MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Эндоскопия

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

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

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.