MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Эндоскопия

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

Сформировано: 21.11.2026, 02:10 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	Женщина 64 лет обратилась в поликлинику к врачу-гастроэнтерологу.	3
0002	Мужчина 35 лет осмотрен терапевтом и направлен на эзофагогастродуоденоскопию.	10

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Эндоскопия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 64 лет обратилась в поликлинику к врачу-гастроэнтерологу.

1.2. Жалобы

На изжогу, загрудинные боли, вздутие, ощущения комка в горле, диарею.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной около трёх лет, когда начала отмечать выше перечисленные жалобы. Изжога отмечается сразу же после приема пищи, усиливается при горизонтальном положении тела и переедании. Ограничила приём жирного, острого, соленого, жареного - улучшения не отмечались.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания: артериальная гипертензия 2 стадии, II степени.
- Сахарный диабет 2 типа.
- Употребление алкоголя и курение: курит по 20 сигарет в день более 25 лет.
- Операции: холецистэктомия 20 лет назад.
- Гемотрансфузий не было.
- Семейный анамнез не отягощен.
- Аллергия на лекарства: отрицает.
- Эпидемиологический анамнез не отягощен.

1.5. Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розовой окраски, сухой, теплый, чистый. Видимые слизистые без особенностей, без катаральных явлений, нормальной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, ЧДД 16 в мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 в мин, АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, в объеме не увеличен. Перитонеальные симптомы отрицательные. Дизурии нет. Стул оформлен, раз в три дня.

1. План обследования

Вопрос 1

Необходимым для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования является

1. бронхоскопия
2. фиброэзофагоскопия
3. компьютерная томография брюшной полости
4. **эзофагогастродуоденоскопия в режиме узкого спектра света**

Правильный ответ:
4 - эзофагогастродуоденоскопия в режиме узкого спектра света

ОБОСНОВАНИЕ

В настоящее время, золотым стандартом диагностики пищевода Барретта является эндоскопическое исследование.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г.

3. Дополнительная информация

При эзофагогастродуоденоскопии в режиме узкого спектра света с увеличением выявлены изменения в пищеводе: в нижнегрудном отделе пищевода на 35 см от резцов определяются единичные плоские очаги с выраженной гиперемией, отёком и пастозностью размерами около 4 мм в диаметре; также, начиная с 37 см от резцов, очаги располагаются циркулярно до уровня зубчатой линии - 41 см. Диафрагмальное сужение пищевода определяется на уровне 43 см от резцов.

Вопрос 2

На основании заключения у пациента можно заподозрить

1. микотический эзофагит
2. кольцо Щацкого
3. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
4. **пищевод Баррета**

Правильный ответ:
4 - пищевод Баррета

ОБОСНОВАНИЕ

Проект национальных клинических рекомендаций. Пищевод Баррета, Москва 2015, стр. 5,6

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г.

Вопрос 3

Для уточняющей диагностики изменений необходимо выполнение хромоэндоскопии. Для данных изменений предпочтителен краситель

1. **раствор Люголя**
2. индигокармин
3. конго красный
4. уксусная кислота

Правильный ответ:
1 - раствор Люголя

ОБОСНОВАНИЕ

Для хромоскопии применяют 2-5 мл водного 1-4% раствора Люголя♠ (чаще 2-3%).

Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Палевская С. А. ,Короткевич А. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-4564-8 (1)

Вопрос 4

При детальном осмотре архитектоники ямок слизистой оболочки и сосудистого рисунка необходимо проведение эндоскопического исследования с

1. оптическим увеличением без функции NBI
2. **оптическим увеличением с функцией NBI**
3. оптическим увеличением и хромоэндоскопией уксусной кислотой
4. функцией NBI без оптического увеличения

Правильный ответ:
2 - оптическим увеличением с функцией NBI

ОБОСНОВАНИЕ

Увеличительная эндоскопия позволяет детально исследовать микроархитектонику слизистой оболочки сегмента цилиндроклеточной метаплазии пищевода

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г. (1)

Вопрос 5

Высота сегмента при пищеводе Баррета оценивается по критериям

1. Лос-Анджелесским
2. Парижским
3. **Пражским**
4. Берлинским

Правильный ответ:
3 - Пражским

ОБОСНОВАНИЕ

При написании протокола эндоскопического исследования необходимо использовать Пражские критерии (C & M), а также описывать любые отдельные видимые очаги пищевода Барретта

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г.

Вопрос 6

Изменения: максимальная высота цилиндроклеточной метаплазии на уровне 37 см от резцов, проксимальная граница циркулярных изменений на уровне 39 см от резцов, кардиоэзофагеальный переход определяется на уровне 40 см от резцов, - согласно Пражским критериям можно классифицировать как

1. C3M1
2. C1M2
3. **C1M3**
4. C2M1

Правильный ответ:
3 - C1M3

ОБОСНОВАНИЕ

CnMn(n-длина в см)

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г.

Вопрос 7

При пищеводе Баррета по данным гистологического исследования должен быть обнаружен тип эпителия

1. **кишечный эпителий с характерными бокаловидными клетками**
2. плоскоклеточная метаплазия железистого эпителия с клетками многослойного плоского эпителия
3. кардиальный желудочный эпителий только со слизистыми железами
4. фундальный желудочный эпителий

Правильный ответ:
1 - кишечный эпителий с характерными бокаловидными клетками

ОБОСНОВАНИЕ

В соответствии с последними рекомендациями диагноз ПБ устанавливается в том случае, если при эндоскопическом исследовании в дистальном отделе пищевода выявляется сегмент цилиндрического метапластического эпителия длиной не менее 1 см с наличием в биопсийном материале кишечной метаплазии с бокаловидными клетками.

Пищевод Баррета: современные возможности диагностики, терапии и снижения риска развития рака. Журнал» Доказательная гастроэнтерология», 4, 2017, стр. 1

Вопрос 8

При эндоскопической картине пищевода Баррета, в случае невозможности выполнения комплексного эндоскопического исследования с прицельной биопсией, необходимо применить тактику ____ -квадрантной биопсии слизистой оболочки пищевода Баррета с промежутком по длине в (в см)

1. 2; 1
2. 4; 1
3. **4; 2**
4. 2; 2

Правильный ответ:
3 - 4; 2

ОБОСНОВАНИЕ

В настоящее время рекомендована прицельная биопсия при эндоскопическом исследовании. Сиэттлский протокол (18), который подразумевает четырехквандрантную биопсию каждые 2 см используется в дополнении к прицельной биопсии.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г.

2. Лечение

Вопрос 9

В случае выявления пищевода Баррета без диспластических изменений эпителия тактика лечения на первом этапе заключается в

1. постоянной противовоспалительной терапии с эндоскопическим контролем каждые 3 года с обязательной биопсией
2. криоабляции очагов с последующим постоянным приёмом противоспалительной терапии
3. **постоянной антисекреторной терапии с эндоскопическим контролем каждые 3 года с обязательной биопсией**
4. криоабляции очагов с последующим постоянным приёмом антисекреторной терапии

Правильный ответ:
3 - постоянной антисекреторной терапии с эндоскопическим контролем каждые 3 года с обязательной биопсией

ОБОСНОВАНИЕ

Первый этап лечения предполагает назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) в стандартных дозировках в течение 4 нед

Пищевод Баррета: современные возможности диагностики, терапии и снижения риска развития рака. Журнал "Доказательная гастроэнтерология", 4, 2017, стр. 13

Вопрос 10

При неэффективности проводимого лечения показан эндоскопический метод абляции. При пищеводе Баррета с длиной сегмента менее 3 см методом выбора является

1. криоабляция
2. **аргоно-плазменная коагуляция**
3. электрокоагуляция
4. фотодинамическая терапия

Правильный ответ:
2 - аргоно-плазменная коагуляция

ОБОСНОВАНИЕ

Основные положения алгоритма: — профилактическая эндоскопическая терапия, такая как проведения абляции в случае наличия у пациента ПБ без дисплазии, не должна выполняться (ввиду крайне низкого риска развития аденокарциномы при отсутствии диспластических изменений)

Пищевод Баррета: современные возможности диагностики, терапии и снижения риска развития рака. Журнал» Доказательная гастроэнтерология», 4, 2017, стр. 15

Вопрос 11

При пищеводе Баррета с длиной сегмента более 3 см методом выбора является

1. **фотодинамическая терапия**
2. электрокоагуляция
3. аргоно-плазменная коагуляция
4. криоабляция

Правильный ответ:
1 - фотодинамическая терапия

ОБОСНОВАНИЕ

Для лечения пищевода Барретта с интраэпителиальной неоплазией низкой степени могут применяться различные методики абляции слизистой оболочки, в т.ч. аргоно-плазменная коагуляция (АПК) и фотодинамическая терапия (ФДТ) (степень рекомендаций “С”)

Пищевод Баррета: современные возможности диагностики, терапии и снижения риска развития рака. Журнал» Доказательная гастроэнтерология», 4, 2017, стр. 14

3. Вариатив

Вопрос 12

Пищевод Баррета является основным фактором риска развития _____ пищевода

1. плоскоклеточного рака
2. **аденокарциномы**
3. недифференцированного рака
4. железисто-плоскоклеточного рака

Правильный ответ:
2 - аденокарциномы

ОБОСНОВАНИЕ

Пациенты с ПБ составляют группу риска по развитию аденокарциномы, с вероятностью ежегодной злокачественной трансформации в пределах 0,2 – 2,1%.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. ПИЩЕВОД БАРРЕТА, 2014 г.

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Эндоскопия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 35 лет осмотрен терапевтом и направлен на эзофагогастродуоденоскопию.

1.2. Жалобы

На периодическую изжогу, затруднения при глотании твердой пищи, эпизоды ощущения застревания пищи, боли в грудной клетке.

1.3. Анамнез заболевания

Изжога беспокоит в течение 4-5 лет, самостоятельно нерегулярно принимал антацидные препараты, с положительным эффектом, в течение последнего года присоединились признаки дисфагии, периодические боли в грудной клетке, не связанные с физической нагрузкой. Обследован: ЭКГ – норма. ОАК – СОЭ 10 мм/ч, эозинофилия 30% биохимический анализ без отклонений от нормы.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания: отрицает
- Употребление алкоголя и курение: курит в течении 15 лет.
- Операции: отрицает
- Гемотрансфузий не было
- Семейный анамнез: не отягощен
- Аллергия на лекарства: отрицает
- Пищевая аллергия : редкие кратковременные эпизоды высыпаний на коже связанные с приемом фруктов, не лечился, не обследовался.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, телосложение гиперстеничное. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. План обследования

Вопрос 1

У данного пациента могут быть выявлены

1. эндоскопические признаки пищевода Барретта
2. **воспалительные изменения слизистой в виде отека, ранимости слизистой, белесоватые пятна слизистой**
3. признаки воспаления в дистальном отделе пищевода, эрозия до 5 мм, не захватывающая слизистую между складками
4. эндоскопические признаки аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Правильный ответ:
2 - воспалительные изменения слизистой в виде отека, ранимости слизистой, белесоватые пятна слизистой

ОБОСНОВАНИЕ

У пациентов с эозинофильным эзофагитом при проведении ЭГДС обнаруживаются признаки воспалительного процесса на всем протяжении пищевода , эозинофильные микроабсцессы, нередко обнаруживаются изменения, отражающие развитие подслизистого фиброза в виде множественных концентрических колец.

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.58-81 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 2

В данной клинической ситуации стандартную эзофагогастродуоденоскопию необходимо дополнить использованием

1. бронхоскопии
2. **биопсии**
3. эндосонографии
4. хромоскопии

Правильный ответ:
2 - биопсии

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам с подозрением на эозинофильный эзофагит при проведении ЭГДС должна быть выполнена множественная биопсия

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.58-81 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 3

При выполнении биопсии у данного пациента необходимо взятие

1. **биоптатов из проксимальной и дистальной части пищевода**
2. из участков с максимально выраженным воспалением
3. биоптатов из дистальной части пищевода
4. материала из проксимальной части пищевода

Правильный ответ:
1 - биоптатов из проксимальной и дистальной части пищевода

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам с подозрением на эозинофильный эзофагит при проведении ЭГДС должна быть выполнена множественная биопсия из дистального и проксимального отделов пищевода.

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.62 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 4

При взятии биоптатов из пищевода следует осуществить забор

1. только из участков с макроскопически неизмененной слизистой во всех отделах пищевода
2. из 2 участков в проксимальном отделе пищевода и 2-х участков в дистальном отделе
3. **не менее 6-8 участков в проксимальном отделе и дистальном отделах пищевода**
4. из 2 участков в проксимальном отделе пищевода

Правильный ответ:
3 - не менее 6-8 участков в проксимальном отделе и дистальном отделах пищевода

ОБОСНОВАНИЕ

Для получения корректных гистологических результатов необходимо проводить биопсию не менее чем в 6-8 участках из дистльного и проксимального отделов пищевода

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.62 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 5

При осмотре желудка и двенадцатиперстной кишки у данного пациента выполняется забор биоптатов из

1. **желудка и из двенадцатиперстной кишки**
2. антрального отдела желудка
3. кардиального отдела желудка
4. двенадцатиперстной кишки

Правильный ответ:
1 - желудка и из двенадцатиперстной кишки

ОБОСНОВАНИЕ

Для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, ассоциированными с эозинофилией пищевода, при эндоскопическом исследовании рекомендуется забор биоптатов из желудка и 12-ти п к.

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.62 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 6

Данную эндоскопическую картину необходимо дифференцировать с

1. пищеводом Баррета
2. **гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**
3. грыжей пищеводного отверстия диафграгмы
4. карциномой пищевода

Правильный ответ:
2 - гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

ОБОСНОВАНИЕ

С эзофагеальной эозинофилией могут протекать ГЭРБ, болезнь Крона, целиакия, ахалазия кардии.

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.64 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 7

Дополнительно для уточнения диагноза необходимо выполнить

1. КТ грудной клетки
2. исследование на наличие helicobacter pylori
3. **рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием**
4. осмотр в узкоспектральном свете

Правильный ответ:
3 - рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием

ОБОСНОВАНИЕ

Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием является дополнительным методом, позволяющим с высокой точностью выявить проксимальные и дистальные стриктуры пищевода, оценить из протяженность, принять решение о необходимости дилатации и бужирования

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.65 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 8

У данного пациента при гистологическом исследовании биоптатов выявлена интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация, что позволяет установить диагноз «эозинофильный эзофагит» при количестве эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения (400х) не менее

1. 10
2. 60
3. **15**
4. 25

Правильный ответ:
3 - 15

ОБОСНОВАНИЕ

Главным критерием установления диагноза «эозинофильный эзофагит» служит интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация с количеством эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения (400х) не менее 15

Доказательная гастроэнтерология Том 8 №1-2019 с.64 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 9

Помимо эозинофильной инфильтрации слизистой пищевода для установки диагноза «эозинофильный эзофагит» к необходимым клиническим симптомам относят

1. эндоскопические признаки воспаления слизистой пищевода
2. аллергический анамнез
3. **дисфагию**
4. изжогу

Правильный ответ:
3 - дисфагию

ОБОСНОВАНИЕ

Изолированная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода без ключевого симптома заболевания- дисфагии не может служить критерием эозинофильного эзофагита.

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.64 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 10

В случае прогрессирования заболевания при отсутствии лечения осложнением может быть

1. пищевод Баррета
2. **образование стриктур**
3. кровотечение
4. формирование дивертикулов пищевода

Правильный ответ:
2 - образование стриктур

ОБОСНОВАНИЕ

Развитие фиброзных изменений в подслизистом слое может привести к формированию стриктур

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.74 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к. м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 11

При формировании стриктур пищевода эндоскопическое лечение следует выполнять при диаметре пищевода менее чем _____ мм

1. 20
2. 10
3. 15
4. **13**

Правильный ответ:
4 - 13

ОБОСНОВАНИЕ

Эндоскопические вмешательства при дисфагии на фоне стриктур пищевода при диаметре менее 13 мм включают бужирование или баллонную дилатацию

Доказательная гастроэнтерология Том8 №1-2019 с.74 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к. м.н. С.В. Кашин и др.

Вопрос 12

К возможным методикам дилатации стриктур пищевода у пациентов с эозинофильным эзофагитом относится

1. стентирование пищевода
2. аргоноплазменная коагуляция
3. **бужирование пищевода и баллонная дилатация**
4. введение гормональных препаратов в зону стриктуры

Правильный ответ:
3 - бужирование пищевода и баллонная дилатация

ОБОСНОВАНИЕ

Эндоскопические вмешательства при дисфагии на фоне стриктур пищевода при диаметре менее 13 мм включают бужирование или баллонную дилатацию

Доказательная гастроэнтерология Том 8 №1-2019 с.74 Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения. К.м.н В.О. Кайбышева, к.м.н. С.В. Кашин и др.