федеральное государственное бюджетное

образовательное учреждение высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ»

ПО СПЕЦИЛЬНОСТИ

31.05.02–ПЕДИАТРИЯ

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.02 – педиатрия, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол №3 от «23» октября 2015 г.

Оренбург, 2019

1. Методические рекомендации к лекционному курсу.

Лекция №1.

Тема: «Острый аппендицит»

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения острого аппендицита и его осложнений.

Аннотация лекции: В лекции изложены современные взгляды на этиологию и патогенез острого аппендицита. Приведены современные диагностические методики: неинвазивные (осмотр больного, УЗИ, КТ) и инвазивные (диагностическая лапароскопия). При рассмотрении вопросов лечения острого аппендицита и его осложнений подробно рассмотрены варианты хирургических вмешательств, а основной упор сделан на малоинвазивные технологии. Отдельно рассмотрены проблемы диагностики и лечения заболевания у стариков, детей и беременных женщин, у которых наблюдаются самое большое количество диагностических ошибок.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания,убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №2.

Тема: «Грыжи живота».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения грыж брюшной стенки и их осложнений.

Аннотация лекции: Лекция посвящена изучению грыж передней брюшной стенки и факторам, влияющим на их возникновение. Представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития грыж. Много места отведено хирургической анатомии грыж, подробно изложены показания к операциям при различных видах грыж, причем особое внимание уделяется деталям хирургической техники, профилактике осложнений, а также хирургической тактике при осложненных грыжах брюшной стенки.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания, убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №3.

Тема: «Желчнокаменная болезнь».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии и патогенеза желчнокаменной болезни, а так же классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения ее осложнений.

Аннотация лекции: В лекции с современных позиций изложены вопросы этиопатогенеза желчнокаменной болезни, особенности клинических проявлений при различных формах заболевания. Рассмотрены возможности методов диагностики желчнокаменной болезни и ее осложнений. Приведены алгоритмизированные подходы к выбору методов лечения, обсуждены возможности современных лечебно-диагностических технологий в различных случаях.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания, убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №4.

Тема: «Кишечная непроходимость».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения различных форм острой кишечной непроходимости.

Аннотация лекции: В лекции рассмотрены причины острой кишечной непроходимости. Представлен диагностический алгоритм, а также методика выбора оптимальных вариантов хирургических пособий у пациентов с различными формами острой кишечной непроходимостью. Сформулированы современные принципы диагностики и хирургического лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью, спаечной и странгуляционной тонкокишечной непроходимостью.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания, убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщ-ения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №5.

Тема: «Острый панкреатит».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения острого панкреатита и его осложнений.

Аннотация лекции: Лекция посвящена современному состоянию проблемы острого панкреатита. Рассматриваются патогенез, клиника, классификация, осложнения, диагностика и принципы лечения заболевания. Представлены особенности проведения антисекреторной терапии. Особое внимание уделено выбору хирургического лечения деструктивного панкреатита в зависимости от стадии и тяжести течения заболевания. Обозначены виды малоинвазивных вмешательств при асептическом и инфицированном панкреонекрозе, а также методики дренирования гнойных поражений поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания, убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №6.

Тема: «Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Аннотация лекции: В лекции рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, классификации, клинической и инструментальной диагностики осложнений язвенной болезни. Описываются основные вопросы диагностики, тактики и лечения осложнений язвенной болезни, с учетом современных клинических рекомендаций. Особая роль принадлежит профилактике, своевременной диагностике и лечению осложнений язвенной болезни. Лекция имеет практическую направленность и позволяет студентам приобрести знания по диагностике различных форм осложнений язвенной болезни, оценить значимость дополнительных приемов исследования.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания,убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №7.

Тема: «Перитонит».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, диагностики и хирургического лечения перитонита.

Аннотация лекции: В лекции изложены современные представления и взгляды на классификацию, оценку тяжести перитонита, его этиологию и патогенез, а так же диагностику и варианты хирургического лечения.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания,убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция № 8.

Тема: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. Острый тромбофлебит поверхностных вен, острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. ТЭЛА.

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей и ее осложнений.

Аннотация лекции: В лекции отражены проблемы варикозной болезни как самостоятельного заболевания и как симптома ряда патологических процессов в венах и артериях. Даны представления об этиологии и патогенезе, освещены современные взгляды на классификацию, выделены группы больных, позволяющие правильно и оптимально выбрать метод лечения, в том числе хирургический. Определены показания не только к радикальным методам флебэктомии, но и малоинвазивным вмешательствам (лазероразрушающим, коагуляционным, криофлебэкстракции, склерофлеботерапии).

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации,поддержание внимания в течение длительного времени,активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания,убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №9.

Тема: «Облитерирующие заболевания артерий».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения облитерирующих заболеваний артерий.

Аннотация лекции: В лекции отражена социальная проблема облитерирующих заболеваний артерий. Даны представления об их этиологии и патогенезе, освещены современные взгляды на классификацию, выделены группы больных, позволяющие правильно и оптимально выбрать метод лечения, в том числе хирургический. Определены показания к различным хирургическим вмешательствам.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания,убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №10.

Тема: «Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена, бронхоэктатическая болезнь). Острая и хроническая эмпиема плевры.

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения нагноительных заболеваний легких и плевры.

Аннотация лекции: В лекции излагается классификации, этиология, патогенез, клиника, диагностика и основные методы лечения гнойных заболеваний легких и плевры.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания,убеждение,аргументация,доказательства,классификация,систематизация,обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №11.

Тема: «Заболевания прямой кишки».

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения заболеваний прямой кишки.

Аннотация лекции: Лекция посвящена самым распространенным проблемам колопроктологии. В ней представлены основные сведения о морфологии, патогенезе, диагностике и клинической картине заболеваний прямой кишки. Изложены новейшие представления об их фармакотерапии и хирургическом лечении, включая малоинвазивные методы с использованием передовых медицинских технологий.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания, убеждение, аргументация, доказательства, классификация, систематизация, обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

Лекция №12.

Тема: «Заболевания молочной железы»

Цель: изложить и закрепить учебный материал, касающийся изучения этиологии, патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и хирургического лечения заболеваний молочной железы.

Аннотация лекции: Лекция дает представления о различных заболеваниях молочной железы (мастит, мастопатия, рак, фиброаденому и др.), причинах их возникновения, факторах риска. Приведена статистика относительно болезней молочной железы по России, методы исследования, диагностики и хирургического лечения.

Форма организации лекции: по содержанию – традиционная (информационная) лекция, по дидактическому назначению – объяснительная.

Методы обучения, применяемые на лекции: устное изложение информации, поддержание внимания в течение длительного времени, активизация мышления слушателей, обеспечение логического запоминания, убеждение, аргументация, доказательства, классификация, систематизация, обобщения, эмоциональность.

Средства обучения:

- дидактические (презентация с таблицами и схемами);

- материально-технические (персональный компьютер, лазерная указка, мультимедийный проектор).

2. Методические рекомендации по проведению практических занятий.

Модуль №1 – Заболевания органов брюшной полости.

Тема1: «Знакомство с кафедрой, клиникой. Острый аппендицит и его осложнения. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики острого аппендицита и его осложнений, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов его лечения.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 2: «Грыжи и их осложнения. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики внутренних и наружных грыж и их осложнений, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения грыж.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 3: «Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холециститы и их осложнения. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики осложнений желчнокаменной болезни, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения осложнений желчнокаменной болезни.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 4: «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и ее осложнения. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 5: «Курация больных. Острый панкреатит и его осложнения. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики острого панкреатита и его осложнений, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения острого панкреатита и его осложнений.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Практическая подготовка на клинической базе (**курация**  **больного**, отработка навыков определения симптомов  заболевания).  Закрепление теоретического материала (устный  опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 6: «Острая кишечная непроходимость. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики острой кишечной непроходимости, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения осложнений различных видов острой кишечной непроходимости.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 7: «3аболевания печени (абсцессы, эхинококк). Этиология,

классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики абсцессов и эхинококкоза печени, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов их лечения.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия). |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (**курация больного**, отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 8: «Перитонит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение. Тестирование (Рр № 1)».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики перитонита, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения перитонита в соответствии с причиной его возникновения.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (**курация больного**, отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Итоговое тестирование по модулю №1.  Подведение итогов занятия.  Подведение итогов модуля №1.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Модуль №2 – Заболевания органов грудной клетки.

Тема 9: «Нагноительные заболевания легких и плевры. Этиология,

классификация, клиника, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики нагноительных заболеваний легких и плевры, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов лечения данной патологии и ее осложнений.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия). |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (**курация больного**, отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Модуль №3 – Заболевания артерий и вен.

Тема 10: «Варикозная болезнь вен нижних конечностей и ее осложнения. Острый тромбофлебит поверхностных вен, острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. ТЭЛА. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики варикозной болезни вен нижних конечностей и ее осложнения, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов их лечения.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия). |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (**курация больного**, отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 11: «Облитерирующие заболевания артерий. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение. Тестирование (Рр № 2)».

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики облитерирующих заболеваний артерий, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов их лечения.

План проведения учебного занятия (временные рамки этапов варьируются):

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия). |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** (письменный опрос). |
| 3 | **Основная часть учебного занятия:**  Закрепление теоретического материала (устный опрос).  Отработка практических умений и навыков (ситуационные задачи, тесты).  Практическая подготовка на клинической базе (**курация больного**, отработка навыков определения симптомов заболевания). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**  Итоговое тестирование по модулям №2 и 3.  Подведение итогов занятия.  Подведение итогов модуля №2.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка монотематических сообщений). |

Средства обучения:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал);

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

Тема 12: «3ащита истории болезни (Рр № 3)». Подведение итогов цикла.

Вид учебного занятия: практическое занятие.

Цель: оценка освоения теоретических основ и сформированности практических умений для диагностики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний и синдромов, оказания неотложной врачебной помощи, определения выбора соответствующих методов диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний.

План проведения учебного занятия:

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент:**  Объявление темы, цели занятия. |
| 2 | **Основная часть учебного занятия:**  Проверка оформления истории болезни.  Проверка освоения теоретического материала.  Проверка освоения практических умений и навыков. |
| 3 | **Заключительная часть занятия:**  Подведение итогов занятия.  Подведение итогов модуля №3.  Выставление текущих оценок в учебный журнал.  Подведение итогов цикла по дисциплине.  Подсчет итогового рейтинга студентов. |

Средства обучения:

- материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор).

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**УРОЛОГИЯ**

по специальности

*31.05.02 Педиатрия*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.01 Лечебное дело*

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от « 25 » марта 2016 года

Оренбург

**1. Методические рекомендации к лекционному курсу**

**Лекция №1.**

**Тема**: «Аномалии мочевыводящей системы»

**Цель:** закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме диагностики и лечения аномалий мочевыводящей системы, а так же освоение базовых представлений о профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

**Аннотация лекции**

Аномалия (греч. апотаliа - отклонение) - врожденное отклонение от структуры и/или функции, присущей данному биологическому виду, и нередко является предрасполагающим фактором развития уретерогидро - и гидронефроза, мочекаменной болезни, опухоли почки, пиелонефрита, почечной недостаточности, порой представляя угрозу жизни. У больных тем или иным урологическим заболеванием, возникшим на фоне порока развития, возрастают трудности диагностики и вероятность ошибок. Наличие большинства аномалий влияет на тактику лечения и затрудняет проведение хирургических операций.

Установлено, что аномалии почек и верхних мочевых путей встречаются у каждого четвертого-пятого больного многопрофильного стационара (23%). Наиболее частыми являются пороки почечных сосудов (19%). Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) являются высокоинформативными и всеобъемлющими методами диагностики пороков развития почечных сосудов, почек и мочевых путей; УЗИ и его разновидность УЗДГ можно считать скрининг- методом в выявлении большинства пороков развития.

Пороки развития урогенитальной системы, обусловленные интимностью эмбриологического развития половой и мочевой систем. Простые или несовместимые с жизнью, единичные или множественные аномалии урогенитальной системы. Обструкция, стаз мочи, инфекция, камнеобразование, атрофия почечной паренхимы, почечная недоста-точность, характеризующие большинство врожденных пороков мочевых органов. Клиническое проявление этих аномалий у детей и новорожденных. Структуры, участвующие в развитии почки: пронефрос, мезонефрос (собственно вольфово тело) и метанефрос.

Развитие секреторного аппарата почки из мезонефрогенной бластемы, экскреторного — из остатков вольфова тела. Нарушение соединения этих двух систем. Образование из метанефрогенной бластемы коркового вещества почек. Особенности перемещений почек из таза в поясничную область. Нарушение ранней жизненной связи мочеточникового зачатка и производных вольфова канала — источник различных видов эктопии мочеточниковых устьев и других аномалий мочеполового аппарата.

**Клиническая классификация** **аномалий почек и верхних мочевых путей**

(принята на 2-м Всесоюзном съезде урологов в 1978г.)

1. АНОМАЛИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ

**А. Аномалии почечных артерий**

1. Аномалии количества:

а) добавочная артерия;

б) двойное артериальное кровоснабжение почки;

в) множественные почечные артерии.

2. Аномалии расположения (дистопия почечной артерии):

а) низкое отхождение от аорты — поясничная дистопия;

б) отхождение от общей подвздошной артерии - под­вздошная дистопия;

в) отхождение от внутренней подвздошной артерии — тазовая дистопия.

3. Аномалии формы и структуры артериальных стволов:

а) коленообразная почечная артерия;

б) аневризма почечной артерии;

в) фибромускулярный стеноз почечной артерии;

г) артериовенозные фистулы.

**Б. Аномалии почечных вен**

1. Аномалии количества:

а) добавочная почечная вена;

б) множественные почечные вены;

в) впадение вены яичка в почечную вену справа.

2. Аномалии формы и расположения:

а) кольцевидная левая почечная вена;

б) ретроаортальная левая почечная вена;

в) экстракавальное впадение левой почечной вены.

**В. Аномалии взаимоотношения сосудистой ножки почки с другими сосудами**

1. Артериальный аорто-мезентериальный «пинцет».
2. Сдавление левой почечной вены гонадными артериями.

II АНОМАЛИИ ПОЧЕК

**А. Аномалии количества:**

1. Аплазия.
2. Удвоение почки (полное, неполное).
3. Добавочная третья почка.

**Б. Аномалии величины:**

1. Гипоплазия.

**В. Аномалии расположения:**

1. Дистопия грудная.
2. Дистопия поясничная.
3. Дистопия подвздошная.
4. Дистопия тазовая.
5. Дистопия перекрестная.

**Г. Аномалии взаимоотношения (сращение):**

1. симметричные: подковообразная, галетообразная почка;
2. асимметричные: L- и S- образные почки.

**Д. Аномалии структуры:**

1. Дисплазия почки:

а) рудиментарная почка;

б) карликовая почка.

2. Кистозные заболевания почек:

а) мультикистоз почки;

б) поликистоз почек (у взрослых, в детском возрасте);

в) простые кисты почек (солитарные, мультилокулярные, дермоидные).

3. Губчатая почка.

III АНОМАЛИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОИ СИСТЕМЫ

1. Аномалии количества:

а) аплазия лоханки;

б) удвоение, утроение и т. д. лоханки.

2. Аномалии структуры:

а) полимегакаликс;

б) дивертикул чашечки;

в) киста лоханки.

IV АНОМАЛИИ МОЧЕТОЧНИКОВ

1. Аномалии количества:

а) аплазия;

б) удвоение, утроение и т. д. (полное или неполное);

2. Аномалии положения:

а) ретрокавальный мочеточник;

б) ретроилеакальный мочеточник;

в) эктопия устья мочеточника.

3. Аномалии формы:

а) штопорообразный;

б) кольцевидный.

4. Аномалии структуры:

а) гипоплазия;

б) нейромышечная дисплазия (ахалазия, мегауретер, гидроуретеронефроз);

в) клапаны мочеточника;

г) дивертикул мочеточника;

д) уретероцеле.

V КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ АНОМАЛИИ

Сочетанные аномалии почек

а) с пузырно-мочеточниковым рефлюксом;

б) с инфравезикальной обструкцией;

в) с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и инфравезикальной обструкцией;

г) с аномалиями других органов и систем (половой, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, пищеварительной).

**Агенезия (аплазия)** почки — ее отсутствие. Может быть односторонней и двусторонней. При односторонней выявляется врожденная единственная почка, двусторонняя с жизнью несовместима. Единственная почка выявляется в связи с обследованием, предпринятым по поводу какого-либо заболевания мочевых путей.

Гипоплазия — врожденное уменьшение почки в размерах, но с нормальным гистологическим строением и отсутствием нарушений почечной функции. Необходимо диффе­ренцировать от вторично сморщенной почки. Крайняя степень гипоплазии обозначается как **рудиментарная** почка.

**Удвоение почки** — удвоение паренхимы, почечных сосудов, лоханок и мочеточников. Клинические проявления зависят от присоединяющихся осложнений.

**Добавочная (третья) почка** — крайне редкая аномалия, имеет отдельное кровоснабжение и отдельный мочеточник. Располагается ниже нормальной почки и не соединяется с ней.

**Аномалии положения** являются следствием нарушения нормального перемещения первичной почки из таза в пояс­ничную область. В зависимости от расположения почки различают **тазовую, подвздошную, поясничную, торакальную** и **перекрестную** дистопию. Чем ниже расположена почка, тем больше нарушен процесс ее ротации. Клиническими проявлениями являются боли в животе, обусловленные давлением дистопированных почек на соседние органы и нервные сплетения, а также нарушением уродинамики. Дифференцировать необходимо от нефроптоза, опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства. Торакальная дистопия нередко принимается за опухоль легкого.

**Аномалии взаимоотношения** — сращение обеих почек одноименными полюсами называется подковообразной почкой. Сращение по медиальной поверхности - галетообразной поч­кой, **верхнего** полюса с нижним - L-образной и S-образной поч­кой. Сращенные почки в большей степени предрасположены к возникновению гидронефроза, нефролитиаза, пиелонефрита, нефрогенной гипертонии.

**Поликистоз почек** — тяжелое, сравнительно частое наследственное заболевание почек. В клиническом течении поликистоза различают латентную, компенсированную, субкомленсированную и декомпенсированную стадии, что связано с функциональной способностью почек. Заболевание характеризуется замещением паренхимы почек множественными кистами различной величины и развитием почечной недостаточности. У больных пальпируются обе почки, значительно увеличенные, плотные, бугристые. Определяется изогипостенурия, эритроцитурия, лейкоцитурия (пиурия), анемия, повышение уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови. На урограммах тени почек увеличены, лоханки и чашечки вытянуты. Отмечается их ветвистость, сферичность контуров за счет сдавления кистами. На ангиограммах — множественные бессосудистые зоны.

**Солитарная киста почки** — одиночная киста, располагающаяся на поверхности почки. Проявляется тупой болью в поясничной области, при пальпации определяется увеличенная почка; пиурия, гематурия.

**Мультикистоз почки** — (кистозная рудиментарная почка) - односторонний процесс, выражающийся в полном замещении почечной ткани кистами и облитерацией мочеточника.

**Губчатая почка** характеризуется наличием множественных мелких кист в почечных пирамидах.

**Лоханочная киста** — дивертикул лоханки.

**Удвоение лоханки и мочеточника** сочетаются с удвоением почки. При полном удвоении мочевых путей мочеточники, перекрещиваясь между собой, открываются в мочевой пузырь отдельными отверстиями, верхнее из них дренирует нижнюю часть удвоенной почки, нижнее — верхнюю ее часть (закон Вейгерта-Мейера). Чаще два мочеточника на каком-то расстоянии от почки сливаются и впадают в пузырь одним устьем — расщепленный мочеточник.

**Уретероцеле** — внутрипузырное грыжеподобное выпячи­вание всех слоев интрамурального отдела мочеточника, внешне напоминает кисту. Чаще наблюдается при удвоении почки.

**Эктопия устья мочеточника** может быть внутрипузырной и внепузырной. При последней наиболее распространенной локализацией эктопированного устья является влагалище и его предверие, а у мальчиков — задний отдел мочеиспускательного канала. Характерно ложное недержание мочи.

Из **аномалий стенки мочеточника** различают стриктуры, клапаны, слепое окончание мочеточника. Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента является наиболее частой врожденной причиной гидронефроза. Поэтому в последнее время понятия «сужение лоханочно-мочеточникового сегмента» и «гидронефроз» почти отождествляются. Другой причиной развития гидронефроза является перетяжка лоханочно-мо­четочникового сегмента добавочным нижнеполярным кровеносным сосудом.

Сужение мочеточниково-пузырного сегмента приводит к расширению мочеточника выше места сужения. При этом для первичного мегауретера характерно функционально полноценное устье, вторичный чаще возникает при инфравезикальных обструкциях.

**Нервно-мышечная дисплазия** мочеточников - комбинация врожденного сужения устья мочеточника с нервно-мышечной дисплазией нижнего цистоида. Расширение нижнего цистоида обозначают ахалазией, вовлечение двух верхних цистоидов — мегалоуретером.

**Пузырно-мочеточниковый рефлюкс** (ПМР) — нередко встречающееся проявление различной врожденной и приобретенной патологии мочеточника, пузырно-мочеточникового сегмента, нижних отделов мочевых путей, одна из частых причин пиелонефрита и недостаточности почек. ПМР обнаруживается у каждого четвертого ребенка с инфекцией мочевых путей. Наиболее характерный признак ПМР - боль в поясничной области или в области живота во время или в конце мочеиспускания. Основными методами диагностики ПМР являются экскреторная урография и микционная цистография.

**Ретрокавальный ход мочеточника** характеризуется его прохождением позади нижней полой вены, а далее в обычном направлении до мочевого пузыря. Самое частое осложнение - гидронефроз вследствие сдавления мочеточника веной.

**Аномалии мочевого пузыря.**

Экстрофия мочевого пузыря. Отсутствие всех слоев передней стенки в нижней части живота на уровне лонного сочленения с пролабированием через этот дефект раскрытого мочевого пузыря, не имеющего передней стенки. Сочетание аномалии с тотальной эписпадией. Значительное расхождение лонного сочленения, отсутствие симфиза, пупка на обычном месте, недоразвитие яичек, крипторхизм. Диагностика экстрофии мочевого пузыря. Осложнения (гнойный нефрит, опухоль). Ранние сроки оперативного лечения. Операция Михельсона.

Дивертикул мочевого пузыря (следствие неравномерного развития пузырного зачатка). Врождённые дивертикулы (истинные) и приобретенные (ложные), причины возникновения (аденома, простаты, стриктура уретры). Отсутствие мышечного слоя в приобретенных дивертикулах. Клинически — двухактное мочеиспускание. Диагностические признаки цистоскопии, цистографии. Оперативное лечение.

Незаращение урахуса или пузырно-пупочный свищ — сле­дующий вид аномалий мочевого пузыря.

Физиологические этапы внутриутробного развития урахуса. Виды дефектов облитерации урахуса:

а) незаращение пупочного конца мочевого протока (у новорожденного свищ в области пупка с явлениями воспаления),

б) незаращение средней части мочевого протока. Прощупываемое по средней линии живота между пупком и симфизом кистообразное образование. Незаращение урахуса на всем протяжении (наличие пузырно-пупочного свища).

Лечение — иссечение пузырно-пупочного протока, устранение препятствия к нормальному пассажу мочи из пузыря.

Ахалазия мочевого пузыря. Нарушение нервно-мышечного аппарата пузыря. Хроническая задержка мочи при этой аномалии. Отсутствие органических препятствий к оттоку мочи, данные цистометрии при ахалазии мочевого пузыря. Лечение (эпицистостомия, электростимуляция мочевого пузыря).

Удвоение мочевого пузыря. Анатомическое строение пузыря при этой аномалии. Дифференциальная диагностика удвоения и дивертикула мочевого пузыря. Лечение.

**Аномалии уретры.**

Три зачатка уретры. Дефекты срастания участков уретры. Развитие сужений, облитерации уретры. Нарушение образования уретральной трубки на всем протяжении ка­нала. Облитерация уретры на всем ее протяжении. Частичная облитерация уретры в области наружного ее отверстия. Выделение мочи через незаращенный урахус при врожденной обли­терации уретры. Необходимость экстренной эпицистостомии при обнаружении данной ано­малии.

Стриктура уретры. Клиника (затрудненное мочеиспускание, задержка мочи, дилятация верхних мочевых путей). Выделение мочи тонкой струей. Диагностическое значение бужирования уретры и уретрографии. Лечение (бужирование, пластические операции).

Дивертикул уретры. Расположение дивертикула уретры, его анатомическое строение. Диагностическое значение дизурии, недержания мочи, пальпации и данных уретрографии. Лечебная тактика.

Гипоспадия. Расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала на задней поверхности полового члена или промежности. Гипоспадия головки, стволовой части поло­вого члена, мошоночная гипоспадия, промежностная гипоспадия. Сгибательная контрактура полового члена и его недоразвитие при мошоночной и промежностной гипоспадии (реже — пенальной). Диагноз. Двухэтапное оперативное лечение (выпрямление полового члена, пластическое формирование уретры).

Расположение уретры при эписпадии (передняя поверхность полового члена).

Три степени эписпадии: головки, члена и тотальная эписпадия (расщепление уретры на всем протяжении, отсутствие сфинктера пузыря и полное недержание мочи). Диагноз. Оптимальный возраст больного для оперативного лечения.

Парауретральный ход. Клиническое значение аномалии. Соотношения уретры и парауретральных ходов. Опасность их инфицирования. Лечебные мероприятия (рассечение, либо иссечение ходов).

Удвоение уретры. Сообщение парауретрального канала с уретрой, мочевым пузырем.

Врожденные клапаны мочеиспускательного канала представляют собой перепонку, с обеих сторон они покрыты слизистой оболочкой. Располагаются в задней уретре. Нарушение мочеиспускания возникает вследствие раскрытия клапана потоком мочи, идущей в мочеиспускательный канал из мочевого пузыря.

**Аномалии мужских половых органов.**

К аномалиям мужских половых органов относят аномалии яичек и полового члена. С аномалиями яичек рождаются 5-7% детей. Выделяют аномалии количества (анорхизм, монорхизм и полиорхизм), структуры (гипоплазия), расположения (крипторхизм, эктопия).

Анорхизм - врожденное отсутствие обоих яичек. Данная аномалия наблюдается крайне редко. Дифференциальный диагноз с тазовым крипторхизмом.

Монорхизм - врожденное отсутствие одного яичка.

Полиорхизм - наличие трех и более яичек. Добавочное яичко располагается обычно вблизи от основного и оно, как правило, недоразвито. В связи с повышенной склонностью к злокачественному росту и отсутствием функции добавочного яичка необходимо его удаление.

Гипоплазия - размер яичка составляет несколько миллиметров, необходимо его удаление из-за риска малигнизации. Двусторонняя гипоплазия сопровождается выраженным гипогонадизмом и евнухоидизмом.

Крипторхизм - наиболее часто встречающийся порок развития яичек, при котором одно или оба яичка во внутриутробном периоде не опустились в мошонку, а задержались на месте нижнего сегмента первичной почки в брюшной полости или паховом канале. Чаще всего яичко находится в паховом канале. Опускания яичка позже 6 мес после рождения обычно не происходит. Гормональная терапия при крипторхизме неэффективна. Низведение яичка требуется проводить в возрасте 6-12 мес, что обнадеживает в отношении фертильности, но не уменьшает риск малигнизации.

Среди аномалий полового члена у детей чаще диагностируется врожденный фимоз, для которого характерно сужение отверстия крайней плоти, не позволяющее полностью открыть головку полового члена. Самостоятельное раскрытие головки наиболее часто наступает в возрасте 3-6 лет, если нет рубцовых изменений крайней плоти. Фимоз может приводить к нарушениям мочеиспускания, баланопоститу, а при попытках обнажить головку возможно ее ущемление - парафимоз.

Крайне редко встречаются другие аномалии полового члена (врожденное отсутствие полового члена или его головки, скрытый половой член, эктопия полового члена, удвоенный и перепончатый половой член).

**Форма организации лекции:**информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: *1) словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

**Средства обучения**:

- дидактические: презентация

- материально-технические: мультимедийный проектор.

**Лекция № 2.**

**Тема**: «**Неспецифические воспалительные заболевания органов**

**мочевой и половой систем**»

**Цель:** закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме диагностики и лечения нспецифических воспалительных заболеваний органов мочевой и половой систем, а так же освоение базовых представлений о профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

**Аннотация лекции.**

Воспалительные заболевания мочеполовой системы бывают хронические и острые.

По характеру возбудителя выделяют специфический и неспецифический процесс.

Специфическое воспаление вызывают гонококки (гонорея), бледная трепонема (сифилис), трихомонада (трихомониаз), хламидия (хламидиоз), уреаплазма и микоплазмы (микоплазмозы), палочка Коха (туберкулёз), вирусы герпеса, цитомегалии, папилломавирусы, грибы рода Кандида (кандидоз или молочница) и некоторые другие.

Неспецифическое воспаление могут вызвать условно болезнетворные микроорганизмы, такие как кишечная палочка, энтерококк, стафилококки, стрептококки, протеи, клебсиеллы, гарднерелла и синегнойная палочка.

ПИЕЛОНЕФРИТ

**Пиелонефрит** - инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы, тубулоинтерстициальной ткани и последующим вовлечением в процесс клубочкового аппарата.

**Эпидемиология.** Пиелонефрит - наиболее частое воспалительное заболевание мочевыделительной системы: на его долю приходится 65-70 % случаев. У взрослых пиелонефрит встречается у одного человека из 100, а у детей - у одного из 200. Чаще всего болезнь развивается в возрасте 30-40 лет.

Молодые женщины болеют пиелонефритом чаще, чем мужчины. Это объясняется анатомо-физиологическими особенностями мочеиспускательного канала у женщин. У мужчин чаще развивается вторичный пиелонефрит, обусловленный аномалиями мочеполовой системы, сужениями мочеточников, МКБ, доброкачественной гиперплазией простаты и др.

**Этиология и патогенез**. Возбудителями пиелонефрита могут быть эндогенные (внутренние) или экзогенные (проникающие из окружающей среды) микроорганизмы. Наиболее часто встречаются кишечная палочка, протей, стафилококк, энтерококк, синегнойная палочка и клебсиелла. Возможно развитие пиелонефрита при участии вирусов, грибов, микоплазм.

Наиболее часто пиелонефрит развивается гематогенным и уриногенным путями.

Развитию заболевания способствуют предрасполагающие факторы, которые подразделяют на общие и местные. К общим относятся нарушение состояния иммунной системы организма, стресс, переохлаждение, гиповитаминоз, тяжелая соматическая патология, сахарный диабет. Местными факторами являются нарушение кровоснабжения почки и нарушение уродинамики верхних мочевых путей (аномалии почек и мочевых путей, МКБ, травмы, сужения мочеточников, пузырномочеточниковый рефлюкс, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и др.). В ряде случаев развитию пиелонефрита способствуют различные инструментальные и эндоскопические методы исследования (катетеризация мочевого пузыря, бужирование уретры, цистоскопия, стентирование мочеточников).

**Классификация.** По клиническому течению различают острый, хронический и рецидивирующий пиелонефрит.

По причинам возникновения и состоянию проходимости мочевых путей выделяют первичный (без наличия обструкции) и вторичный (обструктивный) пиелонефрит, который встречается значительно чаще, в 80-85 % случаев.

По количеству пораженных почек пиелонефрит может быть односторонним и двусторонним. Односторонний пиелонефрит встречается значительно чаще.

Также различают анатомо-морфологические формы пиелонефрита: серозный и деструктивный (гнойный): апостематозный пиелонефрит, карбункул, абсцесс почки, некротический папиллит.

Иногда встречаются такие редкие формы заболевания, как эмфизематозный пиелонефрит и ксантогранулематозный пиелонефрит.

**Патологическая анатомия.** Морфологически как первичный, так и вторичный острый пиелонефрит могут протекать в виде серозного (чаще) и гнойного (реже) воспалительного процесса.

**Острый пиелонефрит**

**Симптоматика и клиническое течение**. Клиническая картина острого пиелонефрита характеризуется общими и местными симптомами. При первичном гнойном пиелонефрите и гематогенном пути проникновения инфекции более выражены общие симптомы заболевания, а при вторичном пиелонефрите на первый план выступают местные обструктивные симптомы. В типичных случаях характерна триада симптомов: повышение температуры, сопровождающееся ознобом, боли в соответствующей поясничной области и дизурические явления.

Острый пиелонефрит чаще начинается с общих симптомов, обусловленных интоксикацией: головная боль, слабость, общее недомогание, боли в мышцах, суставах, повышение температуры с ознобом и последующим обильным потоотделением. Степень выраженности этих клинических проявлений различна и зависит от тяжести воспалительного процесса в почке.

Местные симптомы острого пиелонефрита - боли в поясничной области и дизурические явления - имеют различную степень выраженности в зависимости от характера и тяжести заболевания. При учащенном и болезненном мочеиспускании диагностика пиелонефрита упрощается.

**Диагностика.** Обследование больных пиелонефритом включает сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, после чего переходят к специальным методам диагностики.

При лабораторном исследовании в анализе крови отмечается выраженный лейкоцитоз (до 30-40 тыс.) со значительным нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево до юных форм, увеличение СОЭ до 40-80 мм/ч. Характерными признаками острого пиелонефрита при исследовании осадка мочи являются протеинурия, лейкоцитурия и значимая (истинная) бактери-урия, особенно если они обнаруживаются одновременно. При пиелонефрите может наблюдаться эритроцитурия (микрогематурия), реже - макрогематурия (при некрозе почечных сосочков, калькулезном пиелонефрите). Тяжелое течение заболевания сопровождается цилиндрурией (зернистые и восковидные цилиндры). Бактериурия обнаруживается в большинстве случаев, однако, как и лейкоцитурия, носит интермиттирующий характер, поэтому важны повторные исследования мочи на микрофлору. Для подтверждения пиелонефрита имеет значение лишь наличие истинной бактериурии, подразумевающей присутствие не менее 50-100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи.

УЗИ почек обладает высокой точностью в выявлении размеров почки, неоднородности ее структуры, деформации чашечно-лоханочной системы, наличия пионефроза и состояния околопочечной жировой клетчатки. Снижение подвижности почки в сочетании с ее увеличением - важнейший ультразвуковой признак острого пиелонефрита, а расширение чашечно-лоханочной системы свидетельствует в пользу обструктивного (вторичного) характера заболевания.

С помощью сонографии обнаруживаются очаговые изменения (как правило, гипоэхогенные участки) в паренхиме почки и в паранефрии, возникающие в результате их гнойного поражения.

Обзорная и экскреторная урография позволяют установить причину и уровень обструкции мочевых путей. КТ является наиболее современным и информативным диагностическим методом исследования гнойно-воспалительных заболеваний почек. КТ позволяет определить причину и уровень возможной обструкции мочеточника, обнаружить очаги деструкции почечной паренхимы. При подозрении на ПМР (например, у больных с нейрогенным мочевым пузырем или детей) целесообразно выполнение микционной цистографии.

**Дифференциальная диагностика.** Острый пиелонефрит необходимо дифференцировать с заболеваниями, протекающими с симптомами общей интоксикации, высокой температурой тела, тяжелым общим состоянием. Может наблюдаться картина острого живота с перитонеальными симптомами и локальными болями, симулирующими острый аппендицит, холецистит, панкреатит, прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки и другие острые заболевания органов брюшной полости.

**Лечение.** Острый пиелонефрит требует лечения в условиях стационара. При выявлении обструктивного характера заболевания в первую очередь необходимо обеспечить адекватный отток мочи из пораженной почки. При невозможности проведения катетера по мочеточнику выше места его обструкции следует выполнить чрескожную пункционную нефростомию. Дальнейшее лечение заключается в назначении антибактериальной и симптоматической терапии, соблюдении постельного режима, применении нестероидных противовоспалительных препаратов и употреблении большого количества жидкости.

Эмпирическая антибактериальная терапия должна включать парентеральное введение препаратов широкого спектра действия, преимущественно влияющих на грамотрицательную флору (фторхинолоны, цефалоспорины, аминогликозиды). В дальнейшем производится коррекция лечения с учетом результатов посевов мочи и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам. Курс лечения для острого неосложненного пиелонефрита составляет 7-14 дней.

Одним из важных компонентов лечения является терапия, направленная на повышение иммунитета и улучшение общего состояния организма. Комплексное лечение как острого, так и хронического пиелонефрита включает назначение фитоуросептиков, оказывающих мочегонное, антибактериальное, противовоспалительное, вяжущее и тонизирующее действие (лист брусники, толокнянки, трава зверобоя, почечный чай, почки березы, ягоды можжевельника и др.).

Как правило, острый пиелонефрит при своевременно начатом лечении протекает благоприятно. Через 3-5 дней снижается температура, уменьшаются проявления интоксикации и боли в поясничной области, улучшается картина крови. В течение 7-10 дней бактериурия и лейкоцитурия практически ликвидируются. Абсолютное выздоровление наступает через 3-4 недели.

**Прогноз.** Острый серозный пиелонефрит в большинстве случаев заканчивается выздоровлением. После излечения острого пиелонефрита необходимы диспансерное наблюдение и назначение при необходимости противорецидивного лечения. Это связано с опасностью перехода заболевания в хроническую форму, что наблюдается в 20-25 % случаев.

**Хронический пиелонефрит**

В большинстве случаев является следствием перенесенного острого пиелонефрита. Основными причинами перехода заболевания в хроническую форму являются:

■ неадекватное и несвоевременное лечение острого пиелонефрита;

■ нарушение оттока мочи из полостной системы почки при МКБ, стриктурах мочеточника, ПМР, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, нефроптозе и др.;

■ переход бактерий в L-формы, которые могут длительное время находиться в неактивном состоянии в почечной ткани, а при снижении иммунитета переходить в исходное состояние, вызывая обострение воспалительного процесса;

■ общие сопутствующие заболевания, вызывающие ослабление организма, - сахарный диабет, ожирение, болезни желудочно-кишечного тракта и др.;

■ иммунодефицитные состояния.

**Симптоматика и клиническое течение**. В зависимости от активности воспалительного процесса выделяют следующие фазы течения хронического пиелонефрита.

1. Активная фаза. Клиническая картина, как при остром пиелонефрите.

2. Латентная фаза. Клинические проявления скудные или отсутствуют. Могут наблюдаться общие симптомы в виде слабости, субфебрилитета, быстрой утомляемости, снижения работоспособности, ухудшения аппетита, неприятного привкуса во рту, дискомфортных ощущений в поясничной области, то есть симптоматика, характерная для вялотекущего инфекционно-воспалительного процесса, когда присутствуют минимальные признаки интоксикации.

3. Фаза ремиссии подразумевает отсутствие каких-либо проявлений заболевания.

**Клиническое течение** хронического пиелонефрита зависит от многих факторов, в том числе от локализации в одной или обеих почках, распространенности воспалительного процесса, наличия или отсутствия препятствия оттоку мочи, эффективности предшествующего лечения, характера сопутствующих заболеваний. Наибольшие диагностические трудности представляет хронический пиелонефрит в латентной фазе или в период ремиссии. У таких пациентов боли в области поясницы незначительные и непостоянные, ноющего или тянущего характера. Дизурические явления в большинстве случаев отсутствуют либо отмечаются изредка и мало выражены. Температура тела нормальная или субфебрильная.

**Диагностика.** Клинические и лабораторные признаки хронического пиелонефрита наиболее выражены в фазе обострения и незначительны в латентной фазе и в период ремиссии. Имеют значение количественные анализы мочи (пробы Нечипоренко, Амбурже). Обострение заболевания может напоминать острый пиелонефрит и сопровождаться аналогичной клинической картиной с соответствующими лабораторными данными.

**Дифференциальная диагностика**. Хронический пиелонефрит необходимо дифференцировать прежде всего с хроническим гломерулонефритом, амилоидозом почек, диабетическим гломерулосклерозом и гипертонической болезнью.

**Лечение.** Хронический пиелонефрит может принимать форму часто рецидивирующего заболевания. В таком случае показан длительный прием антибактериальных препаратов в адекватных дозах. При назначении такой терапии необходимо учитывать возможность возникновения резистентных штаммов микроорганизмов, аллергические реакции и индивидуальную непереносимость препаратов.

Санаторно-курортное лечение является востребованным в комплексной терапии хронического пиелонефрита. Предпочтительны курорты Кисловодска, Железноводска, Трускавец, Джермук, Саирме. Лечебные минеральные питьевые воды должны иметь противовоспалительный эффект, оказывать диуретическое действие, улучшая почечный кровоток и фильтрацию мочи. Прогноз. При хроническом пиелонефрите благоприятный, если своевременно устранена причина, поддерживающая воспалительный процесс (санация хронических очагов инфекции, устранение обструкции мочевыводящих путей, ПМР). Длительное течение хронического пиелонефрита с частыми обострениями инфекционно-воспалительного процесса приводит к рубцовому сморщиванию почек, развитию артериальной гипертензии и хронической почечной недостаточности.

**Пиелонефрит беременных**

Пиелонефрит при беременности выделен в отдельную нозологическую форму и характеризуется как инфекционно-воспалительный процесс почечной паренхимы и чашечно-лоханочной системы, который развивается на фоне беременности. В той или иной степени заболевание встречается у 1-10 % беременных женщин.

**Этиология и патогенез.** Этиологическим фактором являются микроорганизмы, проникающие в почку как уриногенным, восходящим, так и гематогенным путем при наличии очагов инфекции. Механизм развития пиелонефрита во время беременности обусловлен сдавливанием мочеточников увеличенной в размерах маткой. Уростазу способствуют изменения гормонального фона, снижение тонуса симпатической нервной системы, гипокальциемия. Симптоматика и клиническое течение. Если воспалительный процесс слабо выражен, клиническая картина остается скудной. Могут наблюдаться ноющие боли в поясничной области, патологические изменения в моче. При активном воспалении клинические проявления идентичны острому пиелонефриту.

**Диагностика.** В анализах мочи отмечаются лейкоцитурия, бактериурия. Обязательно проведение культурального исследования мочи. Ультразвуковое сканирование позволяет выявить расширение мочеточника и чашечнолоханочной системы почки, утолщение паренхимы, обусловленное ее отеком.

**Лечение.** Лечение проводится совместно с акушерами-гинекологами. Рекомендуется госпитализация в специализированное учреждение. При выраженном расширении полостной системы почки выполняется стентирование мочеточника или перкутанная нефростомия. Установка стента, как правило, несложна и проводится в положении больной на спине, что немаловажно во время беременности. Рекомендовано использование стента с антирефлюксным механизмом.

Антибактериальная терапия во время беременности сопряжена с риском эмбриотоксического и тератогенного действия антибиотиков, особенно фторхинолонового ряда, аминогликозидов. Поэтому чаще всего в лечении пиелонефрита беременных применяются полусинтетические пенициллины. В тяжелых случаях возможно назначение цефалоспоринов. При наличии деструктивных форм пиелонефрита показаны люмботомия, декапсуляции почки и нефростомия.

В целях профилактики во время планирования беременности рекомендуется проведение санации всех возможных очагов инфекции (лечение кариеса, отита и др.). Половые контакты во время беременности рекомендуются при пустом мочевом пузыре и с обязательным использованием барьерных средств контрацепции.

Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

**Пионефроз**

Пионефроз, или гнойная почка - это конечная стадия обструктивного хронического пиелонефрита (инфицированного гидронефроза).

**Этиология и патогенез.** Вследствие гнойно-деструктивного процесса ткань почки полностью расплавляется, орган состоит из очагов гнойного детрита, полостей, заполненных мочой, и участков распадающейся паренхимы. Воспалительный процесс, как правило, переходит и на окружающую жировую клетчатку.

**Симптоматика и клиническое течение.** Пионефроз проявляется тупыми ноющими болями в поясничной области. Они могут значительно усиливаться во время обострения воспалительного процесса. Увеличенная в размерах почка прощупывается через переднюю брюшную стенку.

**Диагностика.** В лабораторных анализах присутствуют характерные воспалительные изменения. В анализе крови наблюдаются выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. У больных с открытым пионефрозом моча гнойная, мутная, с большим количеством хлопьев и осадка. При закрытом пионефрозе на фоне тяжелой септической картины изменения в моче могут отсутствовать.

При цистоскопии наблюдается выделение гноя из устья пораженного мочеточника.

УЗИ позволяет выявить значительно увеличенную в размерах почку с истончением паренхимы. Характерны резкое расширение и деформация полостной системы органа, наличие в просвете неоднородной взвеси, детрита, конкрементов.

На обзорной рентгенограмме могут определяться тени конкрементов в проекции мочевых путей, увеличенная в размерах почка.

На экскреторных урограммах выделение контрастного вещества больной почкой резко замедленно или, чаще, отсутствует.

КТ выявляет значительно увеличенную почку, паренхима которой истончена или представляет собой рубцовую пиогенную капсулу. Полостная система почки расширена, деформирована и представляет собой единую разделенную перегородками полость, содержащую жидкость неоднородного состава.

Дифференциальную диагностику пионефроза проводят с нагноившейся кистой, туберкулезом и опухолью почки.

**Лечение** пионефроза исключительно оперативное и заключается в зависимости от уровня обструкции мочеточника в нефрэктомии или нефруретерэктомии.

Прогноз при одностороннем пионефрозе и своевременном оперативном лечении благоприятный. После операции больной должен находиться под диспансерным наблюдением врача-уролога.

ПАРАНЕФРИТ

Паранефрит - инфекционно-воспалительный процесс в околопочечной жировой клетчатке.

**Эпидемиология.** Паранефрит встречается относительно редко. Наиболее частым фактором риска развития паранефрита являются МКБ с обструкцией мочевых путей и гнойные формы пиелонефрита. У лиц, страдающих паранефритом, мочевые камни обнаруживаются в 20-60 % случаев. К другим факторам риска относят врожденные и приобретенные аномалии мочевой системы, перенесенные операции и травмы мочевых путей, а также сахарный диабет.

**Этиология и патогенез**. Паранефрит вызывается стафилококком, кишечной палочкой, протеем, синегнойной палочкой, клебсиеллой и другими видами микроорганизмов.

Различают первичный и вторичный паранефрит. Первичный возникает в результате инфицирования паранефральной клетчатки гематогенным путем из отдаленных очагов гнойного воспаления в организме (панариций, фурункул, остеомиелит, пульпит, ангина и др.). Его развитию способствуют травма поясничной области, переохлаждение и другие экзогенные факторы. Вторичный паранефрит встречается в 80 % случаев. Он развивается как осложнение гнойно-воспалительного процесса в почке: в одних случаях при непосредственном распространении гноя из очага воспаления (карбункул почки, абсцесс, пионефроз) на паранефральную клетчатку, в других (при пиелонефрите) - по лимфатическим путям и гематогенно.

**Классификация.** В зависимости от локализации гнойно-воспалительного очага в паранефральной клетчатке выделяют передний, задний, верхний, нижний и тотальный паранефрит.

По характеру воспалительного процесса различают острый и хронический паранефрит.

**Симптоматика и клиническое течение.** Острый паранефрит в начальной стадии заболевания не имеет характерных симптомов и начинается с повышения температуры тела до 39-40°С, озноба, недомогания. Лишь через трое-четверо суток и более появляются локальные признаки в виде болей в поясничной области различной интенсивности, болезненности при пальпации в костовертебральном углу с соответствующей стороны. Несколько позже обнаруживают искривление поясничного отдела позвоночника за счет защитного сокращения m. psoas, характерное положение больного с приведенным к животу бедром и резкую болезненность при его разгибании за счет вовлечения в процесс поясничной мышцы. Обращают внимание на пастозность кожи, местную гиперемию, более высокий лейкоцитоз крови, взятой из поясничной области на стороне заболевания. Получение гноя при пункции паранефральной клетчатки служит убедительным подтверждением гнойного паранефрита, однако отрицательный результат исследования не исключает его. Иногда паранефрит может имитировать аппендицит, абсцесс поддиафрагмального пространства, пневмонию.

**Диагностика.** Анализ крови обнаруживает нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Иногда при стертых формах паранефрита диагностическую ценность имеет подсчет лейкоцитов в крови, взятой из трех точек (из пальца, поясничной области справа и слева). Моча при первичном паранефрите не изменена; при вторичном в ней обнаруживаются изменения, характерные для вызвавшего его почечного заболевания (как правило, пиурия).

Существенную помощь в распознавании острого паранефрита оказывают рентгенологические методы исследования. При рентгеноскопии грудной клетки при верхних паранефритах выявляется понижение подвижности соответствующего купола диафрагмы, а нередко и выпот в плевральной полости. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей определяется сколиоз позвоночника в здоровую сторону. Контуры m. psoas с пораженной стороны сглажены или отсутствуют, тогда как со здоровой стороны они хорошо заметны.

Экскреторная урография, произведенная на вдохе и выдохе, позволяет выявить отсутствие или резкое ограничение подвижности пораженной почки. Ультразвуковое сканирование при остром гнойном паранефрите отчетливо визуализирует очаг гнойного расплавления жировой клетчатки, а при хроническом - ее неоднородную эхоструктуру.

Более точные сведения могут быть получены при использовании МРТ или мультиспиральной КТ.

Хронический паранефрит диагностируется с помощью тех же методов, что и острая форма, но обнаружить его значительно сложнее. Поэтому длительное время заболевание может оставаться нераспознанным.

**Дифференциальная диагностика.** Проводится с натечным гнойником при туберкулезе позвоночника, когда при обзорной рентгенографии обнаруживается деструкция одного или нескольких позвонков при отсутствии температурной реакции. Плотное, бугристое опухолевидное образование, пальпируемое в поясничной области при хроническом паранефрите, следует дифференцировать с дистопией, опухолью почки, гидронефрозом и др.

**Лечение.** В ранней стадии острого паранефрита применение антибактериальной (фторхинолоны, цефалоспорины, защищенные пенициллины) и дезинтоксикационной терапии позволяет добиться выздоровления у большинства больных без хирургического вмешательства. Обязательно производят санацию других очагов инфекции и назначают препараты для повышения иммунной защиты организма. Гнойные формы заболевания являются показанием к экстренной операции. При изолированном абсцессе забрюшинной клетчатки возможна его пункция с эвакуацией содержимого и дренированием. Люмботомия с санацией забрюшинного пространства показана при более распространенном процессе, в том числе и для выполнения операции на почке по поводу вызвавшего паранефрит заболевания.

Лечение хронического паранефрита включает назначение антибиотиков в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, общеукрепляющими средствами и рассасывающей терапией.

Прогноз благоприятный при своевременном и адекватном лечении заболевания. При хроническом паранефрите прогноз во многом определяется характером основного заболевания.

УРОСЕПСИС

Уросепсис представляет собой самое грозное осложнение воспалительных заболеваний мочеполовой системы и характеризуется генерализацией инфекции с развитием септикопиемии, бактериемического шока и высоким риском летального исхода. Уросепсис может быть следствием острого пиелонефрита, эпидидимита, гнойного простатита.

**Этиология и патогенез**. Механизм развития уросепсиса в первую очередь связан с наличием обструкции мочевых путей.

**Классификация.** Выделяют следующие клинические формы уросепсиса: острая, подострая, хроническая и бактериемический (эндотоксический) шок.

**Симптоматика и клиническое течение** уросепсиса соответствуют тому или иному воспалительному заболеванию, которое привело к развитию уросепсиса. Как правило, это высокая температура тела, потрясающие ознобы, слабость, головная боль и другие признаки интоксикации. Кожные покровы бледные, могут иметь место петехиальные геморрагические высыпания. Возможна спутанность сознания.

При исследовании крови определяется лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево, повышение СОЭ. Моча гнойная. Обязательно бактериологическое исследование крови, которое подтверждает диагноз.

Самым частым клиническим проявлением уросепсиса является бактериемический шок. Механизм его развития обусловлен выбросом в кровоток большого количества бактерий из очага мочевой инфекции. Образующиеся в результате их распада эндотоксины воздействуют на сосудистую стенку, значительно увеличивая просвет сосудистого русла и нарушая микроциркуляцию в органах и тканях.

Различают следующие стадии бактериемического шока: ранняя, стадия клинических проявлений и терминальная. Для ранней стадии характерен резкий и внезапный подъем температуры тела до высоких цифр, озноб, уменьшение количества мочи. У пациентов отмечаются снижение артериального давления, тахикардия, холодный пот. Далее состояние больного усугубляется: появляются заторможенность, нарушение сознания. В этой стадии наблюдается некоторое снижение температуры тела. В третьей стадии в организме развиваются необратимые изменения.

**Диагностика.** Обследование больных уросепсисом начинают с выявления вызвавшего его урологического заболевания. УЗИ, экскреторная урография и КТ являются наиболее информативными методами диагностики гнойно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов. Окончательный диагноз сепсиса устанавливают после трехкратного бактериологического посева крови.

**Лечение** заключается в проведении неотложных реанимационных мероприятий с последующим экстренным оперативным вмешательством. В зависимости от тяжести состояния может быть выполнена чрескожная пункционная или открытая нефростомия или нефрэктомия.

**Прогноз и профилактика**. Прогноз при адекватном лечении и диспансерном наблюдении благоприятный. Меры профилактики уросепсиса заключаются в своевременном и тщательном лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями мочеполовых органов, своевременном устранении причин, препятствующих нормальному оттоку мочи из почки, санации хронических очагов инфекции.

ЦИСТИТ

**Цистит** - инфекционно-воспалительное заболевание стенки мочевого пузыря с преимущественным поражением его слизистой оболочки.

**Эпидемиология.** Женщины болеют чаще мужчин, в соотношении 3 : 1, что обусловлено:

■ анатомо-физиологическими особенностями мочеполовой системы женщин (короткая и широкая уретра, близость половых путей и прямой кишки);

■ гинекологическими заболеваниями;

■ изменениями гормонального фона во время беременности, при приеме гормональных контрацептивов, в постклимактерическом периоде (нарушения микроциркуляции, приводящие к ослаблению местного иммунитета, атрофия слизистой влагалища, уменьшение образования слизи).

У мужчин данное заболевание всегда вторично и может быть обусловлено воспалительными процессами в предстательной железе, семенных пузырьках, придатках яичка и мочеиспускательном канале. Частой причиной развития вторичного цистита у мужчин является инфравезикальная обструкция с хронической задержкой мочеиспускания в результате стриктур уретры и опухолевых заболеваний предстательной железы.

**Этиология и патогенез.** Наиболее частая причина цистита - бактериальная инфекция. Кроме того, возбудителями заболевания могут быть вирусы, микоплазмы, хламидии, грибы. Чаще всего у больных циститом в моче определяют кишечную палочку, стафилококк, энтеробактер, протей, синегнойную палочку, клебсиеллу. Ведущим микробным возбудителем при остром цистите является кишечная палочка (80-90 % наблюдений), что объясняется высокими патогенными и адаптивными возможностями данного микроорганизма (феномен адгезии, высокая скорость размножения, выработка аммиака, который ослабляет иммунитет и нарушает функцию гладкомышечных волокон мочевыводящих путей).

Пути проникновения инфекции в мочевой пузырь следующие:

■ восходящий ■ нисходящий ■ гематогенный ■ лимфогенный ■ контактный

**Факторы риска развития цистита следующие:**

■ снижение общей сопротивляемости организма вследствие гиповитаминозов, стрессов, переохлаждения, изменения гормонального фона;

■ нарушение оттока мочи из мочевого пузыря.

■ нарушение кровообращения в тазовых органах;

■ травматические повреждения слизистой мочевого пузыря во время эндоскопических исследований и операций;

■ эндокринные заболевания (сахарный диабет) и нарушение обмена веществ (например, гиперкальциурия);

■ наличие камней и новообразований в мочевом пузыре;

■ половая активность, особенно при наличии гипермобильности или эктопии уретры у женщин.

Реже встречается неинфекционный (аллергический) цистит. В роли аллергенов могут выступать самые разнообразные вещества: пищевые продукты (бобовые, цитрусовые, орехи), медикаменты (нестероидные противовоспалительные средства), бытовые и парфюмерные химические вещества.

Аллергические реакции также иногда наблюдаются после использования влагалищных тампонов и презервативов.

**Классификация.** Цистит классифицируют по ряду признаков. По клиническому течению:

■ острый;

■ хронический;

■ интерстициальный.

По вовлеченности мочевого пузыря в патологический процесс:

■ первичный;

■ вторичный, являющийся следствием какого-либо заболевания (инфравезикальная обструкция, травма, МКБ и др.).

По причине развития заболевания:

■ инфекционный;

■ аллергический;

■ химический;

■ лучевой, или радиационный.

По типу инфекционного возбудителя:

■ неспецифический, при котором причиной заболевания является собственная условно патогенная микрофлора;

■ специфический, когда выявляется определенный возбудитель (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, трихомонады, туберкулез, кандидоз).

По этому же фактору цистит можно разделить:

■ на бактериальный;

■ вирусный;

■ вызванный грибковой инфекцией.

По распространенности и локализации инфекционного процесса:

■ очаговый (шеечный, тригонит);

■ тотальный, или распространенный.

**Симптоматика и клиническое течение.** Острый цистит характеризуется внезапным, бурным началом, вызванным каким-либо провоцирующим фактором (переохлаждение, эндоскопическое вмешательство, травма), и быстрой регрессией в случае своевременно назначенной терапии. Тяжесть проявления симптомов нарастает в течение первых двух суток.

Больные жалуются на частое болезненное мочеиспускание, боли внизу живота и появление крови в конце мочеиспускания (терминальную гематурию, особенно характерную для шеечного цистита. Характерным является ургентное недержание мочи, то есть императивный (повелительный) позыв к мочеиспусканию настолько силен, что больной теряет мочу, не успевая дойти до туалета.

Цистит сопровождается болевыми ощущениями в области мочевого пузыря и промежности разной степени интенсивности. Для болевого синдрома свойственно постоянство, что нарушает привычную жизнедеятельность человека и его отдых, поскольку не прекращается и в ночные часы.

Терминальная гематурия - также весьма характерный признак заболевания. Она появляется в конце мочеиспускания в виде отчетливо видимой примеси или даже капель крови. Моча при цистите теряет прозрачность из-за наличия большого количества микроорганизмов, форменных элементов крови, эпителиальных клеток и солей. Она становится мутной и приобретает неприятный запах.

Повышения температуры при цистите не наблюдается, что обусловлено пониженной способностью стенки мочевого пузыря к абсорбции веществ, в том числе и воспалительных токсинов. В норме данный механизм препятствует проникновению в кровь продуктов азотистого обмена из концентрированной мочи.

Крайне редко имеют место тяжелые формы острого цистита - флегмонозный, гангренозный, геморрагический, язвенный. Для них характерны выраженная интоксикация, высокая температура тела, олигурия.

О рецидивирующем течении острого цистита говорят при появлении симптомов заболевания не реже двух раз за полгода либо трех раз в течение года. Причиной цистита в данном случае является реинфекция, то есть повторное инфицирование патогенной микрофлорой, источником которой служит как рядом расположенный очаг хронической инфекции, так и половой партнер. Также риск рецидивирования повышают прерванное лечение, бесконтрольный прием антибиотиков и несоблюдение правил личной гигиены.

Хронический цистит, как правило, является следствием предшествующего воспалительного или предрасполагающего заболевания и носит вторичный характер. Воспаление мочевого пузыря развивается и поддерживается в результате:

■ инфравезикальной обструкции (склеротические изменения шейки мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия, рак предстательной железы, сужения мочеиспускательного канала, фимоз);

■ МКБ (камни мочевого пузыря);

■ новообразований мочевого пузыря;

■ дивертикулов мочевого пузыря.

При отсутствии вышеуказанных патологических состояний и хроническом течении цистита, резистентном к проводимой терапии, необходимо исключить специфические заболевания, прежде всего мочеполовой туберкулез.

**Клинические симптомы** хронического цистита повторяют таковые при острой форме. Разница заключается лишь в степени их выраженности. Течение заболевания характеризуется периодическими обострениями, которые по клинике очень схожи с острым циститом и лечатся таким же образом. Возможен также вариант стабильного течения хронического цистита с минимальным набором жалоб и постоянными лабораторными признаками, как, например, лейкоцитурия и бактериурия.

**Диагностика.** Быстрое начало заболевания с характерной симптоматикой позволяют сразу заподозрить острый цистит. В клиническом и биохимическом анализах крови патологических изменений, как правило, не наблюдается.

Моча мутная, с запахом. При исследовании ее реакция чаще щелочная, всегда определяется большое количество лейкоцитов и бактерий, могут присутствовать эритроциты, эпителий, цилиндры, отмечается ложная протеинурия, то есть обусловленная распадом большого количества форменных элементов крови.

Бактериоскопия позволяет визуально (с помощью микроскопа) определить наличие инфекционного возбудителя. Более информативен посев мочи с определением бактериальной культуры и тестом на чувствительность к антибиотикам. Важно отметить, что при остром цистите противопоказаны инвазивные методы диагностики, прежде всего цистоскопия. Цистоскопия возможна и показана при хроническом цистите, с ее помощью могут быть выявлены участки гиперемии, выраженный сосудистый рисунок, фибринозные наложения, язвы, лейкоплакия, камни и др.

**Дифференциальная диагностика.** При остром цистите диагноз, как правило, не вызывает сомнений. Хронический цистит, особенно в случаях отсутствия характерной клинической симптоматики и неэффективности лечения, следует дифференцировать прежде всего с туберкулезом и новообразованиями мочевого пузыря.

**Лечение.** Лечебная тактика при остром цистите заключается в назначении антибактериальной терапии, рекомендуются покой, обильное питье, тепло на низ живота, из рациона исключаются острые и экстрактивные блюда.

В настоящее время существует ряд эффективных схем антибиотикотерапии в зависимости от длительности приема: однократная доза, трехдневный и семидневный курсы. Доказана клиническая эффективность кратковременных курсов лечения женщин репродуктивного возраста.

Наилучшим препаратом однократного применения является фосфомицин (монурал). Хороший эффект также оказывает однократный прием левофлоксацина в дозе 250 мг, излеченность после него достигала 95 % пациентов.

Более длительный курс антибиотикотерапии показан при лечении цистита у пациентов с факторами риска рецидивирования и хронизации инфекции. К ним следует отнести:

■ острый цистит у мужчин;

■ цистит у женщин старше 65 лет;

■ сохранение клинической симптоматики более 7 дней;

■ беременность;

■ сахарный диабет и другие нарушения обмена веществ;

■ использование диафрагм и спермицидов.

Этим больным наиболее целесообразно назначение фторхинолонов, цефалоспоринов 3-го поколения и защищенных пенициллинов.

Кроме антибиотиков, следует отметить положительное влияние уроантисептиков. Представителями данной группы являются нитрофурантоин (фурадонин) и фуразидин (фурагин).

Симптоматическая терапия. Болевые ощущения можно купировать назначением нестероидных противовоспалительных средств, которые обладают противовоспалительным и анальгезирующим действием (солпадеин, диклофенак, лорноксикам и др.). Из спазмолитиков применяются но-шпа, баралгин, цистенал, платифиллин и др.

Критериями излеченности цистита являются полное отсутствие клинической симптоматики, отсутствие лейкоцитурии и роста бактериальных колоний при посеве мочи после окончания антибактериальной терапии. Следует взять контрольный общий анализ и посев мочи на микрофлору как минимум через неделю после отмены антибиотиков.

В профилактике цистита важную роль играют соблюдение правил личной гигиены, своевременное лечение воспалительных заболеваний и нарушений уродинамики, предупреждение переохлаждения, соблюдение асептики при эндовезикальных исследованиях и катетеризации мочевого пузыря.

Прогноз при своевременном и правильном лечении острого цистита благоприятный. Цистит не является причиной летальных исходов, за исключением гангрены мочевого пузыря. Несвоевременное и нерациональное лечение острого цистита способствует его переходу в хроническую форму, при которой прогноз менее благоприятный.

УРЕТРИТ

**Уретрит** - воспаление мочеиспускательного канала. В силу анатомо-физиологических особенностей он как самостоятельное заболевание у женщин практически не встречается и мочеиспускательный канал вовлекается в патологический процесс при воспалении рядом расположенных органов (цистите, нагноении парауретральных желез и др.).

Заболевание встречается преимущественно у лиц репродуктивного возраста.

**Этиология и патогенез.** Подавляющее большинство уретритов передается половым путем. Инкубационный период может составлять от нескольких часов до нескольких месяцев. Значительную роль в патогенезе уретритов играет состояние макроорганизма. Способствующими местными факторами являются гипо- и эписпадия, сужения уретры.

**Классификация.** Различают неспецифические и специфические (гонококковые) уретриты. Гонококковый уретрит вызывается микроорганизмами Neisseria gonorrhoeae (грамотрицательными внутриклеточными диплококками).

Уретрит может быть первичным и вторичным. При первичном уретрите воспалительный процесс начинается непосредственно со слизистой оболочки уретры. При вторичном инфекция попадает в уретру из воспалительного очага, имеющегося в другом органе (мочевом пузыре, простате, влагалище и т. д.).

В зависимости от этиологического фактора различают следующие виды уретритов.

Инфекционные уретриты:

■ бактериальные;

■ трихомонадные (или вызванные другими простейшими);

■ вирусные;

■ кандидозные (или вызванные другими грибами);

■ микоплазменные;

■ хламидийные.

Неинфекционные уретриты:

■ аллергические;

■ химические.

**Симптоматика и клиническое течение.** Различают следующие основные формы уретрита: свежий и хронический, а по выраженности клиники - острый, подострый, торпидный.

Острый уретрит характеризуется обилием выделений из уретры. На головке полового члена они могут ссыхаться, образуя корки. Губки уретры красные, отечные, слизистая оболочка ее несколько выворачивается наружу. При пальпации уретра утолщенная и болезненная. Пораженные крупные уретральные железы обнаруживаются в виде мелких, похожих на песчинки образований. Больные жалуются на жжение и сильные боли при мочеиспускании, особенно в его начале (в результате растяжения уретры проходящей мочой). Симптоматика при поражении заднего отдела мочеиспускательного канала меняется: количество выделений несколько уменьшается, нарастает частота мочеиспусканий, в конце их возникает резкая боль, иногда отмечается выделение крови.

**Осложнениями уретрита** являются простатит, эпидидимоорхит, цистит, а в отдаленном периоде - сужения мочеиспускательного канала.

**Диагностика и дифференциальная диагностика**. Этиология уретрита всегда требует уточнения, поэтому следует дифференцировать специфический уретрит от неспецифического и других патологических процессов в уретре (полипы, кондиломы, новообразования и камни уретры). В настоящее время широкое распространение в диагностике уретритов нашли реакции иммунофлюоресценции и ПЦР-диагностика. Метод ПЦР основан на обнаружении определенного участка ДНК искомого микроорганизма. Он высокочувствителен (95 %) и высокоспецифичен (90-100 %).

Установлению диагноза способствуют многостаканные пробы и уретроскопия. Последняя противопоказана при остром уретрите, но при торпидном и хроническом течении оказывается очень информативной. Многостаканные пробы имеют большое значение для топической диагностики воспалительного процесса (уретрит, простатит, цистит).

**Лечение.** Во время лечения рекомендуется обильное питье, строгое соблюдение диеты с исключением приема алкоголя и острой пищи, половое воздержание.

Основным методом лечения уретрита является антибактериальная терапия, основанная на чувствительности выявленных возбудителей к используемым препаратам. В зависимости от формы и тяжести заболевания применяют антибиотики различных групп.

Прогноз. При своевременном лечении острого уретрита прогноз благоприятный. Хронический уретрит может осложниться сужением мочеиспускательного канала, эпидидимоорхитом и развитием бесплодия.

ПРОСТАТИТ

Простатит- воспаление предстательной железы. Это самое частое заболевание половых органов у мужчин репродуктивного возраста.

**Этиология и патогенез.** Основные причины заболевания - инфекционные и небактериальные воспалительные процессы, развивающиеся вследствие функциональных, микроциркуляторных и застойных нарушений. Инфекционными факторами могут быть патогенные бактерии, вирусы, грибы и др. Отсутствие в секрете предстательной железы патогенной флоры может быть связано с наличием трансформированных L-форм бактерий, мико-плазм, хламидий, вирусов. Изредка встречаются и представители анаэробной флоры.

Инфекция может попадать в простату восходящим каналикулярным путем при уретритах, циститах, после проведения эндоскопических манипуляций. Реже бактерии проникают в предстательную железу гематогенным путем из гнойных очагов в организме (фурункулы, карбункулы, синуситы и т. д.).

В развитии небактериального простатита огромное значение имеют предрасполагающие факторы - венозный стаз и застой секрета. Провоцирующими факторами являются запоры, злоупотребление алкоголем, длительная малоподвижная работа.

**Классификация.** Предложено несколько классификаций простатита. Одни из самых популярных - клинико-анатомическая и Национального института здравоохранения (США, 1995 г.).

Клинико-анатомическая классификация:

■ острые простатиты (катаральный, фолликулярный, паренхиматозный);

■ абсцесс предстательной железы;

■ острая гиперемия предстательной железы (простатизм);

■ хронический простатит;

■ гранулематозный простатит;

■ застойный или конгестивный, простатит;

■ атония предстательной железы;

■ склероз предстательной железы.

**Классификация Национального института здравоохранения США**

■ острый бактериальный простатит;

■ хронический бактериальный простатит;

■ хронический небактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли:

воспалительный хронический тазовый болевой синдром (в секрете простаты, моче и эякуляте определяются лейкоциты);

невоспалительный хронический тазовый болевой синдром, признаки воспаления отсутствуют;

■ асимптоматический хронический простатит (при отсутствии клинических симптомов заболевания диагноз устанавливается по данным гистологического исследования простаты).

**Острый и хронический простатит**

**Симптоматика и клиническое течение.** Острый бактериальный простатит. Клиническая картина заболевания характеризуется бурным началом и складывается из сильных болей в промежности, внизу живота, крестце, недомогания, лихорадки, нередко с ознобом, учащенного болезненного и затрудненного мочеиспускания. Больной бледен, наблюдается тахикардия, может быть тошнота. При трансректальной пальпации предстательная железа увеличена, напряжена, резко болезненна, при наличии абсцесса определяется флюктуация. Иногда боли бывают настолько сильны, что пациенты не дают полноценно провести данное исследование.

Хронический простатит встречается значительно чаще, особенно у мужчин репродуктивного возраста. Больные жалуются в основном на боли в нижней части живота, промежности. Иррадиация их возможна в задний проход, мошонку, крестец, паховые области. Иногда у пациентов возникает чувство жжения в промежности и уретре. Как правило, отмечается четкая взаимосвязь болей с половыми контактами: усиление их при половом воздержании и облегчение вплоть до исчезновения после коитуса. При дефекации могут возникать неприятные или болезненные ощущения в области малого таза, связанные с давлением каловых масс на воспаленную железу.

В ряде случаев отмечаются дизурические явления. Больные жалуются на учащенное, болезненное мочеиспускание, императивные позывы, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, реже - затруднение мочеиспускания, слабую струю мочи.

Изменение состояния эрогенных зон малого таза может привести к повышению их возбудимости или, наоборот, к угнетению чувствительности, что может сопровождаться расстройствами половой функции.

Течение хронического простатита может сопровождаться выделением из уретры по утрам небольшого количества мутноватой жидкости (простаторея). Чаще имеется четкая связь выделений с процессом дефекации. Простаторея обусловлена гиперпродукцией секрета предстательной железы и нарушением функции запирательных механизмов дистальных отделов канальцев и области семенного бугорка.

Одним из наиболее достоверных и информативных методов диагностики является пальцевое ректальное исследование предстательной железы. При хроническом простатите она чаще нормальных размеров, асимметрична, мягко-эластической или тестоватой консистенции, неоднородная, с участками рубцовых втяжений, умеренно болезненная при пальпации. После проведенного массажа железа становится более мягкой, иногда даже дряблой, что говорит о нормальной эвакуации содержимого в просвет мочеиспускательного канала.

УЗИ предстательной железы является третьим по значимости после пальцевого исследования и микроскопии полученного секрета. Оно проводится через переднюю брюшную стенку и ректальным датчиком. Наиболее высокоинформативным является трансректальное УЗИ. Сонография может выявить асимметрию, изменение размеров железы, наличие узлов, образований, включений, полостей, кальцинатов, диффузных изменений паренхимы.

Уретроскопия позволяет оценить состояние простатической части уретры и зоны семенного бугорка. Выявляются наличие воспалительных процессов, рубцовых изменений, анатомических дефектов, сужения просвета мочеиспускательного канала и некоторые другие изменения.

Рентгенологические методы исследования применяют только при наличии конкретных показаний (например, выявление камней предстательной железы).

**Дифференциальная диагностика.** Хронический простатит следует в первую очередь дифференцировать с опухолевыми заболеваниями и туберкулезом предстательной железы, а также с воспалением рядом расположенных органов (везикулит, цистит, парапроктит). В большинстве случаев лабораторные данные (онкомаркеры, бактериоскопическое и бактериологическое исследование секрета предстательной железы на микобактерии туберкулеза), УЗИ, КТ и МРТ, сцинтиграфия скелета и биопсия простаты позволяют установить правильный диагноз.

**Лечение.** Этиотропная антибактериальная терапия включает антибиотики широкого спектра действия, позволяющие элиминировать весь спектр микроорганизмов, выявленных в секрете предстательной железы.

Острый простатит требует экстренной госпитализации с парентеральным введением антибактериальных препаратов, проведения противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей терапии.

При хроническом простатите необходимо длительное многокурсовое комплексное лечение, как правило, в амбулаторных условиях.

Продолжительность антибактериальной терапии при остром простатите составляет 2-4 недели, а при хроническом - 4-6 недель. Препаратами выбора являются фторхинолоны (левофлоксацин, ципрофлоксацин - по 500 мг внутрь 2 раза в сутки, ломефлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин - по 400 мг внутрь 2 раза в сутки). Препаратами второго ряда считаются доксициклин и триметоприм, а резервными - цефотаксим, цефтриаксон и амикацин.

Нестероидные противовоспалительные препараты (например, диклофенак натрия - внутрь или в свечах) позволяют устранить болевой синдром. Биорегуляторные пептиды (витапрост, простатилен) применяют в течение 30 дней в виде суппозиториев на ночь. Альфа-1-адреноблокаторы (тамсулозин, альфузозин, доксазозин) больным с хроническим простатитом назначают при выраженных расстройствах мочеиспускания. У 20-70 % больных с хроническим простатитом наблюдаются различные психические расстройства, требующие коррекции. В этих случаях пациентам прописывают транквилизаторы и антидепрессанты.

Пациентам с хроническим простатитом рекомендуется санаторно-курортное лечение в Железноводске, Кисловодске, Саки, Старой Руссе. Им назначают скипидарные, солевые и хвойные ванны, а также грязевые ректальные тампоны.

В ряде случаев для эвакуации застойного воспалительного отделяемого, образующегося в выводных протоках предстательной железы, может проводиться массаж предстательной железы. Восстановлению полноценной микроциркуляции в органах малого таза способствует назначение физиотерапии, лечебной физкультуры и местных процедур (теплые микроклизмы с ромашкой, шалфеем).

Пациентам показан активный образ жизни, занятия спортом для устранения застойных явлений в тазовых органах и повышения мышечного тонуса тазовой диафрагмы.

Диетотерапия заключается в полноценном здоровом питании с высоким содержанием витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Необходимо исключить острые блюда, алкоголь.

Регулярная половая жизнь способствует профилактике и устранению конгестивных явлений в предстательной железе.

**Прогноз** при своевременной диагностике и лечении заболевания благоприятный. Острый простатит при отсутствии адекватной терапии может перейти в хроническую форму или привести к развитию абсцесса предстательной железы.

**Абсцесс предстательной железы**

**Этиология и патогенез.** Возбудителями абсцесса предстательной железы преимущественно являются грамположительные микроорганизмы. Вирулентные штаммы могут проникать в предстательную железу при септикопиемии из различных гнойных очагов (гидраденит, фурункул, остеомиелит, тонзиллит и др.). Факторами, предрасполагающими к развитию абсцесса предстательной железы, являются переохлаждение, интеркуррентные заболевания, иммунодефицитные состояния, конгестивные явления в простате. Последние связаны с нерегулярной половой жизнью, вредными привычками (алкоголь, табакокурение), заболеваниями тазовых органов, сопровождающимися запорами, а также длительной малоподвижной, сидячей работой. Абсцесс предстательной железы может явиться осложнением острого бактериального простатита.

**Классификация.** Различают первичный и вторичный абсцесс простаты. При первичном инфекция попадает в ткань предстательной железы гематогенно из удаленных гнойных очагов. Вторичный абсцесс простаты является следствием острого простатита.

**Симптоматика и клиническое течение.** Абсцесс предстательной железы характеризуется клиникой острого гнойного воспалительного процесса. Заболевание начинается с повышения температуры тела до 39-40 °С, больного беспокоят озноб, слабость, жажда, интенсивные боли внизу живота, промежности и крестце. Возникает затрудненное, болезненное мочеиспускание, связанное с отеком предстательной железы и сдавливанием простатического отдела уретры, вплоть до острой задержки мочи. Характерны интенсивные пульсирующие боли в промежности, затем в прямой кишке. Возможен прорыв абсцесса в мочеиспускательный канал, мочевой пузырь или прямую кишку, что проявляется резким помутнением мочи или гнойными выделениями при дефекации с одновременной нормализацией температуры тела.

Диагностика основана на данных анамнеза и жалобах больного. При пальцевом ректальном исследовании предстательной железы выявляется ее увеличение, пастозность, болезненность и участок флюктуации, являющийся признаком абсцесса.

При трансректальном УЗИ простаты абсцесс выявляется как гипоэхогенное образование с нечеткими контурами.

КТ свидетельствует о наличии ограниченного жидкостного образования в ткани предстательной железы. Его трансректальная пункция позволяет точно установить диагноз и является начальным этапом лечения заболевания.

Дифференциальную диагностику абсцесса предстательной железы следует проводить прежде всего с острым парапроктитом и везикулитом. Правильно установить диагноз позволяют пальцевое ректальное исследование, сонография и компьютерная томография органов малого таза.

**Лечение.** Пациенту с абсцессом предстательной железы показана экстренная госпитализация в стационар. Параллельно с проведением антибактериальной, дезинток-сикационной, общеукрепляющей терапии под ультразвуковым контролем производят пункцию абсцесса, а затем его вскрытие и дренирование промежностным или трансректальным доступом. Возможно трансуретральное вскрытие с помощью резектоскопа.

Применяют антибиотики широкого спектра действия (доксициклин, ципрофлоксацин, офлоксацин; цефтриаксон). В послеоперационном периоде для ускорения рассасывания инфильтратов и предупреждения развития рубцово-склеротических изменений эффективны лидаза (64 ЕД подкожно), экстракт аллоэ (2,0 подкожно), микроклизмы с антисептическими препаратами (10-15% раствор димексида, диоксидина), ректальные свечи с противовоспалительным эффектом.

**Прогноз** благоприятный, при своевременном вскрытии и дренировании абсцесса наступает выздоровление. Позднее обращение больного за медицинской помощью и запоздалое лечение могут привести к жизненно опасному осложнению - сепсису.

ЭПИДИДИМИТ

**Эпидидимит** - воспаление придатка яичка.

**Этиология и патогенез.** Эпидидимит развивается преимущественно вследствие проникновения инфекции в придаток или гематогенным путем из очагов гнойной инфекции (ангина, фурункул, гидраденит, пневмония и др.), или каналикулярно, по семявыносящему протоку, при наличии воспалительного процесса в уретре или предстательной железе. Возможно развитие эпидидимита после инструментальных (катетеризация мочевого пузыря, бужирование уретры) и эндоскопических (уретроцистоскопия) вмешательств.

Гораздо реже причиной эпидидимита могут быть аномалии развития нижних мочевых путей (дивертикулы, клапаны задней уретры) и травмы органов мошонки.

**Патологическая анатомия.** Придаток яичка уплотнен, резко увеличен за счет воспалительной инфильтрации и отека вследствие сдавливания кровеносных и лимфатических сосудов. Канальцы придатка расширены и заполнены слизистогнойным содержимым. Семявыносящий проток утолщен, инфильтрирован, просвет его сужен. В воспалительный процесс вовлекаются и оболочки семенного канатика (диферентит и фуникулит). Часто эпидидимит сочетается с воспалением яичка - орхитом. В таких случаях говорят об эпидидимоорхите.

Классификация эпидидимитов следующая.

По этиологии:

■ инфекционный:

специфический (туберкулезный, гонорейный, трихомонадный);

неспецифический (бактериальный, вирусный, вызванный микоплазмами и хламидиями);

■ некротически-инфекционный (при перекруте и некротизации гидатид или яичка );

■ гранулематозный (вызванный семенной гранулемой);

■ посттравматический.

По течению заболевания:

■ острый (серозный и гнойный);

■ хронический.

**Симптоматика и клиническое течение.** Острый эпидидимит начинается с быстро нарастающего увеличения придатка яичка, резких болей в нем, повышения температуры тела до 40 °С с ознобами. Воспаление и отек распространяются на оболочки яичка и мошонку, в результате чего кожа ее растягивается, теряет складчатость, становится гиперемированной. При вовлечении в патологический процесс яичка (эпидидимоорхит) граница между ними перестает определяться. Обычно развивается реактивное гидроцеле. Боли иррадиируют в паховую область, резко усиливаются при движении, в связи с чем больные вынуждены находиться в постели. Вследствие несвоевременно начатой или неадекватной терапии острого эпидидимита заболевание может абсцедировать или перейти в хроническую форму.

Хронический эпидидимит характеризуется латентным течением. Болевые ощущения незначительны.

Диагностика в большинстве случаев не вызывает затруднений. Диагноз устанавливается на основании данных осмотра и пальпации органов мошонки.

Определяется увеличенная и отечная соответствующая половина мошонки, кожа ее гиперемирована, складчатость сглажена. Придаток значительно увеличен, уплотнен, резко болезнен. При абсцедировании определяется флюктуация.

Появление симптоматической водянки оболочек яичка подтверждают диафаноскопия и УЗИ. В анализах крови определяются лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ.

Уточнить диагноз позволяет трехстаканная проба мочи, ее бактериоскопическое и бактериологическое исследование.

**Дифференциальная диагностика.** Неспецифический эпидидимит по своей клинической картине иногда трудно отличить от туберкулеза придатка яичка. Решающее значение имеет тщательный сбор эпидемиологического анамнеза, выявление микобактерий туберкулеза в пунктате придатка, наличие двустороннего поражения с образованием гнойных свищей мошонки.

Острый эпидидимит следует отличать от перекрута гидатид или яичка, требующих экстренного хирургического лечения, и новообразований яичка. Перекрут яичка характеризуется внезапным появлением сильных болей в соответствующей половине мошонки, отсутствием температурной реакции, гиперемии кожи мошонки и значительного увеличения придатка яичка. Новообразования яичка нередко развиваются в молодом возрасте. Яичко значительно увеличено в размерах, отсутствуют признаки воспалительного процесса. Уточнить диагноз помогают УЗИ органов мошонки и определение онкомаркеров в сыворотке крови.

**Лечение.** Больному с острым эпидидимитом показан постельный режим. Для обеспечения покоя воспаленного органа применяют суспензорий.

Назначают антибиотики широкого спектра действия. Местно применяют компрессы с 10-15% раствором димексида, электрофорез с йодистым калием, новокаином. Хорошо зарекомендовала себя магнитно-лазерная терапия.

После стихания воспалительного процесса назначают тепло на мошонку, диатермию, УВЧ.

При возникновении абсцесса придатка яичка показано оперативное лечение - вскрытие и дренирование абсцесса, при массивном поражении органа выполняют эпидидимэктомию или орхэктомию.

Прогноз при неспецифическом эпидидимите благоприятный при адекватном и своевременном лечении. В случае двустороннего хронического воспаления заболевание может осложниться экскреторным бесплодием.

ОРХИТ

**Орхит -** воспаление яичка.

**Этиология и патогенез**. Причины и течение заболевания такие же, как при остром эпидидимите. Из-за тесной взаимосвязи и взаимного расположения яичка и его придатка в патологический процесс нередко вовлекаются оба органа - развивается эпидидимоорхит.

Этиология орхита может быть вирусной. Вирусные инфекции чаще поражают яичко, а не его придаток. Прежде всего это имеет место при эпидемическом паротите, приводящем к тяжелому поражению паренхимы яичка с развитием бесплодия.

**Патологическая анатомия.** Анатомические изменения определяются степенью деградации канальцевой системы яичка. Снижается тургор, и нарастает гипотрофия паренхимы (вплоть до атрофии клеток Сертоли). В основе механизма развития патологического процесса лежит первичное повреждающее воздействие на ткань, приводящее к отеку, гибели тканей, нарушению проницаемости гемотестикулярного барьера. В связи с началом выработки аутоантител со временем может произойти нарушение процесса сперматогенеза и в здоровом яичке. Даже после ликвидации воспалительного процесса выработка аутоантител организмом продолжается.

**Симптоматика и клиническое течение**. Заболевание начинается остро. Больные жалуются на внезапно возникшие боли в яичке, озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С, увеличение яичка. Боли иррадиируют в паховую область, резко усиливаются при движении. Состояние больного ухудшается за счет интоксикации, температура тела остается высокой, появляются отечность и гиперемия кожи мошонки, исчезает ее сглаженность. При эпидемическом паротите орхит развивается на 3-10-й день заболевания или в первую неделю выздоровления. В 30 % случаев поражение носит двусторонний характер.

**Диагностика.** Данные анамнеза, подтверждающие травму или первичные заболевания, и клиническая картина способствуют правильной постановке диагноза. При изолированном поражении яичка придаток его не увеличен, семенной канатик утолщен, семявыносящий проток пальпируется отчетливо, без инфильтративных изменений.

УЗИ органов мошонки позволяет определить наличие реактивного гидроцеле, отечность паренхимы яичка, а при абсцедировании - гипоэхогенные участки.

**Дифференциальная диагностика**. Неспецифический орхит следует дифференцировать с перекрутом, туберкулезом, опухолями яичка и ущемленной паховомошоночной грыжей. Основными методами дифференциальной диагностики, как и при эпидидимите, являются специфические туберкулезные пробы, определение онкомаркеров и УЗИ органов мошонки.

**Лечение.** Консервативная терапия такая же, как при остром эпидидимите. При возникновении абсцесса яичка показано оперативное лечение - вскрытие гнойника и дренирование мошонки. При гнойном орхите, особенно у пожилых людей после операции на предстательной железе, целесообразно выполнить орхэктомию. При орхите паротидного генеза к общей противовоспалительной терапии добавляют глюкокортикостероиды (преднизолон - 20 мг/сут) и ацетилсалициловую кислоту (1,5 г/сут).

**Прогноз** при неспецифическом орхите благоприятный. Двусторонний орхит, особенно как осложнение инфекционного паротита у детей, может привести к бесплодию.

БАЛАНОПОСТИТ

**Баланит** - это воспаление головки полового члена. **Постит -** воспаление крайней плоти. Баланит и постит, как правило, встречаются одновременно, поэтому практически всегда это единая форма заболевания - баланопостит.

**Этиология и патогенез.** Причинами баланопостита могут быть инфекционные и неинфекционные агенты. В первом случае вызывать баланопостит может неспецифическая (бактерии, вирусы, грибы) и специфическая (микобактерии туберкулеза, хламидии, микоплазмы, трихомонады) микрофлора. Вторую группу составляют неинфекционные баланопоститы: ксеротический облитерирующий баланопостит, плазменно-клеточный баланит Зоона, псориаз, аллергический контактный дерматит, химический баланопостит или баланопостит в результате введения различных маслянистых веществ под кожу крайней плоти.

Развитию заболевания способствуют местные факторы, прежде всего врожденный или приобретенный фимоз. В таких случаях невозможность обнажения головки приводит к застою содержимого препуциального мешка с разложением в нем сальной смазки и мочи.

**Классификация.** В зависимости от клинического течения баланопостит подразделяют на острый и хронический.

Факторы, способствующие развитию заболевания:

■ несоблюдение гигиенических мероприятий в отношении головки полового члена и крайней плоти;

■ фимоз;

■ хронический уретрит;

■ заболевания головки полового члена (остроконечные кондиломы, мягкий и твердый шанкр, опухоли);

■ сахарный диабет и другие иммуносупрессивные заболевания, особенно у пожилых мужчин;

■ травматизация головки полового члена и крайней плоти (при половом акте, нижним бельем, инородными телами).

**Симптоматика и клиническое течение**. Больного беспокоят зуд и боли в головке полового члена, рези при мочеиспускании. При осмотре крайняя плоть отечна, гиперемирована, отмечаются гнойные выделения из препуциального мешка. Степень выраженности воспалительного процесса может варьировать от минимальной (незначительная гиперемия и/или точечные участи покраснения на головке) до развития тяжелого гнойного баланопостита с эрозированием и разрушением кожных покровов.

Если лечение не проводится, то заболевание осложняется лимфангитом, проявляющимся красными полосами на тыльной стороне полового члена. При прогрессировании процесса гиперемия становится сплошной, нарастает отек органа. Появляется паховый лимфаденит, возможна гангрена полового члена с выраженной интоксикацией, лихорадкой и развитием уросепсиса.

**Диагностика.** Жалобы и характерная клиническая картина позволяют в большинстве случаев сразу установить диагноз. Для идентификации возбудителя используют бактериоскопическое и бактериологическое исследование, а также ПЦР-диагностику.

**Дифференциальная диагностика.** Проводится с первичными заболеваниями головки полового члена, вызвавшими баланопостит, прежде всего с сифилисом, остроконечными кондиломами и новообразованиями. С этой целью следует устранить наличие кругового сужения крайней плоти, санировать и осмотреть препуциальный мешок, головку полового члена.

**Лечение** должно быть направлено на устранение первичного заболевания. Прежде всего следует обеспечить свободное открытие крайней плоти и головки полового члена. Обязательно проведение гигиенических мероприятий - санации головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти слабыми растворами перманганата калия, фурацилина, хлоргексидина и другими антисептиками. Регулярно должна проводиться смена нижнего белья. Оперативное лечение (циркумцизия) применяется по медицинским показаниям при постоянно рецидивирующих хронических баланопоститах.

**Прогноз** благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении.

**Форма организации лекции:**информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: *1) словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

**Средства обучения**:

- дидактические: презентация

- материально-технические: мультимедийный проектор

**Лекция №3.**

**Тема**: «**Мочекаменная болезнь**».

**Цель:** закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме диагностики МКБ, тактике консервативного и оперативного лечения данной патологии, а так же освоение базовых знаний профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

**Аннотация лекции**

**Мочекаменная болезнь** - полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием камня или нескольких камней в почках и/или мочевых путях. Это одно из наиболее распространенных урологических заболеваний и встречается не менее чем у 1-3 % населения, причем наиболее часто в возрасте 20-50 лет. Больные составляют 30-40 % всего контингента урологических стационаров. Проблема мочекаменной болезни актуальна во всём мире. Неблагоприятные экологические и социальные условия быта предрасполагают к росту заболеваемости и заставляют искать новые подходы к диагностике и лечению мочекаменной болезни. Сохраняются эндемические очаги заболеваемости (Средняя Азия, Кавказ, Поволжье, Крайний Север, Австралия, государства Балканского полуострова, Бразилия, Турция, Индия, восточные районы США и т. д.) свидетельствуют о значимом влиянии факторов внешней среды и географических условий на возникновение и развитие мочекаменной болезни.

**Этиология и патогенез.**

В настоящее время единой теории патогенеза мочекаменной болезни нет. Генез камнеобразования разделяют на каузальный (этиологический) и формальный (патогенетический).

**Этиология** (каузальный генез).

Среди факторов камнеобразования ведущее место занимают 3 фактора:

1. врожденные энзимопатии (тубулопатии)
2. пороки анатомического развития мочевых путей
3. наследственные нефрозо- и нефритоподобные синдромы.

Энзимопатии (тубулопатии) представляют нарушения обменных процессов в организме или функций почечных канальцев в результате различных ферментативных нарушений, которые могут быть как врожденными, так и приобретенными. Наиболее распространенными являются следующие энзимопатии: оксалурия, уратурия, генерализованная аминоацидурия, цистинурия, галактоземия, фруктоземия, синдром де Тони-Дебре-Фалкони.

Приобретенные чаще возникают после перенесенных заболеваний почек и печени (холецистит, гепатит, пиелонефрит, др.), чаще всего встречается сочетание врожденных и приобретенных факторов развития тубулопатии, что может привести к образованию разных камней в одной почке в разное время или в разных почках в одно и тоже время у одного больного.

Оксалурия составляет примерно 50% всех случаев нефролитиаза, как правило, сопровождается пиелонефритом. В пользу наследственного характера заолевания свидетельствует факт, то оно часто встречается у родственников больных. Камни при при оксалурии состоят из оксалата кальция лишь на 1/4, остальную часть составляет фосфат кальция. Известно, что в образовании фосфатных камней играет роль гиперфункция паращитовидной железы, рН мочи при оксалурии колеблется в диапозоне 5,1-5,9. Степень оксалурии пропорциональна активности воспалительного процесса.

Уратурия составляет около 25% всех случает нефролитиаза, часто встречается у родственников больных. Заболевание развивается при нарушении синтеза пуриновых нуклеотидов в двух случаях: повышение образования мочевой кислоты при синтезе пуринов или при снижении реабсорбции мочевой кислоты в канальцах (в норме образуется мочевой кислоты не более 800 мг/сут). В первом случае уратурия сопровождается повышением мочевины крови. При воспалительном процессе усиливается распад нуклеотидов, что приводит к повышению образования мочевой кислоты. При воспалительном процессе 97% камней состоят из мочевой кислоты и 3% из ее солей - уратов.

Генерализованная аминоацидурия встречается у большинства больных нефролитиазом и у половины их родственников. Характеризуется повышением выведения аминокислот с мочой (2,5-5,7 г/сут при норме 1-2 г). Аминоацидурия является показателем нарушения функции проксимальных канальцев. Встречается при различных заболеваниях - цистинозе новорожденных, синдроме де Тони-Дербе-Фанкони, галактоземии, множественной миеломе, дефиците витамина D и др. Суммарное содержание аминокислот в сыворотке крови может быть пониженным.

Помимо генерализованной аминоацидурии существуют специфические формы почечной аминоацидурии - цистинурия, глицинурия и др.

Цистинурия - генетически обусловленное нарушение реабсорбции в почках цистина, лизина, аргинина и орнитина. В норме 5% отфильтрованного цистина реабсорбируется в почечных канальцах. У больных цистинурией цистин канальцами не реабсорируется, что ведет к снижению его концентрации в сыворотке на 50%.

Синдром де Тони-Дебре-Фанкони является основным среди изменений кальциево-фосфорного обмена. Он представляет собой наследственную тубулопатию с нарушением реабсорбции аминокислот, глюкозы и фосфатов. Реже присоединяется нарушение реабсорбции воды, натрия, калия, уратов, белка. Клинически синдром проявляется как рахит или остеомаляция. Проксимальные канальцы почки длинные и тонкие, в связи с чем синдром получил второе название - синдром лебединой шеи.

Этиологические факторы развития камнеобразования на фоне врожденных тубулопатий можно разделить на экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы: географические, социально-экономические, алиментарный, пол, возраст, химический состав воды и т. д. С учетом экзогенных факторов, повышенное камнеобразование в теплое время года, особенно в странах с жарким климатом, объясняется теорией дегидратации (в сочетании с высокой минерализацией воды и повышением концентрации мочи) и потерей с мочой натрия. С увеличением жесткости питьевой воды и содержанием в ней кальция и магния возрастает частота камнеобразования.

Эндогенные факторы можно разделить на общие и местные.

Общие: гиперкальциурия, А-авитаминоз, D-авитаминоз или передозировка витамина D, гиперпаратиреоз, бактериальная интоксикация при общих инфекциях и пиелонефрите, употребление в большом количестве определенных химических веществ (сульфаниламидов, тетрациклинов, антацидов, ацетилсалициловой кислоты, глюкокортикоидов и т. д.), длительная или полная иммобилизация и т. д.

Местные (приводящие к нарушению уродинамики): стриктуры мочеточника, первичные и вторичные стенозы лоханочно-мочеточникового сегмента, аномалии мочевых путей, нефроптоз, пузырно-мочеточниковыи рефлюкс, инфекция мочевых путей и т. затрудненный отток мочи из почек приводит к нарушению экскреции и резорбции составных элементов мочи, выпадению (кристаллизации) солевого осадка, а также создает условия для развития воспалительного процесса.

Риск камнеобразования значительно увеличивается при наличии в организме одновременно нескольких предрасполагающих к заболеванию факторов. Патогенез формальный генез.

В основе патогенеза камнеобразования лежат коллоидно-химические и биохимические процессы. В настоящее время выделяют три основных теории образования камней.

Согласно теории катара лоханки, образующееся в результате воспаления лоханки и десквамации эпителия органическое вещество становиться ядром камнеобразования (матрицей).

Согласно кристаллоидной теории, перенасыщение мочи кристаллоидами в количестве, переходящем за пределы растворимости, приводит к выпадению их в осадок и формированию камня.

Согласно коллоидной теории камнеобразования, моча - это сложный раствор, перенасыщенный растворенными минеральными солями (кристаллоидами) и состоящий из мелкодисперсных белковых веществ (коллоидов). Последние, находясь в химическом взаимоотношении с кристаллоидами, удерживают их в моче здорового человека в растворенном виде, т. е. создается коллоидно-кристаллоидное равновесие. При нарушении количественных и качественных соотношений между коллоидами и кристаллоидами в моче могут наступить патологическая кристаллизация и камнеобразование.

Одним из значимых факторов камнеобразования является реакция мочи (рН). Она определяет оптимум активности протеолитических ферментов и седиментацию мочевых солей. Седиментация солей мочевой кислоты (уратов) происходит в кислой среде при значениях рН мочи от 4,5 до 5,8; кальциевых солей щавелевой кислоты (оксалатов) — в зоне рН 5,8-6,8; фосфорнокислых конкрементов — при рН выше 7,0, т. е. в щелочной среде. Знание этого положения имеет большое значение в профилактике повторного камнеобразования.

В настоящее время считают, что основой формального генеза мочекаменной болезни являются канальцевые поражения почек, ведущие к повышенному образованию мукопротеидов, связывающих защитные коллоиды, и нейтральных мукополисахаридов, которые могут образовывать комплексы с мочевыми солями как на слизистой оболочке почечных сосочков, так и в просвете почечных канальцев в виде цилиндров, превращаясь в микролиты.

**Минералогическая классификация мочевых камней.**

В настоящее время используется минералогическая классификация мочевых камней. Около 60-80 % мочевых камней является неорганическими соединениями кальция.

**Оксалаты** (реакция мочи кислая или щелочная) - камни, состоящие из кальциевых солей щавелевой кислоты, как правило, темного цвета, почти черные с шиповатой поверхностью, очень плотные.

**Фосфаты** (реакция мочи кислая или щелочная) - камни сероватого или белого цвета, непрочны, легко ломаются, часто сочетаются с инфекцией.

**Ураты** (реакция мочи кислая) - камни, состоящие из мочевой кислоты и ее солей, желто-коричневого, иногда кирпичного цвета с гладкой или слегка шероховатой поверхностью, довольно плотные

В большинстве случаев мочевые камни имеют смешанный химический состав. Редко встречаются цистиновые, ксантиновые, холестериновые камни.

**Симптоматика**.

Основными симптомами уролитиаза являются боль, гематурия, дизурия и отхождение кристаллов мочевых солей и конкрементов.Эти симптомы, за исключением последнего, не являющегося абсолютным, могут иметь место при многих урологических заболеваниях.

Болевой симптом.Ведущим клиническим симптомом мочекаменной болезни является боль. В зависимости от величины, формы, расположения и степени подвижности камня боль может иметь разнообразный характер. Если камень, находящийся в почке, имеет большие размеры, неподвижен и не вызывает нарушения оттока мочи, то боли вообще может не быть («немой камень»). Как правило, камень почки или мочеточника сопровождается болевым синдромом, нередко в виде почечной колики. Частота ее при нефролитиазе достигает 70 % . У больных с камнями мочеточников она наблюдается чаще — от 63,6-до 90 % и выше. Ни при одном заболевании почек и мочевыводящих путей боль не наблюдается так часто, как при камнях почек и мочеточников. Для того чтобы возникла почечная колика, достаточно прохождения мелкого камня или кристаллов мочевых солей, которые вызывают раздражение чувствительных нервных окончаний, расположенных в подслизистом слое чашечек, лоханки или мочеточника. Раздражение интерорецепторов приводит к спастическому сокращению гладкой мускулатуры мочевыводящих путей и к нарушению оттока мочи.

Почечная колика возникает внезапно, без видимых причин. Боли носят нестерпимый характер и локализуются в левой или правой поясничной области с распространением вниз по ходу мочеточника в подвздошную область, в пах, внутренние поверхности бедра и наружные половые органы. Заболевание протекает в виде болевых приступов. Длительность приступа — от нескольких минут до суток и более. Особенно тяжело переносится почечная колика, вызванная обтурацией камнем просвета мочеточника. При этом могут возникнуть тошнота, рвота, иногда анурия. Присоединение инфекции проявляется повышением температуры тела, ознобами. Вследствие задержки стула и газов появляется вздутие живота. Явление пареза кишечника, иррадиация боли, особенно в паховую область и наружные половые органы, объясняются, связями междуганглиями почек и брюшнои полости, атакже нервными связями мочеточников.

Естественно, что почечная колика может быть симптомом и других урологических заболеваний, хотя намного реже.

Дизурия*.* У больных с низко расположенными камнями мочеточников,

особенно в юкставезикальном и интрамуральном отделах, вследствие рефлекторных влияний могут появиться поллакиурия, никтурия, дизурия, во время почечной колики — даже острая задержка мочи. Выраженная дизурия иногда приводит к ошибочной диагностике.

Гематурия*.* Является непостоянным симптомом мочекаменной болезни. Микроскопически она может иметь место в 75-90 %. Макрогематурия при мочекаменной болезни, по некоторым данным, встречается до 50 % наблюдений. Гематурия в основном обусловлена механическими факторами, связанными с повреждением слизистой оболочки лоханки или мочеточника камнями. Гематурия при нефролитиазе может быть следствием венозного застоя в почке или результатом воспалительного процесса.

Пиурию*,* или лейкоцитурию*,* принято считать также симптомом уролитиаза, хотя правильнее рассматривать ее как симптом осложнения калькулезного пиелонефрита.

Отхождение конкремента с мочой является абсолютным признаком уролитиаза. Обычно это происходит вскоре после приступа почечной колики. У некоторых больных отмечается безболезненное выделение конкрементов.

**Диагностика.**

Лабораторнаядиагностика:

Общий анализ крови.У больных чаще наблюдаются нормальные показатели общего анализа крови, однако во время почечной колики или атаки острого пиелонефрита отмечаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, возможно выявление сопутствующей анемии.

Общий анализ мочи - могут иметь место незначительная протеинурия (белок 0,03-0,3 г/л), микрогематурия (свежие эритроциты), единичные цилиндры. При наличии калькулезного пиелонефрита наблюдаются пиурия (лейкоцитурия) и бактериурия. Лейкоциты свыше 10 в п/з свидетельствуют о воспалительном процессе.

Клиническое значение имеет оценка рН мочи (кислая, щелочная) и показателей относительной плотности мочи (удельный вес). Кристаллысолей могут быть эпизодическими и нередко зависят от характера питания и рН мочи

Биохимическое исследование крови мочивключает определение содержания креатинина, мочевины, кальция, магния, неорганического фосфора, мочевой кислот. Суммарная функция почек определяется уровнем мочевины и креатинина в сыворотке крови и в суточной моче.

Исследование уровня гормонов(кальцитонин и паратгормон) проводится при диагностике гиперпаратиреоидизма., особенно *у* больных с коралловидными, двусторонним pi и рецидивными камнями при повышенном уровне кальция сыворотки крови.

Проба Зимницкого - оценка функционального состояния почек на основании динамики плотности мочи (в норме 1005-1025) в течение суток в 8 порциях мочи. Проба является самой физиологичной. Снижение относительной плотности мочи и монотонность показателей свидетельствуют о нарушении функции почек.

Бактериологическое исследование (посев) мочипозволяет идентифицировать микрофлору мочи и определить титр бактериурии. Бактериологические посевы мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам дают возможность проводить этиотропное лечение пиелонефрита, являющегося одной из причин рецидивов камнеобразования.

**Лучевая диагностика**

Ультразвуковое исследование позволяет оценить размеры, положение и подвижность почек, размер паренхимы, определить наличие и степень дилатации чашечно-лоханочной системы, локализацию камня(ей) и определить его линейные размеры. Ультразвуковая картина камня почки характеризуется наличием гиперэхогенного участка с акустической тенью («дорожкой») дистальнее его.

Обзорная рентгенографияпоказана с целью обнаружения и локализации рентгенопозитивных (рентгеноконтрастных) теней.

Камни могут быть рентгенопозитивными (рентгеноконтрастными), рентгенонегативными (рентгенонеконтрастными) или малоконтрастными, что зависит от химического состава (прежде всего, присутствия и количества кальциевого компонента) мочевых камней. Конкременты, состоящие из кальций-оксалатов и кальций-фосфатов, отчетливо видны на рентгенограммах. Камни, состоящие из мочевой кислоты и ее солей (ураты), на обзорных рентгенограммах не видны. «Невидимость» камня на обзорном снимке может быть обусловлена не только химическим составом, но и плохим качеством снимка, проекцией камня на кости скелета и прочими причинами (асцит, ожирение и т. п.) Камни почки и мочеточника нередко приходится дифференцировать от обызвествленных лимфатических узлов и флеболитов в области таза, камней желчного пузыря, теней каловых масс, инородных тел кишечника. Уточнить характер и локализацию тени помогает экскреторная урография.

Показаниями к экскреторной урографии являются: камень (данные УЗИ и обзорного снимка), размеры которого не позволяют рассчитывать на самостоятельное отхождение, рентгенонегативный камень, уретерогидронефроз, двусторонний нефролитиаз, рецидив заболевания, любые патологические изменения в противоположной почке при одностороннем нефролитиазе сомнения в генезе почечной колики и т.д. Рекомендуется проводить ее в безболевом периоде (вне почечной колики). При полной окклюзии мочеточника камнем, рентгеноконтрастное вещество располагается над камнем в расширенном мочеточнике, как бы указывая на камень (симптом Лихтенберга). При рентгенонегативном камне почки или мочеточника на фоне рентгеноконтрастного вещества определяется дефект наполнения, соответствующий конкременту.

Дополнительные рентгенологические исследования: ретроградная (восходящая) уретеропиелография, а при наличии нефростомического дренажа - антеградная пиелография выполняются по показаниям. Показанием к выполнению ретроградной уретеропиелографии являются сомнения относительно диагноза мочекаменной болезни или npи рентгенонегативном камне.

Компьютерная томография детализирует особенности ангио-архитектоники и анатомо-функционального состояния почек и мочевых путей, уточняет локализацию камня (камней) и их структурную плотность (денситометрия), выявляет возможные аномалий мочевых путей, а также сопутствующие заболевания органов брюшной полости и т. д.

Современными и наиболее информативными методами исследования больных мочекаменной болезнью являются спиральная компьютерная томография и мультиспиральная компьютерная томография возможностью трехмерной реконструкции изображения и виртуальной эндоскопией, детализирующие размеры, локализацию и структурную плотность камней, анатомо-функциональное состояние верхних мочевых путей, что определяет выбор метода лечения. Современные виды компьютерной томографии выявляют камни любой локализации и рентгенопозитивности.

Магнитно-резонансная урографияпозволяет определить уровень обструкции мочевых путей камнем без контраста с почечной коликой и при непереносимости контрастного вещества.

**Консервативное лечение и профилактика.**

Лечебные мероприятия при мочекаменной болезни должны заключаться не только в удалении камня (или его самостоятельного отхождения), но и в проведении необходимого профилактического лечения с целью предотвращения рецидивного камнеобразования. По данным некоторых авторов, рецидивы заболевания в зависимости от той или иной формы мочекаменной болезни возникают у 10—40% больных МКБ без профилактического лечения.

Профилактическое лечение основывается на диетических рекомендациях, коррекции биохимических изменений, проведении лекарственного литолиза (по показаниям) и т.д.

Контроль эффективности проводимого профилактического лечения в первый год наблюдения проводят через каждые 3 месяца. В последующем контроль осуществляется 1 раз в 6 месяцев. В комплексный контроль входит выполнение общего и биохимического анализов крови и мочи, УЗИ мочевой системы, рентгенологического исследования и т.д. При хроническом пиелонефрите 1 раз в 3 месяца проводят бактериологический посев мочи. Контроль за проведением профилактического лечения проводят в течение 5 лет после выявления мочекаменной болезни. В случае необходимости возможна корректировка медикаментозного лечения.

Общие рекомендации включают:диетотерапию, контроль за суточным потреблением жидкости, проведение лечебной физкультуры, физиотерапевтических и бальнеологических процедур.

Характер питания является одним из главных факторов риска развития мочевых камней и, учитывая это, немаловажную роль приобретает диетотерапия, адекватное поддержание водного баланса и т.д. Диетические рекомендации основаны на данных химического анализа удаленного камня и направлены на коррекцию биохимических изменений в организме.

Диетотерапия.

Уратные камни состоят преимущественно из мочевой кислоты. Их образование может быть обусловлено высокой концентрацией мочевой кислоты в моче или низким показателем рН мочи.

Диетические рекомендации при уратном уролитиазе:исключение продуктов с высоким содержанием пуриновых соединений (являющихся источниками образования в организме мочевой кислоты), таких как различные мясные продукты (колбасы, мясные бульоны, субпродукты), бобовые, кофе, шоколад, какао.

Кальций-оксалатный уролитиаз.

При кальций-оксалатном уролитиазе ограничивают приема продуктов с высоким содержанием кальция, аскорбиновой кислоты и оксалата. К этим продуктам относятся молоко и молочные продукты, сыр, шоколад, зеленые овощи, черная смородина, клубника, крепкий чай, какао. Суточный объем жидкости должен составлять не менее 2 л в сутки.

Диета при кальций-фосфатном уролитиазепредусматривает ограничение потребления больным в пищу продуктов богатых неорганическим фосфором: рыбные продукты, сыр, молоко и молочные продукты. Суточное потребление жидкости должно достигать 2-2,5 литров в сутки.

**Цистиновые камни**

Цистинурия - это наследственное заболевание с аутосомно-рециссивным типом наследования. В основе цистинурии лежит нарушение трансмембранного транспорта, приводящее к нарушению абсорбции в кишечнике и резорбции в проксимальном канальце двухосновных аминокислот (цистина, орнитина, лизина, аргинина). Цистин плохо растворяется в моче, что приводит к его выпадению в виде кристаллов. При выявлении цистинового уролитиазарекомендуется увеличить суточный объем потребляемой жидкости до 4 л/сут с количеством выделяемой мочи более 3 л/сут.

Фармакологические препараты, применяющиеся при различных формах МКБ

Лекарственному литолизу подвергаются уратные камни. Учитывая, что уратные камни возникают на фоне снижения рН мочи, для их растворения необходимо создание постоянно повышенного значения рН мочи (рН=6,2-6,8), что достигается приемом цитратных смесей. В России применяют следующие цитратные смеси: Блемарен, Уралит У.

Блемаренпредставляет собой буферную систему, в которую входят лимонная кислота и ее трехзамещенные соли - цитрат натрия и цитрат калия. Эта система вследствие гидролиза соли сильного основания и слабой кислоты определяет ощелачивающее действие данного препарата, создавая повышенную концентрацию ионов натрия и калия в моче. Терапия цитратными смесями проводится в течение от 1 до 6 месяцев, при этом растворение камней происходит уже через 2-3 месяца. Критерием эффективности лечения и профилактики является повышение рН до 6,2-6,8 и литолиз конкрементов.

Фармакологические свойства препарата «Уралит У» такие же, как и у Блемарена.

**Растительные препараты.**

Цистон (HIMALAYA DRUG Co)- это комплексный растительный препарат, в состав которого входят 9 компонентов. Комплекс биологически активных веществ, входящих в состав Цистона, оказывает литолитическое, диуретическое, спазмолитическое, противомикробное, мембраностабилизирующее и противовоспалительное действие.

Фармакологическое действие Цистона заключается в снижении активности камнеобразования и уменьшении спонтанной кристаллурии. Препарат эффективен при всех видах камней и не зависит от рН мочи.

Применение препарата Цистон показано как в виде монотерапии, так и в комплексной терапии мочекаменной болезни. Дозировка: в первый месяц по 2 таблетки 3 раза в день, затем по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4-5 месяцев. Противопоказан при камнях более 5 мм.

Канефрон Н- лекарственное средство, содержащее экстракты золототысячника, шиповника, любистока, розмарина и 19 об.% спирта. Дохировка: 2драже или 50 капель 3 раза в день.

К другим растительным препаратам относятся фитолизин, цистенал, уролесан.

**Спазмолитические препараты**

Препараты этой группы применяют в качестве терапии, направленной на устранение приступа почечной колики. Спазмоанальгетики улучшают отхождение мелких конкрементов, уменьшают отек тканей при длительном стоянии конкремента. Учитывая, что воспалительные изменения обычно сопровождаются болью и лихорадкой, целесообразно в ряде случаев комбинировать спазмолитики с нестероидными противовоспалительными препаратами.

**а-адреноблокаторы**

Для стимуляции самостоятельного отхождения камней нижней трети мочеточника, возможно использование а-адреноблокаторов (тамсулозин, альфузозин и т.д).

**Антибактериальные и противовоспалительные препараты**

Показанием к применению антибактериальной и противовоспалительной терапии является наличие острого или хронического калькулезного пиелонефрита.

При выявлении инфекционного процесса в мочевых путях назначают антибактериальное лечение в соответствии с результатами посева мочи. Эмпирический подбор антибиотиков следует признать адекватным лишь на начальном этапе терапии. Введение антибактериальных препаратов осуществляется в зависимости от тяжести заболевания пероральным или внутривенным путем. Нельзя назначать одновременно бактериостатические и бактерицидные антибиотики.

Назначать антибактериальный препарат можно только на фоне отсутствия нарушений оттока мочи, иначе может возникнуть бактерио-токсический шок, что связано с лизисом грамотрицательных бактерий и выходом большого количества липополисахарида, являющегося антигеном. Минимальный срок лечения антибактериальными препаратами составляет 7-14 дней.

Наиболее используемыми группами лекарственных препаратов при инфекциях мочевых путей являются фторхинолоны, цефалоспорины, аминогликозиды, карбапенемы.

К фторхинолонам относятся препараты: ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ломефлоксацин, ловефлоксацин и т.д..

В современных условиях применяют цефалоспорины 3 и 4 поколения. Цефалоспорины 3 поколения активны как в отношении грамположительных, так и грамотрицательных бактерий, при этом их спектр по сравнению с первым и вторым поколениями значительно расширен в сторону грамотрицательных бактерий. К цефалоспоринам 3 поколения относятся препараты: цефтриаксон, цефтазидим и другие. Цефалоспорины 4 поколения - цефепим.

Наиболее часто используемыми антибиотиками из группы аминогликозидовявляются амикацин и гентамицин. Все антибиотики этой группы имеют широкий спектр действия.

Карбапенемы(имиленем/циластатин, меропенем) - антибиотики группы b-лактамаз. Они имеют широкий спектр антимикробного действия, включающий грамположительные и г рам отрицательные аэробы, анаэробы.

Противовоспалительные препаратыприменяют вместе с антибиотиками для ликвидации очага воспаления при выявлении инфекции. Наиболее часто используемыми противовоспалительными средствами являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

**Лекарственные препараты, направленные на коррекцию биохимических изменений в крови и моче**

Для коррекции пуринового обмена применяют препарат, уменьшающий образование мочевой кислоты - аллопуринол. Аллопуринол ингибирует фермент ксантиноксидазу. В организме этот фермент участвует в реакции превращения гипоксантина в ксантин и ксантина в мочевую кислоту. Применение аллопуринола позволяет уменьшить образование мочевой кислоты.

В группе больных с рецидивным кальций-оксалатным уролитиазом с гиперурикозурией также применяют аллопуринол. Предполагают, что положительный эффект связан с мочевой кислотой, которая обеспечивает образование ядра для формирования кристалла оксалата кальция. Аллопуринол принимают внутрь после еды в дозе 300 мг/сут. Этот препарат необходимо назначать сразу после выявления тех или иных биохимических изменений. Эффективность лечения оценивается по снижению сывороточной концентрации и/или суточной концентрации почечной экскреции мочевой кислоты, а также отсутствию рецидивов.

Тиазидные диуретики (гипотиазид, индапамид)подавляют реабсорбцию ионов натрия и хлора в проксимальных канальцах почек. Тиазиды увеличивают реабсорбцию кальция в дистальных извитых канальцах. Критерий эффективности лечения - снижение или нормализация суточной экскреции кальция.

Препараты магния и витамина В6**.** Лечение препаратами магния является наиболее оптимальным лечением при гипероксалурии у пациентов с высоким уровнем рН и значительной экскрецией цитрата. Оценка эффективности лечения основана на снижении или нормализации суточной почечной экскреции оксалатов.

**Дифосфонаты**

Этидроновая кислотаприменяют при гиперкальциурии (особенно при ХПН), гипервитаминозе Д, гиперпаратиреозе. Механизм действия: препарат является активным комплексоном. Предотвращает кристаллообразование и рост кристаллов оксалата и фосфата кальция в моче, поддерживает ионы кальция в растворенном состоянии, уменьшает возможность образования нерастворимых соединений кальция с оксалатом, мукополисахаридами и фосфатами, предупреждая тем самым рецидивы образования камней. Экскретируется почками. Вводят в/в 7,5 мг/кг; предварительно разводят в 250 мл физраствора. Курс лечения-3-7 дней. Внутрь - 20 мг/кг в течение 30 дней.

D-пеницилламин.Фармакологическое действие основано на том, что пеницилламин является комплексообразующим соединением, образующим хелатные комплексы с кальцием, железом и т.д. При взаимодействии с цистином образуется более растворимый цистеин.

**Оперативное лечение.**

Несмотря на успехи консервативной терапии, нередко возникают осложнения, требующие решения о выборе метода оперативного лечения. Показанием к оперативному лечению является боль, изнуряющая больного, атаки пиелонефрита, гематурия, гидронефротическая трансформация. Технический прогресс позволил внедрить в практику методы дистанционного дробления камней, извлечения камней различными эндоскопическими методами.

Любое оперативное вмешательство не является этиопатогенетическим и направлено на удаление камня, приводящего к тем или иным морфофункциональным изменениям в почках, мочевыводящих путях и в целом в организме больного.

Хотя в некоторых случаях при удалении камня возможно устранение некоторых причин возможного камнеобразования (стриктура лоханочно-мочеточникого сегмента, нефроптоз, сморщенный нижний сегмент почки и др.). В подобных ситуациях помимо удаления камня осуществляется устранение фактора камнеобразования.

В настоящее время показаниями к открытому оперативному вмешательству являются.

Камни почек и мочеточников, сочетающиеся с аномалиями мочевыделительной системы, требующей реконструктивно-пластической операции.

Камни почек, осложненные гнойно-деструктивным пиелонефритом, пионефрозом.

Наиболее тяжелые формы МКБ. Крупные, коралловидные камни, занимающие полностью чашечно-лоханочную систему почки и сопровождающиеся выраженным снижением функции почки.

Камни почек и мочеточников, для удаления которых методом дистанционной и контактной литотрипсии имеются противопоказания.

Патологически излишний вес пациента (ожирение 3-4 степени).

**Виды открытых операций:**

1.Пиелолитотомия – в зависимости от подхода к почке и вскрытия стенки лоханки выделяют:

- задняя

- передняя

- нижняя

2. Нефролитотомия – удаления камня с помощью разреза паренхимы почки

3. Уретеролитотомия – удаление камня из мочеточника

**Чрезкожная нефролитотрипсия**

Другой современной малоинвазивной операцией для лечения мочекаменной болезни является чрезкожная нефролитотрипсия. Под контролем рентгена и УЗИ прокалывается кожа и в почку заводится специальный инструмент, разрушающий камень под контролем зрения.

Выполняется не только дробление конкремента, но и удаление его осколков. Операция проводится только в условиях стационара под общей или спинальной анестезией. Этим методом возможно одномоментное полное удаление крупных камней. Пациент выписывается из

Преимуществами этого метода является возможность удалять множественные камни из почки практически любого размера. Показанием для применения данного метода является неэффективность или невозможность проведения дистанционной литотрипсии, крупные и коралловидные камни почек. При коралловидных камнях часто применяются ЧНЛТ в сочетании с ДЛТ.

Осложнения: кровотечения, перфорация лоханки (обычно она заживает без каких-либо вмешательств), травма соседних органов, повреждения почки, которые нарушают нормальную функцию почки.

**КУЛТ**

Под общей или спинальной анестезией в мочеточник вводится уретероскоп, с помощью которого осматривается просвет мочеточника на всем протяжении и лоцируется камень. С помощью пневматического, ультразвукового или лазерного литотриптора конремент разбивается на осколки, крупные из которых удаляются с помощью зажима или специальной петли, а мелкие отходят самостоятельно. После операции устанавливается мочеточниковый стент или мочеточниковый катетер.

Мочеточниковый стент - специально разработанная трубка, сделанная из гибкого пластикового материала, который помещается в мочеточник, позволяя осуществлять так называемое "закрытое дренирование" мочевых путей.

Длина стента варьирует от 24 до 30 см. Стенты разработаны специально для расположения их в мочевой системе. Верхние и нижние части стента имеют закругления - завитки не позволяющие ему смещаться.

Современные уретроскопы небольшого диаметра атравмотичные, они могут быть жесткие или гибкие.

**Дистанционная ударно-волновая литотрипсия**

В настоящее время широко в урологии широко применяются дистанционная ударно-волновая литотрипсия. Сегодня ДЛТ, пожалуй, единственный метод оперативного удаления камней, который может быть выполнен амбулаторно у пациентов с неосложненным течением МКБ, небольшими камнями почек и мочеточников и при отсутствии противопоказаний. Камень обнаруживается с помощью рентгена или ультразвука, формируется сфокусированная ударная волна, которая разрушает камень на мелкие фрагменты, которые самостоятельно отходят. Эффективность метода зависит от строения камня и его локализации.

Недостатками дистанционной литотрипсии являются ограниченные возможности метода при дроблении камней более 2,0 см. В некоторых случаях (камни высокой плотности и/или относительно большого размера) необходимо повторные сеансы литотрипсии. После дробления осколки самостоятельно отходят по мочеточнику в мочевой пузырь и далее наружу. Однако ДЛТ противопоказана при обострении хронического пиелонефрита, так как возможно развитие бактериемического шока. Несмотря на эффективность и малую травматичность метода, существует ряд противопоказаний: технические и медицинские. К техническим относятся: наличие у больного избыточной массы тела), либо такое расположение камня, которое не позволяет вывести его в фокус ударной волны. К медицинским относятся: нарушение свертывающей системы крови (гипокоагуляция), нарушение сердечной деятельности (мерцательная аритмия, искусственный водитель ритма, наличие сердечно-легочной недостаточности.

Виды литотриптеров:

Электрогидравлический

Электромагнитный

Пьезоэлектирический

**Форма организации лекции:**информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: *1) словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

**Средства обучения**:

- дидактические: презентация

- материально-технические: мультимедийный проектор

**Лекция № 4.**

**Тема**: «**Опухоли органов мочевой и половой систем**».

**Цель:** закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме онкоурологии, а так же освоение базовых знаний профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

**Аннотация лекции**

**Рак мочевого пузыря.** Опухоли мочевого пузыря превалируют среди новообразований мочевых органов и составляют 70% от их числа. Уровень смертности от этого заболевания во многих индустриально развитых странах составляет от 3% до 8,5%.

В 98% опухоли мочевого пузыря развиваются из клеток эпителия.

Основная нозологическая форма заболевания – переходно-клеточный рак – составляет 90% наблюдений

**Степень анаплазии (ВОЗ, 2004г.)**

* Уротелиальная папиллома
* Папиллярное уротелиальное новообразование с низким потенциалом злокачественности
* Высокодифференцированная папиллярная уротелиальная карцинома

**Этиология**

* воспалительные заболевания мочевыводящих путей, сопровождающихся признаками нарушения оттока мочи;
* доказано значительное увеличение риска появления рака мочевого пузыря у лиц, длительное время контактирующих с вторичными ароматическими аминами;
* прием некоторых лекарственных препаратов;
* шистосоматоз;
* курение - курильщики страдают раком мочевого пузыря в 2-3 раза чаще, чем некурящие;
* Рак мочевого пузыря является генетически детерминированным процессом.

**Клиническая картина**

* гематурия (90% наблюдений, чаще носит преходящий характер)
* дизурия

На более поздних стадиях:

* учащаются эпизоды кровотечений
* боли в нижних отделах живота, промежности, крестце
* развивается хроническая почечная недостаточность
* инфекция мочевых путей

**Диагностика**

* Цитологическое исследование

чувствительность составляет более 50%, специфичность – более 93%

* Онкомаркеры
* Экскреторная урография
* Ультразвуковая диагностика

достоверность исследования достигает 82% при новообразовании размером более 5 мм и 38% при размерах опухоли менее 5 мм

* Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография - применяются с целью оценки состояния регионарных лимфатических узлов
* Цистоскопия в сочетании с биопсией.

Цистоскопия позволяет выявить опухоль мочевого пузыря на ранних стадиях заболевания (диаметром до 1 см, инфильтративном росте) – при неэффективности УЗИ и МРТ

При гистологической верификации злокачественного процесса применяются исследования, направленные на диагностику местного и отдаленного распространения онкопроцесса:

* - рентгенография грудной клетки,
* - УЗИ и КТ органов брюшной полости и малого таза,
* - сцинтиграфия костей скелета.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (TNM) ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

* первичная опухоль мочевого пузыря
* TX - первичная опухоль не может быть определена
* Т0 - недостаточно данных для оценки первичной опухоли
* Ta - неинвазивная папиллярная карцинома
* Tis – карцинома in situ: «плоская опухоль»
* T1 - опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань
* T2 – опухолевая инвазия мышечного слоя: T2a – поверхностного мышечного слоя, T2b - глубокого мышечного слоя
* T3 - прорастает паравезикальную клетчатку: T3a - микроскопические очаги T3b - макроскопически
* T4 - опухоль фиксированная с прорастанием : T4a - простаты, матки, влагалища T4b - стенки таза или брюшной полости
* N - регионарные лимфоузлы
* Nx - регионарные лимфоузлы не могут быть оценены
* N0 - нет поражения метастазами регионарных лимфатических узлов
* N1 - метастазы в одном лимфатическом узле не более 2 см в наибольшем измерении
* N2 - метастаз в одном лимфатическом узле больше 2см, но не более 5 см в наибольшем измерении или метастазы в нескольких лимфоузлах (наибольший не более 5 см)
* N3 - поражение одного или нескольких лифоузлов более 5 см в наибольшем измерении
* М - отдалённые метастазы
* Мх - отдалённые метастазы не могут быть оценены
* М0 - отсутствие отдаленных метастазов
* М1 - отдаленные метастазы
* G- степень дифференцировки
* G1 - высокодифференцированная опухоль
* G2 - умеренно дифференцированная опухоль
* G3 - низкодифференцированная опухоль
* G4 - недифференцированная опухоль
* Gx - недостаточно данных для определения степени дифференцировки

**ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Стадия** | **0а** | **Ta** | | **N0** | **M0** |
| **Стадия** | **0is** | **Tis** | | **N0** | **M0** |
| **Стадия** | **I** | **T1** | | **N0** | **M0** |
| **Стадия** | **II** | **T2a** | | **N0** | **M0** |
|  |  | **Т2b** | | **N0** | **M0** |
| **Стадия** | **III** | **T3a** | | **N0** | **M0** |
|  |  | **T3b** | | **N0** | **M0** |
|  |  | **T4 a** | | **N0** | **M0** |
| **Стадия** | **IV** | **T4b** | | **N0** | **M0** |
|  |  | | **Любая T** | **N1,2,3** | **M0** |
|  |  | | **Любая T** | **Любая N** | **M1** |

**Лечение рака мочевого пузыря**

* рак мочевого пузыря это болезнь всей слизистой
* при выборе лечения РМП условно подразделяют на инвазивный (вовлекающий в процесс мышечный слой) и неинвазивный
* алгоритм лечебных мероприятий радикально отличается для поверхностных и инвазивных опухолей
* тактика и метод лечения также зависят от стадии заболевания по системе ТNM, степени дифференцировки опухоли, размеров и количества новообразований.

**Лечение неинвазивного рака мочевого пузыря**

Оптимальным методом лечения и диагностики поверхностного рака является **ТУР** мочевого пузыря. На стадиях заболевания Т1 ТУР может являться радикальным методом лечения, и важнейшим этапом диагностики при всех формах и стадиях заболевания.

**Для предупреждения имплантации раковых клеток в ранние сроки после ТУР проводится внутрипузырная химио- или иммунотерапия**

**Химиотерапия (митомицин, эпирубицин, доксорубицин)**

- Цитотоксические препараты воздействуют на ДНК быстро делящихся клеток.

- Доказано преимущество химиотерапии в уменьшении рецидивов опухоли в первые 2 или 3 года

- Хотя внутрипузырная химиотерапия показывает сокращение рецидивов рака мочевого пузыря  в течение первых  лет наблюдения, она не оказывает влияния на прогрессирование заболевания.

**БЦЖ**

* БЦЖ – взвесь ослабленных микобактерий
* Не обладает прямым цитотоксическим действием на опухолевые клетки. В основе противоопухолевого действия лежит локальная иммунная реакция, в которой задействованы Т-лимфоциты, макрофаги, целый ряд цитокинов – интерлейкины, фактор некроза опухоли, интерферон-гамма.
* В связи с возможными осложнениями основными показаниями к проведению БЦЖ терапии являются: CIS, наличие резидуальной опухолевой ткани после ТУР, метафилактика у больных с высоким онкологическим риском

**Интерферон-альфа**

* обладает выраженным противовирусным действием,
* ингибирует рост трансформированных клеток
* изменяет митогенное действие рост- стимулирующих факторов.

**Лучевая терапия**

* Как самостоятельный метод применяют, главным образом, при иноперабельных опухолях с паллиативной целью
* Предоперационное облучение способствует уменьшению перифокальных воспалительных изменений
* Послеоперационная лучевая терапия показана при недостаточно радикально выполненном вмешательстве

**Лечение инвазивного рака мочевого пузыря**

* **Химиотерапия –** цисплатин в комбинации с метотрексатом, винбластином, доксорубицином, гемцитабином. Данная терапия чаще всего применяется в комплексе с цистэктомией и направлена на лечение возможных микрометастазов и снижение вероятности рецидивирования.
* **Открытая резекция** - удаление части мочевого пузыря с опухолью
* **Радикальная цистэктомия**

**Открытая резекция мочевого пузыря**

Выполняется при локализации опухоли в области верхушки мочевого пузыря и при невозможности выполнить ТУР, с условием сохранения физиологической емкости

* При тщательном отборе пациентов эффективность не уступает радикальной цистэктомии
* Выполняется в 10% случаев

**Общепринятые показания к выполнению радикальной цистэктомии**

* Стадии Т2-Т4а N0 M0
* Тотальное или субтотальное поражение опухолью
* Рак стадии Т1, in situ, резистентный к БЦЖ терапии; опухоли, нечувствительные к лучевой и химиотерапии
* Низкодифференцированные опухоли (G3-4)
* Опухоли, располагающиеся в области шейки пузыря и обоих мочеточников
* Рецидивирование поверхностного РМП
* Сморщенный мочевой пузырь

**Способы отведения мочи**

* Инконтинентные методы:
* Кондуиты (Повздошный,Тощий,Сигмовидный)
* уретерокутанеостомия
* Континентные методы (удерживающие):
* С использованием сфинктера ануса (уретеросигмостомия, ректальный мочевой пузырь,Mainz-pouch II, проксимальная толстокишечная инвагинация)
* Катетеризируемые резервуары ( Kock-pouch, Mainz-pouch I, Indiana-pouch)
* Ортотопические мочевые пузыри (Camey,Hautmann, Studer, Abol-Eneim)

Радикальная цистэктомия является сложным хирургическим вмешательством, ассоциированным с потенциально большим числом послеоперационных осложнений. Развитие осложнений после радикальной цистэктомии отмечают в 25–64 % случаев, при этом смертность после радикальной цистэктомии в настоящее время составляет около 5 %.

**Почечно-клеточный рак.** Среди злокачественных новообразований **рак почки** занимает 10 место по уровню заболеваемости, а по уровню прироста уступает только раку предстательной железы. Опухоли паренхимы представлены аденокарциномой более чем в 90 % наблюдений, что составляет 3% наблюдений в структуре всех онкологических заболеваний. Заболеваемость почечно- клеточным раком достигает максимума к 70 годам. Мужчины страдают данной патологией в два раза чаще, чем женщины. **Этиология.** Этиология в настоящее время до конца неизвестна, однако к факторам риска относят следующие: табакокурение, ожирение, артериальную гипертензию, применение диуретиков, терминальную стадию ХПН, сахарный диабет, профессиональные факторы риска (в металлургической, коксохимической, нефтеперерабатывающей промышленности, а также производстве асбеста и органических растворителей), наследственные факторы.

**Морфологически** выделяют 5 видов рака почки:

- светлоклеточный (60–85%),

- хромофильный (папиллярный) (7–14%),

- хромофобный (4–10%),

- онкоцитарный (2–5%),

- рак собирательных протоков (1–2%)

**Патогенез**

Рак почки характеризуется местно-деструирующим ростом с инвазией венозных сосудов и формированием опухолевого тромбоза почечной, нижней полой вены и правых камер сердца.

Диссеминация опухолевого процесса происходит лимфогенными и гематогенными путями. Чаще всего поражаются легкие (32%), кости (25%), забрюшинные лимфоузлы (20%), печень (7,5%), реже – надпочечники, контрлатеральная почка, головной мозг.

**Клиника**

Классическая триада симптомов:

* гематурия
* боль
* пальпируемая опухоль

6-12% случаев, характерна для 3-4 стадии рака почки

**Возможные симптомы**

* Артериальная гипертензия – 15%
* Варикоцеле – 3,3 %
* Паранеопластический синдром - 30% : гипертония, эритроцитоз, гиперкальциемия, гипертермия, амилоидоз, нарушение функции печени (повышение щелочной фосфатазы в крови) нейромиопатия и др.

Признаки поздних стадий: анемия, повышение СОЭ, кахексия. Появление вышеуказанных симптомов может быть единственным проявлением заболевания и должно настораживать врача в отношении возможного опухолевого поражения почек более 25% больных имеют отдаленные метастазы на момент установления диагноза.

**Диагностика**

* Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (почек, надпочечников, забрюшинных лимфатических узлов, магистральных сосудов)
* Компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и легких
* ЯМР – томография почек
* Ангионефросцинтиграфия
* Экскреторная урография

**Дифференциальная диагностика**

абсцесс или карбункул

- солитарная киста

- поликистоз

- паранефрит

- туберкулез

- мочекаменная болезнь

- забрюшинные опухоли

- доброкачественные образования почек

**Классификация:TNM (2002)**

Т – первичная опухоль

Тх – первичная опухоль не может быть оценена

То – нет данных о первичной опухоли

Т1 – опухоль не более 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой

Т1а – опухоль до 4 см

Т1b – опухоль 4-7 см

Т2 – опухоль более 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой

Т3 – опухоль распространяется в крупные вены или инвазирует надпочечник, или паранефральную клетчатку, но не выходит за пределы фасции Героты

Т3а – опухолевая инвазия надпочечника или паранефральной клетчатки в пределах фасции Героты

Т3b – опухоль распространяется в почечную вену или ее сегментарные вены, или нижнюю полую вену ниже диафрагмы

Т3с – опухоль распространяется в нижнюю полую вену или инвазирует ее стенку выше диафрагмы

Т4 – опухоль распространяется за пределы фасции Героты

N – регионарные лимфатические узлы

Nх - регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены

Nо – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах

N1 – метастаз в одном регионарном лимфатическом узле

N2 – метастазы более чем в одном регионарном лимфатическом узле

М – отдаленные метастазы

Мх – отдаленные метастазы не могут быть оценены

Мо – нет отдаленных метастазов

М1 – отдаленные метастазы

**Группировка по стадиям**

Стадия I Т1 No Mo

Стадия II T2 No Mo

Стадия III T1 N1 Mo

T2 N1 Mo

T3 No, N1 Mo

Стадия IV T4 No, N1Mo

Любая Т N2 Mo

Любая Т Любая N M1

**Лечение.** Радикальная нефрэктомияявляется золотым стандартом в лечении рака почки.

**- Органосохраняющее лечение**

Показания:

* Абсолютные – единственная почка (анатомически или функционально).
* Относительные – функционирующая контралатеральная почка при наличии интеркуррентного процесса, который может привести к ухудшению почечной функции в будующем.
* Элективные – локализованный рак почки при наличии здоровой контралатеральной почки.

**Эмболизация**

Выполнение эмболизации перед стандартной радикальной нефрэктомией не улучшает результатов хирургического лечения.

показана только:

* у пациентов с профузной макрогематурией, которые не могут перенести хирургического лечения в виде нефрэктомии или резекции почки;
* перед удалением крупных паравертебральных метастазов.

**Системная терапия при ПКР**

**Химиотерапия**

данный вид опухоли имеет высокий уровень экспрессии гена множественной лекарственной устойчивости, что является причиной резистентности к большинству химиопрепаратов.

**Иммунотерапия**

Интерферон-альфа

Интерлейкин-2

Суммарный ответ иммунотерапии составляет 15%

**Ингибиторы ангиогенеза**

Сорафениб (нексавар)

Сунитиниб (Сутент)

Бевацизумаб (Авастин) в комбинации с ИНФ-альфа

Темзиролимус (Торисел)

**Симптоматическая лучевая терапия**

Выполняют с целью купирования болевого синдрома, обусловленного отдаленными метастазами в головной мозг и кости при невозможности их удаления хирургическим путем

**Прогноз:**

Пятилетняя выживаемость составляет 61,5 %

Десятилетняя выживаемость составляет 46,6 %

**Опухоли яичка**

**Эпидемиология**

* 1-2% всех злокачественных новообразований
* у мужчин • наиболее часто болеют в 15-45 лет • основная причина смерти среди
* злокачественных новообразований в этой
* возрастной группе

**Этиология, факторы риска**

**Эндокринные факторы**

•токсикоз беременных у матери (гиперэстрогенемия)

• продолжительный прием эстрогенов во время беременности

• высокий уровень ФСГ

**Факторы, приводящие к атрофии яичка**

• крипторхизм (увеличивает риск заболевания в 5 раз и более чем в 10

раз при двухстороннем крипторхизме)

• химические агенты (пестициды, гербициды, отравляющие вещества,

способные вызывать атрофию яичка **→** опухоль)

• травмы (в т.ч. интраоперационные травмы **→** выработка цитокинов)

• идиопатическая атрофия яичка

• инфекционные заболевания (эпидемический паротит, ВИЧ)

**Генетические факторы**

• родство увеличивает вероятность заболеть раком яичка для отцов и сыновей больных в 2-4 раза, а для братьев пациентов - в 8-10 раз

• характерно рецессивное наследование

**Гистологическая классификация ВОЗ**

**1. Герминогенные опухоли (развивающиеся из семенного эпителия)**

A. carcinoma in situ

Б. Опухоли одного гистологического строения (чистые формы)

• семинома

• эмбриональный рак

• сперматоцитарная семинома

• опухоль желточного мешка

• полиэмбриома

• хорионэпителиома

• тератома

В. Опухоли более чем одного гистологического типа

**2. Опухоли стромы полового тяжа**

• лейдигома

• сертолиома

• гранулезоклеточная опухоль

**3. Смешанные формы**

**4.Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани**

**5. Вторичные опухоли**

**Классификация**

* В зависимости от локализации первичного очага различают гонадные  и экстрагонадные опухоли яичка.
* Согласно гистологической классификации опухоли яичка разделяют на герминативные (герминогенные) и негерминативные (негерминогенные).
* Герминативные опухоли в свою очередь подразделяют на опухоли одного гистологического типа и опухоли более чем одного гистологического типа.
* Для клинициста наиболее важным является разделение всех герминогенных опухолей яичка на семиномы и несеминомы, что существенно влияет на выбор тактики лечения.

**Классификация TNM**

* T - первичная опухоль
* pTX – Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
* pT0 – Первичная опухоль не определяется (т.е. гистологически – рубец в яичке)
* pTis – Внутриканальцевая герминогенная неоплазия (carcinoma in situ)
* pT1 – Опухоль ограничена яичком и придатком без сосудистой / лимфатической инвазии (может врастать в белочную оболочку, но не во влагалищную оболочку)
* pT2 – Опухоль ограничена яичком и придатком, имеется сосудистая / лимфатическая инвазия, или опухоль и врастает во влагалищную оболочку.
* pT3 – Опухоль распространяется на семенной канатик
* pT4 – Опухоль распространяется на мошонку
* N - регионарные лимфоузлы (для яичка - паракавальные и парааортальные)
* Nx - невозможно оценить состояние регионарных лимфоузлов
* N0 - нет признаков вовлечения в процесс регионарных лимфоузлов
* N1 - регионарные лимфоузлы менее 2 см
* N2 - регионарные лимфоузлы более 2 см и менее 5 см
* N3 - регионарные лимфоузлы более 5 см
* М - отдаленные метастазы
* Мх - невозможно определить наличие отдаленных метастазов
* М0 - признаков отдаленных метастазов нет
* М1а – Поражены метастазами нерегионарные лимфатические узлы или легкие
* М1b – Другие отдаленные метастазы

**Хирургические стадии**

Стадия I

* Опухоль ограничена яичком. Возможно наличие метастазов опухоли в паховых лимфатических узлах. Эта стадия соответствует клиническим стадиям I и II.

Стадия II

* Метастазы в за брюшинные и пара аортальные лимфоузлы. Эту стадию подразделяют на подгруппу с минимальными поражениями забрюшинных лимфатических узлов (МП) и с объемными поражениями забрюшинных лимфатических узлов (ОП). У больных, относящихся к подгруппе ОП, один или несколько забрюшинных лимфатических узлов более 5 см. У таких пациентов прогноз хуже. Хирургическая стадия II соответствует клинической стадии III без отдаленных метастазов.

Стадия III

* Характеризуется наличием отдаленных метастазов. Также подразделяется в зависимости от величины метастазов на стадии с минимальными и объемными поражениями (соответственно МП и ОП). Хирургическая стадия  III соответствует клинической стадии III с отдаленными метастазами.

**Метастазирование опухолей яичка**

Характерно раннее метастазирование

⮛ основной путь – лимфогенный (кроме хорионкарциномы)

⮛ чаще всего - забрюшинные в лимфатические узлы

⮛ - легкие

* - печень
* - медиастинальные лимфатические узлы,
* - головной мозг
* - почки

**Симптоматика**

* Симптомы опухоли зависят от локализации яичка, его величины, гистологической структуры, метастазирования и гормональных нарушений.
* Основными симптомами опухоли яичка являются увеличение и уплотнение яичка при пальпации и чувство тяжести в мошонке. У 70-90% больных именно эти симптомы являются первыми.
* Боль не является характерным клиническим проявлением рака яичка, однако может быть приблизительно в 1/3 случаев.
* У 15% больных первичная опухоль яичка протекает бессимптомно, и первые проявления заболевания у них связаны с метастатическим поражением. Увеличение забрюшинных лимфатических узлов чаще всего проявляется болями в животе, спине, нарушением венозного оттока из нижних конечностей вследствие сдавления нижней полой вены.

**Клиническая картина**

Обусловленная наличием первичной опухоли:

* боль
* увеличение размеров мошонки
* пальпируемая опухоль

Обусловленная наличием метастазов:

Боли в спине при увеличении забрюшинных лимфоузлов (сдавле

нервных корешков или о вовлечении в опухолевый процесс поясничной мышцы);

отеки нижних конечностей (сдавление нижней полой вены и блокада лимфатических путей);

• почечная недостаточность (при нарушении пассажа мочи)

• кишечная непроходимость (при увеличении забрюшинных лимфоузлов)

• одышка, кашель (при поражении лимфоузлов средостения)

• дисгормональные проявления (при негерминогенных опухолях яичка):

гинекомастия, снижение либидо, феминизация импотенция,

маскулинизация у детей. Обусловлены выработкой опухолевой тканью

значительного количества хорионического гонадотропина, эстрогенов или андрогенов.

**Диагностика**

**Диагностика первичной опухоли**

• пальпация

• УЗИ

• определение уровня опухолевых маркеров (при герминогенных опухолях яичка)

- альфа-фетопротеин (АФП)

- хорионического гонадотропин (ХГ)

- лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

**Методы диагностики метастазов**

• рентгенография органов грудной клетки

• УЗИ

• компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости,

забрюшинного пространства и ОГК

• остеосцинтиграфия

***Значение опухолевых маркеров***

* диагностика опухоли на ранней стадии;
* уточнение гистологического строения опухоли;
* уточнение клинической стадии;
* определение тактики и оценка эффективности лечения
* выявление рецидивов за 1-6 месяцев до КТ;
* чувствительность - 86%
* специфичность - 100%
* определение прогноза заболевания.

Уровень опухолевых маркеров отражается в классификации TNM символом S.

***Сывороточные маркеры опухоли яичка (S):***

**�** исследование сывороточных маркеров не проводилось;

� уровень сывороточных маркеров в норме;

� лактатдегидрогеназа (ЛДГ)<1,5хN\* и человеческий хорионический гонадотропин (ЧХГ)<1000 нг/мл и альфа-фетопротеин (АФП)<1000 нг/мл;

� ЛДГ 1,5 � 10хN\*, или ЧХГ 1000 � 10000 нг/мл, или АФП 1000 � 10000 нг/мл;

� ЛДГ > 10хN\*, или ЧХГ > 10000 нг/мл, или АПФ > 10000 нг/мл;

N\* - значение верхней границы нормы для ЛДГ.

**Лечение**

Первым этапом лечения всех опухолей яичка является орхфуникулэктомия, во время которой удаляется яичко с семенным канатиком.   
Дальнейшая тактика лечения определяется гистологическим строением, уровнем опухолевых маркеров до и после орхфуникулэктомии, стадией заболевания.

**Побочные эффекты лечения**

* Фертильность.
* Развитие вторичных лейкозов.
* Нефротоксичность
* Ототоксичность
* Ретроградная эякуляция
* Развитие вторичных новообразований

**Прогноз**

* Зависит от цитологической структуры: при однородной семиноме он более благоприятный, при эмбриональном раке, тератобластоме, хорионэпителиоме — неблагоприятный.
* Cтойкое излечение до 10 лет наблюдается в 30% случаев.
* Вопрос о трудоспособности решается индивидуально с учетом гистологической структуры опухоли, возраста и профессии пациента.

**Рак полового члена**

* + - Редкая злокачественная опухоль распространенность 0,1-0,9(Европа) до 0,7-0,9(США) на 100000, наиболее часто >60 лет, <1% злокачественных опухолей у мужчин;
    - В некоторых областях Азии, Африки, Южной Америки достигает 19 на 100000 (10-20% опухолей у мужчин);
    - Социальные и культуральные причины – важные факторы риска рака полового члена (ПЧ), т.к. 44-90% пациентов страдают фимозом и хроническим баланопоститом;
    - Имеется чёткая связь между инфицированием вирусом папилломы человека 16 и 18 типа (ИППП) и раком ПЧ.

**Факторы риска:**

**Фимоз**

* Неудовлетворительная личная гигиена
* Хронические воспалительные заболевания (баланит, баланопостит)
* Лечение с использованием споралена, фотохимиотерапии
* Остроконечные кондиломы в анамнезе

**Предраковые заболевания**

* Кожный рог
* лейкоплакия
* ксерозный облитерирующий баланит
* остроконечные кондиломы
* опухоль Бушке-Левенштейна (гигантская кондилома)

**Классификация**

1. Доброкачественные

* Сирингомы
* неврилеммомы
* ангиомиомы
* фибромы
* липомы
* ангиомы

2. Злокачественный плоскоклеточный сквамозный рак

* Классический
* Базалиоидный
* Веррукозный
* Саркоматоидный
* аденосквамозный

**Классификация**

Cтадии рака классифицируются по международной системе TNM:

1) Т1 — опухоль размером не более 2-х см без инфильтрации подлежащих тканей;

2) Т2 — опухоль размером от 2-х до 5 см с незначительной инфильтрацией;

3) Т3 — опухоль более 5 см или любой величины с глубокой инфильтрацией, включая мочеиспускательный канал;

4) Т4 — опухоль, прорастающая в соседние ткани;

5) N0 — лимфатические узлы не прощупываются;

6) N1 — смещаемые лимфатические узлы с одной стороны;

7) N2 — смещаемые лимфатические узлы с обеих сторон;

8) N3 — несмещаемые лимфатические узлы;

9) М0 — признаков отдаленных метастазов нет;

10)М1 — отдаленные метастазы имеются.

**Опухоли полового члена характеризуются метастазированием в регионарные лимфатические узлы (паховые, подвздошные)**

Появление гематогенных метастазов отмечается в запущенных случаях заболевания у 1- 10% больных. Описано поражение легких, печени, костей, головного и спинного мозга, сердца.

**Клиника**

* Клиника опухолей может быть малохарактерна, так как раковая опухоль развивается под суженной крайней плотью и обращает на себя внимание пациента только при гнойных выделениях, трактуется врачом как баланопостит или венерическое заболевание.
* На ранних стадиях рак полового члена обычно характеризуется наличием небольшого экзофитного или плоского очага, который постепенно распространяется на весь орган.

**Клинические признаки и симптомы.**

Основные жалобы:

* + - Наличие опухоли: головка (85%), крайняя плоть (15%), тело полового члена (<1%);
    - изъязвление опухоли (по мере роста);
    - боль в области опухоли (на ранних стадиях отсутствует);
    - увеличение паховых ЛУ;
    - боль в паховой области;
    - резь при мочеиспускании;
    - гематурия (прорастание уретры);
    - гнойные зловонные выделения из препуциального мешка при инфекции;
    - кровянистые выделения – по мере роста опухоли.

**Диагностика**

Диагностика в поздних стадиях обычно не представляет трудностей, при начальных проявлениях требуется проведение дифференциальной диагностики с предраковыми заболеваниями, сифилисом, туберкулезом и язвенным баланопоститом.

Для уточнения стадии болезни показано выполнение **биопсии** новообразования с последующим гистологическим исследованием, а также оценка состояния регионарных лимфатических узлов, поражение которых метастазами опухоли являются наиболее значимым неблагоприятным прогностическим фактором.

Для уточнения глубины инвазии опухоли и определения границ резекции рекомендуется также выполнять кавернозографию, при которой даже при незначительной инфильтрации кавернозных тел определяются дефекты наполнения.

Распространенность процесса устанавливается на основании рентгенографии легких, УЗИ, МРТ, КТ.

* УЗ-диагностика и МРТ полового члена являются наиболее информативными при оценке степени распространенности опухолевого процесса.
* УЗИ позволяет определить размеры и глубину инвазии первичной опухоли, а также оценить состояние паховых и подвздошных лимфоузлов.
* МРТ может предоставить четкие изображения структур полового члена, позволяя определить степень местного распространения процесса с высокой точностью. КТ неинформативна при оценке первичных поражений, однако может помочь при идентификации увеличенных паховых и тазовых лимфоузлов

Рекомендации по лечению первичной опухоли при раке полового члена ( по EAU, 2010)

При стадии **Tis и Ta**, мультифокальных поражениях головки и инфекции HPV – 16: консервативное лечение, рекомендовано применение CO2 или лазеров. Полная обработка поверхности и циркумцизия.

При стадии **T1G1** опухоли: подходят для органосохраняющего лечения. При поражении головки адекватным является применение лазера+широкое местное иссечение с циркумцизией и срочным гистологическим исследованием краев резекции

При стадии **T1G2-3**:органосохранющее лечение с расширенной местной лазерной эксцизией или ампутация головки полового члена

При стадии **T2** (поражение головки): показана ампутация головки, с (или без) укрыванием верхушки кавернозных тел.

При стадии **T2** (поражение пещеристых и губчатого тел) и стадии **T3**: показана частичная ампутация полового члена при опухолях, вовлекающих только дистальную треть тела пениса.

При стадии **T4**: глубокая инвазия с инфильтрацией окружающих тканей обычно сочетается с диссеминацией опухоли. Целесообразно проведение паллиативной лучевой терапии.

**Хирургическое лечение:**

- органосохраняющие операции (показания: Tis, Та, Т1, T2 головки):

- circumcisio (рак крайней плоти);

- электрорезекция;

- криодеструкция;

- лазерная терапия ± операция Дюкена (пахово – бедренная лимфаденэктомия)

- органоуносящие операции (показания: T1G3, T≥2, неэффективность консервативной терапии):

- частичная или полная ампутация полового члена ± операция Дюкена.

**Лучевая терапия (малоэффективна при инвазивном раке):**

- низкодозное (2Гр до суммарной дозы 50-60 Гр в течение 4-6 недель) облучение при Tis, Тa, T1:

- брахитерапия + circumcisio (показания T1 и Т2 менее 4 см.):

Комбинированное лечение (Т1-Т2) – лучевая терапия и химиотерапия противоопухолевыми лекарственными средствами (блеомицин, винкристин, доксорубицин, метотрексат)

**Прогноз.** При раке полового члена прогноз может считаться вполне благоприятным. При комбинированном лечении 5-летняя выживаемость достигает  60-70% больных. При поздних стадиях она значительно ниже.

**Доброкачественная гиперплазия предстательной железы**

**Аденома простаты** - процесс разрастания парауретральных желез, начинающийся в зрелом возрасте и приводящий к развитию дизурии. Аденома простаты – одно из самых распространенных заболеваний среди мужчин старше пятидесяти лет. У мужчин старше 50 лет ДГПЖ выявляют у 10-15% пациентов, старше 80 лет - в 95,5% наблюдений.

**Этиология**

К наиболее значимым факторам риска развития ДГПЖ относят возраст и нормальное функциональное состояния яичек. Однако следует отметить, что в регионах с широким использованием в питании растительных масел, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты, а так продукты, богатые фитостеролом, отмечается меньший уровень заболеваемости аденомой простаты.

**Патогенез**

В основе современной теории развития ДГПЖ лежит зональная концепция строения органа рост ДГПЖ начинается в транзиторной (переходной) зоне простаты

- инфравезикальная обструкция приводит к повышению давления в мочевом пузыре, нарушению оттока мочи из почек

-деформируется шейка мочевого, увеличивается естественная кривизна мочеиспускательного канала

- происходит искривление уретры в поперечном направлении, вследствие чего она может принять зигзагообразный вид

.

**Симптомы ДГПЖ**

* обструктивные, связанные с прогрессирующим затруднением оттока мочи в результате гиперплазии (в результате механического сдавления мочеиспускательного канала гиперплазированной тканью простаты)
* ирритативные, т.е. симптомы раздражения, определяемые степенью функциональных расстройств нейромышечного аппарата мочевого пузыря (вследствие гиперактивности α-адренорецепторов шейки мочевого пузыря, простатического отдела мочеиспускательного канала и простаты).
* К основным обструктивным симптомами ДГПЖ относятся: инициальная задержка мочеиспускания, вялая струя мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, напряжение мышц брюшного пресса при мочеиспускании, прерывистое мочеиспускание.
* Ведущими ирритативными симптомами ДГПЖ являются: поллакиурия, никтурия, императивные позывы и недержание мочи.

**Клиническое течение аденомы простаты**

1. Дизурия при полном опорожнении мочевого пузыря. На этой стадии опорожнение мочевого пузыря происходит за счет гипертрофии мышц мочевого пузыря, функциональное состояние почек остается компенсированным.

2. Значительное нарушение функции мочевого пузыря с появлением остаточной мочи, от 100 до 200 мл. Характеризуется дистрофическими изменениями детрузора, нарастающим снижением функции почек и ХПН, дилатацией мочевых путей.

3. Полная декомпенсация функции мочевого пузыря и парадоксальная ишурия. Характеризуется атонией мочевого пузыря, парадоксальной ишурией, выраженной дилатацией ВМП, нарушении функции почечной паренхимы вплоть до развития терминальной стадии ХПН.

**Типы роста гиперплазии простаты**

**Обязательные диагностические приёмы при первом обращении больного с СНМП (LUTS):**

* **Сбор анамнеза заболевания.**
* **Оценка симптомов:**
  + [Международная система оценки симптомов при заболеваниях простаты(IPSS).](HTML/Diag/Vveden/dsipss.htm)
  + [Качество жизни в связи с имеющимися расстройствами мочеиспускания (QOL).](HTML/Diag/Vveden/dsqol.htm)
* Обследование
  + [Физикальное обследование , включая пальцевое ректальное исследование](HTML/Diag/Vveden/ds2.htm)
  + [Общий анализ мочи](HTML/Diag/Vveden/obstr2)
  + [Оценка функции почек - определение сывороточного креатинина](HTML/Diag/Vveden/dsl.htm)
  + [Анализ сыворотки крови на простатический специфический антиген (PSA)](HTML/Diag/Vveden/PSA.htm)
* **Рекомендуемые методы**:
* урофлоуметрия
* трансабдоминальная и трансректальная эхография
* ультразвуковое определение количества остаточной мочи
* **Факультативные методы**
* исследование «давление поток»
* экскреторная  урография

**урофлоуметрия**

* Возможность количественной оценки зависимости объемной скорости потока мочи от времени в процессе мочеиспускания без каких-либо воздействий на больного максимально приближает это исследование к естественным физиологическим условиям.
* Выявляемые у больных с ДГП уменьшение максимальной и средней скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, снижение урофлоуметрического индекса позволяют диагностировать нарушение мочеиспускания и объективно, в количественном выражении, оценить их тяжесть.
* Максимальная скорость потока мочи менее 15 мл/с является показателем нарушенного мочеиспускания, вызванного ДГП

Остаточная моча - количество мочи, оставшейся в мочевом пузыре после мочеиспускания (не более 20- 50 мл. Мочи считается нормой) определение этого показателя проводится во время ультразвукового исследования.

Заболевания, проявляющиеся симптоматикой со стороны нижних мочевых путей(LUTS)

**Обструктивные симптомы:**

* + [Заболевания, вызывающие инфравезикальную обструкцию](HTML/Diag/Vveden/obstr) в частности:
  + Стриктура уретры
  + [Склероз шейки мочевого пузыря](HTML/Diag/Vveden/scler1.htm)
  + [Склероз предстательной железы](HTML/Diag/Vveden/scler.htm)
  + Рак предстательной железы
  + [Нарушение сократительной способности детрузора (нейрогенные или др. причины)](HTML/Diag/uroflow/bphd.htm)

**Ирритативные симптомы:**

* + Мочевая инфекция
  + Простатит
  + Нестабильность детрузора (нейрогенные или др.причины);
  + [Рак мочевого пузыря (in-situ)](HTML/Diag/Vveden/wgyst.htm)
  + [Инородное тело (камень) мочевого пузыря](HTML/Diag/Vveden/int.htm)
  + [Конкремент н/сегмента мочеточника](HTML/Diag/Vveden/konkr1.htm)

**Лечение**

**Совокупность методов лечения ДГПЖ может быть представлен следующей классификацией:**

* медикаментозное лечение ДГПЖ
* оперативное лечение ДГПЖ - аденомэктомия, ТУР, электроинцизия и вапоризация, методы лазерной хирургии
* малоинвазивные (альтернативные) методы лечения – термальные методы, баллонная дилатация, простатические стенты.

**Консервативная терапия**

**Блокаторы α-адренорецепторов.**

* являются самой популярной и многочисленной группой препаратов
* являются препаратами первой линии для лечения ДГПЖ
* достоверно эффективны при любом размере простаты
* эффективны в отношении обструктивных и ирритативных симптомов
* не влияют на уровень PSA

**Ингибиторы 5-α-редуктазы** (финастерид, дутастерид).

Финастерид - конкурентный ингибитор фермента 5-α-редуктазы, который блокирует на уровне простаты превращение тестостерона в дигидротестостерон. Препарат не связывается с андрогенными рецепторами и не обладает побочными эффектами, характерными для гормональных средств.

**Фитотерапевтические средства.**

Свойством ингибировать 5-α-редуктазу обладают и препараты растительного происхождения: экстракт Serenoa repens (пальма сереноа) и экстракт Pygeum africanum (слива африканская)

Указанные препараты могут оказывать существенное позитивное влияние на субъективные и объективные проявления заболевания. Их можно широко применять в урологической практике в качестве профилактических средств у больных с начальной стадией ДГПЖ.

* Согласно рекомендациям 3-го совещания Международного согласительного комитета по проблеме ДГП абсолютными показаниями к хирургическому лечению ДГП это ДГП, осложненная задержкой мочеиспускания, повторной массивной гематурией, камнями мочевого пузыря, повторной инфекцией мочевых путей или дивертикулом мочевого пузыря.
* К относительным показаниям относят наличие симптомов нарушения мочеиспускания (простатизма) и патологические показатели уродинамики

**Новые методы лечения ДГПЖ**

* трансуретральная электровапоризация (электровыпаривание) простаты;
* электроинцизия аденомы простаты - продольное рассечение ткани простаты и шейки мочевого пузыря;
* методы лазерной хирургии -лазерная вапоризация и лазерная коагуляция простаты;
* термальные методы лечения аденомы простаты - трансуретральная микроволновая термотерапия, трансуретральная радиочастотная термодеструкция (термоаблация простаты).
* баллонная дилатация
* эндоуретральные стенты.

- отсутствие травмы мягких тканей при доступе к простате;

- отсутствие травмы мягких тканей при доступе к простате

- четко контролируемый гемостаз во время операции;

- менее длительная реабилитация больных в послеоперационном пе­риоде;

- возможность оперативного лечения у лиц с интеркуррентными заболеваниями.

**Чреспузырная аденомэктомия предпочтительна**

* при объеме простаты более 80 см.куб
* при сочетании ДГП с дивертикулом или опухолью больших размеров,
* при крупных камнях мочевого пузыря, исключающих эндоскопическое дробление
* если имеются ортопедические заболевания, не позволяющие произвести укладку пациента для ТУР

открытая аденомэктомия остается наиболее радикальным способом лечения этого заболевания.

* Согласно Isaacs et Coffey, ДГПЖ выявляется более чем у 90% мужчин старше 80 лет. Эти же авторы выделяют 2 стадии болезни: микроскопическую (почти 100% пациентов старше 80 лет) и макроскопическую (50% от микроскопической стадии)
* сего лишь у 50% пациентов с макроскопической стадией гиперплазии простаты имеет место обструктивная или ирритативная симптоматика. И только 10% пациентов, имеющих эти симптомы, нуждаются в операции.

**РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Рак простаты** – злокачественная опухоль, происходящая из железистого эпителия преимущественно периферической зоны простаты и возникающая чаще у мужчин пожилого возраста

* Заболевание, за редким исключением, начинается после 50 лет
* Рак простаты является причиной почти 10 % смертей от рака у мужчин и одной из главных причин смерти у пожилых мужчин
* Опухоль может долгие годы не сказываться на самочувствии больного и проявит себя только у 10% заболевших.
* В 20% случаев гистологические исследования у мужчин от 30 до 40 лет выявили микроскопические очаги латентного рака
* Заболеваемость раком предстательной железы имеет значительные географические и этнические различия

**Этиология и патогенез РП.**

* Условно различают доказанные, предполагаемые и вероятные факторы риска заболевания раком простаты.
* К первым относят возраст старше 50 лет, наследственный анамнез и генетическую предрасположенность.
* Ко вторым относят соотношение в крови половых гормонов, избыток факторов роста, инсулиноподобных веществ, низкий уровень витамина D.
* Вероятные факторы – папилломовирусная инфекция, курение, употребление насыщенной жирами пищи.

**Классификация**

* Т – первичная опухоль
* Тх – недостаточно данных для определения первичной опухоли
* Т0 – первичная опухоль не определяется
* Т1 – клинически не определяемая опухоль ( не пальпируется и не визуализируется )

Т1а – опухоль случайно выявлена при операции ( объем опухолевой ткани не более 5 % от резецированной ткани предстательной железы )

Т1b – опухоль случайно выявлена при операции ( объем опухолевой ткани более 5 % от резецированной ткани предстательной железы )

Т1с – опухоль выявлена при игольчатой биопсии ( выполненной в связи с повышением уровня простатспецифического антигена – ПСА )

* Т2 – опухоль локализуется в предстательной железе :

Т2а – опухоль занимает менее половины одной доли предстательной железы

Т2b – опухоль занимает более половины одной доли предстательной железы

Т2с – опухоль распространяется на обе доли предстательной железы

* Т3 – опухоль выходит за пределы капсулы предстательной железы:

Т3а – опухоль прорастает в парапростатическую клетчатку ( с одной или обеих сторон )

Т3b – опухоль прорастает в семенные пузырьки

* Т4 – опухоль прорастает в окружающие ткани, кроме семенных пузырьков (шейку мочевогопузыря, наружный сфинктер, прямую кишку, мышцу, поднимающую задний проход, и или переднюю брюшную стенку )
* N – регионарные лимфатические узлы
* Nх – недостаточно данных для определения статуса лимфатических узлов
* N0 – нет метастазов в региональных лимфатических узлах
* N1 – метастазы в региональных лимфатических узлах
* М – отдаленные метастазы
* Мх – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
* М0 – нет отдаленных метастазов
* М1 – отдаленные метастазы
* М1а – метастазы в лимфатических узлах, не относящихся к региональным
* М1b – метастазы в костях
* М1с – метастазы в других органах

**Симптомокомплекс** рака предстательной железы связан с двумя основными проявлениями болезни:

* симптомы обструкции мочевого пузыря (учащенное и затрудненное мочеиспускание, вялая струя и т.д.);
* симптомы, вызванные распространением опухоли - гематурия и боль

**Условно симптомы рака предстательной железы можно разделить на характерные для ограниченного заболевания и для местнораспространенного опухолевого процесса**

**Ограниченное заболевание**

* Учащенное мочеиспускание
* Затрудненное начало мочеиспускания
* Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
* Вялая струя мочи
* Императивные позывы на мочеиспускание
* Недержание мочи

**Местно-распространенная опухоль**

* Гематурия
* Болезненное мочеиспускание
* Недержание мочи
* Боль в пояснице или анурия из-за обструкции мочеиспускания
* Боль в промежности и над лобком
* Симптомы почечной недостаточности
* Гемоспермия
* Импотенция
* Симптомы вовлечения прямой кишки в опухолевой процесс

**Клинические проявления диссеминированного рака предстательной железы:**

1. Боли в костях пораженных метастазами (чаще всего боли в пояснице и костях таза)

2. Параплегия, ишалгия из-за сдавления спинного мозга

3. Отеки ног, связанные с поражением лимфатических узлов и сдавлением вен

4. Увеличение лимфатических узлов

5. Боль в пояснице возможна с появлением олигурии и анурии из-за обструкции мочеточников

6. Похудание, кахексия, сонливость, кишечное кровотечение

**При возникновении подозрения на рак предстательной железы в первую очередь принято проводить три необходимых исследования:**

I. Пальцевое исследование простаты.

II. Определение уровня простато-специфического антигена (ПСА)

III. Ультразвуковое исследование (УЗИ) простаты, при показаниях одновременно с биопсией.

**Пальцевое ректальное исследование**

* Всегда доступный метод диагностики, проводится всем больным
* Субъективная оценка данных
* Результаты зависят от опыта специалиста
* Чувствительность при определении местной распространенности РПЖ не превышает 30-50%
* При локализованном РПЖ эффективность не высока.

**ПСА**

* Простатоспецифисечкий антиген – органоспецифический маркер, его сывороточный уровень может повышаться при ДГПЖ, простатите, ПРИ и других вмешательствах.
* Средний нормальный уровень – 2,5 нг/мл
* Вероятность обнаружения РПЖ при значении ПСА < 4нг/мл - 27%
* Из числа диагностированных в 18% будет локализованная, а в 82% местнораспространенная форма РПЖ.

Для повышения специфичности диагностики применяют модификации ПСА:

* Плотность ПСА – отношение уровня ПСА к объему простаты
* Отношение уровня свободного ПСА к уровню общего ПСА
* Скорость прироста ПСА (не более 0,5 нг/мл в год)

**ТрУЗИ**

* Выявление патологических участков в предстательной железе
* Повышение точности трансректальной биопсии

***Биопсия предстательной железы***

* Повышение уровня ПСА, наличие изменений ПРИ, выявление гипоэхогенной зоны при ТрУЗИ – показание к трансректальной мультифокальной биопсии под контролем трансректального УЗИ.
* Минимальное количество биоптатов – 6. Количество точек для биопсии может достигать 10,12 и 18 в зависимости от объема простаты

**МРТ – наиболее чувствительный метод для диагностики экстрапростатической инвазии опухоли**

**Методы диагностики отдаленных метастазов:**

- Сцинтиграфия скелета

- УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости

- Позитронно-эмиссионная томография

**Лечение рака предстательной железы** определяется стадией болезни. Однако если в отношении больных с местнораспространенной опухолью или с уже имеющимися метастазами существует более или менее единый подход, то в лечении начальных стадий (Т1-Т2) рака предстательной железы единой точки зрения нет.

**Динамическое наблюдение –** методика в стадии изучения. Предполагается отказ от немедленного лечения при выявления РПЖ.

Показания – локализованный рак Т1а-Т2bNoMo, высокодифференцированная опухоль, тяжелые сопутствующие заболевания

* **Динамическое наблюдение –** методика в стадии изучения. Предполагается отказ от немедленного лечения при выявления РПЖ.
* Показания – локализованный рак Т1а-Т2bNoMo, высокодифференцированная опухоль, тяжелые сопутствующие заболевания

**Радикальное лечение локализованного РПЖ**

* Простатэктомия:
  + Открытая позадилонная простатэктомия
  + Лапароскопическая простатэктомия
  + Открытая промежностная простатэктомия
  + Робототехника
* Лучевая терапия
* Малоинвазивные методы:
  + Высокофокусированный ультразвук
  + Брахитерапия
  + Криотерапия

**Радикальная простатэктомия**

* **Преимущества:**
* Полное удаление ограниченной опухоли
* Возможно точное определение стадии заболевания
* Излечение сопутствующей гиперплазии предстательной железы
* Надежное подавление уровней ПСА до уровней ниже предела чувствительности качественного анализа
* Больные меньше беспокоятся в период последующего наблюдения
* Проще выделить рецидив заболевания
* **Недостатки:**
* Большая операция
* Послеоперационная смертность (< 0.3%)
* Возможные осложнения:
* - импотенция (> 50%)
* - тяжелое недержание мочи (< 5%)
* - тромбоэмболия легочной артерии (< 1%)
* - повреждение прямой кишки (< 1%)
* - стриктура мочеиспускательного канала (< 5%)
* - кровотечение (< 5%)

**Лучевая терапия**

**Преимущества:**

* Возможно полное излечение
* Нет необходимости в хирургическом лечении
* Амбулаторный режим

**Недостатки:**

* Необходимо длительное лечение
* Трудно оценить эффективность лечения
* Невозможно точное определение стадии заболевания
* Не действует на сопутствующую гиперплазию предстательной железы
* Больные насторожены при последующем наблюдении
* Ненадежное подавление уровней ПСА
* Возможные осложнения:

- поражение прямой кишки (5-10%)

- недержание мочи (< 3%)

- импотенция (20-30%)

- поражение мочевого пузыря (10-20%)

- гематурия (5-10%)

**Лечение местнораспростпаненного рака простаты:**

Резекция простаты (в стадии Т3а) в сочетании с лучевой и гормональной терапией

**Лечение метастатического рака простаты:**

Сочетание лучевой, гормональной и симптоматической терапии

**Гормональная терапия**

Гормональная терапия рака предстательной железы может проводиться в режимах:

* Самостоятельная терапия
* неоадъювантная и адъювантная терапия в сочетании с радикальной простатэктомией;
* адъювантная терапия на фоне облучения;
* как компонент комплексного лечения при местно-распространенных и метастатических формах рака предстательной железы.

Цель лечения - создание максимальной **андрогенной блокады.**

**Методы андрогенной блокады.**

1. Билатеральная орхэктомия

2. Эстрогенная терапия

3. "Чистые" антиандрогены

4. Стероидные антиандрогены

5. Агонисты (аналоги) лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ)

6. Орхэктомия + антиандрогены

7. Антиандрогены + эстрогены

8. Агонисты (аналоги) ЛГРГ + антиандрогены

**Группы лекарственных веществ, применяемых для гормональной терапии**.

- Эстрогены - диэтилстильбэстрол

* Агонисты (аналоги) рецепторов рилизинг-гормона (ЛГРГ) - бусерелин, гозерелин, лейпрорелин, трипторелин
* Антагонисты рецепторов рилизинг-гормона - цетрореликс
* Ингибиторы синтеза андрогенов - кетоконазол
* Антиандрогены:

- Нестероидные антиандрогены (флутамид (флуцином), ципротерон, нилутамид (анандрон), бикалутамид (касодекс)).

- Стероидные антиандрогены (ципротеронацетат (Андрокур), хлормадинонацетат, мегесторола ацетат(Мегейс)). Эффект антиандрогенной терапии основан на способности этих препаратов необратимо связываться с рецепторами андрогенов.

Низкодифференцированная папиллярная уротелиальная карцинома

Таким образом, при определении тактики лечения играют роль: возраст пациента, соматический статус и стадия опухолевого процесса.

В настоящее время наиболее оправданной тактикой в лечении локализованного рака простаты является радикальная простатэктомия.

***Прогноз:***

Пятилетняя безрецидивная выживаемость больных с 1-2 стадией составляет 90%.

При выявлении заболевания на стадии метастазирования средний период до прогрессирования процесс составляет 24-36 мес.

**Форма организации лекции:**информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: *1) словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

**Средства обучения**:

- дидактические: презентация

- материально-технические: мультимедийный проектор

**2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**Тема 1. «СИМПТОМАТОЛОГИЯ. АНОМАЛИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ».**

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** научить студентов умению выстраивать алгоритмы диагностики при различных патологиях органов мочеполовой системы, проводить физикальное обследование больных, проводить дифференциальную диагностику, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**   1. Закрепление теоретического материала   *Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование.*  Вопросы:  **Боль**. Патогенез. Локализация и характер боли при заболеваниях почек, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки. Возможная иррадиация и особый характер боли при почечной колике. Причины ее возникновения. Боль в крестцовой области при урологических заболеваниях. Отсутствие боли при ряде урологических заболеваний.  **Расстройства мочеиспускания, дизурия**. Виды дизурии: учащенное (поллакиурия), болезненное (странгурия), затрудненное мочеиспускание, острая и хроническая задержка мочеиспускания (ишурия), парадоксальная ишурия, императивные позывы, неудержание и недержание мочи, ночное недержание мочи.  **Изменения количества мочи.** Полиурия, олигурия, анурия (аренальная, преренальная, ренальная, субренальная).  **Изменения качества мочи.** Цвет мочи (изменения цвета мочи при приеме некоторых лекарств и пищевых продуктов), причины ее помутнения: уратурия, фосфатурия, примесь слизи. Пиурия, ее источники (двух- и трехстаканная проба). Альбуминурия (истинная и ложная), цилиндрурия. Гематурия и ее виды (микро- и макрототальная, инициальная, терминальная). Гемоглобинурия, миоглобинурия, хилурия, пневматурия, глюкозурия. Гиперстенурия, гипостенурия, гипоизостенурия.  **Выделения из уретры и изменения спермы.** Выделения из уретры**,** сперматорея, простаторея, олигоспермия, аспермия, азооспермия, некроспермия, гемо- и пиоспермия, уретроррагия.  **Пальпируемая почка**. Патологическая подвижность, увеличение в размерах, аномалия положения, симптом баллотирования, поверхность почки – гладкая, неровная. Консистенция – эластичная, плотная.  **Изменение размеров и деформация простаты.** Увеличение, уменьшение, консистенция, характеристика поверхности, изменение формы.  **НЕФРОПТОЗ**  **Физиологическая и патологическая подвижность почек.** Этиология и патогенез опущения почек. Значение похудания, изменения внутрибрюшного давления, слабости связочного аппарата почек, беременности, условий труда и жизни в развитии нефроптоза. Нефроптоз как одно из проявлений спланхноптоза.  **Симптоматология.** Локальные и общие проявления заболевания. Осложнения: гидронефроз и гидроуретер, форникальные кровотечения, артериальная гипертензия, пиелонефрит.  **Диагностика.** Полипозиционная экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография, ультразвуковое исследование почек. Ценность почечной ангиографии в диагностике нефроптоза. Необходимость рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта. Дифференциальный диагноз с дистопией почки, опухолью паренхимы почки, опухолью органов брюшной полости, острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.  **Лечение.** Показания и противопоказания к оперативному лечению. Принципы оперативного лечения. Реабилитация в послеоперационном периоде. Роль лечебной гимнастики в лечении больных нефроптозом.  **ГИДРОНЕФРОЗ И АНОМАЛИИ ПОЧЕК, МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**  **Этиология и патогенез гидронефроза.**  Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента как основная причина гидронефроза. Роль добавочных сосудов почки в развитии заболевания. Патологическая анатомия гидронефроза. Первичный и вторичный гидронефроз. Симптомы и осложнения заболевания: боль, пальпируемое образование, гематурия, пиелонефрит, нефролитиаз.  **Диагностика.** Рентгенологические методы обследования: экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография, ангиография. Ультразвуковое исследование почек в сочетании с медикаментозной полиурией. Радиоизотопные методы исследования почек. Дифференциальный диагноз с опухолью почки, нефроптозом и поликистозом, опухолью органов брюшной полости**.**  **Консервативное и оперативное лечение больных гидронефрозом:** медикаментозное, дилатация суженного лоханочно-мочеточникового сегмента, транскутанные эндоскопические и традиционные пластические операции при гидронефрозе. Принципы пластических операций при стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента. Прогноз заболевания.  **Аномалии почек:** методы диагностики – пальпация, функциональные пробы, экскреторная урография, ангиография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография. Виды аномалий почек: аномалии количества – аплазия, гипоплазия, третья добавочная почка, удвоение почки с расщепленным и удвоенным мочеточником, аномалии положения – дистопия гомолатеральная (тазовая, подвздошная, поясничная, грудная), дистопия гетеролатеральная (со сращением, без сращения), аномалии взаимоотношения сращенных почек – симметричные (подковообразные почки, галетообразные почки), асимметричные (L-образные почки, S-образные почки), аномалии структуры – поликистозные почки, солитарные кисты (серозные, дермоидные, кровяные), мультикистозные почки, аномалии структуры мозгового вещества – дилатация канальцев, мегакаликоз.  **Аномалии мочеточников:** ахалазия, уретероцеле, эктопии.  **Аномалии мочевого пузыря.** Методы диагностики: цистография, цистоскопия, осмотр. Виды аномалий мочевого пузыря: экстрофия, дивертикулы, двойной мочевой пузырь, свищ мочевого протока.  **Аномалии мочеиспускательного канала у мужчин.** Методы диагностики: уретрография, уретроскопия, осмотр. Виды аномалий мочеиспускательного канала: атрезия уретры, дивертикул уретры, удвоение уретры, парауретральные ходы, гипоспадия (головки полового члена, мошоночная, промежностная, тотальная), эписпадия.  **Аномалии полового члена.**  **Аномалии органов мошонки.** Методы диагностики, пальпация, осмотр, исследование гормонального профиля. Виды аномалий органов мошонки: монорхизм, анорхизм, крипторхизм, эктопия яичка.  **Гидроцеле, сперматоцеле.**  Клиническое течение, диагностика, лечение. Роль ультразвукового исследования и диафаноскопии.  **Фимоз, парафимоз.**  Клиническое течение, диагностика, лечение.  **Варикоцеле.**  Патогенез. Клиническое течение, диагностика и лечение.  Симптоматическое варикоцеле.  Тестовые задания  *Выберите один правильный ответ.*  1. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ   * 1. ноющие   2. тупые   3. острые   4. острые приступообразные   5. постоянные ноющие   2. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ   1. над лоном 2. в поясничной области 3. в пояснично-крестцовом отделе позвоночника 4. в промежности и над лоном 5. в промежности и крестце   3. К ДИЗУРИИ ОТНОСЯТ   1. частое мочеиспускание 2. частое, болезненное, затрудненное мочеиспускание 3. затрудненное мочеиспускание 4. прерывистое мочеиспускание 5. редкое мочеиспускание   4. ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при камне мочевого пузыря 2. при остром нефрите 3. при гиперактивном мочевом пузыре 4. при цистите 5. при 1), 3), 4)   5. ПОЛЛАКИУРИЯ – ЭТО   1. увеличение диуреза 2. учащение дневного и ночного мочеиспусканий при обычном количестве суточной мочи 3. учащение ночного мочеиспускания 4. учащение дневного мочеиспускания 5. увеличение ночного диуреза   6. СТРАНГУРИЯ – ЭТО   * 1. затрудненное мочеиспускание по каплям   2. мочеиспускание, сопровождающееся болью   3. частое мочеиспускание   4. затрудненное, болезненное мочеиспускание   5. частое, безболезненное мочеиспускание   7. НИКТУРИЯ – ЭТО   * 1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени   2. мочеиспускание в ночное время   3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные   4. дневная олигурия   5. правильно 1) и 3)   8. ОЛИГУРИЯ – ЭТО   * 1. запаздывающее мочеотделение   2. редкое мочеиспускание   3. уменьшение суточного количества мочи   4. увеличение суточного количества мочи   5. уменьшение количества мочи, выделяемой в дневное время   9. АНУРИЯ – ЭТО   1. отсутствие мочи в мочевом пузыре 2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. отсутствие мочеиспускания в дневное время суток 5. правильно 1) и 2)   10. АРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   * 1. при гипоплазии почки   2. при удалении обеих почек   3. при удалении единственной функционирующей почки   4. правильно 2), 3)   5. правильно 1), 2), 3)   11. ПРЕРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при острой сердечной недостаточности 2. при окклюзии почечной артерии или вены единственной почки 3. при заболеваниях, сопровождающихся шоком, коллапсом, падением АД 4. правильно 2), 3) 5. правильно 1), 2), 3)   12. РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при мочекаменной болезни 2. при хроническом гломерулонефрите 3. при тромбозе или эмболии непосредственно почечных сосудов 4. при переливании несовместимой крови 5. при туберкулезе левой почки   13. ПОСТРЕНАЛЬНАЯ (ЭКСКРЕТОРНАЯ) АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   * + 1. при камнях почек, мочеточников     2. при сдавлении мочеточников опухолью, рубцовой тканью     3. при гломерулонефрите     4. правильно 1), 2)     5. правильно 1), 2), 3)   14. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ – ЭТО   1. отсутствие выделения мочи почками 2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря 3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации 4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении 5. наличие 150 мл остаточной мочи   15. ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   * 1. при почечной колике   2. при опухоли почки с распадом   3. при обтурации мочеточников   4. при нарушении электролитного баланса   5. при инфравезикальной обструкции   16. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ – ЭТО   1. невозможность самостоятельного мочеиспускания 2. хроническая задержка мочеиспускания 3. сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи 4. недержание мочи 5. сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи   17. МАКРОГЕМАТУРИЯ – ЭТО   1. наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина 2. выделение крови из мочеиспускательного канала 3. выделение крови с мочой 4. наличие в моче порфирина 5. эритроцитурия   18. ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ   1. при хроническом пиелонефрите 2. при остром цистите 3. при поражении шейки мочевого пузыря опухолью 4. при хроническом гломерулонефрите 5. правильно 2) и 3)   19. УРЕТРОРРАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ   1. при травме почки 2. при остром цистите 3. при опухоли шейки мочевого пузыря 4. как вариант нормы 5. при повреждении мочеиспускательного канала   20. ИСТИННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при нефропатии беременных 2. при амилоидозе почек 3. при опухоли почки 4. при мочекаменной болезни 5. правильно 1) и 2)   II. Отработка практических умений и навыков  *Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*  Ситуационные задачи  **Задача 1**  Больная, 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, появление крови в моче после приступа боли. Ранее в осадке мочи обнаруживала песчинки коричневого цвета. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа положительный. При исследовании мочи выявлены микрогематурия, уратурия.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ УКАЗАННЫЕ СИМПТОМЫ?  **Задача 2**  Больной, 74 лет, в течение 2-х лет отмечал затрудненное мочеиспускание, мочился, натуживаясь, вялой струей, которая нередко прерывалась. При поступлении отмечает недержание мочи, постоянную распирающую боль над лобком. При осмотре над лоном видимое выпячивание, верхний край которого контурируется на уровне пупка. Перкуторно в этой области отмечается тупость. Моча в течение нескольких дней постоянно самопроизвольно отделяется по каплям.  КАКОЙ ВИД РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ИМЕЕТСЯ У БОЛЬНОГО?  О НАЛИЧИИ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ И ПОЧЕМУ?  **Задача 3**  У больного, 23 лет, выраженное помутнение мочи вследствие примеси лейкоцитов и бактерий, однако неизвестна локализация воспалительного процесса.  К КАКОЙ ПРОСТОЙ И ОБЩЕДОСТУПНОЙ МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРИБЕГНУТЬ?  **Задача 4**  Больной, 45 лет, явился на прием к урологу с жалобами на выделение при половом сношении спермы бурого цвета.  При лабораторном исследовании эякулята выявлена гемоспермия.  КАКОВА ПРИЧИНА ГЕМОСПЕРМИИ?  ТАКТИКА ВРАЧА В ДАННОМ СЛУЧАЕ.  **Задача 5**  Больной, 65 лет, поступил в клинику с жалобами на учащенное (в ночное время) затрудненное мочеиспускание. Дважды выделение крови с мочой. Правильного телосложения. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы сформированы правильно. Простата гладкая, эластичная, безболезненная, увеличена в размерах. Срединная бороздка определяется нечетко, слизистая прямой кишки над простатой подвижна. Больной мочится с натуживанием, тонкой струей. Остаточной мочи 70 мл, микрогематурия.  ЗАБОЛЕВАНИЕМ КАКОГО ОРГАНА ОБЪЯСНЯЮТСЯ УКАЗАННЫЕ РАССТРОЙСТВА?  **Задача 6**  Больная, 32 лет, жалуется на боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/120 мм рт. ст. Больна 3 года. Пульс – 80 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабоположителен справа. В вертикальном положении тела пальпируется нижний сегмент правой почки. Дизурии нет. Временами бывает макрогематурия.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.  **Задача 7**  У больной, 16 лет, появилась острая боль в правой подвздошно-паховой области. При объективном исследовании здесь пальпируется опухолевидное образование размерами 12х8 см, эластической консистенции, органная локализация которого не ясна. Если не подумать о возможности одного из видов аномалий почек, то можно впасть в диагностическую ошибку и произвести необоснованную лапаротомию.  О КАКОЙ АНОМАЛИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОГУТ ЕЕ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ?  **Задача 8**  У ребенка, 9 лет, при профилактической флюорографии и рентгенографии грудной клетки выявлено затемнение над диафрагмой, которое напоминает опухоль легкого. Между тем имеется аномалия почек.  КАК НАЗЫВАЕТСЯ ДАННЫЙ ВИД АНОМАЛИИ?  КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ?  **Задача 9**  У ребенка, 10 лет, жалобы характерны для хронической почечной недостаточности. Заболевание медленно прогрессирует. При объективном исследовании в обоих подреберьях определяются безболезненные, бугристые, плотноэластические образования.  КАКОВ ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЙ ДИАГНОЗ?  КАК ЕГО МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ?  С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  **Задача 10**  Ребенок, 11 лет, периодически жалуется на боли в животе, которые зачастую носят приступообразный характер, прекращаются без приема лекарственных препаратов. При пальпации живота в левом подреберье определяется опухолевидное образование, плотноэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Анализы крови в норме. В моче эритроциты до 4–5 в поле зрения. Общее состояние не страдает.  КАКУЮ АНОМАЛИЮ ПОЧЕК МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ?  УКАЖИТЕ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.  **Задача 11**  У мальчика, 9 лет, хорошо развивающегося, в левом подреберье прощупывается плотное безболезненное образование. При цистоскопии не обнаружено левое мочеточниковое устье. При экскреторной урографии выявлена хорошо функционирующая правая почка, а в области левой — небольшие шарообразные участки, контраст не определяется.  О КАКОМ ДИАГНОЗЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  КАКОЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАН ПРИ ЕГО ПОДТВЕРЖДЕНИИ И ПОЧЕМУ?  **Задача 12**  Больной, 8 месяцев, поступил в клинику по поводу затрудненного мочеиспускания и периодически возникающей задержки мочи. Болеет с рождения. Периодически повышается температура до 38–41° С. Бледен, тургор кожи снижен. Слева в животе пальпируется опухолевидное образование эластической консистенции, подвижное. Остаточной мочи до 50 мл. Анемия. СОЭ – 22 мм/ч. Реакция мочи щелочная, белок – 0,33 г/л, лейкоциты сплошь покрывают поля зрения. В 1 мл мочи 500 000 бактериальных тел протея, устойчивого к большинству антибиотиков. Проба по Зимницкому: диурез – 570 мл, плотность мочи – 1002–1013. Умеренная азотемия. На обзорной урограмме теней конкрементов не отмечается. На экскреторной урограмме лоханка и мочеточник справа не изменены. В области левой почки – большие полости, нечетко выполненные рентгеноконтрастным веществом. Мочеточник не прослеживается. В мочевом пузыре на фоне контрастного вещества имеется овальной формы дефект наполнения 3х4 см, нижняя его часть располагается в области шейки.  О КАКОМ ДИАГНОЗЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАН?  **Задача 13**  У новорожденного в области лобка видно округлой формы образование красного цвета. При осмотре определяется, что моча выделяется бросками из двух отверстий, расположенных в нижней части этого образования.  КАК НАЗЫВАЕТСЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ?  В КАКОМ ВОЗРАСТЕ МОЖНО ПРЕДСТАВИТЬ ПЛАСТИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ И КАКОВЫ ВАРИАНТЫ ЭТОЙ ОПЕРАЦИИ?  ЧТО СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ РОДИТЕЛЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ?  **Задача 14**  У ребенка по средней линии живота определяется между пупком и лоном продолговатое образование, связанное со стенкой живота. Изменений со стороны мочи нет.  О КАКОЙ АНОМАЛИИ МОЖНО ДУМАТЬ И КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО?  ВОЗМОЖНЫ ЛИ ДРУГИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЭТОГО ЖЕ РУДИМЕНТА? КАК ОНИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ? КАКОГО ТРЕБУЮТ ЛЕЧЕНИЯ?  **Задача 15**  Жалобы на двухэтапное мочеиспускание. После основной порции мочи наступает повторный позыв на мочеиспускание. Вместо второго мочеиспускания может быть ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Моча вначале без патологических элементов, в последующем появляется лейкоцитурия.  КАКАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОТЕКАЕТ С ПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ?  НА ОСНОВАНИИ КАКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ДИАГНОЗ?  КАКОЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ?  **Задача 16**  Наружное отверстие уретры открывается на волярной поверхности полового члена. При выраженной степени порока – половой член изогнут. Головка подтянута к наружному отверстию уретры.  ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ.  НАЗОВИТЕ СТЕПЕНИ ПОРОКА.  В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?  **Задача 17**  Мальчик, 1 года, при каждом мочеиспускании тужится, становится беспокойным. Струя вялая, иногда моча стекает по каплям.  ПРИ КАКИХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОДОБНАЯ КАРТИНА?  КАКОВЫ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭТИХ АНОМАЛИЙ?  КАКОВО ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ?  **Задача 18**  Мальчик, 1,5 года, беспокоен при каждом мочеиспускании, мочится с натуживанием. При мочеиспускании в области головки полового члена появляется булавовидное расширение. У мальчика в анамнезе частые воспалительные процессы в области полового члена (баланиты, баланопоститы).  ВАШ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ МОГУТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭТОЙ АНОМАЛИИ?  ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ?  ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ?  **Задача 19**  Больной, 6 лет. Жалобы на затрудненное мочеиспускание. При осмотре головка полового члена не обнажается из-за резкого сужения крайней плоти, которая во время мочеиспускания растягивается в области препуциального мешка.  О КАКОМ ДИАГНОЗЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  КАКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОПАСНО ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ?  КАКОВЫ ЛЕЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ?  **Задача 20**  Больная, 32 лет, жалуется на общую слабость, тошноту, жажду, сухость во рту, почти постоянные боли в поясничной области с обеих сторон. Заболевание развилось постепенно в течение нескольких лет. Более точное время начала заболевания назвать не может. Кожные покровы бледные, на ощупь сухие. АД – 180/90 мм рт. ст. Пульс – 76 ударов в 1 мин. С обеих сторон пальпируются увеличенные, болезненные почки. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Анализ мочи: чисто собранная средняя порция – цвет светлый, рН – 6,5, плотность – 1009, эритроциты – 0–1, лейкоциты – 12–15 в поле зрения.  ОБОСНУЙТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА. |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал; * задание для самостоятельной подготовки обучающихся |

**Средства обучения:**

- таблицы и плакаты по указанной теме

- лечебные истории болезни

**Тема 2. «ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ», «РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** закрепление и расширение спектра знаний и умений студентов по проблеме заболеваний предстательной железы, формирование и освоение основ профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**   1. Закрепление теоретического материала   *Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование.*  Вопросы:  **ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)**  **Этиология и патогенез:** гормональная теория (историческая роль Ф. И. Синицина), нарушение обмена дигидротестостерона в клетках простаты, роль различных изоферментов 5-альфа-редуктазы и факторов роста в патогенезе гиперплазии предстательной железы. Патологическая анатомия. Классификация болезни: стадии заболевания. Клиническое течение гиперплазии предстательной железы.  **Диагностика** и дифференциальная диагностика гиперплазии предстательной железы (рак предстательной железы, хронический простатит, стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, опухоль мочевого пузыря).  **Выбор терапии** больных гиперплазией предстательной железы. Медикаментозное лечение ингибиторами 5-альфа-редуктазы, селективными альфа-1-адреноблокаторами и их комбинацией. Малоинвазивные методы лечения гиперплазии предстательной железы: трансуретральная микроволновая термотерапия, применение различных видов лазерной энергии и других.  **Оперативное лечение:** показания к трансуретральной, трансвезикальной и позадилонной аденомэктомиям, цистостомии. Трансуретральная аденомэктомия. Позадилонная аденомэктомия. Чреспузырная аденомэктомия. Цистостомия. Острая задержка мочеиспускания. Оказание помощи при острой задержке мочеиспускания: катетеризация мочевого пузыря, надлобковая пункция пузыря, троакарная и традиционная цистостомии.  **Осложнения гиперплазии предстательной железы**: камни мочевого пузыря, цистит, пиелонефрит, почечная недостаточность. Профилактика осложнений. Диспансерное наблюдение за больными гиперплазией предстательной железы.  **РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**  **Этиология и патогенез.** Патологическая анатомия. Клиническое течение. Стадии заболевания. Метастазирование рака простаты, типы метастазов.  **Диагностика рака простаты** (клиническая, лабораторная, рентгенологическая, радиологическая). Биопсия предстательной железы (трансректальная и промежностная). Дифференциальная диагностика (аденома простаты, камни простаты, хронический простатит, туберкулез простаты, рак мочевого пузыря).  **Показания к оперативному лечению:** простатэктомия, трансуретральная и интравезикальная электрорезекция, криохирургия простаты. Кастрация, энуклеация яичек.  **Консервативные методы лечения.** Эстрогенотерапия: общие принципы, возможные осложнения. Первичная и вторичная резистентность опухоли к эстрогенам. Лечение антиандрогенами. Определение гормональной насыщенности для терапии. Ближайшие и отдаленные результаты лечения. Роль профилактических осмотров населения.  Тестовые задания  1. 1. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   * + - 1. микрогематурия       2. макрогематурия       3. пиурия       4. количество остаточной мочи       5. поллакиурия   2. РАЗВИТИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЮТ   * + 1. хронический воспалительный процесс в предстательной железе     2. гормональные нарушения в организме     3. наследственность     4. вирусная инфекция     5. половые излишества   3. ПОКАЗАНИЯ К ОДНОМОМЕНТНОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ   1. наличие аденомы 1-й степени 2. наличие аденомы 2-й степени 3. наличие уретерогидронефроза 4. изнуряющая ночная поллакиурия 5. правильно 2) и 4)   4. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ   1. затрудненное мочеиспускание 2. азотемия 3. остаточной мочи >100 мл 4. резкая болезненность предстательной железы 5. боли в промежности   5. ПОКАЗАНИЯ К ЦИСТОСТОМИИ (I ЭТАП) ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   1. аденома II стадии 2. аденома простаты и острый пиелонефрит 3. субтригональная локализация аденомы 4. пожилой возраст больного 5. аденома и подозрение на рак предстательной железы   6. ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   1. неосложненная аденома I–II стадии 2. аденома и хроническая почечная недостаточность 3. наличие камней мочевого пузыря 4. аденома больших размеров с клиникой обострения хронического простатита 5. осложненная аденома II стадии   7. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДГПЖ?   1. хронический простатит 2. рак простаты 3. стриктура уретры 4. склероз шейки мочевого пузыря 5. в**се** вышеуказанное   8. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ   1. инфекция мочевых путей 2. нарушение уродинамики мочевых путей и ХПН 3. камнеобразование 4. гематурия 5. все вышеуказанное   9. АДЕНОМА РАЗВИВАЕТСЯ У МУЖЧИН СТАРШЕ   1. 20 лет 2. 30 лет 3. 40 лет 4. 50 лет 5. 70 лет   10. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА   1. железа увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна 2. железа увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная 3. железа увеличена, плотная, незначительно болезненная, поверхность ее бугристая, границы нечеткие 4. железа плотноэластической консистенции, в одной из ее долей очаг размягчения 5. железа увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани   11. САМЫЙ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   * 1. осмотр и пальпация наружных половых органов   2. пальпация предстательной железы   3. цистоскопия   4. биопсия предстательной железы   5. биопсия костного мозга   12. РанниЕ клиническиЕ признакИ рака предстательной железы   1. задержка мочи 2. гематурия 3. боли в промежности 4. дизурия 5. чаще всего не проявляются   13. ОсновныЕ методЫ ранней диагностики рака предстательной железы   1. исследование гормонального баланса 2. пальцевое ректальное исследование предстательной железы 3. рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет 4. ультразвуковое исследование простаты с биопсией 5. пальцевое ректальное исследование простаты в сочетании с ТрУЗИ и определением уровня PSA   14. Основные жалобы больных при раке предстательной железы в стадии Т1NоМо   1. частое мочеиспускание 2. боли в промежности 3. боли в крестце 4. субфебрильную температуру 5. жалобы отсутствуют   15. Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии   1. Т1NоМо 2. Т2NоМо 3. Т3NоМ1 4. Т4N1М2 5. правильно 1) и 2)   16. применяемые в поздних стадиях рака предстательной железы паллиативные операции   1. троакарная цистостомия 2. высокое сечение мочевого пузыря 3. трансуретральная электрорезекция 4. нефростомия 5. все верно   17. ДЛЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ Т2NОМО ХАРАКТЕРНЫ   1. гематурия 2. задержка мочи 3. предстательная железа каменистой плотности, без четких границ 4. предстательная железа тугоэластической консистенции, безболезненная, не увеличена, в одной из долей одиночный плотный узел по периферии 5. боли в промежности   18. «ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТРИАДА» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ   1. ректальный осмотр, ТрУЗИ, биопсия 2. ректальный осмотр, биопсия, контроль PSA 3. ректальный осмотр, ТрУЗИ, контроль PSA 4. контроль PSA, ТТГ, ЛГ 5. верно 3)   19. Причинами хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы являются   1. перенесенный гломерулонефрит 2. острый пиелонефрит 3. хронический пиелонефрит 4. гидроуретеронефроз 5. метастазы   20. При хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии Т4N2М1 показаны   1. гемодиализ 2. перитонеальный диализ 3. нефростомия 4. цистостомия 5. простатэктомия 6. Отработка практических умений и навыков   *Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*  Ситуационные задачи:  **Задача 1**  Больной, 52 лет. В течение 27 лет страдает мочекаменной болезнью с почечными коликами с обеих сторон и периодическим самостоятельным отхождением конкрементов. Жалуется на отсутствие позывов к акту мочеиспускания. Последний раз мочился 14 часов тому назад. Отмечает тупую боль в правой половине поясницы и живота, которая появилась 7 часов тому назад. Интенсивность боли постепенно нарастает, появилась сухость во рту, чувство жажды. При осмотре больной повышенного питания, подкожно-жировая клетчатка обильно развита. Почки не пальпируются. При пальпации в верхнем правом квадранте живота отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Перкуторно и пальпаторно мочевой пузырь не увеличен. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа не изменена.  КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТСЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ?  УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ.  **Задача 2**  Больной, 70 лет, жалуется на общую слабость, головную боль, рвоту, непроизвольное выделение мочи по каплям. Кожные покровы бледны. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 6 см выше лона. Предстательная железа увеличена равномерно, плотноэластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови – 29,9 ммоль/л.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  ЛЕЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.  **Задача 3**  Больной, 68 лет, в течение последних трех лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой и тонкой струей. Кожные покровы нормальной окраски. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы развиты нормально. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа умеренно увеличена в размерах, правая доля ее бугристая, каменистой консистенции, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей железы неподвижна.  ВАШ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ?  **Задача 4**  Больной, 65 лет, жалуется на затрудненное вялой струей мочеиспускание, ночную поллакиурию до 3–4 раз. Считает себя больным последние два года, когда впервые стал отмечать мочеиспускание в ночное время. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Органы грудной клетки и брюшной полости без особенностей. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно пуст. При ректальном пальцевом исследовании предстательная железа увеличена незначительно с гладкой поверхностью, плотноэластической консистенции, безболезненная.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?  КАКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 5**  У больного, 63 лет, дневная и ночная поллакиурия 4–6 раз за ночь, вялая струя мочи. В анамнезе дважды была острая задержка мочи. После однократных катетеризаций мочевого пузыря мочеиспускание восстанавливалось. После мочеиспускания при осмотре над лоном пальпируется эластическое образование шаровидной формы, размером 8x6 см. Перкуторно над образованием притупление звука. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа умеренно увеличена, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, безболезненная.  ВАШ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 6**  Больной, 60 лет, лечился у невропатолога по поводу пояснично-крестцового радикулита и через месяц после прима курса физиотерапевтических процедур его доставили в травматологическое отделение с переломом бедра. При обследовании был выявлен рак предстательной железы с метастазами в нижние отделы позвоночника, кости таза и патологический перелом бедра.  В ЧЕМ ОШИБКА НЕВРОПАТОЛОГА?  КАКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЫЛИ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ БОЛЬНОГО ПЕРЕД ПРИЕМОМ ФИЗИОТЕРАПИИ?  **Задача 7**  Больной, 65 лет, обратился с жалобами на сильные позывы, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  ВАШИ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ?  **Задача 8**  Больной, 59 лет, обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов – без особенностей. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, мягкоэластической консистенции, гладкая. ПСА-25 нг/мл.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 9**  Больной, 70 лет, жалуется на слабость, головокружение, плохой аппетит, жажду. При нарастающей симптоматике болен 1–1,5 года. Не лечился. Язык сухой, обложен налетом.  Почки не пальпируются, однако их область болезненна. Перкуторно мочевой пузырь определяется над лобком на три поперечных пальца. При ректальном исследовании простата увеличена, каменистой консистенции, парапростатическая клетчатка инфильтрирована. При УЗИ – гидронефротическая трансформация с обеих сторон. Содержание мочевины в сыворотке крови – 25 мМ/л, ПСА – 120 нг/мл.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА?  ОПРЕДЕЛИТЕ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ.  **Задача 10**  Больной А., 65 лет, поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен в течение 3 лет. При ректальном исследовании простата увеличена, эластична, контуры четкие. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови – 4,2 ммоль/л.  ВАШ ДИАГНОЗ И ТАКТИКА ДООБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО?  **Задача 11**  Больной, 63 лет, поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря многократно эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра температура тела – 38,3° С, гнойные выделения из уретры. Перкуторно: верхняя граница мочевого пузыря – на 4 см выше лонного сочленения. Ректально: предстательная железа увеличена в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная.  ВАШ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 12**  У больного, 60 лет, выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы 3-й стадии. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При У3И: объем предстательной железы – 96 см3. При ректальном исследовании: предстательная железа значительно увеличена в объеме (в 3 раза). Остаточной мочи – 410 мл. Имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия. Мочевина крови – 16 ммоль/л, креатинин – 200 мкмоль/л.  ВАША ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 13**  У больного, 58 лет, диагностирована ДГПЖ 1-й стадии. Объем предстательной железы – 29 см3. Выявлены камни простаты, хронический калькулез­ный простатит. Ночная поллакиурия 3 раза, днем мочеиспускание с интервалом 3–4 часа. По УЗИ остаточной мочи – 40 мл.  ВАША ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 14**  У больного выявлен рак простаты Т1NоМо.  УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НА ДАННОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УЧИТЫВАЯ, ЧТО ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНОГО НЕТ.  **Задача 15**  У больного рак простаты Т4NхMх. Надлобковый свищ. Около 7 суток отмечается олигоурия. Биохимия крови: мочевина – 22 ммоль/л, креатинин – 876 мкмоль/л.  ВАШ ДИАГНОЗ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА?  **Задача 16**  У больного раком простаты T3NоMо появились жалобы на учащенное прерывистое мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Проводилась лучевая терапия 6 месяцев назад. При обследовании выявлен объем остаточной мочи 200 мл.  УКАЖИТЕ ДАЛЬНЕЙШУЮ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ.  **Задача 17**  Больной, 65 лет, обратился с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания. Указанные явления беспокоят в течение 14 часов.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  ВАШИ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ?  **Задача 18**  При ректальном пальцевом исследовании предстательная железа равномерно увеличена, правая доля ее бугристая, каменистой консистенции, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей неподвижная.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?  КАКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 19**  Мать жалуется, что ребенок, 5 лет, мочится во время сна. Объективно и при исследовании мочи патологических изменений не выявлено.  КАКОЕ НАЗВАНИЕ НОСИТ ТАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ?  У КОГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ: У МАЛЬЧИКОВ ИЛИ У ДЕВОЧЕК?  КАКОВ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ?  **Задача 20**  Женщина, 48 лет, жалуется на то, что теряет мочу при любом напряжении – кашле, поднятии тяжести. В остальном мочеиспускание не нарушено.  О КАКОМ СИМПТОМЕ ИДЕТ РЕЧЬ?  В ЧЕМ ПРИНЦИПИАЛЬНОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И НЕУДЕРЖАНИЕМ ЕЕ?  III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал; * задание для самостоятельной подготовки обучающихся |

**Средства обучения:**

- дидактические: таблицы, учебные и клинические истории болезни

- материально-техническое: мел, доска, мультимедийный проектор, ПК.

**Тема 3. «ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В УРОЛОГИИ». «МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ, УРОЛИТИАЗ, НЕФРОЛИТИАЗ)»**

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** научить студентов основам инструментальной диагностики в урологии, сформировать понятие о комплексной и взаимодополняющей тактике инструментального обследования, коррелирующей с анатомическими особенностями мочеполовой системы; сформировать базовые знания по клинике, диагностике и лечению МКБ.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**   1. Закрепление теоретического материала   Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, работа со стендом.  **ВОПРОСЫ:**  Опасности и осложнения трансуретральных манипуляций. Диагностическое и лечебное значение катетеризации мочевого пузыря. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря.  **Уретеропиелоскопия, нефроскопия.**  **Эндовезикальные операции.** Электрогидравлическая цистолитотрипсия, цистолитолапаксия, трансуретральная аденомэктомия, трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря и шейки мочевого пузыря, оптическая уретротомия. Осложнения эндовезикальных операций: кровотечение, перфорация стенки мочевого пузыря, ТУР-синдром. Профилактика осложнений. Удаление камней мочеточника петлями (Дормиа, электромагнитной петлей с памятью), контактная уретеролитотрипсия с помощью ультразвука.  **Пункционная нефростомия, нефролитолапаксия, контактная нефролитотрипсия.** Показания к применению, возможные осложнения.  **МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ, УРОЛИТИАЗ, НЕФРОЛИТИАЗ)**  Частота нефролитиаза среди заболеваний почек и мочевыводящих путей. Распространение на Земном шаре и в России.  **Этиология и патогенез.** Критический обзор коллоидной и кристаллоидной теорий камнеобразования. Современная теория органической (белково-мукополисахаридной) матрицы. Роль нарушенного пассажа мочи, реакции мочи, пиелонефрита, некротического папиллита, бляшек Рэндалла, нарушенного обмена веществ (идиопатическая гиперкальциурия) и витаминного баланса (недостаток витаминов А и С, избыток Д), гиперпаратиреоидизма, длительной иммобилизации и инфекции, функциональных нарушений печени и кишечного тракта в генезе нефролитиаза.  **Патологическая анатомия.** Изменения в почках и мочевых путях, обусловленные нарушенным пассажем мочи в результате полной или частичной окклюзии конкрементом. Гидронефротическая трансформация, пиелонефрит.  **Морфология и химический состав камней.** Величина, вес, форма, число, химический состав (ураты, фосфаты, карбонаты, оксалаты, цистиновые, ксантиновые, холестериновые и белковые конкременты). Современная минералогическая классификация.  **КАМНИ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ**  **Симптоматология.** Почечная колика и ее дифференциальная диагностика. Методы диагностики камней почек и мочеточников.  **Рентгенодиагностика.** Показания и противопоказания к консервативному лечению камней почек и мочеточников. Медикаментозное и физиолечение, направленное на самостоятельное отхождение конкрементов. Уратный нефролитиаз и его лечение.  **Ударно-волновая литотрипсия.** Показания и противопоказания. Профилактика осложнений. Оперативное лечение камней почек со вскрытием органа, виды операций.  **Эндовезикальные методы лечения камней мочеточников.**  Их критическая оценка. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Операции при двухсторонних камнях, коралловидных камнях, камнях единственной почки. Калькулезная анурия и ее лечение. Диетотерапия и медикаментозная профилактика рецидивов камнеобразования. Повторные операции при камнях почек и мочеточников. Санаторно-курортное лечение больных почечнокаменной болезнью.  **КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**  Роль стаза и инфекции в генезе камней мочевого пузыря. Симптомы, ультразвуковая, эндоскопическая и рентгенологическая диагностика. Камнедробление цистолитотриптором и аппаратом «Урат-1». Показания и противопоказания. Высокое сечение мочевого пузыря. Профилактика образования камней в мочевом пузыре.  **КАМНИ УРЕТРЫ**  Симптоматология. Диагностика. Лечение.  **КАМНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**  Симптоматология. Диагностика. Лечение.  **Тестовые задания**  1. УРЕТРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА   1. при остром течении уретрита 2. при подостром течении уретрита 3. при торпидном течении уретрита 4. при хроническом уретрите 5. при раке простаты   2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЭЛАСТИЧНЫМ КАТЕТЕРОМ   1. острые уретрит, простатит и эпидидимит 2. хронический простатит 3. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря 4. свежий разрыв уретры 5. правильно 1) и 4)   3. ПОКАЗАНИЯМИ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ   1. острый обструктивный пиелонефрит 2. проведение ретроградной уретеропиелографии 3. обтурационная анурия 4. пиелонефрит беременной 5. все перечисленное   4. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ   1. опухолью мочевого пузыря 2. инородным телом уретры 3. камнем мочевого пузыря 4. острым простатитом 5. правильно 1), 2), 3)   5. ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ   1. для дифференциальной диагностики между почечной коликой и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости 2. для дифференциальной диагностики между почечной коликой и острыми гинекологическими заболеваниями 3. для дифференциальной диагностики острого пиелонефрита и острого гломерулонефрита 4. правильно 1), 2) 5. правильно 1), 2), 3)   6. УРОФЛОУМЕТРИЯ ПОКАЗАНА   1. при стриктуре, клапанах задней уретры 2. при аденоме предстательной железы 3. при остром простатите 4. при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря 5. правильно 1), 2), 4)   7. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БУЖИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ   1. уретральную лихорадку 2. острый простатит 3. уретроррагию 4. форникальное кровотечение 5. острый эпидидимит   8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К БУЖИРОВАНИЮ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ   1. аденомы предстательной железы 2. острого эпидидимита 3. острого цистита и острого простатита 4. хронического простатита 5. острого уретрита   9. ЦИСТОСКОПИЯ ПОКАЗАНА   1. для осмотра полости мочевого пузыря 2. исключения новообразований мочевого пузыря 3. при необходимости биопсии образований мочевого пузыря 4. правильно 1) и 2) 5. все перечисленное   10. ПОКАЗАНИЯ К РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИИ   1. гидронефроз с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента 2. туберкулез почки, мочеточника 3. острый пиелонефрит 4. стриктура мочеточника 5. правильно 1), 2), 4)   11. ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ   1. нарушение пассажа мочи 2. травма мочеточника мигрирующим камнем 3. спазм лоханки 4. повышение артериального давления 5. инфекция мочевых путей   12. ОБРАЗОВАНИЮ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЮТ   1. высокая концентрация креатинина в крови 2. уростаз 3. высокий рН мочи 4. отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче 5. правильно 2), 3) и 4)   13. ВЫЯВЛЯЕМЫЙ НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ В ЛОХАНКЕ СВЯЗАН С ФОРМИРОВАНИЕМ КАМНЕЙ   1. фосфатных 2. уратных 3. оксалатных 4. смешанного строения 5. холестериновых   14. ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ   1. при коралловидном камне почки 2. при камнях обеих почек 3. при камне мочеточника или обоих мочеточников 4. при подозрении на наличие камня любой локализации 5. правильно 1), 2), 3) и 4)   15. К РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ   1. оксалатов 2. фосфатов 3. смешанных 4. уратов 5. уратов и оксалатов   16. ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНЫ   1. антибиотики, консервативное лечение 2. чрескожная нефролитотрипсия 3. пиелолитотомия, ревизия почки, нефростомия, декапсуляция почки 4. ударно-волновая литотрипсия 5. катетеризация мочеточника   17. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ   1. цистоскопия 2. ретроградная цистография 3. экскреторная урография и нисходящая цистография 4. УЗИ мочевого пузыря 5. правильно 1), 2), 3), 4)   18. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ   1. нарушение фосфорно-кальциевого обмена 2. нарушение обмена щавелевой кислоты 3. нарушение пуринового обмена 4. мочевая инфекция (пиелонефрит) 5. правильно 1), 2), 3), 4)   19. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО   1. при коралловидном камне почки 2. при камнях обеих почек 3. при камне мочеточника или обоих мочеточников 4. ни в одном случае 5. правильно 1), 2), 3)   20. ПРИ КАМНЯХ ПОЧКИ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ   1. пиелолитотомию 2. нефролитотомию 3. перкутанную нефролитотрипсию 4. правильно 1), 2), 3) 5. циркулярную (кольцевую) нефростомию 6. Отработка практических умений и навыков   *Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*  **Ситуационные задачи:**  **Задача 1**  Дежурному урологу, только что закончившему экстренную операцию, в 2 часа 30 минут из приемного покоя сообщили, что поступил больной с безболевой тотальной гематурией.  КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ТАКТИКА УРОЛОГА, ЭКСТРЕННОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР?  **Задача 2**  В приемный покой доставлен больной, 36 лет, с жалобами на острую боль в правой половине живота с иррадиацией в правое бедро. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой. Слабо выражены симптом Пастернацкого и симптомы раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное, диагноз не ясен.  КАКОЕ УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛИТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ?  **Задача 3**  Больная, 27 лет, жалуется на острую боль в животе, которая появилась 1 час назад без каких-либо предшествующих симптомов, носит очень резкий характер, локализуется в нижней половине живота справа. Рвоты и тошноты нет. Температура не повышена. Доставлена в приемный покой машиной «скорой помощи». Диагноз при направлении «острый аппендицит».  При осмотре больная не может лежать неподвижно в связи с сильными болями. Указывает точку в правом нижнем квадранте живота как место наибольшей болезненности, но добавляет, что имеется ощущение легкой боли в области правой большой половой губы и правого костовертебрального угла. Ощущает частое желание помочиться, но моча почти не выделяется. При пальпации живота отмечается болезненность в правом нижнем квадранте. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При вагинальном исследовании изменений не обнаружено. Анализ мочи: цвет темно-желтый, рН – 6,0, плотность – 1020, эритроцитов 20–30 в поле зрения, лейкоцитов 5–10.  ПОЗВОЛЯЮТ ЛИ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА И ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОГЛАСИТЬСЯ С ДИАГНОЗОМ НАПРАВИВШЕГО УЧРЕЖДЕНИЯ? ПОЧЕМУ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАДО ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 4**  Больной, 44 лет, считает себя больным в течение одного года, когда впервые появились боли в левой половине поясницы и живота резкого характера. Боли купировались после приема спазмолитических препаратов и горячей ванны. Месяц назад боли в животе и пояснице прекратились, но начали беспокоить рези при учащенном мочеиспускании, боли иррадиируют в головку полового члена. Струя мочи зачастую прерывистая, в положении стоя мочеиспускание резко затруднено. В положении лежа на боку струя мочи непрерывистая. Периодически отмечается тотальная или терминальная гематурия.  ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.  ОБОСНУЙТЕ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО В СЛУЧАЕ ЕГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ.  **Задача 5**  В урологический стационар поступила больная, 35 лет, с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, частыми позывами к мочеиспусканию. Объективно: общее состояние средней тяжести. При глубокой пальпации определяется болезненность в области правой почки. Симптом Пастернацкого справа положительный. На обзорном снимке мочевых путей на уровне IV поясничного позвонка справа определяется тень, подозрительная на конкремент овальной формы, размером 0,8х0,6 см.  КАКИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ, ЧТОБЫ УСТАНОВИТЬ ХАРАКТЕР ВЫЯВЛЕННОЙ ТЕНИ?  **Задача 6**  Больной, 48 лет, поступил в клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4 месяцев.  Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа не увеличена, гладкая, эластичная. Срединная бороздка выражена, слизистая прямой кишки над простатой подвижна. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов в проекции мочевых путей не определяется. Дизурия, протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия. Дважды за время пребывания в клинике отмечена тотальная макрогематурия с бесформенными сгустками крови.  КАКОВ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ?  КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ?  **Задача 7**  Дежурному урологу, только окончившему экстренную операцию, в 3 часа ночи сообщили из приемного покоя, что доставлен больной с тотальной гематурией. Гематурия безболевая, возникла впервые. В последние 3 месяца отмечает снижение трудоспособности, отсутствие аппетита, похудание на 4 кг.  При объективном исследовании установлено удовлетворительное состояние больного, отсутствие каких-либо патологических изменений. Моча макроскопически умеренно окрашена кровью, имеются единичные червеобразные сгустки.  КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ?  КАКОВА СРОЧНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ЕГО?  **Задача 8**  Больной, 32 лет, жалуется на острую боль в правой половине живота, тошноту. Дважды отмечалась рвота. Заболел два часа тому назад, когда появилась боль в правой поясничной области, которая вскоре переместилась на соответствующую половину живота. Доставлен в приемный покой.  Объективно: температура тела – 36,9º С, пульс – 62 в 1 минуту, ритмичный. Правая половина живота отстает в акте дыхания. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. При пальпации живота определяется локальная болезненность в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание учащено, малыми порциями.  О КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЖНО ПОДУМАТЬ И ПОЧЕМУ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ СРОЧНО ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 9**  У больной, 32 лет, типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8х0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорин-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи.  ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ?  **Задача 10**  У больной, 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38,4° С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5х0,4 см.  КАКОЙ КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛИТ НАДЕЯТЬСЯ НА КУПИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?  **Задача 11**  Больной, 65 лет, жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДЛАГАЕТЕ ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  КАКУЮ ТЕРАПИЮ ПРЕДЛАГАЕТЕ?  **Задача 12**  У больной, 37 лет, внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро. Поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДЛАГАЕТЕ ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  КАКУЮ ТЕРАПИЮ ПРЕДЛАГАЕТЕ?  **Задача 13**  У больной, 40 лет, в течение 3 дней имеется боль в пояснице слева, сопровождающаяся повышением температуры тела до 39–40° С, с ознобами, пиурией. Из анамнеза известно, что год назад был обнаружен камень верхней трети левого мочеточника размером 1,5х1,0 см. Предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДЛАГАЕТЕ ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  КАКУЮ ТЕРАПИЮ ПРЕДЛАГАЕТЕ?  **Задача 14**  Больная, 30 лет, доставлена в приёмный покой с типичным приступом почечной колики справа. После введения спазмолитических препаратов колика купирована, больная отпущена домой с рекомендацией наблюдаться у уролога. Через неделю в поликлинике произведено рентгенологическое обследование. На обзорной урограмме справа на уровне V поясничного позвонка имеется тень размерами 0,5х0,3 см, подозрительная на конкремент. На экскреторной урограмме слева почка и мочеточник не изменены. Справа минимальное нарушение функции почки и незначительное расширение мочеточника над тенью конкремента.  КАКОВ ДИАГНОЗ?  УКАЖИТЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ.  **Задача 15**  У больного клинические признаки, характерные для мочекаменной болезни, периодически отмечает макрогематурию, особенно после физического напряжения, тряской езды, длительной ходьбы. На обзорном снимке мочевой системы теней, подозрительных на конкремент, не выявлено.  КАКОВ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫХ КАМНЕЙ?  КАКОВА ПРИ ЭТОМ РОЛЬ РАДИОИЗОТОПНЫХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ?  **Задача 16**  У больной, 55 лет, при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При хромоцистоскопии индигокармин из левого устья мочеточника не выделился, видно выделение из него густого гноя. На экскреторных урограммах контрастное вещество в проекции левой почки отсутствует. Справа функция почки не изменена. На радионуклидной рентгенограмме: справа – васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева – «немая» почка.  КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 17**  Больная перенесла пиелолитотомию по поводу уратного камня правой почки.  КАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО ДАТЬ БОЛЬНОЙ?  **Задача 18**  У больной, 50 лет, 3 года назад был приступ сильных болей в правой поясничной области и правой половине живота. Боли купировались самопроизвольно, после применения теплой грелки. За медицинской помощью не обращалась, не обследовалась и не лечилась. Вчера утром поела жареных грибов. К обеду появилась тошнота, была трехкратная рвота. Отмечает отсутствие мочи и позывов к мочеиспусканию в последние 20 часов. При объективном исследовании состояние больной средней тяжести. Кожные покровы сухие, бледные. Больная повышенного питания, поведение спокойное. Пульс – 100 уд/мин., ритмичный. АД – 160/90 мм рт. ст. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий, слегка болезненный в подреберьях. Почки пальпировать не удается из-за ожирения больной. Симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон. Сахар крови – 13,8 ммоль/л, мочевина сыворотки крови – 21,6 ммоль/л.  КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА АНУРИИ?  КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БУДЕТ ОПРЕДЕЛЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА АНУРИИ?  **Задача 19**  У больной, 26 лет, утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усиливавшиеся к вечеру. Отмечает частые позывы на мочеиспускание, повышение температуры тела до 37,8° С, было познабливание. Наблюдалась однократная рвота. Раньше подобных болей больная не отмечала. Язык обложен беловатым налетом, суховат. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненен в правой подвздошной области. Там же отмечается небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки. Почки не пальпируются. Симптом Щеткина-Блюмберга справа сомнителен, слева отрицателен. Симптом Пастернацкого слабо положительный справа. Лейкоцитоз – 12 000. В анализе мочи реакция кислая, белок – 0,033 г/л, лейкоцитов 8–10 в поле зрения, эритроциты свежие единичные. На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, не выявлено, тени почек четко не видны из-за наслаивающихся кишечных газов.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ?  III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал; * задание для самостоятельной подготовки обучающихся |

**Средства обучения:**

* Таблицы и стенд (набор инструментов)
* Набор обзорных рентгенограмм
* Лечебные истории болезни
* Демонстрация кабинета контактной литотрипсии (при возможности)

**Тема 4. «ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ».**

**«НЕФРОГЕННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ».**

**«ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ».**

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Научить студентов умению диагностировать воспалительные заболевания мочеполовых путей, проводить физикальное обследование больных с данными заболеваниями, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбирать способ лечения больных с воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей, формулировать показания к хирургическому лечению.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний** *(устный либо письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | Основная часть учебного занятия   1. Закрепление теоретического материала   *Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование*  Вопросы:  Виды инфекции**.** Пути ее проникновения и распространения. Цистит: острый и хронический (обусловленный камнями мочевого пузыря, опухолью мочевого пузыря). Парацистит. Эпидидимит. Простатит. Абсцесс простаты. Везикулит. Уретрит. Баланит, баланопостит. Клинические признаки, диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика цистита и цисталгии.  **ПИЕЛОНЕФРИТ**  **Классификация, этиология и патогенез.** Роль нарушенного пассажа мочи, пузырно-мочеточникового рефлюкса, лоханочно-почечных рефлюксов и экстравазации мочи. Необструктивный (первичный) и обструктивный (вторичный) пиелонефрит. Пиелонефрит беременных (гестационный).  **Патологическая анатомия пиелонефрита** (апостематозный нефрит, карбункул почки, пионефроз, сморщенная почка).  **Симптоматология.** Диагностика (клиническая, лабораторная, рентгенологическая, ультразвуковая).  **Лечение.** Роль восстановления пассажа мочи. Показания к консервативному и оперативному лечению. Прогноз. Профилактика. Бактериотоксический шок. Патогенез. Терапия. Профилактика.  **ПАРАНЕФРИТ**  Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Симптоматология. Течение, диагностика, лечение (оперативное, консервативное), профилактика.  **НЕФРОГЕННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ**  Классификация нефрогенной гипертензии (вазоренальная, паренхиматозная, смешанная).  **Этиология и патогенез,**гипер- и гипотензивные факторы, эндокринный аппарат почки, роль ишемии и нарушенного венозного оттока из почки.  **Симптомы и течение нефрогенной гипертензии.** Заболевания почек, сопровождающиеся повышением артериального давления (стеноз, аневризма почечной артерии, нефроптоз, опухоль паренхимы почки, пиелонефрит, гломерулонефрит, диабетический гломерулосклероз, амилоидоз, поликистоз почек).  **Диагностика нефрогенной гипертензии:** тонометрия, аускультация проекции почечных артерий, допплерография почечных артерий, исследование глазного дна. Ультразвуковое исследование почек. Экскреторная урография в горизонтальном и вертикальном положении. Сосудистые исследования почек (динамическая и статическая нефросцинтиграфия, радиоизотопная ангиография почек). Дифференциальная диагностика.  **Показания к различным методам лечения** (эндоваскулярная баллонная дилатация, реканализация, эндопротезирование, эндартерэктомия, пластические операции на почечных сосудах, нефропексия, нефрэктомия). Сроки лечения, исход, прогноз, осложнения, профилактика, диспансерное наблюдение за больными.  **ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**  Туберкулез почек и мочевых путей (вторичный туберкулез). Этиология. Пути проникновения и распространения инфекции, патогенез. Патологическая анатомия**.**  **Симптоматика** туберкулеза почек и мочевых путей.  **Диагностика**: клиническая, лабораторная (анализ мочи, бактериоскопическая, использование люминесцентной микроскопии, бактериологическая, биологическая, метод флотации), используемые среды для посева МБТ. Туберкулинодиагностика - показания и противопоказания, оценка. Ультразвуковая и рентгенологическая диагностика (клинико-рентгенологические формы туберкулеза почки), эндоскопическая диагностика с биопсией мочевого пузыря, морфологическая диагностика. Осложнения туберкулеза почек и мочевых путей. Дифференциальная диагностика.  **Лечение:** химиотерапевтическое и оперативное, показания и противопоказания. Виды операций: нефрэктомия, нефруретерэктомия, резекция почки, кавернотомия, кавернэктомия, пластические операции на мочеточнике (уретероуретеростомия, интестинальная пластика, уретероцистоанастомоз).  **Туберкулез мочевого пузыря:** пути проникновения инфекции. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика: лабораторная, эндоскопическая с биопсией слизистой оболочки. Осложнения. Лечение: консервативное и оперативное (интестинальная пластика). Профилактика.  **Туберкулез половой системы:** туберкулез придатка яичка, простаты, семенных пузырьков. Пути проникновения и распространения инфекции. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика: лабораторная и морфологическая. Лечение: консервативное и оперативное - эпидидимэктомия. Организация борьбы с мочеполовым туберкулезом в России.  Тестовые задания  Выберите один правильный ответ  1. НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА   1. рентгенурологические 2. ультразвуковые 3. радиоизотопные 4. бактериологические 5. бактериоскопические   2. ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА   1. аденома периуретральных желез 2. рак простаты 3. склероз простаты 4. карбункул 5. крауроз   3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ   1. стриктуры шеек чашечек или пиелоуретерального сегмента мочеточника 2. дополнительные полости в паренхиме почки 3. "изъеденность" почечных сосочков 4. отсутствие функции почки 5. верно 1), 2), 3), 4)   4. ВЫБЕРИТЕ ОРГАН МПС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРИ МОЧЕПОЛОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ   1. почка 2. мочеточник 3. мочевой пузырь 4. предстательная железа 5. яички   5. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА   1. чаще бывает у женщин. 2. всегда специфической этиологии. 3. развивается после травмы. 4. сопровождается лихорадкой гектического типа. 5. верно 1), 2), 3), 4)   6. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ МОЖЕТ "СИМУЛИРОВАТЬ" ОСТРЫЙ ЦИСТИТ   1. камень интрамурального отдела мочеточника 2. острый простатит 3. инородное тело мочевого пузыря 4. фуникулит 5. аденома простаты I стадии   7. ФОРМОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ   * + - 1. межуточный гнойный нефрит       2. апостематозный       3. абсцесс       4. карбункул  1. верно 2), 3), 4)   8. Возбудителем острого пиелонефрита чаще бывает   1. кишечная палочка 2. протей 3. палочка сине-зеленого гноя 4. стафилококк 5. энтерококк   9. ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЮТСЯ   1. полиурия 2. перегревание 3. нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки 4. нарушение притока артериальной крови к почке 5. ХПН   10. ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ   1. нарушением проницаемости сосудов 2. лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани 3. скоплением микробов в межуточной ткани 4. деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков) 5. верно 1), 2), 3), 4)   11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ   1. дилатация мочеточников за счет гормональных изменений 2. сдавление мочеточников (правого в большей степени) увеличенной маткой 3. понижение реактивности организма 4. инфицированность мочевых путей до беременности 5. верно 1), 2), 3), 4)   12. ДЛЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАНЕФРИТА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА   1. септическая лихорадка 2. постоянного типа лихорадка 3. интермиттирующая лихорадка 4. субфебрильная температура 5. нормальная температура тела   13. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ   1. местным расстройствам кровообращения 2. физическим факторам 3. инфекции 4. химическим факторам 5. общим факторам   14. В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА ИГРАЮТ РОЛЬ   1. условно патогенные микроорганизмы 2. микоплазмы 3. вирусы 4. хламидии 5. верно 1), 2), 3), 4)   15. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ   1. только крайней плоти полового члена 2. только головки полового члена 3. парауретральных желез 4. крайней плоти и головки полового члена 5. кожи мошонки   16. КАВЕРНИТ - ЭТО   1. воспаление пещеристых тел полового члена 2. фибропластическая индурация полового члена 3. флеботромбоз кожи полового члена 4. воспаление спонгиозного тела уретры 5. воспаление кавернозных и спонгиозного тел полового члена   17. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ   * 1. с перекрутом и некрозом гидатид   2. с простатитом   3. с кавернитом  1. с гангреной Фурнье 2. с баланопоститом   18. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ   1. бактерии и вирусы 2. микоплазмы и хламидии 3. трихомонады 4. микобактерии туберкулеза 5. верно 1), 2), 3), 4)   19. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ   1. гематогенным путем 2. лимфогенным путем 3. восходящим путем 4. алиментарным 5. уриногенным   20. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ   1. острый холецистит 2. уретрит 3. артрит 4. абсцесс предстательной железы 5. баланопостит 6. Отработка практических умений и навыков   *Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*  Ситуационные задачи:  **Задача 1**  Больной 35 лет обратился в поликлинику по поводу тупых болей в крестцовой области, в паховых областях, иррадиирущих в мошонку; временами отмечает резь при мочеиспускании.  Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Предстательная железа обычных размеров, гладкая, болезненная при пальпации, правая ее доля отечна. Лейкоцитурия в третьей порции, в секрете простаты — большое количество лейкоцитов.  ЗАБОЛЕВАНИЕМ КАКОГО ОРГАНА МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ УКАЗАННУЮ СИМПТОМАТИКУ?  **Задача 2**  У больного высокая температура тела, озноб, пульсирующие боли в промежности, дизурия. При ректальном исследовании прощупывается резко болезненная, увеличенная предстательная железа.  ВАШ ДИАГНОЗ?  ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 3**  Больная 35 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 39С, ознобы, тупую боль в поясничной области слева, головную боль. Больной себя считает в течение двух дней. Общее состояние средней тяжести. Пульс 112 уд.в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/55 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области левой почки резко болезненна. Симптом Пастернацкого слева положительный. Мочеиспускание не нарушено, хотя заметила, что со времени начала заболевания количество мочи уменьшилось.  КАКОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО СРОЧНО ПРОИЗВЕСТИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА?  **Задача 4**  Больная 35 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 39С, ознобы, тупую боль в поясничной области слева, головную боль. Больной себя считает в течение двух дней. Общее состояние средней тяжести. Пульс 112 уд.в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/55 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области левой почки резко болезненна. Симптом Пастернацкого слева положительный. Мочеиспускание не нарушено, хотя заметила, что со времени начала заболевания количество мочи уменьшилось.  Анализ крови: гемоглобин 128 г/л , л. 12,4, п. 8%, с. 56%, лимф. 32%, м. 3%, э. 1%, СОЭ — 18 мм в час, анализ мочи: цвет светло-желтый, рН 6,4, плотность 1030, э. 3—5, л. 18—20 в поле зрения. На обзорном снимке мочевой системы слева на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент, размерами 6X4 мм. На экскреторных урограммах в чашечно-лоханочной системе правой почки и мочеточнике патологических изменений нет. Слева — умеренная пиелоэктазия, расширение мочеточника проксимальнее указанной тени. При полипозиционной урографии эта тень совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.  ПОСТАВЬТЕ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.  ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ.  **Задача 5**  Больная 20 лет, кормящая мать. Жалуется на периодически возникающие небольшие боли в поясничной области и животе неопределенной локализации, преимущественно справа, которые сопровождаются несколько учащенным мочеиспусканием, субфебрилитетом, недомоганием, головной болью. Начало заболевания связывает с беременностью, когда во втором ее триместре внезапно повысилась температура тела до 38°, появились боли в поясничной области справа, отмечались изменения со стороны анализа мочи. Была госпитализирована в урологический стационар, где лечилась в течение двух недель, выписана по выздоровлении. Родила 8 месяцев тому назад.  Объективно изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Почки не пальпируются, область их безболезненна, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. АД 120/60 мм.рт. ст. Общий анализ крови нормальный. Анализ мочи: белка нет, рН 6,2, плотность 1020, эритр. 0—1, лейк. 12—15 в поле зрения.  КАКОЙ ДИАГНОЗ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ?  КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 6**  Больной 68 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,5°, ознобы, проливные поты, боли в поясничной области. Эти симптомы появились два дня тому назад. Путем дополнительного расспроса выяснено, что примерно в течение года мочеиспускание затруднено, струя мочи вялая, ночью мочится от 3 до 5 раз. По поводу указанных расстройств мочеиспускания к врачу не обращался, так как считал, что они носят возрастной характер.  При объективном исследовании патологических изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено. Пульс 112 ударов в 1 мин, АД 140/85 мм.рт. ст. Отмечается сухость кожных покровов. Почки не пальпируются. При глубокой пальпации в области почек отмечается умеренная болезненность. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа размерами 5X6 см, эластической консистенции, поверхность гладкая. Стенка прямой кишки над ней подвижна.  КАКОЙ ДИАГНОЗ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ?  КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО?  КАКОВА ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?  **Задача 7**  Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37,3°, выделение мутной мочи. Считает себя больной в течение 8 лет, когда впервые появились указанные симптомы. Несколько раз по поводу настоящего заболевания находилась в урологических стационарах. Пульс 88 ударов в 1 мин, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положительный справа. Мочеиспускание не нарушено. Лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются нечетко. На экскреторных урограммах слева в лоханочно-чашечной системе и мочеточнике изменений не выявлено. Правая почка размерами 9 X 7 см с неровной поверхностью. Контрастное вещество в ее полостях не определяется. На аортограмме артериальные сосуды правой почки истончены, местами отмечаются бессосудистые участки, симптом «обгорелого дерева» положительный.  ВАШ ДИАГНОЗ?  КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 8**  Больная 8 лет жалуется на периодические боли в поясничной области и животе, отсутствие аппетита, общую слабость. Температура, как правило, субфебрильная, но иногда кратковременно (на несколько часов) повышается свыше 38.° Со слов матери, часто болеет ангиной.  Объективно: Бледность кожных покровов. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот мягкий. Почки не пальпируются. При глубокой пальпации в области левой почки отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.  Со слов матери, при исследовании периодически отмечалась протеинурия и лейкоцитурия. В настоящее время анализ мочи без отклонений от нормы.  НАЗОВИТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.  **Задача 9**  Больная 36 лет жалуется на учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями. Считает себя больной в течение трех месяцев, когда впервые начала отмечать учащенное болезненное мочеиспускание. Лечилась под наблюдением участкового врача от цистита. После проведенного лечения отмечала временное улучшение, но через несколько дней после его окончания дизурия возобновилась. Выявленные вначале заболевания патологические изменения мочи (протеинурия, лейкоцитурия) после проведения по 10—12 дней трех курсов антибактериальной терапии продолжали иметь место. Из анамнеза жизни выяснено, что отец больной болел очаговым туберкулезом легких, но последние 5 лет снят с учета в противотуберкулезном диспансере. При объективном исследовании патологических изменений не обнаружено.  ДЛЯ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОГУТ БЫТЬ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 10**  Больной 32 лет длительное время отмечает тупые боли в поясничной области справа, временами учащенное болезненное мочеиспускание, субфебрилитет. Живот мягкий, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен. Анализ мочи: рН — 5,4, плотность 1022, лейк. — 20—21, эритр. 5—7 в поле зрения. При бактериологическом исследовании мочи роста микробной флоры нет. На обзорном снимке мочевой системы в проекции верхнего полюса правой почки тень неправильной формы, напоминающая контурами деформированную верхнюю чашечку. На экскреторных урограммах указанная тень соответствует верхней чашечке, совпадая с ее тенью, выполненной контрастным веществом. В остальном патологических изменений на урограммах нет.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 11**  Больная 37 лет длительное время отмечает болезненное мочеиспускание. Лечилась с временным незначительным эффектом амбулаторно. В поликлинике произведена хромоцистоскопия: цистоскоп введен свободно, остаточной мочи нет, емкость мочевого пузыря 220 мл, в области устья правого мочеточника определяются бугорки желтоватого цвета, окруженные зоной гиперемии. На остальном протяжений слизистая не изменена; индигокармин, введенный внутривенно, выделился из левого устья через 4 мин, справа индигокармина не было в течение 12 мин наблюдения.  Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, рН — 6,2, плотность 1026, белок 0,32 г/л, лейк. 15—18 в поле зрения.  О КАКОМ ДИАГНОЗЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАНЫ?  **Задача 12**  У больного 32 лет во время профилактического осмотра выявлена лейкоцитурия. Имеется анкилоз левого коленного сустава после перенесенного в детстве туберкулезного гонита.  ЧТО МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ?  КАКОВ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО?  **Задача 13**  Больной 44 лет. Заболел два месяца тому назад, когда внезапно в течение нескольких часов появились боли в левой половине мошонки, ее гиперемия, отечность, температура тела повысилась до 38,6°. Находился в сельской участковой больнице, где получал противовоспалительную терапию. Через две недели был выписан со значительным улучшением. На момент осмотра отмечает тупую боль в области мошонки слева. Контакт с больными туберкулезом отрицает. В области хвостового отдела придатка левого яичка пальпируется плотная бугристая припухлость размерами 2х1,5 см. Здесь кожа мошонки спаяна с придатком, имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа обычных размеров и формы, поверхность мелкобугристая, пальпация железы болезненная.  НАЗОВИТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И УКАЖИТЕ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.  **Задача 14**  Больной 48 лет отмечает боли в правой половине мошонки, где определяется рубец 2X3 см. Придаток яичка справа уплотнен, увеличен в размерах, спаян с кожей в области рубца. Ранее в течение двух месяцев на месте рубца был гнойный свищ. Анализ мочи: рН 5,4, белок 0,6 г/л, плотность 1012, лейк. 70—80, эритр. единичные в поле зрения.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?  КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача 15**  Больная 48 лет жалуется на постоянную боль в правой поясничной области, усиливающуюся при физическом напряжении. Считает себя больной в течение полугода. Заболевание началось постепенно. За время болезни похудела на 5 кг. Температура тела субфебрильная, моча мутная, а при исчезновении ее помутнения общее состояние ухудшается: усиливаются боли в поясничной области и животе, температура тела повышается свыше 38С, появляются ознобы. При осмотре кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. При пальпации живота обнаруживается болезненное образование соответственно локализации правой почки. Анализ крови: гемоглобин 112 г/л, СОЭ – 42 мм в час. Анализ мочи: рН 7,4, плотность 1017, эритроциты 20-25, лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. На обзорной урограмме – контуры правой почки увеличены (21 \*12 см), соответственно тени почки определяются тени двух конкрементов размерами 4\*3 и 3\*1,5 см.  ОПРЕДЕЛИТЕ ДИАГНОЗ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОЗМОЖНУЮ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ.  **Задача 16**  Больной 32 лет. Жалуется на общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39С, ознобы, боли в левой половине живота и пояснице. Заболевание началось 3 дня тому назад, когда повысилась температура тела, появилась острая боль в левой половине поясничной области, которая вначале носила перемежающийся характер, а в последние сутки стала постоянной. Объективно: общее состояние средней тяжести. Положение вынужденное: левое бедро проведено к животу. При его разгибании боль в поясничной области резко усиливается, пальпация в левом костовертебральном углу болезненна. Анализ мочи нормальный. Анализ крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенное СОЭ.  НАЗОВИТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И МЕТОДЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.  КАКАЯ ПРИ ЭТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНА ИНФОРМАЦИЯ В СЛУЧАЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА?  **Задача17**  Больной 34 лет. Жалуется на острую боль в области промежности, отдающую в крестец, в надлонную область. Температура тела 38.3С. Болен 2 дня, когда одновременно с болью появилось затрудненное мочеиспускание. Сегодня утром наступила острая задержка мочи.  С ЧЕГО НАДО НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПАМЯТУЯ, ЧТО ОНО ДОЛЖНО БЫТЬ НЕЖНЫМ?  **Задача 18**  Больная 28 лет, замужем. Два года назад болела сальпингоофоритом. С тех пор отмечает периодическое (весной и осенью) учащенное, временами болезненное мочеиспускание преимущественно в дневное время, боль в надлобковой области. Ночью позывы к мочеиспусканию не беспокоят. До визита к урологу осматривалась гинекологом, который не выявил заболеваний со стороны женских половых органов. Неоднократные анализы мочи – без патологических элементов.  О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ?  КАКОВА ПРИЧИНА ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ?  **Задача 19**  Больная 23 лет, замужем 2 недели. До замужества половой жизнью не жила. Предъявляет жалобы на учащенное мочеиспускание с императивными позывами. Заболела 4 дня тому назад. С момента заболевания мочеиспускание стало резко учащенным, а два дня тому назад болезненным. Хотя чувствовалась необходимость помочиться, выделялось очень небольшое количество мочи. Прошлой ночью дизурия стала очень сильной, а сегодня утром заметила небольшое количество крови на салфетке после мочеиспускания.  Объективно отмечается болезненность при глубокой пальпации в надлобковой области. Признаков увеличения мочевого пузыря при перкуссии нет. Анализ мочи: цвет темно – желтый, рН-6,0,плотность 1029,эритроцитов 60-80, лейкоцитов 40-50 в поле зрения.  КАКОЙ ДИАГНОЗ МОЖНО ПОСТАВИТЬ НА ОСНОВАНИИ УКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ?  С ЧЕМ СЛЕДУЕТ СВЯЗАТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?  КАКИЕ ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ В ДАННОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ?  **Задача 20**  Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больна 2-й день. Правильного телосложения. Температура тела 39° С. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия. При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена. На обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка L3 слева — тень, подозрительная на конкремент, размерами 9\*4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева - умеренная пиелоэктазия, расширение мочеточника выше описанной тени конкремента. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.  ВАШ ДИАГНОЗ?  КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ?  **Задача 21**  Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение температуры тела до 37,4° С, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/115 мм рт. ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Правильного телосложения. Пульс 90 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 180/110 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на аорте. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен справа. Дизурия, лейкоцитурия. При УЗИ обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки (8,0 \* 4,0 см), контуры ее неровные. Левая почка размерами 11,0 × 5,0 см с ровным контуром. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются нечетко. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике слева не выявлено. Справа почка 8 × 4 см, бобовидной формы с неровным контуром. Чашечки деформированы, колбовидной формы. На аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом "обгорелого дерева".  ВАШ ДИАГНОЗ?  КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?  **Задача 22**  Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом «острый пиелонефрит». Больна в течение 2-х дней. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38,7° С, был озноб. К врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд/мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы (m.psoas) справа и тень правой почки не определяются.  КАКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПОЗВОЛЯТ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?  **Задача 23**  Больной 19 лет, жалобы на боли в мошонке, постепенное увеличение правой ее половины в размерах. Болен в течение 1 года после перенесенной острой гонореи. При пальпации мошонки определяется гладкое эластичное образование размерами 6×8 овальной формы.  ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?  КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛИТ ЕГО УТОЧНИТЬ?  ВАШИ ЛЕЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ?  III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал; * задание для самостоятельной подготовки обучающихся |

**Средства обучения:**

* Таблицы по теме
* Лечебные истории болезни

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия * выставление текущих оценок в учебный журнал |

**Средства обучения:**

* + - 1. Таблицы по теме занятия
      2. Лечебные истории болезни

|  |  |
| --- | --- |
| 3 | **ТИПОВЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**  *Выберите один правильный ответ*  1. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРУЮ ЗАДЕРЖКУ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ОТНОСЯТ   1. доброкачественную гиперплазию (аденому) предстательной железы (ДГПЖ) 2. ХПН (хроническую почечную недостаточность) 3. ОПН (острую почечную недостаточность) 4. хронический цистит 5. острый пиелонефрит   2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ   1. кости таза 2. легкие 3. печень 4. регионарные лимфатические узлы 5. кости черепа   3. УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ АНУРИИ   1. мочекаменная болезнь 2. желтуха новорожденных 3. обезвоживание при диспепсии 4. опухоль почки 5. правильно 1) и 3)   4. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕНАЛЬНОЙ И ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ФОРМ АНУРИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ   1. УЗИ мочевой системы 2. радиоизотопная ренография 3. экскреторная урография 4. почечная ангиография 5. лимфография   5. ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ ВЫЗЫВАЕТ ЧАЩЕ   1. туберкулез почки 2. камень мочеточника 3. хронический пиелонефрит 4. тазовая дистопия почки 5. разрыв мочевого пузыря   6. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ   1. камень, песок 2. почечная колика 3. глюкозурия 4. гематурия   7. УКАЖИТЕ МЕТОД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ   1. цистоскопия 2. катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером 3. ретроградная пиелография   8. КАКОЙ ВИД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН У БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ   1. ректороманоскопия 2. цистоскопия 3. экскреторная урография   9. ПОКАЗАНИЯ К ГЕМОДИАЛИЗУ   1. протеинурия 2. ХПН 3. глюкозурия 4. опухоль почки   10. ОТЛИЧИЕ ГЕМОГЛОБИНУРИИ ОТ ГЕМАТУРИИ   1. гемосидерин в моче 2. «лаковая» моча   11. Показания к ретроградной уретеропиелографии   1. гидронефроз с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента 2. туберкулез почки, мочеточника 3. острый пиелонефрит 4. стриктура мочеточника 5. правильно 1), 2), 4)   12. ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА   1. аденома периуретральных желез 2. рак простаты 3. склероз простаты 4. карбункул 5. крауроз   13. ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ   1. у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин 2. у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин 3. у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин 4. у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин 5. частота заболеваний одинакова   14. ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ   1. нефростомией 2. пиелостомией 3. без дренирования лоханки 4. интубацией мочеточника 5. кольцевым дренированием лоханки   15. К ДИЗУРИИ ОТНОСЯТ   1. частое мочеиспускание 2. частое, болезненное, затрудненное мочеиспускание 3. затрудненное мочеиспускание 4. прерывистое мочеиспускание 5. редкое мочеиспускание   16. ПОКАЗАНИЯ К ОДНОМОМЕНТНОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ   1. наличие аденомы 1-й степени 2. наличие аденомы 2-й степени 3. наличие уретерогидронефроза 4. изнуряющая ночная поллакиурия 5. правильно 2) и 4)   17. ПОКАЗАНИЯМИ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ   1. острый обструктивный пиелонефрит 2. проведение ретроградной уретеропиелографии 3. обтурационная анурия 4. пиелонефрит беременной 5. все перечисленное   18. Ультразвуковое сканирование почек целесообразно   1. при камне (урате) чашечки почки 2. при коралловидном камне почки 3. при камне мочеточника 4. ни в одном случае 5. во всех случаях   19. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ   1. стриктуры шеек чашечек или пиелоуретерального сегмента мочеточника 2. дополнительные полости в паренхиме почки 3. «изъеденность» почечных сосочков 4. отсутствие функции почки 5. верно 1), 2), 3), 4)   20. ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ   1. в средостении 2. в парааортальных и паракавальных лимфоузлах 3. в подвздошных лимфоузлах 4. в шейных лимфоузлах 5. в надключичных лимфоузлах   21. ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНА   1. боль 2. микрогематурия 3. забрюшинная урогематома 4. кратковременная макрогематурия 5. удовлетворительное общее состояние   22. ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при камне мочевого пузыря 2. при остром нефрите 3. при гиперактивном мочевом пузыре 4. при цистите 5. при 1), 3), 4)   23. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ   1. затрудненное мочеиспускание 2. азотемия 3. остаточной мочи > 100 мл 4. резкая болезненность предстательной железы 5. боли в промежности   24. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ   1. опухолью мочевого пузыря 2. инородным телом уретры 3. камнем мочевого пузыря 4. острым простатитом 5. правильно 1), 2), 3)   25. Обзорная и экскреторная урография целесообразны   1. при камнях лоханок обеих почек 2. при коралловидном камне почки 3. при камнях мочеточников 4. при уратных камнях почек и мочеточников 5. во всех случаях   26. ВЫБЕРИТЕ ОРГАН МПС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРИ МОЧЕПОЛОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ   1. почка 2. мочеточник 3. мочевой пузырь 4. предстательная железа 5. яички   27. ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ   1. боль в пояснице 2. прощупываемая увеличенная почка 3. гематурия 4. анемия 5. субфебрильная температура   28. ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЗАВИСИТ   1. от ударной силы ранящего предмета 2. от возраста больного 3. от состояния почки в момент травмы 4. от веса больного 5. верно 1), 2), 3)   29. ПОЛЛАКИУРИЯ – ЭТО   1. увеличение диуреза 2. учащение дневного и ночного мочеиспусканий при обычном количестве суточной мочи 3. учащение ночного мочеиспускания 4. учащение дневного мочеиспускания 5. увеличение ночного диуреза   30. ПОКАЗАНИЯ К ЦИСТОСТОМИИ (I ЭТАП) ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   1. аденома II стадии 2. аденома простаты и острый пиелонефрит 3. субтригональная локализация аденомы 4. пожилой возраст больного 5. аденома и подозрение на рак предстательной железы   31. ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ   1. для дифференциальной диагностики между почечной коликой и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости 2. для дифференциальной диагностики между почечной коликой и острыми гинекологическими заболеваниями 3. для дифференциальной диагностики острого пиелонефрита и острого гломерулонефрита 4. правильно 1), 2) 5. правильно 1), 2), 3)   32. Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано   1. при остром уретрите 2. при простатите и везикулите 3. при подозрении на стриктуру уретры 4. при торпидном течении уретрита 5. правильно 1) и 2)   33. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА   1. чаще бывает у женщин 2. всегда специфической этиологии 3. развивается после травмы 4. сопровождается лихорадкой гектического типа 5. верно 1), 2), 3), 4)   34. К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся   1. курение 2. нарушение иммунной реакции организма 3. хронические воспалительные заболевания 4. аналиновые красители 5. все перечисленное   35. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ВОЗНИК МОЧЕВОЙ СВИЩ, ЧТО СВЯЗАНО С РАНЕНИЕМ   1. околопочечной клетчатки 2. коркового слоя почки 3. мозгового слоя почки и лоханки 4. сосудов почки 5. фиброзной капсулы почки   36. СТРАНГУРИЯ – ЭТО   1. затрудненное мочеиспускание по каплям 2. мочеиспускание, сопровождающееся болью 3. частое мочеиспускание 4. затрудненное, болезненное мочеиспускание 5. частое, безболезненное мочеиспускание   37. ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   1. неосложненная аденома I–II стадии 2. аденома и хроническая почечная недостаточность 3. наличие камней мочевого пузыря 4. аденома больших размеров с клиникой обострения хронического простатита 5. осложненная аденома II стадии   38. УРОФЛОУМЕТРИЯ ПОКАЗАНА   1. при стриктуре, клапанах задней уретры 2. при аденоме предстательной железы 3. при остром простатите 4. при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря 5. правильно 1), 2), 4)   39. При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимо произвести   1. нисходящую цистографию 2. восходящую цистографию в прямой проекции 3. восходящую цистографию в боковой проекции 4. восходящую цистографию с двойным физиологическим объемом контрастного вещества (в прямой и боковой проекции) и прицельный снимок таза после опорожнения мочевого пузыря 5. цистоскопию   40. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ МОЖЕТ «СИМУЛИРОВАТЬ» ОСТРЫЙ ЦИСТИТ   1. камень интрамурального отдела мочеточника 2. острый простатит 3. инородное тело мочевого пузыря 4. фуникулит 5. аденома простаты I стадии   41. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря – это   1. урикурия 2. дизурия 3. боли 4. гематурия 5. затрудненное мочеиспускание   42. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ   1. субкапсулярный разрыв почки 2. повреждение нижнего полюса почки 3. повреждение верхнего полюса почки 4. размозжение почки 5. повреждение в центральном сегменте почки   43. НИКТУРИЯ – ЭТО   1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени 2. мочеиспускание в ночное время 3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные 4. дневная олигурия 5. правильно 1) и 3)   44. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДГПЖ   1. хронический простатит 2. рак простаты 3. стриктура уретры 4. склероз шейки мочевого пузыря 5. все вышеуказанное   45. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БУЖИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ   1. уретральную лихорадку 2. острый простатит 3. уретроррагию 4. форникальное кровотечение 5. острый эпидидимит   46. Показаниями к антеградной пиелографии являются   1. камень или опухоль мочеточника с блокадой почки 2. проверка правильности нахождения нефростомы 3. определение проходимости верхних мочевых путей 4. гидронефроз с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента 5. все перечисленное   47. ФОРМОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ   1. межуточный гнойный нефрит 2. апостематозный 3. абсцесс 4. карбункул 5. верно 2), 3), 4)   48. К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся   1. половое воздержание 2. травма органов мошонки 3. эпидидимит на почве вирусной инфекции 4. крипторхизм 5. только крипторхизм или травма яичка   49. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМУ ПОЧКИ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО   1. наблюдать амбулаторно ежедневно 2. наблюдать амбулаторно через день 3. немедленно госпитализировать во всех случаях 4. госпитализировать в случае нестабильного артериального давления 5. госпитализировать в случае шока   50. ОЛИГУРИЯ – ЭТО   1. запаздывающее мочеотделение 2. редкое мочеиспускание 3. уменьшение суточного количества мочи 4. увеличение суточного количества мочи 5. уменьшение количества мочи, выделяемой в дневное время   51. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ   1. инфекция мочевых путей 2. нарушение уродинамики мочевых путей и ХПН 3. камнеобразование 4. гематурия 5. все вышеуказанное   52. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К БУЖИРОВАНИЮ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ   1. аденомы предстательной железы 2. острого эпидидимита 3. острого цистита и острого простатита 4. хронического простатита 5. острого уретрита   53. Показаниями к ретроградной пиелоуретерографии являются   1. уратный камень почки или мочеточника 2. папиллярная опухоль лоханки 3. туберкулез почки 4. все перечисленное 5. только 1) и 2)   54. Возбудителем острого пиелонефрита чаще бывает   1. кишечная палочка 2. протей 3. палочка сине-зеленого гноя 4. стафилококк 5. энтерококк   55. РАННИЙ СИМПТОМ, характерныЙ ДЛЯ ОПУХОЛИ ЯИЧКА   1. пальпируемая опухоль в мошонке 2. увеличенные паховые лимфоузлы 3. увеличенные забрюшинные лимфоузлы 4. гемоспермия 5. хронический приапизм   56. ЯТРОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ   1. удар в живот 2. перелом костей таза 3. катетеризация мочевого пузыря 4. падение с высоты 5. ножевое ранение в живот   57. АНУРИЯ – ЭТО   1. отсутствие мочи в мочевом пузыре 2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. верно 1) и 2) 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря   58. АДЕНОМА РАЗВИВАЕТСЯ У МУЖЧИН СТАРШЕ   1. 20 лет 2. 30 лет 3. 40 лет 4. 50 лет 5. 70 лет   59. ЦИСТОСКОПИЯ ПОКАЗАНА   1. для осмотра полости мочевого пузыря 2. исключения новообразований мочевого пузыря 3. при необходимости биопсии образований мочевого пузыря 4. правильно 1) и 2) 5. все перечисленное   60. Осложнениями ретроградной пиелоуретерографии являются   1. перфорация почки и мочеточника 2. острый пиелонефрит 3. забрюшинная флегмона 4. гидроцеле 5. правильно 1), 2), 3)   61. ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЮТСЯ   1. полиурия 2. перегревание 3. нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки 4. нарушение притока артериальной крови к почке 5. ХПН   62. При тератоме яичка размером 6 см в диаметре показаны варианты лечения   1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. орхиэктомия 4. комбинированное лечение: орхиэктомия, полихимио- или лучевая терапия 5. фуникулотомия   63. ПРИ ВНЕБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ   1. ретроградная цистография 2. уретрография 3. цистоскопия 4. пневмоцистография 5. обзорная урография   64. АРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при гипоплазии почки 2. при удалении обеих почек 3. при удалении единственной функционирующей почки 4. правильно 2), 3) 5. правильно 1), 2), 3)   65. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА   1. железа увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна 2. железа увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная 3. железа увеличена, плотная, незначительно болезненная, поверхность ее бугристая, границы нечеткие 4. железа плотноэластической консистенции, в одной из ее долей очаг размягчения 5. железа увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани   66. ПОКАЗАНИЯ К РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИИ   1. гидронефроз с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента 2. туберкулез почки, мочеточника 3. острый пиелонефрит 4. стриктура мочеточника 5. правильно 1), 2), 4)   67. «Отсроченная цистография» – это   1. цистография, выполненная в отдаленные сроки после травмы мочевого пузыря 2. цистография, выполненная в отдаленные сроки после экскреторной урографии 3. восходящая цистография в двух проекциях, мочевой пузырь не опорожняется от рентгеноконтрастной жидкости в течение 20–25 мин., и производится повторная цистография 4. цистография после опорожнения мочевого пузыря 5. цистография после дополнительного введения в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости   68. ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ   1. нарушением проницаемости сосудов 2. лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани 3. скоплением микробов в межуточной ткани 4. деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков) 5. верно 1), 2), 3), 4)   69. К Предраковым заболеваниям полового члена относят   1. невирусные папилломы 2. лейкоплакию 3. хронический баланопостит 4. эритроплазию Кейра 5. верно 2), 4)   70. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕБРЮШИННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ   1. экскреторная урография 2. катетеризация мочевого пузыря 3. восходящая цистография 4. проба Зельдовича 5. восходящая цистография с двойным физиологическим объемом контрастного вещества   71. ПРЕРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при острой сердечной недостаточности 2. при окклюзии почечной артерии или вены единственной почки 3. при заболеваниях, сопровождающихся шоком, коллапсом, падением АД 4. правильно 2), 3) 5. правильно 1), 2), 3)   72. САМЫЙ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   1. осмотр и пальпация наружных половых органов 2. пальпация предстательной железы 3. цистоскопия 4. биопсия предстательной железы 5. биопсия костного мозга   73. ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ   1. нарушение пассажа мочи 2. травма мочеточника мигрирующим камнем 3. спазм лоханки 4. повышение артериального давления 5. инфекция мочевых путей   74. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять уратные камни чашечек диаметром 1,0 СМ   1. не позволяет 2. в 10–20% случаев 3. в 20–50% случаев 4. в 50–90% случаев 5. в 100% случаев   75. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ   1. дилатация мочеточников за счет гормональных изменений 2. сдавление мочеточников (правого в большей степени) увеличенной маткой 3. понижение реактивности организма 4. инфицированность мочевых путей до беременности 5. верно 1), 2), 3), 4)   76. Возникновению рака полового члена способствуют   1. хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии 2. применение противозачаточных средств 3. хронические воспаления (баланит, баланопостит), фимоз и др. 4. вирусный кондиломатоз и лейкоплакия 5. хронические воспалительные заболевания препуциального мешка любой этиологии, лейкоплакия   77. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ   1. самостоятельное мочеиспускание 2. постоянный катетер 3. катетеризация мочевого пузыря 2–3 раза в сутки 4. цистостомия 5. установление кольцевого дренажа   78. РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при мочекаменной болезни 2. при хроническом гломерулонефрите 3. при тромбозе или эмболии непосредственно почечных сосудов 4. при переливании несовместимой крови 5. при туберкулезе левой почки   79. РанниЕ клиническиЕ признакИ рака предстательной железы   1. задержка мочи 2. гематурия 3. боли в промежности 4. дизурия 5. чаще всего не проявляются   80. ОБРАЗОВАНИЮ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЮТ   1. высокая концентрация креатинина в крови 2. уростаз 3. высокий рН мочи 4. отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче 5. правильно 2), 3) и 4)   81. Визуализация при ультразвуковом сканировании «немой» почки   1. невозможна 2. возможна в 100% случаев 3. возможна в 70% случаев 4. возможна в 50% случаев 5. возможна в 20–40% случаев   82. ДЛЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАНЕФРИТА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА   1. септическая лихорадка 2. постоянного типа лихорадка 3. интермиттирующая лихорадка 4. субфебрильная температура 5. нормальная температура тела   83. ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ Т4 ПОКАЗАНЫ   1. трансуретральная электрорезекция 2. электрокоагуляция 3. резекция мочевого пузыря 4. цистэктомия 5. консервативное лечение   84. ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ УРЕТРЫ – ЭТО   1. разрыв слизистой оболочки 2. разрыв слизистой оболочки и спонгиозного тела 3. интерстициальный разрыв 4. разрыв фиброзной оболочки и спонгиозного тела 5. разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности   85. ПОСТРЕНАЛЬНАЯ (ЭКСКРЕТОРНАЯ) АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при камнях почек, мочеточников 2. при сдавлении мочеточников опухолью, рубцовой тканью 3. при гломерулонефрите 4. правильно 1), 2) 5. правильно 1), 2), 3)   86. ОсновныЕ методЫ ранней диагностики рака предстательной железы   1. исследование гормонального баланса 2. пальцевое ректальное исследование предстательной железы 3. рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет 4. ультразвуковое исследование простаты с биопсией 5. пальцевое ректальное исследование простаты в сочетании с ТрУЗИ и определением уровня ПСА   87. ВЫЯВЛЯЕМЫЙ НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ В ЛОХАНКЕ СВЯЗАН С ФОРМИРОВАНИЕМ КАМНЕЙ   1. фосфатных 2. уратных 3. оксалатных 4. смешанного строения 5. холестериновых   88. При введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме   1. головной боли и головокружения 2. ощущения жара 3. металлического вкуса во рту 4. макрогематурии 5. падения АД в пределах 20 мм рт. ст., шока   89. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ   1. местным расстройствам кровообращения 2. физическим факторам 3. инфекции 4. химическим факторам 5. общим факторам   90. Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря   1. Т1 2. Т2 3. Т3 4. Т4 5. Т1 и Т2   91. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ   1. макрогематурия 2. уретроррагия 3. задержка мочеиспускания 4. гематома над лоном или промежностная гематома 5. правильно 2), 3), 4)   92. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ – ЭТО   1. отсутствие выделения мочи почками 2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря 3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации 4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении 5. наличие 150 мл остаточной мочи   93. Основные жалобы больных при раке предстательной железы в стадии Т1NоМо   1. частое мочеиспускание 2. боли в промежности 3. боли в крестце 4. субфебрильную температуру 5. жалобы отсутствуют   94. ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ   1. при коралловидном камне почки 2. при камнях обеих почек 3. при камне мочеточника или обоих мочеточников 4. при подозрении на наличие камня любой локализации 5. правильно 1), 2), 3) и 4)   95. При анализе обзорной урограммы невозможно интерпретировать   1. состояние видимой части костной системы 2. контуры мочеточника 3. контуры поясничных мышц 4. форму, размеры, положение почек 5. тени, подозрительные на конкременты   96. В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА ИГРАЮТ РОЛЬ   1. условно-патогенные микроорганизмы 2. микоплазмы 3. вирусы 4. хламидии 5. верно 1), 2), 3), 4)   97. Рак мочевого пузыря чаще локализуется   1. на левой боковой стенке 2. на правой боковой стенке 3. на верхушке 4. в области шейки 5. в зоне треугольника Льето   98. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ   1. экскреторная урография 2. нисходящая цистоуретрография 3. восходящая уретроцистография 4. пневмоцистография 5. обзорная урография   99. ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при почечной колике 2. при опухоли почки с распадом 3. при обтурации мочеточников 4. при нарушении электролитного баланса 5. при инфравезикальной обструкции   100. Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии   1. Т1NоМо 2. Т2NоМо 3. Т3NоМ1 4. Т4N1М2 5. правильно 1) и 2)   101. К РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ   1. оксалатов 2. фосфатов 3. смешанных 4. уратов 5. уратов и оксалатов   102. Ультразвуковые признаки рака почки   1. объемное образование округлой формы 2. объемное образование овоидной формы 3. тонкостенное объемное образование с гипоэхогенной структурой 4. объемное образование округлой формы с неравномерной эхоструктурой 5. гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2–3 мм   103. БАЛАНОПОСТИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ   1. только крайней плоти полового члена 2. только головки полового члена 3. парауретральных желез 4. крайней плоти и головки полового члена 5. кожи мошонки   104. Для клиники опухоли мочевого пузыря характерны   1. боли 2. гематурия 3. дизурия 4. эритроцитоз 5. дизурия в сочетании с макрогематурией   105. САМЫЙ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА   1. рези при мочеиспускании 2. задержка мочи 3. уретроррагия 4. вялая струя мочи 5. верно 1), 2), 3)   106. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ – ЭТО   1. невозможность самостоятельного мочеиспускания 2. хроническая задержка мочеиспускания 3. сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи 4. недержание мочи 5. сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи   107. применяемые в поздних стадиях рака предстательной железы паллиативные операции   1. троакарная цистостомия 2. высокое сечение мочевого пузыря 3. трансуретральная электрорезекция 4. нефростомия 5. все верно   108. ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНЫ   1. антибиотики, консервативное лечение 2. чрескожная нефролитотрипсия 3. пиелолитотомия, ревизия почки, нефростомия, декапсуляция почки 4. ударно-волновая литотрипсия 5. катетеризация мочеточника   109. ВизуализАция мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна   1. во всех случаях 2. никогда 3. если они не расширены 4. если они расширены (содержат мочу) 5. в 50% случаев всех исследований   110. КАВЕРНИТ – ЭТО   1. воспаление пещеристых тел полового члена 2. фибропластическая индурация полового члена 3. флеботромбоз кожи полового члена 4. воспаление спонгиозного тела уретры 5. воспаление кавернозных и спонгиозного тел полового члена   111. При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать   1. с обзорной рентгенографии мочевых путей 2. с компьютерной томографии 3. с ультразвукового исследования 4. с экскреторной урографии 5. с ультразвукового исследования и цистоскопии   112. ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ   1. атрофии яичка 2. инфаркта яичка 3. невралгии 4. злокачественного перерождения 5. верно 1), 2), 3), 4)   113. МАКРОГЕМАТУРИЯ – ЭТО   1. наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина 2. выделение крови из мочеиспускательного канала 3. выделение крови с мочой 4. наличие в моче порфирина 5. эритроцитурия   114. ДЛЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ Т2NОМО ХАРАКТЕРНЫ   1. гематурия 2. задержка мочи 3. предстательная железа каменистой плотности, без четких границ 4. предстательная железа тугоэластической консистенции, безболезненная, не увеличена, в одной из долей одиночный плотный узел по периферии 5. боли в промежности   115. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ   1. цистоскопия 2. ретроградная цистография 3. экскреторная урография и нисходящая цистография 4. УЗИ мочевого пузыря 5. правильно 1), 2), 3), 4)   116. Компьютерная рентгеновская томография наиболее целесообразна   1. при коралловидном камне почки 2. при камнях обеих почек (чашечки, лоханка) 3. при гидронефротической трансформации 4. при подозрении на рак почки 5. ни в одном случае   117. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ   1. с перекрутом и некрозом гидатид 2. с простатитом 3. с кавернитом 4. с гангреной Фурнье 5. с баланопоститом   118. Лучевую терапию при раке почки применяют   1. при лимфогенных метастазах 2. при опухолевых тромбах в почечной вене 3. всем больным после нефрэктомии 4. лучевую терапию применяют при неудаляемых метастазах в головной мозг и костных поражениях 5. правильно 1) и 2)   119. МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ   1. цистостомия 2. первичный шов уретры 3. бужирование уретры 4. пластика уретры по Хольцову 5. пластика уретры по Соловову   120. ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ   1. при хроническом пиелонефрите 2. при остром цистите 3. при поражении шейки мочевого пузыря опухолью 4. при хроническом гломерулонефрите 5. правильно 2) и 3)   121. «ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТРИАДА» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ   1. ректальный осмотр, ТрУЗИ, биопсия 2. ректальный осмотр, биопсия, контроль PSA 3. ректальный осмотр, ТрУЗИ, контроль PSA 4. контроль PSA, ТТГ, ЛГ 5. верно 1) и 4)   122. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ   1. нарушение фосфорно-кальциевого обмена 2. нарушение обмена щавелевой кислоты 3. нарушение пуринового обмена 4. мочевая инфекция (пиелонефрит) 5. правильно 1), 2), 3), 4)   123. Ультразвуковые признаки простой кисты почки   1. объемное образование округлой формы 2. объемное образование округлой формы с гипоэхогенной структурой 3. солидное (тканевое) образование округлой формы 4. солидное образование округлой формы с ровными контурами 5. объемное образование округлой формы с гипоэхогенной структурой и с феноменом дистального усиления эхосигнала   124. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ   1. бактерии и вирусы 2. микоплазмы и хламидии 3. трихомонады 4. микобактерии туберкулеза 5. верно 1), 2), 3), 4)   125. При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается   1. боль 2. прощупываемая почка 3. гематурия 4. протеинурия 5. субфебрильная температура   126. ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ   1. состояние гемодинамики 2. состояние поврежденной почки 3. функцию остающейся почки 4. данные общего анализа мочи 5. данные клинического анализа крови   127. УРЕТРОРРАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ   1. при травме почки 2. при остром цистите 3. при опухоли шейки мочевого пузыря 4. как вариант нормы 5. при повреждении мочеиспускательного канала   128. Причинами хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы являются   1. перенесенный гломерулонефрит 2. острый пиелонефрит 3. хронический пиелонефрит 4. гидроуретеронефроз 5. метастазы   129. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО   1. при коралловидном камне почки 2. при камнях обеих почек 3. при камне мочеточника или обоих мочеточников 4. ни в одном случае 5. правильно 1), 2), 3)   130. Обзорная урография выполняется с целью   1. уточнения функции почек 2. уточнения функции мочевого пузыря 3. оценки функции мочеточников 4. выявления теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек и мочевых путей 5. диагностики рака почки   131. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ   1. гематогенным путем 2. лимфогенным путем 3. восходящим путем 4. алиментарным 5. уриногенным   132. При локализации злокачественной опухоли в нижнем полюсе единственной почки следует предпринять   1. нефрэктомию 2. резекцию почки 3. наблюдение за больным 4. энуклеацию опухоли 5. эмболизацию почечной артерии   133. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ   1. боль над лоном и неудержание мочи 2. нарушение акта мочеиспускания и симптомы раздражения брюшины 3. мочевой затек в клетчатку малого таза и боли над лоном 4. почечная недостаточность и лихорадка 5. недержание мочи и пиурия   134. ИСТИННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ   1. при нефропатии беременных 2. при амилоидозе почек 3. при опухоли почки 4. при мочекаменной болезни 5. правильно 1) и 2)   135. При хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии Т4N2М1 показаны   1. гемодиализ 2. перитонеальный диализ 3. нефростомия 4. цистостомия 5. простатэктомия   136. ПРИ КАМНЯХ ПОЧКИ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ   1. пиелолитотомию 2. нефролитотомию 3. перкутанную нефролитотрипсию 4. правильно 1), 2), 3) 5. циркулярную (кольцевую) нефростомию   137. Восходящая уретроцистография применяется для диагностики   1. разрыва уретры 2. рака почки 3. рака мочевого пузыря 4. травмы почки 5. простатита   138. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ   1. острый холецистит 2. уретрит 3. артрит 4. абсцесс предстательной железы 5. баланопостит   139. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ методы лечения опухолей мочевого пузыря   1. трансуретральная электрорезекция 2. трансвезикальная эдектрокоагуляция 3. химиотерапия 4. иммунотерапия 5. используются 1), 2), 3) и 4)   140. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРУЮ ЗАДЕРЖКУ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ОТНОСЯТ   1. доброкачественную гиперплазию (аденому) предстательной железы (ДГПЖ) 2. ХПН (хроническую почечную недостаточность) 3. ОПН (острую почечную недостаточность) 4. хронический цистит 5. острый пиелонефрит   141. Почечную колику вызывает чаще всего   1. туберкулез почки 2. камень мочеточника 3. хронический пиелонефрит 4. тазовая дистопия почки 5. разрыв мочевого пузыря   142. ПРИЧИНА СУБРЕНАЛЬНОЙ (ПОСТРЕНАЛЬНОЙ) АНУРИИ   1. рвота 2. кровопотеря 3. двусторонний нефролитиаз 4. интоксикация 5. острая дизентерия   143. УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ЭКСТРЕННО ВЫПОЛНЯЕМЫЕ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ   1. экскреторная урография 2. ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря 3. цистоскопия 4. компьютерная томография 5. определение мочевины и креатинина сыворотки крови   144. НЕ ЗАДЕРЖИВАЮТ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ   1. кальцинированные оксалаты 2. фосфаты 3. смешанные камни 4. ураты 5. ни один из перечисленных   145. ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ГЕМАТУРИЯ   1. инициальная 2. терминальная 3. тотальная 4. эритроцитурия 5. странгурия   146. ДЛЯ РАЗРЫВА ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ ХАРАКТЕРНО   1. гематурия 2. уретроррагия 3. анурия 4. лейкоцитурия 5. пузырно-мочеточниковый рефлюкс   147. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ   1. изотопная ренография 2. биопсия простаты 3. пальпация предстательной железы 4. определение содержания креатинина в крови 5. определение уровня ПСА   148. ДЛЯ ТРАВМЫ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО   1. секреторная анурия 2. острая задержка мочеиспускания 3. экскреторная анурия 4. клиническая картина перитонита 5. тотальная макрогематурия   149. ОСТАТОЧНУЮ МОЧУ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ   1. ренографии 2. уретеропиелографии 3. УЗИ мочевого пузыря 4. цистоскопии 5. везикулографии   150. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ   1. ноющие 2. тупые 3. острые 4. острые приступообразные 5. постоянные ноющие   151. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   1. микрогематурия 2. макрогематурия 3. пиурия 4. количество остаточной мочи 5. поллакиурия   152. УРЕТРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА   1. при остром течении уретрита 2. при подостром течении уретрита 3. при торпидном течении уретрита 4. при хроническом уретрите 5. при раке простаты   153. При в/в введении рентгеноконтрастных веществ возможны осложнения   1. аллергические проявления (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм, кашель) 2. анафилактическй шок 3. макрогематурия 4. острая почечная недостаточность 5. правильно 1), 2)   154. НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА   1. рентгенурологические 2. ультразвуковые 3. радиоизотопные 4. бактериологические 5. бактериоскопические   155. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ   1. фиброма 2. миксома 3. аденома 4. лейомиома 5. ангиома   156. ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ   1. профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы 2. макрогематурии 3. когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение рентгеноконтрастного вещества поврежденной почкой 4. нормальной функции контралатеральной почки 5. пареза кишечника   157. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ   1. над лоном 2. в поясничной области 3. в пояснично-крестцовом отделе позвоночника 4. в промежности и над лоном 5. в промежности и крестце   158. РАЗВИТИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЮТ   1. хронический воспалительный процесс в предстательной железе 2. гормональные нарушения в организме 3. наследственность 4. вирусная инфекция 5. половые излишества   159. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЭЛАСТИЧНЫМ КАТЕТЕРОМ   1. острые уретрит, простатит и эпидидимит 2. хронический простатит 3. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря 4. свежий разрыв уретры 5. правильно 1) и 4)   160. ОТЛИЧИЕ ПОЛИУРИИ И ПОЛЛАКИУРИИ   1. количество мочеиспусканий в сутки 2. количество мочи за одно мочеиспускание 3. болезненность при мочеиспускании   161. ПРИЧИНА СУБРЕНАЛЬНОЙ (ПОСТРЕНАЛЬНОЙ) АНУРИИ   1. рвота 2. кровопотеря 3. двусторонний нефролитиаз 4. интоксикация   162. НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ОТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ   1. симптом Пастернацкого 2. симптом Щеткина-Блюмберга 3. УЗИ почек 4. анализ мочи   163. УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ЭКСТРЕННО ВЫПОЛНЯЕМЫЕ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ   1. экскреторная урография 2. ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря 3. цистоскопия 4. компьютерная томография 5. определение мочевины и креатинина сыворотки крови   164. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ДИЗУРИИ И ГЕМАТУРИИ   1. цистит 2. простатит 3. эндометриоз мочевого пузыря 4. туберкулез мочевого пузыря 5. камень мочевого пузыря   165. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ   1. мочекаменная болезнь 2. гидронефротическая трансформация 3. поликистоз почек 4. гломерулонефрит   166. НАЗОВИТЕ ВСЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АНУРИИ   1. преренальные, ренальные, постренальные, аренальные 2. билатеральная окклюзия мочеточника камнями 3. перевязка одного из мочеточников при нормальной 4. функции противоположной почки 5. низкое артериальное давление (ниже 70/40 мм рт. ст.) 6. «краш-синдром»   167. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ   1. цистография 2. цистоманометрия 3. катетеризация мочевого пузыря 4. радиоизотопная ренография   168. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМУЮ ПРИЧИНУ ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ   1. стенотическое поражение левой почечной вены с развитием почечной венной гипертензии 2. стеноз левой почечной артерии 3. уретерогидронефроз слева 4. левосторонний паховый крипторхизм 5. ни одна из перечисленных причин   169. ГЕМАТУРИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ   1. гематурия до боли 2. гематурия после боли 3. гематурия одновременно с болью   170. УКАЖИТЕ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ СУДИТЬ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ПОЧЕК   1. обзорная урография 2. ретроградная пиелография 3. экскреторная урография   171. РАННИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА   1. гематурия 2. лейкоцитурия 3. цилиндрурия   172. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО ПАРАНЕФРИТА   1. гломерулонефрит 2. абсцесс почки 3. пионефроз 4. апостематозный пиелонефрит   173. КАКОЙ ВИД ПАЛЬПАЦИИ ПОЧЕК ВЫ ЗНАЕТЕ   1. бимануальная 2. пальпация в вертикальном положении   174. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ ЕДИНСТВЕННОЙ ЛЕВОЙ ПОЧКИ. ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ СОСТАВЛЯЕТ 10,5 ММОЛЬ/Л, УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА – 0,467 ММОЛЬ/Л. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ПОЗВОЛИТ НЕМЕДЛЕННО ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ?   1. радиоизотопная ренография 2. обзорная урография 3. ультразвуковое исследование 4. экскреторная урография 5. ретроградная уретеропиелография   175. У БОЛЬНОЙ 3 МЕСЯЦА НАЗАД ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ БЫЛ ПОВРЕЖДЕН ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК, ДЕФЕКТ КОТОРОГО БЫЛ НЕМЕДЛЕННО УШИТ. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТМЕЧАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ТУПЫХ, НОЮЩИХ БОЛЕЙ В ЛЕВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С ГЛАДКОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ, РОВНЫМИ КОНТУРАМИ, СЛЕГКА БАЛЛОТИРУЮЩЕЕ. ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ И КРОВИ – БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ПО ДАННЫМ РАДИОИЗОТОПНОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОЙ ПОЧКИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ, СЛЕВА ОТМЕЧАЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ. КАКОЕ СОСТОЯНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОЙ   1. аденокарцинома почки 2. поликистоз почек 3. пионефроз 4. гидронефротическая трансформация 5. сморщенная почка   176. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛИТ ТОЧНЕЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕФРОПТОЗ ОТ ДИСТОПИИ ПОЧКИ  1) экскреторная урография  2) ретроградная пиелоурография  3) радиоизотопная ренография  4) аортография  5) хромоцистоскопия  *ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ*   1. 1, 3, 5 2. 1, 2, 4 3. 2, 3, 4 4. 2, 3, 5 5. 3, 5   177. ПРИ ОСМОТРЕ РОДИВШЕГОСЯ РЕБЕНКА ВРАЧ ОБНАРУЖИЛ У НЕГО ДЕФЕКТ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НИЖЕ ПУПКА С ОТСУТСТВИЕМ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРОЛАБИРОВАНИЕМ ЗАДНЕЙ ЕГО СТЕНКИ, ВИДНЫ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКОВ – ИЗ НИХ РИТМИЧНО ПОСТУПАЕТ МОЧА, ВЫЛИВАЯСЬ НА КОЖУ ЛОБКА И ВНУТРЕННЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ БЕДЕР. КОНСУЛЬТАЦИЯ УРОЛОГА: ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. В КАКИЕ СРОКИ   1. в течение первого года жизни ребенка 2. в течение 3–5 лет 3. в юношеском возрасте 4. при появлении менструации или первых половых признаков 5. по достижении половой зрелости   178. ПРИ ОСМОТРЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МАЛЬЧИКА ВЫЯВЛЕНО, ЧТО НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ УРЕТРЫ РАСПОЛОЖЕНО В ОБЛАСТИ ПЕНОСКРОТАЛЬНОГО УГЛА. КАКОЙ ВИД АНОМАЛИИ У РЕБЕНКА   1. эписпадия 2. гипоспадия 3. экстрофия мочевого пузыря 4. фимоз 5. парафимоз   179. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОЙ К., 40 ЛЕТ, ДОСТАВЛЕННОЙ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ БРИГАДОЙ «СКОРОЙ ПОМОЩИ», ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ПРАВОСТОРОННИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, КАМЕНЬ ЛЕВОГО МОЧЕТОЧНИКА. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЗВОЛИТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ОТВЕРГНУТЬ НАРУШЕНИЕ ПАССАЖА МОЧИ ИЗ ЛЕВОЙ ПОЧКИ   1. катетеризация мочевого пузыря 2. обзорная рентгенография 3. урофлоуметрия 4. хромоцистоскопия 5. радиоизотопная нефросцинтиграфия   180. У БОЛЬНОГО, 42 ЛЕТ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С ЦИФРАМИ 220/120 ММ РТ. СТ. ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО ВНЕЗАПНО, ВЫЯВЛЕНО ГОД НАЗАД ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ ОСМОТРЕ. РОДИТЕЛИ БОЛЬНОГО НЕ СТРАДАЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ЛЕЧЕНИЕ У ТЕРАПЕВТА ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ НЕЭФФЕКТИВНО. ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ ЖИВОТА В ЭПИГАСТРИИ СПРАВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. ЗАПОДОЗРЕНА ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛИТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ, ВЫЯВИТЬ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ   1. радиоизотопная ренография 2. УЗИ почек 3. исследование глазного дна 4. почечная ангиография 5. экскреторная урография   181. У БОЛЬНОЙ, 38 ЛЕТ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С ЦИФРАМИ 180/110 ММ РТ. СТ. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В 22-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕНЕСЛА ОСТРЫЙ ПРАВОСТОРОННИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, КОТОРЫЙ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ НЕОДНОКРАТНО ОБОСТРЯЛСЯ, ПО ПОВОДУ ЧЕГО ЛЕЧИЛАСЬ СТАЦИОНАРНО. В ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЯ ПРЕКРАТИЛИСЬ, НО ОСТАВАЛАСЬ ХРОНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ. НАБЛЮДАЕТСЯ УРОЛОГОМ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПРАВОСТОРОННЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА. ДВА ГОДА НАЗАД ПОЯВИЛАСЬ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЦИФРАМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ К НАСТОЯЩЕМУ ВРЕМЕНИ СТАБИЛИЗИРОВАЛИСЬ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНА НЕФУНКЦИОНИРУЮЩАЯ СМОРЩЕННАЯ ПРАВАЯ ПОЧКА. ФУНКЦИЯ ЛЕВОЙ ПОЧКИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ. КАКОЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ВЫ ПРЕДЛОЖИТЕ БОЛЬНОЙ   1. симптоматическое 2. санаторно-курортное 3. правосторонняя нефрэктомия 4. баллонная дилатация почечной артерии справа 5. реваскуляризация правой почки   182. БОЛЬНОЙ, 37 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 37–400 С, ОЗНОБ. 4 ДНЯ НАЗАД ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ И ПОДРЕБЕРНОЙ ОБЛАСТЯХ СПРАВА ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ. БОЛИ ПОСТЕПЕННО УСИЛИВАЛИСЬ. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОСОБЕННО В РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ, ПОЗВОНОЧНИК ИСКРИВЛЕН ВПРАВО. ПАЛЬПАЦИЯ ОБЛАСТИ ПРАВОЙ ПОЧКИ БОЛЕЗНЕННА, РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО СПРАВА. СКОЛИОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. БОЛЬНОЙ ЛЕЖИТ В ПОЛОЖЕНИИ С ПРИВЕДЕННЫМ К ЖИВОТУ ПРАВЫМ БЕДРОМ. РАЗГИБАНИЕ РЕБРА РЕЗКО БОЛЕЗНЕННО. В ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВЫБУХАНИЕ И ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ. НА ОБЗОРНОМ СНИМКЕ НЕЧЕТКОСТЬ КОНТУРОВ ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ, ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВПРАВО. ТЕНЬ ПОЧКИ РАЗМЫТА. НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ МОЧЕТОЧНИК ОТКЛОНЕН МЕДИАЛЬНО, СЛАБО ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ ЕГО ПРИЛОХАНОЧНЫЙ ОТДЕЛ. ПОДВИЖНОСТЬ ПРАВОЙ ПОЧКИ ПРИ ДЫХАНИИ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНА. ВАШ ДИАГНОЗ   1. опухоль почки 2. радикулит 3. почечная колика 4. паранефрит 5. остеохондроз   183. БОЛЬНОЙ, 60 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ТОТАЛЬНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИЕЙ И ЖАЛОБАМИ НА ПОХУДАНИЕ, ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО СУБФЕБРИЛЬНЫХ ЦИФР, БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МОШОНКИ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ЛЕВОГО СЕМЕННОГО КАНАТИКА, ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. КАКОЙ ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ   1. мочекаменная болезнь 2. портальный цирроз печени 3. опухоль почки с инвазией нижней полой вены 4. папиллярная опухоль мочеточника   184. ПАЦИЕНТ, 60 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ТОТАЛЬНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИЕЙ СО СГУСТКАМИ НА ФОНЕ СУБФЕБРИЛИТЕТА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 МЕСЯЦЕВ. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ   1. цистоскопию + экскреторную урографию 2. хромоцистоскопию + исследование мочи по Нечипоренко 3. урофлоуметрию мочевого пузыря + микроскопию осадка мочи 4. катетеризацию мочевого пузыря + микроскопию осадка мочи 5. ретроградную уретроцистографию + исследование концентрации мочевины крови   185. У БОЛЬНОЙ, 48 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТСЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ, ТУПЫЕ БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. НА ОБЗОРНОЙ УРОГРАММЕ ТКАНЕЙ КОНКРЕМЕНТОВ В ПРОЕКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО. НА СЕРИИ ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК СОХРАНЕНА, ИМЕЕТСЯ НЕКОТОРОЕ РАСШИРЕНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ СЛЕВА И ЭКТАЗИЯ ЛЕВОГО МОЧЕТОЧНИКА ДО СРЕДНЕЙ ТРЕТИ, ГДЕ ИМЕЕТСЯ ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЛЕВОГО МОЧЕТОЧНИКА КАТЕТЕР ВСТРЕТИЛ НА 15 САНТИМЕТРЕ ЛЕГКО ПРЕОДОЛИМОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ, ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КОТОРОГО ИЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЧЕТОЧНИКОВОГО КАТЕТЕРА ВЫДЕЛЯЛАСЬ КРОВЬ, ВЫДЕЛЕНИЕ КОТОРОЙ ЗАТЕМ ПРЕКРАТИЛОСЬ, И ПРИ ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРОДВИЖЕНИИ КАТЕТЕРА СТАЛА ВЫДЕЛЯТЬСЯ ЧАСТЫМИ КАПЛЯМИ ЧИСТАЯ МОЧА. КАКОЙ ВАШ ДИАГНОЗ   1. уратный камень мочеточника 2. рак паренхимы почки 3. папиллярная опухоль мочеточника 4. туберкулезное поражение почки и мочеточника 5. волчаночный нефрит   186. У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ Т2NXMX, ПОРАЖАЮЩИЙ ШЕЙКУ, ЗОНУ ТРЕУГОЛЬНИКА И УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКОВ. КАКОЙ ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ БОЛЬНОМУ   1. расширенную трансуретральную электрорезекцию опухоли мочевого пузыря 2. паллиативную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря 3. цистэктомию с лимфоаденэктомией и отведением мочи 4. плоскостную резекцию мочевого пузыря с уретеросигмоанастомозом 5. цистэктомию с лимфоаденэктомией и уретероцистоанастомозом   187. ИЗ ЧИСЛА НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УКАЖИТЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ, НЕ ПРИЕМЛЕМЫЕ ПРИ КУПИРОВАНИИ ПРИАПИЗМА   1. пункция пещеристых тел с аспирацией крови 2. перфузия пещеристых тел раствором гепарина 3. новокаиновая блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну 4. интракавернозное введение раствора адреналина 5. кавернозно-спонгиозное шунтирование   188. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА  1) подкожная гематома  2) гематурия  3) уретроррагия  4) пролонгированная эрекция  5) боли в половом члене  6) повышение бульбокавернозного и кремастерного рефлексов  7) деформация полового члена  8) отек крайней плоти  *ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ*   1. 2, 4, 5 2. 1, 6, 7 3. 4, 5, 8 4. 1, 5, 7 5. 1, 3, 6   189. БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ УРЕТРЫ И НАЛОЖЕНИЯ НАДЛОБКОВОГО МОЧЕПУЗЫРНОГО СВИЩА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОССТАНОВЛЕНИИ ЕСТЕСТВЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ. ПРИ БУЖИРОВАНИИ УРЕТРЫ ОБНАРУЖЕНО НЕПРЕОДОЛИМОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ В ПЕРЕПОНЧАТОМ ОТДЕЛЕ. ПРИ УРЕТРОГРАФИИ В ЭТОМ ЖЕ ОТДЕЛЕ ВЫЯВЛЕНА СТРИКТУРА ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ 1 ММ. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ЭТОГО БОЛЬНОГО   1. бужирование 2. катетеризация 3. операция по Соловому 4. операция по Хольцову 5. внутренняя оптическая уретротомия   190. БОЛЬНАЯ, 28 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ПОЯСНИЦЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ДНЯ, ОСОБЕННО ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, И ПОСТЕПЕННО ПРОХОДЯЩИЕ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА. В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЛАДКОЕ, ПОДВИЖНОЕ, СМЕЩАЕМОЕ В ПОДРЕБЕРЬЕ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, НИЖНИЙ КРАЙ КОТОРОГО РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ОСТИ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ   1. опухоль восходящего отдела толстой кишки 2. водянка желчного пузыря 3. правосторонний нефроптоз 4. киста яичника 5. поясничная дистопия почки   191. У БОЛЬНОЙ С КАМНЕМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА. РАНЕЕ ИМЕЛИ МЕСТО ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРАВОЙ ПОЧКИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С ГЛАДКОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ, РОВНЫМИ КОНТУРАМИ, СЛЕГКА БАЛЛОТИРУЮЩЕЕ. ПО ДАННЫМ РАДИОИЗОТОПНОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ФУНКЦИЯ ЛЕВОЙ ПОЧКИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ, СПРАВА ОТСУТСТВУЕТ. КАКОВ ВАШ ДИАГНОЗ   1. солитарная киста почки 2. туберкулез почки 3. гидронефроз справа 4. поликистоз почек 5. аденокарцинома почки   192. КАКИЕ СИМПТОМЫ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГИДРОНЕФРОЗА   1. анурия 2. ноющие боли в поясничной области 3. гематурия 4. опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье 5. острая задержка мочи   *ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ*   1. 1, 2, 5 2. 2, 3, 4 3. 1, 4, 5 4. 2, 4, 5 5. 1, 3, 5   193. В КЛИНИКУ В СОСТОЯНИИ ШОКА (АД – 70/40 ММ РТ. СТ., ТАХИКАРДИЯ – 120 УД. В МИН., БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ) ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ, КОТОРЫЙ УПАЛ СО СТРОИТЕЛЬНЫХ ЛЕСОВ С ВЫСОТЫ 2-ГО ЭТАЖА. В ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВЫБУХАНИЕ, КОЖНЫЕ ССАДИНЫ, ИМЕЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ И НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ СПРАВА ТЕНЬ ПОЧКИ И ИЗОБРАЖЕНИЕ КОНТУРОВ ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ ОТСУТСТВУЮТ, ИМЕЕТСЯ ПЕРЕЛОМ XI И XII РЕБЕР. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫ ИЗБЕРЕТЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА   1. цистоскопия 2. уретрография 3. УЗИ   194. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МОЧЕКИСЛОГО НЕФРОЛИТИАЗА  1) наличие рентгенонегативного камня почки  2) резко щелочная реакция мочи  3) кислая реакция мочи  4) гиперурикурия  5) фосфатурия  *ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ПРИЗНАКОВ*   1. 1, 2, 5 2. 1, 2, 4 3. 2, 4, 5 4. 1, 3, 4 5. 3, 4, 5   195. У БОЛЬНОГО, 60 ЛЕТ, ПОСТУПИВШЕГО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ С ТОТАЛЬНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИЕЙ, ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ПОДРЕБЕРНОЙ ОБЛАСТИ СЛЕВА. ПАЦИЕНТ ТАКЖЕ ЖАЛУЕТСЯ НА СУБФЕБРИЛЬНУЮ ГИПЕРТЕРМИЮ НА ПРОТЯЖЕНИИ 2 МЕСЯЦЕВ. В АНАЛИЗАХ КРОВИ – ПОВЫШЕНИЕ СОЭ ДО 50 ММ/Ч. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ   1. гепатолиенальный синдром 2. опухоль левой почки 3. аденома простаты 4. левосторонний гидронефроз 5. поликистоз почек   196. БОЛЬНАЯ, 25 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В КЛИНИКУ ЭКСТРЕННО С ЖАЛОБАМИ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39–40° С, ОЗНОБ, ОБИЛЬНОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ, РВОТУ, ТУПУЮ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ И В ПОДРЕБЕРЬЕ СПРАВА. ПРИ ОСМОТРЕ: ЧАСТЫЙ ПУЛЬС ДО 100 УД. В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ, ЯЗЫК ЧИСТЫЙ, ВЛАЖНЫЙ, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ. В АНАЛИЗАХ МОЧИ: ЛЕЙКОЦИТЫ ПОКРЫВАЮТ ВСЕ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, БАКТЕРИУРИЯ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО, СОЭ ПОВЫШЕНА. ПРИ ХРОМОЦИСТОСКОПИИ: ИНДИГОКАРМИН ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ ЛЕВОГО УСТЬЯ НА 5-Й МИНУТЕ ИНТЕНСИВНО, ИЗ ПРАВОГО – НА 8-Й МИНУТЕ. ВАШ ДИАГНОЗ   1. острый аппендицит 2. острый холецистит 3. острый правосторонний необструктивный пиелонефрит (гематогенный) 4. тазовый перитонит 5. острая кишечная непроходимость   197. У БОЛЬНОЙ, 22 ЛЕТ, НА 24-Й НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ТУПЫЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОДНОКРАТНО БЫЛ ОЗНОБ, ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 39° C. СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ. ПРИ ОСМОТРЕ – ПРАВАЯ ПОЯСНИЧНАЯ ОБЛАСТЬ ПАЛЬПАТОРНО БОЛЕЗНЕННАЯ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕТ. БОЛЬНАЯ СТАРАЕТСЯ ЛЕЖАТЬ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ТЕЛА. В АНАЛИЗАХ МОЧИ: ЛЕЙКОЦИТЫ ДО 2–4 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ   1. отслоение нормально расположенной плаценты 2. острый холецистит 3. острый панкреатит 4. острый пиелонефрит беременных 5. внематочная беременность   198. В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ, З4 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ С ОБЕИХ СТОРОН, ОТСУТСТВИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 8 ЧАСОВ. ГОД НАЗАД ДИАГНОСТИРОВАНА МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, КАМНИ ОБЕИХ ПОЧЕК – 0,5–0,6 СМ. ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЧИ НЕ ПОЛУЧЕНО. ПО ДАННЫМ УЗИ – БИЛАТЕРАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНЫХ СИСТЕМ. КАКОВ ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ   1. секреторная анурия 2. экскреторная анурия 3. острая задержка мочеиспускания 4. хронический пиелонефрит 5. хроническая почечная недостаточность   199. БОЛЬНОЙ, 32 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39,6° С. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЕЛОЕ, ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПРИВЕДЕННЫМ К ЖИВОТУ БЕДРОМ, РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЕГО РАЗГИБАНИИ, ВЫБУХАНИЕ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ И ГИПЕРЕМИЯ СПРАВА, БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОСОБЕННО В ПРАВОМ КОСТОВЕРТЕБРАЛЬНОМ УГЛУ, ЗАЩИТНОЕ СОКРАЩЕНИЕ ПОЯСНИЧНЫХ МЫШЦ ПРИ ЛЕГКОЙ ПАЛЬПАЦИИ, СКОЛИОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. КАКОЕ ЭКСТРЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ БОЛЬНОМУ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА   1. радиоизотопная ренография 2. урофлоуметрия 3. УЗИ 4. хромоцистоскопия   200. БОЛЬНАЯ, 21 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. ПАЛЬПАТОРНО НА УРОВНЕ ПУПКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЛАДКОЕ МАЛОПОДВИЖНОЕ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ПО ДАННЫМ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ПАЛЬПИРУЕМОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПОЧКА, МОЧЕТОЧНИК КОТОРОЙ ЧЕТКО НЕ ВИДЕН. ПРАВАЯ ПОЧКА РАСПОЛОЖЕНА НОРМАЛЬНО, ФУНКЦИЯ ЕЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛИТ ТОЧНО УСТАНОВИТЬ АНОМАЛИЮ ПОЧКИ У БОЛЬНОЙ   1. цистография 2. радиоизотопная ренография 3. хромоцистоскопия 4. почечная ангиография 5. УЗИ   201. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ КАМНЕМ МОЧЕТОЧНИКА  1) возникновение болей после макрогематурии  2) иррадиация болей в паховую область  3) эритроцитурия после стихания болей  4) симптом Ортнера  5) тошнота, рвота  *ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ*   1. 1, 4 2. 2, 3 3. 3, 4 4. 1, 5   202. ИЗ ВЫТРЕЗВИТЕЛЯ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ, 36 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ И НЕВОЗМОЖНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ. 6 ЧАСОВ НАЗАД ОН БЫЛ ИЗБИТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: ПЕРИОДИЧЕСКИ САДИТСЯ. ЖИВОТ УМЕРЕННО ВЗДУТ, БОЛЕЗНЕН ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, ОСОБЕННО В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ. ПЕРКУТОРНО В ОТЛОГИХ МЕСТАХ ПРИТУПЛЕНИЕ, СОЗДАЕТСЯ ВПЕЧАТЛЕНИЕ О НАЛИЧИИ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. КАТЕТЕР НЕЛАТОНА № 18 СВОБОДНО ПРОВЕДЕН В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ – ВЫДЕЛИЛОСЬ 100 МЛ МОЧИ С КРОВЬЮ. АД – 120/80 ММ РТ. СТ. ПУЛЬС – 88 УД. В МИНУТУ, ХОРОШЕГО НАПОЛНЕНИЯ. Нb – 140 Г/Л. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫ ИЗБЕРЕТЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА   1. уретрографию 2. У3И почек и мочевого пузыря 3. цистографию в 2 проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря 4. биохимическое исследование крови 5. ренографию   203. БОЛЬНАЯ, 29 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА УЧАЩЕННОЕ, БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ С ИНТЕРВАЛОМ 20–30 МИНУТ, НЕБОЛЬШУЮ ПРИМЕСЬ КРОВИ В МОЧЕ В КОНЦЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ВНЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ. В АНАЛИЗАХ МОЧИ МОЧА МУТНАЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ ПОКРЫВАЮТ ВСЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ. ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ И УРЕТРЫ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕ СТРАДАЕТ. ВАШ ДИАГНОЗ   1. вульвовагинит 2. аднексит 3. простая язва мочевого пузыря 4. острый цистит 5. парацистит   204. БОЛЬНОЙ, 63 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ В ТЕЧЕНИЕ 5 СУТОК. МОЧУ ИЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЭВАКУИРОВАЛИ КАТЕТЕРОМ. В АНАМНЕЗЕ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ДНЕВНАЯ И НОЧНАЯ ПОЛЛАКИУРИЯ. В МОМЕНТ ОСМОТРА ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА – 38,3° С, ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УРЕТРЫ. ПЕРКУТОРНО: ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – НА 4 СМ ВЫШЕ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ. РЕКТАЛЬНО: ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧЕНА В 2,5 РАЗА, ТУГОЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, БОЛЕЗНЕННАЯ. ВАША ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА   1. трансуретральная резекция аденомы предстательной железы 2. установление постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция 3. периодическая катетеризация мочевого пузыря 4. одномоментная чреспузырная аденомэктомия 5. эпицистостомия   205. У БОЛЬНОГО, 55 ЛЕТ, ДИАГНОСТИРОВАНА АДЕНОКАРЦИНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T1N0M0. БОЛЬНОМУ РЕКОМЕНДОВАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО   1. билатеральная вазэктомия, эпицистостомия 2. одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы 3. неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы 4. лазерная комиссуротомия и аблация простаты 5. радикальная простатэктомия   206. БОЛЬНОЙ, 72 ЛЕТ, ОТМЕЧАЕТ ИНТЕНСИВНУЮ ПРИМЕСЬ КРОВИ В МОЧЕ, ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕЗ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ВЫДЕЛЯЮТСЯ БЕСФОРМЕННЫЕ СГУСТКИ КРОВИ ТЕМНО-КРАСНОГО ЦВЕТА. В ТЕЧЕНИЕ 20 ЛЕТ РАБОТАЛ НА ХИМИЧЕСКОМ ЗАВОДЕ, ПРОИЗВОДИВШЕМ АНИЛИНОВЫЕ КРАСИТЕЛИ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЫ ПРЕДПОЛАГАЕТЕ   1. хронический интерстициальный цистит 2. хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью 3. форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертонии 4. опухоль мочевого пузыря 5. опухоль лоханки и мочеточника   207. У БОЛЬНОГО, 60 ЛЕТ, ВЫЯВЛЕНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 3-Й СТАДИИ. ЖАЛОБЫ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ, ЖАЖДУ, СЛАБОСТЬ. ПРИ У3И: ОБЪЕМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 96 СМ3. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕНА В ОБЪЕМЕ (В 3 РАЗА). ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ 410 МЛ. ИМЕЕТСЯ БИЛАТЕРАЛЬНЫЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ, АНЕМИЯ. МОЧЕВИНА КРОВИ – 16 ММОЛЬ/Л, КРЕАТИНИН – 200 МКМОЛЬ/Л. КАКУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ВЫ ИЗБЕРЕТЕ   1. одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы 2. неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы 3. лазерная комиссуротомия и аблация простаты 4. эпицистостомия 5. программный гемодиализ с предварительным созданием артериовенозной фистулы   208. У БОЛЬНОГО, 58 ЛЕТ, ДИАГНОСТИРОВАНА АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1-Й СТАДИИ. ОБЪЕМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 29 СМ3. ВЫЯВЛЕНЫ КАМНИ ПРОСТАТЫ, ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ПРОСТАТИТ. НОЧНАЯ ПОЛЛАКИУРИЯ 1 РАЗ, ДНЕМ МОЧЕИСПУСКАНИЕ С ИНТЕРВАЛОМ 3–4 ЧАСА. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД НЕОБХОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ   1. медикаментозная консервативная терапия 2. одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы 3. неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы 4. лазерная комиссуротомия и аблация простаты 5. позадилобковая аденомэктомия по Миллину   209. БОЛЬНОЙ, 20 ЛЕТ, ВО ВРЕМЯ ИГРЫ В ФУТБОЛ ПОЛУЧИЛ УДАР НОГОЙ В ПРОМЕЖНОСТЬ. ПОЯВИЛАСЬ УРЕТРОРРАГИЯ. ОТМЕЧАЕТ ПОЗЫВЫ К МОЧЕИСПУСКАНИЮ, НО САМОСТОЯТЕЛЬНО ПОМОЧИТЬСЯ НЕ МОЖЕТ. НАД ЛОНОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫБУХАНИЕ, НАД КОТОРЫМ ПРИ ПЕРКУССИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТУПОЙ ЗВУК. ИМЕЕТСЯ ГЕМАТОМА ПРОМЕЖНОСТИ. ИЗ УРЕТРЫ ВЫДЕЛЯЕТСЯ КРОВЬ. КАКОЙ ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ   1. разрыв почки 2. разрыв мочевого пузыря 3. разрыв уретры 4. повреждение простаты 5. гематома промежности   210. БОЛЬНОЙ, 45 ЛЕТ, ЖАЛУЕТСЯ НА ОТСУТСТВИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 12 ЧАСОВ, ВЫРАЖЕННЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ПОЗЫВЫ К МОЧЕИСПУСКАНИЮ, НЕСТЕРПИМЫЕ БОЛИ В ПРОМЕЖНОСТИ И НАД ЛОНОМ. РАНЕЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НЕ ОТМЕЧАЛ. НА ПРОТЯЖЕНИИ 3 ЛЕТ СТРАДАЕТ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРИОДИЧЕСКИ ОТХОДЯТ КАМНИ ДО 0,5 СМ В ДИАМЕТРЕ. ПЕРКУТОРНО МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ НА 8 СМ НАД ЛОНОМ. КАКОЙ ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ   1. аденома предстательной железы 2. острый простатит 3. опухоль мочевого пузыря 4. камни мочеточника 5. камень уретры   211. БОЛЬНОЙ, 62 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ ПОСТЕПЕННОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ МОШОНКИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ЛЕВАЯ ПОЛОВИНА МОШОНКИ УВЕЛИЧЕНА В ОБЪЕМЕ БОЛЕЕ ЧЕМ В 3 РАЗА, КОЖА НЕ ИЗМЕНЕНА, ПАЛЬПАТОРНО ТУГОЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ОДНОРОДНА, БЕЗБОЛЕЗНЕННА, ЯИЧКО С ПРИДАТКОМ И ЭЛЕМЕНТАМИ СЕМЕННОГО КАНАТИКА НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ. СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА МОШОНКИ СО СТРУКТУРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ НЕ ИЗМЕНЕНА. КАКОВ ВАШ ДИАГНОЗ   1. левосторонняя мошоночная грыжа 2. опухоль левого яичка 3. лимфедема мошонки 4. водянка оболочек левого яичка 5. киста придатка левого яичка   212. БОЛЬНОЙ ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛЕЗНЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ, НЕВОЗМОЖНОСТЬ ЗАКРЫТИЯ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ВОЗНИКШИЕ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО АКТА. ПРИ ОСМОТРЕ: ГОЛОВКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОБНАЖЕНА, ОТЕЧНА, ЦИАНОТИЧНА. КРАЙНЯЯ ПЛОТЬ БАГРОВО-ЦИАНОТИЧНОЙ ОКРАСКИ, РЕЗКО ОТЕЧНА, БОЛЕЗНЕННА. ВАШ ДИАГНОЗ   1. приапизм 2. кавернит 3. перелом полового члена 4. лимфедема полового члена 5. парафимоз   213. БОЛЬНОЙ, 18 ЛЕТ, ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, РАЗДУВАНИЕ ПРЕПУЦИАЛЬНОГО МЕШКА ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ГОЛОВКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НЕ ОБНАЖАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ РЕЗКОГО СУЖЕНИЯ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРЕПУЦИАЛЬНОГО МЕШКА. КАКОВ ВАШ ДИАГНОЗ   1. баланопостит 2. стриктура наружного отверстия уретры 3. фимоз 4. парафимоз 5. камень висячего отдела уретры   214. БОЛЬНОЙ, 24 ЛЕТ, ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ ТУПЫЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ МОШОНКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ. ПАЛЬПАТОРНО ПО ХОДУ ЛЕВОГО СЕМЕННОГО КАНАТИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГРОЗДЬЕВИДНОЕ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ИСЧЕЗАЮЩЕЕ В ЛЕЖАЧЕМ ПОЛОЖЕНИИ. КАКОВ ВАШ ДИАГНОЗ   1. фуникулит 2. варикоцеле 3. туберкулез придатка яичка 4. перекрут гидатиды Морганьи 5. киста семенного канатика |