MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Лечебное дело

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

Сформировано: 21.11.2026, 02:16 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	Больная 19 лет обратилась в поликлинику	3
0002	Больная 62 лет обратилась в поликлинику.	15

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Лечебное дело · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больная 19 лет обратилась в поликлинику

1.2. Жалобы

На сильные боли в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38-38,5°С с ознобом.

1.3. Анамнез заболевания

Неделю назад после переохлаждения отметила появление учащенного болезненного мочеиспускания, выделение мутной мочи с неприятным запахом, «тянущих» болей внизу живота. Самостоятельно принимала фитопрепараты без положительного эффекта. 3 дня назад отметила повышение температуры тела до 38,5°С с ознобом, боли в правой поясничной области, в связи с чем самостоятельно два дня назад начала прием левофлоксацина по 500 мг 1 р/сут. В течение последних двух дней температура снизилась до 37,2-37,5°С, уменьшилась интенсивность болей в правой поясничной области.

1.4. Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с обострениями 2-3 раза в год (лечение – самостоятельное).
- Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет у бабушки и деда по материнской линии, у деда по отцовской линии генерализированный атеросклероз, язвенная болезнь двенадцатипертсной кишки.
- Гинекологический анамнез: беременность – 0, роды – 0. Половая жизнь с 18 лет, один постоянный партнер. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

1.5. Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°С. Рост 172 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, болезненное, моча мутная. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

1. План обследования

Вопрос 1

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

1. **биохимический анализ крови**
2. **бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам**
3. проведение преднизолонового теста
4. **общий анализ мочи**
5. **общий анализ крови**
6. исследование морфологии эритроцитов

Правильные ответы:
1 - биохимический анализ крови
2 - бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам
4 - общий анализ мочи
5 - общий анализ крови

ОБОСНОВАНИЕ

Определение уровня креатинина с последующим расчетом СКФ, необходимо для оценки функции почек. Может наблюдаться преходящее нарушение функции почек (повышение уровня креатинина крови и снижение СКФ) на фоне выраженного воспалительного процесса или при развитии осложнений пиелонефрита. При нарушении функции почек может потребоваться коррекция дозы антибактериального препарата.

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2. (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Позволяет выявить возбудителя заболевания и назначить адекватную антибактериальную терапию.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Общий анализ мочи позволяет выявить наличие белка, изменения мочевого осадка, относительной плотности мочи, высказать суждение о варианте заболевания почек, обосновать дальнейшую тактику обследования.

При подозрении на острый пиелонефрит характерно выявление повышенного количества лейкоцитов и бактериурии. Возможны небольшая протеинурия (до 1 г/сут) и микрогематурия, щелочная реакция мочи.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2. (1)

Всем пациентам при первичной диагностике острого пиелонефрита рекомендуется выполнение клинического анализа крови для уточнения

активности воспалительного процесса; анализ позволит выявить гематологические признаки острого пиелонефрита - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и повышенную скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2. (1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	130 мл
цвет	желтый
прозрачность	мутная
реакция	Сл. щелочная
Удельная плотность	1010
белок	0,2 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	сплошь в поле зрения
эритроциты	30-35 в поле зрения
цилиндры	лейкоцитарные
эпителий	Клетки почечного эпителия
бактерии	много
слизь	немного
соли	Фосфаты в небольшом количестве

3.2. Общий анализ крови

Наименование	Результат	Референсные значения	Единицы измерения
Гемоглобин	128,2	120,0 - 150,0	г/л
Гематокрит	39,44	35,0 - 47,0	%
Эритроциты	4,46	4,00 - 5,70	млн/мкл
Ср.объем эритроцита	88	80,0 - 97,0	фл
Ср.содерж.гемоглобина в эритроците	30,13	28,0 - 35,0	пг
Ср.конц.гемоглобина в эритроците	340	330 - 360	г/л
Тромбоциты	194	150,0 - 320,0	тыс/мкл
Лейкоциты	13	4,00 - 9,00	тыс/мкл
Лимфоциты абс.	2,47	1,20 - 3,50	тыс/мкл
Моноциты абс.	0,36	0,10 - 1,00	тыс/мкл
Нейтрофилы абс.	10,14	2,04 - 5,80	тыс/мкл
Эозинофилы абс.	0,03	0,02 - 0,30	тыс/мкл
Базофилы абс.	0,00	0,00 - 0,07	тыс/мкл
Лимфоциты	19	19-37	%
Моноциты	2,8	3-12	%
Нейтрофилы	78	47,00 - 72,00	%
юные	1	0-1	%
п/я	7	2-5	%
с/я	70	55-68	%
Эозинофилы	0,2	0,0 - 6,0	%
Базофилы	0,0	0,0 - 1,0	%
СОЭ по Панченкову	40	2 - 20	мм/час

3.3. Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Рост _E. coli_ 10^6 КОЕ/мл, чувствительна к амоксициллину, цефуроксиму, цефиксиму, ципрофлоксацину, левофлоксацину, фосфомицину.

3.4. Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок (г/л)	64 - 82	70
Альбумин (г/л)	32 - 48	40
Мочевина (ммоль/л)	2,5 - 6,4	4,3
Креатинин (мкмоль/л)	53 - 115	68
Калий (ммоль/л)	3,4 - 5,0	4,0
Натрий (ммоль/л)	135-145	138
Билирубин общий (мколь/л)	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой (мколь/л)	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ (Ед/л)	15,0 - 61,0	15,0
АСТ (Ед/л)	15,0 - 37,0	19,0
Мочевая кислота (мкмоль/л)	155,0 - 428,0	160,2
Глюкоза (ммоль/л)	3,89 – 5,83	4,0

3.5. Проведение преднизолонового теста

Показатель	Контроль	После введения преднизолона		Референсные значения
Лейкоциты	600 в мл	1 порция	1000 в мл	Тест считается положительным, если хотя бы в одной из 4 порций общее количество лейкоцитов повышается в 2 раза по сравнению с контролем
		2 порция	900 в мл	
		3 порция	800 в мл	
		4 порция	600 в мл	

Показатель	Результат	Референсные значения
Лекоцитурия	Отрицательно	Результат выдаётся в терминах «отрицательно» или «положительно»

Вопрос 2

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

1. ангиография почечных сосудов
2. микционная цистография
3. позитронная эмиссионная томография (ПЭТ)
4. ретроградная пиелография
5. **экскреторная урография**
6. **УЗИ почек**

Правильные ответы:
5 - экскреторная урография
6 - УЗИ почек

ОБОСНОВАНИЕ

Исследование позволяет исключить врожденные аномалии, наличие камней в почке или мочеточнике, стриктуры мочеточника и др. причины обструкции. Может выявляться некоторое запаздывание визуализации и выделения контрастного вещества.

У данной пациентки обнаружено ограничение подвижности правой почки, признаки обструкции мочевых путей отсутствуют

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

УЗИ почек позволяет уточнить месторасположение обеих почек, их форму, структуру и размеры, а также оценить состояние уродинамики. При остром пиелонефрите плотность почек неравномерно снижена из-за очагового воспаления ткани почек. Снижение подвижности почки в сочетании с её увеличением - важный ультразвуковой признак острого пиелонефрита. Кроме того, может наблюдаться увеличение толщины паренхимы вследствие ее отека. Расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) свидетельствует в пользу обструктивного характера заболевания.

У данной больной обнаружено уменьшение подвижности, утолщение паренхимы (отек) и неравномерное снижение эхогенности паренхимы правой почки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. УЗИ почек

Правая почка: контуры ровные, четкие, размер 110х50 мм, толщина паренхимы 22 мм (норма до 20 мм), эхогенность паренхимы неравномерно снижена. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов нет. Подвижность почки при дыхании снижена.

Левая почка: контуры ровные, четкие, размер 109х48 мм, толщина паренхимы 18 мм, эхогенность паренхимы не изменена. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов нет.

5.2. Экскреторная урография

Заключение: Накопление и выведение контрастного вещества своевременное, симметричное. Признаки конкрементов, деформации чашечно-лоханочной системы, обструкции не обнаружены. Определяется ограничение подвижности правой почки.

5.5. Ретроградная пиелография

Без выраженных изменений

5.6. Ангиография почечных сосудов

Патологии не выявлено

2. Диагноз

Вопрос 3

Наиболее вероятным диагнозом является

1. Острый гломерулонефрит
2. **Острый необструктивный пиелонефрит**
3. Хронический пиелонефрит
4. Острый геморрагический цистит

Правильный ответ:
2 - Острый необструктивный пиелонефрит

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз острого необструктивного пиелонефрита установлен на основании жалоб (боли в поясничной области справа, повышение температуры тела, ознобы, болезненное мочеиспускание), данных физикального обследования (положительный симптом поколачивания по поясничной области, лихорадка), данных лабораторного (лейкоцитурия, бактериурия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ) и инструментального обследований (уменьшение подвижности правой почки при УЗИ и экскреторной урографии, неравномерное снижение эхогенности правой почки при УЗИ, отсутствие признаков обструкции при УЗИ и экскреторной урографии)

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1) (2)

Внутренние болезни : Т. I. : учебник / под ред. Мартынова А. И. , Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021 (1)

7. Диагноз

Острый необструктивный пиелонефрит

Вопрос 4

Помимо уролога пациентке показана консультация

1. невролога
2. инфекциониста
3. **гинеколога**
4. кардиолога

Правильный ответ:
3 - гинеколога

ОБОСНОВАНИЕ

Исключение воспалительных заболеваний органов малого таза как причины мочевой инфекции.

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2. (1)

Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. I. - 784 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-5886-0-VNB-2021-1-784. - ISBN 978-5-9704-5886-0. (1)

Вопрос 5

Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей служит

1. **расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника**
2. снижение подвижности почки
3. снижение эхогенности паренхимы и уплотнение пирамид
4. повышение эхогенности паренхимы почки

Правильный ответ:
1 - расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника

ОБОСНОВАНИЕ

При наличии обструкции мочевых путей наблюдается их расширение выше места обструкции.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 6

В случае обнаружения обструкции мочевыводящих путей, перед началом антибактериальной терапии, необходимо

1. ограничить количество потребляемой жидкости
2. перевести пациента на постельный режим
3. **восстановить пассаж мочи**
4. назначить низкосолевую диету

Правильный ответ:
3 - восстановить пассаж мочи

ОБОСНОВАНИЕ

При остром пиелонефрите начало антибактериальной терапии до ликвидации обструкции ассоциировано с повышенным риском развития бактериального шока.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Вопрос 7

Учитывая отсутствие у пациентки обструкции мочевыводящих путей, сопутствующих заболеваний, улучшение состояния на фоне антибактериальной терапии, тактика ведения заключается в

1. санаторно-курортном лечении
2. экстренной госпитализации в нефрологический стационар
3. **лечении в амбулаторных условиях**
4. экстренной госпитализации в урологический стационар

Правильный ответ:
3 - лечении в амбулаторных условиях

ОБОСНОВАНИЕ

У больной острый необструктивный неосложненный пиелонефрит, функция почек сохранна, лечение может проводиться в амбулаторных условиях.

Нет показаний для экстренной госпитализации.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Вопрос 8

Тактика антибактериальной терапии у данной больной предполагает

1. добавление к терапии ко-тримоксазола внутрь
2. замену левофлоксацина на цефалоспорин III поколения
3. назначение фосфомицина 3 г/сут однократно
4. **продолжение терапии левофлоксацином по 500 мг 1 р/сут**

Правильный ответ:
4 - продолжение терапии левофлоксацином по 500 мг 1 р/сут

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентке показано проведение этиотропной (антибактериальной) терапии с учетом выявленного возбудителя и его чувствительности к антибиотику. Поскольку возбудитель оказался чувствительным к эпмирически выбранному на амбулаторном этапе левофлоксацину, рекомендуется проводимую антибактериальную терапию продолжить.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1) (2)

4. Вариатив

Вопрос 9

Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной составляет ____ дней/день

1. 5
2. **7-10**
3. 3-5
4. 21

Правильный ответ:
2 - 7-10

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам для лечения острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения в качестве терапии первой линии пероральное назначение фторхинолонов (левофлоксацин, ципрофлоксацин) на срок 7–10 дней

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Вопрос 10

К антибактериальным препаратам с нефротоксическим действием относят

1. пенициллины
2. **аминогликозиды**
3. фторхинолоны
4. макролиды

Правильный ответ:
2 - аминогликозиды

ОБОСНОВАНИЕ

Угнетение функции почек возможно при применении антибактериальных препаратов из групп аминогликозидов, цефалоспоринов, полимиксинов.

Клиническая фармакология : учебник / В. Г. Кукес, Д. А. Сычев [и др.]; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. - 6-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1024 с. : ил. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5881 (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Вопрос 11

Осложнениями острого пиелонефрита являются

1. гипергидратация, отек легких
2. **абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок**
3. тромбоз почечных вен, остронефритический синдром, дистресс-синдром взрослых
4. интерстициальный цистит, уретрит

Правильный ответ:
2 - абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок

ОБОСНОВАНИЕ

Осложнения острого пиелонефрита - абсцесс, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок.

Урология : учебник / Под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. — У71 М.: Практическая медицина, 2019. — 432 с.: ил. ISBN 978-5-98811-576-2 (1)

Вопрос 12

В составе комплексной терапии острого пиелонефрита всем пациентам рекомендуется применение

1. диеты с ограничением соли
2. **мочегонных сборов, отваров (морсов) с антисептическими свойствами**
3. витаминно-минеральных комплексов
4. диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/масс тела в сутки

Правильный ответ:
2 - мочегонных сборов, отваров (морсов) с антисептическими свойствами

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется всем пациентам с острым пиелонефритом применение мочегонных сборов, отваров (морсов) с антисептическими свойствами для усиления противовоспалительного и антибактериального эффекта в составе комплексной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый пиелонефрит, 2024 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Лечебное дело · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больная 62 лет обратилась в поликлинику.

1.2. Жалобы

- спастические боли в левом подреберье и левой подвздошной области,
- метеоризм и обильное кишечное газообразование,
- стул со склонностью к запорам, который больная регулирует диетой с большим содержанием растительной клетчатки.

1.3. Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят в течение 10-12 лет, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал эпизод интенсивных болей той же локализации неделю назад. В последующие дни боли сохранялись, беспокоили в течение дня и даже ночью, температура тела держалась на уровне 37,2-37,5°С. Самостоятельно принимала но-шпу, активированный уголь и левомицетин с незначительным положительным эффектом.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась соответственно возрасту.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные заболевания, дважды переносила пневмонию, аппендэктомия, последние годы повышение артериального давления, компенсировано до нормотонии приемом нолипрела и конкора.
- Наследственность: родители умерли в старческом возрасте, старший брат – от рака предстательной железы.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредных привычек нет.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 67 кг, индекс массы тела – 26,2 кг/м^2. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный, с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень − по краю реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул обычного цвета, без патологических примесей.

1. План обследования

Вопрос 1

Для постановки диагноза необходимо провести следующие лабораторные методы обследования

1. исследование кала на кишечную микрофлору
2. исследование кала на простейшие
3. **клинический анализ крови**
4. исследование кала на кишечную группу инфекций
5. **С-реактивный белок**
6. копрологическое исследование

Правильные ответы:
3 - клинический анализ крови
5 - С-реактивный белок

ОБОСНОВАНИЕ

Специфической лабораторной диагностики дивертикулярной болезни не существует. Тем не менее, всем пациентам с ДБ и подозрением на осложнённое течение заболевания с целью определения степени анемии, признаков системного воспаления и метаболических нарушений необходимо выполнение общего анализа крови и анализа крови биохимического общетерапевтического

Клинический анализ крови позволяет оценить наличие и выраженность воспалительных изменений в организме, сопровождающих явления дивертикулита – лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1)

С-реактивный белок сыворотки крови является весьма чувствительным маркером воспалительного процесса. Его определение незаменимо для верификации острого воспалительного процесса в ситуациях, когда острые воспалительные осложнения, например, острый дивертикулит, не сопровождаются лихорадкой и повышением концентрации лейкоцитов в крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1)

3. Результаты обследования

3.1. Клинический анализ крови

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у женщин
Эритроциты, 10^{12}/л	4,0	3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	133	115-145
Цветовой показатель	0,86	0,82-1,05
СОЭ, мм/ч	26	2,0-15,0
Тромбоциты, 10^{9}/л	245	180-320
Лейкоциты, 10^{9}/л	9,6	4,0-8,8
Нейтрофилы палочкоядерные, %	7	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные,%	64	45,0-70,0
Эозинофилы, %	-	0-5
Базофилы, %	-	0-1
Лимфоциты, %	21	18,0-40,0
Моноциты, %	8	2-9

3.2. С-реактивный белок

Показатель	Обнаруженное значение	Норматив
С-реактивный белок	25 мг/л	менее 5 мг/л.

3.4. Исследование кала на кишечную группу инфекций

Возбудители кишечной группы инфекций не обнаружены.

Вопрос 2

Для постановки диагноза пациентке в настоящий момент необходимо провести следующие инструментальные методы обследования

1. фиброколоноскопию
2. эзофагогастродуоденоскопию
3. обзорную рентгенографию брюшной полости
4. **КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием**
5. **УЗИ брюшной полости и органов малого таза**

Правильные ответы:
4 - КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием
5 - УЗИ брюшной полости и органов малого таза

ОБОСНОВАНИЕ

Выполнение КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием рекомендуется пациентам с осложненной формой ДБ для исключения перфоративного дивертикулита, остром и хроническом паракишечном инфильтрате, свищах и стенозе ободочной кишки, а также с целями дифференциальной диагностики.

КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием позволяет точно определить выраженность и распространённость воспалительного процесса.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2)

УЗИ в диагностике ДБ имеет первоочередное значение. Это высокоинформативный, быстрый в исполнении метод, дающий возможность детально рассмотреть кишечную стенку, дивертикулы, их содержимое, выраженность и распространённость воспалительных изменений в стенке кишки и окружающих тканях.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием

В протоколе МСКТ отмечено: осмотрены все отделы кишки, включая слепую. Виртуальная проходимость ободочной кишки ограничена участками сегментарного спазма. Органических стенотических участков не определяется. Данных за наличие объемного процесса не выявлено. Утолщения, ригидности стенок не определяется. Гаустры несколько асимметричны, нерезко утолщены за счет разной степени сегментарной пневматизации. На фоне складчатости слизистой оболочки в области средней трети сигмы отмечаются дивертикулы максимальным размером до 1,2 см, часть из них с наличием неравномерного уплотнения стенок и прилежащих отделов стенки кишки. По ходу нисходящей кишки отмечаются немногочисленные дивертикулы размером 0,9 см максимально. Отмечается незначительное неравномерное уплотнение брыжейки. Увеличение брыжеечных лимфоузлов до 1,1×0,8 см.

Заключение: Дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишок с признаками дивертикулита в части из них. Брыжеечная лимфаденопатия. Диффузный неравномерный отек брыжейки.

5.2. УЗИ брюшной полости и органов малого таза

Слева от мочевого пузыря определяется участок сигмовидной кишки с измененными гипоэхогенными стенками без дифференциации слоев и неровным наружным контуром. Увеличение брыжеечных лимфоузлов.

В остальном органы брюшной полости и малого таза без особенностей.

Заключение: признаки дивертикулеза сигмовидной кишки с дивертикулитом.

5.4. Обзорная рентгенография брюшной полости

Видимые костные структуры без деструктивных и травматических изменений. Печень расположена обычно, в размерах не увеличена, контуры ее четкие, ровные. Свободного газа в брюшной полости не определяется.

2. Диагноз

Вопрос 3

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных и инструментальных методов исследования пациентке можно поставить следующий диагноз

1. Дивертикулярная болезнь, неосложненная форма
2. Синдром раздраженного кишечника с запором
3. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода. Аденокарцинома
4. **Дивертикулярная болезнь, осложненная форма: острый дивертикулит**

Правильный ответ:
4 - Дивертикулярная болезнь, осложненная форма: острый дивертикулит

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз поставлен на основании:

- длительного анамнеза болевых ощущений одной локализации в связи с задержкой стула; интенсивные боли с признаками воспалительной реакции (лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, уровня с-реактивного белка) свидетельствуют об остром осложнении - дивертикулите;
- инструментального обнаружения дивертикулов в нисходящей кишке и средней трети сигмовидной с явлениями дивертикулита, воспалительных изменений в стенке кишки, брыжеечной лимфаденопатии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

7. Диагноз

7.1. Дивертикулярная болезнь, осложненная форма: острый дивертикулит

7.3. Синдром раздраженного кишечника с запором

Вопрос 4

Инструментальное исследование кишечника у данной пациентки следует начать с

1. фиброколоноскопии
2. **УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости**
3. ирригоскопии
4. ректороманоскопии

Правильный ответ:
2 - УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости

ОБОСНОВАНИЕ

КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием позволяет точно определить выраженность и распространённость воспалительного процесса, а при продолжающемся кровотечении – источник кровотечения. Метод быстр в исполнении, не сопровождается дискомфортом для пациента, относится к оператор-независимым методикам.

При наличии противопоказаний к проведению КТ рекомендовано выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексного) или магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием в целях установления диагноза, контроля эффективности проводимого лечения

Колоноскопию нецелесообразно выполнять при острых воспалительных осложнениях вследствие риска перфорации, поэтому, в такой ситуации, в подавляющем большинстве случаев достаточно проведения КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием.

При острых воспалительных осложнениях колоноскопию рекомендуется выполнять не ранее, чем через 1 месяц после стихания острого воспалительного процесса

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2) (3) (4)

Вопрос 5

При отсутствии признаков осложнений дифференциальный диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки лучше проводить с использованием

1. компьютерной томографии брюшной полости
2. **фиброколоноскопии**
3. обзорной рентгенографии брюшной полости
4. ирригоскопии

Правильный ответ:
2 - фиброколоноскопии

ОБОСНОВАНИЕ

Колоноскопия позволяет дифференцировать дивертикулярную болезнь ободочной кишки с воспалительными заболеваниями кишечника, опухолевыми поражениями.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1)

Вопрос 6

Осложнение дивертикулярной болезни дивертикулитом следует заподозрить при наличии

1. положительной пробы на скрытую кровь в кале
2. признаков железодефицитного состояния
3. повышенного уровня фекального кальпротектина
4. **повышения уровня С- реактивного белка в крови**

Правильный ответ:
4 - повышения уровня С- реактивного белка в крови

ОБОСНОВАНИЕ

Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ в клиническом анализе крови выявляют системные воспалительные изменения, причем лейкоцитоз, отражающий факт миграции лейкоцитов к месту воспалительной реакции, является ранним маркером воспаления.

С-реактивный белок сыворотки крови является весьма чувствительным маркером воспалительного процесса. Его определение незаменимо для верификации острого воспалительного процесса в ситуациях, когда острые воспалительные осложнения, например, острый дивертикулит, не сопровождаются лихорадкой и повышением концентрации лейкоцитов в крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2)

3. Лечение

Вопрос 7

Данной больной с осложненной дивертикулярной болезнью следует предпочесть

1. динамическое наблюдение
2. хирургическое лечение
3. **консервативное лечение**
4. эндоскопическое вмешательство

Правильный ответ:
3 - консервативное лечение

ОБОСНОВАНИЕ

Консервативное лечение эффективно у всех пациентов с острым дивертикулитом и острым паракишечным инфильтратом. При периколических абсцессах, консервативное лечение более продолжительное и может быть неэффективным в 19-21%. В этих случаях целесообразно выполнено пункции и дренирования абсцесса или хирургическое вмешательство. Неэффективность консервативного лечения острого дивертикулита и острого паракишечного инфильтрата имеет место в случаях, когда не были диагностирован перфоративный дивертикулит (чаще – периколические свищи малого размера).

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 8

Для лечения неосложненной формы дивертикулярной болезни с клинической симптоматикой следует назначить

1. **месалазин**
2. ребамипид
3. ванкомицин
4. амоксициллин

Правильный ответ:
1 - месалазин

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с неосложнённой формой ДБ рекомендуется лечение с применением месалазина в дозе 3,0 г/сут до достижения клинического эффекта.

Также возможна комбинация рифаксима в дозе 400 мг два раза в сутки и #месалазина** 800 мг 2 раза в сутки 7 дней в месяц в течение 12 месяцев для увеличения эффективности лечения

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 9

При назначении противомикробных препаратов при неосложненной дивертикулярной болезни следует предпочесть

1. фторхинолоны (ципрофлоксацин)
2. **невсасывающиеся антибиотики (рифаксимин)**
3. полусинтетические пенициллины (ампицилин)
4. нитроимидазолы (метронидазол)

Правильный ответ:
2 - невсасывающиеся антибиотики (рифаксимин)

ОБОСНОВАНИЕ

Невсасывающиеся из просвета кишечника антимикробные средства предпочтительнее из-за отсутствия системных влияний на микробиом.

Пациентам с неосложнённой формой ДБ рекомендуется лечение с применением рифаксимина по 400 мг 2раза в день. Возможно назначение повторных курсов лечения.

Пациентам с неосложнённой формой ДБ и СИБР рекомендуется назначение #рифаксимина в дозе 400 мг 3 раза в день в течение 7-14 дней

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 10

Больным с дивертикулярной болезнью при подозрении на развитие толстокишечного кровотечения необходимо в первую очередь провести

1. КТ органов брюшной полости
2. УЗИ органов брюшной полости
3. ирригоскопию
4. **колоноскопию**

Правильный ответ:
4 - колоноскопию

ОБОСНОВАНИЕ

При толстокишечном кровотечении, колоноскопия является первоочередным методом диагностики, а также, при определенных условиях, может быть использована с лечебными целями (коагуляция или клипирование кровоточащего сосуда).

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1)

Вопрос 11

Риск развития такого осложнения дивертикулярной болезни, как толстокишечное кровотечение, повышен у больных

1. со спаечным процессом в малом тазу
2. с дивертикулами сигмовидной кишки
3. с диаметром дивертикулов свыше 2 см
4. **принимающих антикоагулянты**

Правильный ответ:
4 - принимающих антикоагулянты

ОБОСНОВАНИЕ

Риск кишечных кровотечений наиболее высок при приеме антикоагулянтов.

У пациентов ДБ, осложнённой толстокишечным кровотечением, проводят гемостатическую терапию, а также отменяют приём антитромботических средств, антикоагулянтных и нестероидных противовоспалительных препаратов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 12

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

1. водопотреблением в объеме не менее 1,5-2 литров в сутки
2. ограничением физической активности
3. **диетой с содержанием пищевых волокон**
4. регулярным приемом спазмолитиков

Правильный ответ:
3 - диетой с содержанием пищевых волокон

ОБОСНОВАНИЕ

Профилактика как бессимптомной формы дивертикулярной болезни, так и перехода её в неосложнённую или осложнённую формы включает преимущественное содержание в рационе растительной клетчатки в количестве не менее 25 г в сутки, контроль частоты стула и консистенции кала, профилактику ожирения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дивертикулярная болезнь, 2024 г. (1) (2)