MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Скорая медицинская помощь

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

Сформировано: 21.11.2026, 03:21 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 86 лет доставлена скорой помощью в СОСМП.	3
0002	Мужчина 31 год доставлен бригадой СМП с диагнозом о. живот.	15

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Скорая медицинская помощь · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 86 лет доставлена скорой помощью в СОСМП.

1.2. Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке, общую слабость, ощущение сердцебиения.

1.3. Анамнез заболевания

Пациентка страдает бронхиальной астмой с молодости, получает беклометазон 250 мкг 1 доза утром, сальбутамол по требованию. В течение последних 1-2 недель постепенно нарастала одышка. Ухудшение состояния пациентка ни с чем не связывает, стала пользоваться сальбутамолом до 10 раз в день, на фоне чего одышка умеренно уменьшалась, но нарастала тахикардия. При очередном приступе одышки вызвала СМП, доставлена в стационар.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания: ИБС, ХСН IIA, ФК 3, 8 лет назад проведена ангиопластика и стентирование коронарных артерий. СД 2 типа на терапии глибенкламидом, хронический простой гастрит.
- Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Аппендэктомия в детстве.

1.5. Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Рост 150 см, вес 53.0 кг, индекс массы тела: 23.6 (норма) Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Сердечно-сосудистая система: Пульс 81 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Дыхательная система: ЧДД 22 в мин. При перкуссии: над легкими коробочный тон, при аускультации: дыхание жесткое, сухие свистящие рассеянные хрипы. SpO_2 91%.

Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

1. План обследования

Вопрос 1

Лабораторными методами исследования необходимыми для постановки диагноза пациентке в условиях СОСМП являются

1. **определение газов артериальной крови и КОС**
2. **клинический анализ крови**
3. **определение уровня общего IgE**
4. определение уровня С-реактивного белка
5. **биохимический анализ крови**
6. общий анализ мокроты

Правильные ответы:
1 - определение газов артериальной крови и КОС
2 - клинический анализ крови
3 - определение уровня общего IgE
5 - биохимический анализ крови

ОБОСНОВАНИЕ

Определение степени тяжести обострений БА у пациентов от 6 лет и старше: Жизнеугрожающая астма - SpO_2 <92%

Рекомендуется исследование кислотно-основного состояния и газов крови (парциального напряжения кислорода – PaO_2; парциального напряжения углекислого газа – $PaCO_2$; pH и уровень бикарбонатов (HCO3-) в артериальной крови в период тяжелого обострения БА, сопровождающегося развитием тяжелой дыхательной недостаточности для оценки рисков исходов, объективного понимания целесообразности оксигенотерапии или искусственной вентиляции легких.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1) (2)

Рекомендуется проведение развернутого общего (клинического) анализа крови всем пациентам при первичной диагностике и в динамике с целью оценки эозинофильного воспаления, а также при отборе пациентов для лечения ГИБП.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Рекомендовано исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения с целью определения наличия аллергического воспаления и диагностики фенотипа астмы, а также при отборе пациентов для терапии омализумабом.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Лечение больных с АС осуществляют в ОСМПС с возможностями интенсивной терапии (GINA, 2011). План обследования больного включает следующие мероприятия: оценка тяжести состояния пациента; постоянное мониторирование ЧСС, ЭКГ (признаки ишемии миокарда); регулярное измерение АД непрямым методом; пульсоксиметрия; регулярное определение ЧД; мониторинг ПСВ; общий анализ крови; развернутый биохимический анализ крови (уровень калия); определение газового состава крови и КОС у больных с ПСВ <50% должного

значения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025 г. (1)

3. Результаты обследования

3.1. Газы артериальной крови и КОС

pH = 7,42; +
Na+ = 140 ммоль/л; +
pCO2 = 26 мм. рт. ст.; +
K+ = 4,5 ммоль/л; +
AB = 16,5 ммоль/л; +
акт. HCO3 = 16,5 ммоль/л; +
SB = 20,0 ммоль/л; +
Cl = 100 ммоль/л; +
BE = -5,5 ммоль/л; +
R = (140 + 4,5) - (16,5 + 100) = 28 ммоль/л.

3.2. Клинический анализ крови

Клинический анализ крови

Показатель	Значение	Ед. измер.	Референсные значениz а
Эритроциты	4.4	10^{12}/л	(3.7 - 4.7)
Гемоглобин	87<	г/л	(115 - 145)
Цветовой показатель	0.59<		(0.85 - 1.05)
Гематокрит	31.1<	%	(36.0 - 42.0)
Средний объем эритроцита	70.8<	фл	(85.0 - 105.0)
Среднее содержание Hb в эритроц.	19.8<	пг	(24.0 - 33.0)
Средняя концентрация Hb в эритроц.	280<	г/л	(300 - 380)
Индекс распределения по объему эритр.	17.8>	%	(11.5 - 15.5)
Индекс распределения по объему эритр.	44.8	фл	(35.3 - 48.9)
Тромбоциты	316	10^{9}/л	(150 - 400)
Ширина распеределения тромб. по объему	9.80	фл	(9.00 - 17.00)
Средний объем тромбоцита	9.3	фл	(7.4 - 10.4)
Процент крупных тромбоцитов	19.5	%	(10.7 - 45.0)
Число крупных тромбоцитов	20	*10^{9}/л	Тромбокрит
0.29	%	(0.15 - 0.40)	Нормоциты

Показатель	Значение	Ед. измер.	Референсные значениz а
0.1> % (<0.0)	0.01>	10^9/л	(<0.00)
Лейкоциты	8.11	10^9/л	(4.00 - 8.80)
	относительные	абсолютные	Незрелые гранулоциты
0.5	%	0.04	10^9/л
Нейтрофилы	71.1 % (46.0 - 72.0)	5.77>	10^9/л (2.20 - 4.80)
Лимфоциты	17.5< % (18.0 - 40.0)	1.4	10^9/л (1.2 - 2.5)
Моноциты	9.5> % (0.0 - 9.0)	0.77>	10^9/л (0.09 - 0.60)
Базофилы	0.4 % (0.0 - 1.0)	0.032	10^9/л (0.000 - 0.065)
Эозинофилы	1.5 % (0.0 - 5.0)	0.122	10^9/л (0.000 - 0.300)

3.3. Биохимический анализ крови

Общий белок 74 г/л; +
Глюкоза 5,5 ммоль/л; +
Креатинин 65 ммоль/л; +
Общий билирубин 15 ммоль/л; +
АЛТ 20 ЕД/л; +
АСТ 15 ЕД/л; +
Na = 140 ммоль/л; +
K = 4,5 ммоль/л

3.4. Уровень общего IgE

500 МЕ/мл

3.5. Уровень С-реактивного белка

0.08 мг/л

3.6. Общий анализ мокроты

Общие свойства

Количество: 2 мл

Цвет: светло-желтый

Консистенция: вязкая

Характер: стекловидная

Примеси: отр.

Микроскопия

Лейкоциты: 8-10 в п/зр

Эритроциты: отр.

Пл. эпителий: отр.

Альвеолярный эпителий: 1-2 в п/зр

Эластические волокна: не обнаружены.

Спирали Куршмана: обнаружены.

Кристаллы Шарко-Лейдена: обнаружены.

Вопрос 2

Инструментальными методами исследования для постановки диагноза данному пациенту в условиях СОСМП являются

1. **рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях**
2. ангиография органов грудной клетки
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Эхо-КГ
5. **ЭКГ**
6. **пиковая скорость выдоха**

Правильные ответы:
1 - рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
5 - ЭКГ
6 - пиковая скорость выдоха

ОБОСНОВАНИЕ

Рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции рекомендуется проводить пациентам с обострением БА для исключения медиастинальной эмфиземы или пневмоторакса, при подозрении на пневмонию, клинических признаках угрожающего жизни обострения, необходимости механической вентиляции легких.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Лечение больных с АС осуществляют в ОСМПС с возможностями интенсивной терапии (GINA, 2011). План обследования больного включает следующие мероприятия: оценка тяжести состояния пациента; постоянное мониторирование ЧСС, ЭКГ (признаки ишемии миокарда); регулярное измерение АД непрямым методом; пульсоксиметрия; регулярное определение ЧД; мониторинг ПСВ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

При лечении обострения у всех пациентов с БА рекомендуется регулярно оценивать критерии тяжести обострения, в частности частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, ПСВ и показатели пульсоксиметрии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

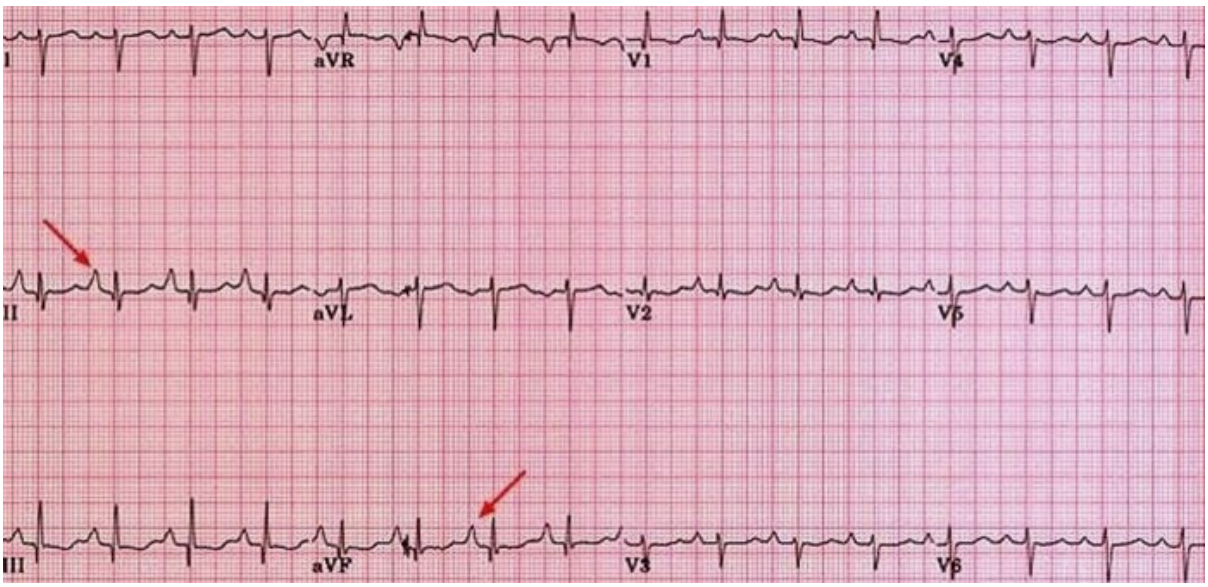
5.1. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях



рентгенография.JPG

В легких без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. Синусы свободны. Определяется повышение прозрачности легочных полей, обеднение периферической сосудистой сети, расширение межреберных промежутков, горизонтальный ход ребер, низкое стояние диафрагмы, каплевидная тень сердца.

5.2. ЭКГ



ЭКГ

5.3. Пиковая скорость выдоха

290 мл (50% от должного значения)

2. Диагноз

Вопрос 3

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз _____.
Гипохромная микроцитарная анемия средней степени тяжести

1. ХОБЛ обострение
2. ОКС без подъема ST
3. ХСН IIБ ст., IV ФК по NYHA
4. **Бронхиальная астма, неконтролируемая, обострение**

Правильный ответ:
4 - Бронхиальная астма, неконтролируемая, обострение

ОБОСНОВАНИЕ

Критериями полного контроля являются:

- Отсутствие дневных симптомов чаще 2-х раз в неделю;
- Отсутствие ночных пробуждений из-за БА;
- Отсутствие потребности в препарате для купирования симптомов чаще 2-х раз в неделю;
- Отсутствие любого ограничения активности из-за БА (для детей до 6 лет – бегает, играет меньше, чем другие дети; быстро устает от ходьбы/игры).

Обострение БА представляет собой эпизоды нарастающей одышки, кашля, свистящих хрипов или заложенности в грудной клетке, учащения приступов затруднения дыхания и удушья, повышенной потребностью в использовании КДБА, сопровождающиеся снижением ПСВ и ОФВ1, требующие изменений обычного режима терапии. Выраженное снижение ПСВ и ОФВ1 являются надежными показателями тяжести обострения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 4

Для оценки степени тяжести обострения бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо контролировать

1. **частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, ПСВ, SpO_2**
2. ЭКГ, клинический анализ крови, рентгенографию грудной клетки
3. артериальное давление, уровень пульсового давления, уровень гемоглобина
4. артериальное давление, уровень диуреза, уровень пульсового давления

Правильный ответ:
1 - частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, ПСВ, SpO_2

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется регулярно оценивать критерии тяжести обострения, в частности частоту дыхания, ПСВ и показатели пульсоксиметрии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Вопрос 5

Данные клинического и биохимического анализов крови пациентки с большей степенью вероятности указывают на _____ анемию

1. B12-дефицитную
2. гемолитическую
3. **железодефицитную**
4. апластическую

Правильный ответ:
3 - железодефицитную

ОБОСНОВАНИЕ

При ЖДА отмечается снижение уровня гемоглобина, гематокрита среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (МСН и МСНС, соответственно), среднего объема эритроцитов (MCV). Количество эритроцитов обычно находится в пределах нормы. Ретикулоцитоз - не характерен, но может присутствовать у пациентов с кровотечениями. Морфологическим признаком ЖДА является гипохромия эритроцитов и анизоцитоз со склонностью к микроцитозу.

Клинические рекомендации Минздрава России. Железодефицитная анемия, 2024 г. (1)

Вопрос 6

Для уточнения генеза анемии пациентке необходимо провести исследование уровня _____ в крови

1. трансферрина
2. **ферритина**
3. B6
4. альбумина

Правильный ответ:
2 - ферритина

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам с подозрением на ЖДА исследовать сывороточные показатели обмена железа - уровня ферритина в крови, уровня трансферрина сыворотки крови, железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС), исследование уровня железа сыворотки крови и коэффициент насыщения трансферрина железом (НТЖ), для верификации наличия абсолютного дефицита железа.

Клинические рекомендации Минздрава России. Железодефицитная анемия, 2024 г. (1)

Вопрос 7

При проведении обследования пациентки получены следующие данные: Ферритин - 10 нг/мл (N: 30 – 300), Сывороточное железо - 7 мкмоль/л (N: 12,5 – 30). На основании полученных результатов можно поставить диагноз

1. Острая постгеморрагическая анемия
2. Апластическая анемия
3. **Железодефицитная анемия**
4. Анемия хронического заболевания

Правильный ответ:
3 - Железодефицитная анемия

ОБОСНОВАНИЕ

Отличительными признаками истинной ЖДА являются низкий уровень сывороточного ферритина, отражающий истощение тканевых запасов железа, и повышенные показатели ОЖСС и трансферрина.

Клинические рекомендации Минздрава России. Железодефицитная анемия, 2024 г. (1)

11. Диагноз

11.1. Железодефицитная анемия

Вопрос 8

Для выявления причин железодефицитной анемии данной пациентке необходимо выполнить

1. КТ грудной клетки
2. анализ мокроты на атипичные клетки
3. маммографию
4. **эзофагогастродуоденоскопию**

Правильный ответ:
4 - эзофагогастродуоденоскопию

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам с впервые установленным диагнозом ЖДА мужского пола, а также женщинам в постменопаузе либо в репродуктивном возрасте, у которых ЖДА не коррелирует с ежемесячной потерей менструальной крови или родами, проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноскопии и интестиноскопии в указанном порядке, до момента обнаружения достоверного источника кровопотери в ЖКТ, либо его исключения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Железодефицитная анемия, 2024 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 9

При углубленном обследовании не выявлено источников хронической кровопотери. Для лечения анемии следует использовать _____ препараты железа _____ в альтернирующем режиме (через день в течение месяца)

1. **низкодозированные; перорально**
2. высокодозированные; внутримышечно
3. низкодозированные; внутривенно
4. высокодозированные; перорально

Правильный ответ:
1 - низкодозированные; перорально

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется всем пациентам с ЖДА назначение пероральных лекарственных препаратов железа с целью возмещения дефицита железа в организме. Дозы железосодержащих препаратов и длительность лечения рассчитывают индивидуально с учетом возраста, массы тела пациента и терапевтического плана лечения

Применение низкодозированных препаратов железа короткими курсами (2 недели в месяц) или альтернирующими режимами (через день в течение месяца) имеет более высокую эффективность и меньшую частоту побочных эффектов, чем применявшиеся ранее высокодозированные препараты, в том числе в виде повторных (2-3 раза в день) приемов

Назначение рекомендуется внутривенных препаратов железа пациентам с ЖДА в случаях неэффективности, плохой переносимости или наличия противопоказаний к применению пероральных лекарственных препаратов железа. Применение внутривенных препаратов железа показано пациентам с расстройствами всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника, пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом мальабсорбции, пациентам с ХБП в преддиализном и диализном периодах, а также в случае необходимости получить быстрый эффект в виде восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза. Внутримышечное введение препаратов железа не используется из-за низкой эффективности, развития местного гемосидероза и опасности развития инфильтратов, абсцессов и даже миосаркомы в месте введения.

Применение препаратов железа в низких дозах короткими курсами (2 недели в месяц) или альтернирующими режимами (через день в течение месяца) имеет достаточную эффективность и меньшую частоту побочных эффектов, чем применявшиеся ранее препараты железа в высоких дозах, в том числе в виде повторных (2-3 раза в день) приемов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Железодефицитная анемия, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 10

У пациентки сохраняется экспираторная одышка, сухие свистящие хрипы диффузно при аускультации легких, тахикардия. Необходимая для пациентки терапия должна включать

1. таблетки теофиллина + бронходилататор длительного действия
2. омализумаб + ингаляционный ГКС
3. **фиксированную комбинацию ингаляционного ГКС и длительно действующего β2-агониста**
4. фиксированную комбинацию ингаляционный ингаляционного ГКС + бронходилататора короткого действия

Правильный ответ:
3 - фиксированную комбинацию ингаляционного ГКС и длительно действующего β2-агониста

ОБОСНОВАНИЕ

У взрослых и подростков комбинация ИГКС+формотерол в качестве комбинированной терапии в режиме единого ингалятора – как поддерживающей, так и облегчающей симптомы – более эффективна для снижения частоты обострений, по сравнению с теми же дозами ИГКС+ДДБА или более высокими дозами ИГКС базисной терапии. Наилучший эффект при переходе на комбинированную терапию наблюдается у пациентов с тяжелыми обострениями в анамнезе.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Вопрос 11

Данной пациентке для терапии ИБС противопоказан прием

1. ингибиторов АПФ
2. ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
3. **бета-адреноблокаторов**
4. блокаторов кальциевых каналов

Правильный ответ:
3 - бета-адреноблокаторов

ОБОСНОВАНИЕ

К обострению БА могут привести различные триггеры, индуцирующие воспаление дыхательных путей или провоцирующие острый бронхоспазм. К основным триггерам относятся инфекции респираторного тракта (в основном, вирусы, чаще всего – риновирусы), аллергены, аэрополлютанты, физическая нагрузка, метеорологические факторы, прием некоторых лекарственных препаратов (бета-адреноблокаторы, у пациентов с «аспириновой БА» – прием НПВП, эмоциональные реакции.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Вопрос 12

Лечение парентеральными препаратами железа показано при

1. наличии желчекаменной болезни у пациента
2. уровне гемоглобина ниже 100 мг/л
3. **наличии у пациента болезни Крона**
4. гипоальбуминемии

Правильный ответ:
3 - наличии у пациента болезни Крона

ОБОСНОВАНИЕ

Применение внутривенных препаратов железа показано пациентам с расстройствами всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника, пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) и синдромом мальабсорбции, пациентам с ХБП в преддиализном и диализном периодах, а также в случае необходимости получить быстрый эффект в виде восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза (например, перед большими оперативными вмешательствами).

Клинические рекомендации Минздрава России. Железодефицитная анемия, 2024 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Скорая медицинская помощь · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 31 год доставлен бригадой СМП с диагнозом о. живот.

1.2. Жалобы

На боль в правой подвздошной области. Нарушения стула, дизурические явления отрицает.

1.3. Анамнез заболевания

Указанный болевой синдром появился около 8 часов назад, самостоятельно принимал но-шпа без эффекта, в связи с сохранением болевого синдрома вызвал СМП.

1.4. Анамнез жизни

- В анамнезе хронический гастрит;
- не курит, алкоголь употребляет умеренно (по выходным);
- профессиональных вредностей не имеет;
- аллергические реакции отрицает;
- оперативных вмешательств не было.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 140/75 мм рт. ст. Температура тела 36,6°С. Живот симметричный, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, положительные симптомы Ровзинга, Бартоломье-Михельсона, Ситковского. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки болезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.

1. План обследования

Вопрос 1

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

1. **биохимический анализ крови**
2. **общий анализ мочи**
3. анализ кала на клостридиальные токсины А и В
4. **общий анализ крови**
5. анализ кала на скрытую кровь
6. прокальцитонин

Правильные ответы:
1 - биохимический анализ крови
2 - общий анализ мочи
4 - общий анализ крови

ОБОСНОВАНИЕ

Должны быть взяты клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, а также выполнены ЭКГ, рентгенография груди, при необходимости - рентгенография живота, УЗИ органов живота и малого таза, фиброгастродуоденоскопия.

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-7735-9. (1)

Должны быть взяты клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, а также выполнены ЭКГ, рентгенография груди, при необходимости - рентгенография живота, УЗИ органов живота и малого таза, фиброгастродуоденоскопия.

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-7735-9. (1)

Должны быть взяты клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, а также выполнены ЭКГ, рентгенография груди, при необходимости - рентгенография живота, УЗИ органов живота и малого таза, фиброгастродуоденоскопия.

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-7735-9. (1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Строка 1

Эритроциты
Гемоглобин

4.6
146

10^{12}/л
г/л

(4.1 - 5.1)
(132 - 164)

Строка 2

Эритроциты
Цветовой показатель

4.6
0.89

(4.1 - 5.1)
(0.85 - 1.05)

Строка 3

Эритроциты
Гематокрит

4.6
46.6

10^{12}/л
%

(4.1 - 5.1)
(40.0 - 48.0)

Строка 4

Эритроциты
Тромбоциты

4.6
236

10^{12}/л
10^{9}/л

(4.1 - 5.1)
(150 - 400)

Строка 5

Эритроциты
Лейкоциты

4.6
12,5

10^{12}/л
10^{9}/л

(4.1 - 5.1)
(4.00 - 8.80)

Строка 6

Эритроциты
Нейтрофилы

п/я

с/я

Столбец 15
94.3

10%

81%

Столбец 19
%

4.6
(46.0 - 72.0)

Строка 7

Эритроциты
Лимфоциты

Столбец 15
9.8

Столбец 19
%

4.6
(18.0 - 40.0)

Строка 8

Эритроциты
Моноциты

Столбец 15
2.7

Столбец 19
%

4.6
(0.0 - 9.0)

Строка 9

Эритроциты
Базофилы

Столбец 15
0.7

Столбец 19
%

4.6
(0.0 - 1.0)

Строка 10

Эритроциты
Эозинофилы

Столбец 15
2.6

Столбец 19
%

4.6
(0.0 - 5.0)

3.2. Общий анализ мочи

Строка 1

Столбец 1
Количество

Столбец 11
100

Столбец 16
мл

Строка 2

Столбец 1
Цвет

Столбец 11
соломенно-желтая

Строка 3

Столбец 1
Прозрачность

Столбец 11
светло-желтая

Строка 4

Столбец 1
Отн. плотность

Столбец 11
1.018

Столбец 16
г/мл

Столбец 20
(1.012 - 1.025)

Строка 5

Столбец 1
Реакция

Столбец 11
5.5

Столбец 16
ед.

Столбец 20
(5.0 - 9.0)

Столбец 30
кислая (pH<7)

Строка 6

Физические свойства
Химическое исследование

Строка 7

Столбец 1
Нитриты

Столбец 11
Не обнаружены

Строка 8

Столбец 1
Белок п/к

Столбец 20
0.0

Столбец 25
г/л

Строка 9

Столбец 1
Глюкоза п/к

Столбец 20
0

Столбец 25
ммоль/л

Строка 10

Столбец 1
Кетоновые тела

Столбец 20
0

Столбец 25
ммоль/л

Строка 11

Столбец 1
Билирубин

Столбец 20
0

Столбец 25
мкмоль/л

Строка 12

Столбец 1
Уробилиноген

Столбец 20
3.5

Столбец 25
мкмоль/л

Строка 13

Физические свойства
Микроскопическое исследование осадка мочи

Строка 14

Столбец 1
Лейкоциты

Столбец 16
1-3

Столбец 22
кл/вп.зр

Строка 15

Столбец 1
Эритроциты неизмененные

Столбец 16
0-1

Столбец 22
кл/вп.зр

Строка 16

Столбец 1
Эпителий плоский

Столбец 16
0-1

Столбец 22
кл/вп.зр

Строка 17

Столбец 1
Слизь

Столбец 16
+

Строка 18

Столбец 1
Соли

Столбец 16
Не обнаружены

Строка 19

Столбец 1
Бактерии

Столбец 16
Не обнаружены

Строка 20

Столбец 1
Мицелий

Столбец 16
Не обнаружен

Строка 21

Столбец 1
Дрожжи

Столбец 16
Не обнаружены

3.3. Биохимический анализ крови

Строка 1

Креатинин
Мочевина

82
5.8

мкмоль/л
ммоль/л

(53 - 97)
(2.8 - 7.2)

Строка 2

Креатинин
Калий

82
4.6

мкмоль/л
ммоль/л

(53 - 97)
(3.5 - 5.1)

Строка 3

Креатинин
Натрий

82
142.5

мкмоль/л
ммоль/л

(53 - 97)
(136.0 - 146.0)

Строка 4

Креатинин
Общий белок

82
78

мкмоль/л
г/л

(53 - 97)
(66 - 83)

Строка 5

Креатинин
Глюкоза

82
5.10

мкмоль/л
ммоль/л

(53 - 97)
(4.10 - 6.10)

Строка 6

Креатинин
Билирубин общий

82
16

мкмоль/л
мкмоль/л

(53 - 97)
(5.0 - 21.0)

Строка 7

Креатинин
Билирубин прямой

82
3

мкмоль/л
мкмоль/л

(53 - 97)
(0.00 - 3.40)

Строка 8

Креатинин
Билирубин непрямой

82
13

мкмоль/л
мкмоль/л

Строка 9

Креатинин
АЛТ

82
24.0

мкмоль/л
Е/л

(53 - 97)
(0.0 - 35.0)

Строка 10

Креатинин
АСТ

82
7.0

мкмоль/л
Е/л

(53 - 97)
(0.0 - 35.0)

Строка 11

Креатинин
а-Амилаза

82
53

мкмоль/л
Е/л

(53 - 97)
(28 - 100)

3.4. Прокальцитонин

Результат	**0.140**		**мкг/л**		
Комментарий		(0 - 0,249 мкг/л) - Системная инфекция (СИ) маловероятна (0,250 - 0,999 мкг/л) - СИ возможна (рекомендуется повторить исследование через сутки) (1,0 - 2,0 мкг/л) - Умеренный риск развития СИ (тяжелого сепсиса) (рекомендуется повторить исследование через сутки) (>2,0 мкг/л) - Высокий риск развития СИ (тяжелого сепсиса/септического шока)			

3.5. Анализ кала на скрытую кровь

Отрицательный

Вопрос 2

Положительный симптом Ровзинга - появление или усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область - является признаком

1. острого холецистита
2. **острого аппендицита**
3. острого перитонита
4. обтурационной кишечной непроходимости

Правильный ответ:
2 - острого аппендицита

ОБОСНОВАНИЕ

Выявление симптомов острого аппендицита

- ...
- Симптом Ровзинга - появление или усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-7735-9. (1)

Вопрос 3

Для оценки вероятности острого аппендицита используется шкала

1. Альговера
2. **AIR**
3. HAS-BLED
4. Глазго

Правильный ответ:
2 - AIR

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется всем пациентам проводить оценку вероятности ОА на основании шкал AIR (Appendicitis Inflammatory Response Score), RIPASA (Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis) и AAS (Adult Appendicitis Score).

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

Рекомендовано использование шкал AIR и AAS, поскольку они обладают наилучшей прогностической эффективностью при подозрении на ОА, а также снижают частоту негативных аппендэктомий и необходимость в применении визуализационных методов исследования в группах низкого и промежуточного риска. (2)

Вопрос 4

При оценке по шкале AIR пациент набрал 5 баллов (боли в подвздошной области – 2 б., лейкоцитоз – 2 б., сдвиг в формуле – 1 б.), что соответствует _____ вероятности острого аппендицита

1. средней
2. низкой
3. **неопределенной**
4. высокой

Правильный ответ:
3 - неопределенной

ОБОСНОВАНИЕ

Критерий	Количество баллов
Рвота	1
Боль в правой подвздошной области	1
Раздражение брюшины	
Слабое	1
Среднее	2
Сильное	3
Температура тела > 38.5°C	1

Таблица 1.png

Критерий	Шкала Альварадо
Рвота	
Тошнота и рвота	1
Анорексия	1
Боль в правой подвздошной области	2
Миграция боли в правую подвздошную область	1

Justification

Уровень лейкоцитов	
10,0–14,9×10⁹/л	1
≥ 15,0×10⁹/л	2
Процент полиморфноядерных лейкоцитов	
70–84%	1
≥ 85%	2
Уровень С-реактивного белка	
10–49 мг/л	1
≥ 50 мг/л	2
Итоговое количество баллов	**12**

Таблица 2.png

Температура тела	
> 37.5 °C	1
> 38.5 °C	
> 37 и <39 °C	
Уровень лейкоцитов	
$> 10{,}0 \times 10^9/л$	2

Justification

Лейкоцитарный сдвиг	1

Justification

Итоговое количество баллов	**10**

Justification

Ключ по шкале AIR:

0–4 балла: низкая вероятность аппендицита

5–8 баллов: неопределенная вероятность аппендицита

9–12 баллов: высокая вероятность аппендицита

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

Вопрос 5

Принятие решения о необходимости проведения дополнительной визуализации брюшной полости основывается на

1. **оценке вероятности острого аппендицита по шкале AIR**
2. наличии или отсутствии симптомов раздражения брюшины
3. оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15x10^9$/л)
4. длительности заболевания

Правильный ответ:
1 - оценке вероятности острого аппендицита по шкале AIR

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендовано использование шкал AIR и AAS, поскольку они обладают наилучшей прогностической эффективностью при подозрении на ОА, а также снижают частоту негативных аппендэктомий и необходимость в применении визуализационных методов исследования в группах низкого и промежуточного риска.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

Вопрос 6

В данном случае в качестве уточняющего исследования необходимо выполнить

1. флюорограмму органов грудной клетки
2. ультразвуковое исследование почек
3. ректороманоскопию
4. **компьютерную томографию органов брюшной полости**

Правильный ответ:
4 - компьютерную томографию органов брюшной полости

ОБОСНОВАНИЕ

К использованию КТ ОБП рекомендуется прибегать после оценки общего состояния пациента и определения вероятности ОА, используя прогностические шкалы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

9. Результаты обследования

9.1. КТ органов брюшной полости

При спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с последующим проведением исследования в условиях внутривенного контрастного усиления и построением реформаций изображения (MPR) в правой подвздошной области отмечается инфильтрация периапендикулярной клетчатки. Червеобразный отросток занимает нисходящее тазовое положение, диаметр его расширен, в просвете червеобразного отростка отмечаются клиновидные гиперденсные включения размерами до 0,6см (аппендиколиты?). Медиальнее отростка отмечается скопление жидкости с пузырьком газа (гной?), размерами 2,4х3,5см, объем 13,7см3. В полости малого таза отмечается свободная жидкость, минимальное количество жидкости определяется по контуру квадратной доли печени. Брыжейка червеобразного отростка уплотнена. Слепая кишка расширена, петли подвздошной кишки дилатированы. +
Печень увеличена, с четкими контурами. Внутреннее строение и плотностные характеристики не изменены. Накопление контрастного вещества равномерное. Внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычных размеров и положения, рентгеноконтрастных конкрементов в его полости отчетливо не определяется. +
Селезенка в размерах не увеличена. Контуры её четкие, внутренняя структура однородна. Накопление контрастного препарата равномерное. +
Поджелудочная железа имеет нормальные размеры, положение и внутреннюю структуру с четкими дольчетообразными внешними контурами. Проток поджелудочной железы не изменен. Накопление контрастного вещества равномерное. +
Надпочечники не увеличены. Накопление контрастного вещества равномерное. +
Обе почки расположены обычно, имеют нормальные размеры. Почечная паренхима нормальной толщины и структуры. Накопление контрастного вещества равномерное, своевременное. Выделение своевременное симметричное. Почечные лоханки и чашечки обычной конфигурации. Мочевыводящие протоки не изменены. Мочевой пузырь туго заполнен, контур его четкий, ровный. +
Седалищно-прямокишечная ямка симметрична с обеих сторон, без включений. +
Предстательная железа обычных размеров и положения. Плотностные характеристики не изменены, гомогенна. Участков обызвествлений и включений не определяется. +
Семенные пузырьки нормальных размеров и расположения, симметричны. Угол между мочевым пузырем и семенными пузырьками четко выражен и нормально выглядит с обеих сторон. +
Кровеносные сосуды расположены обычно, не изменены. +
Лимфатические узлы в зоне сканирования не увеличены. +
Мягкие ткани живота – без особенностей. Костных деструктивных и травматических изменений не выявлено. +

Заключение: КТ-картина не противоречит проявлениям аппендицита с аппендиколитами, инфильтративными изменениями параппендикулярной клетчатки с формированием жидкостного скопления на этом фоне. Тазовое положение аппендикса.

2. Диагноз

Вопрос 7

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

1. Мезаденит
2. Острый парапроктит
3. **Острый аппендицит**
4. Острый панкреатит

Правильный ответ:
3 - Острый аппендицит

ОБОСНОВАНИЕ

У больного имеется классическая клиническая картина (анамнез, типичные физикальные симптомы: симптомы Ровзинга, Бартоломье-Михельсона, Ситковского.

Лабораторные признаки: нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ); 5 баллов по шкале AIR, требовали проведения дополнительного обследования – КТ ОБП, при котором были выявлены признаки аппендицита тазово расположенного аппендикса с аппендиколитами, инфильтративными изменениями параппендикулярной клетчатки с формированием жидкостного скопления на этом фоне, на основании чего установлен клинический диагноз острого аппендицита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

11. Диагноз

11.1. Острый аппендицит

11.4. Острый парапроктит

Вопрос 8

Болезненность стенок прямой кишки при ректальном обследовании больного может указывать на

1. **тазовое расположение аппендикса**
2. парапроктит
3. кишечное кровотечение
4. пельвиоперитонит

Правильный ответ:
1 - тазовое расположение аппендикса

ОБОСНОВАНИЕ

В случаях тазового расположения червеобразного отростка или наличия инфильтрата ректальное исследование позволяет выявить болезненность передней стенки прямой кишки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

Вопрос 9

Для постановки окончательного диагноза и определения тактики ведения показана консультация

1. терапевта
2. уролога
3. инфекциониста
4. **хирурга**

Правильный ответ:
4 - хирурга

ОБОСНОВАНИЕ

При поступлении в приёмное отделение пациента с подозрением на ОА рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-хирурга с целью исключения или подтверждения данного диагноза и определения дальнейшей тактики.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 10

Основным методом лечения острого аппендицита является

1. открытая аппендэктомия
2. **лапароскопическая аппендэктомия**
3. консервативная терапия
4. чрескожное дренирование правой подвздошной ямки

Правильный ответ:
2 - лапароскопическая аппендэктомия

ОБОСНОВАНИЕ

Аппендэктомия является стандартом лечения острого аппендицита, она может быть выполнена открытым или, что предпочтительнее, лапароскопическим доступом, а также эндоскопическим транслюминальным доступом, который не имеет преимуществ перед первыми двумя доступами и не рассматривается в качестве их альтернативы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 11

Противопоказанием к лапароскопической операции является (-ются)

1. деструктивные формы аппендицита
2. **перитонит с выраженным парезом ЖКТ**
3. недостаточная масса тела пациента
4. беременность

Правильный ответ:
2 - перитонит с выраженным парезом ЖКТ

ОБОСНОВАНИЕ

При распространенном и диффузном перитоните, осложнённом выраженным парезом ЖКТ, компартмент-синдромом, септическим шоком, рекомендуется выполнение операции открытым доступом через срединную лапаротомию и соответствующей программы послеоперационного ведения в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)

Вопрос 12

Основной причиной развития острого аппендицита является (-ются)

1. метастатические отсевы из очагов инфекции в брюшной полости
2. генетическая предрасположенность
3. **нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка**
4. употреблением пищи, не подвергшейся термической обработке

Правильный ответ:
3 - нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка

ОБОСНОВАНИЕ

Основной причиной развития острого аппендицита является нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка. Оно может быть обусловлено копролитами, глистной инвазией, пищевыми массами, лимфоидной гипертрофией, новообразованиями. Секреция слизи в условиях обструкции приводит к повышению давления внутри просвета аппендикса. Содержимое червеобразного отростка, обсемененное патогенной флорой, служит благоприятной средой для развития острого аппендицита.

Наиболее часто выделяемая микрофлора – это аэробные микроорганизмы: _Esherichia Coli_, _Viridans streptococci_, _Pseudomonas Aerugenosa_, _Streptococcus D_; анаэробы _Bacteroides Fragilis_, _Bacteroides Thetaiotaomicron_, _Peptostreptococcus Micros Bilophila wadsworthia_, _Lactobacillus spp_ и их ассоциации. У пациентов пожилого и старческого возраста возможен первичный

гангренозный аппендицит, связанный с тромбозом аппендикулярной артерии, которая не имеет анастомозов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый аппендицит у взрослых, 2023 г. (1)