MedikCase
Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Гастроэнтерология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 05:13 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

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

2. **Источник материалов - ФМЗА**
   Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

   Официальный сайт fmza.ru ›

3. **Ответы можно проверить самостоятельно**
   Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

   Открыть репетиционный экзамен ›

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

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

Сайт, обновления и поддержка

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

Сайт | Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	Пациентка С. 53 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога.	3
0002	Мужчина 32 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.	15

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Гастроэнтерология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка С. 53 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога.

1.2. Жалобы

- на периодически возникающую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации; +
- боль и чувство распирания в прямой кишке перед актом дефекации; +
- наличие неизменённой крови в стуле; +
- недержание кала; +
- повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной около одного года, когда впервые появились жалобы на периодическую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации, жидкий стул с примесью алой крови до 10 раз в сутки, повышение температуры до 38ºС, похудание на 20 кг за 2 месяца. Принимала спазмолитики, антидиарейные средства без положительного эффекта. В последнее время присоединились ноющие боли в прямой кишке, недержание кала, что заставило больную обратиться на консультацию к гастроэнтерологу.

1.4. Анамнез жизни

Родилась в Новосибирской области. +
Росла и развивалась соответственно возрасту. +
Замужем, имеет дочь. +
Образование: неполное среднее. +
Работает сторожем. +
Вредные привычки: отрицает. +
Семейный анамнез не отягощен. +
Аллергологический анамнез: пенициллин, тетрациклин, левомицетин, новокаин, лидокаин, фуразолидон - отек Квинке.

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 ºС. +
Рост - 170 см, вес- 60 кг, ИМТ- 20 кг/м^2 +
Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. +
Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет. +
При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. +
При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 в минуту, АД 110 и 70 мм рт. ст. +
При пальпации живот мягкий, болезненный в правой и левой подвздошных областях, перистальтика выслушивается во всех отделах. +
Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. +
Печень, селезенка не увеличена. +
Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. +
Мочеиспускание не изменено.

1. План обследования

Вопрос 1

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

1. оценка содержания гликозилированного гемоглобина в сыворотке крови
2. **общий анализ крови**
3. **биохимический анализ крови**
4. **С-реактивный белок**
5. оценка содержания липидов в сыворотке крови
6. **анализ кала**

Правильные ответы:
2 - общий анализ крови
3 - биохимический анализ крови
4 - С-реактивный белок
6 - анализ кала

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам с целью определения степени анемии, признаков системного воспаления и метаболических нарушений рекомендованным минимумом лабораторной диагностики является исследование крови

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1)

По биохимическому анализу крови можно выявить снижение уровня железа, белка. +
Рекомендовано выполнение исследование уровня свободного и связанного билирубина, креатинина, мочевины, глюкозы, натрия, калия, общего кальция в крови, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, амилазы в крови

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2)

Позволяет определить наличие острой фазы воспалительного процесса.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1)

Общий анализ кала назначается для исключения наличия крови, а при микроскопическом исследовании определяется количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндрического эпителия и слизи.

Пациентам с болезнью Крона при оценке активности воспаления в кишечнике рекомендовано выполнять анализ кала на фекальный кальпротектин.

Также анализ кала проводится для исключения острой кишечной инфекции (при остром начале), паразитарного колита (при остром начале), исследование токсинов A и B Clostridium difficile (при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре для исключения псевдомембранозного колита).

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты (10^{12}/л)	3,1	м. 4,4-5,0 + ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (г/л)	105	м. 130-160 + ж. 120-140
Гематокрит (%)	41,0	35-52
ЦП	0,88	0,80-1,05
Лейкоциты (тыс)	12,3	4,0-11
Нейтрофилы (%)	51,4	45-72
Лимфоциты (%)	35,4	18-44
Моноциты (%)	10,3	2-10
Эозинофилы (%)	2,2	0-5
Базофилы (%)	0,7	0-2
Тромбоциты (10^{9}/л)	450	150-450
СОЭ (мм/ч)	43	0- 20

3.2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Общий белок (г/л)	77,2	57-82
Альбумин (г/л)	40,6	32-48
Глюкоза (мкмоль/л)	5,1	4,1-5,9
Общ.билирубин (мкмоль/л)	9,5	3-21
Пр. билирубин (мкмоль/л)	3,3	0-5
АСТ (ед/л)	19	0-34
АЛТ (ед/л)	20	5-49
ГГТ (ед/л)	19	0-73
Щелочная фосфатаза (ед/л)	194	70-360
Креатинин (мг/дл)	0,82	0,5-1,3
Мочевая кислота (мкмоль/л)	410	150-420
Азот мочевины (ммоль/л)	7,2	3,2-8,2
Натрий (ммоль/л)	150	132-150
Калий (ммоль/л)	5,4	3,5-5,5
Железо (ммоль/л)	8,2	9,0-30,4
Трансферрин (г/л)	2,16	2,0-3,6
% насыщения железом	20	20-55
Амилаза (ед/л)	41,2	30-118
Холестерин (ммоль/л)	5,02	3,2-5,6

3.3. С-реактивный белок

Показатель	Результат	Норма
С-реактивный белок (мг/л)	14,7	0-5

3.4. Анализ кала

Показатель	Результат
Цвет	коричневый
Форма	оформленный
Реакция на кровь	Положительная
Реакция на стеркобилин	Положительная
Слизь	нет
Микроскопия	
Мышечные волосна сохранивш./потерявш. поперечн. полосат.	+ /+
Соединительная ткань	-
Нейтральный жир	+ -
Жирные кислоты	-
Мыла	+
Крахмал внутриклет.	+ -
Клетчатка переваримая/неперевар.	+ -/+
Йодофильная флора N	+ -
Лейкоциты	-
Эритроциты	10-12 в п/зр
Яйца глист, простейшие, грибы	Не найдены

Токсины A, B Clostridium difficile - отрицательные

Кальпротектин - 313 мкг/г (норма < 50)

3.5. Оценка содержания гликозилированного гемоглобина в сыворотке крови

4,8% (норма 4-6,2%)

3.6. Оценка содержания липидов в сыворотке крови

Показатель	Результат	Норма
Триглицериды (ммоль/л)	1,05	0,41-1,7
Липопротеиды высокой плотности (ммоль/л)	1,54	>1,56
Липопротеиды очень низкой плотности (ммоль/л)	0,48	0,19-0,77
Липопротеиды низкой плотности (ммоль/л)	3	<4,2

Вопрос 2

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

1. **фиброгастродуоденоскопия**
2. рентгенография органов грудной клетки
3. электрокардиография
4. **тотальная колоноскопия с илеоскопией**
5. ультразвуковое исследование щитовидной железы
6. трансторакальное эхокардиографическое исследование

Правильные ответы:
1 - фиброгастродуоденоскопия
4 - тотальная колоноскопия с илеоскопией

ОБОСНОВАНИЕ

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет обнаружить эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим взятием биопсии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1)

При колоноскопии можно обнаружить регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки, симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемированной слизистой оболочкой), линейные язвы (язвы-трещины), афты, а в некоторых случаях - стриктуры и устья свищей.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3) (4) (5)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: недостаточность кардии, катаральный рефлюкс - эзофагит, антральный гастрит с очаговой атрофией, бульбит, дуоденогастральный рефлюкс.

5.2. Тотальная колоноскопия с илеоскопией

При колоноскопии обращает на себя внимание прерывистый характер поражения, обнаружены язвенные дефекты в толстой и подвздошной кишке, контактная ранимость слизистой оболочки, язвенные дефекты (до 0,5*2,0см) и эрозии в прямой кишке. На уровне зубчатой линии определяется стриктура анального канала до 13 мм. Также по передней стенке определяется свищевое отверстие до 6 х 8 мм.

При морфологическом исследовании глубокое поражение стенки кишки с выявлением гранулем, лимфоплазмоцитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки. В основании одного из фрагментов обнаруживаются отдельные деформированные крипты с высоким содержанием бокаловидных клеток.

5.6. Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта уплотнена, диаметр 3,0 см (N≤3,3). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 2,0 см (N>1,5), кровоток 1,3 м/с (N<1,7), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 0,9 см (N<1,0), толщина задней стенки 0,8 см (N<1,0), конечный диастолический размер 3,5 см (N<5,3), индекс массы миокарда левого желудочка 90 г/м2 (N≤95), фракция выброса 65 % (N≥54). Обструкции выносящего тракта левого желудочка нет. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан: створки не изменены, кровоток 0,87 м/с (N<1,3), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,4 см (≤3,8), объем 43 мл (≤52). Диметр легочной артерии 2,0 см (N<2,1), систолическое давление в легочной артерии 22 мм рт. ст. (N<30). Кровоток на клапане легочной артерии 0,8м/сек (N<0,9), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,3 см (N≤3,0). Трикуспидальный клапан не изменен, кровоток 0,6 м/сек (N<0,7), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,3 см (N<4,0), объем 37 мл (N<50). Нижняя полая вена на выдохе 1,8 см (N≤2,2), на вдохе 0,7 см (N – спадение в вдохе >50 %). Полость перикарда не изменена.

2. Диагноз

Вопрос 3

Данному пациенту на основании объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований можно поставить диагноз

1. **Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)**
2. Синдром раздражённого кишечника, вариант с преобладанием диареи. Дискинезия желчного пузыря и жёлчевыводящих путей с формированием сладж-синдрома. Астеновегетативный синдром
3. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение, активность по Truelove III. Стриктура анального канала, ректовагинальный свищ
4. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение. Синдром системного воспалительного ответа, лекарственная непереносимость адалимумаба (антитела к адалимумабу)

Правильный ответ:
1 - Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз болезни Крона верифицирован на основании эндоскопических и морфологических данных:

— поражение отделов тонкой и толстой кишки

— хроническое перианальное поражение

— прерывистый характер поражения

— трансмуральный характер поражения: язвы, свищи

— фиброз: стриктуры

— лимфоидная ткань (гистология): трансмуральные лимфоидные скопления

— наличие саркоидной гранулемы

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

7. Диагноз

7.1. Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

7.2. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение, активность по Truelove III. Стриктура анального канала, ректовагинальный свищ

Вопрос 4

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). В индексе Беста учитываются такие критерии как _____ наличие внекишечных и кишечных осложнений

1. степень увеличения щитовидной железы
2. уровень гликозилированного гемоглобина в крови
3. уровень липидов в крови
4. **частота жидкого стула**

Правильный ответ:
4 - частота жидкого стула

ОБОСНОВАНИЕ

Для расчёта тяжести атаки болезни Крона по индексу активности (индексу Беста) учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней умноженная на коэффициент равный 2

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3)

Вопрос 5

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). Для индекса Беста используются такие критерии как жалобы на _____, повышение температуры, напряжение и болезненность при пальпации живота

1. повышение артериального давления
2. головную боль
3. **боль в животе**
4. одышку при физических нагрузках

Правильный ответ:
3 - боль в животе

ОБОСНОВАНИЕ

Для расчёта тяжести атаки болезни Крона по индексу активности (индексу Беста) учитывается наличие боли в животе (0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная) за последние 7 дней умноженная на коэффициент равный 5

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3)

Вопрос 6

К осложнениям заболевания относят: наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, стриктуры желудочно-кишечного тракта и

1. **межкишечные абсцессы**
2. полипы
3. спаечные процессы
4. дивертикулы

Правильный ответ:
1 - межкишечные абсцессы

ОБОСНОВАНИЕ

К осложнениям заболевания относят: наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, межкишечные абсцессы, стриктуры желудочно-кишечного тракта

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1)

Вопрос 7

Острым осложнением заболевания является кишечное кровотечение, перфорация кишки и

1. кишечно-пузырный свищ
2. **токсическая дилатация ободочной кишки**
3. инфильтрат брюшной полости
4. стриктура желудочно-кишечного тракта

Правильный ответ:
2 - токсическая дилатация ободочной кишки

ОБОСНОВАНИЕ

Токсическая дилатация ободочной кишки является осложнением при БК и представляет собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки до 6,0 см и более с явлениями интоксикации. О развитии токсической дилатации свидетельствует внезапное сокращение частоты стула на фоне имевшейся диареи, вздутие живота, а также внезапное уменьшение или исчезновение болевого синдрома и нарастание симптомов интоксикации (нарастание тахикардии, снижение АД).

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2)

3. Лечение

Вопрос 8

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

1. месалазина перорально
2. месалазина параректально по 1 свече на ночь
3. будесонида перорально
4. **преднизолона перорально или внутривенно**

Правильный ответ:
4 - преднизолона перорально или внутривенно

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с тяжелым течением БК рекомендуется терапия кортикостероидами для системного применения (преднизолон или эквивалентные дозы других кортикостероидов) внутривенно или перорально

Доза преднизолона при данной локализации и тяжести составляет 1-2 мг/ кг массы тела. Оценка терапевтического эффекта производится через 2-4 недели.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 9

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

1. ингаляционных глюкокортикостероидов
2. **иммунодепрессантов**
3. антидепрессантов
4. производных салициловой кислоты

Правильный ответ:
2 - иммунодепрессантов

ОБОСНОВАНИЕ

Назначение иммуносупрессоров: азатиоприн (2-2,5 мг/кг), 6-меркаптопурин (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед п/к или в/м).

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1)

Вопрос 10

При отсутствии эффекта от иммуносупрессоров показано проведение биологической терапии препаратом

1. будесонид
2. азатиоприн
3. месалазин
4. **инфликсимаб**

Правильный ответ:
4 - инфликсимаб

ОБОСНОВАНИЕ

Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью кортикостероидов, или при неэффективности (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне азатиоприн/меркаптопурин) или непереносимости иммунодепрессантов рекомендуется биологическая терапия ингибиторами факторами некроза опухоли альфа в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб), с последующим переходом на длительное (многолетнее) поддерживающее лечение.

Дозы биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли альфа) назначают в соответствии с инструкцией по применению.

У всех пациентов с перианальным поражением БК в случае отсутствия показаний к хирургическому лечению или после него рекомендовано назначение иммунодепрессантов (азатиоприн, меркаптопурин, метотрексат) и/или биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли альфа): инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб, ведолизумаб) в стандартных дозах

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3)

Вопрос 11

Данной пациентке показано хирургическое лечение по поводу

1. перфорации кишки
2. токсической дилатации ободочной кишки
3. **ректовагинального свища и стриктуры анального канала**
4. кишечного кровотечения

Правильный ответ:
3 - ректовагинального свища и стриктуры анального канала

ОБОСНОВАНИЕ

У пациентов с перианальными проявлениями БК, при ректовагинальном свище рекомендовано его иссечение с ушиванием дефекта влагалища и низведением полнослойного лоскута прямой кишки.

Ректовагинальные свищи в большинстве случаев требуют хирургического вмешательства. При этом, оперативное лечение показано под прикрытием илеостомы.

У пациентов с перианальными проявлениями БК, при наличии стриктуры нижне-ампулярного отдела прямой кишки или стеноза анального канала рекомендовано выполнение проктосигмоидэктомии (или проктэктомии) или брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2) (3)

4. Вариатив

Вопрос 12

В алгоритм профилактики послеоперационного рецидива заболевания входит проведение _____ через 6-12 месяцев после оперативного вмешательства

1. рентгенографии желудка
2. ирригоскопии
3. УЗИ брюшной полости
4. **эндоскопического исследования**

Правильный ответ:
4 - эндоскопического исследования

ОБОСНОВАНИЕ

Спустя 6-12 месяцев после операции всем оперированным пациентам с БК рекомендовано проведение контрольного эндоскопического обследования, а при необходимости МРТ и/или КТ брюшной полости

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2024 г. (1) (2)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Гастроэнтерология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 32 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

1.2. Жалобы

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

1.3. Анамнез заболевания

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

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

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

1. План обследования

Вопрос 1

В данном случае инструментальными исследованиями, подтверждающими предполагаемый диагноз, являются

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

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

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании:

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

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

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

Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании:

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

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

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

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

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

3. Результаты инструментальных методов обследования

3.1. ЭГДС

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

3.2. Суточная pH-метрия

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

3.3. Мониторирование ЭКГ по Холтеру

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

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

3.5. Эхокардиография

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

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

Вопрос 2

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

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

Правильный ответ:
4 - Лос-Анджелесская

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

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

2. Диагноз

Вопрос 3

По данным инструментальных исследований и клинической картины у пациента

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

Правильный ответ:
2 - ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании:

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

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

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

Пищеводные проявления

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

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

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

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

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

Внепищеводные проявления

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

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

6. Диагноз

6.1. ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом

6.2. ГЭРБ без рефлюкс-эзофагита

Вопрос 4

Согласно Лос-Анджелесской классификации различают _____ степени рефлюкс-эзофагита

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

Правильный ответ:
4 - 4

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

3. Лечение

Вопрос 5

В качестве фармакотерапии данному пациенту необходимо назначить

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

Правильный ответ:
2 - ингибиторы протонной помпы

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

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

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

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

Вопрос 6

Ингибиторы протонной помпы в качестве основной терапии необходимо назначить на срок

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

Правильный ответ:
4 - 4-8 недель

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 7

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

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

Правильный ответ:
4 - 4-8 недель

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 8

Немедикаментозная терапия для данного пациента в первую очередь должна включать

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

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

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 (1)

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

Вопрос 9

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

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

Правильный ответ:
1 - 6 месяцев

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Приложение 1, п.11. (1)

Вопрос 10

Данному пациенту госпитализация в стационар

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

Правильный ответ:
2 - не требуется

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 11

Данному пациенту хирургическое лечение

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

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

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 12

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

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

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

ОБОСНОВАНИЕ

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

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