MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Гастроэнтерология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

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

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)