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 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)