MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Скорая медицинская помощь

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

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

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

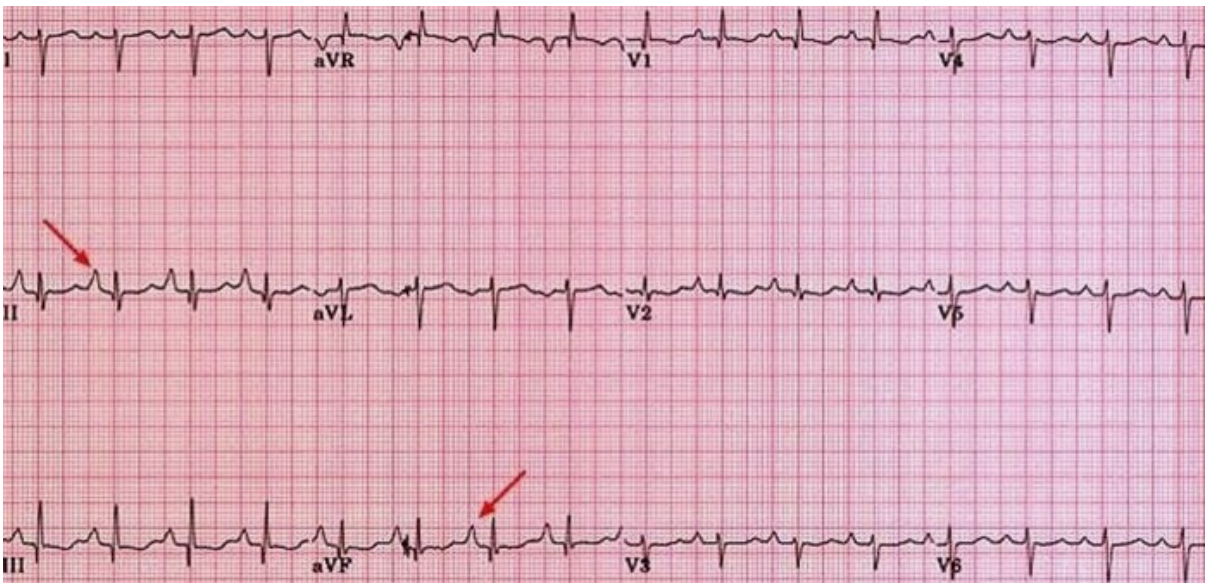
5.1. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях



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 (MCH и MCHC, 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)