон ответа: 2 (с гиперэозинофильным синдромом)

Задание 6. Выберите один правильный ответ.

Основной морфологический критерий эозинофильного гастрита:

1. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 15 эозинофилов
2. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 10 эозинофилов
3. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 50 эозинофилов
4. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 20 эозинофилов,

Эталон ответа: 4 (эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 20 эозинофилов)

Задание 7. Выберите один правильный ответ.

Основной морфологический критерий эозинофильного колита:

1. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 10-20 эозинофилов
2. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 10 эозинофилов

3. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 15 эозинофилов
 4. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 20-50 эозинофилов
- Эталон ответа: 4 (эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 20-50 эозинофилов)

Задание 8. Выберите один правильный ответ.

Основной морфологический критерий эозинофильного энтерита:

1. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 20-30 эозинофилов
 2. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 10 эозинофилов
 3. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 10-15 эозинофилов
 4. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 5-10 эозинофилов
- Эталон ответа: 1 (эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 20-30 эозинофилов)

Задание 9. Выберите один правильный ответ.

Диетотерапия эозинофильного эзофагита включает:

1. смеси на основе глубокого гидролиза белков
 2. аминокислотные смеси
 3. частично гидролизованные смеси
 4. безлактозные смеси
- Эталон ответа: 2 (аминокислотные смеси)

Задание 10. Выберите один правильный ответ.

Эозинофильный эзофагит чаще требует проведения дифференциальной диагностики:

1. с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
 2. с язвенной болезнью
 3. с ахалазией пищевода
 4. с функциональной диспепсией
- Эталон ответа: 1 (с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью)

Задание 11. Выберите один правильный ответ.

Наиболее редкое эозинофильное поражение желудочно-кишечного тракта:

1. эозинофильный эзофагит
 2. эозинофильный гастрит
 3. эозинофильный энтерит
 4. эозинофильный колит
- Эталон ответа: 4 (эозинофильный колит)

Задание 12. Выберите один правильный ответ.

Правильно сформулированный диагноз:

1. эозинофильный гастрит
2. эозинофильный гастроэнтерит
3. эозинофильный эзофагогастроэнтерит
эозинофильный гастроэнтероколит
4. Эталон ответа: 1 (эозинофильный гастрит)

Задание 13. Выберите один правильный ответ.

Диетотерапия эозинофильного эзофагита у ребенка 9 месяцев включает:

1. гипоаллергенные смеси
 2. соевые смеси
 3. аминокислотные смеси
 4. смеси на основе глубокого гидролиза белка коровьего молока
- Эталон ответа: 3 (аминокислотные смеси)

Задание 14. Выберите один правильный ответ.

Клинически для эозинофильных заболеваний ЖКТ характерно:

1. отсроченное развитие симптомов
 2. всегда присутствуют кожные проявления
 3. всегда присутствуют респираторные проявления
 4. положительный ответ на назначение антигистаминных препаратов
- Эталон ответа: 1 (отсроченное развитие симптомов)

Задание 15. Выберите один правильный ответ.

Медиаторы эозинофильного воспаления:

1. гранулы эозинофилов, медиаторы воспаления
 2. хемокины
 3. цитокины
 4. всё перечисленное
- Эталон ответа: 4 (всё перечисленное)

Задание 16. Выберите один правильный ответ.

Терапия первой линии при эозинофильной болезни желудочно-кишечного тракта:

1. элиминационная диета
 2. глюкокортикостероиды
 3. стабилизаторы мембран тучных клеток
 4. антагонисты рецепторов лейкотриенов
- Эталон ответа: 1 (элиминационная диета)

Задание 17. Выберите один правильный ответ.

Терапия второй линии при эозинофильной болезни желудочно-кишечного тракта:

1. антигистаминные препараты
 2. глюкокортикостероиды
 3. антагонисты рецепторов лейкотриенов
 4. стабилизаторы мембран тучных клеток
- Эталон ответа: 2 (глюкокортикостероиды)

Задание 18. Выберите один правильный ответ.

Основной метод диагностики эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта:

1. общеклинический анализ крови с выявлением эозинофилии
 2. эндоскопический метод
 3. морфологический метод с определением количества эозинофилов в инфильтрате
 4. серологический метод
- Эталон ответа: 3 (морфологический метод с определением количества эозинофилов в инфильтрате)

Задание 19. Выберите один правильный ответ.

Провоцирующие факторы эозинофильного эзофагита:

1. пищевые аллергены, аэроаллергены
2. вирусные инфекции

3. бактериальные инфекции

4. стрессовый фактор

Эталон ответа: 1 (пищевые аллергены, аэроаллергены)

Задание 20. Выберите один правильный ответ.

Эозинофилия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (обнаружение эозинофилов в слизистой оболочке):

1. эозинофилов нет

2. менее 7-10 эозинофилов в поле зрения

3. 1-5 эозинофилов в поле зрения

4. более 15 эозинофилов поле зрения

Эталон ответа: 2 (менее 7-10 эозинофилов в поле зрения)

Задание 21. Выберите один правильный ответ.

Наиболее эффективная диетотерапия при эозинофильном эзофагите:

1. таргетная диета (с выявлением аллергена на основе кожных проб)

2. эмпирическая диета (с исключением пищевых аллергенов «большой восьмёрки»)

3. элементная диета (аминокислотная формула)

4. нет необходимости соблюдать диету

Эталон ответа: 3 (элементная диета (аминокислотная формула))

Задание 22. Выберите один правильный ответ.

Современная концепция лечения эозинофильного эзофагита:

1. медикаментозная терапия (глюкокортикостероиды, ингибиторы протонной помпы)

2. диетотерапия (элиминационная, элементная диетитерапия)

3. при необходимости, проведение эндоскопической дилатации пищевода

4. всё перечисленное

Эталон ответа: 4 (всё перечисленное)

Задание 23. Выберите один правильный ответ.

Медикаментозная терапия эозинофильного эзофагита:

1. ингибиторы протонной помпы, топические глюкокортикостероиды

2. антигистаминные препараты 1 поколения

3. антигистаминные препараты 2 поколения

4. ингибиторы ФНО (инфликсимаб)

Эталон ответа: 1 (ингибиторы протонной помпы, топические глюкокортикостероиды)

Задание 24. Выберите один правильный ответ.

Сколько биоптатов необходимо взять из слизистой оболочки пищевода для верификации диагноза «Эозинофильный эзофагит»:

1. 3

2. 2

3. 6

4. 1

Эталон ответа: 3 (6)

Задание 25. Выберите один правильный ответ.

Что отличает эозинофильный колит от воспалительных заболеваний кишечника:

1. отсутствием лабораторной активности

2. невысоким уровнем кальпротектина

3. незначительной воспалительной активностью в слизистой оболочке кишечника по

- данным гистологического исследования
4. всё перечисленное
- Эталон ответа: 4 (всё перечисленное)

Задания открытого типа:

Задание 1.

Девочка 1 год 2 месяца. поступила в стационар экстренно в связи со рвотой «кофейной гущей». Анамнез: мать ребенка страдает бронхиальной астмой, у отца – поллиноз; ребенок находился на грудном вскармливании до 1 года 1 месяца. Периодические высыпания на коже с 4 месяцев, с момента введения прикормов отмечено усиление высыпаний, учащение стула, затем высыпания прошли, после года появились запоры. При поступлении – черный стул, состояние тяжелое, бледная. В анализе крови: гемоглобин 73 г/л, тромбоциты 365×10^9 /л, общий белок 50 г/л, общий и специфические IgE в норме.

Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 20 в поле зрения при большом увеличении). Иммуногистохимия: обнаружен IgE в слизистой оболочке желудка. Получен положительный тест на дегрануляцию тучных клеток с белком коровьего молока, пшеницей, курицей, яйцом, рисом.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда
3. Назначьте лечение (диетотерапию)

Эталон ответа

1. Эозинофильный гастрит.
2. Паразитарные инвазии (лямблиоз, изоспороз, гельминтозы); системные воспалительные заболевания (воспалительные заболевания кишечника, диффузные заболевания соединительной ткани, васкулиты); первичный гиперэозинофильный синдром; лекарственное воздействие (напроксен, клозапин, рифампицин, препараты золота)
3. Элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; необходимо ввести аминокислотную смесь

Задание 2.

У мальчика 2 лет 7 месяцев жалобы на наличие крови в стуле ежедневно в виде прожилок и капель алой крови. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции. В первый год жизни рос и развивался без особенностей, проявлений аллергии не было. С 1 года бывали высыпания на коже после употребления курицы, винограда. У матери аллергический ринит. В анализах: тромбоцитоз – 450×10^9 /л, гемоглобин – 102 г/л; снижение общего белка – 60 г/л; кальпротектин кала – 568 мкг/г; отрицательный результат выявления антител к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) и обнаружения антинейтрофильных антител (ANCA), общий IgE в крови в норме. Специфические IgE не обнаружены. Тест на дегрануляцию тучных клеток с пищевыми аллергенами был положителен к белку коровьего молока, курице, пшенице. Проведена колоноскопия: обнаружены поверхностные язвы и эрозии в разных отделах толстой кишки. Гистологически: в строме отек, в целом равномерная плотная инфильтрация: плазматические клетки, лимфоциты в умеренном количестве, эозинофилы до 50–70 в поле зрения, нейтрофилы в небольшом количестве.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте диетотерапию

Эталон ответа

1. эозинофильный колит (эрозивно-язвенный панколит). Пищевая аллергия (поливалентная сенсibilизация)
2. элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; введена аминокислотная смесь, например, Комидаген плюс

Задание 3.

Больная К., 16 лет, предъявляет жалобы на водянистый частый стул до 5-7 раз в день, слабость, потерю веса, плохой аппетит. Больна около 1 месяца. Температура не повышалась. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции. Амбулаторно получил курс антибиотиков – без эффекта. В анамнезе: в возрасте до 3 лет проявления респираторной аллергии (аллергический ринотрахеобронхит), эпизодические проявления пищевой аллергии в виде сыпи (на какие продукты, не установлено). Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, пониженное питание. В клиническом анализе крови: СОЭ до 20 мм/ч, тромбоциты – $462 \times 10^9/\text{л}$; общий белок 55 г/л, коагулограмма в пределах нормы; IgE общий и специфические в норме; антитела к тканевой трансглутаминазе, диамирированному пептиду глиадина (на целиакию) – в пределах нормы; кальпротектин в кале – более 600 мкг/г; иммуноферментный анализ на токсины А и В *Clostridium difficile* в кале отрицателен. ASCA, ANCA – отрицательны. Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 20 в поле зрения при большом увеличении). Илеоколоноскопия: терминальный илеит (гиперплазия лимфоидных фолликулов в подвздошной кишке), катарально-фолликулярный колит. Гистологически: в слизистой оболочке толстой кишки умеренно выраженная инфильтрация, количество эозинофилов до 50 в поле зрения (толстая кишка) и более 30 в поле зрения (тонкая кишка).

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение (диетотерапию).
3. Предложите медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. эозинофильный гастрит, эозинофильный илеоколит.
2. введена аминокислотная смесь, например, Неокейт Джуниор или Комидаген плюс.
3. преднизолон 40 мг с постепенным снижением в течение 2 месяцев, ингибиторы протонной помпы (омепразол/рабепразол/эзомепразол)

Задание 4

У мальчика Н., 6 лет выявлены отсутствие прибавки массы тела, крайне низкие темпы роста, сниженный объем питания при сохранном аппетите. Отмечались поперхивания при кормлении, гиперсаливация. По данным проведенного в стационаре обследования: общий анализ крови – без патологии, эозинофилии не отмечается. *Рентгеноскопия и рентгенография желудка и ДПК с контрастированием*: рентгенологическая картина каскадного

желудка. *Эзофагогастродуоденоскопия*: пищевод свободно проходим, просвет умеренно деформирован, извитой, в просвете умеренное количество слизи. Видимая слизистая пищевода розовая, складки равномерные. Кардия смыкается неполностью. Заключение: недостаточность кардии. Умеренная деформация просвета пищевода (за счет деформации позвоночника). Бульбит. Дуоденит.

Взята биопсия: в препаратах слизистой оболочки пищевода выявлены гиперплазия клеток базального слоя, межклеточные пространства существенно расширены. В них часто встречаются лимфоциты и эозинофилы (до 20 в поле зрения). В области розетки кардии – мелкие участки, выстланные клетками высокого цилиндрического эпителия желудочного типа.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит.
2. Элементарная диета (аминокислотная смесь), глюкокортикостероиды, ингибиторы протонной помпы (омепразол/рабепразол/эзомепразол).

Задание 5

Подросток 15 лет с жалобами на тошноту, рвоту с примесью крови, боль в животе, боль за грудиной, мелену. У матери бронхиальная астма, у бабушки по материнской линии поллиноз. Объективно: подкожно-жировой слой истончен, живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови эозинофилы -12%, Нв – 108 г/л. Остальные показатели общеклинического и биохимического анализов крови без особенностей. Анализы мочи в норме. Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 30 в поле зрения при большом увеличении).

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Какое дополнительное обследование вы назначите
3. Назначьте лечения в стационаре.

Эталон ответа

1. Эозинофильный гастрит. Анемия легкой степени.
2. Анализ крови на общий белок/альбумин, железо, консультация аллерголога, гематолога.
3. Назначение эмпирической диеты с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементарная диета (аминокислотные смеси). Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 6

Мальчик 10 лет предъявляет жалобы на тошноту, изжогу, отрыжку после еды, эпизоды рвоты, а также боли в животе. Наследственность по аллергическим заболеваниям неотягощена, однако на 1-ом году жизни был диагностирован атопический дерматит. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Сознание ясное, поведение адекватное. Ребенок активен, контактен. Телосложение астеническое. Рост 159 см, вес 40 кг, индекс массы тела (ИМТ) 15,8 кг/м². Кожные покровы бледные, без элементов сыпи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 105/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Результаты лабораторных исследований: в общем анализе крови – эозинофилия до 15%, остальные показатели в пределах возрастной нормы; в биохимическом анализе крови – показатели также без отклонений от возрастной нормы. Данные ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с множественными белыми «облаковидными» налетами, удалить которые практически не удается; в нижней трети СО умеренно гиперемирована, рыхлая; Z-линия четкая. Отмечается поперечная складчатость пищевода – трахеевидный рельеф. Данные морфологического исследования биоптатов СО из средней и верхних третей пищевода: выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 20 в п/зр), выраженное расширение межклеточных контактов.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Ваша терапевтическая тактика в условиях стационара.
3. Рекомендации по диспансерному наблюдению.

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит, неосложненное течение.
2. Назначение эмпирической диеты с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Лекарственная терапия: ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель.
3. Наблюдение у аллерголога, гастроэнтеролога. ЭГДС 1 раз в год

Задание 7

Девочка 11 лет с жалобами на тошноту, частую регургитацию небольшим количеством пищи, отрыжку, боли в животе без четкой локализации, зудящие высыпания на коже. С 5 лет стали появляться зудящие высыпания на коже, без четкой связи с какими-либо провоцирующими факторами. Семейный анамнез по аллергическим заболеваниям, со слов родителей, не отягощен. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Сознание ясное, поведение адекватное. Кожные покровы бледные, сухие, в области локтевых сгибов кожа гиперемирована, участки инфильтрации со следами расчесов. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастральной области. В общем анализе крови эозинофилия до 6–7%, остальные показатели в пределах возрастной нормы; в биохимическом анализе крови показатели также без отклонений от возрастной нормы. Уровень общего IgE 87 МЕ/мл (норма до 60). В анализе кала: бензидиновая проба (на скрытую кровь) отрицательная, эозинофилы не обнаружены. ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с четкими продольными бороздами и множественными белесыми сливающимися наложениями, практически на всем протяжении; Z-линия смазана. СО желудка пятнисто гиперемирована в антральном отделе.

СО луковицы двенадцатиперстной кишки умеренно гиперемирована, рыхлая. Быстрый уреазный тест на инфекцию *Helicobacter pylori* (хелпил-тест) – положительный. Данные морфологического исследования: в биоптатах из средней и нижней трети пищевода выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 20 в п/зр), диффузное расширение межклеточных контактов.

Задание

1. Ваш клинический диагноз?
2. Ваши рекомендации по диетотерапии?
3. Медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. Основное заболевание: эозинофильный эзофагит, неосложненное течение. Сочетанные заболевания: хронический гастрит, ассоциированный с хеликобактером, обострение; хронический дуоденит, обострение. Атопический дерматит.
2. Эмпирическая/элементарная диетотерапия
3. Эрадикационная терапия в течение 2-х недель. Продолжить ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, топические кортикостероиды- будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель. Метилпреднизолон ацепонат крем (или пимекролимус) местно на кожные элементы в сочетании с эмолентами.

Задание 8

У мальчика 11-х лет жалобы на учащенный жидкий стул с наличием крови в кале ежедневно в виде прожилок и капель алой крови. Кишечные инфекции исключены. В первый год жизни рос и развивался без особенностей, проявлений аллергии не было. С 1 года бывали высыпания на коже после употребления курицы, винограда. У отца бронхиальная астма. В анализе: гемоглобин –100 г/л; снижение общего белка – 54 г/л; кальпротектин кала – 568 мкг/г; отрицательный результат выявления антител к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) и обнаружения антинейтрофильных антител (ANCA), общий IgE в крови в норме. Специфические IgE не обнаружены. Тест на дегрануляцию тучных клеток с пищевыми аллергенами был положителен к белку коровьего молока, курице, пшенице. Проведена колоноскопия: обнаружены поверхностные эрозии и язвенные дефекты в разных отделах толстой кишки. Гистологически: в строме отек, в целом равномерная плотная инфильтрация: плазматические клетки, лимфоциты в умеренном количестве, эозинофилы до 80 в поле зрения, нейтрофилы в небольшом количестве.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Диспансерное наблюдение

Эталон ответа

1. эозинофильный колит (эрозивно-язвенный панколит). Пищевая аллергия (поливалентная сенсибилизация). Анемия легкой степени.
2. элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; введена аминокислотная смесь, например, Комидаген плюс Лекарственная терапия: гормональная терапия - преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.
3. Наблюдение у аллерголога, гастроэнтеролога. колоноскопия 1 раз в год

Задание 9

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на жидкий частый стул до 5-7 раз в день, потерю веса, плохой аппетит, слабость. Больна 3 месяца. Температура не повышалась. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции. Амбулаторно получил курс антибиотиков – без эффекта. В анамнезе: в возрасте до 3 лет проявления пищевой аллергии в виде сыпи (на какие продукты, не установлено). Состояние средней тяжести, пониженное питание. В клиническом анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, общий белок 55 г/л, IgE общий и специфические в норме; антитела к тканевой трансглутаминазе, диамирированному пептиду глиаина (на целиакию) – в пределах нормы; кальпротектин в кале – 560 мкг/г; иммуноферментный анализ на токсины А и В *Clostridium difficile* в кале отрицателен. ASCA, ANCA – отрицательны. Проведена илеоколоноскопия: терминальный илеит (гиперплазия лимфоидных фолликулов в подвздошной кишке), катарально-фолликулярный колит. Гистологически: в слизистой оболочке толстой кишки выраженная инфильтрация, количество эозинофилов до 60 в поле зрения (толстая кишка) и более 40 в поле зрения (тонкая кишка).

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение (диетотерапию).
3. Предложите медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. Эозинофильный илеит, эозинофильный колит.
2. Введена аминокислотная смесь.
3. Лекарственная терапия: гормональная терапия - преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 10

Мальчик 14 лет предъявляет жалобы на тошноту, рвоту боль в животе, боль за грудиной, «черный стул». Аллергоанамнез отягощён: у отца бронхиальная астма, у старшего брата - поллиноз. Объективно: живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови эозинофилы -9 %, Hb – 100 г/л. Остальные показатели общеклинического анализа крови без особенностей. Анализ мочи в норме. Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина выявляет множественные геморрагические эрозии в антральном и фундальном отделах желудка, что соответствует геморрагическому гастриту. Слизистая луковицы 12-перстной кишки и постбульбарных отделов без особенностей. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 40 в поле зрения при большом увеличении).

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте рекомендации по диетотерапии
3. Назначьте лекарственное лечения
4. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок после выписки из стационара

Эталон ответа

1. Эозинофильный гастрит. Анемия легкой степени.
2. Эмпирическая/элементарная диетотерапия.

3. Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.
4. Аллерголог, гастроэнтеролог, гематолог

Задание 11

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на тошноту, изжогу, отрыжку, частое срыгивание небольшим количеством пищи, боли в животе без четкой локализации. Семейный анамнез по аллергическим заболеваниям, со слов родителей, не отягощен. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Сознание ясное, поведение адекватное. Кожные покровы бледные, без элементов сыпи. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастральной области. Общеклинический и биохимический анализы крови без отклонений от возрастной нормы. ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с множественными циркулярными кольцами («трахеоподобный синдром»), с белесыми сливающимися наложениями, практически на всем протяжении; обеднение сосудистого рисунка. СО желудка пятнисто гиперемирована в антральном отделе. СО луковицы двенадцатиперстной кишки умеренно гиперемирована, рыхлая. Данные морфологического исследования: в биоптатах из средней и нижней трети пищевода выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 20 в п/зр), диффузное расширение межклеточных контактов.

Задание

1. Ваш клинический диагноз?
2. Ваши рекомендации по диетотерапии?
3. Медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. Основное заболевание: эозинофильный эзофагит, неосложненное течение. Сочетанные заболевания: хронический гастрит, обострение; хронический дуоденит, обострение
2. Эмпирическая/элементарная диетотерапия
3. Эрадикационная терапия в течение 2-х недель. Продолжить ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, топические кортикостероиды- будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель. Жидкие антациды, прокинетики.

Задание 12

Девочка 8 месяцев. Мать предъявляет жалобы на наличие у ребенка частое срыгивание небольшим количеством пищи, беспокойство при кормлении. Семейный анамнез по аллергическим заболеваниям, со слов родителей, не отягощен. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледные, без элементов сыпи. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Общеклинический и биохимический анализы крови без отклонений от возрастной нормы. ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с множественными циркулярными кольцами («трахеоподобный синдром»), с белесыми сливающимися наложениями, практически на всем протяжении; обеднение сосудистого рисунка. Слизистая оболочка желудка и 12-перстной кишки без особенностей. Данные

морфологического исследования: в биоптатах из средней и нижней трети пищевода выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 15 в п/зр).

Задание

1. Ваш клинический диагноз?
2. Ваши рекомендации по диетотерапии?

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит, неосложненное течение.
2. Элементная диетотерапия (аминокислотные смеси).

Задание 13

Подросток 16 лет, предъявляет жалобы на затруднения при проглатывании твердой пищи, сухой кашель во время еды, ощущение инородного тела в пищеводе, частую изжогу. В анамнезе – атопический дерматит с раннего возраста, крапивница, отёк Квинке на укус пчелы. Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, эритематозные зудящие высыпания на коже груди, спины и живота, в области локтевых сгибов. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД — 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в 1 минуту, АД 110 и 70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом в прикорневой зоне. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления без особенностей. По результатам лабораторных исследований: общий и биохимический анализы крови, мочи и кала без значимых отклонений от норм, отмечается повышение уровня IgE в сыворотке крови в 1,5 раза. ЭГДС: слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, рыхлая, отечная, с очаговыми единичными белыми налетами, с нерезко выраженными кольцевидными складками, не исчезающими при прохождении перистальтической волны и максимальной инсuffляции воздуха. Зубчатая линия нечеткая, расположена на уровне пищеводно-желудочного перехода. Взята биопсия. Гистология: выявлена гиперплазия базального слоя многослойного плоского эпителия, значительное количество эозинофильных лейкоцитов (более 25 в поле зрения микроскопа) преимущественно в средней и верхней трети эпителиального пласта, скопления эозинофилов в поверхностных слоях эпителия с формированием эозинофильных микроабсцессов

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назначьте лечение пациенту.
3. Диспансерное наблюдение

Эталон ответа

1. Основной диагноз: Эозинофильный эзофагит. Сопутствующее состояние: Атопический дерматит, распространенная форма, обострение
2. Элиминационная (эмпирическая) диета с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Лекарственная терапия: ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель. Метилпреднизолон ацепонат крем или пимекролимус на кожные высыпания, использование эмолентов.
3. Наблюдение у гастроэнтеролога, аллерголога, дерматолога. ЭГДС 1 раз в год.

Задание 14

Мальчик 14 лет с жалобами на изжогу, затруднения при глотании твердой пищи, ощущение кома или препятствия по ходу пищевода после еды. Жалобы беспокоят около 6 мес, ранее не обследовался, не лечился. Наследственность по атопическим заболеваниям неотягощена. Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение

активное, среднефизического развития. Кожные покровы естественной окраски, без элементов сыпи. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. По результатам лабораторных исследований: общий и биохимический анализы крови, мочи и кала без значимых отклонений от норм. ЭГДС: Слизистая пищевода отечная, умеренно гиперемирована, сосудистый рисунок не прослеживается. Взята биопсия. Слизистая желудка, луковицы и постбульбарных отделов 12-перстной кишки ярко-розовая, отечная. Взята биопсия. Гистология: интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки проксимального отдела пищевода (от 15 до 75 в поле зрения при увеличении $\times 400$) с формированием эозинофильных микроабсцессов, с дегрануляцией эозинофильных лейкоцитов.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назначьте терапию ребенку.

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит, неосложненное течение. Сопутствующее состояние: хронический поверхностный гастрит, бульбодуоденит.
2. Элиминационная (эмпирическая) диета с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Лекарственная терапия: ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель.

Задание 15

Девочка 11 лет предъявляет жалобы на боли в животе, чаще после еды и физической нагрузки тошноту, рвоту, периодически стул черного цвета. Атопический анамнез не отягощен. Объективно: живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови эозинофилы -4 %, Hb – 107 г/л. Остальные показатели общеклинического анализа крови без особенностей. Анализы мочи в норме. Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина выявляет множественные геморрагические эрозии в антральном и фундальном отделах желудка, что соответствует геморрагическому гастриту. Слизистая луковицы 12-перстной кишки и постбульбарных отделов без особенностей. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 30 в поле зрения при большом увеличении).

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте рекомендации по диетотерапии
3. Назначьте лекарственное лечения
4. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок после выписки из стационара

Эталон ответа

1. Эозинофильный гастрит. Анемия легкой степени.
2. Эмпирическая/элементная диетотерапия.
3. Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.
4. Аллерголог, гастроэнтеролог, гематолог

Задание 16

Мальчик 15 лет поступил в стационар с жалобами на изжогу, сухой кашель во время еды, ощущение инородного тела в пищеводе. К врачам не обращался, не обследовался. Для купирования изжоги мама давала сыну антацидные препараты в режиме «по требованию» с кратковременным положительным эффектом. Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски, без элементов сыпи. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налетом в прикорневой зоне. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления без особенностей. По результатам лабораторных исследований: общий и биохимический анализы крови, мочи и кала без значимых отклонений от норм. ЭГДС: слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, рыхлая, отечная, с нерезко выраженными кольцевидными складками, не исчезающими при максимальной инсuffляции воздуха. Взята биопсия. Гистология: выявлена гиперплазия базального слоя многослойного плоского эпителия, значительное количество эозинофильных лейкоцитов (более 15 в поле зрения микроскопа) преимущественно в средней и верхней трети эпителиального пласта, скопления эозинофилов в поверхностных слоях эпителия.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение пациенту.
3. Диспансерное наблюдение

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит.
2. Элиминационная (эмпирическая) диета с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Лекарственная терапия: ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель.
3. Наблюдение у гастроэнтеролога, аллерголога, ЭГДС 1 раз в год.

Задание 17

Девочка 9 лет, предъявляет жалобы на частый жидкий стул до 4-5 раз в день, потерю веса, плохой аппетит. Больна полгода. Температура не повышалась. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции. Антибактериальная терапия, получаемая амбулаторно, не оказала положительное действие. В анамнезе: на первом году жизни отмечались проявления пищевой аллергии в виде сыпи (преимущественно на белок коровьего и козьего молока). Состояние средней тяжести, пониженное питание. В клиническом анализе крови: СОЭ до 24 мм/ч, общий белок 60 г/л, IgE общий и специфические в норме; антитела к тканевой трансглутаминазе, диамирированному пептиду глиадина (на целиакию) – в пределах нормы; кальпротектин в кале – 500 мкг/г; иммуноферментный анализ на токсины А и В *Clostridium difficile* в кале отрицателен. ASCA, ANCA – отрицательны. Проведена илеоколоноскопия: терминальный илеит (гиперплазия лимфоидных фолликулов в подвздошной кишке), катарально-фолликулярный колит. Гистологически: в слизистой оболочке толстой кишки выраженная инфильтрация, количество эозинофилов до 70 в поле зрения (толстая кишка) и более 50 в поле зрения (тонкая кишка).

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение (диетотерапию).
3. Предложите медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. Эозинофильный илеит, эозинофильный колит.
2. Введена аминокислотная смесь

3. Лекарственная терапия: гормональная терапия - преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 18

У мальчика 11,5 мес. отмечаются беспокойство при кормлении, частое срыгивание небольшим количеством пищи, иногда рвота, недостаточная прибавка веса в течение последнего месяца. Атопический анамнез не отягощен. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледные, без элементов сыпи. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Общеклинический и биохимический анализы крови без отклонений от возрастной нормы. ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с множественными циркулярными кольцами («трахеоподобный синдром»), с белесыми сливающимися наложениями, практически на всем протяжении; обеднение сосудистого рисунка. Слизистая оболочка желудка и 12-перстной кишки без особенностей. Данные морфологического исследования: в биоптатах из средней и нижней трети пищевода выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 15 в п/зр).

Задание

3. Ваш клинический диагноз?
4. Ваши рекомендации по диетотерапии?

Эталон ответа

3. Эозинофильный эзофагит, неосложненное течение.
4. Элементарная диетотерапия (аминокислотные смеси).

Задание 19

У девочки 1 г. 2 мес, со слов мамы отмечаются частое срыгивание пищей, иногда рвота, беспокойство при кормлении. Анамнез отягощен по аллергическим заболеваниям: у отца поллиноз, у бабушки по отцовской линии - бронхиальная астма. У ребенка с периода новорожденности отмечается пищевая аллергия (аллергия к белкам коровьего молока), атопический дерматит. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Кожные покровы сухие, бледно-розовые с наличием сыпи в виде папул, везикул в области волосистой части головы, на лице, на разгибательных поверхностях верхних конечностей. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Общеклинический анализ крови – эозинофилы 11%. Биохимический анализ крови без отклонений от возрастной нормы. ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с белесыми сливающимися наложениями, практически на всем протяжении; обеднение сосудистого рисунка. Слизистая оболочка желудка и 12-перстной кишки без особенностей. Данные морфологического исследования: в биоптатах из средней и нижней трети пищевода выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 15 в п/зр).

Задание

1. Ваш клинический диагноз?
2. Ваши рекомендации по диетотерапии?
3. Медикаментозное лечение
4. Диспансерное наблюдение

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит, неосложненное течение. Сопутствующее состояние: атопический дерматит, младенческая форма,

- распространенная форма; пищевая аллергия (аллергия к белкам коровьего молока)
2. Элементная диетотерапия (аминокислотные смеси).
 3. Местная терапия атопического дерматита: топические кортикостероиды (например, метилпреднизолон ацепонат крем), использование эмолентов.
 4. Наблюдение аллерголога, гастроэнтеролога, дерматолога, ЭГДС 1 раз в год.

Задание 20

У мальчика 13 лет жалобы на боль в животе после приема пищи и натошак, тошноту, рвоту иногда с примесью крови. У отца бронхиальная астма. Объективно: состояние при поступлении в стационар удовлетворительное, активный, сознание ясное. Кожные покровы без элементов сыпи, бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови эозинофилы -9%, Нв – 109 г/л. Остальные показатели общеклинического анализа крови без особенностей. Анализы мочи и копрограмма в норме. Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 40 в поле зрения при большом увеличении).

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечения в стационаре.

Эталон ответа

1. Эозинофильный гастрит.
2. Назначение эмпирической диеты с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 21

У мальчика 4 лет, со слов мамы, наличие крови в стуле ежедневно в виде прожилок и капель алой крови. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции. В первый год жизни рос и развивался без особенностей, проявлений аллергии не было. С 1 года бывали высыпания на коже после употребления курицы, изюма. У матери бронхиальная астма. В анализах: тромбоцитоз – 500×10^9 /л, гемоглобин – 101 г/л; снижение общего белка – 53 г/л; кальпротектин кала – 460 мкг/г; отрицательный результат выявления антител к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) и обнаружения антинейтрофильных антител (ANCA), общий IgE в крови в норме. Специфические IgE не обнаружены. Тест на дегрануляцию тучных клеток с пищевыми аллергенами был положителен к белку коровьего молока, курице, пшенице. Проведена колоноскопия: обнаружены поверхностные язвы и эрозии в разных отделах толстой кишки. Гистологически: в строме отек, в целом равномерная плотная инфильтрация: плазматические клетки, лимфоциты в умеренном количестве, эозинофилы до 50–70 в поле зрения, нейтрофилы в небольшом количестве.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте диетотерапию
3. Диспансерное наблюдение

Эталон ответа

1. эозинофильный колит (эрозивно-язвенный панколит). Пищевая аллергия (поливалентная сенсibilизация)
2. элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; введена аминокислотная смесь, например, Комидаген плюс.
3. наблюдение у гастроэнтеролога, аллерголога, гипоаллергенная диета, колоноскопия 1 раз в год.

Задание 22

Мальчик 11 лет поступил в стационар с жалобами на жидкий (часто водянистый) стул до 4-х раз в день, иногда примесь крови в кале плохой аппетит, слабость. Больна 3 месяца. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции. Состояние средней тяжести, пониженное питание. Температура 36,8. В клиническом анализе крови: СОЭ 19 мм/ч, общий белок 59 г/л, IgE общий и специфические в норме; антитела к тканевой трансглутаминазе, диамирированному пептиду глиаина (на целиакию) – в пределах нормы; кальпротектин в кале – 560 мкг/г; иммуноферментный анализ на токсины А и В *Clostridium difficile* в кале отрицателен. ASCA, ANCA – отрицательны. Проведена илеоколоноскопия: терминальный илеит (гиперплазия лимфоидных фолликулов в подвздошной кишке), катарально-фолликулярный колит. Гистологически: в слизистой оболочке толстой кишки выраженная инфильтрация, количество эозинофилов до 70 в поле зрения (толстая кишка) и более 30 в поле зрения (тонкая кишка).

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение (диетотерапию).
3. Предложите медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. Эозинофильный илеит, эозинофильный колит
2. Эмпирическая диетотерапия (исключение 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.
3. Лекарственная терапия: гормональная терапия - преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 23

Мальчик 14 лет предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, изжогу, отрыжку после еды, эпизоды рвоты. Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Сознание ясное, поведение адекватное. Ребенок активен, контактен. Телосложение астеническое. Рост 159 см, вес 40 кг, индекс массы тела (ИМТ) 15,8 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением и выраженными, распространенными проявлениями атопического дерматита, отмечается зуд. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны

сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 105/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпаторная болезненность в эпигастриальной области. Результаты лабораторных исследований: в общем анализе крови – эозинофилия до 15%, остальные показатели в пределах возрастной нормы; в биохимическом анализе крови – показатели также без отклонений от возрастной нормы. В иммунограмме – высокий уровень общего IgE более 750 МЕ/мл (норма до 60), высокие и очень высокие уровни специфических IgE к березе, клещу домашней пыли *D. farinosa*, лесному ореху, арахису, сое, желтку куриного яйца. Данные ЭГДС: СО пищевода бледно-розовая, с множественными белыми «облаковидными» налетами; в нижней трети СО умеренно гиперемирована, рыхлая. Отмечается трахеевидный рельеф. Данные морфологического исследования биоптатов СО из средней и верхних третей пищевода: выраженное повышение содержания внутриэпителиальных эозинофилов (более 20 в п/зр), выраженное расширение межклеточных контактов.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Ваша терапевтическая тактика в условиях стационара.
3. Рекомендации по диспансерному наблюдению.

Эталон ответа

1. Эозинофильный эзофагит, неосложненное течение. Сочетанные заболевания: атопический дерматит, распространенный, обострение; Фоновое заболевание: поливалентная аллергия.
2. Назначение эмпирической диеты с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые), также – элементная диета (аминокислотные смеси). Лекарственная терапия: ИПП 1 мг/кг 2 раза в день – 8 недель, будесонид -1-2 мг/кг 4-12 недель. Местная терапия атопического дерматита: топические кортикостероиды (например, метилпреднизолон ацепонат крем), использование эмоленгов.
3. Наблюдение у аллерголога, гастроэнтеролога, дерматолога, ЭГДС 1 раз в год

Задание 24

Девочка 14 лет предъявляет жалобы на тошноту, рвоту боль в животе, мелену. Аллергоанамнез не отягощён. Объективно на момент осмотра удовлетворительное. Девочка активная, сознание ясное. Кожные покровы бледные, без элементов сыпи. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови эозинофилы -8 %, Hb – 109 г/л. Остальные показатели общеклинического анализа крови и биохимические показатели крови без особенностей. Анализы мочи в норме. Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина выявляет множественные геморрагические эрозии в антральном и фундальном отделах желудка, что соответствует геморрагическому гастриту. Слизистая луковицы 12-перстной кишки и постбульбарных отделов без особенностей. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 30 в поле зрения при большом увеличении).

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте рекомендации по диетотерапии
3. Назначьте лекарственное лечения

Эталон ответа

1. Эозинофильный гастрит. Анемия легкой степени.
2. Эмпирическая/элементарная диетотерапия.
3. Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 25

Девочка 2 лет поступила в стационар в связи со рвотой «кофейной гущей» и меленой. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена: у отца – поллиноз, у старшего брата – атопический дерматит. У ребенка периодические высыпания на коже с 4 месяцев, с момента введения прикормов отмечено усиление высыпаний, учащение стула, затем высыпания прошли, после года появились запоры. При поступлении – черный стул, состояние тяжелое, бледная. В анализе крови: гемоглобин 85 г/л, тромбоциты $365 \times 10^9/\text{л}$, общий белок 50 г/л, общий и специфические IgE в норме.

Проведена ЭГДС: эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 30 в поле зрения при большом увеличении). Иммуногистохимия: обнаружен IgE в слизистой оболочке желудка. Получен положительный тест на дегрануляцию тучных клеток с белком коровьего молока, пшеницей, курицей, яйцом, рисом.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение (диетотерапию)
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Эталон ответа

1. Основной диагноз: Эозинофильный гастрит. Сопутствующие состояния: Анемия средней тяжести. Пищевая аллергия (аллергия к белкам коровьего молока)
2. Элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; необходимо ввести аминокислотную смесь.
3. Медикаментозная терапия – преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут в течение 2-х недель, затем снижение дозы в течение 6-8 недель.

Задание 1. Вопрос для собеседования

Критерии установления диагноза «эозинофильный эзофагит».

Ответ. Диагноз «эозинофильный эзофагит» устанавливается на основании совокупности клинических симптомов дисфункции пищевода (дисфагия, вклинение пищи в пищевод у детей старшего возраста и рвота, упорные срыгивания, трудности при кормлении и глотании, абдоминальная боль, отставание физического развития у детей младшей возрастной группы), характерной эндоскопической картины (отек, трахеевидный пищевод, экссудат, продольные борозды, стриктуры) и патоморфологического подтверждения эозинофильной инфильтрации пищевода (с количеством эозинофилов 15 и более в поле зрения микроскопа высокого разрешения при увеличении $\times 400$), после обязательного исключения заболеваний, сопровождающихся эозинофилией пищевода

Задание 2. Вопрос для собеседования

Классификация эозинофильного эзофагита.

Ответ. В настоящее время отсутствует единая классификация эозинофильного эзофагита (ЭоЭ). С точки зрения клинической значимости стоит выделять эозинофильный эзофагит без осложнений и эозинофильный эзофагит с развитием стриктур и стенозов.

По степени клинико-морфологической активности заболевания выделяют:

- а) Неактивный ЭоЭ;
- б) ЭоЭ слабой степени активности;
- в) ЭоЭ средней степени активности;
- г) ЭоЭ с высокой активностью.

Задание 3. Вопрос для собеседования

Когда может быть установлен диагноз «эозинофильный эзофагит».

Ответ. Диагноз «эозинофильный эзофагит» может быть установлен только после исключения заболеваний, сопровождающихся эозинофилией пищевода (паразитарные и грибковые инфекции, болезнь Крона, гиперэозинофильный синдром, ахалазия, системные заболевания соединительной ткани и др.). Изолированная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода без ключевого симптома заболевания - дисфагии - не может служить критерием ЭоЭ.

Задание 4. Вопрос для собеседования

Этиология и патогенез эозинофильного эзофагита.

Ответ. Этиопатогенез ЭоЭ связан с вовлечением звеньев адаптивного и врожденного иммунитета. Роль Th2 воспаления является центральной в понимании патогенеза ЭоЭ факторам, играющим роль в формировании ЭоЭ, относятся:

- генетическая предрасположенность к развитию иммунного ответа по пути активации T-хелперов 2 типа;
- нарушение барьерной функции слизистой оболочки пищевода (воспаление, расширение межклеточных пространств, нарушение синтеза белков плотных контактов), способствующее более глубокой пенетрации антигенов в толщу слизистой оболочки;
- сенсибилизация к респираторным и пищевым антигенам.

Задание 5. Вопрос для собеседования

Эпидемиологические особенности эозинофильного эзофагита.

Ответ. ЭоЭ – это хроническое персистирующее заболевание, в связи с чем наблюдается неизбежный ежегодный прирост распространенности ЭоЭ. Число вновь зарегистрированных больных ЭоЭ за последние годы возросло почти в 100 раз. ЭоЭ страдают преимущественно мужчины белой расы. ЭоЭ встречается во всех возрастных группах, однако чаще в молодом возрасте. Прослеживается определенная наследственная предрасположенность: наличие родственников первой степени родства с ЭоЭ повышает риск развития заболевания. В отечественной литературе имеются единичные публикации с описанием клинических случаев.

Задание 6. Вопрос для собеседования

Может ли факт обнаружения большого количества эозинофилов в слизистой оболочке пищевода служить единственным критерием диагноза.

Ответ. Обнаружение большого количества эозинофилов в слизистой оболочке пищевода не может служить единственным критерием диагноза. Это связано с тем, что эзофагеальная эозинофилия выявляется при целом ряде других заболеваний, таких как: ГЭРБ, эозинофильный гастроэнтерит, целиакия, болезнь Крона, лучевой и инфекционный

эзофагит (грибковые и паразитарные инфекции), гиперэозинофильный синдром, лекарственный эзофагит, васкулиты, ахалазия кардии, системные заболевания соединительной ткани, злокачественные опухоли. Диагноз «эозинофильный эзофагит» может быть установлен только по совокупности клинических симптомов дисфункции пищевода и патоморфологического подтверждения эозинофильной инфильтрации пищевода, после обязательного исключения заболеваний, сопровождающихся эозинофилией пищевода

Задание 7. Вопрос для собеседования

Особенности клиники эозинофильного эзофагита у детей младенческого и раннего возраста.

Ответ. Дети раннего возраста с ЭоЭ чаще демонстрируют многообразие неспецифических жалоб со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта: трудности при кормлении, возможен полный отказ от еды, тошноту, рвоту, боль в животе, отставание физического развития.

Задание 8. Вопрос для собеседования

Особенности клиники эозинофильного эзофагита у детей старшего возраста.

Ответ. Наиболее распространёнными симптомами у детей с ЭоЭ являются ГЭРБ-подобные жалобы (изжога, регургитация, отрыжка). У детей старше 10 лет и подростков клиническая картина сходна с проявлениями у взрослых, возможно появление жалоб на затруднение при глотании твердой пищи и застревание пищи в пищеводе

Задание 9. Вопрос для собеседования

С какими заболеваниями наиболее часто сочетается эозинофильный эзофагит?

Ответ. У пациентов с ЭоЭ часто наблюдается сочетание с другими аллергическими заболеваниями: различными клиническими проявлениями пищевой аллергии (до 81%), пищевой анафилаксии (около 15%), экземой (4-60%), аллергическим ринитом (40–75%), бронхиальной астмой (14-70%). В целом, 28–86% взрослых и 42–93% детей с верифицированным ЭоЭ, имеют атопические заболевания на момент обращения, и около 50-60% — в анамнезе.

Задание 10. Вопрос для собеседования

Что можно использовать у детей старшего возраста для оценки тяжести и активности симптомов, эффективности терапии ЭоЭ?

Ответ. Можно использовать опросник по оценке дисфагии (The Dysphagia Symptom Questionnaire), содержащий всего 3 вопроса, ответы на которые пациенты дают ежедневно в течение 30 дней:

- Ели ли Вы сегодня твердую пищу?
- Наблюдали ли вы сегодня, что пища при глотании продвигается слишком медленно или застревает в гортани или грудной клетке?
- Приходилось ли Вам сегодня использовать какие-то дополнительные приемы, чтобы проглотить пищу?

Задание 11. Вопрос для собеседования

Особенности лабораторной диагностики эозинофильного эзофагита.

Ответ. Всем больным с подозрением на эозинофильный эзофагит рекомендуется выполнение стандартного перечня лабораторных диагностических исследований (общий и биохимический анализ крови) для исключения других заболеваний, сопровождающихся эозинофилией пищевода, оценки эозинофилии периферической крови. Эозинофилия не является специфичной только для ЭоЭ, в связи с чем этот показатель необходимо оценивать с учетом возраста пациента, наличия аллергических заболеваний, времени года (цветение трав и деревьев) и других факторов, способных повлиять на изменение числа эозинофилов в крови. Методики, связанные с оценкой сывороточной концентрации потенциальных биомаркеров ЭоЭ (сывороточный IgE, IgG4, провоспалительные цитокины [ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-9, ИЛ-13], ферменты эозинофильных гранул, эотаксин-3, тимический стромальный лимфопоэтин, факторы роста опухолей и др.) на сегодняшний день считаются непригодными для диагностики ЭоЭ и контроля за активностью воспалительного процесса.

Задание 12. Вопрос для собеседования

Инструментальные методы диагностики эозинофильного эзофагита.

Ответ. 1). Всем пациентам детского возраста, которым по поводу симптомов со стороны верхних отделов пищеварительного тракта проводится ЭГДС, рекомендовано проведение биопсии из пищевода для исключения эозинофильного эзофагита. 2). Всем пациентам детского возраста с типичными симптомами ГЭРБ, рефрактерными к терапии ИПП, рекомендовано проведение ЭГДС с биопсией из пищевода для исключения эозинофильного эзофагита. 3). Всем пациентам с дисфагией неясного генеза рекомендовано проведение ЭГДС с забором не менее 6 биоптатов (по 3 из дистального и среднего/проксимального отделов пищевода), а также биоптатов из желудка и двенадцатиперстной кишки (для исключения их эозинофильного поражения). 4). Всем пациентам с подозрением на эозинофильный эзофагит перед проведением диагностической ЭГДС рекомендуется отмена ИПП как минимум за 3 недели до эндоскопического исследования.

Задание 13. Вопрос для собеседования

Какова диагностическая тактика при ведении больных с эпизодом острого вклинения пищи в пищевод в случае спонтанного разрешения непроходимости

Ответ. Больные должны быть направлены на проведение ЭГДС с забором не менее 6 биоптатов (по 3 из дистального и среднего/проксимального отделов пищевода), а также биоптатов из желудка и двенадцатиперстной кишки (для исключения их эозинофильного поражения).

Задание 14. Вопрос для собеседования

Показания для проведения биопсии слизистой оболочки пищевода.

Ответ. Показаниями для проведения биопсии служат:

1. Эндоскопическая картина, характерная для эозинофильного эзофагита;
2. Наличие характерных клинических симптомов (дисфагия, вклинение пищи в пищевод) у взрослых даже в случае нормальной эндоскопической картины.
3. Симптомы ГЭРБ у детей (изжога, загрудинная боль, срыгивание), рефрактерные к терапии ИПП, даже в случае нормальной эндоскопической картины.
4. Для получения корректных патоморфологических результатов необходимо производить биопсию не менее, чем в 6–8 участках из дистального, среднего/проксимального отделов пищевода, предпочтительно из наиболее измененных 1 участка слизистой оболочки (белый экссудат, линейные продольные борозды). Биоптат должен включать эпителий на

всю его глубину и собственную пластинку слизистой оболочки (для оценки степени подслизистого фиброза).

Задание 15. Вопрос для собеседования

Какие изменения выявляются со стороны слизистой оболочки при проведении эндоскопии.

Ответ. Обнаруживаются неспецифические признаки активного воспалительного процесса на всем протяжении пищевода: отек слизистой оболочки пищевода, белесый экссудат, линейные продольные борозды. Могут быть обнаружены изменения, отражающие развитие подслизистого фиброза: множественные концентрические сужения пищевода (трахеовидный или «кошачий» пищевод) и стриктуры пищевода. Нормальная эндоскопическая картина при ЭоЭ имеет место по разным данным у 5%–32% больных. Поэтому биопсия должна проводиться у пациентов с дисфагией даже в случае отсутствия изменений слизистой оболочки пищевода при визуальном осмотре.

Задание 16. Вопрос для собеседования

Диагностический подход при проведении дифференциальной диагностики эозинофильного эзофагита с эозинофильным гастритом и эозинофильным энтеритом.

Ответ. Для дифференциальной диагностики с эозинофильным гастритом и эозинофильным энтеритом при первом эндоскопическом обследовании должны быть взяты биоптаты из желудка и двенадцатиперстной кишки (при ЭоЭ в них не обнаруживаются патологических изменений)

Задание 17. Вопрос для собеседования

Главные и дополнительные морфологические критерии верификации диагноза «эозинофильный эзофагит».

Ответ. Главным критерием установления диагноза ЭоЭ служит интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация с количеством эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения 15 и более (или ≥ 60 эозинофилов на 1 мм²). Дополнительными гистологическими критериями ЭоЭ являются эозинофильные микроабсцессы, гиперплазия базального слоя эпителия, расширение межклеточных пространств, расположение эозинофилов в поверхностных слоях эпителия, мастоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация, удлинение сосочков и фиброз собственной пластинки слизистой оболочки

Задание 18. Вопрос для собеседования

В каких случаях проводят рентгеноскопию пищевода с барием при эозинофильном эзофагите.

Ответ. Пациентам с диагнозом «эозинофильный эзофагит» и стойкой дисфагией рекомендовано проведение рентгеноскопии пищевода с барием с целью определения наличия и распространенности стриктур пищевода.

Задание 19. Вопрос для собеседования

Какой подход используется для оценки степени активности эозинофильного эзофагита.

Ответ. Для оценки степени активности ЭоЭ с учетом клинической картины, данных ЭГДС, данных гистологического исследования биоптатов используют шкалу активности ЭоЭ (индекс активности ЭоЭ — Eosinophilic Esophagitis Severity Index). Данная шкала подразумевает оценку в баллах частоты возникновения симптомов,

наличия осложнений, эпизоды госпитализаций и экстренных обращений за медицинской помощью, выраженность эндоскопических и гистологических изменений при каждом обращении пациента. В зависимости от полученного результата активность ЭоЭ оценивается как неактивный (менее 1 балла), легкая степень: 0-6 баллов, средняя: 7-14 баллов, высокая: более 15 баллов.

Задание 20. Вопрос для собеседования

В каких ситуациях и какие методы функциональной диагностики используются при эозинофильном эзофагите.

Ответ. Пациентам с ЭоЭ и дисфагией, сохраняющейся несмотря на адекватно проводимое лечение и отсутствие стриктур в пищеводе по данным ЭГДС, рекомендовано проведение функциональных методов исследования (манометрии пищевода высокого разрешения, рН импедансометрии пищевода, импеданспланометрии пищевода). Манометрия пищевода позволяет оценить сократительную функцию пищевода и НПС. У пациентов с ЭоЭ при проведении манометрии нередко выявляются такие нарушения, как неэффективная моторика пищевода, эзофагоспазм. В некоторых случаях (для верификации сочетанной ГЭРБ) пациентам может быть проведена суточная рН-импедансометрия, которая позволяет выявить эпизоды кислых и некислых рефлюксов в пищевод, длительность экспозиции кислоты и болюса в пищеводе.

Задание 21. Вопрос для собеседования

Нужно ли в рутинной практике диагностики эозинофильного эзофагита проводить кожные аллергологические тесты и исследовать уровни сывороточного IgE.

Ответ. При исследовании диагностической ценности кожных скарификационных и аппликационных тестов у больных с ЭоЭ оказалось, что они обладают очень невысокой прогностической ценностью в отношении продуктов питания, вызывающих активацию эозинофильного воспаления в слизистой оболочке пищевода у конкретных больных. На сегодняшний день известно, что патогенез ЭоЭ не связан с реакциями гиперчувствительности немедленного типа и гиперпродукцией IgE, поэтому исследование уровня сывороточного IgE или проведение кожных аллергологических тестов с целью диагностики ЭоЭ не обосновано

Задание 22. Вопрос для собеседования

Цели терапии и современная концепция лечения эозинофильного эзофагита.

Ответ. Целями терапии ЭоЭ являются достижение клинической (купирование дисфагии) и гистологической ремиссии заболевания, предотвращение развития осложнений (стриктуры пищевода). Под гистологической ремиссией ЭоЭ подразумевают разрешение эозинофильного воспаления (менее 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения при увеличении $\times 400$ или менее 60 эозинофилов в 1 мм^2). Современная концепция лечения больных ЭоЭ включает медикаментозную терапию, диетические ограничения, и, при необходимости, проведение эндоскопической дилатации пищевода.

Задание 23. Вопрос для собеседования

Терапия эозинофильного эзофагита первой линии.

Ответ. Диетические ограничения, ИПП и топические стероиды являются терапией первой линии в лечении больных ЭоЭ.

До 50 % больных с ЭоЭ отвечают на терапию ИПП установлением клинической и гистологической ремиссии. Топические стероиды и диета являются терапией выбора для пациентов, не достигших ремиссии на фоне приема ИПП. Сочетание диеты и медикаментозной терапии не должно назначаться в рутинном порядке всем больным с ЭоЭ. Такая комбинация может быть рассмотрена только при неэффективности медикаментозной терапии

Задание 24. Вопрос для собеседования

Особенности диетотерапии при эозинофильном эзофагите.

Ответ. Пациентам с ЭоЭ рекомендовано назначение эмпирической диеты с исключением 6 групп продуктов питания (коровье молоко, глютен, морепродукты, орехи, яйца, соя и бобовые). Пациентам с ЭоЭ может быть рекомендована диета с исключением 4 групп (коровье молоко, глютен, яйца, соя и бобовые) или 2 групп (глютен/ коровье молоко или яйца/ коровье молоко) продуктов питания. Такая диета характеризуется более высоким уровнем приверженности пациентов, однако меньшей эффективностью, чем диета с исключением 6 групп продуктов. В случае неэффективности медикаментозной терапии и элиминационных диет может быть рекомендована элементная диета (аминокислотные смеси).

Задание 25. Вопрос для собеседования

Особенности использования элементной диеты при эозинофильном эзофагите.

Ответ. Элементная диета включает употребление в пищу специально приготовленных аминокислотных смесей с минимальной антигенной активностью (на фоне полного исключения из рациона любой другой пищи). Применение элементной диеты приводит к достижению гистологической ремиссии у 90,8%. Элементные диеты имеют ограниченную роль при эозинофильном эзофагите, они обладают высокой эффективностью, но низким уровнем соблюдения режима лечения и должны применяться для пациентов, невосприимчивых к другим видам лечения. В реальной клинической практике применение аминокислотных смесей в качестве лечебной тактики при ЭоЭ возможно главным образом у грудных детей с выраженными клиническими симптомами и эозинофильным воспалением слизистой оболочки пищевода, не разрешающимися на фоне медикаментозной терапии. Однако смеси на основе аминокислот могут использоваться у детей старше года в составе элиминационных диет с целью формирования полноценного рациона. Аминокислотные смеси могут быть полезными в качестве дополнения к элиминационной диете, особенно когда происходит потеря веса или имеет место ограничение размеров порций и/или избегание еды.

Задание 26. Вопрос для собеседования

Использование ИПП в лечении эозинофильного эзофагита, чем обусловлен эффект.

Ответ. Эффективность ИПП при ЭоЭ объясняется восстановлением целостности эпителиального барьера, что препятствует глубокому проникновению экзогенных антигенов в толщу слизистой оболочки, а также наличием у ИПП собственной противовоспалительной активности. Заживление слизистой оболочки под влиянием

ИПП предупреждает дальнейшую антигенную стимуляцию иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке пищевода и тем самым тормозит воспалительный процесс. Собственная противовоспалительная активность ИПП основана на блокировании стимулированной (цитокинами Т-хелперов 2 типа) экспрессии эотаксина-3 в эпителиальных клетках слизистой оболочки пищевода, угнетении экспрессии молекул сосудистой адгезии, функции нейтрофилов и продукции провоспалительных цитокинов.

Задание 27. Вопрос для собеседования

ИПП как препараты 1 линии в лечении эозинофильного эзофагита, методика назначения.

Ответ. Для индукции ремиссии тяжелого эзофагита у детей рекомендовано назначение ИПП (омепразола или эзомепразола) из расчета 1 мг/кг на 1 прием дважды в день в течение 8 недель. Дозы ИПП у детей не должны превышать следующие: лансопризол 30 мг 2 раза в день, эзомепразол 40 мг в день или омепразол 40 мг 2 раза в день. В случае, если на фоне ИПП удалось достичь гистологической ремиссии заболевания, рекомендуется продолжить терапию длительно (до 12 месяцев).

Задание 28. Вопрос для собеседования

Показания для назначения топических кортикостероидов при эозинофильном эзофагите

Ответ. Пациентам с ЭоЭ, не достигшим клинической и гистологической ремиссии на фоне приема ИПП, показано назначение топических кортикостероидов для индукции и поддержания ремиссии. Системные кортикостероиды в лечении ЭоЭ в настоящее время не используются.

Задание 29. Вопрос для собеседования

Методика назначения топических кортикостероидов при эозинофильном эзофагите.

Ответ. Дозы топических кортикостероидов для индукции ремиссии у больных ЭоЭ: Флутиказона пропионат 880–1760 мкг/сут; будесонид 1–2 мг/сут. Дозы топических кортикостероидов для поддерживающей терапии у больных ЭоЭ: Флутиказона пропионат 440–880 мкг/сут; будесонид 1 мг/сут. Дозы топических стероидов для детей рекомендуется подбирать также исходя из антропометрических показателей: для индукции ремиссии при росте менее 150 см назначается 1 мг будесонида в сутки, при росте 150 см и более — 2 мг будесонида в сутки (в один или два приема). В случае, если на такой дозе не удастся достичь гистологической ремиссии, допустимо увеличить дозу до 4 мг в сутки (для детей старше 11 лет, рост более 150 см). Рекомендованная длительность поддерживающей терапии — 1 год и более. Для поддерживающей терапии у детей должна подбираться минимально эффективная доза будесонида в зависимости от роста, веса и выраженности побочных эффектов

Задание 30. Вопрос для собеседования

Возможно ли развитие побочных эффектов при использовании топических кортикостероидов при эозинофильном эзофагите, методы коррекции.

Ответ. Топические стероиды отличаются достаточно высоким профилем безопасности. Доказанным побочным эффектом их применения является развитие кандидоза

пищевода. Терапия кандидоза пищевода проводится назначением противогрибковых препаратов перорально (нистатин или флуконазол).

Задание 31. Вопрос для собеседования

Оценка эффективности медикаментозно терапии и диетотерапии эозинофильного эзофагита .

Ответ. Эффективность медикаментозной терапии и диетических режимов должна быть обязательно оценена через 8–12 недель после начала лечения путем проведения ЭГДС с биопсией на фоне продолжающегося приема препаратов и/или соблюдения диеты. Степень активности воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода при ЭоЭ не коррелирует с выраженностью симптомов заболевания. Для оценки эффективности лечения и контроля за активностью воспалительного процесса необходимо гистологическое исследование биоптатов. Критерием эффективности лечения служит достижение гистологической ремиссии заболевания (менее 15 эозинофилов в поле зрения при увеличении $\times 400$)

Задание 32. Вопрос для собеседования

Эндоскопическое лечение эозинофильного эзофагита.

Ответ. Эндоскопическую дилатацию или бужирование рекомендуется проводить пациентам со стриктурами и стенозом пищевода (при диаметре пищевода < 13 мм) после пробного курса медикаментозной терапии. Эндоскопическая дилатация пищевода не может быть единственным лечебным мероприятием у больных с ЭоЭ, она должна проводиться на фоне базисной противовоспалительной терапии ИПП или топическими кортикостероидами. Эндоскопическая дилатация не оказывает влияния на иммуно-воспалительный процесс в слизистой оболочке, данная процедура проводится с целью снижения выраженности клинических симптомов, вызванных необратимыми фибротическими изменениями стенки пищевода.

Задание 33. Вопрос для собеседования

Использование других методов лекарственной терапии эозинофильного эзофагита: цитостатиков, антигистаминных препаратов, препаратов моноклональных антител и др.

Ответ. Антигистаминные препараты, антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) не рекомендованы для лечения ЭоЭ, однако могут использоваться для коррекции сопутствующих атопических заболеваний. Препараты моноклональных антител, используемые для лечения воспалительных заболеваний кишечника (антитела к ФНО), не рекомендованы для лечения ЭоЭ. Подтверждена эффективность и безопасность биологической терапии моноклональными антителами к альфа-субъединице рецептора ИЛ-4 (ИЛ-4R α) у пациентов с эозинофильным эзофагитом. Требуются дальнейшие исследования, чтобы доказать эффективность биологической терапии другими препаратами (моноклональные антитела к ИЛ-5, к ИЛ-5R α , ИЛ-14). Возможности использования дупилумаба при ЭоЭ изучены в настоящее время у взрослых и детей от 12 лет и старше.

Задание 34. Вопрос для собеседования

Медицинская реабилитация, профилактика и диспансерное наблюдение при эозинофильном эзофагите

Ответ. Методы реабилитации при ЭоЭ не разработаны. Первичная профилактика ЭоЭ не разработана. Вторичная профилактика направлена на предотвращение развития осложнений, таких как стриктуры и стенозы, и включает в себя своевременную диагностику заболевания, назначение адекватной постоянной поддерживающей медикаментозной терапии и проведение ЭГДС с биопсией из пищевода с периодичностью 1 раз в год.

Задание 35. Вопрос для собеседования

Факторы, влияющие на исход эозинофильного эзофагита.

Ответ. В целом ЭоЭ характеризуется доброкачественным течением. В литературе нет данных о развитии рака пищевода на фоне ЭоЭ.

Существующая модель прогрессирования ЭоЭ отражает постепенный переход от воспалительных изменений к фиброзу и стенозу пищевода с развитием дисфагии у большинства больных ЭоЭ

Задание 36. Вопрос для собеседования

Клиническая картина эозинофильного гастрита

Ответ.

- а) может развиваться в любом возрасте,
- б) неспецифические симптомы: тошнота, рвота, боль в животе, боль за грудиной, рвота с кровью, мелена, симптомы непроходимости желудка
- в) биоптате слизистых оболочек желудка - эозинофильная инфильтрация, в периферической крови возможна эозинофилия.
- г) следует дифференцировать с паразитарными инфекциями, воспалительными заболеваниями кишечника, патологическими состояниями, при которых эозинофилы обнаруживаются в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта

Задание 37. Вопрос для собеседования

Клинические симптомы эозинофильного эзофагита у младенцев и детей старшего возраста

Ответ. 1). У младенцев: рефлюкс и рвота, снижение массы тела и нарушение нормального развития, кашель, отказ от еды; 2) У детей старшего возраста: длительное пережевывание и запивание пищи, медленный прием пищи, снижение аппетита, отказ от еды, избирательность в питании, боль в груди/изжога, боль в животе/тошнота, рвота, ощущение «комка в горле», удушье.

Задание 38. Вопрос для собеседования

Клиническая картина эозинофильного колита

Ответ. 1) Боль в животе; 2) тенезмы; 3) диарея со слизью и/или кровью; 4) заворот, инвагинация, перфорация; 5) может протекать как изолированная патология, так и в сочетании с болезнью Крона, язвенным колитом, лимфоидным колитом; 2) абдоминальные боли, диарея; 3) снижение индекса массы тела более характерно для сочетания эозинофильного воспаления толстой кишки с болезнью Крона (у 45,5%) и лимфоидным колитом (у 50%); реже встречалось при изолированном эозинофильном колите (13%). 4) в 50–75% случаев эозинофильного колита присутствует коморбидность с аллергическими заболеваниями, особенно с пищевой аллергией на

БКМ, сои, арахиса 5) значительная эозинофилия в толстой кишке, ассоциированная с высоким уровнем общего IgE, указывает на то, что эозинофильный колит является проявлением аллергии

Задание 39. Вопрос для собеседования

Клинические симптомы эозинофильного эзофагита у подростков и взрослых.

Ответ. Дисфагия, нарушение пассажа пищи, тошнота, рвота, боль в животе, стриктура пищевода

Задание 40. Вопрос для собеседования

Клиническая картина эозинофильного энтерита.

Ответ. Тошнота, рвота, боль в животе, диарея, плохие прибавки массы тела, похудание, метеоризм, непроходимость, асцит, перфорация; в биоптате слизистой оболочки тонкой кишки - эозинофильная инфильтрация, в периферической крови возможна эозинофилия. Следует дифференцировать с паразитарными инфекциями, воспалительными заболеваниями кишечника, патологическими состояниями, при которых эозинофилы обнаруживаются в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта

Задание 41. Вопрос для собеседования

Эндоскопические критерии диагностики эозинофильного эзофагита.

Ответ.

- Изменения по всей длине пищевода.
- Множественные циркулярные кольца («Трахееподобный» синдром).
- Вертикальные борозды.
- Белесоватый налет.
- Обеднение сосудистого рисунка.
- Стриктуры и сужение пищевода.
-

Задание 42. Вопрос для собеседования

Диагностика эозинофильных заболеваний.

Ответ. *Обязательные тесты:* 1) клинический анализ крови, СОЭ, эозинофилы (абс./%); 2) общий белок/альбумин; 3) антитела к Strongyloides; 4) фекальный кальпротектин (м.б. повышен); 5) железо; 6) копрологическое исследование (скрытая кровь, лейкоциты, кристаллы Шарко-Лейдена); 7) ЭГДС/гистология; 9) колоноскопия/гистология.

Факультативные тесты (в зависимости от возраста/периферической эозинофилии): 1) СРБ; 2) УЗИ брюшной полости; 3) УЗИ сердца; 4) консультация гематолога, аллерголога; 5) аллерго-тесты; 6) Rg -графия

Задание 43. Вопрос для собеседования

Какие виды диетотерапии применяют при лечении больных с эозинофильным гастритом и эозинофильным энтеритом.

Ответ. Элиминационная диета: Элиминация 6 продуктов (молоко, пшеница, яйца, бобовые, арахис/орехи, рыба/морепродукты). Элементарная диета (аминокислотные смеси). Это терапия 1-ой линии. Таргетная диетотерапия, основанная на результатах кожных аллергопроб, не показала свою эффективность.

Задание 44. Вопрос для собеседования

Медикаментозная терапия, применяемая для индукции ремиссии эозинофильного гастрита и энтерита.

Ответ. Индукция ремиссии (преднизолон): 20-40 мг/сут или 0,5-1 мг/кг/сут 2 недели, затем снижение дозы в течение 6-8 нед. Поддержание ремиссии в случае стероидной зависимости: преднизолон 5-10 мг/сут. Индукция ремиссии, поддержание ремиссии в случае резистентности к ГК (будесонид): 9-6-3 мг/сут.

Задание 45. Вопрос для собеседования

Почему нецелесообразно исследовать кровь больных с эозинофильным эзофагитом на sIgE?

Ответ. Роль Th2 воспаления является центральной в понимании патогенеза ЭоЭ. Повреждение слизистой оболочки и подслизистого слоя пищевода иммунокомпетентными клетками постепенно приводит к вовлечению в процесс фибробластов, миоцитов и эндотелиоцитов, развитию гиперплазии базального слоя эпителия и гладкомышечных клеток, активации фиброгенеза и ангиогенеза в подслизистом слое, что обуславливает потерю эластичности соединительной и мышечной ткани, ремоделированию стенки пищевода, развитию стриктур. диагноз «эозинофильный эзофагит» может быть установлен только по совокупности клинических симптомов дисфункции пищевода и патоморфологического подтверждения эозинофильной инфильтрации пищевода, после обязательного исключения заболеваний, сопровождающихся эозинофилией пищевода

Задание 46. Вопрос для собеседования

Критерии ремиссии эозинофильного эзофагита.

Ответ. Отсутствие симптомов, эндоскопическая картина в норме, при гистологическом исследовании количество эозинофилов в поле зрения <15.

Задание 47. Вопрос для собеседования

Эозинофильный эзофагит: что делать после достижения ремиссии

Ответ. 1) Отменить топические глюкокортикостероиды; 2). Продолжить ИПП; 3) Вводить по 1 продукту; 4). Каждые 6-12 недель ФЭГДС+ биопсия (эозинофилы – должно быть в поле зрения <15).

Задание 48. Вопрос для собеседования

Особенности симптомы при эозинофильной гастроинтестинальной болезни при локализации эозинофилов в слизистой оболочке ЖКТ.

Ответ. 1) *Симптомы:* боль в животе, тошнота/рвота, диарея, отставание в физическом развитии, похудание. 2) *Лабораторные показатели:* анемия, гипоальбуминемия, эозинофилия 1000-8000 эоз/мкл.

Задание 49. Вопрос для собеседования

Особенности симптомы при эозинофильной гастроинтестинальной болезни при локализации эозинофилов в мышечном слое ЖКТ.

Ответ. 1) *Симптомы:* Непроходимость (!), тошнота/рвота/метеоризм. 2) *Лабораторные показатели:* эозинофилия ~1000 эоз/мкл.

Задание 50. Вопрос для собеседования

Особенности симптомы при эозинофильной гастроинтестинальной болезни при локализации эозинофилов в субсерозном слое ЖКТ.

Ответ. 1) *Симптомы:* Асцит. 2) *Лабораторные показатели:* эозинофилия 1000-8000 эоз/мкл.; ↑ эозинофилов в асцитической жидкости.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

| Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции | Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции | Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции | Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции |
|---|---|---|---|
| Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины | Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне. | Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке | Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне. |

Критерии оценивания тестового контроля:

| | |
|----------------------------|---------------------|
| процент правильных ответов | Отметки |
| 91-100 | отлично |
| 81-90 | хорошо |
| 70-80 | удовлетворительно |
| Менее 70 | неудовлетворительно |

Критерии оценивания собеседования:

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------------------|---|---|---|
| | прочность знаний | умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы | логичность и последовательность ответа |
| отлично | прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа | высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры | высокая логичность и последовательность ответа |
| хорошо | прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе | умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе | логичность и последовательность ответа |
| удовлетворительно | удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа | удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа | удовлетворительная логичность и последовательность ответа |
| неудовлетворительно | слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа | неумение давать аргументированные ответы | отсутствие логичности и последовательности ответа |

Критерии оценивания ситуационных задач:

| Отметка | Дескрипторы | | | |
|---------------------|---|--|---|--|
| | понимание проблемы | анализ ситуации | навыки решения ситуации | профессиональное мышление |
| отлично | полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены | высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы | высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации | высокий уровень профессионального мышления |
| хорошо | полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены | способность анализировать ситуацию, делать выводы | способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации | достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе |
| удовлетворительно | частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены | удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы | удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи | достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения |
| неудовлетворительно | непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу | низкая способность анализировать ситуацию | недостаточные навыки решения ситуации | отсутствует |