



Эндоскопия

Высшее образование

DOCX · PDF

Задач: 2

Вопросов: 24

Сформировано: 25.07.2026, 07:18 МСК · База обновлена: 25.07.2026, 07:00 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](https://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](https://t.me/medikcase)
- support@medikcase.ru



Сайт



Telegram

Содержание

Ситуационная задача 0001

Ситуационная задача 0002

Ситуационная задача 0001

Образование: Высшее образование | Специальность: Эндоскопия

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

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

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

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

Для хромоэндоскопии 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

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

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

CnMn(n-длина в см)

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

Вопрос 7.

При пищеводе Барретта 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

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 Барретта: 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 _____-квadrантной 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

В настоящее время рекомендована прицельная биопсия при эндоскопическом исследовании. Сиэттлский протокол (18), который подразумевает четырехквadrантную 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 противовоспалительной 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

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. аргано-плазменная коагуляция
3. электрокоагуляция
4. фотодинамическая терапия

Правильный ответ: 2 — аргано-плазменная коагуляция

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. аргано-плазменная коагуляция
4. криоабляция

Правильный ответ: 1 — фотодинамическая терапия

Для лечения пищевода Барретта с интраэпителиальной неоплазией низкой степени могут применяться различные методики абляции слизистой оболочки, в т.ч. аргано-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

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

Образование: Высшее образование | Специальность: Эндоскопия

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

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. хромокопии

Правильный ответ: 2 — биопсии

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

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 неизменной 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

Для получения корректных гистологических результатов необходимо проводить биопсию не менее чем в 6-8 участках 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 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

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 диафрагмы
4. карциномой пищевода

Правильный ответ: 2 — гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

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

Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием является дополнительным методом, позволяющим с высокой точностью выявить проксимальные и дистальные стриктуры пищевода, оценить его 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 (400x) не менее

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

Правильный ответ: 3 — 15

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

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

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

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.

Вопрос 12.

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

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

Правильный ответ: 3 — бужирование пищевода и баллонная дилатация

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.