Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Урология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование дисциплины)

по направлению подготовки (специальности)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_31.08.68 УРОЛОГИЯ (первый курс)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 31.08.68 Урология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20

 Оренбург

 **1.Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для итогового контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1** – готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

**ПК-1** – готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

**ПК-5 –** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

**ПК-6** –  готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической помощи.

**ПК-8** – готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

 **2.Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

 **Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Вариант № 1**

**1. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

 1) микрогематурия

 2) макрогематурия

 3) пиурия

 4) количество остаточной мочи

 5) поллакиурия

**2.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.

**3. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ**

1. гематогенным путем

2)лимфогенным путём

3) восходящим путем

 4) алиментарным

5) уриногенным

**4. ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ**

1. атрофии яичка
2. инфаркта яичка
3. невралгии
4. злокачественного перерождения

5) верно 1), 2), 3), 4)

**5. 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

**6. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ:**

1) инфекция мочевых путей

2) нарушение уродинамики мочевых путей и ХПН

3) камнеобразование

4) гематурия

5) все вышеуказанное

**7. 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

**8. 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

**9. 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

**10. 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

**11. АДЕНОМА РАЗВИВАЕТСЯ У МУЖЧИН СТАРШЕ**

1) 20 лет

2) 30 лет

3) 40 лет

4) 50 лет

5) 70 лет

**12. 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)

**13. К РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ**

1) оксалатов
2) фосфатов
3) смешанных
4) уратов
5) уратов и оксалато

**14. 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

**15. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДГПЖ?**

1) хронический простатит

2) рак простаты

3) стриктура уретры

4) склероз шейки мочевого пузыря

5) все вышеуказанное

**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. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ**

1. местным расстройствам кровообращения
2. физическим факторам

3) инфекции

4) химическим факторам

**18. ПРИЧИНА СУБРЕНАЛЬНОЙ (ПОСТРЕНАЛЬНОЙ) АНУРИИ?**

1) рвота

2) кровопотеря

3) двусторонний нефролитиаз

4) интоксикация

5) острая дизентерия

**19. 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

**20. 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

**21. 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

**22. 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

**23. 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

**24. В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА ИГРАЮТ РОЛЬ**

1. условно патогенные микроорганизмы
2. микоплазмы
3. вирусы
4. хламидии

5) верно 1), 2), 3), 4)

**25. Осложнениями ретроградной пиелоуретерографии являются**

1) перфорация почки и мочеточника
2) острый пиелонефрит
3) забрюшинная флегмона
4) гидроцеле
5) правильно 1), 2), 3)

**26. 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)

**27. 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)

**28. 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)

**29. 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

**30. 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

**31. 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)

**32. 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

**33. Возбудителем острого пиелонефрита чаще бывает**

1) кишечная палочка

 2)протей

3)палочка сине-зеленого гноя

4)стафилококк

5)энтерококк

**34. 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)

**35. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БУЖИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ**

1) уретральную лихорадку
2) острый простатит
3) уретроррагию
4) форникальное кровотечение

5) острый эпидидимит

**36. 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

**37. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ МОЖЕТ "СИМУЛИРОВАТЬ" ОСТРЫЙ ЦИСТИТ**

 1)камень интрамурального отдела мочеточника

 2)острый простатит

 3)инородное тело мочевого пузыря

 4) фуникулит

 ,,5)03 аденома простаты I стадии

**38. 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

**39. ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

 1) боль в пояснице

 2) прощупываемая увеличенная почка

 3) гематурия

 4) анемия

 5) субфебрильная температура

**40. ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНА**

1. боль
2. микрогематурия

3) забрюшинная урогематома

1. кратковременная макрогематурия
2. удовлетворительное общее состояние

**41. 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)

**42. 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

**43. ПРИ КАМНЯХ ПОЧКИ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ**

1) пиелолитотомию

2) нефролитотомию

3) перкутанную нефролитотрипсию

4) правильно 1), 2), 3)

5) циркулярную (кольцевую) нефростомию

**44. ВЫБЕРИТЕ ОРГАН МПС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРИ МОЧЕПОЛОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

1) почка

2) мочеточник

3) мочевой пузырь

4) предстательная железа

5) яички

**45. К Предраковым заболеваниям полового члена относят**

1) невирусные папилломы

2) лейкоплакию

3) хронический баланопостит

4) эритроплазию Кейр

 **Ответы**

1-4 2-4 3-3 4-5 5-1 6-5 7-1 8-5 9-5 10-4 11-3 12-5

 13-4 14-1 15-5 16-3 17-3 18-3 19-3 20-4 21-2 22-2 23-5

24-5 25-5 26-5 27-3 28-5 29-2 30-3 31-5 32-3 33-1 34-5

35-4 36-3 37-4 38-4 39-3 40-3 41-5 42-5 43-4 44-1 45-2

 **Вариант № 2**

001. 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?

а) опухоль восходящего отдела толстой кишки

б) водянка желчного пузыря

в) правосторонний нефроптоз

г) киста яичника

д) поясничная дистопия почки

002. 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?

а) солитарная киста почки

б) туберкулез почки

в) гидронефроз справа

г) поликистоз почек

д) аденокарцинома почки

003. 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

а) 1, 2, 5

б) 2, 3, 4

в) 1, 4, 5

г) 2, 4, 5

д) 1, 3,5

004. В клинику в состоянии шока (АД - 70/40 мм рт. ст., тахикардия -120 в минуту, 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?

а) цистоскопия

б) уретрография

в) УЗИ

005. 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

а) 1, 2, 5

б) 1, 2, 4

в) 2, 4, 5

г) 1, 3, 4

д) 3, 4, 5

006. 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?

а) гепатолиенальный синдром

б) опухоль левой почки

в) аденома простаты

г) левосторонний гидронефроз

д) поликистоз почек

007. 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 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?

а) острый аппендицит

б) острый холецистит

в) острый правосторонний необструктивный пиелонефрит (гематогенный)

г) тазовый перитонит

д) острая кишечная непроходимость

008. 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?

а) отслоение нормально расположенной плаценты

б) острый холецистит

в) острый панкреатит

г) острый пиелонефрит беременных

д) внематочная беременность

009. 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?

а) секреторная анурия

б) экскреторная анурия

в) острая задержка мочеиспускания

г) хронический пиелонефрит

д) хроническая почечная недостаточность

010. 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?

а) радиоизотопная ренография

б) урофлоуметрия

в) УЗИ

г) хромоцистоскопия

011. 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?

а) цистография

б) радиоизотопная ренография

в) хромоцистоскопия

г) почечная ангиография

д) УЗИ

012. 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

а) 1, 4

б) 2, 3

в) 3, 4

г) 1, 5

013. 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 в минуту, хорошего наполнения. НЬ - 140 г/л.

Какое исследование Вы изберете для установления диагноза?

а) уретрографию

б) У3И почек и мочевого пузыря

в) цистографию в 2 проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря

г) биохимическое исследование крови

д) ренографию

014. 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?

а) вульвовагинит

б) аднексит

в) простая язва мочевого пузыря

г) острый цистит

д) парацистит

015. 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?

а) трансуретральная резекция аденомы предстательной железы

б) установление постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция

в) периодическая катетеризация мочевого пузыря

г) одномоментная чреспузырная аденомэктомия

д) эпицистостомия

016. У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1N0M0. Больному рекомендовано оперативное лечение.

Выберите оптимальное оперативное вмешательство.

а) билатеральная вазэктомия, эпицистостомия

б) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

в) неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

г) лазерная комиссуротомия и аблация простаты

д) радикальная простатэктомия

017. 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?

а) хронический интерстициальный цистит

б) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью

в) форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертонии

г) опухоль мочевого пузыря

д) опухоль лоханки и мочеточника

018. 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?

а) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

б) неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

в) лазерная комиссуротомия и аблация простаты

г) эпицистостомия

д) программный гемодиализ с предварительным созданием артериовенозной фистулы

019. 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

а) медикаментозная консервативная терапия

б) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

в) неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

г) лазерная комиссуротомия и аблация простаты

д) позадилобковая аденомэктомия по Миллину

020. 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?

а) разрыв почки

б) разрыв мочевого пузыря

в) разрыв уретры

г) повреждение простаты

д) гематома промежности

021. 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?

а) аденома предстательной железы

б) острый простатит

в) опухоль мочевого пузыря

г) камни мочеточника

д) камень уретры

022. 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?

а) левосторонняя мошоночная грыжа

б) опухоль левого яичка

в) лимфэдема мошонки

г) водянка оболочек левого яичка

д) киста придатка левого яичка

023. 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?

а) приапизм

б) кавернит

в) перелом полового члена

г) лимфэдема полового члена

д) парафимоз

024. Больной 18 лёт 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?

а) баланопостит

б) стриктура наружного отверстия уретры

в) фимоз

г) парафимоз

д) камень висячего отдела уретры

025. 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?

а) фуникулит

б) варикоцеле

в) туберкулез придатка яичка

г) перекрут гидатиды Морганьи

д) киста семенного канатика

**Ответы**

001-в 002-в 003-б 004-в 005-г 006-б 007-в 008-г 009-б 010-в

011-г 012-б 013-в 014-г 015-д 016-д 017-г 018-г 019-а 020-в

021-д 022-г 023-д 024-в 025-б

 **Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

 **МОДУЛЬ № 1 УРОЛОГИЯ**

 **Тема: Раздел №1.** **Семиотика и методы диагностики**

**Формы текущего контроля успеваемости**

 **-**Тестирование

 -Устный опрос

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

**Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9».***

**Раздел 1**

**Семиотика и методы диагностики**

Вопрос

1 При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер:

Варианты ответов

1 Ноющих (балл - 0)

2 Тупых (балл - 0)

3 Острых (балл - 0)

4 Приступообразных острых (балл - 9)

5 Постоянных ноющих (балл - 0)

2 При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей:

Варианты ответов

1 поясничная область без иррадиации (балл - 0)

2 подреберье с иррадиацией под лопатку (балл - 0)

3 боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область (балл - 0)

4 паховая область с иррадиацией в бедро (балл - 0)

5 поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы (балл - 9)

3 При остром паренхиматозном простатите боли:

Варианты ответов

1 постоянные ноющие (балл - 0)

2 приступообразные (балл - 0)

3 интенсивные, вплоть до пульсирующих (балл - 9)

4 тупые (балл - 0)

5 острые (балл - 0)

4 При остром паренхиматозном простатите боли локализуются

Варианты ответов

1 над лоном (балл - 0)

2 в поясничной области (балл - 0)

3 в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (балл - 0)

4 в промежности и крестце (балл - 9)

5 в промежности (балл - 0)

5 Дизурия-это:

Варианты ответов

1 частое мочеиспускание (балл - 0)

2 частое, болезненное мочеиспускание (балл - 0)

3 затрудненное мочеиспускание (балл - 0)

4 болезненное мочеиспускание (балл - 0)

5 правильно 2,3 (балл - 9)

6 Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 туберкулеза (балл - 0)

2 ДГ предстательной железы (балл - 0)

3 опухоли почки (балл - 9)

4 цистита (балл - 0)

5 мочекаменной болезни (балл - 0)

7 Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 камня мочеточника (балл - 0)

2 опухоли мочевого пузыря (балл - 0)

3 камня мочевого пузыря (балл - 0)

4 цистита (балл - 0)

5 опухоли мочеточника (балл - 9)

8 Странгурия-это:

Варианты ответов

1 затрудненное мочеиспускание по каплям (балл - 0)

2 мочеиспускание, сопровождающееся болью (балл - 0)

3 частое мочеиспускание (балл - 0)

4 сочетание 1 и 2 (балл - 9)

5 сочетание 2 и 3 (балл - 0)

9 Странгурия встречается при всех перчисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 инородных тел уретры (балл - 0)

2 камня мочевого пузыря (балл - 0)

3 камня мочеточника (балл - 9)

4 острого простатита (балл - 0)

5 ДГ предстательной железы (балл - 0)

10 Странгурия встречается при:

Варианты ответов

1 раке предстательной железы (балл - 0)

2 интерстициальном цистите (балл - 0)

3 выраженном фимозе (балл - 0)

4 частичном повреждении уретры (балл - 0)

5 всем перечисленном (балл - 9)

11 Никтурия-это:

Варианты ответов

1 увеличение количества мочи, выделяемого в ночной период времени (балл - 0)

2 учащение ночного мочеиспускания (балл - 0)

3 перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные (балл - 9)

4 дневная олигурия (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 0)

12 Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 сердечной недостаточности (балл - 0)

2 сахарного диабета (балл - 9)

3 хронической почечной недостаточности (балл - 0)

4 хронического гломерулонефрита (балл - 0)

5 ДГ предстательной железы (балл - 0)

13 Поллакиурия-это:

Варианты ответов

1 увеличение диуреза (балл - 0)

2 учащение мочеиспускания дневного и ночного (балл - 9)

3 учащение ночного мочеиспускания (балл - 0)

4 учащение дневного мочеиспускания (балл - 0)

5 увеличение ночного диуреза (балл - 0)

14 Поллакиурия не встречается при

Варианты ответов

1 цистоцеле (балл - 0)

2 камне верхней трети мочеточника (балл - 9)

3 неврастении (балл - 0)

4 истерии (балл - 0)

5 раке предстательной железы (балл - 0)

15 Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 туберкулеза мочевого пузыря (балл - 0)

2 цисталгии (балл - 0)

3 камня мочевого пузыря (балл - 0)

4 опухоли почки (балл - 9)

5 опухоли мочевого пузыря (балл - 0)

16 Олигурия-это:

Варианты ответов

1 запаздывающее мочеотделение (балл - 0)

2 редкое мочеиспускание (балл - 0)

3 уменьшение количества мочи (балл - 9)

4 увеличение количества мочи (балл - 0)

5 количество мочи менее 300 мл в сутки (балл - 0)

17 Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 микседемы (балл - 0)

2 гломерулонефрита (балл - 0)

3 сердечной недостаточности (балл - 0)

4 опухоли почки (балл - 9)

5 обильной рвоты (балл - 0)

18 Олигурия не встречается при

Варианты ответов

1 сердечной недостаточности (балл - 0)

2 поражении вегетативных центров водно-солевого обмена (балл - 0)

3 остром пиелонефрите (балл - 0)

4 хроническом пиелонефрите (балл - 0)

5 сахарном диабете (балл - 9)

19 Секреторная анурия-это:

Варианты ответов

1 отсутствие мочи в мочевом пузыре (балл - 0)

2 отсутствие выделения мочи почками (балл - 9)

3 отсутствие самостоятельного мочеиспускания (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря (балл - 0)

20 Ренопривная анурия встречается при:

Варианты ответов

1 аплазии почек (балл - 0)

2 отсутствии мочи в первые 24 часа жизни новорожденного (балл - 0)

3 удалении единственной почки (балл - 0)

4 правильно 2 и 3 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

21 Преренальная анурия встречается при:

Варианты ответов

1 сердечной недостаточности (балл - 0)

2 отравлении ядами и лекарственными препаратами (балл - 0)

3 обильных кровопотерях (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 1 и 2 (балл - 0)

22 Ренальная анурия встречается при

Варианты ответов

1 хроническом пиелонефрите (балл - 0)

2 хроническом гломерулонефрите (балл - 0)

3 тромбозе или эмболии почечных сосудов (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

23 Полиурия встречается при:

Варианты ответов

1 острой почечной недостаточности (балл - 0)

2 хронической почечной недостаточности (балл - 0)

3 сахарном диабете (балл - 0)

4 канальцевых нефропатиях (балл - 0)

5 всем перечисленном (балл - 9)

24 Полиурия не встречается при всем перечисленном, кроме:

Варианты ответов

1 после аллотрансплантации почки (балл - 0)

2 при туберкулезе почки (балл - 0)

3 после ликвидации препятствия в мочевых путях (балл - 9)

4 поражениях межуточной доли гипофиза (балл - 0)

5 коралловидного камня почки (балл - 0)

25 Задержка мочеиспусания-это:

Варианты ответов

1 отсутствие выделения мочи почками (балл - 0)

2 невозможность самостоятельного опрожнения мочевого пузыря (балл - 9)

3 отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации (балл - 0)

4 отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении (балл - 0)

5 парадоксальная ишурия (балл - 0)

26 Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

Варианты ответов

1 атрезии наружного отверстия уретры (балл - 0)

2 нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (балл - 0)

3 обтурации мочеточников (балл - 9)

4 ДГ предстательной железы (балл - 0)

5 рака предстательной железы (балл - 0)

27 Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

Варианты ответов

1 рака предстательной железы (балл - 0)

2 острой почечной недостаточности (балл - 9)

3 стриктуры уретры (балл - 0)

4 камня уретры (балл - 0)

5 фимоза (балл - 0)

28 Парадоксальная ишурия-это:

Варианты ответов

1 невозможность самостоятельного мочеиспускания (балл - 0)

2 хроническая задержка мочеиспускания (балл - 0)

3 сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи (балл - 9)

4 недержание мочи (балл - 0)

5 сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи (балл - 0)

29 Неудержание мочи-это:

Варианты ответов

1 непроизвольное выделение мочи без позыва (балл - 0)

2 императивные позывы к мочеиспусканию (балл - 0)

3 непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва (балл - 9)

4 непроизвольное выделение мочи (балл - 0)

5 непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении (балл - 0)

30 Недержание мочи-это

Варианты ответов

1 непроизвольное выделение мочи (балл - 0)

2 непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию (балл - 0)

3 отсутствие позывов к мочеиспусканию (балл - 0)

4 непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию (балл - 9)

5 правильно 1 и 4 (балл - 0)

31 Относительная плотность мочи зависит от:

Варианты ответов

1 функции почечных канальцев (балл - 0)

2 функции почечных клубочков (балл - 0)

3 относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

32 О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче:

Варианты ответов

1 следов (балл - 0)

2 менее 0,03 г/л (балл - 0)

3 более 0,03 г/л (балл - 9)

4 более 0,06 г/л (балл - 0)

5 более 0,09 г/л (балл - 0)

33 Истинная (почечная) протеинурия не встречается при

Варианты ответов

1 гломерулонефрите (балл - 0)

2 опухоли почки (балл - 0)

3 нефрозе (балл - 0)

4 мочекаменной болезни (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

34 Истинная (почечная) протеинурия встречается:

Варианты ответов

1 при нефропатии беременных (балл - 0)

2 при амилоидозе почек (балл - 0)

3 у новорожденных (балл - 0)

4 у подростков (балл - 0)

5 во всех перечисленных случаях (балл - 9)

35 Ложная протеинурия не характерна для:

Варианты ответов

1 туберкулеза почки (балл - 0)

2 пиелонефрита (балл - 0)

3 опухоли почки (балл - 0)

4 гломерулонефрита (балл - 9)

5 правильно 2 и 4 (балл - 0)

36 Ложная протеинурия характерна для:

Варианты ответов

1 опухоли мочевого пузыря (балл - 0)

2 мочекаменной болезни (балл - 0)

3 форникального кровотечения (балл - 0)

4 всего перечисленного (балл - 9)

5 только 2 и 3 (балл - 0)

37 Гематурия - это:

Варианты ответов

1 наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина (балл - 0)

2 выделение крови из мочеиспускательного канала (балл - 0)

3 выделение крови с мочой (балл - 9)

4 наличие в моче порфирина (балл - 0)

5 эритроцитурия (балл - 0)

38 Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 камней или опухоли шейки мочевого пузыря (балл - 0)

2 варикозного расширении вен в области шейки мочевого пузыря (балл - 0)

3 хронического гломерулонефрита (балл - 9)

4 колликулита (балл - 0)

5 острого цистита (балл - 0)

39 Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Варианты ответов

1 хронического уретрита (балл - 0)

2 ДГ простаты и камня мочевого пузыря (балл - 9)

3 опухоли уретры (балл - 0)

4 травмы уретры (балл - 0)

40 О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в поле зрения микроскопа:

Варианты ответов

1 более 2 (балл - 0)

2 более 4 (балл - 9)

3 более 6 (балл - 0)

4 более 8 (балл - 0)

5 более 10 (балл - 0)

41 О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в мл мочи:

Варианты ответов

1 более 500 (балл - 0)

2 более 1000 (балл - 0)

3 более 2000 (балл - 0)

4 более 4000 (балл - 9)

5 более 6000 (балл - 0)

42 Хилурия встречается при всех перечисленных заболеваниях,кроме:

Варианты ответов

1 филяриатоза (балл - 0)

2 опухоли мочевого пузыря и шистосомоза (балл - 0)

3 туберкулеза (балл - 9)

4 опухоли почки (балл - 0)

43 Пневматурия встречается при:

Варианты ответов

1 почечно-кишечных свищах (балл - 0)

2 пузырно-влагалищных свищах (балл - 0)

3 пузырно-кишечных свищах (балл - 0)

4 воспалительном процессе в почке, вызванном газообразующей флорой (балл - 0)

5 всем перечисленном (балл - 9)

44 Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря:

Варианты ответов

1 Острый уретрит, простатит и эпидидимит (балл - 0)

2 хронический простатит и стриктура уретры (балл - 0)

3 внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря (балл - 0)

4 свежее повреждение уретры (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

45 Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перчисленные,кроме:

Варианты ответов

1 раздельное получение мочи из каждой почки (балл - 0)

2 проведение ретроградной пиелографии и уретерографии (балл - 0)

3 обтурационной анурии (балл - 0)

4 дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии (балл - 0)

5 секреторной анурии (балл - 9)

46 Осложнениями катетеризции мочеточников являются:

Варианты ответов

1 перфорация мочеточника (балл - 0)

2 перфорация лоханки (балл - 0)

3 обострение мочевой инфекции (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

47 Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая

Варианты ответов

1 уретральную лихорадку (балл - 0)

2 острый простатит и эпидидимит (балл - 0)

3 уретроррагию (балл - 0)

4 форникальное кровотечение (балл - 9)

48 Противопоказаниями к бужированию уретры являются все перечисленные, кроме

Варианты ответов

1 ДГ предстательной железы (балл - 0)

2 острого эпидидимита (балл - 0)

3 острого цистита и простатита (балл - 0)

4 хронического простатита и цистита (балл - 9)

5 острого уретрита (балл - 0)

49 Для проведения цистоскопии необходимо:

Варианты ответов

1 проходимость уретры (балл - 0)

2 емкость мочевого пузыря более 75 мл (балл - 0)

3 прозрачная среда в полости мочевого пузыря (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

50 Показаниями к уретроскопии являются:

Варианты ответов

1 хронические воспалительные заболевания уретры (балл - 0)

2 опухоли уретры (балл - 0)

3 колликулит (балл - 0)

4 правильно 1и 2 (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

51 Сухая уретроскопия применяется для осмотра:

Варианты ответов

1 передней части уретры (балл - 0)

2 задней уретры (балл - 0)

3 семенного бугорка (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 правильно все (балл - 9)

52 Ирригационная уретроскопия применяется для осмотра:

Варианты ответов

1 передней части уретры (балл - 0)

2 задней уретры (балл - 0)

3 семенного бугорка (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

53 Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются:

Варианты ответов

1 острый цистит, уретрит (балл - 0)

2 коллапс (балл - 0)

3 шок (балл - 0)

4 острый простатит (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

54 Противопоказаниями к хромоцистоскопии является все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 острая почечная недостаточность (балл - 0)

2 хронический простатит (балл - 9)

3 хроническая почечная недостаточность (балл - 0)

4 почечно-печеночная недостаточность (балл - 0)

5 емкость мочевого пузыря менее 50мл (балл - 0)

55 Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через:

Варианты ответов

1 15-20 мин (балл - 0)

2 12-15мин (балл - 0)

3 3-5 мин (балл - 9)

4 1-2 мин (балл - 0)

5 10-12 мин (балл - 0)

56 Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутримышечном введении через:

Варианты ответов

1 3-5 мин (балл - 0)

2 5-7 мин (балл - 0)

3 7-8 мин (балл - 0)

4 10-15 мин (балл - 9)

5 20-25 мин (балл - 0)

57 Положительный симптом диафаноскопии характерен для

Варианты ответов

1 опухоли яичка (балл - 0)

2 острого орхоэпидидимита (балл - 0)

3 водянки оболочек яичка (балл - 9)

4 пахово-мошоночной грыжи (балл - 0)

5 хронического эпидидимита (балл - 0)

58 Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 стриктуры уретры, клапана уретры (балл - 0)

2 ДГ предстательной железы (балл - 0)

3 рака предстательной железы (балл - 9)

4 острого простатита (балл - 0)

5 нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (балл - 0)

59 На характер урофлоурограммы влияет:

Варианты ответов

1 функциональное состояние детрузора (балл - 0)

2 нарушение проходимости уретры (балл - 0)

3 нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

60 Урофлоуметрия нецелесообразна при:

Варианты ответов

1 экстрофии мочевого пузыря (балл - 0)

2 пузырно -влагалищном свище, пузырно-ректальном свище (балл - 0)

3 наличии цистостомы (балл - 0)

4 всем перечисленном (балл - 9)

5 только 1 и 2 (балл - 0)

61 Максимальная объемная скорость тока мочи в норме равна:

Варианты ответов

1 4-5 мл/сек (балл - 0)

2 6-8 мл/сек (балл - 0)

3 9-10 мл/сек (балл - 0)

4 15-45 мл/сек (балл - 9)

5 60-70 мл/сек (балл - 0)

62 Внутрипузырное давление в норме при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл жидкости равно:

Варианты ответов

1 до 5 см вод.ст (балл - 0)

2 до 10 см вод.ст. (балл - 0)

3 15-20 см вод.ст. (балл - 0)

4 20-25 см вод.ст. (балл - 0)

5 30-40 см вод.ст (балл - 9)

63 Наличие клеток Штернгаймера-Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для :

Варианты ответов

1 острого гломерулонефрита (балл - 0)

2 хронического гломерулонефрита (балл - 0)

3 острого пиелонефрита (балл - 9)

4 хроничекого пиелонефрита в стадии ремиссии (балл - 0)

5 туберкулеза почек (балл - 0)

64 В секрете предстательной железы в норме содержатся:

Варианты ответов

1 лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты (балл - 0)

2 макрофаги и амилоидные тельца (балл - 0)

3 лецитиновые зерна (балл - 0)

4 эпителиальные и гигантские клетки (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

65 Содержание фруктозы в эякуляте равно:

Варианты ответов

1 2,0 ммоль/л (балл - 0)

2 5,0 ммоль/л (балл - 0)

3 10, 0 ммоль/л (балл - 0)

4 13,0 ммоль/л и более (балл - 9)

66 При в введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме:

Варианты ответов

1 головной боли и головокружения (балл - 0)

2 ощущения жара (балл - 0)

3 металлического вкуса во рту (балл - 0)

4 макрогематурии (балл - 9)

5 падения АД в пределах 20мм рт.ст., шока (балл - 0)

67 К осложнениям при введении рентгеноконтрастных веществ относятся все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 аллергических проявлений (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм, кашель) (балл - 0)

2 анафилактического шока (балл - 0)

3 отслоения сетчатки глаза (балл - 9)

4 коллапса, острой почечной недостаточности (балл - 0)

5 острой печеночной недостаточности (балл - 0)

68 Первая помощь при аллергических реакциях:

Варианты ответов

1 глюкокортикоиды (балл - 0)

2 тиосульфат натрия (балл - 0)

3 супрастин (балл - 9)

4 10% раствор хлористого кальция (балл - 0)

5 лазикс (балл - 0)

69 При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря неоходимо произвести:

Варианты ответов

1 нисходящую цистографию (балл - 0)

2 восходящую цистографию в прямой проекции (балл - 9)

3 восходящую цистографию в боковой проекции (балл - 0)

4 УЗИ (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 0)

70 Показаниями к антеградной пиелографии являются все перечисленные,кроме:

Варианты ответов

1 гидронефроза с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента (балл - 0)

2 туберкулеза почки, мочеточника, мочевого пузыря (балл - 0)

3 стриктуры мочеточника (балл - 0)

4 опухоли почки (балл - 9)

71 Показаниями к антеградной пиелографии являются:

Варианты ответов

1 камень или опухоль мочеточника с блокадой почки (балл - 0)

2 проверка правильности нахождения нефростомы (балл - 0)

3 определение проходимости верхних мочевых путей (балл - 0)

4 все перечисленное (балл - 9)

5 ничего из перечисленного (балл - 0)

72 Показаниями к ретроградной уретеропиелографии являются:

Варианты ответов

1 уратный камень почки или мочеточника (балл - 0)

2 папиллярная опухоль лоханки почки (балл - 0)

3 туберкулез почки (балл - 0)

4 все перечисленное (балл - 9)

5 только 1 и 2 (балл - 0)

73 Осложнениями ретроградной пиелоуретерографии являются:

Варианты ответов

1 перфорация почки и мочеточника (балл - 0)

2 острый пиелонефрит, острый простатит (балл - 0)

3 острая почечная недостаточность (балл - 0)

4 забрюшинная флегмона (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

74 Показанием к везикулографии является, все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 подозрения на опухоль семенных пузырьков (балл - 0)

2 рака предстательной железы (балл - 0)

3 туберкулеза семенных пузырьков и предстательной железы (балл - 0)

4 опухоли дна и шейки мочевого пузыря (балл - 0)

5 опухоли яичка (балл - 9)

75 При интерпретации везикулограмм следует учитывать:

Варианты ответов

1 строение семенных пузырьков (балл - 0)

2 высоту расположения семенных пузырьков (балл - 0)

3 угол между семенными пузырьками (балл - 0)

4 только 1 и 2 (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

76 Показаниями к эпидидимографии являются:

Варианты ответов

1 бесплодие (балл - 0)

2 туберкулез придатка яичка, (балл - 0)

3 опухоль яичка (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

77 К осложнениям чрескожной катетеризации аорты по Сельдингеру относятся:

Варианты ответов

1 кровотечение и гематомы (балл - 0)

2 тромбоз и эмболия артерий (балл - 0)

3 введение контрастного вещества под интиму (балл - 0)

4 перфорация аорты или артерий проводником или катетером, развитие артериовенозного свища (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

78 К осложнениям чрескожной катетеризации аорты по Сельдингеру относятся:

Варианты ответов

1 отрыв гибкого конца проводника (балл - 0)

2 повреждение грудного лимфатического протока (балл - 0)

3 ранение кишечника или почки (балл - 0)

4 спазм бедренной артерии (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

79 Показаниями к венокаваграфии являются:

Варианты ответов

1 оценка состояния нижней полой вены (смещение, компрессия, тромбоз, прорастание при опухолях почки, забрюшинного пространства) (балл - 0)

2 диагностика ретрокавального мочеточника (балл - 0)

3 диагностика рака мочевого пузыря и предстательной железы (балл - 0)

4 выяснение характера изменений в надпочечниках ( опухоль, гиперплазия, метастазы) (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

80 Одним из возможных осложнений пункции бедренной артерии является кровотечение, тазовая гематома. Профилактикой указанного осложнения является:

Варианты ответов

1 пункция бедренной артерии на 2-3 см ниже пупартовой связки (балл - 0)

2 пункция артерии на уровне пупартовой связки (балл - 0)

3 введение иглы под углом 45 градусов к коже бедра (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

81 При тазовой флебографии контрастное вещество преимущественно вводят:

Варианты ответов

1 в бедренную вену (балл - 0)

2 в большую подкожную вену (балл - 0)

3 в лобковые кости (балл - 0)

4 в глубокую и поверхностную вены полового члена (балл - 9)

5 в подвздошные кости (балл - 0)

82 Вещество,вводимое для радиоиндикации того или иного органа человека, принято называть:

Варианты ответов

1 радиоактивный препарат (балл - 0)

2 радиофармпрепарат (балл - 0)

3 меченые соединения (балл - 9)

4 изотопный препарат (балл - 0)

5 короткоживущий препарат (балл - 0)

83 Для подготовки больных с целью радиоизотопных исследований применяется:

Варианты ответов

1 очистительная клизма (балл - 0)

2 сухоедение (балл - 0)

3 обычный питьевой и пищевой режим (балл - 9)

4 введение пробной дозы препарата (балл - 0)

5 голод накануне исследования (балл - 0)

84 Транспорт применяемого для ренографии йод-131 гиппурана происходит, в основном, за счет:

Варианты ответов

1 клубочковой фильтрации (балл - 0)

2 канальцевой секреции (балл - 9)

3 перехода в экстрацеллюлярное пространство (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 0)

85 Противопоказаниями для проведения ренографии являются:

Варианты ответов

1 индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ (балл - 0)

2 практически нет противопоказаний (балл - 9)

3 почечная недостаточность (балл - 0)

4 печеночная недостаточность (балл - 0)

5 гипертиреодизм (балл - 0)

86 Радиозотопная ренография в диагностике заболеваний органов мочевой системы является:

Варианты ответов

1 скрининг -тестом (балл - 0)

2 основным методом диагностики (балл - 0)

3 методом динамического контроля (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

87 Применение сканирования почек с короткоживущими изотопами у беременных целесообразно:

Варианты ответов

1 для выявления опухолевого процесса в почке (балл - 0)

2 для выявления нарушений секреторной функции почек (балл - 0)

3 для выявления нарушений экскреторной функции почек (балл - 0)

4 правильно 2 и 3 (балл - 0)

5 нецелесообразно ни в одном случае (балл - 9)

88 Ультразвуковые признаки простой кисты почки

Варианты ответов

1 объемное образование округлой формы (балл - 0)

2 объемное образование округлой формы гипоэхогенной структуры (балл - 0)

3 солидное (тканевое) образование округлой формы (балл - 0)

4 солидное образование округлой формы с ровными контурами (балл - 0)

5 объемное образование округлой формы, гипоэхогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала (балл - 9)

89 Ультразвуковые признаки рака почки:

Варианты ответов

1 объемное образование округлой формы (балл - 0)

2 объемное образование овоидной формы (балл - 0)

3 тонкостенное объемное образование гипоэхогенной стуктуры (балл - 0)

4 объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры (балл - 9)

5 гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм (балл - 0)

90 При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, продольный размер которого составляет:

Варианты ответов

1 2-4 см (балл - 0)

2 5-6 см (балл - 0)

3 7-9 см (балл - 0)

4 10-12 см (балл - 9)

5 20-30 см (балл - 0)

91 При ультразвуковом сканировании почки определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которых составляет:

Варианты ответов

1 3,5-4,8 см (балл - 0)

2 4,5-6,5 см (балл - 9)

3 6,5-7,5 см (балл - 0)

4 7,5-8,5 см (балл - 0)

5 все верно (балл - 0)

92 Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна:

Варианты ответов

1 во всех случаях (балл - 0)

2 никогда (балл - 0)

3 если они не расширены (балл - 0)

4 если они содержат мочу (балл - 9)

5 правильно 3 и 4 (балл - 0)

93 Изображение чашечно-лоханочного комплекса при ультразвуковом сканировании имеет вид:

Варианты ответов

1 треугольной формы (балл - 0)

2 зоны повышенной эхогенности (балл - 0)

3 правильно 1 и 2 (балл - 0)

4 овоидной формы (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

94 Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна:

Варианты ответов

1 0,8-1,0 см (балл - 0)

2 1,0-1,2 см (балл - 0)

3 1,0-1,6 см (балл - 0)

4 1,8-1,9 см (балл - 9)

5 1,5-3,2 см (балл - 0)

95 Надпочечники при ультразвуковом сканировании определяются в виде:

Варианты ответов

1 эхонегативных образований (балл - 0)

2 эхопозитивных образований (балл - 0)

3 треугольной формы (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 0)

5 правильно 2 и 3 (балл - 9)

96 Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде:

Варианты ответов

1 эхонегативного образования (балл - 0)

2 эхопозитивного образования (балл - 9)

3 не определяется (балл - 0)

4 правильно 2 и 3 (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 0)

97 Средний разер семенного пузырька при УЗ сканировании составляет:

Варианты ответов

1 6 х 2 см (балл - 0)

2 3,5 х 1,0 см (балл - 9)

3 2 х 1,5 см (балл - 0)

4 4 х 2 см (балл - 0)

5 5 х3 см (балл - 0)

98 Ультразвуковое сканирование позволяет выявить оксалатные камни чашечек диаметром 1 см:

Варианты ответов

1 не позволяет (балл - 0)

2 менее половины случаев (балл - 0)

3 более половины случаев (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 9)

**Вопросы для устного опроса**

* + - 1. Симптомы урологиче6ских заболеваний.
			2. Локализация болей.
			3. Количественные изменения мочи.
			4. Качественные изменения мочи.
			5. Количественные изменения расстройств мочеиспускания.
			6. Качественные изменения расстройств мочеиспускания.
			7. Разновидности гематурии.
			8. Качественные изменения спермы.
			9. Анатомия и физиология органов мочеполовой системы.
			10. Урологические инструменты и их назначение.
			11. Виды катетеров ,применяемых в урологии.
			12. Показания и противопоказания к катетеризации мочевого пузыря.
			13. Методика выполнения катетеризации мочевого пузыря у мужчин, женщин.
			14. Эндоскопические методы исследования: уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, уретероскопия, пиелоскопия, их лечебное и диагностическое значение.
			15. Роль катетеризации мочевого пузыря в дифференциальной диагностике анурии и ишурии.
			16. Цистоскопия, показания, условия выполнения.
			17. Хромоцистоскопия, ее клиническое значение.
			18. Катетеризация мочеточников.
			19. Роль инструментальных методов исследования при остром пиелонефрите.
			20. Роль катетеризации мочеточников в лечении острого пиелонефрита беременных.
			21. Хромоцистоскопия при пионефрозе.
			22. Роль инструментальных методов исследований в диагностике туберкулеза мочевой системы.
			23. Роль хромоцистоскопии в диагностике мочекаменной болезни.
			24. Роль цистоскопии при опухолях мочевого пузыря.
			25. Ошибки и осложнения при проведении трансуретральных методов исследования, манипуляций.
			26. Биопсия мочевого пузыря: показания, значение.
			27. Пункционная биопсия предстательной железы: показания, значение.
			28. Рентгенанатомия мочевой системы.
			29. Последовательность рентгенологического исследования при подозрении на заболевание почек и мочевого пузыря.
			30. Диагностические возможности обзорной урографии и рентгенконтрастных методов исследования.
			31. Современные рентгеноконтрастные препараты, применяемые для изображения мочевых путей (урография).
			32. Показания и противопоказания к различным методам контрастного исследования мочевой системы.
			33. Показания к современным радиоизотопным и ультразвуковым методам исследования органов мочеполовой системы и их диагностические возможности.
			34. Значение обзорной рентгенографии почек и мочевых путей в диагностике урологических заболеваний.
			35. Рецепты на современные рентгеноконтрастные препараты, применяемые в урологии.
			36. Как производится экскреторная урография и какова ее роль в дополнительном обследовании урологического больного?
			37. Побочные реакции и осложнения экскреторной урографии, оказание первой помощи, противопоказания к этому виду рентгенологического исследования.
			38. Показания к ретроградной уретеропиелографии, методика выполнения, опасности и возможности осложнений.
			39. Нисходящая и восходящая цистография, уретрография, методика выполнения., значение в диагностике урологических заболеваний.
			40. Обзорная аортография, селективные методы исследования почечных артерий. Значение для диагностики.
			41. Диагностические возможности радиоизотопных методов исследования.
			42. Значение эхографии в диагностике урологических заболеваний.
			43. Компьютерная томография в диагностике урологических заболеваний.

**Прочие методы диагностики**

**(лабораторные, функциональные, гормональные и прочие).**

Лабораторная диагностика, исследования крови, мочи, секрета простаты, спермы. Изменения качественного состава мочи. Изменения цвета под влиянием лекарств и пищевых продуктов, причины помутнения мочи (дифференциальная диагностика уратурии и фосфатурии), примесь слизи. Пиурия (бактериальная и асептическая), бактериурия. Протеинурия, Гематурия. Гемоглобинурия, миоглобинурия, хилурия, липурия, пневматурия, глюкозурия, гиперурикемия и урикозурия, сперматурия. Выделения из уретры, уретроррагия, простаторея, сперматорея. Лабораторные признаки воспалительных, новообразовательных процессов, оценка функционального состояния почек и половых органов. Значение лабораторных исследований в диагностике, выборе лечебной тактики и оценке эффективности лечения.

1. Определение понятия «Функциональная диагностика».
2. Методы функциональной диагностики, которые могут быть использованы в предоперационном периоде с целью уточнения степени изменений в органе, пораженном патологическим процессом, определения его резервных возможностей, а в случае парных органов - состояния контралатерального органа.
3. Определение объема функциональных диагностических исследований, от чего он зависит, каковы причины его возможного расширения или ограничения?
4. Оценка повышения уровня азотистых шлаков в сыворотке крови при односторонней окклюзии и в ближайшие часы после почечной колики.
5. Необходимость, при наличии нефростомы, раздельного исследования удельной плотности мочи, экскреции азотистых шлаков, электролитов в динамике.
6. Функциональная значимость ультразвуковых исследований почек и мочевых путей.
7. Оценка отсутствия выделения почкой рентгенконтрастного вещества при экскреторной урографии.
8. Необходимость при окклюзии мочеточника и «молчащей» почке выполнения отсроченного рентгеновского снимка спустя 18-24 часа после введения рентгенконтрастного вещества.
9. Проведение эндоскопических исследований для оценки функционального состояния мочевых путей, каковы показания к этому?
10. Сопоставление результатов морфологического исследования органа с функциональными тестами; дает ли оно более полную оценку функционального состояния пораженного органа?
11. Методы функциональной диагностики, используемые непосредственно в ходе оперативного вмешательства?

Уродинамические методы диагностики. Уродинамические исследования функции проксимального отдела экстраренальных мочевых путей. Цистометрия, профилометрия уретры, исследования “давление-поток”, урофлоуметрия. Понятие инфравезикальной обструкции, нейрогенные расстройства функции мочевых путей. Эхоуродинамические исследования нижних мочевых путей.

Гормональные исследования в урологии. Значение определения ПСА.

 **Типовые ситуационные задачи**

**Симптоматология**

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 выявлена микрогематурия, уратурия.

О каком заболевании могут свидетельствовать указанные симптомы?

Ответ: У больной – почечная колика справа. Последовательность появления боли и гематурии, кристаллурия позволяют прежде всего думать о мочекаменной болезни, уратном камне почки или мочеточника справа.

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?

Ответ: У больного парадоксальная ишурия (недержание мочи при переполненном мочевом пузыре). Учитывая возраст, постепенное прогрессирование заболевания, следует думать об опухоли предстательной железы (аденома и рак простаты).

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?

Ответ: Для установления источника лейкоцитурии (равно как и гематурии) наиболее простым и довольно информативным методом исследования является трехстаканная проба.

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?

Ответ: Бурый цвет спермы характерен для хронического везикулита, хотя гемоспермия может быть и следствием новообразовательных процессов в простатической уретре. Необходимо пальцевое исследование простаты, семенных пузырьков, исследование секрета простаты, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты. Возможно потребуется и инструментальное исследование - уретроскопия.

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?

Ответ: затрудненное, учащенное, особенно по ночам мочеиспускание, выделение мочи тонкой струей, увеличение размеров простаты, наличие остаточной мочи — характерные признаки аденомы простаты. Вместе с тем микрогематурия и двукратная макрогематурия требуют установления их источника, т.е. дополнительного обследования.

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?

Ответ: нефроптоз справа, нефрогенная гипертензия. Для уточнения диагноза показана экскреторная урография, аортография в горизонтальном и вертикальном положении тела больной.

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?

Ответ: Следует думать о подвздошной дистопии почки. Во избежание диагностической ошибки произвести обзорную и экскреторную урографию с кольцом.

8. 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, эритроцитов – 0-1, лейкоцитов 12-15 в поле зрения.

Обоснуйте предварительный диагноз и последовательность дополнительных методов исследования с целью установления окончательного диагноза.

Ответ: Жалобы больной, гипертензия, пальпация обеих увеличенных почек, низкая плотность мочи, лейкоцитурия дают основание предположить поликистоз почек, осложненный хроническим пиелонефритом и ХПН. Для уточнения диагноза необходимо произвести общий анализ крови, исследование функциональной способности почек – пробу Зимницкого, содержание в сыворотке крови мочевины, остаточного азота, креатинина, КЩР (бикарбонаты). Показаны также радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования. При установлении терминальной стадии ХПН экскреторная урография противопоказана.

9. 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.

Ответ: У больного анурия. По-видимому, постренальная, калькулёзная. Необходимо срочно определить содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови, произвести обзорную урографию, двустороннюю катетеризацию мочеточников с диагностической и лечебной целью. При отсутствии выраженной азотемии показана экскреторная урография. В случае неэффективности катетеризации при подтверждении диагноза – нефростомия или ЧПНС справа. Последующая тактика лечения зависит от расположения и размеров конкрементов, степени патологических изменений в обеих почках.

10. 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, плотно - эластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 29,9 ммоль/л.

Ваш предположительный диагноз? Лечебные рекомендации?

Ответ: Непроизвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для аденомы простаты III стадии. Этой стадии сопутствуют явления почечной недостаточности, анемия, электролитные нарушения, интоксикация, что проявляется у данного больного общей слабостью, тошнотой, головными болями. Больному показана цистостомия с последующей дезинтоксикационной терапией, коррекция электролитных нарушений и подготовка ко II этапу аденомэктомии.

11. 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?

Ответ: Учитывая пожилой возраст больного, затрудненное мочеиспускание слабой струей, каменистую консистенцию правой доли предстательной железы можно думать о злокачественной опухоли предстательной железы. Для уточнения диагноза необходимы определение общего и свободного ПСА, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, исследование секрета предстательной железы на атипичные клетки, обзорный снимок костей таза, экскреторная урография с нисходящей цистографией для уточнения состояния верхних мочевых путей и степени прорастания опухоли в просвет пузыря. И, наконец, самым достоверным методом диагностики опухоли является биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем с последующим гистологическим исследованием полученных тканей.

12. Мать жалуется, что ребенок 5-ти 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?

Ответ: У ребенка энурез, который чаще наблюдается у мальчиков. Причинами его возникновения являются: а) нарушение нервно-мышечного равновесия между иннервацией и сокращением детрузора; б) патологические изменения мочеполового тракта; в) эмоциональное и психическое расстройство.

13. 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?

Ответ: У больной относительное недержание мочи при физическом напряжении. В отличие от неудержания мочи, недержание с позывом к акту мочеиспускания не связано.

 **Инструментальные методы диагностики**

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?

Ответ: Тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частой причиной тотальной гематурии являются опухоли мочевой системы, простаты. Гематурия, раз возникнув, может в последующем не повторяться. Поэтому в момент гематурии крайне важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выяснения источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия по срочным показаниям.

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?

Ответ: Заболевание необходимо дифференцировать между правосторонней почечной коликой и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Слабовыраженные симптомы раздражения брюшины могут быть следствием пареза кишечника и являться признаками перитонизма. Срочное обследование должно включать общие анализы мочи, крови, обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек и органов брюшной полости.

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 квадрате. 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?

Ответ: Беспокойное поведение больной, иррадиация боли, частые порывы к акту мочеиспускания, отсутствие симптомов раздражения брюшины, микрогематурия дают основание считать, что у больной почечная колика, вызванная, по-видимому, конкрементом правого мочеточника. Клиническая картина для аппендицита не характерна. Для уточнения диагноза в подобных случаях производят хромоцистоскопию, а также рентгенисследование — обзорную и экскреторную урографию.

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 не прерывистая. Периодически отмечается тотальная или терминальная гематурия.

Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте план обследования и лечения больного в случае его подтверждения.

Ответ: У больного мочекаменная болезнь. Камень мочевого пузыря почечного происхождения, так как в анамнезе отмечались приступы левосторонней почечной колики. Для установления окончательного диагноза необходимо произвести обзорную и экскреторную урографию. Диагноз можно подтвердить также путем цистоскопии и ультразвукового исследования. При отсутствии другой патологии в органах мочевой системы показана цистолитотрипсия.

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 0,8\*0,6 см.

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести,чтобы установить характер выявленной тени?

Ответ: Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выявить, имеет ли отношение данная тень к мочеточнику, который при обтурирующем камне расширен выше места препятствия - «симптом указательного пальца» (Лихтенберга). В связи с нарушением функции почки контрастное вещество появляется в лоханочно-чашечной системе и мочеточнике позже, чем с противоположной стороны. При нечетких данных экскреторной урографии показана катетеризация правого мочеточника с обзорной урографией в двух проекциях. При всё же неясности диагноза может быть произведена ретроградная уретеропиелография тоже в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью катетера или контрастированного мочеточника на обоих снимках явится достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

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?

Ответ: Дизурия и макрогематурия с бесформенными сгустками крови наиболее характерны для опухоли мочевого пузыря. Необходимо произвести УЗИ мочевого пузыря, цистоскопию.

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?

Ответ: Тотальная гематурия является абсолютным показанием для проведения экстренной цистоскопии. Экстренность обусловлена тем, что гематурия, раз возникнув, может вскоре прекратиться. Цель исследования — установление источника кровотечения.

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 – 36.9С, 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?

Ответ: Внезапное начало острой боли в поясничной области и дизурия характерны для почечной колики. В то же время локальная боль в правой подвздошной области не исключает возможности наличия острого аппендицита. Необходимо провести общий анализ крови и мочи.При остром аппендиците характерен нарастающий лейкоцитоз,сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализе мочи при почечной колике, как правило, отмечается увеличенное количество в осадке эритроцитов и лейкоцитов (эритроцитурия и лейкоцитурия). С дифференциально-диагностической целью показаны обзорная урография, хромоцистоскопия, УЗИ почек.

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 0,8 \* 0,4 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?

Ответ: почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрипочечного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутрипочечного давления позволит купировать приступ почечной колики.

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 0,5 \* 0,4 см. — какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Ответ: так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным. Назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной. Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серозная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии. Более оптимальным вариантом является производство ЧПНС слева с последующей уретеролитоэкстракцией или – трипсией.

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?

Ответ: можно предполагать камень мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразны пальцевое ректальное исследование, УЗИ, цистоскопия и рентгенография таза. Они позволят выявить рентгенопозитивный или рентгенонегативный конкремент, установить наличие гиперплазии простаты или другое препятствие к оттоку мочи. При обнаружении камня мочевого пузыря показана цистолитотрипсия, при сочетании его с гиперплазией простаты или склерозом шейки мочевого пузыря — цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, так как эти заболевания, вызывая затруднение мочеиспускания, способствуют камнеобразованию.

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?

Ответ: почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника; на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен ренгенпозитивный конкремент; при хромоцистоскопии будет запаздывание или отсутствие выделения раствора индигокармина из устья правого мочеточника. Необходима экскреторная урография. При подтверждении диагноза показаны горячая ванна, внутривенное или внутримышечное введение 5 мл баралгина, блокада по Лорин-Эпштейну. Не исключена необходимость катетеризации лоханки правой почки.

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 1,5\*1,0 см. Предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

— ваш предположительный диагноз?

— какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

— какую терапию предлагаете?

Ответ: острый обтурационный левосторонний калькулезный пиелонефрит. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ почек, обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография. При подтверждении диагноза показана срочная операция — уретеролитотомия, декапсуляция почки, нефростомия слева с последующей противовоспалительной терапией. Эндоскопические операции (ЧПНС с последующей чрескожной уретеролитотрипсией) опасны в силу давности заболевания и необходимости ревизии левой почки.

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 рентгенобследование. На обзорной урограмме справа на уровне V поясничного позвонка имеется тень размерами 0,5×0,3 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.

Ответ: Мочекаменная болезнь, камень правого мочеточника. Принимая во внимание небольшие размеры камня, лечение должно быть консервативным, направленным на отхождение конкремента: усиленный питьевой режим, «водные удары», отвары мочегонных трав, спазмолитические средства, ависан, цистенал, уролесан, электростимуляция мочеточника, ЛФК. В случае неотхождения конкремента – уретеролитоэкстракция, либо контактная уретеролитотрипсия.

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?

Ответ: Необходимо произвести цистоскопию, так как причиной гематурии может быть патология мочевого пузыря (камень, опухоль). Рентгенологическое исследование должно включать экскреторную урографию, при необходимости – ретроградную уретеропиелографию с кислородом (пневмопиелографию). Радиоизотопные методы исследования дадут представление о раздельной функции почек. УЗИ почек позволит установить локализацию и размеры конкремента.

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 ренограмме: справа – васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева – «немая» почка.

Какова лечебная тактика?

Ответ: У больной выявлен коралловидный камень нефункционирующей левой почки, калькулёзный пионефроз. Функция правой почки не нарушена. Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.

17. Больная перенесла пиелолитотомию по поводу уратного камня правой почки. Какие рекомендации по профилактике рецидива мочекаменной болезни необходимо дать больной?

Ответ: Камни из мочевой кислоты и её солей образуются при кислой реакции мочи. Больной необходимо ограничить употребление мяса и рекомендовать молочно-растительную диету, периодический приём терпенов, увеличение приёма жидкости, применение мочегонных трав, санаторно-курортное лечение на курортах со щёлочными источниками (типа Боржоми). Показан курс канефрона Н в течение двух месяцев.

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 покушала 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?

Ответ: У больной ОПН, анурическая стадия. Приступы почечной колики в анамнезе могут быть обусловлены мочекаменной болезнью и постренальным характером анурии. Вместе с тем, развитие анурии после употребления грибов наводит на мысль о нефротоксикозе и ренальной анурии. Для установления характера последней показана двусторонняя катетеризация лоханок. При проходимости мочеточников и отсутствии поступления мочи по катетерам анурию следует считать ренальной. В таком случае больную следует направить в отделение искусственной почки для гемодиализа. В случае постренальной анурии и проведения мочеточниковых катетеров выше места обструкции, пассажа мочи по катетерам, их следует оставить на несколько дней или произвести нефростомию.

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°, 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 12000. 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?

Ответ: Развитие заболевания, данные объективного, лабораторного, рентгенологического исследования не позволяют с уверенностью установить диагноз. Дифференциальный диагноз следует проводить между острым аппендицитом (за что свидетельствуют боли в подвздошной области, повышение температуры до 37,8°, однократная рвота, напряжение мышц в правой подвздошной области, , лейкоцитоз 12000) и почечной коликой (в пользу, которой указывают дизурия, положительный симптом Пастернацкого и эритроцитурия). Для исключения или подтверждения диагноза почечной колики больной следует произвести хромоцистоскопию. Если индигокармин будет выделяться из устьев мочеточников через 4-6 минут, диагноз почечной колики следует отвергнуть. При задержке или отсутствии выделения индигокармина из устья правого мочеточника устанавливается диагноз почечной колики и проводятся дальнейшие диагностические процедуры для установления причины

**Рентгенологические методы диагностики. УЗИ диагностика. Радиоизотопные методы диагностики**

1. Больной 30 лет поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления до 190/120 мм рт. ст., болен после ушиба поясничной области. В течение года безуспешно лечился в терапевтическом стационаре. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, напряженный. Тоны сердца глухие. Акцент второго тона на аорте. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При аускультации в проекции почечных сосудов на передней стенке живота - грубый систолический шум. Дизурии нет.

— ваш предварительный диагноз?

— какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

Ответ: молодой возраст больного, высокие цифры артериального давления, небольшая разница между систолическим и диастолическим давлениями, заболевание, связанное с ушибом поясничной области (возможно, периренальная гематома с последующей организацией и склерозированием паранефральной клетчатки), безуспешность гипотензивной терапии позволяют предположить нефрогенную артериальную гипертонию. Для уточнения диагноза необходимо исследовать артериальное давление в горизонтальном, вертикальном положениях тела больного, после физической нагрузки, а также провести урологическое обследование (урография, рентгеноконтрастные сосудистые исследования почек).

2. Больной 40 лет. В течение 5 лет отмечает тупую боль в поясничной области справа, головную боль, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. Неоднократно находился в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Год назад диагностирована сморщенная почка справа. Поступил в клинику по поводу повышения артериального давления. Пульс 84 уд/мин. Тоны сердца глухие. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Временами бывает микрогематурия. На обзорном снимке мочевой системы тени почек не определяются. Теней конкрементов нет. На экскреторных урограммах - уменьшение размеров правой почки. Деформация чашечно-лоханочной системы (неровность контуров, колбовидное расширение чашечек правой почки).

— Ваш диагноз?

— дальнейшие методы исследования?

Ответ: тупая боль в поясничной области, неоднократные атаки острого пиелонефрита в анамнезе, повышение артериального давления, признаки сморщенной почки при рентгенологическом обследовании позволяют предполагать нефрогенный характер гипертонии. Для уточнения сосудистой архитектоники показана селективная почечная артериография справа. Удаление правой почки позволит надеяться на ликвидацию артериальной гипертонии или стабилизацию показателей артериального давления.

3. Больная 42 лет жалуется на периодические боли ноющего характера в левой поясничной области, периодическое учащенное мочеиспускание с резями. Считает себя больной в течение 1 года. Общее состояние удовлетворительное. Почки не пальпируются. При пальпации в области левой почки определяется умеренная болезненность. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови в норме. Анализ мочи: плотность 1028, лейкоцитов 0-2, эритроцитов 10-15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты в большом количестве. На обзорном снимке почек и мочевых путей теней, подозрительных на конкременты не обнаружено.

Можно ли на основании проведенного исследования исключить мочекаменную болезнь? Какое рентгенологическое исследование необходимо произвести для уточнения диагноза? Какова при этом роль эхосканирования?

Ответ: Отсутствие теней конкрементов на обзорном снимке ни в коем случае не исключает наличия в мочевых путях конкрементов, так как они могут быть рентгеннегативными. Следует произвести экскреторную урографию, на которой тень рентгеннегативного конкремента выглядит в виде дефекта наполнения с четкими контурами соответственно локализации и размерам камня. При небольшом конкременте дефект наполнения определяется не всегда, так как контрастное вещество обтекает его со всех сторон. Четкие данные о наличии камня в мочевых путях можно получить с помощью УЗИ и при ретроградной пневмопиелографии.

4. Больной 27 лет 6 лет тому назад перенес травму поясничной области. Со слов больного, после травмы в моче находили повышенное содержание эритроцитов. Через три недели анализы мочи нормализовались. В течение года чувствовал себя хорошо. Жалоб не предъявлял. 5 лет тому назад при профилактическом осмотре выявлено повышенное артериальное давление (180/100 мм.рт.ст.- 200\115 мм.рт.ст). Гипотензивная терапия оказалась малоэффективной, в связи с чем заподозрена нефрогенная гипертензия. Направлен к урологу. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови и мочи в норме. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не видны, теней, подозрительных на конкременты нет. На экскреторной урограмме справа контрастное вещество выполняет неизмененную чашечно- лоханочную систему, слева контрастное вещество не прослеживается. При эхографии правая почка - нормальных размеров, левая- уменьшена в размерах.

Какое рентгенологическое исследование необходимо произвести для подтверждения или исключения нефрогенной гипертонии?

Ответ: Проведенное исследование указывает на возможность вторично сморщенной левой почки в результате посттравматического пиелонефрита. Для окончательного решения вопроса показана селективная почечная артериография.

5. У больной 26 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся к вечеру. Отмечает частые позывы на мочеиспускание, повышение температуры до 37,8С, было познабливание. Наблюдалась однократная рвота. Раньше подобных болей больная не отмечала.

Язык обложен беловатым налетом, суховат. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезнен 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 положителен справа. Лейкоцитоз 12000. В анализе мочи реакция кислая, белок 0,033г/л, лейкоцитов 8 – 10 в поле зрения, эритроциты свежие единичные. На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, не выявлено,тени почек не видны из-за наслаивающихся кишечных газов.

Ваш предположительный диагноз. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

Ответ: Развитие заболевания, данные объективного, лабораторного и рентгенологического исследования не позволяют с уверенностью установить диагноз. Дифференциальный диагноз следует проводить между острым аппендицитом (за что свидетельствует боль в подвздошной области, повышение температуры до 37,8С, лейкоцитоз 12000) и почечной коликой (в пользу, которой указывают дизурия, положительный симптом Пастернацкого и эритроцитурия). Для исключения или подтверждения диагноза почечной колики следует произвести хромоцистоскопию, ультразвуковое исследование почек, экскреторную урографию.

6.В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 \* 0,5 см.

— какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Ответ: больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа и положительный симптом "указательного пальца" (Симптом Лихтенберга). При неудовлетворительных данных урографии больной показана катетеризация правого мочеточника с последующей обзорной рентгенографией мочевых путей в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью мочеточникового катетера на обоих снимках будет достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

7. У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

— о каком заболевании в первую очередь следует думать, какие рентгенологические и другие исследования следует произвести для установления диагноза?

Ответ: в первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-тест», а затем компьютерную, магнитно-резонансную или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса. При отсутствии патологии в почке показана уретероскопия для исключения инфильтрирующей опухоли мочеточника.

8. Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена, с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем, была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

— какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Ответ: у больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно. Показано производство экскреторной урографии. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую полицистоскопию.

9. При рентгенологическом исследовании больного с подозрением на камень левого мочеточника на обзорном снимке в области таза с обеих сторон определяются множественные тени округлой формы, размерами до 8 мм в диаметре, с просветлениями в центре.

Чем являются эти тени и характерны ли они для мочекаменной болезни? Какие другие патологические процессы в области малого таза могут на обзорном снимке симулировать мочевые камни?

Ответ: Двусторонние множественные тени округлой формы с просветлением в центре, локализующиеся в области малого таза, характерны для флеболитов — венных камней. Кроме флеболитов, подозрительные на мочевые конкременты тени могут быть обусловлены обызвествленными лимфоузлами и подвздошными сосудами, фиброматозными узлами матки.

10. Больная 40 лет, отмечает тупую боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Больна 6 лет. Нормального телосложения, пониженного питания. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Дизурии нет. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. На урограммах отмечается замедленное выделение контрастного вещества правой почкой. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен. На аортограмме отмечается сужение правой почечной артерии в месте впадения ее в аорту. Аналогичная картина на селективной правосторонней артериограмме почки.

Какова причина артериальной гипертонии?

Ваши лечебные мероприятия?

Ответ: У больной стеноз правой почечной артерии, вазоренальная форма нефрогенной гипертонии. Показана пластическая операция на почечной артерии, возможна аутотрансплантация правой почки.

11. Больная 13 лет. Жалуется на сильные головные боли, часто повторяющиеся гипертонические кризы, резкое повышение остроты зрения. Больна в течение одного года. Проводимая гипотензивная терапия с применением ганглиоблокаторов оказалась неэффективной. Пульс на правой лучевой артерии 70 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. На левой лучевой артерии пульс слабого наполнения. Над проекцией брюшной аорты выше пупка – систолический шум. АД на плечевой артерии справа 210/140, слева 170/140 мм.рт.ст.

О каком характере гипертензии следует думать на основании клинических данных? Какие показаны дополнительные методы исследования?

Ответ: Клинические данные дают основание заподозрить вазоренальную форму нефрогенной гипертонии. Необходимо произвести почечную артериографию.

12. У больной астенического телосложения после физической нагрузки появляются приступообразные боли в поясничной области справа. В горизонтальном положении тела боли постепенно проходят. Живот мягкий, безболезненный. В правом подреберье прощупывается опухолевидное образование гладкое, малоболезненное, подвижное. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

О каком заболевании можно думать? Какие методы исследования показаны?

Ответ: Боли в поясничной области справа, усиливающиеся после физической нагрузки и уменьшающиеся при горизонтальном положении тела больной, наличие пальпируемого образования в правом подреберье (подвижного, гладкого, малоболезненного) позволяют думать о правостороннем нефроптозе. Для уточнения диагноза необходимо произвести экскреторную урографию в вертикальном и горизонтальном положении тела больной.

13. Больная 50 лет поступила в клинику для обследования по поводу микрогематурии. Почки не прощупываются, безболезненны, дизурии нет. При цистоскопии патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме почки обычной формы, величины и положения, тени конкрементов не определяются. На экскреторных урограммах в лоханке левой почки имеется дефект наполнения с неровными контурами.

Предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны для уточнения диагноза?

Ответ: Можно предположить опухоль лоханки левой почки. Нельзя исключить возможность уратного камня лоханки. Для уточнения диагноза необходимо провести ультразвуковое сканирование и компьютерную томографию.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

 Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

 **Тема: Раздел №2.** **Аномалии мочеполовых органов**

**Формы текущего контроля успеваемости**

 -Тестирование

 -Устный опрос

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

 **Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9».***

**Раздел 3.Аномалии мочеполовых органов**

Вопрос

1 К аномалиям положения почек относятся:

Варианты ответов

1 подковообразная почка (балл - 0)

2 нефроптоз (балл - 0)

3 дистопия гетеролатеральная (перекрестная) (балл - 9)

4 L-образная почка (балл - 0)

2 Дистопированную почку необходимо дифференцировать от:

Варианты ответов

1 фиксированного нефроптоза (балл - 0)

2 опухоли кишечника (балл - 0)

3 опухоли женских гениталий (балл - 0)

4 новообразования почки (балл - 0)

5 всего перечисленного (балл - 9)

3 Точный диагноз дистопии почки можно установить на основании:

Варианты ответов

1 экскреторной урографии (балл - 0)

2 ангиографии (балл - 0)

3 ретроградной пиелографии (балл - 0)

4 УЗИ + допплерографии (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

4 К симметричным формам сращения относят:

Варианты ответов

1 S-образную почку (балл - 0)

2 подковообразную почку (балл - 0)

3 L-образную почку (балл - 0)

4 галетообразную почку (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

5 На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется:

Варианты ответов

1 латеральным расположением чашечно-лоханочной системы (балл - 0)

2 изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек (балл - 9)

3 наличием симптома "рыболовного крючка" (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

6 При подковообразной почке с соединительнотканным перешейком, камне лоханки 25 мм показана:

Варианты ответов

1 пиелолитотомия (балл - 9)

2 пиелолитотомия, уретеропиелонефростомия, нефростомия (балл - 0)

3 пункционная нефролитотомия (балл - 0)

4 ударно-волновая литотрипсия (балл - 0)

5 рассечение перешейка и репозиция половины почки (резекция нижнего полюса почки) (балл - 0)

7 Патогенез солитарной кисты связан:

Варианты ответов

1 с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной) (балл - 9)

2 с ретенцией мочи (балл - 0)

3 с ишемией почечной ткани (балл - 0)

4 с обструкцией мочеточника (балл - 0)

5 с симптомом Froley (балл - 0)

8 Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является все,кроме:

Варианты ответов

1 локализации кисты в почечном синусе (балл - 0)

2 нагноения кисты (балл - 0)

3 нарушения пассажа мочи и хронической инфекции в почке и верхних мочевых путях (балл - 0)

4 простой кисты нижнего или среднего сегмента почки (балл - 9)

9 Поликистоз почек - это заболевание:

Варианты ответов

1 врожденное (балл - 0)

2 приобретенное (балл - 0)

3 одностороннее (балл - 0)

4 двустороннее (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

10 Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются:

Варианты ответов

1 длительная микрогематурия (балл - 0)

2 нагноение кисты (балл - 9)

3 хроничсекий пиелонефрит (балл - 0)

4 артериальная гипертония (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 0)

11 Мультикистозная почка - это заболевание:

Варианты ответов

1 одностороннее (балл - 0)

2 врожденное (балл - 0)

3 приобретенное (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

12 Отличием мультикистозной почки от поликистоза является:

Варианты ответов

1 одностороннее поражение (балл - 0)

2 двустороннее поражение (балл - 0)

3 отсутствие нефронов в почке (балл - 0)

4 неполное поражение почки (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

13 Основным из перечисленных признаков мультикистозной почки является:

Варианты ответов

1 мочеточник не изменен (балл - 0)

2 мочеточник слепо заканчивается, не доходя до лоханки (балл - 9)

3 облитерация устья мочеточника (балл - 0)

4 гидроуретер (балл - 0)

5 экстраренальная лоханка (балл - 0)

14 У больного поликистоз почек. Камень лоханки почки 25 мм, нарушающий уродинамику, о.пиелонефрит.Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 ударно-волновую литотрипсию (балл - 0)

2 пункционную нефролитотомию, нефростомию (балл - 0)

3 консервативное лечение (балл - 0)

4 пиелолитотомию, нефростомию, вскрытие кист (балл - 9)

5 нефростомию (балл - 0)

15 Мультилокулярная киста почки- это:

Варианты ответов

1 однокамерная киста (балл - 0)

2 множественные кисты почки (балл - 0)

3 не сообщающаяся с лоханкой киста (балл - 0)

4 кистозно измененный сегмент почки без нефронов (балл - 9)

5 парапельвикальные кисты (балл - 0)

16 Лечение мультилокулярной кисты:

Варианты ответов

1 консервативное (балл - 0)

2 чрескожная пункция кисты (балл - 0)

3 нефрэктомия (балл - 0)

4 оперативное лечение (балл - 9)

5 введение склерозирующих растворов в полость кист (балл - 0)

17 Синонимами термина "губчатая почка" является все перечисленное,кроме:

Варианты ответов

1 мультикистоз и поликистоз почки (балл - 9)

2 мультикистоз мозгового вещества (балл - 0)

3 медуллярная губчатая почка (балл - 0)

4 кистозное расширение почечных пирамид (балл - 0)

5 врожденная кистозная дилятация собирательных канальцев почки (балл - 0)

18 Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист:

Варианты ответов

1 в корковом веществе почки (балл - 0)

2 в мозговом веществе почки (балл - 9)

3 в почечных пирамидах (балл - 0)

4 в воротах почки (балл - 0)

5 в одном из полюсов почки (балл - 0)

19 Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов:

Варианты ответов

1 в чашечках (балл - 0)

2 в лоханке (балл - 0)

3 в измененных канальцах почек (балл - 9)

4 в мочеточнике (балл - 0)

5 в корковом слое почки (балл - 0)

20 Диагноз "губчатая почка" устанавливают с помощью:

Варианты ответов

1 УЗИ (балл - 9)

2 почечной артериографии (балл - 0)

3 допплерографии (балл - 0)

4 динамической нефросцинтиграфии (балл - 0)

5 ретроградной уретеропиелографии (балл - 0)

21 Лечение больных с губчатой почкой

Варианты ответов

1 динамическое наблюдение (балл - 0)

2 оперативное лечение (балл - 0)

3 ДЛТ (балл - 0)

4 консервативное (балл - 9)

5 правильно 1 и 4 (балл - 0)

22 Истинное удвоение почки - это наличие:

Варианты ответов

1 удвоенная лоханка (балл - 0)

2 только удвоенные мочевые пути (балл - 0)

3 раздельное кровоснабжение сегментов почки (балл - 9)

4 подковообразная почка (балл - 0)

5 S-образная почка (балл - 0)

23 Удвоение верхних мочевых путей - это:

Варианты ответов

1 разделение почки на 2 сегмента,имеющих отдельное кровоснабжение (балл - 0)

2 внутрипочечное удвоение лоханки (балл - 0)

3 расщепление мочеточника (балл - 0)

4 полное удвоение мочеточника (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

24 Закон Вейгерта-Мейера действует:

Варианты ответов

1 при удвоении лоханки (балл - 0)

2 при удвоении почки (балл - 0)

3 при расщеплении мочеточника (балл - 0)

4 при неполном удвоении почки (балл - 0)

5 при полном удвоении мочеточника (балл - 9)

25 Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных:

Варианты ответов

1 экскреторной урографии (балл - 0)

2 аортографии (балл - 0)

3 венокаваграфии (балл - 0)

4 спиральной КТ (балл - 0)

5 всего перечисленного (балл - 9)

26 Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные,кроме:

Варианты ответов

1 ахалазии (балл - 0)

2 гидрокаликоза и пиелоэктазии (балл - 9)

3 мегауретера (балл - 0)

4 гидроуретеронефроза (балл - 0)

27 Наиболее характерным признаком экстравезикальной эктопии устья мочеточника у женщин является:

Варианты ответов

1 постоянное недержание мочи (балл - 9)

2 неудержание мочи (балл - 0)

3 боли в поясничной области (балл - 0)

4 задержка мочи (балл - 0)

5 учащенное мочеиспускание (балл - 0)

28 Наиболее достоверными методами диагностики уретероцеле являются:

Варианты ответов

1 УЗИ (балл - 0)

2 экскреторная урография (балл - 0)

3 восходящая цистография (балл - 0)

4 цистоскопия (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

29 У больного уретероцеле 5 х 4 см, гидроуретеронефроз, показано:

Варианты ответов

1 оперативное лечение (балл - 9)

2 пункционная нефростомия (балл - 0)

3 уретеросигмостомия (балл - 0)

4 электрокоагуляция уретероцеле (балл - 0)

5 трансвезикальное иссечение уретероцеле (балл - 0)

30 Для уточнения функции почки при "закрытом" гидронефрозе методом выбором является:

Варианты ответов

1 почечная артериография (балл - 0)

2 экскреторная урография (балл - 0)

3 ретроградная уретерография (балл - 0)

4 ЧПНС (балл - 9)

5 динамическая сцинтиграфия (балл - 0)

31 При гидронефроз,обусловленном добавочным нижнеполярным сосудом,осложненным острым гнойным пиелонефритом, показано:

Варианты ответов

1 операция по Culp de Weerd (балл - 0)

2 резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом (балл - 0)

3 чрескожная ЧПНС (балл - 9)

4 операция по Фолею (балл - 0)

5 антевазальный пиелоуретероанастомоз (балл - 0)

32 При высоком отхождении мочеточника целесообразна операция:

Варианты ответов

1 уретеролиза (балл - 0)

2 латеро-латеральный уретеропиелоанастомоз (балл - 9)

3 операция по Фолею (балл - 0)

4 операция по Альбаррану (балл - 0)

5 нефрэктомия (балл - 0)

33 При стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнеполярном добавочном сосуде показана операция:

Варианты ответов

1 перемещения сосуда (балл - 0)

2 пересечения сосуда с резекцией нижнего полюса (балл - 0)

3 антевазального уретеропиелоанастомоза с резекцией сегмента (балл - 9)

4 операция по Фолею (балл - 0)

5 операция по Culp de Weerd (балл - 0)

34 Наиболее частой причиной гидронефроза при подковообразной почке является все,кроме:

Варианты ответов

1 расположения лоханки спереди почки и перегиба мочеточника через паренхиму почки (балл - 0)

2 врожденного стеноза лоханочно-мочеточникового соустья (балл - 0)

3 добавочного сосуда (балл - 0)

4 периуретерита (балл - 0)

5 синдрома Froley (балл - 9)

35 Абсолютными показаниями к нефропексии при нефроптозе являются все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 нефроптоза с периодическими тупыми болями в пояснице (балл - 9)

2 нефроптоза с периодической макрогематурией (балл - 0)

3 нефроптоза с частыми атаками пиелонефрита (балл - 0)

4 резко выраженного болевого синдрома (балл - 0)

36 Экстрофия мочевого пузыря часто сочетается с :

Варианты ответов

1 паховой грыжей (балл - 0)

2 пороками развития верхних мочевых путей (балл - 0)

3 удвоением влагалища, наличием двурогой матки (балл - 0)

4 отсутствием лонных костей (балл - 9)

5 атрезией ануса (балл - 0)

37 Врожденный дивертикул отличается от приобретенного наличием:

Варианты ответов

1 всех слоев стенки мочевого пузыря (балл - 0)

2 широкого входа в дивертикул (балл - 0)

3 узкого входа в дивертикул (балл - 0)

4 выраженной трабекулярности слизистой пузыря (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

38 Различают все следующие формы гипоспадии, кроме:

Варианты ответов

1 головчатой (балл - 0)

2 стволовой (балл - 0)

3 дорзальной (балл - 9)

4 мошоночной (балл - 0)

5 промежностной (балл - 0)

39 Оптимальным возрастом для оперативного лечения крипторхизма является:

Варианты ответов

1 8-10 мес (балл - 0)

2 1 год (балл - 0)

3 6 лет (балл - 0)

4 3-4 года (балл - 9)

5 12 лет (балл - 0)

40 Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является все,кроме:

Варианты ответов

1 невозможности его низведения (балл - 0)

2 гипоплазии яичка (балл - 0)

3 подозрения на опухоль яичка (балл - 0)

4 малого объема мошонки (балл - 9)

41 У больного 20 лет гидроцеле. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 наблюдение (балл - 0)

2 пункцию гидроцеле (балл - 0)

3 оперативное лечение (балл - 9)

4 физиотерапию (балл - 0)

5 орхиэктомию (балл - 0)

42 Причиной наиболее частого возникновения левостороннего варикоцеле является все,кроме:

Варианты ответов

1 врожденного отсутствия клапанов в яичковой вене (балл - 0)

2 аорто-мезентериального пинцета (балл - 0)

3 почечной венной гипертензии (балл - 0)

4 опухоли почки (балл - 0)

5 гемангиомы почки (балл - 9)

43 Показаниями к оперативному лечению варикоцеле является все ,кроме:

Варианты ответов

1 варикоцеле 3 степени (балл - 0)

2 варикоцеле + олигозооспермии (балл - 0)

3 неосложненного варикоцеле 1 степени (балл - 9)

4 варикоцеле + выраженный болевой симптом (балл - 0)

**Вопросы для устного опроса**

* Аномалии количества, положения, взаимоотношения, структуры почек.
* Клиника, методы диагностики, лечение аномалий почек.
* Аномалии количества, положения, структуры мочеточников.
* Лечение аномалий мочеточников.
* Виды аномалий мочевого пузыря.
* Клиника, диагностика и лечение аномалий мочевого пузыря.
* Виды аномалий уретры.
* Клиника, диагностика, лечение аномалий уретры.
* Аномалии полового члена, клиника, лечение.
* Аномалии яичек, клиника, лечение.

**Типовые клинические задачи**

1. 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?

Ответ: нефроптоз справа, нефрогенная гипертензия. Для уточнения диагноза показана экскреторная урография, аортография в горизонтальном и вертикальном положении тела больной.

2. 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?

Ответ: Следует думать о подвздошной дистопии почки. Во избежание диагностической ошибки произвести обзорную и экскреторную урографию с кольцом.

3. У ребенка 9 лет при профилактической флюрографии 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?

Ответ: Внутригрудная дистопия почки. Показана экскреторная урография.

4. У ребенка 10 лет жалобы характерны для хронической почечной недостаточности. Заболевание медленно прогрессирует. При объективном исследовании в обоих подреберьях определяются безболезненные, бугристые, плотно - эластические образования.

Каков Ваш предварительный диагноз? Как его можно подтвердить? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Ответ: Предварительный диагноз — поликистоз почек. Последовательность рентгенологического исследования обычная. Весьма четкие данные о характере заболевания могут быть получены с помощью УЗИ. Дифференциальный диагноз проводится с опухолями почек, солитарными кистами, гидронефрозом.

5. 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, плотно-эластической 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.

Ответ: Врожденная стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента слева, левосторонний гидронефроз. Произвести обзорную и экскреторную урографию, при необходимости с отсроченными снимками. Данные о функциональной способности почки можно получить также с помощью радиоизотопных методов исследования, а о её морфологии при эхографии (УЗИ).

6. 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 метод лечения показан при его подтверждении и почему?

Ответ: Наличие опухолевидного образования в области левой почки, отсутствие левого устья мочеточника, шарообразные участки в проекции левой почки на рентгенограмме, отсутствие ее функции, позволяют диагностировать мультикистоз левой почки. Показано оперативное лечение — удаление мультикистозной почки.

7. Больной 8 месяцев поступил в клинику по поводу затрудненного мочеиспускания и периодически возникающей задержки мочи. Болеет с рождения. Периодически повышается температура до 38—41°. 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 0,33г/л, лейкоциты сплошь покрывают поля зрения. В 1 мл мочи 500000 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 3\* 4 см, нижняя его часть располагается в области шейки.

О каком диагнозе следует думать? Какой метод лечения показан?

Ответ: Уретероцеле слева с нарушением пассажа мочи, левосторонний уретерогидронефроз III стадии, хронический пиелонефрит, ПМР. Показано оперативное лечение — ЧПНС слева. При улучшении функции левой почки – уретероцистонеоанастамоз по антирефлюксной методике.

8. 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 предпринять пластическую операцию и каковы варианты этой операции? Что следует рекомендовать родителям после операции?

Ответ: Экстрофия мочевого пузыря. Оперативное лечение (первичная пластика мочевого пузыря местными тканями в возрасте 2-3 суток после рождения). Операция Михельсона — цистосигмоанастомоз в возрасте после 1,5 лет.

После операции — диспансерное наблюдение уролога для лечения и профилактики вторичного пиелонефрита, камнеобразования.

9. 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?

Ответ: Киста урахуса. Возможен свищ урахуса (пупочный) полный и неполный и дивертикул мочевого пузыря. Свищи пупка — истечение мочи через пупок при натуживании, при мочеиспускании; мокнутие пупка, разрастание грануляций вокруг пупка. Дивертикул мочевого пузыря — дизурия, двухфазное мочеиспускание, пиурия. Лечение — оперативное.

10. 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?

Ответ: Дивертикул мочевого пузыря. Цистография в двух проекциях, цистоскопия. Лечение оперативное — иссечение дивертикула.

11. 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?

Ответ: Гипоспадия головчатая, стволовая, члено-мошоночная, промежностная. После 2—3 лет выпрямление полового члена (иссечение рубцовых тканей и уретропластика) в один или два этапа.

12. 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?

Ответ: Контрактура шейки мочевого пузыря, гипертрофия межмочеточниковой складки, клапаны задней уретры, стриктура уретры, гипертрофия семенного бугорка, фимоз, сужение наружного отверстия уретры. Хроническая задержка мочи, двусторонний уретерогидронефроз, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность. Оперативное устранение нарушенного оттока мочи из мочевого пузыря открытым или эндоскопическим доступом.

13. Мальчик 1,5 лет 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?

Ответ: Фимоз. Хроническая задержка мочи, хронический цистит, пиелонефрит, двусторонний уретерогидронефроз. Иссечение крайней плоти. Оперировать следует тогда, когда поставлен диагноз.

14. Какая группа аномалий входит в понятие «инфравезикальная обструкция»? Какие симптомы и осложнения объединяют эти пороки развития? В каком возрасте показано оперативное лечение? Какие рекомендации даются родителям после оперативного лечения?

Ответ: Контрактура шейки мочевого пузыря, склероз предстательной железы, клапаны задней уретры, стриктура уретры, сужение наружного отверстия уретры, фимоз. Дизурия (затрудненное мочеиспускание с натуживанием, вялая струя мочи, наличие остаточной мочи). Хронический цистит, пиелонефрит, двусторонний уретерогидронефроз в результате пузырно-лоханочного рефлюкса, ХПН. Оперативное лечение показано сразу после установления диагноза. Кроме противовоспалительной терапии, ЛФК, рекомендуют режим частых принудительных мочеиспусканий.

15. 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?

Ответ: У ребенка фимоз. В результате затрудненного оттока мочи из мочевого пузыря развивается гипотония, атрофия его стенки, в дальнейшем – уретерогидронефроз с признаками прогрессирующей ХПН. Присоединение инфекции вызывает цистопиелонефрит. Возможно также образование камней в мочевом пузыре. Не менее частое осложнение фимоза – баланопостит в результате присоединения инфекции, стенозирование крайней плоти. Лечение оперативное.

17. В связи с присоединением какого осложнения, ранее протекавшего латентно, поликистоз почек приводит к появлению признаков прогрессирующей почечной недостаточности? Можно ли принять профилактические меры, если поликистоз распознан до появления указанного осложнения? Какова тактика ведения больных с поликистозом почек?

Ответ: Основным осложнением поликистоза является пиелонефрит, который имеет место и в данном случае. С целью улучшения кровообращения почки, уменьшения венозного стаза показано оперативное лечение – игнипунктура.

18. 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, эритроцитов – 0-1, лейкоцитов 12-15 в поле зрения.

Обоснуйте предварительный диагноз и последовательность дополнительных методов исследования с целью установления окончательного диагноза.

Ответ: Жалобы больной, гипертензия, пальпация обеих увеличенных почек, низкая плотность мочи, лейкоцитурия дают основание предположить поликистоз почек, осложненный хроническим пиелонефритом и ХПН. Для уточнения диагноза необходимо произвести общий анализ крови, исследование функциональной способности почек – пробу Зимницкого, содержание в сыворотке крови мочевины, остаточного азота, креатинина, КЩР (бикарбонаты). Показаны также радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования. При установлении терминальной стадии ХПН экскреторная урография противопоказана.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

 Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врач-уролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

 **Тема: Раздел №3. Неспецифические воспалительные заболевания**

**Формы текущего контроля успеваемости**

-Тестирование

 -Устный опрос

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

**Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9».***

**Раздел 4. Неспецифические воспалительные заболева**

Вопрос

1 Для первичного острого пиелонефрита характерны следующие признаки:

Варианты ответов

1 возникновение заболевания преимущественно у женщин (балл - 0)

2 определенная последовательность возникновения симптомов (балл - 0)

3 преобладание симптомов интоксикации над местными симптомами (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

2 Наиболее часто вызывают пиелонефрит:

Варианты ответов

1 кишечная палочка (балл - 9)

2 протей (балл - 0)

3 палочка синезеленого гноя (балл - 0)

4 стафилококк (балл - 0)

5 энтерококк (балл - 0)

3 Острый гематогенный пиелонефрит в неизмененных почках вызывает:

Варианты ответов

1 протей (балл - 0)

2 кишечная палочка (балл - 0)

3 палочка синезеленого гноя (балл - 0)

4 энтерококк (балл - 0)

5 стафилококк плазмокоагулирующий (балл - 9)

4 Факторами , способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются:

Варианты ответов

1 пузырно-мочеточниковый рефлюкс (балл - 0)

2 переохлаждение (балл - 0)

3 нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки (балл - 0)

4 бактериурия (балл - 0)

5 все вышеперечисленное (балл - 9)

5 При гематогенном остром пиелонефрите в первую очередь поражаются:

Варианты ответов

1 ЧЛС (балл - 0)

2 клубочки почки (балл - 0)

3 канальцы почки (балл - 0)

4 венозная система почки и интерстициальная ткань (балл - 9)

5 все вышеперечисленное (балл - 0)

6 Изменения в почке при остром гнойном пиелонефрите характеризуются:

Варианты ответов

1 нарушением проницаемости сосудов (балл - 0)

2 лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани (балл - 0)

3 деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков) (балл - 0)

4 скоплением микробов в межуточной ткани (балл - 0)

5 всем перечисленным (балл - 9)

7 Основным ультразвуковым признаком острого серозного пиелонефрита является:

Варианты ответов

1 очаговое утолщение паренхимы (балл - 0)

2 увеличение размеров почки (балл - 9)

3 неоднородность паренхимы (балл - 0)

4 ограничение подвижности почки при дыхании (балл - 0)

5 наличие ореола разряжения вокруг почки (балл - 0)

8 Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи у женщин, указывающих на лейкоцитурию составляют:

Варианты ответов

1 2-5 лейкоцитов в поле зрения (балл - 0)

2 больше 6 лейкоцитов в поле зрения (балл - 9)

3 больше 10 лейкоцитов в поле зрения (балл - 0)

4 больше 20 лейкоцитов в поле зрения (балл - 0)

5 лейкоциты покрывают все поля зрения (балл - 0)

9 Основными дифференциально-диагностическими признаками серозной и гнойной стадий острого пиелонефрита являются:

Варианты ответов

1 гипертермия с ознобами (балл - 0)

2 боль в поясничной области (балл - 0)

3 напряжение мышц передней брюшной стенки (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

10 К исходам хронического пиелонефрита относят:

Варианты ответов

1 артериальную гипертензию (балл - 0)

2 пионефроз (балл - 0)

3 хроническую почечную недостаточность (балл - 0)

4 сморщенную почку (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

11 В поликлинику обратилась больная 37 лет с жалобами на общую слабость, ноющие боли в пояснице справа. 2 часа назад перенесла приступ правосторонней почечной колики,сопровождающийся повышением температуры до 38,5, ознобом с последующим быстрым снижением температуры, проливным потом и исчезновением болей в пояснице. В момент осмотра симптом Пастернацкого слабо положительный справа, почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено, моча прозрачная, температура тела 37,2. Наиболее вероятный диагноз:

Варианты ответов

1 состояние после приступа правосторонней почечной колики (балл - 0)

2 острый гнойный пиелонефрит (балл - 0)

3 пиелит (балл - 0)

4 острый гематогенный пиелонефрит (балл - 0)

5 камень правого мочеточника, острый серозный пиелонефрит (балл - 9)

12 Тактика врача поликлиники при камне мочетоника, остром серозном пиелонефрите заключается в :

Варианты ответов

1 назначении амбулаторных исследований (балл - 0)

2 срочной госпитализации (балл - 9)

3 госпитализации в плановом порядке (балл - 0)

4 динамическом наблюдении на дому (балл - 0)

5 назначении амбулаторного лечения (балл - 0)

13 Произведена операция нефростомия и декапсуляция почки по поводу апостематозного нефрита. Возможными способами дренирования раны являются:

Варианты ответов

1 установить резино (целлофано)-марлевые тампоны к почке с гипертоническим раствором хлористого натрия (балл - 0)

2 установить 2-3 резиновых "страховых" дренажа (балл - 0)

3 установить тампоны с мазью Вишневского (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

14 При подозрении на карбункул левой почки, температуре тела 37,8-38,5 С, длительности заболевания 6 дней, наиболее целесообразно выполнить исследования в следующей очередности: 1. изотопная ренография, 2. анализ мочи и крови, 3. УЗИ, 4. динамическая нефростинтиграфия, 5.почечная венография, 6. экскреторная урография, 7. ретроградная пиелография.

Варианты ответов

1 1,2,3,4,5,6,7 (балл - 0)

2 2,3,6 (балл - 9)

3 2,4,1,3,7,5,6 (балл - 0)

4 2,1,5,4,5,7,3 (балл - 0)

5 6,2,3,7 (балл - 0)

15 При обследовании пациента 64 лет выявлен карбункул нижнего полюса левой почки 2х3 см.Пассаж мочи и функция почек не изменены. Болен 3 дня, не лечился. Выберите оптимальный вариант лечения из предложенных:

Варианты ответов

1 срочную операцию - ревизию левой почки, иссечение или рассечение карбункула, нефростомию, дренирование паранефрального пространства (балл - 9)

2 плановую операцию - ревизию почки, рассечение или иссечение карбункула, дренирование паранефрального пространства, антибактериальную терапию (балл - 0)

3 нефростомию (балл - 0)

4 чрескожную пункцию карбункула, антибактериальную терапию (балл - 0)

5 нефрэктомию (балл - 0)

16 При остром гнойном пиелонефрите и камне лоханки правой почки размерами 1,5х2 см, высокой температуре с периодическими ознобами в течение 10 дней наиболее показано:

Варианты ответов

1 пункционная нефростомия (балл - 0)

2 катетеризация мочеточника (балл - 0)

3 интенсивная антибактериальная терапия (балл - 0)

4 дистанционная литотрипсия (балл - 0)

5 операция-ревизия почки,пиелолитотомия, нефростомия (балл - 9)

17 Больному 32 года. Поступил по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня н/3 правого мочеточника. Болен 10 дней. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение 1,5 часов наблюдения. Больному показано:

Варианты ответов

1 плановое обследование с целью уточнения функции почек (балл - 0)

2 установка мочеточникового стента (балл - 0)

3 уретеролитотомия (балл - 0)

4 срочная операция-ревизия правой почки,нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия (балл - 9)

5 интенсивная антибактериальная терапия без операции (балл - 0)

18 При абсцессе нижнего полюса правой почки размерами 4х4 см наиболее показано:

Варианты ответов

1 интенсивная антибактериальная терапия (балл - 0)

2 нефрэктомия (балл - 0)

3 операция - вскрытие и дренирование абсцесса или чрескожная пункция и дренирование полости абсцесса (балл - 9)

4 резекция нижнего полюса почки (балл - 0)

5 декапсуляция почки, нефростомия (балл - 0)

19 Беременность 20 недель. Правосторонний острый серозный пиелонефрит. Эктазия лоханки и правого мочеточника до тазового отдела. Данных за конкременты нет.Лечение больной целесообразно начать с:

Варианты ответов

1 правосторонней нефрэктомии (балл - 0)

2 прерывания беременности (балл - 0)

3 катетеризации мочеточника (балл - 0)

4 ЧПНС (балл - 0)

5 постоянного пребывания больной на противоположном боку, антибактериальной терапии (балл - 9)

20 К осложнениям острого пиелонефрита относят:

Варианты ответов

1 некроз почечных сосочков, паранефрит (балл - 0)

2 шок (балл - 0)

3 сепсис (балл - 0)

4 ОПН (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

21 Применять непрерывно один и тот же антибиотик при остром пиелонефрите наиболее целесообразно в течение:

Варианты ответов

1 до 3 дней (балл - 0)

2 4-6 дней (балл - 0)

3 7-10 дней (балл - 9)

4 11-20 дней (балл - 0)

5 более 20 дней (балл - 0)

22 Антибактериальную терапию при остром пиелонефрите следует проводить:

Варианты ответов

1 до нормализации температуры (балл - 0)

2 до исчезновения пиурии (балл - 0)

3 до исчезновения бактериурии (балл - 0)

4 до выписки больного из стационара (балл - 0)

5 длительно в течении нескольких месяцев (балл - 9)

23 Основным методом диагностики эмфизематозного пиелонефрита является:

Варианты ответов

1 УЗИ (балл - 0)

2 радионуклидный (балл - 0)

3 рентгенологический (балл - 9)

4 бактериологический (балл - 0)

5 цистоскопия (балл - 0)

24 Количество поваренной соли, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом:

Варианты ответов

1 бессолевая диета (балл - 0)

2 ограниченное количество (балл - 0)

3 обычное количество (балл - 9)

4 повышенное количество (балл - 0)

5 большое количество (балл - 0)

25 Наиболее характерные клинические проявления ксантогранулематозного пиелонефрита:

Варианты ответов

1 боль в поясничной области (балл - 0)

2 симптомы интоксикации, тяга к теплу (балл - 0)

3 макрогематурия (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

26 Дифференциальную диагностику при первичном ксантогранулематозном пиелонефрите необходимо проводить с:

Варианты ответов

1 карбункулом почки (балл - 0)

2 раком почки (балл - 0)

3 кистой почки (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

27 При камне правого мочеточника, остром правостороннем пиелонефрите, бактериемическом шоке провести мочеточниковый катетер выше камня не удалось.В этом случае целесообразно:

Варианты ответов

1 Проводить более интенсивную антибактериальную терапию (балл - 0)

2 назначить внутривенное введение антибиотиков (балл - 0)

3 произвести операцию - ревизию почки, нефростомию на фоне продолжающейся противошоковой терапии (балл - 9)

4 провести эндолимфатическое введение антибиотиков (балл - 0)

5 продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока (балл - 0)

28 Чаще всего вызывают хронический пиелонефрит:

Варианты ответов

1 стафилококк (балл - 0)

2 кишечная палочка, протей (балл - 9)

3 стрептококк (балл - 0)

4 энтерококк (балл - 0)

5 палочка сине-зеленого гноя (балл - 0)

29 При хроническом пиелонефрите наиболее характерно:

Варианты ответов

1 диффузное поражение почки (балл - 0)

2 очаговое, полиморфное поражение почки (балл - 9)

3 очаговое мономорфное поражение почки (балл - 0)

4 поражение только клубочков почки (балл - 0)

5 поражение только канальцев почки (балл - 0)

30 При хроническом пиелонефрите прежде всего поражаются:

Варианты ответов

1 сосудистые петли клубочка почки (балл - 0)

2 канальцы почки (балл - 9)

3 межуточная ткань почки (балл - 0)

4 восходящее колено петли Генле (балл - 0)

5 капсула Шумлянского-Боумена (балл - 0)

31 Для хронического пиелонефрита наиболее характерны:

Варианты ответов

1 нарушение функции канальцев (балл - 9)

2 нарушение функции клубочков (балл - 0)

3 нарушение функции чашечек (балл - 0)

4 нарушение фильтрационной функции почки (балл - 0)

5 нарушение функции почечной лоханки (балл - 0)

32 Наиболее значимыми факторами риска развития пиелонефрита у беременных являются:

Варианты ответов

1 сдавление мочеточников увеличенной маткой (балл - 0)

2 дилятация мочеточников за счет гормональных изменений (балл - 0)

3 понижение реактивности организма (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 все перечисленное (балл - 0)

33 Симптом Ходсона при хроническом пиелонефрите основан на:

Варианты ответов

1 изменении тонуса чашечек (балл - 0)

2 изменении тонуса почечной лоханки (балл - 0)

3 увеличении почки (балл - 0)

4 очаговости и полиморфности воспалительных изменений в почке (балл - 9)

5 нарушении функции почки (балл - 0)

34 У женщины 34 лет в процессе диспансеризации обнаружено в осадке мочи 25-30 лейкоцитов в поле зрения. Жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на урологическое заболевание нет.Наиболее вероятный диагноз:

Варианты ответов

1 хронический пиелонефрит (балл - 9)

2 хронический цистит (балл - 0)

3 хронический уретрит (балл - 0)

4 пиелит (балл - 0)

5 хронический аднексит (балл - 0)

35 У пациента 42 лет при диспансеризации обнаружена лейкоцитурия ( до 35-40 лейкоцитов в поле зрения). Для выявления источника лейкоцитурии (уретра, предстательная железа, почки или мочевой пузырь) исследование нужно начинать с:

Варианты ответов

1 бактериологического анализа мочи (балл - 0)

2 двухстаканной пробы (балл - 9)

3 пробы Нечипоренко (балл - 0)

4 исследования мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря (балл - 0)

5 проведения провокационного преднизолонового теста (балл - 0)

36 При тяжелом остром гнойном пиелонефрите и азотемии (12-18 ммоль/л) при неизмененной контралатеральной почке нефрэктомия:

Варианты ответов

1 возможна и целесообразна (балл - 9)

2 возможна (балл - 0)

3 невозможна (балл - 0)

4 возможна только при применении гемодиализа (балл - 0)

5 возможна только при проведении гемосорбции (балл - 0)

37 Хронический пиелонефрит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями почек:

Варианты ответов

1 туберкулезом (балл - 0)

2 гипоплазией (балл - 0)

3 гломерулонефритом (балл - 0)

4 первично сморщенной почкой (балл - 0)

5 всем перечисленным (балл - 9)

38 К осложнениям хр.пиелонефрита относят:

Варианты ответов

1 ХПН (балл - 0)

2 артериальную гипертензию (балл - 0)

3 нефролитиаз (балл - 0)

4 некроз почечных сосочков (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

39 Основное значение в возникновении цистита придается:

Варианты ответов

1 местным расстройствам кровообращения (балл - 9)

2 физическим факторам (балл - 0)

3 инфекции (балл - 0)

4 химическим факторам (балл - 0)

5 общим факторам (балл - 0)

40 Дифференциальную диагностику цистита у мужчин следует проводить с :

Варианты ответов

1 пиелонефритом (балл - 0)

2 простатитом (балл - 0)

3 парапроктитом (балл - 0)

4 всем перечисленным (балл - 0)

5 только с 1 и 2 (балл - 9)

41 Дифференциальную диагностику цистита у женщин следует проводить с :

Варианты ответов

1 пиелонефритом (балл - 0)

2 туберкулезом и опухолью мочевого пузыря (балл - 0)

3 эндометриозом мочевого пузыря (балл - 0)

4 колитом, аднекситом (балл - 0)

5 правильно 1,2 и 3 (балл - 9)

42 Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является:

Варианты ответов

1 уретральный, восходящий (балл - 9)

2 нисходящий (балл - 0)

3 лимфогенный (балл - 0)

4 гематогенный (балл - 0)

5 контактный (балл - 0)

43 Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 поллакиурии (балл - 0)

2 полиурии (балл - 9)

3 терминальной гематурии (балл - 0)

4 болей при мочеиспускании (балл - 0)

5 пиурии (балл - 0)

44 Диагностика острого цистита основана на анализе всего перечисленного, кроме:

Варианты ответов

1 анамнестических данных и клинических проявлений (балл - 0)

2 данных микроскопии осадка мочи (балл - 0)

3 данных посева мочи (балл - 0)

4 данных экскреторной урографии и уретроцистографии (балл - 9)

45 При остром цистите показаны:

Варианты ответов

1 цистоскопия (в большинстве случаев) (балл - 0)

2 цистоскопия (в исключительных случаях) (балл - 9)

3 катетеризация мочевого пузыря (балл - 0)

4 уретроскопия (балл - 0)

5 цистометрия (балл - 0)

46 Для острого цистита характерна гематурия:

Варианты ответов

1 тотальная с бесформенными сгустками (балл - 0)

2 инициальная (балл - 0)

3 терминальная (балл - 9)

4 безболевая (балл - 0)

47 При остром цистите выделяют следующие формы:

Варианты ответов

1 катаральный (балл - 0)

2 геморрагический (балл - 0)

3 грануляционный (балл - 0)

4 фибринозный и язвенный (балл - 0)

5 правильно 1, 2 и 4 (балл - 9)

48 При хроническом цистите выделяют следующие формы:

Варианты ответов

1 катаральный (балл - 0)

2 полипозный, кистозный (балл - 0)

3 язвенный, инкрустирующий, некротический (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 0)

5 правильно 1,2,3 (балл - 9)

49 В развитии цистита этиологичекую роль играют:

Варианты ответов

1 патогенные микроорганизмы (балл - 0)

2 микоплазмы (балл - 0)

3 вирусы (балл - 0)

4 хламидии (балл - 0)

5 все перечисленные (балл - 9)

50 При острых циститах следует применять:

Варианты ответов

1 диетотерапию (балл - 0)

2 инстилляции лечебных средств (балл - 0)

3 антибактериальную терапию (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 1,2,3 (балл - 0)

51 В основу лечения хронического цистита необходимо ставить:

Варианты ответов

1 антибактериальную терапию (балл - 0)

2 устранение причин, поддерживающих воспалительный процесс (балл - 9)

3 интилляции лечебных средств (балл - 0)

4 диетотерапию (балл - 0)

5 применение спазмолитиков (балл - 0)

52 Интерстициальный цистит характеризуется:

Варианты ответов

1 стойким болевым симптомокомплексом (балл - 0)

2 отсутствием жалоб (балл - 0)

3 нарушением резервуарной функции мочевого пузыря (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

53 Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 болей при мочеиспускании (балл - 0)

2 гематурии и отека кожи мошонки (балл - 9)

3 гнойных выделений из уретры (балл - 0)

4 отека губок наружного отверстия уретры (балл - 0)

5 учащенного мочеиспускания (балл - 0)

54 Диагностика уретрита основывается на всем перечисленном, кроме:

Варианты ответов

1 данных анамнеза и клиники (балл - 0)

2 результатов исследования осадка одной порции мочи (балл - 0)

3 данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы (балл - 9)

4 посева и микроскопии гнойного отделяемого из уретры (балл - 0)

55 Уретроскопия показана:

Варианты ответов

1 при остром течении уретрита (балл - 0)

2 при торпидном течении уретрита (балл - 0)

3 при латентном течении уретрита (балл - 0)

4 при хроническом уретрите (балл - 9)

5 правильно 1 и 4 (балл - 0)

56 Рентгеновское исследование уретры показано:

Варианты ответов

1 при остром уретрите (балл - 0)

2 при простатите, везикулите (балл - 0)

3 при подозрении на стриктуру уретры (балл - 9)

4 при торпидном течении уретрита (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 0)

57 Дифференцильную диагностику острого уретрита следует проводить с :

Варианты ответов

1 баланопоститом (балл - 0)

2 циститом (балл - 0)

3 простатитом (балл - 0)

4 всем перечисленным (балл - 0)

5 только с 2 и 3 (балл - 9)

58 Дифференциальную диагностику баланопостита следует проводить с :

Варианты ответов

1 пиелонефритом (балл - 0)

2 парапроктитом (балл - 0)

3 фимозом (балл - 0)

4 гангреной Фурнье (балл - 0)

5 ни одним из перечисленных (балл - 9)

59 Наиболее частыми осложнениями хронического уретрита являются:

Варианты ответов

1 колликулит (балл - 0)

2 геморрой (балл - 0)

3 простатит (балл - 0)

4 везикулит (балл - 0)

5 правильно 1,3,4 (балл - 9)

60 К частым осложнениям хронического уретрита относятся все перечисленные,кроме:

Варианты ответов

1 простатита (балл - 0)

2 эпидидимита (балл - 0)

3 поражения уретральных желез (балл - 0)

4 парапроктита (балл - 9)

5 эпидидимоорхита (балл - 0)

61 При тяжелых термических, химических и травматических уретритах показано:

Варианты ответов

1 установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией (балл - 0)

2 интенсивная антибактериальная и местная терапия (балл - 0)

3 цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией (балл - 9)

4 лучевая терапия (балл - 0)

5 физиотерапевтическое лечение (балл - 0)

62 При уретральной (резорбтивной) лихорадке показана:

Варианты ответов

1 интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия (балл - 9)

2 интенсивная антибактериальная терапия и инстилляции в уретру жировых эмульсий и растительных масел (балл - 0)

3 только инфузионная терапия,направленная на уменьшение общей интоксикации (балл - 0)

4 цистостомия с последующей интенсивной АБ терапией (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 0)

63 Баланопостит - это воспаление:

Варианты ответов

1 крайней плоти полового члена (балл - 0)

2 головки полового члена (балл - 0)

3 парауретральных желез (балл - 0)

4 крайней плоти и головки полового члена (балл - 9)

5 правильно 1 и 3 (балл - 0)

64 Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются:

Варианты ответов

1 фимоз (балл - 0)

2 искривление полового члена (балл - 0)

3 сахарный диабет (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

65 Возбудителями негонорейного уретрита являются:

Варианты ответов

1 трихомонады (балл - 0)

2 бактерии (балл - 0)

3 вирусы (балл - 0)

4 дрожжевые грибы (балл - 0)

5 все перечисленные возбудители (балл - 9)

66 Венерический уретирт - это:

Варианты ответов

1 обменный (балл - 0)

2 хламидийный (балл - 0)

3 гоноррейный (балл - 0)

4 трихомонадный (балл - 0)

5 правильно 2 , 3 и 4 (балл - 9)

67 К неинфекционному уретриту относятся:

Варианты ответов

1 аллергический (балл - 0)

2 травматический и обменный (балл - 0)

3 химический (балл - 0)

4 микотический (балл - 0)

5 все, кроме 4 (балл - 9)

68 При баланопостите наблюдаются:

Варианты ответов

1 отек и гиперемия крайней плоти (балл - 0)

2 боли над лобком (балл - 0)

3 эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена (балл - 0)

4 правильно1 и 2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

69 При врожденном фимозе целесообразно:

Варианты ответов

1 оперативное лечение не показано (балл - 0)

2 расширение крайней плоти инструментально (балл - 0)

3 иссечение крайней плоти (балл - 0)

4 пластическая операция с сохранением крайней плоти (балл - 0)

5 возможны варианты 3 и 4 (балл - 9)

70 Дифференциальный диагноз баланопостита следует проводить с:

Варианты ответов

1 сифилисом (балл - 0)

2 кавернитом (балл - 0)

3 рожистым воспалением (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

71 При баланопостите показано:

Варианты ответов

1 промывание крайней плоти и теплые ванночки дезинфицирующими растворами (балл - 0)

2 иссечение крайней плоти (балл - 0)

3 медикаментозная терапия (балл - 0)

4 правильно 1 и 3 (балл - 9)

5 правильно 1 и 2 (балл - 0)

72 Кавернит - это:

Варианты ответов

1 воспаление кавернозных тел полового члена (балл - 9)

2 фибропластическая индурация полового члена (балл - 0)

3 флеботромбоз кожи полового члена (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 0)

73 Лечение кавернита следует начинать с :

Варианты ответов

1 антибактериальной терапией (балл - 9)

2 наложения сафено-кавернозного или губчато-пещеристого анастомоза (балл - 0)

3 рассечения кавернозных тел (балл - 0)

4 правильно1 и 2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 0)

74 Парафимоз - это:

Варианты ответов

1 сужение отверстия крайней плоти полового члена (балл - 0)

2 ущемление головки полового члена суженной крайней плотью (балл - 9)

3 воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена (балл - 0)

4 воспаление вен полового члена (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 0)

75 Лечение парафимоза заключается:

Варианты ответов

1 в попытке вправления головки полового члена (балл - 0)

2 в иссечении крайней плоти (балл - 0)

3 в наложении губчато-пещеристого анастомоза (балл - 0)

4 в рассечении ущемляющего кольца (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

76 Инфекционный эпидидимит и орхит могут быть вызваны:

Варианты ответов

1 бактериями и вирусами (балл - 0)

2 микоплазмами и хламидиями (балл - 0)

3 семенной гранулемой (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно все перечисленное (балл - 0)

77 При остром эпидидимите придаток яичка:

Варианты ответов

1 резко напряжен и болезнен (балл - 0)

2 увеличен (балл - 0)

3 атрофичен (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 1 и 3 (балл - 0)

78 Для острого эпидидимита характерно:

Варианты ответов

1 повышение температуры тела с первых дней заболевания (балл - 9)

2 повышение температуры тела на 3-4 сутки (балл - 0)

3 повышение температуры тела на 5-6 сутки (балл - 0)

4 нормальная температура тела в течение всего заболевания (балл - 0)

5 пониженная температура тела (балл - 0)

79 Появление болей в паховой области и в животе при остром эпидидимите свидетельствует о возникновении:

Варианты ответов

1 деферентита (балл - 0)

2 фуникулита (балл - 0)

3 острого аппендицита (балл - 0)

4 колита (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

80 Острый инфекционный эпидидимит следует дифференцировать с :

Варианты ответов

1 перекрутом и некрозом гидатид (балл - 0)

2 перекрутом яичка (балл - 0)

3 кавернитом (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 1 и 3 (балл - 0)

81 Хронический инфекционный эпидидимит и орхит следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме:

Варианты ответов

1 туберкулеза яичка и придатка (балл - 0)

2 новообразования яичка и придатка (балл - 0)

3 фуникулита и деферентита (балл - 0)

4 сперматоцеле (балл - 0)

5 варикоцеле (балл - 9)

82 Лечение острого неспецифического эпидидимита и орхита следует начинать с:

Варианты ответов

1 назначения антибактериальных препаратов (балл - 0)

2 новокаиновой блокады семенного канатика (балл - 0)

3 оперативного лечения (балл - 0)

4 правильно 1 и 2 (балл - 9)

5 правильно 2 и 3 (балл - 0)

83 Этиологическими факторами в возникновении простатита являются:

Варианты ответов

1 бактерии и вирусы (балл - 0)

2 микоплазмы и хламидии (балл - 0)

3 трихомонады (балл - 0)

4 микобактерии туберкулеза (балл - 0)

5 все перечисленные (балл - 9)

84 Инфицирование предстательной железы возникает:

Варианты ответов

1 гематогенным путем (балл - 0)

2 лимфогенным путем (балл - 0)

3 восходящим путем (балл - 0)

4 всеми перечисленными путями (балл - 9)

5 только 1 и 2 (балл - 0)

85 Для острого простатита характерно:

Варианты ответов

1 равномерное увеличение предстательной железы (балл - 0)

2 каменистая консистенция предстательной железы (балл - 0)

3 резкая болезненность предстательной железы при пальпации (балл - 0)

4 уменьшение размеров предстательной железы (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

86 Возможны все перечисленные формы простатита, кроме:

Варианты ответов

1 катарального (балл - 0)

2 конгестивного (балл - 0)

3 гнойного (балл - 0)

4 эмфизематозного (балл - 9)

5 ксантогранулематозного (балл - 0)

87 Осложнениями острого простатита могут быть:

Варианты ответов

1 острый аппендицит (балл - 0)

2 уретрит (балл - 0)

3 артрит (балл - 0)

4 абсцесс предстательной железы (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

88 Главными признаками абсцесса предстательной железы являются:

Варианты ответов

1 резкая болезненность предстательной железы при пальпации (балл - 0)

2 уменьшение размеров предстательной железы (балл - 0)

3 наличие очагов размягчения и флюктуации (балл - 0)

4 симптомы раздражения брюшины (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

89 При абсцедировании предстательной железы со стороны периферической крови наблюдаются:

Варианты ответов

1 лимфопения (балл - 0)

2 полицитемия (балл - 0)

3 лейкоцитоз (балл - 0)

4 сдвиг лейкоцитарной формулы влево (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

90 При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 интенсивной антибактериальной терапии (балл - 0)

2 установления постоянного катетера (балл - 9)

3 цистостомии при задержке мочи (балл - 0)

4 дренирования полости абсцесса (балл - 0)

5 дезинтоксикационной терапии (балл - 0)

91 Хронический простатит может быть диагностирован при:

Варианты ответов

1 наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита (балл - 0)

2 альбуминурии и цилиндрурии (балл - 0)

3 наличии дизурии, болей в промежности, половых расстройств (балл - 0)

4 гипотрофии яичек (балл - 0)

5 правильно 1 и 3 (балл - 9)

92 Ультразвуковое сканирование при хроническом простатите выявляет:

Варианты ответов

1 увеличение размеров предстательной железы (балл - 0)

2 диффузные изменения структуры предстательной железы (балл - 0)

3 признаки кистозного перерождения (балл - 0)

4 уменьшение предстательной железы в размерах (балл - 0)

5 правильно 1,2 и 4 (балл - 9)

93 Клиническими признаками гранулематозного простатита являются все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 хронического течения (балл - 0)

2 болей в эпигастрии (балл - 9)

3 умеренного лейкоцитоза и эозинофилии (балл - 0)

4 признаков склероза предстательной железы по данным пальцевого ректального исследования (балл - 0)

5 увеличения простаты (балл - 0)

94 При выявленном трансректально, пальпаторно и методом УЗИ абсцессе простаты показаны:

Варианты ответов

1 трансвезикальное (во время цистостомии) вскрытие абсцесса (балл - 0)

2 промежностная пункция абсцесса (балл - 0)

3 трансректальное вскрытие абсцесса (балл - 9)

4 продолжение противовоспалительного лечения (балл - 0)

5 пункция абсцесса и постоянная ирригация (балл - 0)

95 Наиболее информативным методом диагностики везикулита является:

Варианты ответов

1 анализ секрета предстательной железы (балл - 0)

2 везикулография (балл - 0)

3 спермограмма (балл - 0)

4 ультразвуковое исследование семенных пузырьков (балл - 9)

5 уретроцистография (балл - 0)

96 Наиболее информативным для диагностики везикулита является:

Варианты ответов

1 анализ спермы (балл - 0)

2 анализ секрета предстательной железы (балл - 0)

3 везикулография (балл - 0)

4 ультразвуковое исследование семенных пузырьков (балл - 9)

5 уретроцистография (балл - 0)

97 При хроническом простатите (латентном течении), склерозе шейки мочевого пузыря, остаточной моче в количестве 100 мл показано:

Варианты ответов

1 цистостомия (балл - 0)

2 простатэктомия (балл - 0)

3 трансуретральная электрорезекция шейки мочевого пузыря (балл - 9)

4 пункционная цистостомия (балл - 0)

5 санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия (балл - 0)

**Вопросы для устного опроса**

**Острый пиелонефрит (ОП):**

1. Анатомия и физиология органов МПС.
2. Этиология и патогенез ОП.
3. Пути проникновения инфекции в почку.
4. Классификация ОП.
5. Патологическая анатомия ОП.
6. Симптоматика и клиническое течение ОП.
7. Диагностика ОП.
8. Дифференциальная диагностика ОП.
9. Принципы консервативной терапии ОП.
10. Тактика ведения больных с ОП.
11. Осложнения ОП.
12. Показания к хирургическому лечению ОП.
13. Обтурационный пиелонефрит, понятие, причины.
14. Особенности клиники и диагностики обтурационного пиелонефрита
15. Тактика ведения больных с обтурационным пиелонефритом.
16. Виды эндоскопической помощи больным с обтурационным пиелонефритом.
17. Хирургическое лечение обтурационного пиелонефрита.
18. Прогноз, профилактика рецидива заболевания и диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОП.

**Бактериальнотоксический шок (БТШ):**

1. Причины БТШ.
2. Этиология и патогенез БТШ.
3. Патологическая анатомия БТШ.
4. Симптоматика и клиническое течение БТШ.
5. Диагностика БТШ.
6. Тактика ведения больных с БТШ.
7. Принципы консервативной терапии БТШ.
8. Показания к хирургическому лечению БТШ.
9. Виды хирургического лечения БТШ.
10. Дренирование почки, показания, виды.
11. «Шоковая почка» - понятие, тактика ведения больных.

**Гестационный пиелонефрит (ГП):**

1. Особенности анатомии, физиологии органов мочевой системы у беременных.
2. Этиология и патогенез ГП.
3. Симптоматика и клиническое течение ГП.
4. Диагностика ГП.
5. Дифференциальная диагностика ГП.
6. Принципы консервативной терапии и особенности ведения беременных с ГП.
7. Особенности антибактериальной терапии ГП.
8. Показания к хирургическому лечению при ГП.

9. Прогноз, профилактика рецидива заболевания и диспансерное наблюдение беременных, подверженных ГП.

**Паранефрит:**

1. Анатомия околопочечного пространства.
2. Этиология и патогенез паранефрита.
3. Патологическая анатомия паранефрита.
4. Симптоматика и клиническое течение паранефрита.
5. Диагностика паранефрита.
6. Дифференциальная диагностика паранефрита.
7. Тактика ведения больных с паранефритом.
8. Принципы консервативной терапии паранефрита.
9. Показания к хирургическому лечению при паранефрите.
10. Хирургическое лечение паранефрита.
11. Прогноз, профилактика рецидива заболевания и диспансерное наблюдение пациентов, перенесших паранефрит.

**Цистит:**

1. Анатомия мочевого пузыря.
2. Пути проникновения инфекции в мочевой пузырь
3. Этиология и патогенез ОП.
4. Классификация цистита.
5. Патологическая анатомия острого цистита.
6. Симптоматика и клиническое течение цистита.
7. Диагностика цистита.
8. Дифференциальная диагностика цистита.
9. Тактика ведения больных с острым циститом.
10. Принципы консервативной терапии цистита.
11. Осложнения острого цистита.
12. Прогноз, профилактика рецидива заболевания и диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острый цистит.

**Простатит:**

1. Анатомия и физиология предстательной железы.
2. Пути проникновения инфекции в предстательную железу.
3. Этиология и патогенез острого простатита.
4. Классификация простатита.
5. Патологическая анатомия острого простатита.
6. Симптоматика и клиническое течение острого простатита.
7. Диагностика острого простатита.
8. Дифференциальная диагностика острого простатита.
9. Тактика ведения больных с острым простатитом.
10. Принципы консервативной терапии острого простатита.
11. Осложнения острого простатита.
12. Прогноз, профилактика рецидива заболевания и диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острый простатит.

**Абсцесс простаты:**

1. Причины возникновения.

2. Клиника и диагностика заболевания.

3. Принципы консервативной терапии и хирургического лечения.

**Уретрит:**

1. Анатомия уретры.

2. Пути проникновения инфекции в уретру.

3. Этиология и патогенез уретрита.

4. Классификация уретрита.

5. Патологическая анатомия уретрита.

6. Симптоматика и клиническое течение уретрита.

7. Лабораторная диагностика острого уретрита.

8. Методики микробиологической диагностики

9. Дифференциальная диагностика уретрита.

10. Тактика ведения больных с острым уретритом.

11. Принципы консервативной терапии.

12. Прогноз, профилактика рецидива заболевания и диспансерное наблюдение пациентов перенесших острый уретрит.

**Кавернит:**

1. Анатомия полового члена.

2. Этиология и патогенез кавернита.

3. Симптоматика и клиническое течение кавернита.

4. Диагностика кавернита.

5. Дифференциальная диагностика кавернита.

6. Тактика ведения больных с кавернитом.

7. Принципы консервативной терапии.

8. Осложнения кавернита.

9. Показания к хирургическому лечению при каверните.

**Баланопостит:**

1. Этиология и патогенез баланопостита.

2. Симптоматика и клиническое течение баланопостита .

3. Диагностика баланопостита.

4. Тактика ведения больных с баланопоститом.

5. Принципы консервативной терапии.

6. Профилактика рецидива заболевания.

7. Причины возникновения, осложнения, лечебная тактика при хроническом баланопостите.

**Типовые клинические задачи**

 **Неспецифические воспалительные заболевания**

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?

Ответ: Боли в паховых областях, иррадиирующие в мошонку, болезненность при пальпации предстательной железы, отечность правой ее доли, большое количество лейкоцитов в секрете простаты — характерные проявления хронического простатита.

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?

Ответ: Высокая температура тела, озноб указывают на воспалительный процесс в паренхиматозном органе, имеющем хорошее кровоснабжение. Боли в промежности и дизурия характерны для заболевания предстательной железы, свидетельством чего являются данные ректального исследования простаты. В связи с тем, что мочеиспускание сохранено, нет участков флюктуации, показаний для оперативного вмешательства пока нет. Показано консервативное лечение — постельный режим, ректальные свечи с НПВС, антибактериальные препараты (лучше фторхинолонового ряда) сначала внутривенно, затем перорально, дезинтоксикационная терапия.

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?

Ответ: Предварительный диагноз — острый левосторонний пиелонефрит. Необходимо произвести общие анализы крови и мочи, обзорный снимок мочевой системы и экскреторную урографию, УЗИ почек.

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.

Ответ: Диагноз основной: мочекаменная болезнь, камень левого мочеточника. Осложнения: Острый обтурационный вторичный (калькулезный) левосторонний пиелонефрит. Лечебные мероприятия заключаются в катетеризации левого мочеточника с целью восстановления оттока мочи из пораженной почки и в последующем назначении антибактериальной, общеукрепляющей и дезинтоксикационной терапии. При невозможности провести мочеточниковый катетер проксимальнее конкремента или неэффективности лечения показана операция — уретеролитотомия, пиелоуретеростомия, декапсуляция левой почки. В случае успеха консервативной терапии и стихания явлений пиелонефрита в последующем применить один из вариантов камнеизгоняющей терапии.

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?

Ответ: Данные анамнеза и анализа мочи позволяют считать, что у родильницы хронический пиелонефрит, подострое течение. Необходимо произвести бактериологический анализ мочи, обзорную и экскреторную урографию, УЗИ почек.

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?

Ответ: Аденома предстательной железы, вторичный острый двусторонний пиелонефрит. Необходимо произвести общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, обзорную и экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи, ТрУЗИ простаты. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение — эпицистостомия. В послеоперационном периоде после восстановлении пассажа мочи — интенсивная консервативная терапия пиелонефрита по общепринятым схемам. В последующем – решение вопроса о консервативном или оперативном лечении ДГПЖ.

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?

Ответ: Вторично сморщенная правая почка вследствие пиелонефрита. Показана нефрэктомия справа.

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.

Ответ: Предварительный диагноз — хронический рецидивирующий пиелонефрит. План обследования — анализ мочи на скрытую лейкоцитурию (по Нечипоренко), бактериологический анализ мочи, УЗИ почек стоя и лежа, обзорная и экскреторная урография, микционная цистография для исключения ПМР. Возможна необходимость цистоскопии для исключения аномалий устьев мочеточников.

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?

Ответ: У больной клиническая картина хронического упорно протекающего цистита, не поддающегося антибактериальной терапии. Причиной такого цистита может быть туберкулез почек с поражением мочевого пузыря. Необходимо произвести бактериологический анализ мочи, посев мочи на микобактерии туберкулеза, цистоскопию (специфические бугорки, язвы, рубцы), обзорную и экскреторную урографию.

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?

Ответ: Асептическая пиурия, тупые боли в поясничной области, длительная дизурия являются характерными проявлениями туберкулеза почек и мочевой системы. Подтверждением этого предположения являются изменения на урограммах, где имеется картина кавернозного туберкулеза. Для уточнения диагноза показан посев мочи на ВК, проведение биологической пробы.

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?

Ответ: Учитывая неэффективность неспецифической терапии, наличие дизурии, патологических изменений в моче, бугорков, характерных для туберкулеза мочевого пузыря необходимо произвести бактериологическое исследование мочи, посев мочи на бациллы Коха, обзорную и экскреторную урографию, при необходимости, ретроградную пиелографию справа.

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?

Ответ: Учитывая наличие лейкоцитурии и анкилоза коленного сустава специфической этиологии необходимо иметь в виду туберкулез мочевой системы. Необходимо уточнить наличие контакта с туберкулезными больными (родители, родственники). В плане обследования предусмотреть рентгенологическое исследование легких, микроскопию осадка мочи, баканализ мочи, посев мочи на бациллы Коха, обзорную и экскреторную урографию, при неясной картине — ретроградную пиелографию.

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.

Ответ: Предварительный диагноз — хронический левосторонний эпидидимит, свищевая форма. Показано комплексное обследование легких, почек и мочевых путей на предмет выявления туберкулеза. Кроме того, необходимо произвести исследование мочи, секрета предстательной железы и гнойного отделяемого свища на ВК. Показано оперативное лечение — эпидидимэктомия с гистологическим исследованием удаленного придатка левого яичка. При подтверждении диагноза урогенитального туберкулеза — длительная химиотерапия под наблюдением фтизиоуролога.

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?

Ответ: Увеличение и плотность придатка яичка, наличие кожного рубца, спаянного с придатком, указывают на специфический процесс в придатке с некогда существовавшим свищом в месте рубца. Лейкоцитурия указывает на поражение специфическим процессом не только половой, но и мочевой системы. Необходимо произвести посевы мочи и секрета простаты на ВК, обзорную и экскреторную урографию.

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.

Ответ: У больной осложненная мочекаменная болезнь — калькулезный пионефроз. Необходимо произвести экскреторную урографию с отсроченными снимками, а также определить раздельную функцию почек с помощью радиоизотопных методов исследования. При отсутствии патологических процессов в противоположной почке и неизмененной ее функции показана правосторонняя нефрэктомия. При нарушенной функции левой почки — нефростомия справа с удалением конкрементов.

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?

Ответ: У больного острый левосторонний паранефрит. Для подтверждения диагноза нужно сделать рентгеноскопию грудной клетки, УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию. На обзорном снимке для острого паранефрита характерны сколиоз в больную сторону и исчезновение, нечеткость линии края поясничной мышцы на стороне поражения. На экскреторной урограмме выявляется смещение почки, функция которой при первичном (гематогенном) паранефрите, как правило, не нарушена.

17. 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?

Ответ: Клиническая картина характерна для острого простатита. Следует провести пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку. Грубое исследование может стать причиной острого пиелонефрита и шокового состояния.

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?

Ответ: У больной цисталгия. Причиной заболевания в данном случае может быть ранее перенесенное воспалительное заболевание органов малого таза.

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?

Ответ: У больной острый цистит. В данном случае имеется связь между половой жизнью и инфекцией мочевых путей, зависящая от анатомических особенностей женской мочеполовой системы. Учитывая причину, в первую очередь с профилактической целью стоит рекомендовать необходимость мочеиспускания до и после полового акта. Другой причиной возникновения заболевания может быть очень редкое опорожнение мочевого пузыря. Отсюда необходимость режима частых мочеиспусканий — каждые 2 часа. При повторении подобной ситуации показана посткоитальная профилактика антибиотиками (лучше фторхинолонового ряда или пероральными цефалоспоринами) в половинной разовой дозе.

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.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебные мероприятия показаны?

Ответ: 1. Камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит. 2. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия (камень мочеточника) показана чрескожная пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки необходимо назначение антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, препаратов ряда НПВС. После стихания явлений пиелонефрита следует удалить камень мочеточника одним из способов (консервативно, эндоскопически или путём открытой операции).

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".

1. Ваш диагноз?

2. Какова лечебная тактика?

Ответ:

1. Хронический пиелонефрит, сморщенная правая почка, нефрогенная гипертензия.

2. Жалобы, анамнез и данные обследования указывают на терминальную стадию хронического пиелонефрита, при которой показана нефрэктомия справа.

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?

Ответ:

1.УЗИ почек — дилатация чашечно-лоханочной системы справа, утолщение паренхимы правой почки, ограничение её подвижности.

2.Хромоцистоскопия — запаздывание выделения индигокармина из правого устья.

3.Экскреторная урография — снижение выделения контрастного вещества с больной стороны, неподвижность больной почки при дыхательных движениях (урография на вдохе и выдохе).

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 определяется гладкое эластичное образование размерами 6х8 овальной формы.

Ваш предположительный диагноз? Какое исследование позволит его уточнить? Ваши лечебные рекомендации?

Ответ: Гладкое эластичное образование в области мошонки характерно для водянки оболочек правого яичка. Уточнить диагноз можно с помощью УЗИ и диафаноскопии. Лечение оперативное. Гидроцеле могло возникнуть вследствие хронического эпидидимита, как осложнение острой гонореи.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

 Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врачуролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

**Тема: Раздел №4. Мочекаменная болезнь**

**Формы текущего контроля успеваемости**

-Тестирование

 -Устный опрос

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

 **Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9».***

**Раздел 5. Мочекаменная болезнь**

Вопрос

1 Наиболее высокая заболеваемость уролитиазом наблюдается в регионах с:

Варианты ответов

1 сухим жарким климатом (балл - 9)

2 умеренным климатом средней полосы (балл - 0)

3 холодным заполярным климатом (балл - 0)

4 тропическим влажным климатом (балл - 0)

5 климатом морского побережья (балл - 0)

2 К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся:

Варианты ответов

1 нарушение фосфорно-кальциевого обмена (балл - 0)

2 нарушение обмена щавелевой кислоты (балл - 0)

3 нарушение пуринового обмена (балл - 0)

4 мочевая инфекция (пиелонефит) (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

3 При щелочной реакции мочи преимущественно образуются:

Варианты ответов

1 мочекислые (уратные) камни (балл - 0)

2 цистиновые камни (балл - 0)

3 фосфатные камни (балл - 9)

4 оксалатные камни (балл - 0)

5 камнеобразование не зависит от реакции мочи (балл - 0)

4 Развитию оксалатурии способствует все, кроме:

Варианты ответов

1 дефицита в организме витамина В6 (балл - 0)

2 дефицита в организме витамина D (балл - 9)

3 избытка в пище лимонной кислоты (балл - 0)

4 хронических колитов (балл - 0)

5 литолитических препаратов (блемарен, уралит-У, и др.) (балл - 0)

5 Гиперкальциемия и гиперкальциурия способствуют образованию:

Варианты ответов

1 цистиновых камней (балл - 0)

2 мочекислых (уратных) камней (балл - 0)

3 оксалатных камней (балл - 0)

4 фосфатных камней (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

6 Снижение реабсорбции в канальцах почек мочевой кислоты может приводить к образованию:

Варианты ответов

1 цистиновых мочевых солей (балл - 0)

2 оксалатных мочевых солей (балл - 0)

3 уратных (мочекислых) мочевых солей (балл - 9)

4 фосфатных мочевых солей (балл - 0)

5 любых из перечисленных (балл - 0)

7 Хронический пиелонефрит способствует:

Варианты ответов

1 нарушению лимфооттока из почки (балл - 0)

2 нарушению уродинамики (балл - 0)

3 повышению вязкости мочи (балл - 0)

4 нарушению стабильности рН мочи (балл - 0)

5 всему перечисленному (балл - 9)

8 Образованию почечных камней в большей степени способствует:

Варианты ответов

1 хронический гломерулонефрит (балл - 0)

2 внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки (балл - 9)

3 гипоксия почки (балл - 0)

4 внепочечная лоханка (балл - 0)

5 артериальная гипертензия (балл - 0)

9 К факторам, не влияющим на образование мочевых камней, относятся:

Варианты ответов

1 высокая концентрация натрия и креатинина в крови и моче (балл - 9)

2 уростаз (балл - 0)

3 высокая вязкость мочи (балл - 0)

4 низкий уровень защитных коллоидов в моче (балл - 0)

5 высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче (балл - 0)

10 Для кристаллизации оксалатных солей наиболее оптимальной рН мочи является:

Варианты ответов

1 3,5 (балл - 0)

2 5,5 (балл - 9)

3 6,9 (балл - 0)

4 7,5 (балл - 0)

5 8,8 (балл - 0)

11 Для кристаллизации уратных мочевых солей наиболее оптимальной рН мочи является:

Варианты ответов

1 3,5 (балл - 0)

2 5,5 (балл - 9)

3 7,0 (балл - 0)

4 7,5 (балл - 0)

5 8,5 (балл - 0)

12 Для кристаллизации фосфатных солей наиболее оптимальной рН мочи является:

Варианты ответов

1 4,0 (балл - 0)

2 5,7 (балл - 0)

3 7,1 (балл - 9)

4 8,8 (балл - 0)

5 8,9 (балл - 0)

13 Образованию и росту камней в мочевых путях способствуют все условия, кроме:

Варианты ответов

1 уростаза (балл - 0)

2 шовного материала (капрон) стенки лоханки (балл - 0)

3 высокой вязкости мочи (балл - 0)

4 высокого содержания в моче мочевины и креатинина (балл - 9)

5 высокого содержания в моче мочевой и щавелевой кислот (балл - 0)

14 К факторам риска камнеобразования не относятся:

Варианты ответов

1 уратурия, оксалатурия (балл - 0)

2 высокое содержание мочевины и креатинина в крови (балл - 9)

3 высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты (балл - 0)

4 лейкоцитурия и эритроцитурия (балл - 0)

5 фосфатурия (балл - 0)

15 К рентгеноконтрастным мочевым камням относятся все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 оксалатов (балл - 0)

2 фосфатов (балл - 0)

3 смешанных (балл - 0)

4 уратов и мочекислых камней (балл - 9)

5 уратов + оксалатов (балл - 0)

16 К рентгенонегативным мочевым камням относятся:

Варианты ответов

1 фосфаты (балл - 0)

2 фосфаты + ураты (балл - 0)

3 ураты + оксалаты (балл - 0)

4 ураты (мочекислые) (балл - 9)

5 ураты + оксалаты + фосфаты (балл - 0)

17 Хронический пиелонефрит при МКБ выявляют приблизительно:

Варианты ответов

1 в 10% случаев (балл - 0)

2 в 30% случаев (балл - 0)

3 в 50%случаев (балл - 0)

4 в 80% случаев (балл - 9)

5 в 100% случаев (балл - 0)

18 Для диагностики гиперпаратиреоза при кальциевых мочевых камнях следует применить все методы, кроме:

Варианты ответов

1 определения ионизированного кальция в крови (балл - 0)

2 ультразвукового сканирования паращитовидных желез (балл - 0)

3 определения паратгормона в моче (балл - 9)

4 определения паратгормона в крови (балл - 0)

5 определения кальция в суточной моче (балл - 0)

19 В диагностике мочекислого (уратного) уролитиаза следует применять указанные ниже методы, кроме:

Варианты ответов

1 обзорной и экскреторной урографии (балл - 0)

2 определения кислой и щелочной фосфатаз крови (балл - 9)

3 определения мочевой кислоты крови (балл - 0)

4 УЗИ почек (балл - 0)

5 определения мочевой кислоты в суточной моче (балл - 0)

20 Выберите наиболее оптимальный вариант последовательности действий при экстренной диагностике острого обструктивного пиелонефрита: 1. КТ, 2. УЗИ почек, 3. Измерение АД и пульса. 4. Клинический анализ крови и мочи. 5. Радиоизотопная ренография. 6. Обзорная и экскреторная урография. 7. Лечебно-диагностическая катетеризация мочеточника

Варианты ответов

1 1,2,4,7 (балл - 0)

2 7,3,2,5 (балл - 0)

3 3,2,4,6,7 (балл - 9)

4 6,4,2,7 (балл - 0)

5 2,5,7,3 (балл - 0)

21 В выборе метода оперативного лечения почечная артериография целесообразна:

Варианты ответов

1 при камнях чашечек почки (балл - 0)

2 при коралловидном камне почки 1 степени (балл - 0)

3 при камне лоханки почки (балл - 0)

4 при губчатой почке и множественных камнях (балл - 0)

5 ни в одном случае (балл - 9)

22 Компьютерная рентгеновская томография целесообразна:

Варианты ответов

1 при коралловидном камне почки 2 степени (балл - 0)

2 при камнях лоханок обеих почек (балл - 0)

3 при уратном (рентгенонегативном) камне лоханки почки (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 0)

5 ни в одном случае (балл - 9)

23 Ретроградная уретеропиелография наиболее целесообразна:

Варианты ответов

1 при камне (оксалате) лоханки почки или мочеточника (балл - 0)

2 при подозрении на камень (урат) мочеточника, лоханки или чашечки (балл - 9)

3 при камне (фосфате) чашечки, лоханки или мочеточника (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 0)

5 ни в одном случае (балл - 0)

24 Радиоизотопная ренография наиболее целесообразна:

Варианты ответов

1 при коралловидном камне почки (балл - 0)

2 при камнях обеих почек (балл - 0)

3 при камнях обоих мочеточников (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 9)

5 ни в одном случае (балл - 0)

25 УЗИ почек целесообразно:

Варианты ответов

1 при подозрении на камень урат почки (балл - 0)

2 при коралловидном камне почки (балл - 0)

3 при камне мочеточника (балл - 0)

4 ни в одном случае (балл - 0)

5 во всех случаях (балл - 9)

26 Обзорная и экскреторная урография целесообразны:

Варианты ответов

1 при камнях лоханок обеих почек (балл - 0)

2 при коралловидном камне почки (обеих почек) (балл - 0)

3 при камне (урате) мочеточника (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 9)

5 только 1 и 2 (балл - 0)

27 Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен:

Варианты ответов

1 при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе (балл - 0)

2 при коралловидных камнях почек и пиурии (балл - 0)

3 при остром гнойном пиелонефрите (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 0)

5 ни в одном случае (балл - 9)

28 Посев мочи на микрофлору целесообразен:

Варианты ответов

1 при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника (балл - 0)

2 при остром серозном пиелонефрите и камне почки (балл - 0)

3 при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 9)

5 ни в одном случае (балл - 0)

29 Проба по Зимницкому наиболее целесообразна:

Варианты ответов

1 при камне чашечки почки (балл - 0)

2 при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику (балл - 0)

3 при коралловидных камнях почек (балл - 9)

4 при камне лоханки почки без нарушения уродинамики (балл - 0)

5 при камне мочеточника, нарушающем уродинамику (балл - 0)

30 Динамическая нефросцинтиграфия наиболее целесообразна:

Варианты ответов

1 при коралловидном камне почки (балл - 9)

2 при камне лоханки почки размером 5х6 мм (балл - 0)

3 при камне мочеточника (балл - 0)

4 при камне чашечки почки (балл - 0)

5 при отошедшем камне мочеточника (балл - 0)

31 Радиоизотопное статическое сканирование почек целесообразно:

Варианты ответов

1 при камне мочеточника (балл - 0)

2 при камне лоханки почки диаметром не менее 5мм (балл - 0)

3 при камнях обоих мочеточников (балл - 0)

4 во всех случаях (балл - 0)

5 ни в одном случае (балл - 9)

32 У больного самостоятельно отходят уратные камни и соли. Выберите оптимальный вариант исследований из предложенных: 1. ОАМ, мочевая кислота суточной мочи, 2. Трансаминаза крови. 3. Мочевая кислота крови. 4 Обзорная и экскреторная урография. 5. УЗИ почек. 6 . КТ почек

Варианты ответов

1 1,3,4,5, (балл - 9)

2 1,2,3,5,6 (балл - 0)

3 2,3,5,6 (балл - 0)

4 все виды исследований (балл - 0)

5 все, кроме 2 (балл - 0)

33 У пациента самостоятельно отходят оксалатные камни и соли. Выберите необходимый вариант обследования. 1. кальций крови и суточной мочи.2 трансаминазы крови. 3. фосфор крови. 4. хлориды крови. 5.оксалаты (щавелевая кислота) суточной мочи. 6. белковые фракции крови.

Варианты ответов

1 все вышеперечисленные исследования (балл - 0)

2 1,2,5,6 (балл - 0)

3 1,3,5 (балл - 9)

4 4,5,6 (балл - 0)

5 2,3,5,6 (балл - 0)

34 У пациента камень нижней трети мочеточника 3 мм, уретеропиелоэктазия выше камня.Выберите вариант из предложенных методов лечения:

Варианты ответов

1 спазмолитические средства (балл - 0)

2 стимулирующая мочеточник физиотерапия (балл - 0)

3 водные нагрузки: 1,5 литра в день + фуросемид (балл - 0)

4 верно 1 и 2 (балл - 9)

5 верно 1,2,3 (балл - 0)

35 У пациента в поликлинике диагностирована почечная колика, температура 38,3 С. в течение 2-х дней, ознобы.Ваши действия:

Варианты ответов

1 лечить на дому антибиотиками (балл - 0)

2 госпитализировать в терапевтическое отделение (балл - 0)

3 срочно госпитализировать в урологический стационар (балл - 0)

4 срочно деблокировать почку (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

36 У пациента камни нижней трети обоих мочеточников.Почечная колика. Острый гнойный пиелонефрит справа.Бактериотоксический шок. Выберите самое первое действие в экстренной помощи:

Варианты ответов

1 срочная нефростомия и декапсуляция правой почки (балл - 0)

2 внутривенно кортикостероиды, полиглюкин, сердечно-сосудистые средства (балл - 9)

3 срочная уретеролитотомия справа (балл - 0)

4 катетеризация правого мочеточника (балл - 0)

5 срочная чрескожная пункционная нефростомия справа (балл - 0)

37 Анурия в течение 24 часов. В анамнезе отхождение уратных камней и солей.Ваше первое действие по оказанию экстренной помощи:

Варианты ответов

1 лазикс в/в 100 мг (балл - 0)

2 катетеризация мочеточников (балл - 9)

3 срочная ЧПНС (балл - 0)

4 в/в 1 литр физиологического раствора (балл - 0)

5 перевести пациента в нефрологический стационар (балл - 0)

38 У пациента уратный (рентгенонегативный) камень 25х25 мм лоханки почки без нарушения уродинамики.Наиболее целесообразно лечение начинать с:

Варианты ответов

1 чрескожной пункционной нефролитолапаксии (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 пиелолитотомии (балл - 0)

4 литолиза (балл - 9)

5 вмешательство не показано (балл - 0)

39 У пациента камень - оксалат лоханки почки 15х15 мм без нарушения уродинамики. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 ДЛТ (балл - 9)

2 литолиз (балл - 0)

3 пиелолитотомию (балл - 0)

4 чрескожную пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

5 вмешательство не показано (балл - 0)

40 При фосфатном камне лоханки почки 10х10мм без нарушения уродинамики, хроническом латентном пиелонефрите наиболее целесообразно рекомендовать:

Варианты ответов

1 пиелолитотомию (балл - 0)

2 вмешательство не показано (балл - 0)

3 ударно-волновую литотрипсию (балл - 9)

4 литолиз (балл - 0)

5 чрескожную пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

41 При уратном камне лоханки почки 20х18 мм, хроническом пиелонефрите в активной фазе, педункулите, периуретерите, гидрокаликозе следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 ДЛТ (балл - 0)

2 антибактериальную терапию без оперативного вмешательства (балл - 0)

3 литолиз (балл - 0)

4 чрескожную пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

5 пиелолитотомию, уретеролиз (балл - 9)

42 При оксалатном камне лоханки почки 25х30 мм, хроническом пиелонефрите и выраженном гидрокаликозе показано:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 вмещательство не показано (балл - 0)

4 пиелолитотомия (балл - 9)

5 катетеризация мочеточника (балл - 0)

43 При оксалатном камне лоханки почки 15х16мм без нарушения уродинамики в первую очередь следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 пункционную нефролитоэкстракцию (балл - 0)

3 пиелолитотомию (балл - 0)

4 вмешательство не показано (балл - 0)

5 ДЛТ (балл - 9)

44 У пациента 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень лоханки внутрипочечного типа без нарушения функции почки и уродинамики, хронический латентный пиелонефрит. Ему лучше рекомендовать:

Варианты ответов

1 пиелолитотомию, нефростомию (балл - 0)

2 секционную нефролитотомию, нефростомию (балл - 0)

3 литолиз (балл - 0)

4 пункционную нефростомию, нефролитолапаксию (балл - 0)

5 вмешательство не производить, динамическое наблюдение (балл - 9)

45 У пациента 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень внутрипочечной лоханки, гидрокаликоз, хронический пиелонефрит в активной фазе.Наиболее целесообразно рекомендовать:

Варианты ответов

1 вмешательство не производить (балл - 0)

2 пиелолитотомию, возможно нефролитотомию и нефростомию (балл - 9)

3 пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

4 ДЛТ (балл - 0)

5 литолиз (балл - 0)

46 У пациента 20 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень второй стадии при внепочечном типе лоханки, хронический латентный пиелонефрит, педункулит.Оптимальным из перечисленных методов лечения может быть:

Варианты ответов

1 вмешательство не производить (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 секционная нефролитотомия, нефростомия (балл - 0)

4 пиелолитотомия, нефростомия (балл - 9)

5 литолиз (балл - 0)

47 У пациента 55 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень второй стадии внепочечной лоханки, выраженный гидрокаликоз, хронический пиелонефрит в активной фазе, педункулит. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 вмешательство не производить (балл - 0)

2 заднюю почечную пиелокаликолитотомию, уретеролиз, нефростомию (балл - 9)

3 пункционную нефростомию в сочетании с литолапаксией (балл - 0)

4 литолиз (балл - 0)

5 секционную нефролитотомию, нефростомию (балл - 0)

48 При губчатых почках, множественных камнях паренхимы почек, хроническом пиелонефрите в активной фазе, следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 нефролитотомию и нефростомию (балл - 0)

2 антибактериальную терапию без оперативного вмешательства (балл - 9)

3 ДЛТ (балл - 0)

4 литолиз (балл - 0)

5 пункционную нефролитотомию (балл - 0)

49 Пациенту 35 лет с двухсторонними коралловидными камнями почек, при внепочечных лоханках, умеренном нарушении уродинамики и хроническом пиелонефрите можно рекомендовать:

Варианты ответов

1 пиелолитотомию, нефростомию с одной стороны (балл - 9)

2 пиелолитотомию, нефростомию одновременно с двух сторон (балл - 0)

3 вмешательство не показано (балл - 0)

4 литолиз (балл - 0)

5 двустороннюю пункционную нефростомию (балл - 0)

50 Пациенту 50 лет с пионефрозом справа, коралловидным камнем и хроническим пиелонефритом слева следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 пиелолитотомию и нефростомию слева (балл - 0)

2 нефрэктомию справа (балл - 9)

3 нефрэктомию справа, пиелолитотомию и нефростомию слева одномоментно (балл - 0)

4 ДЛТ слева (балл - 0)

5 вмешательство не показано (балл - 0)

51 При уратных камнях чашечек обеих почек на фоне хронического латентного пиелонефрита следует применить:

Варианты ответов

1 оперативное лечение (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 литолиз (балл - 9)

4 пункционную нефролитотомию (балл - 0)

5 сан.-курортное лечение (балл - 0)

52 При ДГПЖ объемом 90 см3 и уратном камне мочевого пузыря 30х25 мм следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 цистолитотомию и цистостомию (балл - 0)

3 ДЛТ (балл - 0)

4 цистолитотомию, аденомэктомию и цистостомию (балл - 9)

5 вмешательство не показано (балл - 0)

53 При уратном камне ЛМС и остром серозном пиелонефрите показаны:

Варианты ответов

1 антибиотики, спазмолитические средства (балл - 0)

2 пункционная нефролитотомия (балл - 0)

3 пиелолитотомия, ревизия почки (нефростомия) (балл - 9)

4 ДЛТ (балл - 0)

5 катетеризация мочеточника (балл - 0)

54 При рентгенологически слабоконтрастном камне (условно 85% урат+ 15% оксалат) 15х17 мм лоханки почки и хроническом латентном пиелонефрите возможно рекомендовать все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 литолиза (балл - 9)

2 пиелолитотомии (балл - 0)

3 ДЛТ (балл - 0)

4 пункционной нефролитолапаксии (балл - 0)

5 все равноценно (балл - 0)

55 При камне - урате (рентгенонегативном) 12х8 мм верхней трети мочеточника, нарушающем уродинамику и хроническом пиелонефрите в стадии ремиссии следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 уретеролитотомию (балл - 9)

3 литокинетическую терапию (балл - 0)

4 уретеролитоэкстракцию (балл - 0)

5 контактную литотрипсию (балл - 0)

56 При уратном камне 5х10 мм в нижней трети мочеточника, умеренно нарушающем уродинамику и хроническом латентном пиелонефрите наиболее показано:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 уретеролитоэкстракция (балл - 9)

3 уретеролитотомия (балл - 0)

4 вмешательство не производить (балл - 0)

5 санаторно-курортное лечение (балл - 0)

57 При оксалатном или фосфатном камне 12х7 мм в средней трети мочеточника и функционирующей почке можно рекомендовать:

Варианты ответов

1 контактную литотрипсию (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 уретеролитотомию (балл - 0)

4 возможно 1,2,3 (балл - 9)

5 уретеролитоэкстрацию (балл - 0)

58 У пациента 20 лет камень - оксалат 5х8 мм в нижней трети мочеточника с умеренной уретероэктазией. Ему лучше всего рекомендовать:

Варианты ответов

1 уретеролитоэкстрацию (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 консервативное лечние в течении 1 месяца (балл - 0)

4 контактную литотрипсию (балл - 0)

5 возможно 1 и 3 (балл - 9)

59 Пациенту 25 лет с камнями нижней трети обоих мочеточников размерами 14х6 мм и умеренной уретероэктазией в первую очередь следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 продолжить консервативную терапию (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 9)

3 уретеролитоэкстракцию с одной стороны (балл - 0)

4 уретеролитотомию одномоментно с двух сторон (балл - 0)

5 контактную литотрипсию (балл - 0)

60 При камне - фосфате 5х10 мм в нижней трети мочеточника, умеренной уретероэктазии наиболее показано:

Варианты ответов

1 уретеролитотомия (балл - 0)

2 ДЛТ (балл - 0)

3 контактная литотрипсия (балл - 0)

4 возможно 2 и 3 (балл - 9)

5 продолжить консервативное лечение (балл - 0)

61 Камень 5 мм в уретероцеле, размерами 12х12мм, уродинамика не нарушена.Наиболее целесообразно рекомендовать:

Варианты ответов

1 вмешательство не производить (балл - 0)

2 иссечение уретероцеле трансвезикально (балл - 0)

3 рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом на мочеточниковом катетере (балл - 9)

4 ДЛТ (балл - 0)

5 контактную литотрипсию (балл - 0)

62 Пациенту 55 лет с множественными камнями почки, хроническим пиелонефритом в активной фазе, вторичной сморщенной почкой, артериальной гипертензией в течение 2-лет, наиболее целесообразна:

Варианты ответов

1 противовоспалительная, гипотензивная терапия амбулаторно (балл - 0)

2 пиелолитотомия, нефростомия (балл - 0)

3 пункционная нефростомия (балл - 0)

4 нефрэктомия (балл - 9)

5 ДЛТ (балл - 0)

63 При камне лоханки почки 20х25 мм и в нижней трети мочеточника с той же стороны размером 14х8 мм, сохраненной функции почки и хроническом пиелонефрите в активной фазе наиболее целесообразно:

Варианты ответов

1 длительная антибактериальная и спазмолитическая терапия (балл - 0)

2 уретеролитоэкстракция + пиелолитотомия (балл - 0)

3 ДЛТ камня почки (балл - 0)

4 пиелолитотомия и уретеролитотомия из одного разреза по Израэлю (балл - 0)

5 уретеролитотомия, пиелолитотомия и нефростомия из двух разрезов (балл - 9)

64 У пациента камень лоханки почки, карбункул почки, высокая температура тела, выраженная интоксикация; целесообразно:

Варианты ответов

1 назначить в/в или эндолимфатически антибиотики без вмешательства (балл - 0)

2 выполнить срочную нефрэктомию (балл - 0)

3 выполнить срочную пиелолитотомию, иссечение карбункула, нефростомию (балл - 9)

4 произвести катетеризацию или стентирование мочеточника и назначить консервативную терапию (балл - 0)

5 выполнить пункционную нефростомию (балл - 0)

65 При камне в верхней трети мочеточника,осложненном острым гнойным пиелонефритом, следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 уретеролитотомию, нефростомию и декапсуляцию почки (балл - 9)

2 катетеризацию или стентирование мочеточника и консервативное лечение (балл - 0)

3 консервативное лечение: в/в или эндолимфатически антибиотики широкого спектра действия без вмешательства (балл - 0)

4 ЧПНС (балл - 0)

5 нефрэктомию (балл - 0)

66 При камне в нижней трети мочеточника 5х4 мм, осложненном острым серозным пиелонефритом, наиболее показана:

Варианты ответов

1 уретеролитотомия (балл - 0)

2 нефростомия и декапсуляция почки (балл - 0)

3 пункционная нефростомия и АБ широкого спектра действия (балл - 9)

4 уретеролитоэкстракция и стентирование мочеточника (балл - 0)

5 контактная литотрипсия (балл - 0)

67 Камень 25х20 мм в лоханке смешанного типа, педункулит; наиболее показан доступ в лоханку:

Варианты ответов

1 задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия, уретеролиз (балл - 9)

2 передняя пиелолитотомия (балл - 0)

3 нижняя продольная пиелолитотомия (балл - 0)

4 верхняя поперечная пиелолитотомия (балл - 0)

5 равноценны все методы (балл - 0)

68 При коралловидном камне 2 стадии и внепочечной лоханке лучше рекомендовать:

Варианты ответов

1 заднюю продольную пиелолитотомию (балл - 0)

2 заднюю поперечную внутрисинусную пиелолитотомию (балл - 9)

3 секционную нефролитотомию (балл - 0)

4 переднюю продольную пиелолитотомию (балл - 0)

5 равноценны все методы (балл - 0)

69 Пациенту произведена пиелолитотомия, нефролитотомия по поводу коралловидного камня почки 3 стадии; следует также выполнить:

Варианты ответов

1 нефростомию через нижнюю (среднюю) чашку (балл - 0)

2 зашить лоханку наглухо без нефростомии (балл - 0)

3 пиелостомию (балл - 0)

4 циркулярную (кольцевую) нефростомию (балл - 9)

5 равноценны все методы (балл - 0)

70 При удалении камней из лоханки и чашечек почки обнаружены также соли, детрит. При этом следует применить:

Варианты ответов

1 циркулярную нефростомию (балл - 0)

2 нефростомию через нижнюю (среднюю) чашку (балл - 9)

3 пиелостомию (балл - 0)

4 ушить лоханку наглухо (балл - 0)

5 равноценны все методы (балл - 0)

71 Во время пиелолитотомии и нефролитотомии отмечалось значительное форникальное кровотечение. В этом случае следует применить:

Варианты ответов

1 введение в лоханку и чашечки гемостатической губки (балл - 0)

2 каликостомию (балл - 0)

3 нефростомию (балл - 9)

4 нефрэктомию (балл - 0)

5 зашить лоханку наглухо (балл - 0)

72 При коралловидном камне 3 степени планируется пиелолитотомия, нефротомия и нефростомия. Расположение почки высокое, XI и ХII ребра длинные, межреберье узкое. Наиболее рациональным оперативным доступом может быть:

Варианты ответов

1 люмботомия по Федорову (балл - 0)

2 люмботомия с переходом в 9-е межреберье (балл - 0)

3 люмботомия с переходом в 10-е межреберье (балл - 0)

4 люмботомия по Израэлю (балл - 0)

5 люмботомия по Нагамацу (балл - 9)

73 При камне лоханки почки 25х20 мм и камне юкставезикального отдела мочеточника 12х9 мм с той же стороны показан доступ:

Варианты ответов

1 люмботомия по Федорову и разрез по Пирогову (балл - 9)

2 люмботомия по Израэлю (балл - 0)

3 параректальный разрез (балл - 0)

4 трансабдоминальный доступ (балл - 0)

5 все доступы равноценны (балл - 0)

74 При уратном (рентгенонегативном) камне средней трети мочеточника, 15х9 мм, нарушающем уродинамику, наиболее целесообразно:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 уретеролитоэкстракция (балл - 0)

3 уретеролитотомия (балл - 9)

4 спазмолитическая терапия, электростимуляция мочеточника (балл - 0)

5 ЧПНС (балл - 0)

75 При ДГПЖ объемом 40 мл и камне (оксалате) мочевого пузыря 30х30 мм можно рекомендовать:

Варианты ответов

1 литолиз (балл - 0)

2 цистолитотомию, аденомэктомию и цистостомию (балл - 0)

3 контактную литотрипсию и ТУР простаты (балл - 9)

4 трансуретральную цистолитотрипсию (балл - 0)

5 ДЛТ (балл - 0)

76 Пациенту 50 лет с камнем юкставезикального отдела мочеточника размером 6х9 мм, частично нарушающим уродинамику, вначале целесообразно рекомендовать:

Варианты ответов

1 консервативную терапию (балл - 0)

2 уретеролитотомию (балл - 0)

3 уретеролитоэкстракцию (балл - 0)

4 ДЛТ (балл - 9)

5 равноценно 1 и 2 (балл - 0)

77 Пациенту 55 лет с камнем средней трети мочеточника размером 6х9 мм, частично нарушающим уродинамику, вначале целесообразно рекомендовать:

Варианты ответов

1 консервативную терапию (балл - 0)

2 уретеролитотомию (балл - 0)

3 уретеролитоэкстракцию (балл - 0)

4 ДЛТ (балл - 9)

5 равноценно 1 и 3 (балл - 0)

78 У пациентки 30 лет камень нижней трети мочеточника 5х9 мм, нарушающий уродинамику. Ей целесообразно рекомендовать:

Варианты ответов

1 проводить консервативную терапию (балл - 0)

2 уретеролитотомию (балл - 0)

3 уретеролитоэкстракцию (балл - 0)

4 контактную литотрипсию (балл - 0)

5 возможно 3 и 4 (балл - 9)

79 При стойкой фосфатурии после пиелолитотомии следует назначить:1 Молочную диету. 2. Ежедневно принимать по 1 лимону. 3 Антибиотики широкого спектра действия, уроантисептики. 4 Метионин, аскорбиновую кислоту. 5 Пищу , богатую белком(мясо,рыба), жиры, масла. 6 Мочегонные растительные средства. 7 Цитратные препараты(магурлит или уралит-У).

Варианты ответов

1 правильно все перечисленное (балл - 0)

2 правильно все, кроме 1, 2, 7 (балл - 9)

3 правильно все, кроме 5 и 7 (балл - 0)

4 правильно все, кроме 1, 2, 3 (балл - 0)

5 правильно все, кроме 2, 5, 7 (балл - 0)

80 При стойкой оксалатурии после трехкратного отхождения оксалатных камней следует рекомендовать: 1 Пищу, богатую лиственной зеленью, бобовые. 2 Пищу, богатую кальцием(молочные продукты, картофель). 3 Пищу, содержащую витамины группы В, А, магний. 4 Цитратные препараты. 5 Окись магния, тиосульфат магния. 6 Витамины В6, А. 7 Пшеничные отруби. 8 Увеличить диурез до 2 л.

Варианты ответов

1 правильно все перечисленное (балл - 0)

2 правильно все, кроме 2 и 5 (балл - 0)

3 правильно все, кроме 1, 2 (балл - 9)

4 правильно все, кроме 3, 5, 6, 7 и 8 (балл - 0)

5 правильно все, кроме 1 и 5 (балл - 0)

81 При стойкой уратурии лечение включает: 1 Молочную диету. 2 Растительную диету. 3 Мясную диету. 4 Диурез 2-2,5 л. 5 Диурез менее 1 л. 6 Цитратные препараты. 7 Блокаторы пуринового обмена(аллопуринол и др)

Варианты ответов

1 правильно все перечисленное (балл - 0)

2 правильно все, кроме 1, 3, 5 (балл - 0)

3 правильно все, кроме 1, 2, 3, и 4 (балл - 0)

4 правильно все, кроме 1, 3, 4 и 6 (балл - 0)

5 правильно все, кроме 3 и 5 (балл - 9)

82 При двусторонних рентгеноконтрастных коралловидных камнях почек и подозрении на гиперпаратиреоз в план диагностики следует включить:

Варианты ответов

1 исследование ренина, альдостерона крови (балл - 0)

2 определение кальция, фосфора сыворотки крови и суточной мочи (балл - 0)

3 определение паратгормона, кальцитонина крови (балл - 0)

4 сканирование паращитовидных желез и скелета (балл - 0)

5 все, кроме 1 (балл - 9)

83 При уратном камневыделении в план обследования следует включить:

Варианты ответов

1 рентгенографию черепа (балл - 0)

2 определение мочевой кислоты в сыворотке крови и суточной моче (балл - 9)

3 определение щелочной фосфатазы крови (балл - 0)

4 верно 1 и 2 (балл - 0)

5 верно 2 и 3 (балл - 0)

84 При рецидивном оксалатном камнеобразовании и оксалатурии включаем исследование:

Варианты ответов

1 определение кальция и фосфора в сыворотке крови и суточной моче (балл - 0)

2 определение оксалатов в суточной моче (балл - 0)

3 УЗИ паращитовидных желез (балл - 0)

4 определение кислой фосфатазы крови (балл - 0)

5 все верно (балл - 9)

85 Уретеролитоэкстракция наиболее целесообразна:

Варианты ответов

1 у женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 6 мм и неосложненном течении (балл - 9)

2 у мужчин в той же ситуации (балл - 0)

3 при камнях средней трети мочеточника 5 мм у мужчин и женщин (балл - 0)

4 при двусторонних камнях 5 мм верхней трети мочеточника (балл - 0)

5 во всех случаях (балл - 0)

86 При постренальной анурии (камни мочеточников) экстренную помощь начинают с:

Варианты ответов

1 в/в введения лазикса, спазмолитиков и инфузионной терапии (балл - 0)

2 катетеризации мочеточников (балл - 9)

3 ЧПНС (балл - 0)

4 ДЛТ (балл - 0)

5 равноценно 1 и 2 (балл - 0)

87 При уратном камне лоханки правой почки и оксалатном - в левой почке, размерами по 25х20 мм каждый первоначально лучше всего рекомендовать:

Варианты ответов

1 растворение уратного камня справа, вторым этапом - ДЛТ или пиелолитотомию слева (балл - 0)

2 одновременно пиелолитотомию с 2-х сторон (балл - 0)

3 последовательно пиелолитотомию с интервалом в 1-2 месяца (балл - 0)

4 ДЛТ (балл - 9)

5 пункционную нефролитолапаксию слева и литолиз справа (балл - 0)

88 Двусторонние коралловидные камни почек у больного 45 лет. Хронический латентный пиелонефрит. Лоханки внепочечного типа. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 оперативное лечение не показано (балл - 0)

2 одномоментно пиелолитотомию, нефростомию с 2-х сторон (балл - 0)

3 пиелолитотомию(нефростомию) с одной стороны, через 2-3 месяца - с другой стороны (балл - 9)

4 двустороннюю ДЛТ (балл - 0)

5 равноценно 2 и 3 (балл - 0)

89 При камне верхней трети мочеточника 10 мм и остром серозном пиелонефрите следует применить:

Варианты ответов

1 экстренно уретеролитотомию, ревизию почки (балл - 9)

2 экстренно нефрэктомию (балл - 0)

3 экстренно контактную литотрипию (балл - 0)

4 установку стента в мочеточник (балл - 0)

5 продолжить консервативную, антибактериальную терапию (балл - 0)

90 При камне лоханки 20х20 мм и остром серозном пиелонефрите следует применить:

Варианты ответов

1 консервативную терапию (балл - 0)

2 экстренно пиелолитотомию, ревизию почки, нефростомию (балл - 9)

3 нефрэктомию (балл - 0)

4 пункционную нефролитолапаксию и нефростомию (балл - 0)

5 ДЛТ (балл - 0)

91 При камне лоханки 20х20 мм и остром гнойном пиелонефрите следует назначить:

Варианты ответов

1 антибиотики, кортикостероиды, инфузионную терапию (балл - 0)

2 экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки (балл - 9)

3 экстренно пункционную нефростомию (балл - 0)

4 катетеризацию мочеточника , лоханки (балл - 0)

5 равноценные варианты 1, 2, 4 (балл - 0)

92 Камень лоханки. Острый гнойный пиелонефрит. Бактериемический шок. Следует назначить:

Варианты ответов

1 экстренно нефрэктомию (балл - 0)

2 экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки (балл - 0)

3 стент мочеточника (балл - 0)

4 противошоковую терапию, кортикостероиды, инфузионную терапию и др., после выведения из шока - оперативное лечение (балл - 9)

5 равноценные варианты 1, 2, и 3 (балл - 0)

93 Уратный камень почки и острый серозный пиелонефрит. Следует применить:

Варианты ответов

1 растворение камня в сочетании с антибактериальной терапией (балл - 0)

2 установку стента в мочеточник (балл - 0)

3 пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

4 ДЛТ (балл - 0)

5 экстренную пиелолитотомию, ревизию почки (балл - 9)

94 Мелкие камни обоих мочеточников и анурия 20 часов. В начале следует применить:

Варианты ответов

1 в/в лазикс, инфузионную терапию, спазмолитики (балл - 0)

2 двустороннюю нефростомию (балл - 0)

3 катетеризацию мочеточников (балл - 9)

4 установить пункционную нефростому (балл - 0)

5 двустороннюю экстренную уретеролитотомию (балл - 0)

95 Камень мочеточника 5 мм единственной почки и анурия 12 часов. В начале следует применить:

Варианты ответов

1 в/в лазикс (балл - 0)

2 экстренную нефростомию оперативно (балл - 0)

3 ЧПНС (балл - 0)

4 катетеризацию мочеточника (балл - 9)

5 равноценно 2, 3, и 4 (балл - 0)

96 В поликлинике у пациента диагностирован камень мочеточника. Почечная колика. Острый серозный пиелонефрит. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 продолжить антибактериальную, спазмолитическую терапию на дому (балл - 0)

2 экстренно госпитализировать в урологический стационар (балл - 9)

3 катетеризацию мочеточника в поликлинике (балл - 0)

4 срочно экскреторную урографию в поликлинике (балл - 0)

5 равноценные варианты 1, 3 и 4 (балл - 0)

97 У пациентки 35 лет двусторонние коралловидные камни. Хронический пиелонефрит. Вторично сморщенные почки. Уремия. Ей можно рекомендовать:

Варианты ответов

1 гемодиализ, инфузионную терапию, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки (балл - 9)

2 пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон (балл - 0)

3 установку стентов с 2-х сторон (балл - 0)

4 катетеризацию мочеточников (балл - 0)

5 ЧПНС (балл - 0)

98 У больного нагноение поясничной раны после пиелотомии. Ему необходимо:

Варианты ответов

1 увеличить дозу антибиотиков (балл - 0)

2 промывать рану раствором антибиотиков (балл - 0)

3 исключить мочевой затек и при необходимости оперировать (балл - 9)

4 тампоны с мазью Вишневского в рану (балл - 0)

5 пунктировать почку (балл - 0)

99 Пациенту проводят множественную нефролитотомию по поводу коралловидного камня при внутрипочечной лоханке. С целью уменьшения кровопотери ему необходимо:

Варианты ответов

1 предварительно в/в е- аминокапроновая кислота (балл - 0)

2 гемотрансфузия (балл - 0)

3 гипотермия почки (балл - 0)

4 предварительное выделение почечной артерии и парциальное пережатие ее на время секции почки (балл - 9)

5 тампонада разреза почки гемостатической губкой (балл - 0)

100 После 4-х перенесенных ранее операций на почке по поводу нефролитиаза выявлен пионефроз. Наиболее целесообразным методом операции является:

Варианты ответов

1 нефростомия операционная (балл - 0)

2 оперативное лечение не проводить (балл - 0)

3 катетеризация мочеточника (балл - 0)

4 ЧПНС (балл - 0)

5 нефрэктомия, возможно субкапсулярно (балл - 9)

101 При множественных камнях расширенной нижней чашечки, где паренхима составляет 3-4 мм и удовлетворительной функции почки следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 вмешательство не производить (балл - 0)

2 нефролитотомию (балл - 0)

3 пиелолитотомию (балл - 0)

4 резекцию нижнего полюса почки (балл - 9)

5 нефрэктомию (балл - 0)

102 При ХПН I и II стадии и уратном нефролитиазе в диете следует:

Варианты ответов

1 увеличить мясные бульоны (балл - 0)

2 белок(мясо) назначать из расчета 1 г на 1 кг массы тела больного (балл - 0)

3 белок можно уменьшить до 30 г /24 час с добавлением 1 яйца в день (балл - 9)

4 белок(мясо) исключить полностью (балл - 0)

5 заменить мясную диету на рыбную (балл - 0)

103 При оксалатурии и оксалатном нефролитиазе следует:

Варианты ответов

1 увеличить прием аскорбиновой кислоты до 1 г/24ч (балл - 0)

2 исключить полностью из диеты лиственную зелень (балл - 0)

3 исключить из растительной пищи продукты, содержащие избыток щавелевой кислоты (балл - 9)

4 рекомендовать 1-2 лимона в день (балл - 0)

5 увеличить белок(мясо) до 3 г на 1 кг массы тела больного в сутки (балл - 0)

104 При фосфатурии и фосфатном нефролитиазе следует:

Варианты ответов

1 увеличить прием молочных продуктов (балл - 0)

2 назначить 1-2 лимона ежедневно (балл - 0)

3 увеличить белок(мясо) до 1,5-2 г на 1 кг массы тела больного (балл - 9)

4 уменьшить объем жидкости в сутки до 0,5 л (балл - 0)

5 диета не имеет значения (балл - 0)

105 При МКБ и посевах мочи с получением роста протея, псевдомонас наибольший лечебный эффект можно получить при назначении:

Варианты ответов

1 пенициллинов (балл - 0)

2 нитрофуранов (балл - 0)

3 сульфаниламидов (балл - 0)

4 макролидов (балл - 0)

5 фторхинолонов, цефалоспоринов, аминогликозидов (балл - 9)

106 При щелочной реакции мочи не следует назначать:

Варианты ответов

1 пенициллины (балл - 0)

2 нитроксалины (балл - 9)

3 фторхинолоны (балл - 0)

4 макролиды (балл - 0)

5 цефалоспорины (балл - 0)

107 Избыточное содержание в пище лимонной и щавелевой кислот способствует образованию:

Варианты ответов

1 цистиновых камней (балл - 0)

2 оксалатных камней (балл - 9)

3 мочекислых камней (балл - 0)

4 фосфатных камней (балл - 0)

5 значения не имеет (балл - 0)

108 При рентгеноконтрастном камне размерами 15х15 мм с неосложненным течением первоночально следует рекоменловать:

Варианты ответов

1 пиелолитотомию (балл - 0)

2 консервативное лечение (балл - 0)

3 литолитическую терапию (балл - 0)

4 пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

5 ДЛТ (балл - 9)

109 При камне лоханки почки 25Х20 мм, инфицированной моче первоначально следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 ДЛТ (балл - 0)

2 пункционную нефролитолапаксию (балл - 0)

3 пункционную нефростомию на 1 мес. (балл - 9)

4 пиелолитотомию (балл - 0)

5 все равноценно (балл - 0)

110 При остром гнойном калькулезном пиелонефрите дренирование почки нецелесообразно методом:

Варианты ответов

1 стентирования мочеточника (балл - 0)

2 пункционной нефростомии (балл - 0)

3 операционной нефростомии (балл - 0)

4 катетеризации мочеточника (балл - 0)

5 наиболее верно 1 и 4 (балл - 9)

111 Развитие МКБ может происходить за счет этиологических факторов:

Варианты ответов

1 экзогенных (балл - 0)

2 эндогенных (балл - 0)

3 только сочетанных (балл - 0)

4 в любых вариантах 1, 2, и 3 (балл - 9)

5 только 2 и 3 (балл - 0)

112 Мочекислое камнеобразование происходит при:

Варианты ответов

1 гиперпаратиреозе (балл - 0)

2 переломах костей (балл - 0)

3 иммобилизации тела (балл - 0)

4 молочно- растительной диете (балл - 0)

5 нарушении пуринового обмена (балл - 9)

113 При частом рецидивном камнеобразовании удаление камней из почки предпочтительно производить методом:

Варианты ответов

1 оперативной пиелолитотомии (балл - 0)

2 лапароскопической пиелолитотомии (балл - 0)

3 пункционной нефролитолапаксии (балл - 9)

4 секционной нефролитотомии (балл - 0)

5 значения не имеет (балл - 0)

**Вопросы для устного опроса**

1. Основные этиологические факторы возникновения МКБ;
2. роль климатических условий и характера питания в образовании почечных камней;
3. какое клиническое значение имеет определение химического состава конкремента?;
4. основные симптомы МКБ; очерёдность возникновения боли и гематурии при МКБ;
5. методы диагностики МКБ;
6. гиперпаратиреоидизм как причина МКБ;
7. значение пиелонефрита в камнеобразовании;
8. методы распознавания рентгенонегативного конкремента; дифференциация уратного камня от опухоли лоханки почки;
9. «ложные» камни мочевой системы и методы их распознавания;
10. дифференциальный диагноз почечной колики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, роль хромоцистоскопии в распознавании МКБ;
11. последовательность методов купирования почечной колики;
12. осложнения МКБ;
13. показания к оперативному лечению при МКБ, основные виды операций;
14. особенности лечебной тактики при коралловидных камнях почек;
15. показания к нефрэктомии при МКБ;
16. необходимые условия для экстракции камней мочеточников;
17. показания к консервативному лечению МКБ;
18. лечебное питание больных с уратными, фосфатными и оксалатными камнями;
19. терапия, направленная на самостоятельное отхождение небольших конкрементов;
20. методы литолиза;
21. другие возможности медикаментозного лечения МКБ;
22. основные методы диагностики камней мочевого пузыря, методы их лечения;

меры метафилактики

**Типовые ситуационные задачи**

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?

Ответ: Тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частой причиной тотальной гематурии являются опухоли мочевой системы, простаты. Гематурия, раз возникнув, может в последующем не повторяться. Поэтому в момент гематурии крайне важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выяснения источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия по срочным показаниям.

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?

Ответ: Заболевание необходимо дифференцировать между правосторонней почечной коликой и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Слабовыраженные симптомы раздражения брюшины могут быть следствием пареза кишечника и являться признаками перитонизма. Срочное обследование должно включать общие анализы мочи, крови, обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек и органов брюшной полости.

3. При рентгенологическом исследовании больного с подозрением на камень левого мочеточника на обзорном снимке в области таза с обеих сторон определяются множественные тени округлой формы, размерами до 8 мм. в диаметре, с просветлениями в центре.

Чем являются эти тени и характерны ли они для мочекаменной болезни? Какие другие патологические процессы в области малого таза могут на обзорном снимке симулировать мочевые камни?

Ответ: Двусторонние множественные тени округлой формы с просветлением в центре, локализующиеся в области малого таза, характерны для флеболитов — венных камней. Кроме флеболитов, подозрительные на мочевые конкременты тени могут быть обусловлены обызвествленными лимфоузлами и подвздошными сосудами, фиброматозными узлами матки.

4. 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 большой половой губы и правого костовертебрального угла. Ощущает частое желание помочиться, но моча почти не выделяется. При пальпации живота отмечается болезненность в правом нижнем квадрате. 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?

Ответ: Беспокойное поведение больной, иррадиация боли, частые порывы к акту мочеиспускания, отсутствие симптомов раздражения брюшины, микрогематурия дают основание считать, что у больной почечная колика, вызванная, по-видимому, конкрементом правого мочеточника. Клиническая картина для аппендицита не характерна. Для уточнения диагноза в подобных случаях производят хромоцистоскопию, а также рентгенисследование — обзорную и экскреторную урографию.

5. 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 положение лежа на боку струя мочи не прерывистая. Периодически отмечается тотальная или терминальная гематурия.

Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте план обследования и лечения больного в случае его подтверждения.

Ответ: У больного мочекаменная болезнь. Камень мочевого пузыря почечного происхождения, так как в анамнезе отмечались приступы левосторонней почечной колики. Для установления окончательного диагноза необходимо произвести обзорную и экскреторную урографию. Диагноз можно подтвердить также путем цистоскопии и ультразвукового исследования. При отсутствии другой патологии в органах мочевой системы показана цистолитотрипсия.

6. 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 0,8\*0,6 см.

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести,чтобы установить характер выявленной тени?

Ответ: Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выявить, имеет ли отношение данная тень к мочеточнику, который при обтурирующем камне расширен выше места препятствия - «симптом указательного пальца» (Лихтенберга). В связи с нарушением функции почки контрастное вещество появляется в лоханочно-чашечной системе и мочеточнике позже, чем с противоположной стороны. При нечетких данных экскреторной урографии показана катетеризация правого мочеточника с обзорной урографией в двух проекциях, ретроградная уретерапиелография почки в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью катетра или контрастированного мочеточника на обоих снимках явится достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

7. 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?

Ответ: Дизурия и макрогематурия с бесформенными сгустками крови наиболее характерны для опухоли мочевого пузыря. Необходимо произвести УЗИ мочевого пузыря, цистоскопию.

8. 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?

Ответ: Тотальная гематурия является абсолютным показанием для проведения экстренной цистоскопии. Экстренность обусловлена тем, что гематурия, раз возникнув, может вскоре прекратиться. Цель исследования — установление источника кровотечения.

9. 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 – 36.9С, 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?

Ответ: Внезапное начало острой боли в поясничной области и дизурия характерны для почечной колики. В то же время локальная боль в правой подвздошной области не исключает возможности наличия острого аппендицита. Необходимо провести общий анализ крови и мочи.При остром аппендиците характерен нарастающий лейкоцитоз,сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализе мочи при почечной колике, как правило, отмечается увеличенное количество в осадке эритроцитов и лейкоцитов (эритроцитурия и лейкоцитурия). С дифференциально-диагностической целью показаны обзорная урография, хромоцистоскопия, УЗИ почек.

10. У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 \* 0,4 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?

Ответ: почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрипочечного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутрипочечного давления позволит купировать приступ почечной колики.

11. 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 0,5 \* 0,4 см. — какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Ответ: так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным. Назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной. Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серозная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии. Более оптимальным вариантом является производство ЧПНС слева с последующей уретеролитоэкстракцией или – трипсией.

12. 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?

Ответ: можно предполагать камень мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразны пальцевое ректальное исследование, УЗИ, цистоскопия и рентгенография таза. Они позволят выявить рентгенопозитивный и рентгенонегативный конкремент, установить наличие гиперплазии простаты или другое препятствие к оттоку мочи. При обнаружении камня мочевого пузыря показана цистолитотрипсия, при сочетании его с гиперплазией простаты или склерозом шейки мочевого пузыря — цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, так как эти заболевания, вызывая затруднение мочеиспускания, способствуют камнеобразованию.

13. 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?

Ответ: почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника; на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен ренгенпозитивный конкремент; при хромоцистоскопии будет запаздывание или отсутствие выделения раствора индигокармина из устья правого мочеточника. Необходима экскреторная урография. При подтверждении диагноза показаны горячая ванна, внутривенное или внутримышечное введение 5 мл баралгина, блокада по Лори-Эпштейну. Не исключена необходимость катетеризации лоханки правой почки.

14. 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 1,5\*1,0 см. Предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

— ваш предположительный диагноз?

— какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

— какую терапию предлагаете?

Ответ: острый обтурационный левосторонний калькулезный пиелонефрит. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ почек, обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография. При подтверждении диагноза показана срочная операция — уретеролитотомия, декапсуляция почки, нефростомия слева с последующей противовоспалительной терапией. Эндоскопические операции (ЧПНС с последующей чрескожной уретеролитотрипсией) опасны в силу давности заболевания и необходимости ревизии левой почки.

15. 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 рентгенобследование. На обзорной урограмме справа на уровне V поясничного позвонка имеется тень размерами 0,5×0,3 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.

Ответ: Мочекаменная болезнь, камень правого мочеточника. Принимая во внимание небольшие размеры камня, лечение должно быть консервативным, направленным на отхождение конкремента: усиленный питьевой режим, «водные удары», отвары мочегонных трав, спазмолитические средства, ависан, цистенал, уролесан, электростимуляция мочеточника, ЛФК. В случае неотхождения конкремента – уретеролитоэкстракция, либо контактная уретеролитотрипсия.

16. 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?

Ответ: Необходимо произвести цистоскопию, так как причиной гематурии может быть патология мочевого пузыря (камень, опухоль). Рентгенологическое исследование должно включать экскреторную урографию, при необходимости – ретроградную уретеропиелографию с кислородом (пневмопиелографию). Радиоизотопные методы исследования дадут представление о раздельной функции почек. УЗИ почек позволит установить локализацию и размеры конкремента.

17. 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 ренограмме: справа – васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева – «немая» почка.

Какова лечебная тактика?

Ответ: У больной выявлен коралловидный камень нефункционирующей левой почки, калькулёзный пионефроз. Функция правой почки не нарушена. Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.

18. Больная перенесла пиелолитотомию по поводу уратного камня правой почки. Какие рекомендации по профилактике рецидива мочекаменной болезни необходимо дать больной?

Ответ: Камни из мочевой кислоты и её солей образуются при кислой реакции мочи. Больной необходимо ограничить употребление мяса и рекомендовать молочно-растительную диету, периодический приём терпенов, увеличение приёма жидкости, применение мочегонных трав, санаторно-курортное лечение на курортах со щёлочными источниками (типа Боржоми). Показан курс канефрона Н втечение двух месяцев.

19. 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 покушала 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?

Ответ: У больной ОПН, анурическая стадия. Приступы почечной колики в анамнезе могут быть обусловлены мочекаменной болезнью и постренальным характером анурии. Вместе с тем, развитие анурии после употребления грибов наводит на мысль о нефротоксикозе и ренальной анурии. Для установления характера последней показана двусторонняя катетеризация лоханок. При проходимости мочеточников и отсутствии поступления мочи по катетерам анурию следует считать ренальной. В таком случае больную следует направить в отделение искусственной почки для гемодиализа. В случае постренальной анурии и проведения мочеточниковых катетеров выше места обструкции, пассажа мочи по катетерам, их следует оставить на несколько дней или произвести нефростомию.

20. 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°, 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 12000. 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?

Ответ: Развитие заболевания, данные объективного, лабораторного, рентгенологического исследования не позволяют с уверенностью установить диагноз. Дифференциальный диагноз следует проводить между острым аппендицитом (за что свидетельствуют боли в подвздошной области, повышение температуры до 37,8°, однократная рвота, напряжение мышц в правой подвздошной области, лейкоцитоз 12000) и почечной коликой (в пользу, которой указывают дизурия, положительный симптом Пастернацкого и эритроцитурия). Для исключения или подтверждения диагноза почечной колики больной следует произвести хромоцистоскопию. Если индигокармин будет выделяться из устьев мочеточников через 4-6 минут, диагноз почечной колики следует отвергнуть. При задержке или отсутствии выделения индигокармина из устья правого мочеточника устанавливается диагноз почечной колики и проводятся дальнейшие диагностические процедуры для установления причины заболевания.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

 Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врач-уролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

**Тема: Раздел №5. Травма мочеполовых органов**

**Формы текущего контроля успеваемости**

-Тестирование

 -Устный опрос

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

 **Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9».***

**Раздел 6. Травма мочеполовых органов**

Вопрос

1 Какие повреждения почек чаще наблюдаются в мирное время:

Варианты ответов

1 открытые (балл - 0)

2 закрытые (балл - 9)

3 сочетанные (балл - 0)

4 ятрогенные (балл - 0)

5 одинаково часто любые из перечисленных (балл - 0)

2 Механические повреждения почек подразделяются на:

Варианты ответов

1 открытые (балл - 0)

2 закрытые (балл - 0)

3 изолированные (балл - 0)

4 сочетанные (балл - 0)

5 правильно все (балл - 9)

3 Наиболее информативным из предложеных методов при травме почек является:

Варианты ответов

1 хромоцистоскопия (балл - 0)

2 абдоминальная аортография (балл - 0)

3 экскреторная урография (балл - 0)

4 УЗИ (балл - 9)

5 нефросцинтиграфия (балл - 0)

4 Консервативное лечение при травме почки включает:

Варианты ответов

1 постельный режим до 2 недель (балл - 0)

2 гемостатическую терапию (балл - 0)

3 десенсибилизирующую терапию (балл - 0)

4 антибактериальную терапию (балл - 0)

5 правильно все перечисленное (балл - 9)

5 При травме почки оперативное лечение не показано при:

Варианты ответов

1 размозжении почки (балл - 0)

2 проникающем ранении почки (балл - 0)

3 отрыве почки (балл - 0)

4 субкапсулярной гематоме объемом 70см3 (балл - 9)

5 паранефральной гематоме объемом 300см3 (балл - 0)

6 Перекрыть почечный кровоток на 20 мин при резекции почки по поводу разрыва:

Варианты ответов

1 допустимо при перфузии сосудов (балл - 0)

2 допустимо в условиях гипотермии (балл - 0)

3 допустимо при предварительном введении трентала, венорутона, гепарина, лазикса (балл - 0)

4 допустимо при всем перечисленном (балл - 9)

5 не допустимо (балл - 0)

7 При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить:

Варианты ответов

1 нефростомией (балл - 9)

2 пиелостомией (балл - 0)

3 без дренирования лоханки (балл - 0)

4 интубацией мочеточника (балл - 0)

5 кольцевым дренированием лоханки (балл - 0)

8 Причиной артериальной гипертензии после травмы почки может явиться все, кроме:

Варианты ответов

1 гематомы в области ворот почки, имбибирующая клетчатку почечного синуса (балл - 0)

2 "целофановой" почки - сдавление почечной паренхимы, организовавшейся околопочечной или субкапсулярной гематомой (балл - 0)

3 нефросклероза (балл - 0)

4 посттравматической кисты почки объемом 30см3 (балл - 9)

9 После травмы почки возможно развитие всего перечисленного, кроме:

Варианты ответов

1 нефролитиаза (балл - 0)

2 гидронефроза (балл - 0)

3 сморщенной почки (балл - 0)

4 опухоли (балл - 9)

5 гнойного пиелонефрита (балл - 0)

10 При комбинированных ранениях почки лечение необходимо начинать с операции:

Варианты ответов

1 лапаротомии (балл - 9)

2 люмботомии (балл - 0)

3 нефрэктомии (балл - 0)

4 нефростомии (балл - 0)

5 ушивания разрыва почки (балл - 0)

11 Повреждения мочеточника встречаются во всех перечисленных случаях, кроме:

Варианты ответов

1 тупой травмы поясничной области (балл - 9)

2 инструментальных исследований (балл - 0)

3 попытки извлечения камня петлей (балл - 0)

4 гинекологических операций (балл - 0)

5 дистационной литотрипсии (балл - 0)

12 В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:

Варианты ответов

1 одновременно обоих мочеточников (балл - 0)

2 в нижней трети (балл - 9)

3 в средней трети (балл - 0)

4 в сочетании с травмой мочевого пузыря (балл - 0)

5 в верхней трети (балл - 0)

13 При подозрении на перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести:

Варианты ответов

1 обзорную рентгенографию почек и мочевых путей (балл - 0)

2 экскреторную урографию (балл - 0)

3 УЗИ почек (балл - 0)

4 хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников (балл - 9)

14 Выявлена ятрогенная обструкция мочеточника спустя 24 часа после операции. Ваши действия:

Варианты ответов

1 ЧПНС (балл - 9)

2 пиелостомия (балл - 0)

3 интубация мочеточника (балл - 0)

4 ревизия раны, первичная пластика мочеточника (балл - 0)

15 Причина внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота:

Варианты ответов

1 пустой мочевой пузырь (балл - 0)

2 воспаленный мочевой пузырь (балл - 0)

3 наполненный мочевой пузырь (балл - 9)

4 атрофия стенки мочевого пузыря (балл - 0)

16 Симптомами внутрибрюшинной травмы мочевого пузыря является все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 отсутствия в течение длительного периода мочеиспускания и позывов к нему (балл - 0)

2 тимпанического звука над лоном при перкуссии передней брюшной стенки (балл - 0)

3 пальпируемого над лоном переполненного мочевого пузыря (балл - 9)

4 напряжения мышц передней брюшной стенки (балл - 0)

17 При внебрюшинной травме мочевого пузыря обязательными исследованиями являются:

Варианты ответов

1 ретроградная цистография (балл - 9)

2 уретрография (балл - 0)

3 цистоскопия (балл - 0)

4 пневмоцистография (балл - 0)

5 обзорная урография (балл - 0)

18 Симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются:

Варианты ответов

1 наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии (балл - 0)

2 симптом "Ваньки-Встаньки" (балл - 0)

3 пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ (балл - 9)

4 одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 литров и более) при катетеризации мочевого пузыря (балл - 0)

19 Необходимым методом исследования при подозрении на внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является:

Варианты ответов

1 экскреторная урография (балл - 0)

2 катетеризация мочевого пузыря (балл - 0)

3 восходящая цистография (балл - 9)

4 проба Зельдовича (балл - 0)

20 Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря должно быть не меньше:

Варианты ответов

1 10-20 мл (балл - 0)

2 30-50 мл (балл - 0)

3 100-200 мл (балл - 0)

4 200-300 мл (балл - 9)

5 380-400 мл (балл - 0)

21 При внутрибрюшинной травме мочевого пузыря следует применить:

Варианты ответов

1 лед на живот (балл - 0)

2 антибактериальные средства (балл - 0)

3 постоянный уретральный катетер (балл - 0)

4 дренирование малого таза через запирательное отверстие (балл - 0)

5 лапаротомию и ушивание разрыва мочевого пузыря (балл - 9)

22 Самостоятельное мочеиспускание при внутрибрюшинной травме мочевого пузыря может быть следствием всех перечисленных причин, кроме:

Варианты ответов

1 сокращения мышечной стенки мочевого пузыря (балл - 9)

2 тампонады дефекта стенки мочевого пузыря петлями кишечника (балл - 0)

3 тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сальником (балл - 0)

4 тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сгустком крови (балл - 0)

23 Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря возможно при:

Варианты ответов

1 неполном разрыве мочевого пузыря (балл - 0)

2 флегмоне забрюшинной клетчатки и неполном разрыве мочевого пузыря (балл - 0)

3 разрыве слизистой мочевого пузыря (балл - 9)

4 разрыве внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см (балл - 0)

5 разрыве внутрибрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см (балл - 0)

24 К особенностям перитонита при внутрибрюшинной травме мочевого пузыря относится:

Варианты ответов

1 резкая выраженность симптомов раздражения брюшины (балл - 0)

2 тошнота, рвота (балл - 0)

3 выраженный метеоризм (балл - 0)

4 высокая температура тела (балл - 0)

5 длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины (балл - 9)

25 При травме мочевого пузыря для ушивания дефекта наиболее целесообразен:

Варианты ответов

1 однорядный шов кетгутом (балл - 0)

2 двухрядный шов рассасывающимся материалом (балл - 9)

3 трехрядный шов кетгутом (балл - 0)

4 двухрядный шов шелком (балл - 0)

26 Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме у мужчин является:

Варианты ответов

1 самостоятельное мочеиспускание (балл - 0)

2 постоянный катетер (балл - 0)

3 катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки (балл - 0)

4 цистостомия (балл - 9)

5 установка кольцевого дренажа (балл - 0)

27 Дренирование малого таза по методу Буяльского-Мак-Уортера наиболее показано при:

Варианты ответов

1 изолированной внутрибрюшинной травме мочевого пузыря (балл - 0)

2 внутрибрюшинной травме мочевого пузыря и большой забрюшинной гематоме (балл - 0)

3 внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и обширной гематоме (балл - 0)

4 полном отрыве шейки мочевого пузыря от уретры (балл - 0)

5 внебрюшинной травме мочевого пузыря и нагноении паравезикальной и тазовой клетчатки (балл - 9)

28 Перфорировать мембрану запирательного отверстия при дренировании малого таза по методу Буяльского-Мак-Уортера слудует в:

Варианты ответов

1 верхнемедиальной части (балл - 0)

2 нижнемедиальной части (балл - 9)

3 верхнелатеральной части (балл - 0)

4 нижнелатеральной части (балл - 0)

5 в любом из приведенных выше (балл - 0)

29 Основными симптомами травм уретры является все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 макрогематурии (балл - 9)

2 уретроррагии (балл - 0)

3 задержки мочеиспускания (балл - 0)

4 промежностной гематомы (балл - 0)

30 Диагностическая катетеризация при травме уретры:

Варианты ответов

1 целесообразна (балл - 0)

2 нецелесообразна (балл - 9)

3 обязательна (балл - 0)

4 только металлическим катетером (балл - 0)

5 только эластичным катетером (балл - 0)

31 Основным методом диагностики травм уретры является:

Варианты ответов

1 экскреторная урография (балл - 0)

2 нисходящая цистоуретрография (балл - 0)

3 восходящая уретроцистография (балл - 9)

4 пневмоцистография (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 0)

32 Первичный шов уретры в ранние сроки после травмы показан при:

Варианты ответов

1 обширных повреждениях уретры (балл - 0)

2 значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме (балл - 0)

3 полном разрыве уретры, отсутствии гематомы промежности (балл - 9)

4 то же,что и 3 вариант + множественные переломы костей таза (балл - 0)

5 при непроникающих разрывах уретры (балл - 0)

33 Основным видом лечения при разрыве уретры и переломах костей таза является:

Варианты ответов

1 первичный шов уретры (балл - 0)

2 цистостомия + дренирование урогематомы таза (балл - 9)

3 первичный шов уретры + дренирование урогематомы таза (балл - 0)

4 цистостомия (балл - 0)

5 постоянный катетер + дренирование урогематомы (балл - 0)

34 К ранним осложнениям травмы уретры относятся:

Варианты ответов

1 мочевые затеки таза и промежности (балл - 0)

2 стриктура уретры, мочевые свищи (балл - 0)

3 флебиты таза и промежности, уросепсис (балл - 0)

4 кровотечение (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

35 Уретроррагия при травме уретры может принять угрожающий характер в случаях повреждения:

Варианты ответов

1 слизистой уретры (балл - 0)

2 пещеристых тел (балл - 9)

3 предстательной железы (балл - 0)

4 интерстиции уретры (балл - 0)

36 При стриктуре уретры длиной 5-10 мм показано:

Варианты ответов

1 пластика уретры (балл - 0)

2 бужирование (балл - 0)

3 внутренняя оптическая уретротомия (балл - 9)

4 медикаментозно (алоэ, лидаза) (балл - 0)

5 бужирование и медикаментозное лечение (балл - 0)

37 Операция по Хольцову показана при:

Варианты ответов

1 стриктуре мембранозного отдела уретры 5 мм (балл - 9)

2 множественных стриктурах уретры (балл - 0)

3 стриктуре висячего отдела (балл - 0)

4 стриктуре задней уретры длиной 2-3 см (балл - 0)

38 Восстановительные операции на уретре при посттравматических стриктурах наиболее целесообразно выполнять через:

Варианты ответов

1 2 месяца (балл - 0)

2 3 месяца (балл - 0)

3 4 месяца (балл - 0)

4 5 месяцев (балл - 0)

5 6 месяцев (балл - 9)

39 Характерным признаком перелома полового члена является все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

1 деформации (балл - 0)

2 гематомы в подкожной клетчатке (балл - 0)

3 повреждения кавернозных тел (балл - 0)

4 острой боли (балл - 0)

5 отека крайней плоти (балл - 9)

40 Характерным признаком повреждения уретры при травме полового члена является:

Варианты ответов

1 рези при мочеиспускании (балл - 0)

2 задержка мочи (балл - 0)

3 уретроррагия (балл - 9)

4 вялая струя мочи (балл - 0)

5 характерных признаков нет (балл - 0)

41 Диагноз "перелома" полового члена устанавливается на основании:

Варианты ответов

1 выяснения обстоятельств травмы (балл - 0)

2 ультразвукового исследования (балл - 0)

3 уретрографии (балл - 0)

4 осмотра полового члена (балл - 0)

5 правильно 1 и 4 (балл - 9)

42 Лечение "перелома" полового члена предусматривает:

Варианты ответов

1 оперативное лечение (балл - 9)

2 консервативное лечение (холод, гемостатические средства, бромиды) (балл - 0)

3 эпицистостомия (балл - 0)

4 пункция и дренирование кавернозных тел (балл - 0)

43 После ушиба яичка возможно возникновение:

Варианты ответов

1 атрофии яичка (балл - 0)

2 инфаркта яичка (балл - 0)

3 хронического болевого симптома (балл - 0)

4 злокачественного перерождения (балл - 0)

5 всего перечисленного (балл - 9)

44 К закрытым внутренним вывихам яичка следует отнести:

Варианты ответов

1 вывихи в паховый канал (балл - 0)

2 вывихи в бедренный канал (балл - 0)

3 интраабдоминальный вывих (балл - 0)

4 вертлужный вывих (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

45 Бескровное вправление вывиха яичка возможно не позднее:

Варианты ответов

1 первых 3 часов (балл - 9)

2 первых 12 часов (балл - 0)

3 первых суток (балл - 0)

4 первых двух суток (балл - 0)

5 первых трех суток (балл - 0)

46 У больной изолированное, пристеночное ножевое ранение мочеточника менее 6 часов назад. Больной показано:

Варианты ответов

1 катетеризация мочеточника (балл - 0)

2 операционная нефростомия (балл - 0)

3 пункционная нефростомия (балл - 0)

4 ревизия и ушивание мочеточника, нефростомия (балл - 0)

5 установление стента в мочеточник + первичная хирургическая обработка раны (балл - 9)

47 У больного травма мочеточника за 48 часов до поступления, урогематома. Больному показано:

Варианты ответов

1 нефростомия (балл - 0)

2 катетеризация мочеточника (балл - 0)

3 установка стента (балл - 0)

4 оперативное лечение (балл - 9)

5 пункционная нефростомия (балл - 0)

48 У больного развился уретроректальный свищ после абсцесса простаты, существующий в течение 10 месяцев. Ему целесообразно:

Варианты ответов

1 произвести цистостомию как первый этап (балл - 0)

2 наложить противоестественный анус (балл - 0)

3 проводить заживление свища на постоянном катетере (балл - 0)

4 произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией (балл - 9)

5 произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере (балл - 0)

49 У больного ушиб мошонки, обширная гематома. Ему целесообразно:

Варианты ответов

1 консервативное лечение, суспензорий (балл - 0)

2 пункция гематомы (балл - 0)

3 оперативное лечение, удаление гематомы и дренирование (балл - 9)

4 антибиотики в амбулаторных условиях (балл - 0)

**Вопросы для устного опроса**

 1. Основные причины закрытых повреждений почек.

 2. Клинические симптомы закрытых повреждений почек.

 3. Методы диагностики закрытых повреждений почек.

 4. Консервативное лечение закрытых травм почек.

 5..Показания к экстренному оперативному вмешательству.

 6. Показания к органосохраняющим операциям при травме почек.

 7. Виды оперативных вмешательств при закрытых травмах почек.

 8. Осложнения закрытых повреждений почек.

 9. Клинические симптомы открытых повреждений почек.

 10.Методы диагностики открытых травм почек.

 11.Методы оперативного лечения открытых повреждений почек.

 12.Виды повреждений мочеточников.

 13.Симптомы повреждений мочеточников.

 14.Осложнения открытых ранений мочеточников.

 15.Методы диагностики открытых повреждений мочеточников.

 16Лечебные мероприятия при открытых повреждениях мочеточников.

 17.Причины повреждения мочевого пузыря.

 18.Виды повреждений мочевого пузыря.

 19.Клинические симптомы разрыва мочевого пузыря.

 20.Диагностика разрывов мочевого пузыря.

 21.Лечение разрывов мочевого пузыря.

 22. Механизм повреждения уретры.

 23.Клиника, диагностика и лечение повреждений уретры.

 24.Причины стриктур уретры, их диагностика и лечение.

 25.Причины повреждений полового члена, виды повреждений, симптоматология и методы лечения.

 26.Причины повреждений яичка, виды повреждений, симптоматология и методы лечения

 **Типовые клинические задачи**

1. Больной 36 лет. После падения на промежность появилась кратковременная уретроррагия. Жалобы на чувство переполнения мочевого пузыря, невозможность самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов после травмы. Общее состояние средней тяжести. Пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм.рт.ст., перитонеальных симптомов нет. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. В области промежности припухлость 6\*4 см, кожа над ней темно- фиолетового цвета.

Назовите предварительный диагноз. Какие рентгенологические методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ: Предварительный диагноз — травматический разрыв мочеиспускательного канала. Для уточнения диагноза необходимо произвести ретроградную уретрографию.

2. Рабочий рудника попал под обвал. Мелкой породой придавило нижние конечности. Под завалом находился 12 часов. В момент освобождения АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 84 удара в 1 мин.

Какое осложнение со стороны почек может развиться у больного и почему? Каковы особенности его транспортировки в лечебное учреждение?

Ответ: В результате длительного сдавления обширных мышечных групп нижних конечностей в них нарушается циркуляция крови (гипоксия) и лимфы, в результате чего разрушаются клетки мышечных волокон. Их содержимое накапливается в межклеточных пространствах. При восстановлении циркуляции крови развивается острая интоксикация этими продуктами. Возникает ОПН, ренальная анурия вследствие краш-синдрома. При транспортировке пострадавшего необходимо:

1. Наложить жгуты на нижние конечности.

2. Обложить их пузырями со льдом.

3. Проводить трансфузионную дезинтоксикационную терапию.

3. Больная 22 лет 10 дней тому назад с целью прерывания беременности ввела в полость матки катетер, где он находился в течение 12 часов. На другой день появились кровянистые выделения из влагалища, озноб, высокая температура, а затем возникли рвота, понос. Была госпитализирована в гинекологическое отделение, где обратили внимание на олигоанурию. В день поступления в клинику выделила 35 мл мочи. Общее состояние тяжелое, больная заторможена, вялая. Кожа и склеры бледно-желтушны. Лицо пастозное, веки отечны. Тоны сердца приглушены. АД 125/80 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберного края. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Анализ крови: гемог. — 40 г/л, эритр. — 1700 000, лейк. - 24 000, мочевина — 34,9 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л, натрий — 130 ммоль/л, кальций — 2,4 ммоль/л. Анализ мочи-белок — 1,2 г/л, плотность — 1010, лейк. и эритр. покрывают поля зрения.

Какие осложнения криминального аборта имеют место? Какова тактика лечения?

Ответ: Септический аборт, анаэробный сепсис. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Необходимо в срочном порядке произвести выскабливание полости матки, а при наличии показаний — удаление ее. Показана комплексная терапия с обязательным гемодиализом. Следует проводить антибактериальную терапию с учетом опасности кумулятивного их действия в связи с недостаточностью почек.

4. Больной 53 лет. Накануне случайно выпил 150 мл раствора сулемы (1:1000). В поликлинике промыт желудок и первые 12 часов состояние было удовлетворительным. На следующий день — головная боль, тошнота, рвота, анурия. При поступлении общее состояние средней тяжести. Жалуется на слабость, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются. Область их при пальпации болезненна. Анализ крови; гемогл. — 140 г/л, эритр. — 3 500 000, лейк.10 400, СОЭ — 33 мм/час, мочевина — 21,6 ммоль/л, калий — 6,7 ммоль/л, натрий — 127 ммоль/л.

Поставьте диагноз и обоснуйте тактику лечения.

Ответ: Острое отравление сулемой. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Показаны гемодиализ и комплексная терапия.

5. Больной 43 лет доставлен в клинику по поводу болей в левой поясничной области, возникших после падения с высоты 2 метров. После травмы во время двукратного мочеиспускания отметил наличие макрогематурии. Состояние средней степени тяжести. АД и пульс нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений не обнаружено. Имеется небольшая болезненная припухлость в левой поясничной области.

Укажите предварительный диагноз и обоснуйте его.

Ответ: Боль, макрогематурия, наличие припухлости в левой поясничной области дают врачу основание заподозрить повреждение почки. Для решения вопроса о характере изменений в почках необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию, которые позволят выявить признаки повреждения левой почки (отсутствие тени поясничной мышцы, слабое и позднее заполнение контрастным веществом лоханочно-чашечной системы, внепочечные затеки контрастного вещества или полное его отсутствие на стороне травмы) и состояние контрлатеральной почки.

6.Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу болей в правой поясничной области, макрогематурии со сгустками. Час тому назад больному был нанесен удар твердым предметом в правую поясничную область. Положение вынужденное: выраженный сколиоз в больную сторону. В области правого подреберья определяется болезненная припухлость. Пульс 128 ударов в 1 минуту, АД 85/50 мм.рт.ст. Признаков раздражения брюшины нет, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. На экскреторных урограммах левая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена, пассаж рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Справа контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется. При хромоцистоскопии слева моча, окрашенная индигокармином, появилась на 7 мин.

Ваш диагноз? Лечебная тактика? Имеется ли целесообразность в выполнении какого-либо исследования?

Ответ: Анамнез и объективные данные характерны для повреждения правой почки, наличия урогематомы. Налицо признаки кровотечения из почки, что, по-видимому, привело к снижению АД и учащению пульса. Не ясен характер повреждения, в связи с чем показана почечная ангиография. При отсутствии условий для ее выполнения больной подлежит оперативному лечению — люмботомии, ревизии правой почки. Вид операции на почке будет зависеть от степени ее повреждения.

7. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу болей в надлобковой области, ишурии. Три часа тому назад, будучи в нетрезвом состоянии, получил удар в надлобковую область. Несмотря на сильные позывы к акту мочеиспускания, после травмы помочиться не может. Положение вынужденное — сидит. Имеется симптом «ваньки-встаньки». При ректальном исследовании определяется нависание передней стенки прямой кишки. В брюшной полости перкуторно определяется свободная жидкость.

Ваш предварительный диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: Боли над лоном, ишурия, возникшая после травмы, вынужденное положение больного, наличие симптома «ваньки-встаньки», нависание передней стенки прямой кишки, свободная жидкость в брюшной полости характерны для внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Показана ретроградная цистография, которая выявит затекание рентгенконтрастного вещества за пределы мочевого пузыря, что является признаком его разрыва. Больной подлежит срочному оперативному лечению — лапаратомии, ревизии органов брюшной полости, туалету её, ушиванию разрыва мочевого пузыря, эпицистостомии (внебрюшинно), дренированию брюшной полости.

8.У больного клинически и рентгенологически диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Какова лечебная тактика?

Ответ: Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции — цистотомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию мочевого пузыря (эпицистостомия) и околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортеру или другими способами.

9. Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Час тому назад на стройке упал и ударился промежностью о доску.

Ваш предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны?

Ответ: Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяют думать о травматическом разрыве мочеиспускательного канала. Необходимо выполнить ретроградную уретрографию.

10. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда доставлен 2 часа назад после дорожной травмы в шоковом состоянии. После выведения из шока произведен снимок костей таза, на котором определяется перелом лонной кости слева. Самостоятельно не мочится, пальпируется увеличенный мочевой пузырь, в области наружного отверстия уретры запекшаяся кровь.

Какова диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: У больного с переломом костей таза, по-видимому, имеется полный разрыв мочеиспускательного канала. Показана срочная уретрография. При подтверждении диагноза — эпицистостомия, первичный шов уретры, дренирование урогематомы.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врач-уролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

**Тема: Раздел №6. Злокачественные опухоли мочевых и половых органов**

**Формы текущего контроля успеваемости**

-Тестирование

 -Устный опрос

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

**Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены балл***

Вопрос

1 Наиболее полной клинической классификацией опухолей является:

Варианты ответов

1 I, II, III, IV стадии (балл - 0)

2 на стадии A, B, C, D (балл - 0)

3 TNM (балл - 9)

4 PTNM (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 0)

2 К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится:

Варианты ответов

1 фиброма (балл - 0)

2 миксома (балл - 0)

3 аденома (балл - 9)

4 лейомиома (балл - 0)

5 ангиома (балл - 0)

3 Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происходения:

Варианты ответов

1 аденома почки (балл - 0)

2 гипернефрома (балл - 0)

3 гипернефроидный рак (балл - 0)

4 рак почки (балл - 9)

5 саркома почки (балл - 0)

4 При раке почки гематогенные метастазы чаще всего наблюдаются в:

Варианты ответов

1 печени (балл - 0)

2 легких (балл - 9)

3 контралатеральной почке (балл - 0)

4 головном мозге (балл - 0)

5 костях скелета (балл - 0)

5 Лимфогенные метастазы при раке почки чаще всего встречаются в:

Варианты ответов

1 средостении (балл - 0)

2 парааортальных и паракавальных лимфоузлах (балл - 9)

3 подвздошных лимфоузлах (балл - 0)

4 шейных лимфоузлах (балл - 0)

5 надключичных лимфоузлах (балл - 0)

6 Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются в:

Варианты ответов

1 почечной артерии (балл - 0)

2 почечной и нижней полой вене (балл - 9)

3 яичковой вене (балл - 0)

4 паравертебральных венах (балл - 0)

5 тазовых венах (балл - 0)

7 При раке почки наблюдается все, кроме:

Варианты ответов

1 полицитемии (балл - 0)

2 артериальной гипертензии (балл - 0)

3 гиперпирексии (балл - 0)

4 анемии (балл - 0)

5 эозинофилии (балл - 9)

8 Наиболее частым вариантом течения ранних стадий рака почки является:

Варианты ответов

1 боль в пояснице (балл - 0)

2 бессимптомное течение (балл - 9)

3 гематурия (балл - 0)

4 анемия (балл - 0)

5 субфебрильная температура (балл - 0)

9 К общим симптомам опухоли паренхимы почки относится все,кроме:

Варианты ответов

1 гиперпирексии (балл - 0)

2 анемии (балл - 0)

3 пальпируемой опухоли (балл - 9)

4 потери в весе (балл - 0)

5 гиперкальциемии (балл - 0)

10 При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать с:

Варианты ответов

1 аортографии (балл - 0)

2 экскреторной урографии (балл - 0)

3 радиоизотопной ренографии (балл - 0)

4 ультрасонографии (балл - 9)

5 ретроградной уретеропиелографии (балл - 0)

11 При удалении почки по поводу рака в первую очередь перевязывают:

Варианты ответов

1 почечную артерию (балл - 9)

2 почечную вену (балл - 0)

3 всю почечную ножку (балл - 0)

4 надпочечную артерию (балл - 0)

5 яичковую вену (балл - 0)

12 При локализации злокачественной опухоли Т 1-2 в одном из полюсов единственной почки следует предпринять:

Варианты ответов

1 нефрэктомию (балл - 0)

2 резекцию почки (балл - 9)

3 наблюдение за больными (балл - 0)

4 иссечение опухоли (балл - 0)

5 эмболизацию сегментарной артерии (балл - 0)

13 При раке почки с опухолевым тромбом в почечной вене показана:

Варианты ответов

1 радикальная нефрэктомия (балл - 9)

2 нефрэктомия без удаления тромба (балл - 0)

3 эмболизация почечной артерии (балл - 0)

4 все перечисленное (балл - 0)

5 операция не показана (балл - 0)

14 У больного 55 лет рак почки T 2-3 Nx Mo. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 нефроуретерэктомию (балл - 0)

2 предоперационную лучевую терапию (балл - 0)

3 предоперационную химиотерапию (балл - 0)

4 радикальную нефрэктомию (балл - 9)

5 вмешательство не производить (балл - 0)

15 У больного 80 лет рак почки T4, Nx,M+. Ему возможна:

Варианты ответов

1 нефрэктомия (балл - 0)

2 эмболизация почечной артерии (балл - 0)

3 лучевая терапия (балл - 0)

4 химиотерапия (балл - 0)

5 наблюдение (балл - 9)

16 У больного 60 лет рак почки T2, Nx, M+. Ему возможна:

Варианты ответов

1 нефрэктомия (балл - 0)

2 радикальная нефрэктомия, вторым этапом - резекция легкого (балл - 9)

3 лучевая терапия или химиотерапия (балл - 0)

4 симптоматическая терапия (балл - 0)

5 резекция почки (балл - 0)

17 Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует:

Варианты ответов

1 продолжить консервативное и симптоматическое лечение (балл - 0)

2 производить частые переливания свежей крови (балл - 0)

3 произвести эмболизацию почечной артерии (балл - 9)

4 произвести нефрэктомию (балл - 0)

5 произвести нефростомию (балл - 0)

18 Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:

Варианты ответов

1 светлоклеточный рак (балл - 0)

2 тератома (балл - 0)

3 опухоль Вильмса (балл - 9)

4 почечноклеточный рак (балл - 0)

5 саркома (балл - 0)

19 Нефрэктомию по поводу рака верхнего полюса правой почки T3,N+,Mo наиболее целесообразно выполнить оперативным доступом:

Варианты ответов

1 по Федорову (балл - 0)

2 по Нагамацу (балл - 0)

3 по Израэлю (балл - 0)

4 лапаротомным доступом (балл - 9)

5 возможны 2 и 4 (балл - 0)

20 Лучевую терапию при раке почки после нефрэктомии применяют:

Варианты ответов

1 при лимфогенных метастазах (балл - 0)

2 при опухолевых тромбах в почечной вене (балл - 0)

3 всем больным после нефрэктомии (балл - 0)

4 не применяют (балл - 9)

5 правильно 1 и 2 (балл - 0)

21 Гистологически опухоль Вильмса состоит из:

Варианты ответов

1 эпителиальных клеток (балл - 0)

2 соединительных клеток (балл - 0)

3 недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани (балл - 9)

4 хрящевой и мышечной ткани (балл - 0)

5 из всех выше перечисленных (балл - 0)

22 При эмбриональной опухоли почки у детей применяются:

Варианты ответов

1 хирургический метод лечения (балл - 0)

2 лучевая терапия (балл - 0)

3 лекарственная терапия (балл - 0)

4 комплексное хирургическое и лучевое лечение (балл - 9)

23 При опухоли почки у детей наиболее целесообразен:

Варианты ответов

1 поясничный доступ (балл - 0)

2 трансректальный доступ (балл - 0)

3 трансперитонеальный доступ (балл - 9)

4 торакоабдоминальный доступ (балл - 0)

5 по Нагамацу (балл - 0)

24 Наиболее часто опухоли почечной лоханки встречаются в:

Варианты ответов

1 Китае (балл - 0)

2 России (балл - 0)

3 Югославии (балл - 9)

4 США (балл - 0)

5 Японии (балл - 0)

25 При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается:

Варианты ответов

1 боль (балл - 0)

2 прощупываемая почка (балл - 0)

3 гематурия (балл - 9)

4 альбуминурия (балл - 0)

5 субфебрильная температура (балл - 0)

26 В диагностике рака почечной лоханки наиболее информативным является:

Варианты ответов

1 обзорная рентгенография почек и мочевых путей (балл - 0)

2 инфузионная терапия (балл - 0)

3 ретроградная уретеропиелография (балл - 9)

4 радиоизотопное сканирование почек (балл - 0)

5 компьютерная томография (балл - 0)

27 У больного 50 лет папиллярный рак лоханки T2NoMo. Ему рекомендуется:

Варианты ответов

1 нефрэктомия (балл - 0)

2 лучевая терапия (балл - 0)

3 нефроуретерэктомия, резекция мочевого пузыря в зоне устья мочеточника (балл - 9)

4 полихимиотерапия (балл - 0)

5 возможны варианты 1,2,4 (балл - 0)

28 У больной 55 лет папиллярный рак средней трети мочеточника T2-3, No,Mo.Ей следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 резекцию мочеточника с опухолью (балл - 0)

2 лучевую терапию (балл - 0)

3 химиотерапию (балл - 0)

4 нефроуретерэктомию с резекцией стенки мочевого пузыря (балл - 9)

5 пункционную нефростомию (балл - 0)

29 После нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря при папиллярном раке нижней трети мочеточника показаны:

Варианты ответов

1 лучевая терапия (балл - 0)

2 химиотерапия (балл - 0)

3 гормонотерапия (балл - 0)

4 все перечисленное (балл - 0)

5 диспансерное наблюдение (балл - 9)

30 К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся:

Варианты ответов

1 курение (балл - 0)

2 нарушение иммунной реакции организма (балл - 0)

3 хронические воспалительные заболевания (балл - 0)

4 анилиновые красители (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

31 Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречается:

Варианты ответов

1 саркома (балл - 0)

2 фиброма (балл - 0)

3 гемангиома (балл - 0)

4 папиллома и рак (балл - 9)

5 миома (балл - 0)

32 По классификации TNM для опухолей мочевого пузыря символ T2 означает:

Варианты ответов

1 поверхностная инвазия эпителия (балл - 0)

2 опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой (балл - 9)

3 опухоль инфильтрирует глубокй мышечный слой (балл - 0)

4 опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку (балл - 0)

5 опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки (балл - 0)

33 Наиболее частым симптомом опухоли мочевого пузыря является:

Варианты ответов

1 гиперпирексия (балл - 0)

2 дизурия (балл - 0)

3 боли (балл - 0)

4 гематурия (балл - 9)

5 затрудненное мочеиспускание (балл - 0)

34 В момент гематурии необходимо начать исследование с:

Варианты ответов

1 цистоскопии (балл - 9)

2 экскреторной урографии (балл - 0)

3 УЗИ (балл - 0)

4 радиоизотопного сканирования (балл - 0)

35 При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать с:

Варианты ответов

1 обзорной рентгенографии мочевых путей (балл - 0)

2 КТ (балл - 0)

3 УЗИ (балл - 9)

4 экскреторной урографии (балл - 0)

5 цистоскопии (балл - 0)

36 Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря:

Варианты ответов

1 T1 (балл - 9)

2 T2 (балл - 0)

3 T3 (балл - 0)

4 T4 (балл - 0)

5 правильно T1 и T2 (балл - 0)

37 Лимфогенные метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются в:

Варианты ответов

1 паракавальных лимфоузлах (балл - 0)

2 паховых лимфоузлах (балл - 0)

3 парааортальных лимфоузлах (балл - 0)

4 надключичных лимфоузлах (балл - 0)

5 тазовых лимфоузлах (балл - 9)

38 Радикальным методом лечения рака мочевого пузыря в стадии T3NoMo является:

Варианты ответов

1 трансуретральная электрорезекция (балл - 0)

2 электрокоагуляция (балл - 0)

3 резекция мочевого пузыря (балл - 0)

4 цистэктомия с созданием кишечного резервуара (балл - 9)

5 химио-лучевая терапия (балл - 0)

39 При раке мочевого пузыря в стадии Т4 применяются:

Варианты ответов

1 трансуретральная электрорезекция (балл - 0)

2 электрокоагуляция (балл - 0)

3 резекция мочевого пузыря (балл - 0)

4 цистэктомия (балл - 0)

5 консервативное лечение (балл - 9)

40 У больного рак мочевого пузыря T1NoMo, расположенный на боковой стенке. Ему рекомендуется:

Варианты ответов

1 лучевая терапия (балл - 0)

2 трансуретральная электрорезекция (балл - 9)

3 химиотерапия (балл - 0)

4 электрокоагуляция опухоли (балл - 0)

5 резекция мочевого пузыря (балл - 0)

41 После ТУР по поводу поверхностного рака мочевого пузыря цистоскопия:

Варианты ответов

1 1 раз в 2 года (балл - 0)

2 1 раз в год (балл - 0)

3 1 раз в 6 месяцев (балл - 0)

4 1 раз в 3 месяца (балл - 9)

5 ежемесячно (балл - 0)

42 Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются:

Варианты ответов

1 фиброма (балл - 0)

2 остроконечная кондилома (балл - 9)

3 карункулы (балл - 0)

4 полипы (балл - 0)

5 папилломы (балл - 0)

43 Дифференцировать доброкачественную опухоль женской уретры от злокачественной можно путем:

Варианты ответов

1 пальпации (балл - 0)

2 уретроскопии (балл - 0)

3 цитологического исследования отпечатков (балл - 0)

4 биопсии (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

44 При доброкачественных опухолях уретры применяют:

Варианты ответов

1 консервативное лечение (балл - 0)

2 электрокоагуляцию (балл - 0)

3 ТУР уретры с опухолью (балл - 9)

4 лучевую терапию (балл - 0)

5 динамическое наблюдение (балл - 0)

45 Для функции почек и верхних мочевых путей наиболее неблагоприятен рост гиперплазированной простаты:

Варианты ответов

1 субвезикально (балл - 0)

2 интравезикально (балл - 0)

3 диффузно (балл - 0)

4 субтригонально (балл - 9)

5 смешанный (балл - 0)

46 Основными показаниями для простатэктомии при ДГПЖ являются:

Варианты ответов

1 объем предстательной железы более 90 см3 (балл - 0)

2 количество остаточной мочи более 100 мл (балл - 0)

3 камни мочевого пузыря (балл - 0)

4 макрогематурия (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

47 ТУР предстательной железы при ДГПЖ при объеме простаты:

Варианты ответов

1 более 120 см3 (балл - 0)

2 объем значения не имеет (балл - 0)

3 менее 60см3 (балл - 9)

4 от 80 до 100 см3 (балл - 0)

48 Показаниями к консервативному лечению больных с ДГПЖ является:

Варианты ответов

1 максимальная скорость потока мочи менее 10 мл/сек (балл - 0)

2 остаточная моча более 200 мл (балл - 0)

3 наличие "средней" доли предстательный железы (балл - 0)

4 выраженная ирритативная симптоматика (балл - 9)

49 Обязательный объем исследований при ДГПЖ должен включать:

Варианты ответов

1 пальцевое ректальное исследование (балл - 0)

2 определение ПСА крови (балл - 0)

3 УЗИ с определением остаточной мочи (балл - 0)

4 урофлоурометрию (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

50 У больного 65 лет ДГПЖ, истинный дивертикул мочевого пузыря объемом 150 см3. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 дивертикулэктомию и цистостомию (балл - 0)

2 аденомэктомию, дивертикулэктомию (балл - 9)

3 аденомэктомию, цистостомию (балл - 0)

4 цистостомию (балл - 0)

5 оперативное лечение не показано (балл - 0)

51 У больного ДГПЖ, профузное пузырное кровотечение, тампонада мочевого пузыря. Ему необходимы:

Варианты ответов

1 викасол, хлористый кальций (балл - 0)

2 установить катетер Фолея в мочевой пузырь (балл - 0)

3 экстренно аденомэктомия (балл - 9)

4 отмывать сгустки крови по эвакуатору (балл - 0)

5 троакарная цистостомия (балл - 0)

52 У больного ДГПЖ, острая задержка мочеиспускания.Инфаркт миокарда первые сутки. Первая помощь:

Варианты ответов

1 цистостомия (балл - 0)

2 троакарная цистостомия (балл - 0)

3 катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером (балл - 9)

4 пункция капиллярная мочевого пузыря (балл - 0)

5 катетеризация металлическим катетером (балл - 0)

53 У больного 65 лет множественные рентгенонегативные камни мочевого пузыря, ДГПЖ объемом 70см3. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 ударно-волновую литотрипсию как первый этап лечения (балл - 0)

2 аденомэктомию, цистолитотомию (балл - 9)

3 трансуретральную литотрипсию аппаратом "Урат 11" (балл - 0)

4 растворение камней, впоследствии ТУР (балл - 0)

5 интерстициальную лазерную коагуляцию (ILK) (балл - 0)

54 У больного ДГПЖ и острая задержка мочеиспускания. Катетеризация невозможна. Температура тела 37,9 С. Ему целесообразно произвести:

Варианты ответов

1 пункцию мочевого пузыря тонкой иглой (балл - 0)

2 троакарную (пункционную) цистостомию (балл - 9)

3 операционную цистостомию (балл - 0)

4 аденомэктомию (балл - 0)

55 У больного 70 лет ДГПЖ, парадоксальная ишурия. Мочевина крови 15 ммоль/л. Ему показана:

Варианты ответов

1 капиллярная пункция мочевого пузыря (балл - 0)

2 аденомэктомия (балл - 0)

3 постоянный катетер Нелатона (балл - 0)

4 трансуретральная электрорезекция простаты (балл - 0)

5 троакарная (пункционная) цистостомия (балл - 9)

56 Во время профосмотра у больного 55 лет пальпаторно трансректально выявлено небольшое увеличение простаты. В одной доле плотный узел. Ему показаноа:

Варианты ответов

1 простатэктомия (балл - 0)

2 трансуретральная резекция простаты (балл - 0)

3 исследование ПСА (балл - 0)

4 трансректальная мультифокальная биопсия (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

57 К методам лечния ДГПЖ с помощью лазера относится все, кроме:

Варианты ответов

1 визуальной лазерной абляции (VLAP) (балл - 0)

2 трансуретральной лазерной простатэктомии (TULJP) (балл - 0)

3 контактной лазерной вапоризации (балл - 0)

4 микроволновой трансуретральной абляции (балл - 9)

58 В предстательной железе чаще встречаются:

Варианты ответов

1 рак (балл - 0)

2 ДГП (балл - 9)

3 фиброма (балл - 0)

4 лейомиома (балл - 0)

5 саркома (балл - 0)

59 Рак предстательной железы чаще наблюдается в возрасте после:

Варианты ответов

1 20 лет (балл - 0)

2 30 лет (балл - 0)

3 40 лет (балл - 0)

4 50 лет (балл - 0)

5 60 лет и старше (балл - 9)

60 Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить:

Варианты ответов

1 осмотр и пальпация наружных половых органов (балл - 0)

2 пальпация предстательной железы (балл - 0)

3 цистоскопия (балл - 0)

4 биопсия предстательной железы (балл - 9)

5 биопсия костного мозга (балл - 0)

61 Для определения локализованного рака предстательной железы необходимы следующие исследования, кроме:

Варианты ответов

1 биопсии предстательной железы под УЗ наведением (балл - 0)

2 исследования ПСА сыровотки крови (балл - 0)

3 радиоизотопной сцинтиграфии скелета (балл - 9)

4 ТРУЗИ (балл - 0)

62 Для диагностики местнораспространенного рака предстательной железы необходимы следующие исследования, кроме:

Варианты ответов

1 УЗИ (балл - 0)

2 КТ (или МРТ) малого таза (балл - 0)

3 исследования ПСА крови (балл - 0)

4 сцинтиграфии скелета (балл - 9)

5 биопсии простаты (балл - 0)

63 Для диагностики генерализованного рака предстательной железы необходимо применить все, кроме:

Варианты ответов

1 ТРУЗИ + биопсии простаты (балл - 0)

2 сцинтиграфии скелета (балл - 0)

3 тазовой лимфографии (балл - 9)

4 КТ или МРТ малого таза (балл - 0)

5 рентгенографии костей таза (балл - 0)

64 Для локализованного рака предстательной железы (стадия T1-T2) характерны следующие симптомы:

Варианты ответов

1 гематурия (балл - 0)

2 задержка мочеиспускания (балл - 0)

3 боли в промежности (балл - 0)

4 боли в крестце (балл - 0)

5 отсутствие симптомов (балл - 9)

65 Для местнораспространенного рака предстательной железы характерны следующие признаки:

Варианты ответов

1 гематурия (балл - 0)

2 пальпируемое образование (плотный узел) (балл - 9)

3 недержание мочи (балл - 0)

4 боли в промежности (балл - 0)

5 боли в области крестца (балл - 0)

66 Для генерализованного рака предстательной железы характерно все, кроме:

Варианты ответов

1 болей в костях (балл - 0)

2 интоксикации (балл - 0)

3 наличия атипичных клеток в моче (балл - 9)

4 гематурии, уретроррагии (балл - 0)

5 задержки мочи (балл - 0)

67 При обнаружении в биоптатах предстательной железы ПИН высокой степени показано:

Варианты ответов

1 сцинтиграфия скелета (балл - 0)

2 повторная биопсия (балл - 9)

3 полная андрогенная блокада (балл - 0)

4 радикальная простатэктомия (балл - 0)

5 лучевая терапия (балл - 0)

68 При ДГПЖ объемом 80см3, ПСА 9нг/мл и ПИН низкой степени в биоптатах простаты показано:

Варианты ответов

1 повторная биопсия (балл - 0)

2 динамическое наблюдение (балл - 0)

3 простатэктомия (балл - 9)

4 лечение альфа-блокаторами и ингибиторами 5-альфа редуктазы (балл - 0)

5 полная андрогенная блокада (балл - 0)

69 Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается в:

Варианты ответов

1 США (балл - 9)

2 Франции (балл - 0)

3 Китае (балл - 0)

4 Великобритании (балл - 0)

5 Японии (балл - 0)

70 Для локализованного рака предстательной железы характерны следующие показатели свободного и общего ПСА, кроме:

Варианты ответов

1 свободный 10нг/мл (балл - 0)

2 отношение свободного к общему выше 15% (балл - 0)

3 отношение свободного к общему ниже 15% (балл - 9)

4 общий ПСА 50 нг/мл (балл - 0)

71 Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются в:

Варианты ответов

1 печени (балл - 0)

2 легких (балл - 0)

3 брюшине (балл - 0)

4 костях (балл - 9)

5 яичках (балл - 0)

72 Материал для морфологической верификации рака предстательной железы должен быть получен путем:

Варианты ответов

1 массажа предстательной железы (балл - 0)

2 пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета (балл - 0)

3 исследования осадка мочи и спермы (балл - 0)

4 исследования секрета предстательной железы (балл - 0)

5 мультифокальной биопсии под УЗ наведением (балл - 9)

73 При локализованном раке предстательной железы (Т1-Т2) и ожидаемой продолжительности жизни более 10 лет показано:

Варианты ответов

1 криодеструкция простаты (балл - 0)

2 радикальная простатэктомия (балл - 0)

3 трансуретральная электрорезекция простаты (балл - 0)

4 лучевая терапия ( брахитерапия) (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

74 Из приведенных препаратов антиандрогенами являются все, кроме:

Варианты ответов

1 диэтилстилбестрола (балл - 9)

2 флютамида (балл - 0)

3 косадекса (балл - 0)

4 андрокура (балл - 0)

5 золодекса (балл - 0)

75 Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии:

Варианты ответов

1 T1NoMo (балл - 0)

2 T2NxMo (балл - 0)

3 T3NoM1 (балл - 0)

4 T4N1M2 (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

76 К паллиативным операциям применяемым в поздних стадиях распространенного рака предстательной железы относятся:

Варианты ответов

1 троакарная цистостомия (балл - 0)

2 высокое сечение мочевого пузыря (балл - 0)

3 трансуретральная электрорезекция (балл - 0)

4 кастрация (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

77 При нарастании хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии Т4N2M1 показаны:

Варианты ответов

1 гемодиализ (балл - 0)

2 перитониальный диализ (балл - 0)

3 нефростомия (балл - 9)

4 цистостомия (балл - 0)

5 простатэктомия (балл - 0)

78 При раке предстательной железы лучевая терапия по радикальной программе применяется в стадии:

Варианты ответов

1 T4NoMo (балл - 0)

2 T3NoMo (балл - 0)

3 T2N0M0 (балл - 0)

4 T1NoMo (балл - 0)

5 правильно 2 и 3 (балл - 9)

79 Рак предстательной железы чаще локализуется:

Варианты ответов

1 в краниальной части предстательной железы (балл - 0)

2 в каудальной части предстательной железы (балл - 0)

3 вблизи семенного бугорка (балл - 0)

4 по периферии предстательной железы под капсулой (балл - 9)

5 в центральной зоне, прилежащей к уретре (балл - 0)

80 Динамическое наблюдение после радикальной простатэктомии включает:

Варианты ответов

1 КТ таза 1 раз в 3 месяца (балл - 0)

2 ТРУЗИ 1 раз в пол-года (балл - 0)

3 ПСА через 3 месяца (балл - 9)

4 сцинтиграфию скелета (балл - 0)

5 рентгенографию легких через 3 месяца (балл - 0)

81 Полная андрогенная блокада при раке простаты показана:

Варианты ответов

1 при локализованном раке (балл - 0)

2 после радикальной простатэктомии (балл - 0)

3 при местнораспространенном раке простаты (балл - 9)

4 профилактически при ПИН высокой степени (балл - 0)

82 Контроль за эффективностью андрогенной блокады необходимо проводить методом:

Варианты ответов

1 сцинтиграфии скелета (балл - 0)

2 биопсии предстательной железы (балл - 0)

3 определения ПСА крови (балл - 9)

4 исследования эякулята на атипичные клетки (балл - 0)

5 определения тестостерона крови (балл - 0)

83 Кастрация при раке предстательной железы показана:

Варианты ответов

1 во всех случаях (балл - 0)

2 при стадии Т1-Т2 (балл - 0)

3 после радикальной простатэктомии (балл - 0)

4 при местнораспространенном раке (балл - 9)

5 при ПИН высокой степени (балл - 0)

84 К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме:

Варианты ответов

1 рака яичка (балл - 0)

2 семиномы (балл - 0)

3 тератобластомы (балл - 0)

4 метастатического рака яичка (балл - 9)

5 хорионэпителиомы (балл - 0)

85 К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка относятся:

Варианты ответов

1 половое воздержание или половые излишества, онанизм (балл - 0)

2 травма органов мошонки (балл - 0)

3 эпидидимит на почве вирусной инфекции (балл - 0)

4 крипторхизм (балл - 0)

5 правильно 2 и 4 (балл - 9)

86 Для дигностики опухоли яичка необходимы исследования, кроме:

Варианты ответов

1 тазовой артериографии (балл - 9)

2 УЗИ яичек (балл - 0)

3 экскреторной урографии (балл - 0)

4 рентгенографии органов грудной клетки (балл - 0)

5 КТ (балл - 0)

87 С целью диагностики опухоли яичка необходимы:

Варианты ответов

1 определение альфа-фето-протеина (балл - 0)

2 экскреторная урография (балл - 0)

3 КТ брюшной полости (балл - 0)

4 все перечисленное (балл - 9)

5 ничего из перечисленного (балл - 0)

88 Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка:

Варианты ответов

1 семиноме (балл - 0)

2 тератоме (балл - 0)

3 эмбриональной карциноме и тератобластоме (балл - 9)

4 хорионэпителиоме (балл - 0)

89 К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек:

Варианты ответов

1 семинома (балл - 9)

2 хорионэпителиома (балл - 0)

3 тератома (балл - 0)

4 тератобластома (балл - 0)

5 эмбриональная карцинома (балл - 0)

90 При семиноме в стадии Т1-2NoMo показана:

Варианты ответов

1 операция Дюкена (балл - 0)

2 химиотерапия до операции (балл - 0)

3 орхиэктомия с химиотерапией после операции (балл - 9)

4 лучевая терапия до операции (балл - 0)

5 операция Шевассю (балл - 0)

91 При семиноме в стадии Т3NxMo показаны следующие виды лечения:

Варианты ответов

1 дооперационная химио - и лучевая терапия (балл - 0)

2 послеоперационная химиотерапия (балл - 0)

3 орхиэктомия (балл - 0)

4 операция Шевассю (балл - 0)

5 орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия (балл - 9)

92 При эмбриональном раке яичка в стадии Т2NxMo показаны следующие методы лечения:

Варианты ответов

1 дооперационная полихимиотерапия (балл - 0)

2 орхиэктомия (балл - 0)

3 орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия (балл - 9)

4 орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия (балл - 0)

5 симптоматическое лечение (балл - 0)

93 При тератоме яичка показаны следующие виды лечения:

Варианты ответов

1 лучевая терапия (балл - 0)

2 химиотерапия (балл - 0)

3 орхиэктомия (балл - 9)

4 комбинированное лечение - орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия (балл - 0)

5 симптоматическая терапия (балл - 0)

94 При тератобластоме яичка в стадии Т2-3NxMo показаны следующие виды лечения:

Варианты ответов

1 дооперационная полихимиотерапия (балл - 0)

2 дооперационная лучевая терапия (балл - 0)

3 орхиэктомия + забрюшинная лимфаденэктомия (балл - 9)

4 паховая лимфаденэктомия (балл - 0)

95 У мальчика 5 месяцев дигностирован паховый односторонний крипторхизм. Ему рекомендуется:

Варианты ответов

1 ревизия пахового канала (балл - 0)

2 орхиэктомия (балл - 0)

3 низведение яичка в мошонку (балл - 0)

4 консервативное лечение (хориогонадотропин) (балл - 9)

5 наблюдение без лечения (балл - 0)

96 У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм. Ему рекомендуется:

Варианты ответов

1 хориогонадотропин, поливитамины, (балл - 0)

2 ЛФК (балл - 0)

3 низведение яичка (балл - 9)

4 динамическое наблюдение (балл - 0)

5 оперативное лечение в возрасте 14 - 16 лет (балл - 0)

97 У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах.Физическое развитие нормальное. Ему рекомендуется:

Варианты ответов

1 динамическое наблюдение (балл - 0)

2 гормональная терапия ( хориогонадотропин, метилтестостерон) (балл - 0)

3 операция - ревизия брюшной полости и низведение яичек в мошонку (балл - 9)

4 двухсторонняя орхиэктомия (балл - 0)

98 Предраковым заболеванием полового члена следует считать:

Варианты ответов

1 невирусные папилломы (балл - 0)

2 лейкоплакию (балл - 0)

3 кожный рог (балл - 0)

4 болезнь Кейра (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

99 Уретроскопия при остроконечных кондиломах полового члена показана во всех случаях, кроме:

Варианты ответов

1 кондиломы наружнего листка крайней плоти (балл - 0)

2 кондиломы внутреннего листка крайней плоти (балл - 0)

3 кондиломы ануса (балл - 9)

4 кондиломы ладьевидной ямки (балл - 0)

100 При вирусных папилломах применяют следующее лечение:

Варианты ответов

1 лазерную инцизию (балл - 9)

2 электрокоагуляцию (балл - 0)

3 антибиотики в комбинации с лучевой терапией (балл - 0)

4 резекцию уретры (балл - 0)

5 динамическое наблюдение (балл - 0)

101 Наиболее часто рак полового члена встречается в следующих странах:

Варианты ответов

1 страны Юго-Восточной Азии (балл - 9)

2 США, Канада (балл - 0)

3 Россия (балл - 0)

4 Франция, Италия (балл - 0)

5 Англия (балл - 0)

102 Возникновению рака полового члена способствуют следующие факторы:

Варианты ответов

1 хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии (балл - 0)

2 применение противозачаточных средств (балл - 0)

3 хронические заболевания (баланит,баланопостит, фимоз) (балл - 0)

4 вирусная кондилома и лейкоплакия (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

103 Выделяют следующие макроскопические формы рака полового члена:

Варианты ответов

1 узловую (балл - 0)

2 папиллярную и язвенную (балл - 0)

3 инвазивную (балл - 0)

4 аденоматозную (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

104 К раку полового члена относятся следующие гистологические формы:

Варианты ответов

1 мезотелиома (балл - 0)

2 плоскоклеточный неороговевающий рак (балл - 0)

3 плоскоклеточный ороговевающий рак (балл - 0)

4 гонадобластома (балл - 0)

5 правильно 2 и 3 (балл - 9)

105 При раке полового члена поражаются метастазами региональные лимфоузлы:

Варианты ответов

1 забрюшинные (балл - 0)

2 паховые, подвздошные (балл - 9)

3 тазовые (балл - 0)

4 медиастинальные (балл - 0)

5 подмышечные (балл - 0)

106 При решении вопроса об ампутации полового члена по поводу рака необходимо:

Варианты ответов

1 биопсия дооперационная (балл - 0)

2 цитологическое исследование (балл - 0)

3 интраоперационная экспресс-биопсия (балл - 0)

4 внешний вид типичного рака в виде язвы полового члена (балл - 0)

5 правильно 1 и 2 (балл - 9)

107 При раке полового члена в стадии Т1NoMo можно применить:

Варианты ответов

1 химиотерапию (балл - 0)

2 лучевую терапию (балл - 0)

3 обрезание крайней плоти (балл - 0)

4 ампутацию полового члена и эмаскуляцию (балл - 0)

5 верно 1, 2 и 3 (балл - 9)

108 При раке полового члена в стадии Т2-3N+Mo применяют:

Варианты ответов

1 химиотерапию + ампутацию полового члена (балл - 0)

2 лучевую терапию + операцию Шевассю (балл - 0)

3 ампутацию полового члена + операцию Дюкена (балл - 9)

4 лучевую терапию (балл - 0)

5 операцию Шевассю (балл - 0)

109 У больного рак наружнего листка крайней плоти T1-2NoMo. Ему рекомендуется:

Варианты ответов

1 циркумцизио + лучевая или химиотерапия (балл - 9)

2 ампутация полового члена (балл - 0)

3 химиотерапия (балл - 0)

4 лучевая терапия (балл - 0)

5 циркумцизио (балл - 0)

110 При биопсии пахового лимфоузла выявлен рак. На половом члене бородавчатое новообразование 1 см в диаметре. Больному рекомендуется:

Варианты ответов

1 ампутация полового члена (балл - 0)

2 биопсия новообразования полового члена (балл - 9)

3 лучевая терапия (балл - 0)

4 полихимиотерапия (балл - 0)

5 операция Дюкена (балл - 0)

111 У больного рак головки полового члена T3NoMo. Ему показана:

Варианты ответов

1 лучевая терапия (балл - 0)

2 полихимиотерапия (балл - 0)

3 ампутация полового члена в пределах нормальных тканей (балл - 9)

4 забрюшинная лимфаденэктомия (балл - 0)

5 операция Дюкена (балл - 0)

112 У больного рак полового члена T4 (вовлечена мошонка и яичко) T4NoMo. Ему показаны:

Варианты ответов

1 симптоматическая терапия (балл - 0)

2 операция - эмаскуляция, свищ-бутоньер (балл - 9)

3 ампутация полового члена (балл - 0)

4 лучевая терапия (балл - 0)

5 полихимиотерапия (балл - 0)

113 При раке головки полового члена T3NoM+ (легкие) рекомендуется:

Варианты ответов

1 динамическое наблюдение (балл - 0)

2 химиотерапия (балл - 0)

3 лучевая терапия (балл - 0)

4 ампутация полового члена + химиотерапия (балл - 9)

5 цистостомия + ампутация полового члена (балл - 0)

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология и патогенез рака почки
2. Клинические проявления рака почки, ренальная и экстраренальная симптоматика (боль, гематурия, пальпируемая опухоль, гипертермия, гипертония, эритроцитоз)
3. Диагностика (УЗИ, КТ, МРТ, внутривенная и ретроградная урография, сцинтиграфия). Дифференциальная диагностика рака почки
4. Лечебная тактика: хирургическое и консервативное лечение. Прогноз и диспансеризация
5. Этиология и патогенез рака мочевого пузыря
6. Клиника рака мочевого пузыря (дизурия, гематурия и др.)
7. Диагностика рака мочевого пузыря (цистоскопия, УЗИ, рентгендиагностика)
8. Принципы консервативного и оперативного лечения рака мочевого пузыря в зависимости от стадии процесса. Прогноз
9. Этиология и патогенез рака полового члена. Предраковые заболевания
10. Клиника рака полового члена. Лечебная тактика. Прогноз
11. Клинические проявления рака простаты
12. Классификация рака простаты
13. Диагностика рака простаты
14. Дифференциальный диагноз
15. Общие принципы лечения рака простаты.

 **Типовые ситуационные задачи**

1. У больного 34 лет, работающего на предприятии анилиновых красителей, в последние 3 месяца появилось учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Периодически отмечает тупые боли внизу живота. Обращался в кожно-венерологический диспансер, где проведенное обследование исключило гонорею и трихомониаз. При объективном исследовании патологических изменений (включая компьютерную томографию) патологических изменений не выявлено, лейкоциты 3—5 в поле зрения, эритроциты свежие 8- 10 в поле зрения.

О каком заболевании следует думать? Что в первую очередь нужно предпринять для установления диагноза?

Ответ: Указание на контакт больного с анилиновыми красителями должно насторожить внимание врача в отношении возможности опухоли мочевого пузыря. Наличие дизурии и болей внизу живота может быть проявлением поражения мочевого пузыря. Наиболее полную информацию о наличии или отсутствии опухоли в мочевом пузыре можно получить, сделав больному цистоскопию. Этот метод позволит но только установить диагноз опухоли, но и определит распространенность ее, отношение к устьям. Данные цистоскопии будут иметь ведущее значение в определении тактики и объема оперативного пособия.

2. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется баллотирующее опухолевидное образование размером 10X8 см, с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания?

Ответ: Наличие бугристой опухоли, положительный симптом баллотирования и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса и брюшной полости. Необходимо исключить опухоль почки. Для установления диагноза и определения тактики лечения показаны ретроградная пиелография, ультразвуковое сканирование, сосудистые исследования почек. А при их невозможности или неинформативности необходима компьютерная томография.

3. У больного 43 лет длительная субфебрильная температура, отсутствие аппетита, упорный, не поддающийся никакой терапии сухой кашель. Болен 1 год. За это время похудел на 15 кг. Неоднократно обследовался у различных специалистов. При многократных рентгенологических исследованиях легких (включая томографию) патологических изменений не выявлено. Отмечается нарастание СОЭ (с 30 в начале заболевания до 60 мм/час в настоящее время). Отмечена также анемия - гемоглобин 68 г/л, эритроциты — 3 200 000.

Какое заболевание следует заподозрить? Что следует предпринять для установления диагноза?

Ответ: Быстро прогрессирующее исхудание, анемия, субфебрилитет, увеличенная СОЭ свидетельствуют о злокачественной опухоли, которая может локализоваться в почке. Упорный кашель обусловлен «сочувственным» сухим плевритом или прорастанием опухоли в плевру. Необходимо ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

4. Больной 62 лет. Жалуется на периодическое появление крови в моче с бесформенными сгустками. Болен 6 месяцев. В течение 3-х последних месяцев периодически отмечал рези при учащенном мочеиспускании. Пониженного питания. Бледен. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. При пальпации над лоном — умеренная болезненность. Струя мочи не изменена. При ректальном пальцевом исследовании — простата размерами 3,5X4 см, мягко-эластической консистенции. Назовите предварительный диагноз и план обследования.

Ответ: Предварительный диагноз — опухоль мочевого пузыря. План обследования — бимануальная пальпация, УЗИ мочевого пузыря, спиртовый смыв с мочевого пузыря на атипические клетки, цистоскопия, обзорная и экскреторная урография с нисходящей цистографией.

5. Больной 52 лет жалуется на наличие крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания. Считает себя больным в течение 2 дней. Среди полного здоровья заметил изменение цвета мочи, которая была темно-красной. Через несколько часов появилась боль в левой поясничной области и соответствующей половине живота. Мочеиспускание не нарушено. При объективном исследовании пальпируется нижний полюс левой почки.

О каком заболевании, в первую очередь, следует думать и какие исследования следует произвести для установления диагноза?

Ответ: В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографии, при необходимости - ангиографическое исследование почек (обзорную аортографию, селективную почечную артериографию слева).

6. У больного, 60 лет, безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии – слизистая оболочка мочевого пузыря не изменена, из устья левого мочеточника выделяется кровь. На обзорной рентгенограмме тени конкрементов не определяются, на урограммах – чашечно-лоханочная система почек не изменена, пассаж контрастного вещества не нарушен.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Ответ: Установлено выделение крови из левого устья, поэтому следует предположить наличие опухоли левой почки. Для уточнения диагноза показаны УЗИ почек, компьютерная томография.

7. Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль размерами в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывающая устье левого мочеточника. На экстреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева – снижена.

Определите характер оперативного лечения.

Ответ: У больной опухоль мочевого пузыря, располагающаяся в зоне устья левого мочеточника, в связи с чем, помимо резекции мочевого пузыря, требуется наложение уретероцистоанастомоза слева.

8. Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном исследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для уточнения?

Ответ: Данные пальпации предстательной железы позволяют предположить наличие у больного рака простаты. Для подтверждения диагноза необходимы биопсия предстательной железы, обзорная рентгенография мочевой системы и костей таза для выявления возможных метастазов, определение ПСА.

9. Больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. 6 лет назад перенес орхипексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четко дифференцируется от придатка. Паховые лимфатические узлы увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

Ваш предварительный диагноз? Необходимые методы дополнительного обследования?

Ответ: У больного опухоль правого яичка. Необходимо произвести УЗИ органов мошонки, аспирационную биопсию яичка с цитологическим исследованием пунктата, экскреторную урографию, рентгенографию грудной клетки, компьютерную томографию грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, определение маркеров - содержания ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) (семиномы не вырабатывают АПФ и ХГЧ).

10. У больного 62 лет резко выраженная дизурия, повторные макрогематурии. При цистоскопии выявлены грубоворсинчатые образования, занимающие практически весь мочевой пузырь. На экскреторных урограммах – умеренно выраженный двусторонний уретерогидронефроз.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответ: У больного инвазивный рак мочевого пузыря предположительно II-III стадии (уретерогидронефроз). Показана радикальная цистэктомия с замещением мочевого пузыря изолированным сегментом кишки.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врач-уролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

**Тема: Раздел №7. Доброкачественная гиперплазия простаты**

**Формы текущего контроля успеваемости**

-Тестирование

 -Опрос на практических занятиях

 -Решение проблемных ситуационных задач

 -Приём практических навыков

 **Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9»***

1 Основными показаниями для простатэктомии при ДГПЖ являются:

Варианты ответов

1 объем предстательной железы более 90 см3 (балл - 0)

2 количество остаточной мочи более 100 мл (балл - 0)

3 камни мочевого пузыря (балл - 0)

4 макрогематурия (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

2 ТУР предстательной железы при ДГПЖ при объеме простаты:

Варианты ответов

1 более 120 см3 (балл - 0)

2 объем значения не имеет (балл - 0)

3 менее 60см3 (балл - 9)

4 от 80 до 100 см3 (балл - 0)

3 Показаниями к консервативному лечению больных с ДГПЖ является:

Варианты ответов

1 максимальная скорость потока мочи менее 10 мл/сек (балл - 0)

2 остаточная моча более 200 мл (балл - 0)

3 наличие "средней" доли предстательный железы (балл - 0)

4 выраженная ирритативная симптоматика (балл - 9)

4 Обязательный объем исследований при ДГПЖ должен включать:

Варианты ответов

1 пальцевое ректальное исследование (балл - 0)

2 определение ПСА крови (балл - 0)

3 УЗИ с определением остаточной мочи (балл - 0)

4 урофлоурометрию (балл - 0)

5 все перечисленное (балл - 9)

5 У больного 65 лет ДГПЖ, истинный дивертикул мочевого пузыря объемом 150 см3. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 дивертикулэктомию и цистостомию (балл - 0)

2 аденомэктомию, дивертикулэктомию (балл - 9)

3 аденомэктомию, цистостомию (балл - 0)

4 цистостомию (балл - 0)

5 оперативное лечение не показано (балл - 0)

6 У больного ДГПЖ, профузное пузырное кровотечение, тампонада мочевого пузыря. Ему необходимы:

Варианты ответов

1 викасол, хлористый кальций (балл - 0)

2 установить катетер Фолея в мочевой пузырь (балл - 0)

3 экстренно аденомэктомия (балл - 9)

4 отмывать сгустки крови по эвакуатору (балл - 0)

5 троакарная цистостомия (балл - 0)

7 У больного ДГПЖ, острая задержка мочеиспускания.Инфаркт миокарда первые сутки. Первая помощь:

Варианты ответов

1 цистостомия (балл - 0)

2 троакарная цистостомия (балл - 0)

3 катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером (балл - 9)

4 пункция капиллярная мочевого пузыря (балл - 0)

5 катетеризация металлическим катетером (балл - 0)

8 У больного 65 лет множественные рентгенонегативные камни мочевого пузыря, ДГПЖ объемом 70см3. Ему следует рекомендовать:

Варианты ответов

1 ударно-волновую литотрипсию как первый этап лечения (балл - 0)

2 аденомэктомию, цистолитотомию (балл - 9)

3 трансуретральную литотрипсию аппаратом "Урат 11" (балл - 0)

4 растворение камней, впоследствии ТУР (балл - 0)

5 интерстициальную лазерную коагуляцию (ILK) (балл - 0)

9 У больного ДГПЖ и острая задержка мочеиспускания. Катетеризация невозможна. Температура тела 37,9 С. Ему целесообразно произвести:

Варианты ответов

1 пункцию мочевого пузыря тонкой иглой (балл - 0)

2 троакарную (пункционную) цистостомию (балл - 9)

3 операционную цистостомию (балл - 0)

4 аденомэктомию (балл - 0)

10 У больного 70 лет ДГПЖ, парадоксальная ишурия. Мочевина крови 15 ммоль/л. Ему показана:

Варианты ответов

1 капиллярная пункция мочевого пузыря (балл - 0)

2 аденомэктомия (балл - 0)

3 постоянный катетер Нелатона (балл - 0)

4 трансуретральная электрорезекция простаты (балл - 0)

5 троакарная (пункционная) цистостомия (балл - 9)

11 Во время профосмотра у больного 55 лет пальпаторно трансректально выявлено небольшое увеличение простаты. В одной доле плотный узел. Ему показаноа:

Варианты ответов

1 простатэктомия (балл - 0)

2 трансуретральная резекция простаты (балл - 0)

3 исследование ПСА (балл - 0)

4 трансректальная мультифокальная биопсия (балл - 0)

5 правильно 3 и 4 (балл - 9)

12 К методам лечния ДГПЖ с помощью лазера относится все, кроме:

Варианты ответов

1 визуальной лазерной абляции (VLAP) (балл - 0)

2 трансуретральной лазерной простатэктомии (TULJP) (балл - 0)

3 контактной лазерной вапоризации (балл - 0)

4 микроволновой трансуретральной абляции (балл - 9)

13 В предстательной железе чаще встречаются:

Варианты ответов

1 рак (балл - 0)

2 ДГП (балл - 9)

3 фиброма (балл - 0)

4 лейомиома (балл - 0)

5 саркома (балл - 0)

14 Рак предстательной железы чаще наблюдается в возрасте после:

Варианты ответов

1 20 лет (балл - 0)

2 30 лет (балл - 0)

3 40 лет (балл - 0)

4 50 лет (балл - 0)

5 60 лет и старше (балл - 9)

15 Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить:

Варианты ответов

1 осмотр и пальпация наружных половых органов (балл - 0)

2 пальпация предстательной железы (балл - 0)

3 цистоскопия (балл - 0)

4 биопсия предстательной железы (балл - 9)

5 биопсия костного мозга (балл - 0)

16 Для локализованного рака предстательной железы (стадия T1-T2) характерны следующие симптомы:

Варианты ответов

1 гематурия (балл - 0)

2 задержка мочеиспускания (балл - 0)

3 боли в промежности (балл - 0)

4 боли в крестце (балл - 0)

5 отсутствие симптомов (балл - 9)

17 При обнаружении в биоптатах предстательной железы ПИН высокой степени показано:

Варианты ответов

1 сцинтиграфия скелета (балл - 0)

2 повторная биопсия (балл - 9)

3 полная андрогенная блокада (балл - 0)

4 радикальная простатэктомия (балл - 0)

5 лучевая терапия (балл - 0)

18 При ДГПЖ объемом 80см3, ПСА 9нг/мл и ПИН низкой степени в биоптатах простаты показано:

Варианты ответов

1 повторная биопсия (балл - 0)

2 динамическое наблюдение (балл - 0)

3 простатэктомия (балл - 9)

4 лечение альфа-блокаторами и ингибиторами 5-альфа редуктазы (балл - 0)

5 полная андрогенная блокада (балл - 0)

19 Материал для морфологической верификации рака предстательной железы должен быть получен путем:

Варианты ответов

1 массажа предстательной железы (балл - 0)

2 пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета (балл - 0)

3 исследования осадка мочи и спермы (балл - 0)

4 исследования секрета предстательной железы (балл - 0)

5 мультифокальной биопсии под УЗ наведением (балл - 9)

20 Рак предстательной железы чаще локализуется:

Варианты ответов

1 в краниальной части предстательной железы (балл - 0)

2 в каудальной части предстательной железы (балл - 0)

3 вблизи семенного бугорка (балл - 0)

4 по периферии предстательной железы под капсулой (балл - 9)

5 в центральной зоне, прилежащей к уретре (балл - 0)

**Вопросы для устного опроса**

1. Виды опухолей простаты.

2. Принципы деления аденомы простаты по стадиям.

3. Основные осложнения аденомы простаты.

4. Методы определения остаточной мочи.

5. Клиника аденомы простаты.

6. Методы диагностики аденомы простаты.

7. Методы консервативного и оперативного лечения аденомы простаты

 **Типовые клинические задачи**

1. 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, плотно - эластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 29,9 ммоль/л.

Ваш предположительный диагноз? Лечебные рекомендации?

Ответ: Непроизвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для аденомы простаты III стадии. Этой стадии сопутствуют явления почечной недостаточности, анемия, электролитные нарушения, интоксикация, что проявляется у данного больного общей слабостью, тошнотой, головными болями. Больному показана цистостомия с последующей дезинтоксикационной терапией, коррекция электролитных нарушений и подготовка ко II этапу аденомэктомии.

2. 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?

Ответ: Учитывая пожилой возраст больного, затрудненное мочеиспускание слабой струей, каменистую консистенцию правой доли предстательной железы можно думать о злокачественной опухоли предстательной железы. Для уточнения диагноза необходимы определение общего и свободного ПСА, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, исследование секрета предстательной железы на атипичные клетки, обзорный снимок костей таза, экскреторная урография с нисходящей цистографией для уточнения состояния верхних мочевых путей и степени прорастания опухоли в просвет пузыря. И, наконец, самым достоверным методом диагностики опухоли является биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем с последующим гистологическим исследованием полученных тканей.

3. 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, плотно - эластической консистенции, безболезненная.

О каком заболевании можно думать?

Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

Ответ: Клинические признаки заболевания характерны для аденомы предстательной железы I стадии. Для уточнения диагноза следует произвести исследование ПСА, УЗИ мочевого пузыря, определение количества остаточной мочи, ТрУЗИ простаты, обзорную и экскреторную урографию. При этом для аденомы I стадии будет характерно сохранение функции почек. Рентгенологический признак аденомы — симптом «холма» или «купола парашюта». При подтверждении диагноза показана консервативная терапия или одномоментная аденомэктомия в зависимости от данных обследования и показателя «качества жизни» по шкале IPSS.

4. 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?

Ответ: Предварительный диагноз — аденома предстательной железы II стадии. Для уточнения диагноза рекомендовать радиоизотопную ренографию или УЗИ мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи. Данные о наличии аденомы можно получить с помощью цистоскопии, цистографии, но только по специальным показаниям.

5. 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?

Ответ: Основным клиническим проявлением рака предстательной железы нередко бывают упорные, жестокие радикулоалгии, которые иногда расцениваются невропатологами как первичный радикулит. В данном случае физиотерапевтические процедуры были противопоказаны, так как при раке предстательной железы они вызывают бурный рост опухоли и быстрое метастазирование. Излюбленная локализация метастазов — кости таза и позвоночника. Отсюда следует, что больной пожилого возраста, страдающий болями в позвоночнике, должен осматриваться урологом для исключения патологии со стороны предстательной железы.

6. 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?

Ответ: учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией (ДГПЖ) предстательной железы. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Затем показаны катетеризация мочевого пузыря, лучше катетером Тимана и пальцевое ректальное исследование. При отсутствии почечной недостаточности возможна экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем — подготовка больного к срочной аденомэктомии (в течение первых суток после поступления).

7. 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, не эффективно. При обследовании по системам органов - без особенностей. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА-25 нг/мл.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимо предпринять для уточнения диагноза?

Ответ: наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом исследовании. Показаны УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.

8. 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.

Ответ: данные пальпации простаты, резко повышенные показатели ПСА указывают на возможность рака простаты. Наличие гидронефротической трансформации вследствие сдавления нижних третей мочеточников раковым инфильтратом, приводящей к хронической почечной недостаточности. Необходимы рентгенография костей таза и позвоночника для исключения метастазов, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, трансректальная биопсия простаты для подтверждения диагноза. При верификации диагноза показана паллиативная терапия — кастрация (медикаментозная или хирургическая) и прием антиандрогенов (флуцином).

9. 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?

Ответ: При обследовании выявлена ДГПЖ. С целью дообследования необходимо определить ПСА, выполнить УЗИ мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, ТрУЗИ простаты, IPSS, L.

10. 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?

Ответ: У больного ДГПЖ, острая задержка мочеиспускания, ПМР, острый урет­рит, острый аденомит, острый восходящий пиелонефрит. Показана срочная эпицистостомия, инфузионная терапия, массивная антибактериальная терапия, контроль диуреза и АД.

11. 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?

Ответ: Срочная эпицистостомия, адекватная инфузионная терапия под контро­лем определения электролитов крови, Hb, Ht, тщательный контроль диуреза и АД, антибактериальная терапия.

12. 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?

Ответ: Медикаментозное лечение (α-адреноблокаторы (неселективные, селективные), ингибиторы 5-α-редуктазы (синтетические, растительного происхождения), комбинированная медикаментозная терапия, направленная на купирование воспалительного процесса в простате).

13. 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?

Ответ: Диагноз: рак простаты Т4NxMx с прорастанием устьев мочеточников. ХПН III ст. Показана паллиативная операция – ЧПНС для дренирования полостей почек.

14. У больного раком простаты T3N0M0 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.

Ответ: При неэффективности консервативных методов лечения, например α1-блокаторами, необходимо решить вопрос об оперативном лечении – ТУР простаты или цистостомии.

15. 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?

Ответ: Учитывая жалобы и возраст больного, можно думать об ОЗМ на фоне ДГПЖ. Необходимы госпитализация, определение ПСА, пальцевое ректальное исследование, катетеризация мочевого пузыря. Нужно исключить РП, от чего зависит дальнейшая тактика лечения.

16. 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?

Ответ: У больного клиника РП. Для уточнения диагноза необходимо определить уровень ПСА, провести трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, выполнить экскреторную урографию и нисходящую цистографию. Наиболее достоверным методом диагностики является биопсия простаты.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже.

Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врач-уролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

**Тема: Раздел №8. Неотложная урология**

**Формы текущего контроля успеваемости**

-Тестирование

 -Опрос на практических занятиях

 -Решение типовых ситуационных задач

 -Приём практических навыков

 **Тестовые задания**

***Правильные ответы отмечены баллом «9»***

1. ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ:

1) профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы

1. макрогематурии
2. когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение рентгеноконтрастного вещества поврежденной почкой
3. нормальной функции контралатеральной почки
4. пареза кишечника

2. ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ

1) нефростомией

1. пиелостомией
2. без дренирования лоханки
3. интубацией мочеточника
4. кольцевым дренированием лоханки

3. ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНА

 1)боль

 2)микрогематурия

3) забрюшинная урогематома

 4)кратковременная макрогематурия

 5)удовлетворительное общее состояние

4. 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)

5. 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

1. фиброзной капсулы почки

6. 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

7. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМУ ПОЧКИ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО

1. наблюдать амбулаторно ежедневно
2. наблюдать амбулаторно через день

3) немедленно госпитализировать во всех случаях

1. госпитализировать в случае нестабильного артериального давления
2. госпитализировать в случае шока

8. 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

9. ПРИ ВНЕБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ретроградная цистография

2) уретрография

1. цистоскопия
2. пневмоцистография
3. обзорная урография

10. 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

11. 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

1. установление кольцевого дренажа

12. 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

13. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ

1. макрогематурия
2. уретроррагия
3. задержка мочеиспускания
4. гематома над лоном или промежностная гематома

5) правильно 2), 3), 4)

14. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ

1. экскреторная урография
2. нисходящая цистоуретрография

3) восходящая уретроцистография

4) пневмоцистография

1. обзорная урография

15. 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)

16. ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

1. атрофии яичка
2. инфаркта яичка
3. невралгии
4. злокачественного перерождения

5) верно 1), 2), 3), 4)

17. МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) цистостомия

2) первичный шов уретры

1. бужирование уретры
2. пластика уретры по Хольцову
3. пластика уретры по Соловову

18. 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

19. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль над лоном и неудержание мочи

2) нарушение акта мочеиспускания и симптомы раздражения брюшины

1. мочевой затек в клетчатку малого таза и боли над лоном
2. почечная недостаточность и лихорадка
3. недержание мочи и пиурия

20. 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

21. Почечную колику вызывает чаще всего

1) туберкулез почки

2) камень мочеточника

3) хронический пиелонефрит

4) тазовая дистопия почки

5) разрыв мочевого пузыря

22. ПРИЧИНА СУБРЕНАЛЬНОЙ (ПОСТРЕНАЛЬНОЙ) АНУРИИ?

1) рвота

2) кровопотеря

3) двусторонний нефролитиаз

4) интоксикация

5) острая дизентерия

23. 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

 **Ответы**

 1-1 2-1 3-3 4-5 5-3 6-4 7-3 8-3 9-1 10-5 11-4 12-5

 13-5 14-3 15-3 16-5 17-1 18-3 19-2 20-1 21-2 22-3 23-

**Вопросы для устного опроса**

**Почечная колика**

1. Механизм возникновения болей при почечной колике.
2. Наиболее частые причины возникновения почечной колики.
3. Какие изменения в анализах мочи и крови наблюдаются при почечной колике и почему?
4. Основные препараты, использующиеся для купирования почечной колики.
5. Что такое блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну? В каком случае она выполняется?

**Анурия – ОПН**

1. Ведущие этиологические факторы ОПН.
2. Какие патофизиологические изменения определяют клиническую картину ОПН?
3. Дифференциальная диагностика различных форм ОПН.
4. Принципы лечения калькулезной анурии.
5. Показания к дренированию почек и верхних мочевых путей при ОПН.
6. Что такое «шоковая почка»?
7. Принципы инфузионной терапии при ОПН.

**Гематурия**

1. Какое исследование необходимо выполнить у больного с макрогематурией?
2. Тактика врача при появлении интенсивной уретроррагии.
3. Комплекс лечебных мероприятий при возникновении тампонады мочевого пузыря.
4. Какое заболевание следует предполагать у больного при «бессимптомной» гематурии?
5. На основании каких данных определяется лечебная тактика у больных с закрытой травмой почек?
6. Какова локализация поражения мочевой системы при инициальной гематурии?
7. Для каких заболеваний характерна терминальная гематурия?
8. О каком предположительно заболевании следует думать при появлении макрогематурии после приступа почечной колики?
9. Что такое эссенциальная гематурия?

**Острая задержка мочи**

1. Чем отличается острая задержка мочи от ОПН?
2. Тактика врача при острой задержке мочи на почве ДГПЖ.
3. Действия врача при обтурирующем камне уретры.
4. Тактика врача при травме уретры.
5. В каких случаях показана экстренная трансвезикальная простатэктомия?

**Перекрут гидатид яичка и его придатка**

1. Понятие.
2. Клиника.
3. Принципы лечения.

**Перекручивание яичка**

1. Понятие.
2. Патогенез.
3. Клиника.
4. Принципы лечения.

**Парафимоз**

1. Понятие.
2. Причины возникновения.
3. Клиника.
4. Принципы лечения.

**Гангрена Фурнье**

1. Этиология.
2. Клиника.
3. Принципы лечения.

**Приапизм**

1. Классификация.
2. Клиника всех форм приапизма.
3. Принципы консервативного лечения.

Виды операций при приапизме

**Типовые клинические задачи**

1. У больной 18 лет, незамужней, внезапно возникли боли в левой поясничной области. Температура тела нормальная. Отмечается тошнота, позывы на рвоту. Мочеиспускание не нарушено. При бимануальной пальпации боль слева усиливается(справа пальпация почки безболезненна). Почки не пальпируются.

О каком заболевании следует подумать? С какими заболеваниями следует дифференцировать? Какова неотложная помощь?

Ответ: Внезапность начала боли, болезненность при пальпации левой почки характерны для почечной колики. Необходим дифференциальный диагноз с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При подтверждении диагноза показаны горячая ванна, внутривенное или внутримышечное введение 5 мл баралгина, блокада по Лорин-Эпштейну. Не исключена необходимость катетеризации лоханки правой почки.

2. 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 покушала жареных грибов. К обеду появилась тошнота, была трехкратная рвота. Отмечает отсутствие мочи и позывов к мочеиспусканию 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 болезненен 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 провести для установления характера анурии? Какая тактика лечения будет определена в зависимости от вида анурии?

Ответ: У больной ОПН, анурическая стадия. Приступы почечной колики в анамнезе могут быть обусловлены мочекаменной болезнью и постренальным характером анурии. Вместе с тем, развитие анурии после употребления грибов наводит намысль о нефротоксикозе и ренальной анурии. Для установления характера последней показана двусторонняя катетеризация лоханок почек. При проходимости мочеточников и отсутствии поступления мочи по катетерам анурию следует считать ренальной. В таком случае больную следует направить в отделение искусственной почки для гемодиализа. В случае постренальной анурии и проведения мочеточниковых катетеров выше места обтурации, пассажа мочи по катетерам, их следует оставить на несколько дней или произвести нефростомию. Кроме того, информативным методом диагностики может явиться УЗИ почек.

3. Больной 36 лет. После падения на промежность появилась кратковременная уретроррагия. Жалобы на чувство переполнения мочевого пузыря, невозможность самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов после травмы. Общее состояние средней тяжести. Пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм.рт.ст., перитонеальных симптомов нет. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. В области промежности припухлость 6\*4 см, кожа над ней темно- фиолетового цвета.

Назовите предварительный диагноз. Какие рентгенологические методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ: Предварительный диагноз — травматический разрыв мочеиспускательного канала. Для уточнения диагноза необходимо произвести ретроградную уретрографию.

4. Больной 52 лет в течение 27 лет страдает мочекаменной болезнью с 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, подкожножировая клетчатка обильно развита. Почки не пальпируются. При пальпации в верхнем правом квадранте живота отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Пальпаторно и перкуторно 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.

Ответ: У больного анурия. По-видимому, постренальная, калькулезная. Необходимо срочно произвести обзорную урографию, УЗИ почек, двустороннюю катетеризацию мочеточников с диагностической и лечебной целью. В случае неэффективности катетеризации при подтверждении диагноза — нефростомия.

5. Рабочий рудника попал под обвал. Мелкой породой придавило нижние конечности. Под завалом находился 12 часов. В момент освобождения АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 84 удара в 1 мин.

Какое осложнение со стороны почек может развиться у больного и почему? Каковы особенности его транспортировки в лечебное учреждение?

Ответ: В результате длительного сдавления обширных мышечных групп нижних конечностей в них нарушается циркуляция крови (гипоксия) и лимфы, в результате чего разрушаются клетки мышечных волокон. Их содержимое накапливается в межклеточных пространствах. При восстановлении циркуляции крови развивается острая интоксикация этими продуктами. Возникает ОПН, ренальная анурия вследствие краш-синдрома. При транспортировке пострадавшего необходимо:

1. Наложить жгуты на нижние конечности.

2. Обложить их пузырями со льдом.

3. Проводить трансфузионную дезинтоксикационную терапию.

6. Больная 22 лет 10 дней тому назад с целью прерывания беременности ввела в полость матки катетер, где он находился в течение 12 часов. На другой день появились кровянистые выделения из влагалища, озноб, высокая температура, а затем возникли рвота, понос. Была госпитализирована в гинекологическое отделение, где обратили внимание на олигоанурию. В день поступления в клинику выделила 35 мл мочи. Общее состояние тяжелое, больная заторможена, вялая. Кожа и склеры бледно-желтушны. Лицо пастозное, веки отечны. Тоны сердца приглушены. АД 125/80 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберного края. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Анализ крови: гемог. — 40 г/л, эритр. — 1700 000, лейк. - 24 000, мочевина — 34,9 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л, натрий — 130 ммоль/л, кальций — 2,4 ммоль/л. Анализ мочи-белок — 1,2 г/л, плотность — 1010, лейк. и эритр. покрывают поля зрения.

Какие осложнения криминального аборта имеют место? Какова тактика лечения?

Ответ: Септический аборт, анаэробный сепсис. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Необходимо в срочном порядке произвести выскабливание полости матки, а при наличии показаний — удаление ее. Показана комплексная терапия с обязательным гемодиализом. Следует проводить антибактериальную терапию с учетом опасности кумулятивного их действия в связи с недостаточностью почек.

7. Больной 53 лет. Накануне случайно выпил 150 мл раствора сулемы (1:1000). В поликлинике промыт желудок и первые 12 часов состояние было удовлетворительным. На следующий день — головная боль, тошнота, рвота, анурия. При поступлении общее состояние средней тяжести. Жалуется на слабость, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются. Область их при пальпации болезненна. Анализ крови; гемогл. — 140 г/л, эритр. — 3 500 000, лейк.10 400, СОЭ — 33 мм/час, мочевина — 21,6 ммоль/л, калий — 6,7 ммоль/л, натрий — 127 ммоль/л.

Поставьте диагноз и обоснуйте тактику лечения.

Ответ: Острое отравление сулемой. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Показаны гемодиализ и комплексная терапия.

8. Больной 27 лет. В течение 3 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями заболевания. За последнюю неделю состояние значительно ухудшилось, появилась частая рвота, отмечает отрыжку, постоянную тошноту. Объективно: сознание спутано, адинамичный, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. Кожа сухая. АД — 85/50 мм рт. ст. Пульс 108 в 1 мин слабого наполнения. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области, шум «плеска». Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Суточный диурез — 270 мл. Содержание калия в плазме 2,5 ммоль/л, натрия - 126 ммоль/л, мочевины — 28,6 ммоль/л.

Укажите диагноз и осложнения основного заболевания.

Ответ: У больного острая почечная недостаточность преренального генеза за счет дегидратации, обусловленной частой рвотой. По-видимому, язвенная болезнь осложнилась стенозом привратника. В результате длительных и значительных потерь электролитов и воды с рвотой на почве стеноза привратника возникла острая почечная недостаточность, так называемая хлорпеническая почка с резкой азотемией, гипокалиемией. Для восстановления функции почек показана консервативная патогенетическая терапия, в первую очередь восполнение калия, хлоридов, белков плазмы крови.

9. Больной 43 лет доставлен в клинику по поводу болей в левой поясничной области, возникших после падения с высоты 2 метров. После травмы во время двукратного мочеиспускания отметил наличие макрогематурии. Состояние средней степени тяжести. АД и пульс нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений не обнаружено. Имеется небольшая болезненная припухлость в левой поясничной области.

Укажите предварительный диагноз и обоснуйте его.

Ответ: Боль, макрогематурия, наличие припухлости в левой поясничной области дают врачу основание заподозрить повреждение почки. Для решения вопроса о характере изменений в почках необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию, которые позволят выявить признаки повреждения левой почки (отсутствие тени поясничной мышцы, слабое и позднее заполнение контрастным веществом лоханочно-чашечной системы, внепочечные затеки контрастного вещества или полное его отсутствие на стороне травмы) и состояние контрлатеральной почки.

10.Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу болей в правой поясничной области, макрогематурии со сгустками. Час тому назад больному был нанесен удар твердым предметом в правую поясничную область. Положение вынужденное: выраженный сколиоз в больную сторону. В области правого подреберья определяется болезненная припухлость. Пульс 128 ударов в 1 минуту, АД 85/50 мм.рт.ст. Признаков раздражения брюшины нет, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. На экскреторных урограммах левая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена, пассаж рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Справа контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется. При хромоцистоскопии слева моча, окрашенная индигокармином, появилась на 7 мин.

Ваш диагноз? Лечебная тактика? Имеется ли целесообразность в выполнении какого-либо исследования?

Ответ: Анамнез и объективные данные характерны для повреждения правой почки, наличия урогематомы. Налицо признаки кровотечения из почки, что, по-видимому, привело к снижению АД и учащению пульса. Не ясен характер повреждения, в связи с чем показана почечная ангиография. При отсутствии условий для ее выполнения больной подлежит оперативному лечению — люмботомии, ревизии правой почки. Вид операции на почке будет зависеть от степени ее повреждения.

11. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу болей в надлобковой области, ишурии. Три часа тому назад, будучи в нетрезвом состоянии, получил удар в надлобковую область. Несмотря на сильные позывы к акту мочеиспускания, после травмы помочиться не может. Положение вынужденное — сидит. Имеется симптом «ваньки-встаньки». При ректальном исследовании определяется нависание передней стенки прямой кишки. В брюшной полости перкуторно определяется свободная жидкость.

Ваш предварительный диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: Боли над лоном, ишурия, возникшая после травмы, вынужденное положение больного, наличие симптома «ваньки-встаньки», нависание передней стенки прямой кишки, свободная жидкость в брюшной полости характерны для внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Показана ретроградная цистография, которая выявит затекание рентгенконтрастного вещества за пределы мочевого пузыря, что является признаком его разрыва. Больной подлежит срочному оперативному лечению — лапаратомии, ревизии органов брюшной полости, туалету её, ушиванию разрыва мочевого пузыря, эпицистостомии (внебрюшинно), дренированию брюшной полости.

12. У больного клинически и рентгенологически диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Какова лечебная тактика?

Ответ: Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции — цистотомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию мочевого пузыря (эпицистостомия) и околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортеру или другими способами.

13. Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Час тому назад на стройке упал и ударился промежностью о доску.

Ваш предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны?

Ответ: Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяют думать о травматическом разрыве мочеиспускательного канала. Необходимо выполнить ретроградную уретрографию.

14. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда доставлен 2 часа назад после дорожной травмы в шоковом состоянии. После выведения из шока произведен снимок костей таза, на котором определяется перелом лонной кости слева. Самостоятельно не мочится, пальпируется увеличенный мочевой пузырь, в области наружного отверстия уретры запекшаяся кровь.

Какова диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: У больного с переломом костей таза, по-видимому, имеется полный разрыв мочеиспускательного канала. Показана срочная уретрография. При подтверждении диагноза — эпицистостомия, первичный шов уретры, дренирование урогематомы.

15. На прием к врачу мать принесла ребенка с жалобами на боли в области полового члена. Головка полового члена отечна, цианотична из-за ущемления крайней плотью.

Что произошло с ребенком? Какие лечебные мероприятия необходимы?

Ответ: Боли в головке полового члена, ее ущемление, цианотичность указывают на парафимоз. Следует произвести консервативное вправление головки (перевести из парафимоза в фимоз) с последующим назначением ванночек с перманганатом калия. При безуспешности вправления — оперативное лечение (рассечение ущемляющего кольца крайней плоти).

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Производится демонстрация и обсуждение конкретных навыков 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,20,21 из **раздела** 3.«Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся», а именно из **подраздела** «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков».

 Реальное освоение ординаторами навыков проводится при работе в урологическом отделении (СРС), на дежурствах, в период производственной практики.

 Кроме того, ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков № 1-15, указанных в вышеупомянутом **подразделе** данного документа (п. 19).

«Описания» техники навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов** они приводятся здесь ниже. Также ординаторы обязаны освоить последовательность действий при оказании неотложной помощи при ряде состояний (что требуется по Стандарту «Врач- уролог»). Указанные состояния приведены ниже в разделе «Эталонов» выполнения навыков.

 **Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле**

 **успеваемости,в том числе при контроле самостоятельной работы**

**обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
|  **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование****------------------------------****Защита реферата****------------------------------****Сдача практических навыков (решение задач и выполнение****практических****заданий)** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100%правильных ответов. Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89%правильных ответов. Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется приусловии 60-74% правильных ответов. Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.Защита реферата---------------------------------------------------------------------------------------Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется,если обучающимся вы-полнены все требования к написанию и защите реферата: обозначе- на проблема и обоснована её актуальность,сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логичноизложена собственная позиция, сформулированы выводы,темараскрыта полностью,выдержан объём, соблюдены требования квнешнему оформлению,даны правильные ответы на дополнительные вопросы. Оценка ХОРОШО» выставляется,если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но приэтом допущены недочёты. В частности,имеются неточности в из-ложении материала; отсутствует логическая последовательность всуждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.  Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, еслиобучающийся допускает существенные отступления от требова-ний к реферированию. В частности, тема освещена лишь частич-но; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствуетвывод.  Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется,еслиобучающимся не раскрыта тема реферата,обнаруживается сущест-венное непонимание проблемы. ---------------------------------------------------------------------------------------  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи.Но объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрациях практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстрации практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

 Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена

проводится по экзаменационным билетам в устной и параллельно в письменной форме, а также в форме тестирования по вариантам. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*Расчет дисциплинарного рейтинга:*

 *Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

 **0-2балла.**Материал излагается непоследовательно,сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест:количество правильных ответов <50%). вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Опасности и осложнения трансуретральных манипуляций
2. Тактика при варикоцеле справа
3. Диагностическое значение обзорной урографии
4. Опухоль почки. Ренальная и экстраренальная симптоматика
5. Диагностика камней почек и мочеточников
6. Пальпация органов мошонки
7. Понятие об экскреторной урографии, ее диагностическое значение
8. Неотложная помощь при почечной колике
9. Камни мочевого пузыря, клиника, лечебная тактика
10. Пальпация предстательной железы
11. Бактериология мочи
12. Мочекаменная болезнь.Виды,состав камней,их локализация.Метафилактика МКБ
13. Варикоцеле, понятие, осложнения
14. Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером у женщин
15. Тактика ведения больного при гематурии
16. Тактика при остром обструктивном пиелонефрите
17. Опухоль яичка. Клиника, диагностика. Значение крипторхизма
18. Диагностическое и лечебное значение катетеризации мочевого пузыря
19. Консервативное лечение камней почек и мочеточников
20. Туберкулез мочеполовых органов. Симптоматология туберкулеза почек. Лечебная тактика
21. Пальпация почек
22. Уретроррагия. Отличие от гематурии. Причины
23. Показания к оперативному лечению острого пиелонефрита
24. Опухоль яичка. Лечебная тактика
25. Пальпация и перкуссия мочевого пузыря
26. Симптомы мочекаменной болезни. Лечение камней. Показания к операции
27. Почечная колика. Причины, лечебная тактика
28. Острый пиелонефрит в хирургической практике
29. Выполнение экскреторной урографии, показания и противопоказания
30. Причины острой задержки мочеиспускания. Неотложная помощь
31. Понятие об аденоме предстательной железы. Клиника
32. Травма наружных половых органов
33. Техника катетеризации мочеточника
34. Техника операции циркумцизио
35. Протеинурия. Виды, ее оценка
36. Пиелонефрит беременных. Тактика ведения больных
37. Рак предстательной железы. Лечебная тактика
38. Изменения относительной плотности мочи. Диагностическое значение. Проба Зимницкого
39. Бактериотоксический шок. Принципы лечения
40. Пальцевое ректальное исследование. Техника
41. Гидроцеле, фуникулоцеле. Клиника, лечение
42. Техника цистографии
43. Техника орхэктомии
44. Проба Амбурже, Нечипоренко. Показания к их применению
45. Принципы консервативного лечения острого пиелонефрита
46. Рак полового члена. Предраковые заболевания. Профилактика.
47. Виды анурии.Патофизиологические изменения при ОПН
48. Гидронефротическая трансформация. Клиника.Показания к операции
49. Техника наложения суспензория
50. Диагностическое значение хромоцистоскопии (в т.ч.- каким отделом нефро-

на экскретируется индигокармин?)

1. Понятие о диатезах при уролитиазе
2. Определение симптома Пастернацкого
3. Способы определение суммарной функции почек
4. Показания и противопоказания к инструментальным методам исследования
5. Мочекаменная болезнь. Причины камнеобразования. Виды камней
6. Бужирование уретры. Показания и противопоказания. Техника. Возможные осложнения
7. Техника операции нефростомии
8. Цистоскопы, их значение. Виды цистоскопов
9. Мочекаменная болезнь. Предрасполагающие факторы
10. Варикоцеле. Лечебная тактика
11. Забор мочи на анализ у женщин
12. Уретроцистография. Диагностическое значение
13. Опухоль почки. Лечебная тактика
14. Пальпация полового члена
15. Отличие полиурии от поллакиурии
16. Электрокоагуляция опухоли мочевого пузыря
17. Изменение качества мочи. Причины помутнения и изменения цвета мочи
18. Пиелонефрит. Понятие. Классификация
19. Рак предстательной железы. Клиника. Диагностика
20. Гематурия. Виды. Профузная гематурия, неотложная помощь
21. Понятие о пузырно-мочеточниковом рефлюксе, его значение в генезе пиелонефрита
22. Роль профилактических осмотров населения в раннем выявлении рака простаты
23. Рентгеноурологические методы обследования. Диагностическое значение
24. Рак полового члена. Факторы риска. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение
25. Техника новокаиновых блокад по Лорин-Эпштейну, по Школьникову
26. Изменение количества мочи
27. Острый простатит. Клиника, диагностика, лечение
28. Техника операций Паломо, Иваниссевича при варикоцеле
29. Отличие анурии от ишурии. Диагностика
30. Острый уретрит. Клиника. Лечебная тактика
31. Аденома предстательной железы. Осложнения аденомы
32. Техника цистоскопии
33. Техника уретеро- и нефростомии
34. Подготовка больных к рентгенологическому исследованию
35. Камни уретры, клиника, лечебная тактика
36. Изменение качества мочи. Нормальный осадок мочи. Патологические примеси
37. Баланопостит. Понятие. Лечебная тактика
38. Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером у мужчин
39. Причины варикоцеле
40. Туберкулез половых органов. Клиника, диагностика, лечение
41. Техника операций Бергмана, Винкельмана при гидроцеле
42. Паранефрит. Клиника. Лечебная тактика
43. Ультразвуковая диагностика. Понятие
44. Дифференциальный диагноз почечной колики
45. Острые заболевания органов мошонки, понятие, принципы лечения
46. Техника эпицистостомии
47. Боль. Локализация и характер при заболеваниях органов МПС
48. Цистит.Клиника.Лечение
49. Рак мочевого пузыря. Диагностика
50. Виды гематурии. Диагностика источника гематурии
51. Клинические проявления хронического простатита. Лечебная тактика
52. Травма уретры. Диагностика. Лечебная тактика
53. Техника хромоцистоскопии
54. Бактериурия, понятие, оценка
55. Рак предстательной железы. Особенности метастазирования
56. Забор мочи на анализ у мужчин
57. Понятие о почечной ангиографии
58. Факторы риска для развития рака мочевого пузыря
59. Понятие о цисталгии. Лечебная тактика
60. Эпидидимит острый и хронический. Этиология. Значение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)
61. Дифференциальная диагностика острого и хронического эпидидимита
62. Методы лечения острого и хронического эпидидимита
63. УЗИ – признаки острого и хронического простатита, острого и хронического эпидидимита, других заболеваний органов мошонки
64. Пальпация органов мошонки, полового члена в норме. Возможные патологические отклонения
65. Техника взятия на анализ секрета простаты, пробы Meares –Stamey

116.Травма почки.Классификация,клиника,диагностика,лечение

 117.Травма (повреждение) мочевогопузыря.Классификация,клиника,диагности-

 ка,лечение

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

Практические задания соответствуют Стандарту «Врач-уролог»2018г.

 ***Практические задания для демонстрации практических навыков***

**1**.Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**2**.Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от

пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или)

состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**3**.Оценивать анатомо-функциональное состояние почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в норме, при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов.

**4**.Использовать методы осмотра и обследования взрослых с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, такими как:

 осмотр и перкуссия, пальпация почек;

 осмотр и перкуссия, пальпация мочевого пузыря;

 осмотр и пальпация мужских половых органов;

 трансректальное пальцевое исследование;

 функциональные пробы для мочевых органов;

 смотровая цистоскопия;

 катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин;

 введение контрастного вещества при рентгенологических исследованиях

 мочеполовой системы.

**5**.Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**6**.Проводить дифференциальную диагностику острых хирургических и урологических заболеваний.

**7**.Формулировать предварительный диагноз и составлять план лабораторных и инструментальных обследований пациентов с:

 заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и

 мужских половых органов в соответствии с действующими

 клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам

 оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской

 помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**8**.Обосновывать необходимость и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**9**.Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов (ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, уретры и половых органов мужчины; обзорная и экскреторная урография, нисходящая цистография, ретроградная уретроцистография, цистография в прямой и боковой проекциях; микционная цистоуретрография; антеградная пиелоуретеро- графия, ретроградная уретеропиелография; радиоизотопные исследования почек).

**10**.Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**11**.Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**12**.Использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**13**.Выявлять клинические симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**14**.Разрабатывать тактику лечения пациентов с заболеваниями (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**15**.Обосновывать выбор лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозного и (или) хирургического лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**16**.Определять оптимальную последовательность немедикаментозной терапии и применения лекарственных препаратов и (или) оперативного вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**17**.Назначать лекарственные препараты пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**18**.Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для оперативных вмешательств и манипуляций на почках,мочевыводящих путях и мужских половых органах в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**19**.Описать технику операций:

* нефростомия
* нефрэктомия
* декапсуляция почки
* удаление камней из мочеточника
* удаление камней из чашечно-лоханочной системы
* удаление камней мочевого пузыря и уретры

Самостоятельно выполнять манипуляции и оперативные вмешательства:

* 1.осмотр и пальпацию мужских половых органов
* 2.пальцевое ректальное исследование
* 3.установку уретрального катетера мужчине и женщине
* 4.троакарную цистостомию
* 5.смотровую цистоскопию
* 6.производство катетеризации мочеточника и лоханки почки
* 7.производство экскреторной урографии
* 8.производство ретроградной уретеропиелографии
* 9.инстилляцию мочевого пузыря
* 10.проведение местной анестезии
* 11.замену цистостомического дренажа
* 12.орхэктомию
* 13.эпидидимэктомию
* 14.вправление парафимоза
* 15.обрезание крайней плоти полового члена

**20**.Назначать лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

**21**.Назначать режим лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

**22**.Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов ((во время работы в урологическом отделении (СРС), на дежурствах)):

1.с целью купирования приступа почечной колики

2.при травме почек, мочевых путей и половых органов у мужчин

3.при макрогематурии

4.при анурии

5.при острых воспалительных заболеваниях почек, мочевых путей и половых органов у мужчин

6.при острой задержке мочеиспускания

7.при приапизме.

 **Примечание**

Содержание пунктов: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20.21 изложено

 в учебниках,руководствах,монографической литературе по пропедевтике внутренних болезней, общей хирургии, урологии. Настоящие «Методические указания» не являются учебником и поэтому описание этих сведений в данном методическом документе не уместно.

 Однако ординаторы обязаны освоить самостоятельное мануальное выполнение навыков, указанных в п.п.19 и 22 данного подраздела «Практические задания для проверки сформированных умений и навыков». «Описания» техники выполнения навыков включены отдельными вопросами в экзаменационные билеты для промежуточной аттестации. В качестве **эталонов практического выполнения** они приводятся здесь ниже.

**Эталоны техники выполнения навыков**

1.Осмотр и пальпация мужских половых органов.

 При осмотре наружных половых органов исключить наличие симптомов переднего уретрита (выделения, склеивание губок наружного отверстия уретры, их гиперемию). Оценить правильность развития, размеры полового члена, симметричность мошонки, складчатость и пигментацию её кожи.

 Мочеиспускательный канал доступен для пальпации у мужчин (за исключением простатического отдела), а у женщин на всём протяжении.

Оценивают состояние наружного отверстия уретры,наличие или отсутствие камней, парауретральных инфильтратов, , дивертикулов.

Органы мошонки. Присутствие яичек в мошонке, их консистенция,размеры.Состояние головки,тела и хвоста придатка яичка.Семявыносящий проток.Семенной канатик и его содержимое. Уплотнения и инфильтраты по ходу семенного канатика, протока. При увеличении мошонки проводят дифференциальный диагноз между грыжей, варикоцеле,опухолью, специфическими и неспецифическими воспалительными процессами.

Половой член. Устанавливают наличие в пещеристых телах узловатых,пластинчатых безболезненных образований с чёткими границами, плотной консистенции.Наличие или отсутствие флебита или метастатических узлов.

2.Пальцевое ректальное исследование (ПРИ). Положение больного на спине (при его тяжёлом состоянии), на боку, нагнувшись с упором руками на что-то (стол, стул); оптимальным положением является коленно-локтевое.Различают правую и левую доли простаты, разделённые бороздой.Оценивают консистенцию и однородность пальпируемых долей, их размеры, определение границ, наличие инфильтратов, очагов флюктуации, крепитации, подвижности слизистой оболочки прямой кишки над железой. Исследование лучше проводить после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

 3.Установка уретрального катетера мужчине и женщине.

 Используют стерильные (лучше одноразовые из стерильной заводской упаковки) силиконовые катетеры № 16-18-20 по шкале Шарьера. Строго выполняются правила асептики.Больной размещается в горизонтальном положении на спине на перевязочном столе (хуже и неудобно, но можно на постели). Под колени подкладывают валик,чтобы ноги были согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Колени больного разводят, чтобы расстояние между ними было не менее 40 см. Крайнюю плоть сдвигают и обнажают головку полового члена. Врач средним и безымянным пальцами одной (например,левой) руки захватывает половой член за головкой, а большим и указательным пальцами раздвигает наружное отверстие мочеиспускательного канала. Правой рукой головку полового члена в окружности наружного отверстия врач обрабатывает марлевым шариком, смоченным дезинфицирующим раствором. Затем в правую руку он берёт стерильный пинцет, которым захватывает лежащий на стерильном столе или в стерильном лотке катетер вблизи его кончика на расстоянии 5-6 см от отверстия. Наружный конец катетера врач удерживает между 1У и У пальцами той же руки. В раскрытую уретру медсестра наливает несколько капель стерильного глицерина или любого стерильного масла, которым также смазывает и катетер. Пинцетом катетер плавно и без насилия вводится в наружное отверстие уретры. Постепенно вводятся первые 4 см катетера, где он удерживается пальцами, фиксирующими головку полового члена. Затем катетер перехватывается пинцетом ещё на 5 см от головки и эта часть снова медленно вводится в мочеиспускательный канал и т.д.. При прохождении катетера через перепончатый отдел уретры может встретиться сопротивление. В этом случае нужно выждать 3-5 минут, после чего катетер пройдёт в мочевой пузырь. Моча должна собираться в чистый сосуд. Моча выводится медленно (особенно это важно при острой задержке мочи), чтобы не вызвать макрогематурию из-за резкого уменьшения внутрипузырного давления.

 У женщин может быть проведена аналогичная процедура, которая протекает значительно проще. Однако у женщин удобнее провести катетеризацию мочевого пузыря женским металлическим катетером. На последний всегда надевается небольшой отрезок резиновой трубки, чтобы направить поток мочи в приготовленную ёмкость и при необходимости перекрывать отток мочи из пузыря.Перед процедурой производится аналогичная дезинфицирующая обработка области наружного отверстия уретры и преддверия влагалища.

4.Троакарная цистостомия. Операция возможна при острой задержке мочи,т.е. при переполненном мочевом пузыре (мочевой пузырь отодвигает брюшину кверху и непосредственно прилегает к передней брюшной стенке,что исключает повреждение брюшины при операции).Сбривание волос в нижней части живота. Кожа в этой области обрабатывается по одному из методов предоперационной обработки кожи. Местная инфильтрационная анестезия по методу А.В.Вишневского (В кожу, подкожную клетчатку, под апоневроз и в предпузырную клетчатку вводят 20-30 мл 0,5% раствора новокаина. На 2 см выше симфиза и на 1 см вправо или влево от срединной линии производят разрез кожи, подкожножирового слоя, апоневроза белой линии длиной около 2 см. В рану вводят троакар (одной из конструкций) и нижележащие слои брюшной стенки и стенку мочевого пузыря прокалывают в строго перпендикулярном к поверхности кожи направлении на глубину 6-8 см. Из троакара извлекают мандрен. При этом из тубуса троакара начинает выделяться моча. Через троакар в мочевой пузырь вводят хлорвиниловую или из любого другого синтетического материала цистостомическую трубку (лучше катетер Фолея соответствующего диаметру просвета тубуса размера по шкале Шарьера). Тубус троакара удаляется. Путём неоднократного промывания через трубку (катетер) мочевого пузыря небольшими порциями любого стерильного антисептического раствора добиваются её устойчивого нормального функционирования (вытекания введенной жидкости струёй). Для этого регулируют глубину нахождения трубки в мочевом пузыре. (Если использован катетер Фолея, то его раздутый баллон подтягивают к передней стенке мочевого пузыря). По окончании этих манипуляций на кожу накладывают один шелковый шов; трубку (катетер) фиксируют к коже двумя шелковыми лигатурами, наложенными с каждой из сторон операционной раны. Цистостомический дренаж удлиняют трубкой необходимой длины до мочеприёмного сосуда (лучше цистостомический дренаж присоединить к современному герметичному мочеприёмному устройству).

5.Смотровая цистоскопия.Возможна только при наполненном мочевом пузыре при его ёмкости не менее 50 мл. Положение больного на спине с раздвинутыми и согнутыми в коленях ногами на специальном урологическом (можно и на гинекологическом) кресле. Местное обезболивание слизистой оболочки мочеиспускательного канала раствором (гелем) (5% новокаин, Катеджель С, Луан), вводимым в уретру с помощью шприца с резиновым (пластмассовым) уретральным наконечником или специального шприца заводского производства, содержащего вышеназванные препараты. Стерильный цистоскоп смазывают стерильным глицерином (любое масло не растворяется в воде и при цистоскопии его использование нежелательно). Цистоскоп проводят до мембранозного отдела уретры при натянутом по средней линии вверх половом члене. Затем плавным дугообразным движением вниз и вперёд проводят цистоскоп в полость мочевого пузыря. При этом встречается легко преодолимое препятствие в момент прохождения наружного и внутреннего сфинктеров мочеиспускательного канала. При сопротивлении со стороны сфинктеров не следует форсировать проведение инструмента. В таких случаях рекомендуется не ослаблять умеренного давления на сфинктер, отвлечь внимание больного одним из известных способов или предложить ему помочиться.

 Цистоскопию нужно производить достаточно быстро и в определённой последовательности: осматривают область мочепузырного треугольника и устьев мочеточников, переходную складку, боковые и верхние стенки мочевого пузыря. Осмотр последнего проводят в направлении по часовой стрелке, продвигая одновременно инструмент вперёд и назад после каждого поворота цистоскопа по оси на 15-20\*С.Обращают внимание на состояние слизистой оболочки, её сосудов, расположение и строение устьев мочеточников, наличие деформаций стенок пузыря, их подвижность (при надавливании на переднюю стенку живота над лоном), состояние внутреннего сфинктера (симптом Алексеева-Шрамма). Основными ориентирами при цистоскопии являются устья мочеточников и пузырёк воздуха на передней стенке мочевого пузыря.

 6.Производство катетеризации мочеточника и лоханки почки.

 Выполняется после дезинфекции рук и в стерильных перчатках. Готовые к использованию мочеточниковые катетеры являются стерильными. Выполняется цистоскопия катетеризационным цистоскопом. При нормально расположенном устье мочеточника в мочевом пузыре объектив цистоскопа следует расположить так, чтобы устье занимало центр поля зрения. Для этого окуляр отклоняют в противоположную устью сторону. Мочеточниковый катетер вводят в дополнительный канал цистоскопа и после того,как конец катетера появится в поле зрения, его подводят к устью мочеточника, Затем с помощью кремальеры катетер направляют подъемником Альбаррана в просвет устья мочеточника. Перед введением катетера в мочеточник из него надо удалить стальной мандрен. Продвижение катетера по мочеточнику осуществляют плавно с отсчётом меток до появления из просвета катетера капель мочи, как правило, не выше 20-24 см. При появлении из просвета катетера окрашенной кровью мочи его продвижение приостанавливают.

7.Производство экскреторной урографии.

 Рентгеноконтрастные йодные препараты.

 Рентгеноконтрастные йодные препараты содержат три атома йода в составе бензольного кольца. В настоящее время для внутривенного введения применяются новые неионизированные препараты (йогексол, йопромид), получившие название низкоосмолярных или изоосмолярных контрастных препаратов. Применявшиеся раньше контрастные препараты были высокоосмолярными и назывались ионизированными. Многочисленные исследования показали, что частота побочных реакций при внутривенном использовании низкоосмолярных препаратов ниже, чем при использовании высокоосмолярных, даже в группе пациентов с повышенным риском развития таких реакций. Несмотря на то, что стоимость неионизированных препаратов за последние 10 лет снизилась, она остается в 2-3 раза больше, чем стоимость высокоосмолярных препаратов.

Большая часть введенного контрастного препарата экскретируется путем клубочковой фильтрации. Небольшая часть может связываться с альбумином сыворотки крови и затем экскретироваться печенью и билиарной системой. У пациентов с почечной недостаточностью или обструкцией часто преобладает этот путь выведения.

Техника

* Подготовка пациента. Подготовка кишечника позволяет получить более четкую визуализацию мочевой системы. Ограничение приема жидкости накануне вечером способствует лучшей визуализации собирательной системы и оптимизации почечной концентрации контрастного вещества. Пустой желудок предотвращает появление рвоты после введения контрастного вещества, что нередко наблюдается при применении высокоосмолярных препаратов.
* Выполняется обзорный снимок мочевой системы. Это необходимый компонент любого рентгенологического исследования мочеполовой системы. На обзорном снимке могут быть обнаружены тени, подозрительные на конкременты в проекции мочевыводящих путей, кальцификаты, признаки мягкотканных образований и изменения в костях.
* Вводится контрастное вещество. Его можно вводить внутривенно быстро в виде болюса, путем медленной инъекции или капельной инфузии (1 мл на 1 кг массы тела, максимально 150 мл).
* Выполняется серия снимков. Непосредственно после введения делается нефрограмма для визуализации почечной паренхимы (нефрографическая фаза) и выявления дополнительных образований в почке. Через 3 мин контрастное вещество поступает в ЧЛС и выполненная серия снимков позволяет получить изображение чашечек, лоханки и мочеточника (пиелографическая фаза). Исследование завершается выполнением снимка мочевого пузыря (нисходящая цистограмма

8.Производство ретроградной уретеропиелографии.

Показания

* Выявление поражений ЧЛС и мочеточника, которые не могут быть диагностированы при внутривенной урографии и КТ-урографии.
* Визуализация ЧЛС и мочеточника при наличии противопоказаний к внутривенной урографии (почечная недостаточность, тяжелые реакции на контрастное вещество).
* Демонстрация целостности ЧЛС и мочеточника при невозможности сделать это с помощью внутривенной урографии и КТ-урографии.
* Визуализация культи мочеточника, оставшейся после нефрэктомии у пациентов с гематурией и положительным результатом цитологического исследования мочи.

Противопоказания

* Нелеченая ИМП.
* Невозможность выполнить пациенту цистоскопию (например, по­сле недавней операции на мочевом пузыре или уретре).

Техника

Выполняется цистоскопия.

Идентифицируется устье мочеточника и в него вводится катетер, обычно № 5F. В зависимости от целей диагностики введение катетера может быть остановлено на разных уровнях длины мочеточника (от 2-3 см до 4-5 см перед лоханкой почки). Инстиллируется контрастное вещество, которое применяется и при внутривенной урографии или КТ. Объем инстиллята не должен быть больше 5 мл. Производится рентгеновский снимок, который тут же оценивается лечащим врачом. При этом могут потребоваться повторные снимки после изменения некоторых чисто технических деталей методики.

* Ретроградная пиелоуретерография технически невыполнима у пациентов со значительно увеличенной предстательной железой, когда устья мочеточников визуализировать и катетеризировать трудно. Введение катетера затруднено после реимплантации моче­точника или при его извилистом ходе.

**Осложнения**

* Перфорация мочеточника отмечается редко. На снимке в этом случае наблюдается затек контрастного вещества за пределы верхних мочевыводящих путей. В них устанавливают катетер-стент на несколько недель.
* Слишком интенсивное введение контрастного вещества при на­личии ИМП может вызвать диссеминацию бактерий в почку и сосудистое русло, что приведет к развитию пиелонефрита и бактериемии. Риск развития данного осложнения повышается в случае существования обструкции верхних мочевыводящих путей. Перед исследованием необходимо провести антибактериальную профилактику.
* В случае перерастяжения ЧЛС и появления пиеловенозного рефлюкса абсорбция контрастного вещества может вызвать аллергическую реакцию у склонных к этому пациентов. Частота развития аллергических реакций при ретроградной пиелоуретерографии значительно меньше, чем при внутривенной урографии, однако пациентам с неблагоприятным анамнезом перед исследованием необходимо провести премедикацию кортикостероидами и антигистаминными препаратами.

9.Инстилляция мочевого пузыря. Манипуляция применяется при подостром или хроническом цистите. В последнем случае воспалительный процесс, в основном, локализуется в шейке мочевого пузыря. Используют различные растворы (0,25%-2% азотнокислое серебро-ляпис, 0,5%-2% колларгол, протаргол, различные эмульсии, например, гидрокортизона). Катетер устанавливают так, чтобы его окошко помещалось в задней уретре или сразу глубже шейки мочевого пузыря. Для этого катетер сначала вставляется в мочевой пузырь заведомо глубоко. Затем он постепенно извлекается обратно до прекращения выделения из него мочи (промывной жидкости). Это указывает на нахождение окошка катетера в задней уретре. Вводят 10 мл лекарственного препарата, либо это введение производят после более глубокого (на 1,5-2 см) продвижения катетера в мочевой пузырь.

 10.Проведение местной анестезии. Метод «ползучего инфильтрата», разработанный профессором Александром Васильевичем Вишневским. Практические навыки изучены ординаторами на цикле клинической анатомии и оперативной хирургии (1-й курс) и широко используются врачами большинства хирургических специальностей.

 11.Замена цистостомического дренажа. Головчатые катетеры Пеццера или Малеко, для установки и извлечения которых требуются дополнительные инструменты (мандрен и корнцанг или длинный мягкий зажим, соответственно) в настоящее время практически не используются. Замена дренажа производится при плохом функционировании дренажной трубки из-за её засорения или при выпадении трубки по каким-то причинам из мочевого пузыря. Эта манипуляция может быть очень простой и очень сложной, таящей в себе возможность серьёзных осложнений. В элементарном случае новая цистостомическая трубка с соблюдением требований асептики и антисептики просто вводится в мочевой пузырь по имеющемуся мочепузырному свищу и тем или иным способом (лейкопластырем,что ненадёжно, двумя кожными шелковыми швами, поя-сом из бинта) фиксируется к коже живота. Однако в ряде случаев свищ может резко сузиться и пройти по нему инструментом оказывается проблематичным. Мышечные слои стенки живота могут сместиться относительно друг друга и пройти инструментом по свищу становится невозможно. Попытки насильственного расширения свища могут привести к ранению брюшной полости.При её перфорации больной испытывает резкую боль. Но более важным симптомом, заставляющим заподозрить перфорацию брюшной полости, является отсутствие ощущений позывов на мочеиспускание и болей в головке полового члена, характерных для нахождения дренажа (инструмента) в мочевом пузыре. В этом случае больной должен быть госпитализирован с последующим производством операции лапаротомии, ревизии брюшной полости, рецистостомии.

 Не рассчитав глубину свищевого хода, трубку можно установить не в мочевом пузыре, а по ходу мочепузырной стомы, чаще всего межмышечно. Промывная жидкость в этих случаях не проходит по трубке в пузырь и вытекает обратно между трубкой и стенкой стомы.

 При удачной замене дренажа его надо установить так, чтобы он не вызывал неприятных ощущений и хорошо функционировал. Больные могут испытывать ложные болезненные позывы на мочеиспускание и колющие боли в головке полового члена. Эти неприятные явления наблюдаются тогда, когда дренаж погружен глубоко в мочевой пузырь и упирается в шейку, вызывая сильное раздражение. Чаще это бывает, когда цистостомическое отверстие расположено очень низко, непосредственно у лона (результат неверной техники цистостомии, выполненной ранее). При этих жалобах нужно несколько подтянуть дренаж, чтобы его конец не упирался в слизистую. Дизурия и боли проходят. При правильно установленной трубке промывная жидкость, введенная шприцем или «грушей», должна из неё свободно и полностью вытекать струёй. Новый дренаж фиксируется к коже одним из способов. Для профилактики последующего выпадения трубки желательно в наружной её части сделать небольшое «колено» и фиксировать его поясом из бинта.

12.Орхэктомия.

Под местной, инфильтрационной и проводниковой анестезией (20-40 мл 0,5% раствора

новокаина в толщу семенного канатика) производят пахово-мошоночный разрез длиной 8-10 см без рассечения передней стенки пахового канала. Яичко с придатком на семенном канатике отделяют от окружающих тканей и вывихивают в рану. У наружного отверстия пахового канала прошивают толстым кетгутом, перевязывают и пересекают

между двух лигатур семенной канатик, после чего яичко с придатком удаляют. Послойно ушивают рану с оставлением в полости мошонки тонкой резиновой полоски-

выпускника. Тугая повязка на мошонку. Суспензорий.

13.Эпидидимэктомия.

Местная новокаиновая анестезия (инфильтрационная и регионарная-новокаиновая блокада семенного канатика). Вскрывается полость оболочек яичка. Придаток частично тупым, но, в основном, острым путём отделяют от яичка, начиная от хвостового отдела до головки. После отделения придатка семявыносящий проток тупым путём выделяют из семенного канатика и после перевязки отсекают. При выделении придатка необходимо отчетливо ориентироваться в топографии основных сосудов, снабжающих яичко, и проходящих рядом с головкой придатка и медиальнее её. Иначе имеется опасность ранения сосудов с последующим некрозом или атрофией яичка. Проводится тщательный гемостаз в тканях мошонки и оболочках яичка. Основной этап операции Винкельмана. Полость мошонки дренируют резиновыми выпускниками, выведенными через рану и контрапертуру в дне мошонки. Послойное ушивание раны. Тугая повязка. Суспензорий.

14.Вправление парафимоза.

Головка полового члена смазывается вазелином или любой мазью на жировой основе (не гелями). Половой член плотно обхватывается центральнее ущемляющего кольца указательными и средними пальцами обеих рук и одновременно большими пальцами головка проталкивается через ущемляющее кольцо. Настойчивое длительное давление пальцами уменьшает отек головки и способствует вправлению. При неудаче показано рассечение ущемляющего внутреннего листка крайней плоти.

15.Обрезание крайней плоти полового члена.

 Местная инфильтрационная анестезия раствором 0,5% новокаина. Должны быть надежно обезболены оба листка крайней плоти. Линия предполагаемого кругового сечения должна быть намечена до анестезии, т.к. возникающий после неё отёк затрудняет ориентировку в направлении и уровне разреза. Часто внутренний листок крайней плоти обезболивается недостаточно и тогда требуется дополнительная его инфильтрация новокаином. Поэтому более удобна проводниковая анестезия. На корень полового члена накладывается турникет, новокаин вводится дистальнее него на дорсальной поверхности полового члена (в проекции сосудисто-нервного пучка).

Отверстие препуциального мешка тупо растягивают мягким зажимом. Крайняя плоть захватывается 3-4-мя мягкими зажимами и максимально натягивается. Оба листка крайней плоти по тыльной поверхности рассекаются ножницами. После этого производится круговое иссечение крайней плоти (от заднего края разреза). Обнажается головка. Круговой разрез не должен затрагивать уздечку, чтобы не повредить проходящий в ней сосуд. Тщательный гемостаз. Кайма внутреннего листка крайней плоти сшивается с кожей узловыми кетгутовыми швами. При помощи этих же щвов можно фиксировать круговой марлевый валик вокруг обнаженной головки полового члена.

**Оказание неотложной помощи**

«Оказывать  **медицинскую помощь в неотложной форме** пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов».(Стандарт «Врач-уролог»,2019г.).

**С целью купирования приступа почечной колики:**

1. Госпитализация в хирургический стационар.
2. Стол 1, режим 1. Комплексная терапия почечной колики направлена на:

а) ликвидацию спазма и восстановление проходимости мочеточника;

б) купирование выраженного болевого симптома.

1. Применения грелки или прием горячей ванны (последнее предпочтительнее) при отсутствии противопоказаний к тепловым процедурам.
2. Препараты, содержащие терпены и эфирные масла (цистенал, уролесан, роватинекс, ниерон, олиметин).
3. Назначение различных спазмолитических средств (папаверин, но-шпа, платифиллин). В последнее время предпочтение отдается комбинированным препаратам, содержащим анальгетик, спазмолитик и ганглиоблокатор - баралгину, максигану, спазгану и др..
4. Введение наркотических анальгетиков (морфин, омнопон, промедол) допустимо только при абсолютной уверенности в том, что клиническая картина не обусловлена острой патологией органов брюшной полости. В случае использования наркотических препаратов необходимо сочетать их с одновременным введением спазмолитиков.
5. Благоприятный эффект наблюдается при сочетанном введении спазмолитиков с антигистаминными препаратами или ингибиторами простагландин-синтетазы (НПВС, например, кеторол или аналоги).
6. Широко применяют новокаиновые блокады. Наибольшей популярностью пользуется блокада семенного канатика у мужчин и круглой связки матки у женщин по Н.Ю.Лорин-Эпштейну. Эта блокада может служить важным тестом в дифференциальной диагностике атипично протекающей почечной колики и острого аппендицита. При абдоминальных болях действие блокады, как правило, не проявляется. Паранефральную блокаду по А.В.Вишневскому для купирования почечной колики применять не следует, так как при этом возможна травма сосудов блокированной почки с образованием гематом в паранефральной клетчатке.
7. Наличие у пациента на высоте почечной колики повышения количества мочевины в сыворотке крови (обычно 9,0-13,0 ммоль/л) или однократного повышения температуры тела с ознобом свидетельствует о возникновении лоханочно-венозного рефлюкса и требует не только медикаментозной терапии, но и служит показанием к проведению срочных лечебных мероприятий, направленных на восстановление пассажа мочи из почки.
8. При неэффективности изложенных консервативных мероприятий больной должен быть доставлен в специализированное урологическое отделение. Однако при тяжелом состоянии больного ввиду опасности развития бактериотоксического шока больной нетранспортабелен. Необходима открытая классическая люмботомия, ревизия почки, нефростомия (лучше кольцевидная), декапсуляция почки. При технических затруднениях хирурга для выполнения операции – открытая уретеропиелостомия доступом по Н.И Пирогову, активное лечение пиелонефрита. При улучшении состояния – транспортировка в специализированное отделение.

  **При травме почек, мочевых путей и половых органов у мужчин:**

**Лечение повреждений почек.** Консервативное лечение (болеутоляющие средства, антибиотики, кровоостанавливающие препараты, лед на область поясницы в первые сутки, строгий, не менее 2 недель, постельный режим). Помнить об опасности вторичных почечных кровотечений.Необходимость неотложной операции при профузной гематурии, нарастающем внутреннем кровотечении, симптомах повреждения органов брюшной полости, при нарастании забрюшинной урогематомы и ее инфицировании. Нефрэктомия в случаях размозжения почки, разрывов паренхимы, проникающих до чашечек и лоханки, отрывов почки от сосудистой ножки. Органосохраняющие операции (швы на паренхиму, резекция полюса почки, ее дренирование пиелонефростомой, но не через рану почки) при разрывах коркового вещества, отрыве полюса, двусторонней травме, при травме единственной почки. Оперативные доступы к почке: при изолированной травме – люмботомия, при комбинированных повреждениях — лапаротомия.

При открытом повреждении – профилактика столбняка, неотложная операция: первичная хирургическая обработка, необходимое пособие на почке.

При комбинированном повреждении - необходимая операция на непочечном органе (люмболапаротомия), затем на почке.

В послеоперационном периоде – борьба с парезом кишечника, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, аналгетики, восполнение кровопотери.

**Повреждения мочеточников.**

Единственным способом восстановления целостности поврежденного мочеточника является оперативное вмешательство, которое может предупредить опасность мочевой инфильтрации, гибели почки. Возможность первичного шва мочеточника при раннем вмешательстве и пластическое его восстановление в более поздние периоды.

**ТРАВМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**Неотложная помощь при травме мочевого пузыря**

1. Режим – 1, стол – 0.
2. Противошоковые мероприятия.
3. Закрытый (подкожный) разрыв мочевого пузыря.

А. Внебрюшинный

1. Срединная продольная эпицистостомия, у женщин – постоянный катетер.
2. Широкое дренирование тазовой забрюшинной клетчатки через надлобковую рану, при обширных мочевых затеках – дополнительно на внутреннюю поверхность бедра через запирательное отверстие по Буяльскому-Мак-Уортеру.
3. Ушивание разрывов пузыря только при легком его техническом выполнении и не тяжелом состоянии больного.
4. Остановка кровотечения из тазовой клетчатки тугой тампонадой.

Б. Внутрибрюшинный

* + 1. Срединная нижняя продольная цистолапаротомия.
		2. Туалет брюшной полости, дренирование её резиновыми трубчатыми выпускниками через паховые контрапертуры с обеих сторон.
		3. Ушивание разрыва пузыря двухрядным швом: первый – кетгут через все слои, второй – погружной капроном серозномышечный (с захватом поверхностных слоев детрузора).
		4. Внебрюшинная эпицистостомия, у женщин – постоянный катетер.
		5. Дренирование околопузырной клетчатки.
1. Открытое повреждение мочевого пузыря:

а – Профилактика столбняка.

б – Первичная хирургическая обработка.

в – Дальнейшие этапы - как при закрытой травме.

1. Комбинированные повреждения мочевого пузыря:

-оказание неотложной помощи в зависимости от вида не пузырного повреждения, затем оказание помощи на мочевом пузыре по вышеизложенным принципам.

**ТРАВМА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА**

**Неотложная помощь при травме уретры**

1. Режим – 1, стол – 0.
2. Противошоковые мероприятия.
3. Закрытое (подкожное) повреждение уретры:

А. Заднего отдела уретры

1. Cрединная продольная эпицистостомия.
2. Широкое дренирование тазовой забрюшинной клетчатки через надлобковую рану, при обширных мочевых затеках – дополнительно через запирательное отверстие.
3. Допустимо введение постоянного силиконового катетера.
4. Наложение первичного шва уретры – только при давности травмы не более 6 часов, общем удовлетворительном состоянии больного, высокой квалификации хирурга.

Б. Переднего отдела уретры

Аналогичная тактика, но широко дренируются промежностные мочевые затеки множественными разрезами.

1. Открытое повреждение уретры:

а – Профилактика столбняка.

б – Первичная хирургическая обработка.

в – Дальнейшие этапы - как при закрытом повреждении.

1. Комбинированные повреждения уретры:

- Оказание неотложной помощи в зависимости от вида не уретрального повреждения, затем оказание помощи на уретре по вышеизложенным принципам.

1. Последующий этап лечения больных с повреждениями уретры, т.е. восстановление её целостности, производится в специализированном отделении. Известны различные способы пластических операций, среди которых основное место занимают операции Хольцова и Соловова. При стриктурах уретры нередко используется внутренняя оптическая уретротомия.

 **ТРАВМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

**Неотложная помощь при травме полового члена**

Закрытые повреждения

Режим 1, стол 15. При **ушибе полового члена** назначают холод, покой, давящую повязку на половой член, средства для предотвращения эрекции, гемостатики, антибиотики. При обширном подкожном кровоизлиянии диагноз «ушиб» сомнителен. Требуется вскрытие гематомы, наложение швов на белочную оболочку пещеристых тел.

При **переломе полового члена** консервативное лечение не показано, так как у трети пациентов это чревато большой опасностью возникновения осложнений (абсцесс полового члена из-за недиагностированного частичного повреждения уретры, кавернозный фиброз, искривление полового члена, болезненная эрекция и развитие артериовенозного свища), которые могут при­вести к необходимости оперативного лечения в более поздние сроки.

При повреждениях белочной оболочки и пещеристых тел, обычно сопровождающихся массивным кровоизлиянием, необходимо экстренное оперативное вмешательство, которое обязательно включает вскрытие гематомы, удаление сгустков крови, остановку кровотечения, ушивание дефекта белочной оболочки и пещеристых тел (как рассасывающимися, так и нерассасывающимися нитями) и дренирование раны в области гематомы.

При повреждении мочеиспускательного канала в оперативное лечение включают восстановление поврежденной части мочеиспускательного канала с анастомозом «конец в конец» после щадящего освежения её концов и эпицистостомию.

В послеоперационном периоде необходима антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, холод, адекватная обезболивающая терапия и профилактика ЭД, желательно ингибиторами ФДЭ-5.

Лечение **вывиха полового члена** только оперативное и заключается в обнажении корня полового члена, дренировании гематомы, выполнении гемостаза и вправлении полового члена, после чего накладывают швы на разорванные связки, вновь фиксируя пещеристые тела к костям таза.

Осложнения закрытых повреждений: инфекционные, ЭД, искривления полового члена. Специализированная помощь таким больным оказывается в урологическом отделении.

Открытые повреждения

Проводят профилактику столбняка.

Поверхностные ранения,не достигающие белочной оболочки, сопровождаются небольшими кровотечениями. При бурном коитусе характерны относительно глубокие повреждения кожи. Производят ПХО раны. У начинающих половую жизнь мужчин типичны повреждения уздечки крайней плоти, которые сопровождаются болью и значительным кровотечением. Остановить после удаётся оперативным вмешательством - наложением швов на рану. Одновременно выполняют пластику уздечки, а иногда и циркумцизио.

При открытых повреждениях пещеристых тел развиваются наиболее обильные, угрожающие жизни кровотечения, шок. В таких случаях нередко происходят частичные или полные ампутации полового члена, которые возможно восстановить микрохирургической операцией в специализированных отделениях. До операции ампутированный сегмент хранится в контейнере со стерильным физиологическим раствором, который находится в ледяной воде (максимальное время хранения 16 ч). Вопрос о возможности такой операции решается в индивидуальном порядке с Главным урологом МЗ области.

Если осуществление реимплантации невозможно, проводится ушивание культей пещеристых тел в вертикальном направлении, сшивание слизистой культи уретры с кожей. При этом образуется новое наружное отверстие уретры.

При полном размозжении члена и его гангрене – ампутация.

В случаях размозжения периферического отдела полового члена, когда отчетливо выявляется омертвение тканей, производят ампутацию этого участка полового члена. При гангренозном поражении ампутацию при разрушении обоих пещеристых тел осуществляют только после установления демаркационной линии. (В последующем таким больным показана реконструкция полового члена).

После ампутации члена – отведение мочи эпицистостомией.

В остальных более легких случаях производится максимально щадящая первичная хирургическая обработка раны полового члена с иссечением некротизированных тканей в целях предупреждения рубцовой деформации органа в последующем. При ПХО необходимо обязательное удаление инородных тел, которые впоследствии могут вызывать боли при эрекции. Для этой цели раненым показано выполнение рентгенологического обследования. Необходимо учитывать, что даже в значительной степени травмированные и имбибированные кровью ткани через несколько суток могут восстановить свою жизнеспособность. При операции манипуляции на пещеристых телах должны быть щадящими, так как они могут расширить зону повреждения: их следует проводить после определения зоны некроза. Экономное иссечение повреждённых тканей снижает в последующем потребность в кожных пластических операциях.

При повреждении целостности белочной оболочки на неё накладывают узловатые кетгутовые швы в поперечном направлении к оси полового члена, избегая прошивания крупных сосудов, что предотвращает запустевание ячеек пещеристых тел. При этом следует стремиться не деформировать пещеристое тело. При ранении одного пещеристого тела с полным его перерывом концы пещеристого тела сближают и восстанавливают его целостность кетгутовыми швами, захватывая в шов ткань пещеристого тела и белочную оболочку. Аналогичным образом поступают и при повреждении обоих пещеристых тел.

При одновременном повреждении мочеиспускательного канала накладывают надлобковый мочепузырный свищ.

При повреждении полового члена и уретры – помимо вышеизложенного – мероприятия как при травме передней уретры.

При попадании полового члена, обычно через одежду, в движущиеся механизмы возникают чаще всего обширные, переходящие на мошонку, скальпированные раны, сопровождающиеся интенсивными болями и даже травматическим шоком, нередки значительные кровотечения. При этом возможен полный отрыв кожи мошонки и полового члена. В этом случае образуется большой кожный дефект, с которым в основном связаны проблемы лечения. Важно доставить в лечебное учреждение скальпированную кожу. При её отсутствии дефект на половом члене закрывают кожей передней брюшной стенки или свободными кожными лоскутами, а яички погружают под кожу бёдер. В противном случае может возникнуть гнойная инфекция, а впоследствии стойкое искривление полового члена и отсутствие нормальной эрекции. (Окончательные пластические операции по замещению кожных дефектов проводят в специализированных отделениях).

**ТРАВМА МОШОНКИ И ЕЁ ОРГАНОВ**

**Неотложная помощь при травме оранов мошонки.**

Режим 1, стол 15.

Закрытые повреждения:

* + 1. Холод на мошонку, суспензорий, со 2-3 дня – тепловые процедуры.
		2. При нарастающей гематоме –её вскрытие, гемостаз.
		3. При нагноении гематомы – вскрытие, дренирование.
		4. При размозжении тканей и их некрозе – некрэктомия.
		5. При вывихе яичка – ручное вправление, при неудаче – оперативное вправление, орхипексия.

Открытые повреждения:

1. Профилактика столбняка.
2. Первичная хирургическая обработка, некрэктомия, вправление яичка, дренирование раны, редкие кожные швы.
3. При частичном отрыве мошонки – ведение раны под повязкой, отсроченные швы через 2-3 недели.
4. При полном обнажении яичек – погружение их в карман под кожу бедра, дренирование раны.
5. При повреждении яичка – швы на белочную оболочку, максимальное сохранение паренхимы, удаление только явно некротизированной ткани.
6. Удаление яичка – только при полном отрыве от семенного канатика.

Краткие дополнительные комментарии

Ушибы с образованием поверхностных кровоизлияний и с незначительной геморрагической инфильтрацией стенки мошонки лечат консервативно. Обильное кровоснабжение мошонки способствует быстрому рассасыванию кровоизлияний.

Если присутствует только гематоцеле без разрыва яичка, то консервативное лечение возможно. Однако исключить разрыв яичка клинически сложно. Раннее оперативное вмешательство даёт возможность сохранить яичко более, чем в 90% случаев и сократить длительность госпитализации. Показания к раннему, т.е. в первые часы и дни после травмы, оперативному лечению закрытых повреждений - обширные поверхностные кровоизлияния типа геморрагической инфильтрации мошонки, глубокие кровоизлияния, особенно при их быстром нарастании и сочетании с сильными болями, тошнотой, рвотой, клиника перекручивания яичка.

При тяжёлой сочетанной травме операцию на мошонке можно производить в числе мероприятий второй очереди. Новокаиновая блокада семенного канатика показана при сильных болях и шоке, возникающих при повреждениях яичка и его придатка. Одновременно проводят обычные противошоковые мероприятия.

В зависимости от имеющихся повреждений проводят:

* удаление поверхностных и глубоких гематом и окончательную остановку кровотечения;
* ревизию органов мошонки, удаление явно нежизнеспособных тканей яичка, его придатка, оболочек;
* наложение кетгутовых швов на белочную оболочку яичка, резекцию яичка, эпидидимэктомию;
* раскручивание семенного канатика и фиксацию яичка в нормальном положении при перекручивании семенного канатика;
* сшивание семявыносящего протока или его перевязку;
* необходимо назначение антибиотиков широкого спектра действия.

Все операции при травме яичка завершают дренированием раны и наложением повязки с приданием мошонке возвышенного положения. Наиболее серьезное осложнение закрытых повреждений - гангрена мошонки.

 **Макрогематурия**

**Неотложная помощь при макрогематурии**

1.Срочная госпитализация в хирургический стационар. При макрогематурии цистоскопия должна быть выполнена до рентгенологического исследования по срочным показаниям. Грубой врачебной ошибкой является лечение гематурии как таковой (например, гемостатиками) без выяснения ее причины. Диагноз «идиопатическая гематурия» может быть установлен только после полного обследования бо

2.Лечебные мероприятия

Тактика лечения при гематурии зависит от характера и локализации патологического процесса, а также интенсивности кровотечения.

1. Режим 1, стол 1;
2. Гемостатическая терапия:
* внутривенное вливание 10 мл 10% раствора хлорида кальция;
* внутривенное вливание 250 мг транексама на физ. растворе-2 р.;
* внутривенное вливание 100 мл 5% раствора ε-аминокапроновой кислоты, 4,0 этамзилата натрия-2 р.;
* внутривенное введение 4 мл (500 мг) 12,5% раствора дицинона.
1. Покой и холод на пораженную область.
2. Переливание свежезамороженной плазмы, эритромассы.
3. При профузной тотальной гематурии может развиться тампонада мочевого пузыря, требующая, параллельно с переливанием крови, аспирации сгустков из мочевого пузыря с помощью катетера-эвакуатора и шприца Жане.
4. Угрожающее жизни больного кровотечение и отсутствие эффекта от консервативного лечения является показанием к срочному оперативному вмешательству – эпицистостомия, электрокоагуляция или электрорезекция опухоли, ушивание разрыва мочевого пузыря, люмботомия, ушивание разрыва почки, резекция полюса почки, нефрэктомия при опухоли или тотальном размозжении (при убеждении в функционировании контралатеральной почки), тампонада раны почки, дренирование раны, перевязка внутренних подвздошных артерий, экстренная трансвезикальная аденомэктомия и др.).
5. По показаниям назначается противовоспалительная терапия, лечение ОПН, профилактика и лечение сердечно-легочных осложнений.

 *Во избежание ошибок следует помнить, что изменение цвета мочи может быть вызвано приемом ряда лекарственных препаратов или пищевых продуктов (свекла). Гематурия встречается при внепочечных заболеваниях, она наблюдается при ряде инфекций (брюшной тиф, корь, скарлатина и др.), болезнях крови, болезни Крона, при передозировке антикоагулянтов.*

 **Анурия**

**Неотложная помощь при анурии**

1.Срочная госпитализация в хирургический стационар. Режим 1, стол 1.

2.Лечение больных с ОПН зависит от причин и проявлений анурии. Поэтому для оказания неотложной помощи необходимо установить диагноз заболевания.Необходимо исключить шок, острую сердечную недостаточность, гипогидратацию (кровопотеря, понос, рвота), острый пиелонефрит, острый гломерулонефрит, почечную колику, гинекологическую опухоль, ХПН в терминальной стадии.

Если в анамнезе нет четких данных о причине анурии (ожоги, отравления, переливание несовместимой крови, острая сердечно-сосудистая недостаточность и проч.) все больные нуждаются в катетеризации мочеточников для исключения постренальной (обтурационной) анурии. При обтурационной (субренальной) анурии ведущими в лечении являются меры, направленные на восстановление нарушенного пассажа мочи: катетеризация мочеточников, при возможности - чрескожная пункционная нефростомия под УЗ-контролем, открытая нефростомия.

Лечение больных с ОПН должно проводиться в диализном центре, где есть возможность выполнения экстракорпоральной детоксикации (гемодиализ, перитонеальный диализ). Показаниями к проведению гемодиализа при анурии служат электролитные нарушения, особенно гиперкалиемия, азотемия и внеклеточная гипергидратация. Раннее направление больных позволяет добиться излечения у большинства из них. До момента транспортировки больного в диализный центр следует начать проводить следующие мероприятия.

Лечение в случаях преренальной или ренальной анурии заключается, главным образом, в нормализации водно-электролитных нарушений, восстановлении общей гемодинамики, устранении ишемии почек, ликвидации гиперазотемии. Успех лечения зависит от максимально раннего и комплексного его применения.

1.Внутривенное введение 20% раствора глюкозы до 500 мл и более в сутки с добавлением аскорбиновой кислоты (5% р-р 15-20 мл), подкожным введением инсулина (по 1 единице на каждые 20 мл раствора глюкозы).

2.Обменные переливания крови до 2-3 литров в сутки в 2-3 приема при гемолитических процессах, выраженной анемии и ацидозе (септический аборт, конфликтные гемотрансфузии, отравления гемолитическими ядами). Количество введенной крови не должно превышать выведенной более чем на 150-200 мл.

3.Средства для стимуляции диуреза: папаверин 2% - 2 мл п/к; эуфиллин 2,4% по 10-15 мл капельно в/в; лазикс 200-500 мг, фуросемид до 200-500 мг в сутки внутрь или в 1% р-ре внутривенно, тепло на поясничные области, гидрокортизон в/в до 200 мг.

4.Щелочная терапия для уменьшения ацидоза: промывание желудка и сифонные клизмы 1-2% содовым раствором, внутрь прием до 8-10 г соды в сутки; капельно в/в введение 2-3% р-ра соды до 200 мл, при некоторых отравлениях – до 1,5-2 литров (уксусная эссенция).

5.Энтеральное и парентеральное введение 5% р-ра глюкозы, физиологического раствора, альбумина, плазмы.

 Суммарно введение всех вышеуказанных жидкостей в организм должно дозироваться в зависимости от выделения воды с мочой, рвотой и поносами- введение жидкости должно превышать все эти потери не более чем на 750 мл.

6.Анаболические препараты: неробол (20 мг), ретаболил 5% р-р 1 мл в/м 1-2 раза в неделю, тестостерон-пропионат 5% р-р 2 мл в/м ежедневно 7-10 дней, леспенефрил.

7.Антикоагулянтная терапия для ликвидации почечного капиллярного тромбоза: капельно внутривенно однократно фибринолизин 20000 ед., гепарин 10000 ед., затем каждые 6 часов в/в по 5000 ед. гепарина в течение суток, в последующие 2-3 суток антикоагулянты непрямого действия. Терапия проводится под ежедневным контролем показателей свертывающей системы крови.

8.При анурии, вызванной отравлением препаратами ртути (сулема), показано применение унитиола подкожно и внутримышечно по 1 мл на 10 кг массы тела. В 1-е сутки выполняют 3-4, в последующие – по 2-3 инъекции.

9.При появлении и нарастании гипертонии, отеков или застойных явлений в легких – введение жидкостей, гипертонических растворов глюкозы, а также соды, следует прекратить. При прогрессировании этих явлений во избежание наступления отека легких и мозга необходимо проведение дегидратации путем кровопускания до 500 мл (в зависимости от состояния больного и артериального давления) и прочие меры борьбы с отеком легких.

10.Используются доступные способы внепочечного очищения: тепловые влажные обертывания больного, кишечный диализ (сифонные клизмы, промывания желудка), перитонеальный диализ.

11.Необходим тщательный туалет кожи и полости рта, тепло на поясницу, введение антибиотиков по показаниям (уменьшенными дозами), кислородная терапия, дыхательная гимнастика, профилактика дыхательной недостаточности, стимуляция сердечной деятельности. Диета должна быть безбелковой, бесшлаковой и высококалорийной (сливочное масло, сахар, варенье, компоты, мучные блюда, кефир), ограничение соли целесообразно лишь при отеках и гипертонии, в периоде анурии эта диета ограничивается количественно. Витаминный комплекс, стимуляция функции печени.

12.При септическом аборте необходимо срочное выскабливание полости матки.

 Принципы инфузионной терапии.

1. Обязательным является введение воды в количестве, достаточном для восполнения внепочечных потерь и с учетом диуреза; особенно важно постоянно точно измерять количество теряемой жидкости и взвешивать больного.
2. Выбор переливаемого раствора должен зависеть от характера потерянной жидкости.
3. Обязательно введение 100 г глюкозы в сутки для профилактики кетоза и уменьшения белкового метаболизма.
4. Кристаллоиды и растворы глюкозы быстро выходят из капилляров, пока не установится динамическое равновесие с внеклеточной жидкостью. При отсутствии выведения их с мочой-- до 75% дозы этих растворов переходит в интерстициальную ткань в течение 2 ч после инфузии.
5. Соли калия следует вводить лишь в том случае, если установлен его дефицит.
6. Для коррекции метаболического ацидоза применяются буферные растворы лактата и гидрокарбоната натрия.

Ж. Необходимо использовать препараты, изменяющие реологические свойства крови, улучшающие почечный кровоток и венозный транспорт. С этой целью назначают трентал, увеличивающий эластичность эритроцитов и снижающий агрегацию тромбоцитов. Препарат усиливает натрийуретическое действие, задерживая образование ферментов, имеющих значение в процессе канальцевой реабсорбции натрия. Нормализуя реабсорбцию натрия, трентал усиливает процессы фильтрации и тем самым оказывает диуретический эффект. Трентал назначают по 100 мг (5 мл) внутривенно.

 **Острые воспалительные заболевания почек, мочевых путей и половых**

 **органов у мужчин**

**Неотложная помощь**

**ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ**

**Неотложная помощь при остром пиелонефрите**

1.Больных с пиелонефритом (а также беременных женщин) госпитализируют. Стол1. При всех формах острого пиелонефрита показан постельный режим.

2.При остром неосложнённом пиелонефрите показано проведение парентеральной терапии фторхинолонами (ципрофлоксацин или левофлоксацин), цефалоспоринами III поколения или ингибиторзащищёнными амино/ациламинопенициллинами. У пациентов, имеющих противопоказания к фторхинолонам (например, беременность, лактация, детский возраст), рекомендуются пероральные лекарственные формы цефалоспоринов II или III поколений. (Антибактериальное лечение продолжают до 6 недель). Если лихорадка и боль в поясничной области, боковых отделах живота сохраняются свыше 72 ч. после начала лечения острого неосложнённого пиелонефрита, показаны повторные бактериологические анализы мочи и крови, а также УЗИ почек для исключения осложняющих факторов: обструкции мочевыводящих путей, анатомических аномалий, абсцесса почки и паранефрита.При беременности применение сульфаметоксазола/ триметоприма не рекомендуется из-за высокой частоты встречаемости резистентных штаммов микроорганизмов. Сульфаниламиды нарушают связывание билирубина с альбумином и могут спровоцировать гипербилирубинемию новорожденных. Гентамицин следует назначать с осторожностью из-за риска повреждения VIII черепно-мозгового нерва у плода.

3.Пациентам с острым пиелонефритом и сепсисом сначала **эмпирически** назначают антибиотики широкого спектра действия, активные в отношении *Рsеиdотопаs аеrugiпоsа,* семейства *Епterоbacteriaсеае, Епterococcus sрр.* (тикарциллин/клавуланат или амоксициллин/клавуланат + гентамицин или амикацин; цефалоспорины III поколения, азтреонам, ципрофлоксацин, левофлоксацин или карбапенемы). После получения бактериологического анализа мочи и крови терапию корректируют в зависимости от результатов.

4.Оперативное лечение.

Оперативное лечение острого гнойного пиелонефрита, проводят по экстренным показаниям. Катетеризация мочеточника при его окклюзии показана при остром обструктивном пиелонефрите вследствие камня, стриктуры мочеточника, опухоли и т.д.. Она может быть выполнена в период подготовки больного к операции, а также при наличии у больного тяжёлых сопутствующих заболеваний, когда оперативное лечение невозможно. Также может быть применена чрескожная пункционная нефростомия. В случае ухудшения состояния больного, признаках гнойного воспаления в почке, несмотря на функционирующую нефростому, применяют открытое оперативное вмешательство для дренирования гнойных очагов (абсцесса почки, паранефрального абсцесса). Перед оперативным вмешательством необходимо информировать пациента о возможных осложнениях, в частности, о необходимости нефрэктомии, на которую он должен дать своё письменное согласие. Перед операцией необходимы сведения о функции контралатеральной почки. Принятие решения о нефрэктомии при остром гнойном пиелонефрите является трудным и требует консилиума врачей.

Нефрэктомия может быть абсолютно показанной при гнойно-деструктивных изменениях в почке с признаками тромбоза и вовлечения в гнойный процесс более 2/3 массы почки, при множественных сливных карбункулах, длительном гнойном процессе в блокированной и нефункционирующей почке. Показания к нефрэктомии при гнойном пиелонефрите могут возникнуть у ослабленных пациентов вследствие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, у лиц пожилого и старческого возраста, а также при уросепсисе и после инфекционно-токсического шока при нестабильном состоянии жизненно важных органов. Иногда нефрэктомию выполняют в ходе операции из-за возникших жизненно-опасных кровотечений из поражённой гнойным процессом почки.

 Однако желательно выполнение органосохраняющих операций (пиелонефростомия с декапсуляцией почки) с послеоперационной перфузией лоханки антисептиками. При наличии камня в лоханке или в верхней трети мочеточника его удаляют. (Камни, расположенные более низко в мочеточнике, удаляют при последующих этапах лечения, после стихания воспалительного процесса, чаще путём ДЛТ). При наличии карбункулов их иссекают, абсцесс почки вскрывают.Кусочки воспалительно-измененной паренхимы почки направляют как на гистологическое, так и на бактериологическое исследование. Операцию заканчивают широким дренированием околопочечного пространства, зон иссечения карбункулов, абсцессов и паранефральных гнойных полостей.

 При инфравезикальной обструкции проводится эпицистостомия.

 При возникновении подозрения на септические осложнения, которые включают признаки **системного** воспалительного ответа при наличии хоть одного гнойного очага инфекции, необходимо решить вопрос о применении экстракорпоральных методов очищения крови и детоксикации. При возникновении бактериотоксического шока антибиотики применяются инфузионно, вводятся кортикостероиды, плазмозамещающие растворы, раствор 4% соды, проводятся реанимационные противошоковые мероприятия. При первой возможности выполняется дренирование почки одним из способов.

5.Ведение женщин с острым гестационным пиелонефритом (ОГП).

 Экскреторную урографию применяют у беременных женщин лишь в исключительных случаях - при крайне тяжёлых формах ОГП. Обычно её назначают при планируемом прерывании беременности по медицинским показаниям. Рентгенологические методы исследования рекомендуют применятьтолько в ближайшем послеродовом периоде для диагностики послеродового пиелонефрита.

 Диагностика деструктивных форм ОГП представляет значительные трудности и основана на клинических, лабораторных и ультразвуковых данных, проанализированных в динамике.

 Лечение женщин, страдающих ОГП, осуществляют только в стационарных условиях.Лечебные мероприятия при ОГП начинают с восстановления оттока мочи из почечной лоханки. Применяют позиционную дренирующую терапию.

Наилучших результатов дренирования мочевыводящих путей достигают при сочетании позиционной и антибактериальной терапии, удовлетворительных - при установке стента, а наихудших - при катетеризации почки обычным мочеточниковым катетером. Иногда выполняют чрескожную пункционную, редко- открытую нефростомию.Одновременно назначают спазмолитические средства: баралгин (по 5 мл внутримышечно), дротаверин (по 2 мл внутримышечно), папаверин (по 2 мл 2% раствора внутримышечно).На фоне восстановления оттока мочи из лоханки проводят анти­бактериальное лечение, дезинтоксикационную и иммуномодулирующую терапию. При назначении антимикробных препаратов необходимо учитывать особенности их фармакокинетики и возможное токсическое влияние на организм матери и плода.

Лечение осложнённых форм ОГП беременных остаётся одной из трудных задач. Важный компонент дезинтоксикационной терапии при осложненных формах ОГП - применение экстракорпоральных методов детоксикации, например, плазмафереза.

Показания к оперативному лечению ОГП:

* неэффективность антибактериальной терапии в течение 1-2 сут. (нарастание лейкоцитоза, увеличение количества нейтрофилов в крови и СОЭ, повышение концентрации креатинина);
* обструкция мочевыводящих путей, обусловленная конкрементами;
* невозможность восстановления уродинамики ВМП.

 Выполнение ранних и адекватных по объёму операций у беременных с гнойно-деструктивным пиелонефритом способно купировать инфекционно-воспалительный процесс в почке и обеспечить нормальное развитие плода. Только своевременное выполнение оперативного вмешательства позволяет сохранить почку и предотвратить развитие септических осложнений. При гнойно-деструктивных изменениях, ограниченных 1-2 сегментами почки, адекватным методом оперативного лечения считают нефростомию и декапсуляцию почки. При распространённом гнойно-деструктивном поражении органа и тяжёлой интоксикации, угрожающей жизни беременной и плода, наиболее обоснована нефрэктомия.

 Прерывание беременности при ОГП осуществляют редко. Показания:

* гипоксия плода;
* ОПН и острая печёночная недостаточность;
* внутриутробная гибель плода;
* гипертензия у беременной;
* тяжёлый гестоз (при безуспешной терапии в течение 10-14 дней)

 **ИНФАРКТ ПОЧКИ**

 Инфаркт почки — крайне редкое заболевание.Он,как правило, бывает осложнением ряда сердечно­сосудистых заболеваний: инфекционного эндокардита, мерцательной аритмии, пороков сердца (особенно митральных), атеросклероза, инфаркта миокарда, узелкового периартериита.

Дифференциальная диагностика инфаркта почки сложна.

Лечение.

1. Всем больным с подозрением на инфаркт почки показана консультация уролога или сосудистого хирурга.
2. Всем лицам с подозрением на инфаркт почки необходима экстренная госпитализация.
3. Всем больным, особенно с гематурией, показан строгий постельный режим, стол 0.
4. При выраженных болях показано обезболивание. При инфаркте почки с ишемическими болями показано назначение наркотических анальгетиков, так как другие обычно малоэффективны.
5. При гематурии показана гемостатическая терапия. При отсутствии гематурии и небольшом сроке с момента прекращения кровотока возможно применение тромболитиков типа стрептокиназы, но даже при незначительной гематурии такая терапия противопоказана.
6. Для коррекции нарушений свёртывающей системы крови показаны прямые антикоагулянты: гепарин натрия 5000 ЕД 4 раза в сутки, эноксипарин натрия (клексан) 1 мг/кг 2 раза в сутки. Длительность лечения обычно составляет 8-10 сут с последующим переводом на пероральные препараты.
7. Антибиотикотерапия.
8. Лечение ОПН.
9. При небольшом сроке, прошедшем с момента окклюзии почечной артерии, возможно восстановление кровотока посредством оперативного удаления тромба или эмбола (конкретные организационные меры обсуждаются с главным урологом области). Профузная гематурия, устойчивая к консервативной гемостатической терапии, ухудшение состояния, нарастающие боли, ОПН, тотальный инфаркт почки, плохо поддающаяся коррекции АГ служат показаниями к нефрэктомии.

**ОСТРЫЙ ПАРАНЕФРИТ**

 Паранефрит - относительно редкое заболевание, для его выявления необходимо помнить о его возможности и предпринять целенаправленные диагностические действия.

Лечение.

 Назначают антибиотики широкого спектра действия. Обязательна дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия. Применение активных лечебных мероприятий в ранней стадии острого паранефрита у ряда больных позволяет добиться обратного развития воспалительного процесса, что приводит к выздоровлению без оперативного вмешательства.

 При сформировавшемся абсцессе или при безуспешности консервативного лечения в течение 4-5 дней, когда клиническая симптоматика нарастает, показано оперативное лечение — ревизия забрюшинного пространства, вскрытие абсцесса и дренирование околопочечного пространства. После вскрытия основного гнойного очага тупо разрушают фасциальные перемычки, среди которых могут располагаться мелкие гнойники. Рану необходимо хорошо дренировать. Задний угол раны следует оставить незашитым.

 Если при паранефрите почечного происхождения (пионефроз, апостематозный нефрит, карбункул почки), возникают показания к нефрэктомии, **но состояние больных тяжёлое**, операцию целесообразно провести в два этапа: первый - вскрытие гнойника и дренирование забрюшинного пространства, второй - нефрэктомия через 2-3 недели с учётом состояния больного. Лечение антибиотиками, а также общеукрепляющую терапию необходимо продолжать длительное время до стабилизации состояния больного.

**Острый цистит**

Лечение.

1. Режим амбулаторный, дома – преимущественно постельный.
2. Стол 1. Диета с исключением острого, соленого, пряностей.
3. Обильное питье, растительные диуретики.
4. Антибактериальная терапия.

 Критерием выбора ее продолжительности является наличие или отсутствие факторов риска (беременность, возраст более 65 лет, вторичный острый цистит у мужчин, рецидив цистита, сахарный диабет, аномалии мочевой или половой систем, использование женщиной маточных диафрагм). При их отсутствии оптимальным является 3-х-дневный курс приема антибиотиков. Удлинение курса не дает существенного повышения эффективности, но повышает риск побочных реакций.

При наличии факторов риска изначально назначается 7-дневный курс антибиотиков. Неудача короткого (3 дня) курса лечения является показанием к дополнительному урологическому и гинекологическому обследованию.

 Поскольку лечение проводится амбулаторно, желательны пероральные препараты.Препаратами первого ряда являются:

1. Фторхинолоны (норфлоксацин,офлоксацин,ципрофлоксацин,левофло-ксацин);
2. Ингибиторзащищенные пенициллины (амоксициллина клавуланат-аугментин);
3. Оральные цефалоспорины (цефуроксим аксетил, цефаклор, цефиксим, цефтибутен).

Альтернативные средства (препараты второго ряда):

* 1. Нитрофураны (фурадонин, фурамаг);
	2. Нефторированные хинолоны (налидиксовая кислота-неграм, пипемидиновая кислота-палин).

Альтернативные средства назначаются на 7 дней.

 Нежелательно использовать ампициллин, амоксициллин, цефалексин, котримоксазол без крайней необходимости.

При цистите беременных целесообразно назначение фосфомицина-трометамола (монурала), а также ингибиторзащищенных пенициллинов, оральных цефалоспоринов. Кроме того, при наличии в анамнезе острого пиелонефрита или цистита необходима посткоитальная профилактика теми же препаратами однократно после полового акта.

1. Женщинам в постменопаузальном периоде для снижения частоты обострений цистита необходимо использование свечей и кремов, содержащих эстрогены («овестин»). Препарат вводится интравагинально каждую ночь 2 недели с последующим применением 2 раза в неделю в течение 6-8 месяцев. Вероятно, что в этих случаях лечение антибиотиками может не понадобиться.
2. При выраженной дизурии – аналгетики, спазмолитики, ректальные свечи с красавкой, теплые микроклизмы (50 мл 2% раствора новокаина, отвара ромашки). В особо упорных случаях показана околопузырная новокаиновая блокада.
3. Тепловые процедуры (ванна, грелка на низ живота).

**ОСТРЫЙ ПРОСТАТИТ**

Лечение.

 Больные с диагнозом острого простатита должны быть госпитализированы. Стол 1, режим постельный. Антибактериальная терапия, как правило, эффективна. При выраженной интоксикации препараты вводятся внутривенно, при нормализации температуры и купировании симптомов острого простатита возможен переход на пероральное применение лекарственных средств. Общая длительность фармакотерапии составляет не менее 4 недель.

При остром простатите препаратами выбора считают:

* фторхинолоны (левофлоксацин, норфлоксации, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин);
* защищённые полусинтетические пенициллины (ампициллин+сульбактам, амоксициллин+клавулановая кислота);
* цефалоспорины второго-третьего поколений (цефуроксим, цефотаксим, цефаклор, цефиксим, цефтибутен), часто в сочетании с аминогликозидами.

 Рекомендуют обильное питье, растительные диуретики.

 В необходимом объеме назначается инфузионная дезинтоксикационная терапия.

 В качестве противовоспалительных и уменьшающих боль средств полезны НПВС (например,диклофенак, который можно назначить внутримышечно, внутрь, в виде ректальных свечей).

 Ректальный контроль состояния простаты производят 2 раза в сутки. При нагноении (флюктуация) – срочная операция: под контролем указательного пальца левой руки через прямую кишку пунктируют полость абсцесса. Не извлекая иглы из места пункции, в прямую кишку вводят ректальное зеркало и под контролем зрения вскрывают по игле стенку абсцесса на протяжении 1-2 см. Гной удаляют отсосом. Пальцем проводят ревизию полости абсцесса и дренируют её дренажной трубкой. При одновременной ОЗМ--вскрытие гнойника через мочевой пузырь, эпицистостомия (катетеризация мочевого пузыря в этом случае противопоказана).

 Частое осложнение острого простатита - острая задержка мочеиспускания или затруднённое мочеиспускание с появлением остаточной мочи 100 мл и более, что требует немедленной деривации мочи. Предпочтение отдают троакарной цистостомии.

 Абсцесс простаты может осложниться развитием эндотоксического шока (падение АД, гипотермия до 35,5°С, снижение уровня лейкоцитов в крови ниже 4,5х10’/л), а также парапростатической флегмоной. Без оперативного лечения абсцесс может самопроизвольно вскрыться в заднюю часть мочеиспускательного канала или в мочевой пузырь, что клинически сопровождается видимым самоизлечением. Вскрытие абсцесса в прямую кишку, на промежность, в парапростатическую и околопузырную клетчатку сопровождается образованием гнойных свищей, флегмон, требующих оперативного лечения.

**ОСТРЫЙ УРЕТРИТ**

Лечение.

 Лечение уретритов, должно быть этиотропным и патогенетическим. Кроме того необходима одновременная санация очага повторного заражения (половые партнёрши).

 При инфекционных формах уретритов этиотропная терапия возможна только при бактериологическом и/или методе амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) выявлении возбудителя. Для обменных неспецифи­ческих уретритов этиотропными следует считать мероприятия, направленные на устранение нарушений обмена (фосфатурия и оксалурия, уратурия, цистинурия). Травматические и «опухолевые» уретриты могут быть излечены при устранении этиологических факторов, т.е. травмы и опухоли.

Патогенетическое лечение заключается в устранении анатомических и других факторов, предрасполагающих к развитию этого заболевания. Среди них - стриктуры мочеиспускательного канала, гнойные заболевания отдельных парауретральных желёзок, расположенных в висячей части мочеиспускательного канала у мужчин. У женщин - поражение парауретральных ходов и больших желёз преддверия влагалища. Патогенетическими следует считать и меры, направленные на повышение иммунореактивности организма. (Последний абзац текста непосредственно не относится к «неотложной помощи», но врач должен учитывать эти моменты при первом же знакомстве с больным и планировании курса лечения в т.ч. и неотложного).

В острой фазе уретрита должны преобладать или быть единственными общие методы терапии.

**ОСТРЫЙ КУПЕРИТ**

Лечение.

1. Режим 1, стол 1.
2. Антибиотики.
3. Местно – тепловые процедуры, согревающий компресс.
4. При отсутствии эффекта – промежностное вскрытие гнойника, посев гноя на флору и чувствительность к антибиотикам, бактериоскопия для исключения туберкулезной палочки.

**ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ**

Лечение

Консервативное лечение острого эпидидимита

1. Режим 1.
2. Стол 15.
3. Согревающий компресс на мошонку (полуспиртовый, с мазью Вишневского), с подтягивающей повязкой (суспензорием).
4. Антибиотики (фторхинолоны, «защищенные» пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколений, аминогликозиды).
5. При значительных болях – блокада семенного канатика 0,25% раствором новокаина 30-40 мл. + антибиотики, аналгин 50% раствор в/м 2 мл.).

При неэффективности консервативного лечения в течение 2-3 дней или при поступлении больного, но наличии выраженного воспалительного перипроцесса - продольная скротоэпидидимотомия.

При остром эпидидимите производится продольный разрез всех слоев мошонки над проекцией придатка, продольное рассечение белочной оболочки придатка и широкое дренирование раны. Удаление придатка или придатка с яичком выполняется лишь при их полном гнойном разрушении.

У тех больных, которым производится органосохраняющая операция в виде эпидидимотомии и макроскопически данных за гнойный процесс нет, при гистологическом исследовании биоптата придатка в 2/3 случаев уже имеется гнойная деструкция. Очевидно, что при консервативном лечении эти «скрытые» эпидидимиты у большинства больных закончились бы фиброзированием придатка и облитерацией семявыносящего протока, либо привели к обширной гнойной деструкции, которая потребовала бы удаления придатка или яичка. Это и приходится делать у больных, которые подвергались длительному (не оправданному) консервативному лечению в амбулаторных условиях.

При остром эпидидимите и перфорации гнойного процесса в яичко отмечается локальный или диффузный орхит. В этих случаях с целью декомпрессии следует делать небольшие множественные послабляющие разрезы белочной оболочки яичка, резекцию его при локальном гнойном поражении. У лиц старше 55-60 лет в подобных случаях целесообразно сделать орхоэктомию.

 **Неотложная помощь при острой задержке мочеиспускания**

1.Срочная госпитализации в хирургический стационар.

2.Пальцевое ректальное исследование.

3.Пальпация уретры, обзорный рентгеновский снимок при предположении о камне уретры или мочевого пузыря.

Непосредственно лечебные действия

1. Режим 1, стол 1.
2. Необходимо срочно эвакуировать мочу из мочевого пузыря, однако способ должен быть выбран с учетом основного заболевания и последующей тактики лечения больного.

Эвакуация мочи может быть осуществлена тремя способами:

1. катетеризацией мочевого пузыря;
2. наложением надлобкового мочепузырно-кожного свища (цистостомией);
3. надлобковой капиллярной пункцией мочевого пузыря.

К катетеризации мочевого пузыря следует относиться как к серьезной процедуре, приравнивая ее к операции.(Техника описана выше). Используют различные силиконовые катетеры №14-16. Желательна предварительная инстилляция катеджеля (луана). При ДГПЖ удлиняется задняя уретра и увеличивается угол между простатическим и бульбозным ее отделами. Поэтому целесообразно использовать катетеры с кривизной Тимана или Мерсье. При неудаче катетеризации применяется металлический катетер (не тонкий, а средних размеров), при затруднении – контроль хода катетера пальцем через прямую кишку. При грубом и насильственном введении металлического катетера возможны серьезные осложнения: образование ложного хода в уретре и предстательной железе, уретроррагия, «уретральная лихорадка». Бактериемия в последнем случае может быть причиной бактериотоксического шока и уросепсиса. Профилактика указанных осложнений заключается в тщательном соблюдении асептики и техники катетеризации.

1. Поскольку однократная катетеризация мочевого пузыря редко приводит к восстановлению адекватного мочеиспускания, целесообразно установить тонкий (можно мочеточниковый) катетер и одновременно назначить α1-адреноблокатор (альфузозин, доксазозин, теразозин, тамсулозин) и антибиотики. На фоне терапии α1-адреноблокаторами после удаления уретрального катетера, которое проводят на 3—4-й день лечения, у примерно 50% пациентов восстанавливается самостоятельное мочеиспускание. При возникновении «уретральной лихорадки» катетер удаляют, не дожидаясь указанного срока.
2. При наличии противопоказаний к применению α1-адреноблокаторов, выраженного уретрита или отсутствии тенденции к восстановлению самостоятельного мочеиспускания после периода интермиттирующей (не более одних суток) или постоянной катетеризации мочевого пузыря выполняют троакарную или классическую цистостомию.
3. Срочная эпицистостомия проводится при остром пиелонефрите, невозможности катетеризации или тампонаде мочевого пузыря сгустками крови, почечной недостаточности. Одновременно назначается антибактериальная терапия.
4. При остром простатите, особенно с исходом в абсцесс катетеризация мочевого пузыря опасна и противопоказана. Абсцесс необходимо дренировать трансректально, сочетая эту операцию с троакарной цистостомией.
5. ОЗМ при камнях мочевого пузыря наступает тогда, когда камень вклинивается в шейку мочевого пузыря или обтурирует уретру в различных ее отделах. Камни передней уретры удаляют с помощью уретральных щипцов. При узком наружном отверстии уретры производят меатотомию. В случае локализации ущемленного камня в шейке мочевого пузыря или задней уретре надо попытаться металлическим катетером сместить камень в мочевой пузырь, после чего мочеиспускание восстанавливается. Если указанными манипуляциями восстановить мо­чеиспускание не удается, то в порядке неотложной помощи проводят цистостомию.
6. При стриктурах уретры, приведших к ОЗМ, следует попытаться осуществить катетеризацию мочевого пузыря тонким эластическим катетером. Если катетеризация оказалась успешной, катетер оставляют на 2—3 сут., проводят антимикробную и противовоспалительную терапию. За это время обычно отек уретры спадает и может восстановиться мочеиспускание. При невозможности катетеризации следует выполнить цистостомию, которая станет первым этапом последующих пластических операций на уретре.
7. ОЗМ является одним из ведущих симптомов у больных с травмой уретры. В этом случае катетеризация мочевого пузыря с диагностической или лечебной целью недопустима. Больному следует выполнить троакарную цистостомию и дренировать гематомы на промежности.
8. Причиной ОЗМ у женщин пожилого и старческого возраста может быть выпадение матки. В этих случаях необходимо восстановить нормальное анатомическое положение внутренних половых органов (тампонирование влагалища) и мочеиспускание восстанавливается обычно без предварительной катетеризации мочевого пузыря.

**Неотложная помощь при приапизме**

Лечение.

Режим 1, стол 1.

Лечебная тактика при неишемическом приапизме может быть выжидательной и больной может быть направлен в специализированное отделение. Применяют тугое бинтование полового члена, обкладывание его льдом, промывание пещеристых тел раствором адреномиметика. В большинстве случаев артериокавернозная фистула самостоятельно закрывается в течение 7-10 дней.

Лечебная тактика при ишемическом приапизме заключается в проведении комплексных неотложных мероприятий, в первую очередь включающих аспирационно-ирригационную терапию. Пункция пещеристых тел толстой иглой с отсасыванием сгустков крови, введением гепарина натрия 10000 ЕД на 0,25% р-ре новокаина капельно (до 200 мл.). Необходимо интракавернозное введение α-адреномиметиков: эпинефрин (адреналин), фенилэфрин (мезатон), норэпинефрин (норадреналина гидротартрат)), повышающих вероятность купирования приапизма в 43-81% наблюдений. Целесообразно сочетанное применение антикоагулянтов и седативных препаратов. Приапизм, развившийся на фоне заболеваний крови, зачастую купируется при активном лечении основного заболевания. В течение всего периода консервативного лечения необходимо контролировать АД, частоту сердечных сокращений, в некоторых случаях показано проведение ЭКГ в непрерывном режиме. Пытаться купировать приапизм с помощью аспирационно-ирригациониой терапии следует не менее 1 часа.Безусловно, необходимо учитывать длительность приапизма - эффективность консервативных мероприятий минимальна спустя 48 ч и более от момента возникновения заболевания.

Оперативное лечение

При отсутствии эффекта от проводимых консервативных мероприятий показано оперативное лечение, принцип которого заключается в создании адекватного венозного дренажа из пещеристых тел. Чаще всего дренирование осуществляют через интактные спонгиозные тела с сохраненным венозным оттоком.

* **Перкутанное шунтирование** (дистальный шунт). Суть метода - формирование фистулы между пещеристыми телами и спонгиозным телом. Оперативное вмешательство выполняют под местной анестезией. Биопсийной иглой (методика Winter) или скальпелем (методика Ebbehoj) выполняют прокол в апикальной зоне пещеристых тел (рис. 1).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Рисунок 1****Перкутанный дистальный шунт**а -Методика Ebbehojб Методика Winter |

* **Открытое шунтирование**(дистальный шунт) – методика Al-Ghorab. По сути, это модификация операции Winter. Под общей анестезией параллельно венечной борозде на дорсальной поверхности головки полового члена, осуществляют доступ к апикальным отделам пещеристых тел. Острым путем формируют отверстия диаметром 5 мм. Пещеристые тела промывают раствором гепарина натрия (рис. 2).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Рисунок 2**Методика Al-Ghorab:1. доступ к апикальной зоне кавернозных тел;
2. эллипсовидное иссечение белочной оболочки с последующим ушиванием головки рассасывающимся материалом
 |

* **Проксимальный шунт** - методика Quackles. Данный вид шунтирования выполняют при неэффективности наложения дистальной спонгиокавернозной фистулы.(Данная операция выполняется квалифицированным хирургом и не относится к компетенции клинических ординаторов).

**Сафено-кавернозный анастомоз** - методика Grayhack. Используют достаточно редко при неэффективности проксимального шунта. Он тоже является прерогативой специализированных отделений.

Лечение перемежающегося приапизма – сложная задача, так как этиологические и патогенетические аспекты данного состояния изучены недостаточно. Имеются данные об успешном применении терапевтических доз дигоксина и гонадотропных гормонов. В ряде случаев небезуспешной оказывается комплексная терапия, включающая психофармакологическое и физиотерапевтическое лечение и психотерапию.

**Тексты ситуационных задач для проведения промежуточной аттестации**

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 выявлена микрогематурия, уратурия.

О каком заболевании могут свидетельствовать указанные симптомы?

Ответ: У больной – почечная колика справа. Последовательность появления боли и гематурии, кристаллурия позволяют прежде всего думать о мочекаменной болезни, уратном камне почки или мочеточника справа.

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?

Ответ: У больного парадоксальная ишурия (недержание мочи при переполненном мочевом пузыре). Учитывая возраст, постепенное прогрессирование заболевания, следует думать об опухоли предстательной железы (аденома и рак простаты).

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?

Ответ: Для установления источника лейкоцитурии (равно как и гематурии) наиболее простым и довольно информативным методом исследования является трехстаканная проба.

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?

Ответ: Бурый цвет спермы характерен для хронического везикулита, хотя гемоспермия может быть и следствием новообразовательных процессов в простатической уретре. Необходимо пальцевое исследование простаты, семенных пузырьков, исследование секрета простаты, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты. Возможно потребуется и инструментальное исследование - уретроскопия.

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?

Ответ: затрудненное, учащенное, особенно по ночам мочеиспускание, выделение мочи тонкой струей, увеличение размеров простаты, наличие остаточной мочи — характерные признаки аденомы простаты. Вместе с тем микрогематурия и двукратная макрогематурия требуют установления их источника, т.е. дополнительного обследования.

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?

Ответ: нефроптоз справа, нефрогенная гипертензия. Для уточнения диагноза показана экскреторная урография, аортография в горизонтальном и вертикальном положении тела больной.

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?

Ответ: Следует думать о подвздошной дистопии почки. Во избежание диагностической ошибки произвести обзорную и экскреторную урографию с кольцом.

8. У ребенка 9 лет при профилактической флюрографии 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?

Ответ: Внутригрудная дистопия почки. Показана экскреторная урография.

9. У ребенка 10 лет жалобы характерны для хронической почечной недостаточности. Заболевание медленно прогрессирует. При объективном исследовании в обоих подреберьях определяются безболезненные, бугристые, плотно - эластические образования.

Каков Ваш предварительный диагноз? Как его можно подтвердить? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Ответ: Предварительный диагноз — поликистоз почек. Последовательность рентгенологического исследования обычная. Весьма четкие данные о характере заболевания могут быть получены с помощью УЗИ. Дифференциальный диагноз проводится с опухолями почек, солитарными кистами, гидронефрозом.

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, плотно-эластической 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.

Ответ: Врожденная стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента слева, левосторонний гидронефроз. Произвести обзорную и экскреторную урографию, при необходимости с отсроченными снимками. Данные о функциональной способности почки можно получить также с помощью радиоизотопных методов исследования, а о её морфологии при эхографии (УЗИ).

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 метод лечения показан при его подтверждении и почему?

Ответ: Наличие опухолевидного образования в области левой почки, отсутствие левого устья мочеточника, шарообразные участки в проекции левой почки на рентгенограмме, отсутствие ее функции, позволяют диагностировать мультикистоз левой почки. Показано оперативное лечение — удаление мультикистозной почки.

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°. 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 0,33г/л, лейкоциты сплошь покрывают поля зрения. В 1 мл мочи 500000 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 3\* 4 см, нижняя его часть располагается в области шейки.

О каком диагнозе следует думать? Какой метод лечения показан?

Ответ: Уретероцеле слева с нарушением пассажа мочи, левосторонний уретерогидронефроз III стадии, хронический пиелонефрит, ПМР. Показано оперативное лечение — ЧПНС слева. При улучшении функции левой почки – уретероцистонеоанастамоз по антирефлюксной методике.

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 предпринять пластическую операцию и каковы варианты этой операции? Что следует рекомендовать родителям после операции?

Ответ: Экстрофия мочевого пузыря. Оперативное лечение (первичная пластика мочевого пузыря местными тканями в возрасте 2-3 суток после рождения). Операция Михельсона — цистосигмоанастомоз в возрасте после 1,5 лет.

После операции — диспансерное наблюдение уролога для лечения и профилактики вторичного пиелонефрита, камнеобразования.

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?

Ответ: Киста урахуса. Возможен свищ урахуса (пупочный) полный и неполный и дивертикул мочевого пузыря. Свищи пупка — истечение мочи через пупок при натуживании, при мочеиспускании; мокнутие пупка, разрастание грануляций вокруг пупка. Дивертикул мочевого пузыря — дизурия, двухфазное мочеиспускание, пиурия. Лечение — оперативное.

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?

Ответ: Дивертикул мочевого пузыря. Цистография в двух проекциях, цистоскопия. Лечение оперативное — иссечение дивертикула.

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?

Ответ: Гипоспадия головчатая, стволовая, члено-мошоночная, промежностная. После 2—3 лет выпрямление полового члена (иссечение рубцовых тканей и уретропластика) в один или два этапа.

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?

Ответ: Контрактура шейки мочевого пузыря, гипертрофия межмочеточниковой складки, клапаны задней уретры, стриктура уретры, гипертрофия семенного бугорка, фимоз, сужение наружного отверстия уретры. Хроническая задержка мочи, двусторонний уретерогидронефроз, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность. Оперативное устранение нарушенного оттока мочи из мочевого пузыря открытым или эндоскопическим доступом.

18. Мальчик 1,5 лет 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?

Ответ: Фимоз. Хроническая задержка мочи, хронический цистит, пиелонефрит, двусторонний уретерогидронефроз. Иссечение крайней плоти. Оперировать следует тогда, когда поставлен диагноз.

19. Какая группа аномалий входит в понятие «инфравезикальная обструкция»? Какие симптомы и осложнения объединяют эти пороки развития? В каком возрасте показано оперативное лечение? Какие рекомендации даются родителям после оперативного лечения?

Ответ: Контрактура шейки мочевого пузыря, склероз предстательной железы, клапаны задней уретры, стриктура уретры, сужение наружного отверстия уретры, фимоз. Дизурия (затрудненное мочеиспускание с натуживанием, вялая струя мочи, наличие остаточной мочи). Хронический цистит, пиелонефрит, двусторонний уретерогидронефроз в результате пузырно-лоханочного рефлюкса, ХПН. Оперативное лечение показано сразу после установления диагноза. Кроме противовоспалительной терапии, ЛФК, рекомендуют режим частых принудительных мочеиспусканий.

20. 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?

Ответ: У ребенка фимоз. В результате затрудненного оттока мочи из мочевого пузыря развивается гипотония, атрофия его стенки, в дальнейшем – уретерогидронефроз с признаками прогрессирующей ХПН. Присоединение инфекции вызывает цистопиелонефрит. Возможно также образование камней в мочевом пузыре. Не менее частое осложнение фимоза – баланопостит в результате присоединения инфекции, стенозирование крайней плоти. Лечение оперативное.

21. В связи с присоединением какого осложнения, ранее протекавшего латентно, поликистоз почек приводит к появлению признаков прогрессирующей почечной недостаточности? Можно ли принять профилактические меры, если поликистоз распознан до появления указанного осложнения? Какова тактика ведения больных с поликистозом почек?

Ответ: Основным осложнением поликистоза является пиелонефрит, который имеет место и в данном случае. С целью улучшения кровообращения почки, уменьшения венозного стаза показано оперативное лечение – игнипунктура.

22. 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, эритроцитов – 0-1, лейкоцитов 12-15 в поле зрения.

Обоснуйте предварительный диагноз и последовательность дополнительных методов исследования с целью установления окончательного диагноза.

Ответ: Жалобы больной, гипертензия, пальпация обеих увеличенных почек, низкая плотность мочи, лейкоцитурия дают основание предположить поликистоз почек, осложненный хроническим пиелонефритом и ХПН. Для уточнения диагноза необходимо произвести общий анализ крови, исследование функциональной способности почек – пробу Зимницкого, содержание в сыворотке крови мочевины, остаточного азота, креатинина, КЩР (бикарбонаты). Показаны также радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования. При установлении терминальной стадии ХПН экскреторная урография противопоказана.

23. 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.

Ответ: У больного анурия. По-видимому, постренальная, калькулёзная. Необходимо срочно определить содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови, произвести обзорную урографию, двустороннюю катетеризацию мочеточников с диагностической и лечебной целью. При отсутствии выраженной азотемии показана экскреторная урография. В случае неэффективности катетеризации при подтверждении диагноза – нефростомия или ЧПНС справа. Последующая тактика лечения зависит от расположения и размеров конкрементов, степени патологических изменений в обеих почках.

24. 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, плотно - эластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 29,9 ммоль/л.

Ваш предположительный диагноз? Лечебные рекомендации?

Ответ: Непроизвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для аденомы простаты III стадии. Этой стадии сопутствуют явления почечной недостаточности, анемия, электролитные нарушения, интоксикация, что проявляется у данного больного общей слабостью, тошнотой, головными болями. Больному показана цистостомия с последующей дезинтоксикационной терапией, коррекция электролитных нарушений и подготовка ко II этапу аденомэктомии.

25. 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?

Ответ: Учитывая пожилой возраст больного, затрудненное мочеиспускание слабой струей, каменистую консистенцию правой доли предстательной железы можно думать о злокачественной опухоли предстательной железы. Для уточнения диагноза необходимы определение общего и свободного ПСА, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, исследование секрета предстательной железы на атипичные клетки, обзорный снимок костей таза, экскреторная урография с нисходящей цистографией для уточнения состояния верхних мочевых путей и степени прорастания опухоли в просвет пузыря. И, наконец, самым достоверным методом диагностики опухоли является биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем с последующим гистологическим исследованием полученных тканей.

26. 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, плотно - эластической консистенции, безболезненная.

О каком заболевании можно думать?

Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

Ответ: Клинические признаки заболевания характерны для аденомы предстательной железы I стадии. Для уточнения диагноза следует произвести исследование ПСА, УЗИ мочевого пузыря, определение количества остаточной мочи, ТрУЗИ простаты, обзорную и экскреторную урографию. При этом для аденомы I стадии будет характерно сохранение функции почек. Рентгенологический признак аденомы — симптом «холма» или «купола парашюта». При подтверждении диагноза показана консервативная терапия или одномоментная аденомэктомия в зависимости от данных обследования и показателя «качества жизни» по шкале IPSS.

27. 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?

Ответ: Предварительный диагноз — аденома предстательной железы II стадии. Для уточнения диагноза рекомендовать радиоизотопную ренографию или УЗИ мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи. Данные о наличии аденомы можно получить с помощью цистоскопии, цистографии, но только по специальным показаниям.

28. 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?

Ответ: Основным клиническим проявлением рака предстательной железы нередко бывают упорные, жестокие радикулоалгии, которые иногда расцениваются невропатологами как первичный радикулит. В данном случае физиотерапевтические процедуры были противопоказаны, так как при раке предстательной железы они вызывают бурный рост опухоли и быстрое метастазирование. Излюбленная локализация метастазов — кости таза и позвоночника. Отсюда следует, что больной пожилого возраста, страдающий болями в позвоночнике, должен осматриваться урологом для исключения патологии со стороны предстательной железы.

29. 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?

Ответ: учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией (ДГПЖ) предстательной железы. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Затем показаны катетеризация мочевого пузыря, лучше катетером Тимана и пальцевое ректальное исследование. При отсутствии почечной недостаточности возможна экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем — подготовка больного к срочной аденомэктомии (в течение первых суток после поступления).

30. 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, не эффективно. При обследовании по системам органов - без особенностей. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА-25 нг/мл.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимо предпринять для уточнения диагноза?

Ответ: наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом исследовании. Показаны УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.

31. 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.

Ответ: данные пальпации простаты, резко повышенные показатели ПСА указывают на возможность рака простаты. Наличие гидронефротической трансформации вследствие сдавления нижних третей мочеточников раковым инфильтратом, приводящей к хронической почечной недостаточности. Необходимы рентгенография костей таза и позвоночника для исключения метастазов, УЗИ мочевого пузыря, ТрУЗИ простаты, трансректальная биопсия простаты для подтверждения диагноза. При верификации диагноза показана паллиативная терапия — кастрация (медикаментозная или хирургическая) и прием антиандрогенов (флуцином).

32. 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?

Ответ: При обследовании выявлена ДГПЖ. С целью дообследования необходимо определить ПСА, выполнить УЗИ мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, ТрУЗИ простаты, IPSS, L.

33. 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?

Ответ: У больного ДГПЖ, острая задержка мочеиспускания, ПМР, острый урет­рит, острый аденомит, острый восходящий пиелонефрит. Показана срочная эпицистостомия, инфузионная терапия, массивная антибактериальная терапия, контроль диуреза и АД.

34. 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?

Ответ: Срочная эпицистостомия, адекватная инфузионная терапия под контро­лем определения электролитов крови, Hb, Ht, тщательный контроль диуреза и АД, антибактериальная терапия.

35. 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?

Ответ: Медикаментозное лечение (α-адреноблокаторы (неселективные, селективные), ингибиторы 5-α-редуктазы (синтетические, растительного происхождения), комбинированная медикаментозная терапия, направленная на купирование воспалительного процесса в простате).

36. У больного выявлен рак простаты Т1N0М0. Укажите наиболее подходя­щий метод лечения на данной стадии заболевания учитывая, что про­тивопоказаний к оперативному лечению у больного нет.

Ответ: Учитывая стадию рака простаты и отсутствие противопоказаний к оперативному лечению, оптимальным вариантом лечения является радикальная простатэктомия.

37. 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?

Ответ: Диагноз: рак простаты Т4NxMx с прорастанием устьев мочеточников. ХПН III ст. Показана паллиативная операция – ЧПНС для дренирования полостей почек.

38. У больного раком простаты T3N0M0 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.

Ответ: При неэффективности консервативных методов лечения, например α1-блокаторами, необходимо решить вопрос об оперативном лечении – ТУР простаты или цистостомии.

39. 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?

Ответ: Учитывая жалобы и возраст больного, можно думать об ОЗМ на фоне ДГПЖ. Необходимы госпитализация, определение ПСА, пальцевое ректальное исследование, катетеризация мочевого пузыря. Нужно исключить РП, от чего зависит дальнейшая тактика лечения.

40. 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?

Ответ: У больного клиника РП. Для уточнения диагноза необходимо определить уровень ПСА, провести трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, выполнить экскреторную урографию и нисходящую цистографию. Наиболее достоверным методом диагностики является биопсия простаты.

41. Мать жалуется, что ребенок 5-ти 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?

Ответ: У ребенка энурез, который чаще наблюдается у мальчиков. Причинами его возникновения являются: а) нарушение нервно-мышечного равновесия между иннервацией и сокращением детрузора; б) патологические изменения мочеполового тракта; в) эмоциональное и психическое расстройство.

42. 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?

Ответ: У больной относительное недержание мочи при физическом напряжении. В отличие от неудержания мочи, недержание с позывом к акту мочеиспускания не связано.

43. 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?

Ответ: Тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частой причиной тотальной гематурии являются опухоли мочевой системы, простаты. Гематурия, раз возникнув, может в последующем не повторяться. Поэтому в момент гематурии крайне важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выяснения источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия по срочным показаниям.

44. 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?

Ответ: Заболевание необходимо дифференцировать между правосторонней почечной коликой и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Слабовыраженные симптомы раздражения брюшины могут быть следствием пареза кишечника и являться признаками перитонизма. Срочное обследование должно включать общие анализы мочи, крови, обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек и органов брюшной полости.

45. 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 квадрате. 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?

Ответ: Беспокойное поведение больной, иррадиация боли, частые порывы к акту мочеиспускания, отсутствие симптомов раздражения брюшины, микрогематурия дают основание считать, что у больной почечная колика, вызванная, по-видимому, конкрементом правого мочеточника. Клиническая картина для аппендицита не характерна. Для уточнения диагноза в подобных случаях производят хромоцистоскопию, а также рентгенисследование — обзорную и экскреторную урографию.

46. 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 не прерывистая. Периодически отмечается тотальная или терминальная гематурия.

Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте план обследования и лечения больного в случае его подтверждения.

Ответ: У больного мочекаменная болезнь. Камень мочевого пузыря почечного происхождения, так как в анамнезе отмечались приступы левосторонней почечной колики. Для установления окончательного диагноза необходимо произвести обзорную и экскреторную урографию. Диагноз можно подтвердить также путем цистоскопии и ультразвукового исследования. При отсутствии другой патологии в органах мочевой системы показана цистолитотрипсия.

47. 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 0,8\*0,6 см.

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести,чтобы установить характер выявленной тени?

Ответ: Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выявить, имеет ли отношение данная тень к мочеточнику, который при обтурирующем камне расширен выше места препятствия - «симптом указательного пальца» (Лихтенберга). В связи с нарушением функции почки контрастное вещество появляется в лоханочно-чашечной системе и мочеточнике позже, чем с противоположной стороны. При нечетких данных экскреторной урографии показана катетеризация правого мочеточника с обзорной урографией в двух проекциях. При всё же неясности диагноза может быть произведена ретроградная уретеропиелография тоже в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью катетера или контрастированного мочеточника на обоих снимках явится достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

48. 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?

Ответ: Дизурия и макрогематурия с бесформенными сгустками крови наиболее характерны для опухоли мочевого пузыря. Необходимо произвести УЗИ мочевого пузыря, цистоскопию.

49. 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?

Ответ: Тотальная гематурия является абсолютным показанием для проведения экстренной цистоскопии. Экстренность обусловлена тем, что гематурия, раз возникнув, может вскоре прекратиться. Цель исследования — установление источника кровотечения.

50. 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 – 36.9С, 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?

Ответ: Внезапное начало острой боли в поясничной области и дизурия характерны для почечной колики. В то же время локальная боль в правой подвздошной области не исключает возможности наличия острого аппендицита. Необходимо провести общий анализ крови и мочи.При остром аппендиците характерен нарастающий лейкоцитоз,сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализе мочи при почечной колике, как правило, отмечается увеличенное количество в осадке эритроцитов и лейкоцитов (эритроцитурия и лейкоцитурия). С дифференциально-диагностической целью показаны обзорная урография, хромоцистоскопия, УЗИ почек.

51. У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 \* 0,4 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?

Ответ: почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрипочечного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутрипочечного давления позволит купировать приступ почечной колики.

52. 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 0,5 \* 0,4 см. — какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Ответ: так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным. Назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной. Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серозная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии. Более оптимальным вариантом является производство ЧПНС слева с последующей уретеролитоэкстракцией или – трипсией.

53. 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?

Ответ: можно предполагать камень мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразны пальцевое ректальное исследование, УЗИ, цистоскопия и рентгенография таза. Они позволят выявить рентгенопозитивный или рентгенонегативный конкремент, установить наличие гиперплазии простаты или другое препятствие к оттоку мочи. При обнаружении камня мочевого пузыря показана цистолитотрипсия, при сочетании его с гиперплазией простаты или склерозом шейки мочевого пузыря — цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, так как эти заболевания, вызывая затруднение мочеиспускания, способствуют камнеобразованию.

54. 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?

Ответ: почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника; на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен ренгенпозитивный конкремент; при хромоцистоскопии будет запаздывание или отсутствие выделения раствора индигокармина из устья правого мочеточника. Необходима экскреторная урография. При подтверждении диагноза показаны горячая ванна, внутривенное или внутримышечное введение 5 мл баралгина, блокада по Лорин-Эпштейну. Не исключена необходимость катетеризации лоханки правой почки.

55. 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 1,5\*1,0 см. Предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

— ваш предположительный диагноз?

— какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

— какую терапию предлагаете?

Ответ: острый обтурационный левосторонний калькулезный пиелонефрит. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ почек, обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография. При подтверждении диагноза показана срочная операция — уретеролитотомия, декапсуляция почки, нефростомия слева с последующей противовоспалительной терапией. Эндоскопические операции (ЧПНС с последующей чрескожной уретеролитотрипсией) опасны в силу давности заболевания и необходимости ревизии левой почки.

56. 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 рентгенобследование. На обзорной урограмме справа на уровне V поясничного позвонка имеется тень размерами 0,5×0,3 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.

Ответ: Мочекаменная болезнь, камень правого мочеточника. Принимая во внимание небольшие размеры камня, лечение должно быть консервативным, направленным на отхождение конкремента: усиленный питьевой режим, «водные удары», отвары мочегонных трав, спазмолитические средства, ависан, цистенал, уролесан, электростимуляция мочеточника, ЛФК. В случае неотхождения конкремента – уретеролитоэкстракция, либо контактная уретеролитотрипсия.

57. 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?

Ответ: Необходимо произвести цистоскопию, так как причиной гематурии может быть патология мочевого пузыря (камень, опухоль). Рентгенологическое исследование должно включать экскреторную урографию, при необходимости – ретроградную уретеропиелографию с кислородом (пневмопиелографию). Радиоизотопные методы исследования дадут представление о раздельной функции почек. УЗИ почек позволит установить локализацию и размеры конкремента.

58. 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 ренограмме: справа – васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева – «немая» почка.

Какова лечебная тактика?

Ответ: У больной выявлен коралловидный камень нефункционирующей левой почки, калькулёзный пионефроз. Функция правой почки не нарушена. Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.

59. Больная перенесла пиелолитотомию по поводу уратного камня правой почки. Какие рекомендации по профилактике рецидива мочекаменной болезни необходимо дать больной?

Ответ: Камни из мочевой кислоты и её солей образуются при кислой реакции мочи. Больной необходимо ограничить употребление мяса и рекомендовать молочно-растительную диету, периодический приём терпенов, увеличение приёма жидкости, применение мочегонных трав, санаторно-курортное лечение на курортах со щёлочными источниками (типа Боржоми). Показан курс канефрона Н в течение двух месяцев.

60. 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 покушала 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?

Ответ: У больной ОПН, анурическая стадия. Приступы почечной колики в анамнезе могут быть обусловлены мочекаменной болезнью и постренальным характером анурии. Вместе с тем, развитие анурии после употребления грибов наводит на мысль о нефротоксикозе и ренальной анурии. Для установления характера последней показана двусторонняя катетеризация лоханок. При проходимости мочеточников и отсутствии поступления мочи по катетерам анурию следует считать ренальной. В таком случае больную следует направить в отделение искусственной почки для гемодиализа. В случае постренальной анурии и проведения мочеточниковых катетеров выше места обструкции, пассажа мочи по катетерам, их следует оставить на несколько дней или произвести нефростомию.

61. 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°, 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 12000. 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?

Ответ: Развитие заболевания, данные объективного, лабораторного, рентгенологического исследования не позволяют с уверенностью установить диагноз. Дифференциальный диагноз следует проводить между острым аппендицитом (за что свидетельствуют боли в подвздошной области, повышение температуры до 37,8°, однократная рвота, напряжение мышц в правой подвздошной области, , лейкоцитоз 12000) и почечной коликой (в пользу, которой указывают дизурия, положительный симптом Пастернацкого и эритроцитурия). Для исключения или подтверждения диагноза почечной колики больной следует произвести хромоцистоскопию. Если индигокармин будет выделяться из устьев мочеточников через 4-6 минут, диагноз почечной колики следует отвергнуть. При задержке или отсутствии выделения индигокармина из устья правого мочеточника устанавливается диагноз почечной колики и проводятся дальнейшие диагностические процедуры для установления причины заболевания.

62. Больной 30 лет поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления до 190/120 мм рт. ст., болен после ушиба поясничной области. В течение года безуспешно лечился в терапевтическом стационаре. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, напряженный. Тоны сердца глухие. Акцент второго тона на аорте. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При аускультации в проекции почечных сосудов на передней стенке живота - грубый систолический шум. Дизурии нет.

— ваш предварительный диагноз?

— какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

Ответ: молодой возраст больного, высокие цифры артериального давления, небольшая разница между систолическим и диастолическим давлениями, заболевание, связанное с ушибом поясничной области (возможно, периренальная гематома с последующей организацией и склерозированием паранефральной клетчатки), безуспешность гипотензивной терапии позволяют предположить нефрогенную артериальную гипертонию. Для уточнения диагноза необходимо исследовать артериальное давление в горизонтальном, вертикальном положениях тела больного, после физической нагрузки, а также провести урологическое обследование (урография, рентгеноконтрастные сосудистые исследования почек).

63. Больной 40 лет. В течение 5 лет отмечает тупую боль в поясничной области справа, головную боль, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. Неоднократно находился в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Год назад диагностирована сморщенная почка справа. Поступил в клинику по поводу повышения артериального давления. Пульс 84 уд/мин. Тоны сердца глухие. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Временами бывает микрогематурия. На обзорном снимке мочевой системы тени почек не определяются. Теней конкрементов нет. На экскреторных урограммах - уменьшение размеров правой почки. Деформация чашечно-лоханочной системы (неровность контуров, колбовидное расширение чашечек правой почки).

— Ваш диагноз?

— дальнейшие методы исследования?

Ответ: тупая боль в поясничной области, неоднократные атаки острого пиелонефрита в анамнезе, повышение артериального давления, признаки сморщенной почки при рентгенологическом обследовании позволяют предполагать нефрогенный характер гипертонии. Для уточнения сосудистой архитектоники показана селективная почечная артериография справа. Удаление правой почки позволит надеяться на ликвидацию артериальной гипертонии или стабилизацию показателей артериального давления.

64. Больная 42 лет жалуется на периодические боли ноющего характера в левой поясничной области, периодическое учащенное мочеиспускание с резями. Считает себя больной в течение 1 года. Общее состояние удовлетворительное. Почки не пальпируются. При пальпации в области левой почки определяется умеренная болезненность. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови в норме. Анализ мочи: плотность 1028, лейкоцитов 0-2, эритроцитов 10-15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты в большом количестве. На обзорном снимке почек и мочевых путей теней, подозрительных на конкременты не обнаружено.

Можно ли на основании проведенного исследования исключить мочекаменную болезнь? Какое рентгенологическое исследование необходимо произвести для уточнения диагноза? Какова при этом роль эхосканирования?

Ответ: Отсутствие теней конкрементов на обзорном снимке ни в коем случае не исключает наличия в мочевых путях конкрементов, так как они могут быть рентгеннегативными. Следует произвести экскреторную урографию, на которой тень рентгеннегативного конкремента выглядит в виде дефекта наполнения с четкими контурами соответственно локализации и размерам камня. При небольшом конкременте дефект наполнения определяется не всегда, так как контрастное вещество обтекает его со всех сторон. Четкие данные о наличии камня в мочевых путях можно получить с помощью УЗИ и при ретроградной пневмопиелографии.

65. Больной 27 лет 6 лет тому назад перенес травму поясничной области. Со слов больного, после травмы в моче находили повышенное содержание эритроцитов. Через три недели анализы мочи нормализовались. В течение года чувствовал себя хорошо. Жалоб не предъявлял. 5 лет тому назад при профилактическом осмотре выявлено повышенное артериальное давление (180/100 мм.рт.ст.- 200\115 мм.рт.ст). Гипотензивная терапия оказалась малоэффективной, в связи с чем заподозрена нефрогенная гипертензия. Направлен к урологу. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови и мочи в норме. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не видны, теней, подозрительных на конкременты нет. На экскреторной урограмме справа контрастное вещество выполняет неизмененную чашечно- лоханочную систему, слева контрастное вещество не прослеживается. При эхографии правая почка - нормальных размеров, левая- уменьшена в размерах.

Какое рентгенологическое исследование необходимо произвести для подтверждения или исключения нефрогенной гипертонии?

Ответ: Проведенное исследование указывает на возможность вторично сморщенной левой почки в результате посттравматического пиелонефрита. Для окончательного решения вопроса показана селективная почечная артериография.

66. У больной 26 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся к вечеру. Отмечает частые позывы на мочеиспускание, повышение температуры до 37,8С, было познабливание. Наблюдалась однократная рвота. Раньше подобных болей больная не отмечала.

Язык обложен беловатым налетом, суховат. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезнен 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 положителен справа. Лейкоцитоз 12000. В анализе мочи реакция кислая, белок 0,033г/л, лейкоцитов 8 – 10 в поле зрения, эритроциты свежие единичные. На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, не выявлено,тени почек не видны из-за наслаивающихся кишечных газов.

Ваш предположительный диагноз. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

Ответ: Развитие заболевания, данные объективного, лабораторного и рентгенологического исследования не позволяют с уверенностью установить диагноз. Дифференциальный диагноз следует проводить между острым аппендицитом (за что свидетельствует боль в подвздошной области, повышение температуры до 37,8С, лейкоцитоз 12000) и почечной коликой (в пользу, которой указывают дизурия, положительный симптом Пастернацкого и эритроцитурия). Для исключения или подтверждения диагноза почечной колики следует произвести хромоцистоскопию, ультразвуковое исследование почек, экскреторную урографию.

67.В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 \* 0,5 см.

— какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Ответ: больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа и положительный симптом "указательного пальца" (Симптом Лихтенберга). При неудовлетворительных данных урографии больной показана катетеризация правого мочеточника с последующей обзорной рентгенографией мочевых путей в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью мочеточникового катетера на обоих снимках будет достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

68. У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

— о каком заболевании в первую очередь следует думать, какие рентгенологические и другие исследования следует произвести для установления диагноза?

Ответ: в первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-тест», а затем компьютерную, магнитно-резонансную или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса. При отсутствии патологии в почке показана уретероскопия для исключения инфильтрирующей опухоли мочеточника.

69. Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена, с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем, была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

— какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Ответ: у больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно. Показано производство экскреторной урографии. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую полицистоскопию.

70. При рентгенологическом исследовании больного с подозрением на камень левого мочеточника на обзорном снимке в области таза с обеих сторон определяются множественные тени округлой формы, размерами до 8 мм в диаметре, с просветлениями в центре.

Чем являются эти тени и характерны ли они для мочекаменной болезни? Какие другие патологические процессы в области малого таза могут на обзорном снимке симулировать мочевые камни?

Ответ: Двусторонние множественные тени округлой формы с просветлением в центре, локализующиеся в области малого таза, характерны для флеболитов — венных камней. Кроме флеболитов, подозрительные на мочевые конкременты тени могут быть обусловлены обызвествленными лимфоузлами и подвздошными сосудами, фиброматозными узлами матки.

71. Больная 40 лет, отмечает тупую боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Больна 6 лет. Нормального телосложения, пониженного питания. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Дизурии нет. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. На урограммах отмечается замедленное выделение контрастного вещества правой почкой. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен. На аортограмме отмечается сужение правой почечной артерии в месте впадения ее в аорту. Аналогичная картина на селективной правосторонней артериограмме почки.

Какова причина артериальной гипертонии?

Ваши лечебные мероприятия?

Ответ: У больной стеноз правой почечной артерии, вазоренальная форма нефрогенной гипертонии. Показана пластическая операция на почечной артерии, возможна аутотрансплантация правой почки.

72. Больная 13 лет. Жалуется на сильные головные боли, часто повторяющиеся гипертонические кризы, резкое повышение остроты зрения. Больна в течение одного года. Проводимая гипотензивная терапия с применением ганглиоблокаторов оказалась неэффективной. Пульс на правой лучевой артерии 70 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. На левой лучевой артерии пульс слабого наполнения. Над проекцией брюшной аорты выше пупка – систолический шум. АД на плечевой артерии справа 210/140, слева 170/140 мм.рт.ст.

О каком характере гипертензии следует думать на основании клинических данных? Какие показаны дополнительные методы исследования?

Ответ: Клинические данные дают основание заподозрить вазоренальную форму нефрогенной гипертонии. Необходимо произвести почечную артериографию.

73. У больной астенического телосложения после физической нагрузки появляются приступообразные боли в поясничной области справа. В горизонтальном положении тела боли постепенно проходят. Живот мягкий, безболезненный. В правом подреберье прощупывается опухолевидное образование гладкое, малоболезненное, подвижное. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

О каком заболевании можно думать? Какие методы исследования показаны?

Ответ: Боли в поясничной области справа, усиливающиеся после физической нагрузки и уменьшающиеся при горизонтальном положении тела больной, наличие пальпируемого образования в правом подреберье (подвижного, гладкого, малоболезненного) позволяют думать о правостороннем нефроптозе. Для уточнения диагноза необходимо произвести экскреторную урографию в вертикальном и горизонтальном положении тела больной.

74. Больная 50 лет поступила в клинику для обследования по поводу микрогематурии. Почки не прощупываются, безболезненны, дизурии нет. При цистоскопии патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме почки обычной формы, величины и положения, тени конкрементов не определяются. На экскреторных урограммах в лоханке левой почки имеется дефект наполнения с неровными контурами.

Предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны для уточнения диагноза?

Ответ: Можно предположить опухоль лоханки левой почки. Нельзя исключить возможность уратного камня лоханки. Для уточнения диагноза необходимо провести ультразвуковое сканирование и компьютерную томографию.

75. 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?

Ответ: Боли в паховых областях, иррадиирующие в мошонку, болезненность при пальпации предстательной железы, отечность правой ее доли, большое количество лейкоцитов в секрете простаты — характерные проявления хронического простатита.

76. У больного высокая температура тела, озноб, пульсирующие боли в промежности, дизурия. При ректальном исследовании прощупывается резко болезненная, увеличенная предстательная железа. Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Высокая температура тела, озноб указывают на воспалительный процесс в паренхиматозном органе, имеющем хорошее кровоснабжение. Боли в промежности и дизурия характерны для заболевания предстательной железы, свидетельством чего являются данные ректального исследования простаты. В связи с тем, что мочеиспускание сохранено, нет участков флюктуации, показаний для оперативного вмешательства пока нет. Показано консервативное лечение — постельный режим, ректальные свечи с НПВС, антибактериальные препараты (лучше фторхинолонового ряда) сначала внутривенно, затем перорально, дезинтоксикационная терапия.

77. 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?

Ответ: Предварительный диагноз — острый левосторонний пиелонефрит. Необходимо произвести общие анализы крови и мочи, обзорный снимок мочевой системы и экскреторную урографию, УЗИ почек.

78. 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.

Ответ: Диагноз основной: мочекаменная болезнь, камень левого мочеточника. Осложнения: Острый обтурационный вторичный (калькулезный) левосторонний пиелонефрит. Лечебные мероприятия заключаются в катетеризации левого мочеточника с целью восстановления оттока мочи из пораженной почки и в последующем назначении антибактериальной, общеукрепляющей и дезинтоксикационной терапии. При невозможности провести мочеточниковый катетер проксимальнее конкремента или неэффективности лечения показана операция — уретеролитотомия, пиелоуретеростомия, декапсуляция левой почки. В случае успеха консервативной терапии и стихания явлений пиелонефрита в последующем применить один из вариантов камнеизгоняющей терапии.

79. 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?

Ответ: Данные анамнеза и анализа мочи позволяют считать, что у родильницы хронический пиелонефрит, подострое течение. Необходимо произвести бактериологический анализ мочи, обзорную и экскреторную урографию, УЗИ почек.

80. 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?

Ответ: Аденома предстательной железы, вторичный острый двусторонний пиелонефрит. Необходимо произвести общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, обзорную и экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи, ТрУЗИ простаты. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение — эпицистостомия. В послеоперационном периоде после восстановлении пассажа мочи — интенсивная консервативная терапия пиелонефрита по общепринятым схемам. В последующем – решение вопроса о консервативном или оперативном лечении ДГПЖ.

81. 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?

Ответ: Вторично сморщенная правая почка вследствие пиелонефрита. Показана нефрэктомия справа.

82. 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.

Ответ: Предварительный диагноз — хронический рецидивирующий пиелонефрит. План обследования — анализ мочи на скрытую лейкоцитурию (по Нечипоренко), бактериологический анализ мочи, УЗИ почек стоя и лежа, обзорная и экскреторная урография, микционная цистография для исключения ПМР. Возможна необходимость цистоскопии для исключения аномалий устьев мочеточников.

83. 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?

Ответ: У больной клиническая картина хронического упорно протекающего цистита, не поддающегося антибактериальной терапии. Причиной такого цистита может быть туберкулез почек с поражением мочевого пузыря. Необходимо произвести бактериологический анализ мочи, посев мочи на микобактерии туберкулеза, цистоскопию (специфические бугорки, язвы, рубцы), обзорную и экскреторную урографию.

84. 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?

Ответ: Асептическая пиурия, тупые боли в поясничной области, длительная дизурия являются характерными проявлениями туберкулеза почек и мочевой системы. Подтверждением этого предположения являются изменения на урограммах, где имеется картина кавернозного туберкулеза. Для уточнения диагноза показан посев мочи на ВК, проведение биологической пробы.

85. 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?

Ответ: Учитывая неэффективность неспецифической терапии, наличие дизурии, патологических изменений в моче, бугорков, характерных для туберкулеза мочевого пузыря необходимо произвести бактериологическое исследование мочи, посев мочи на бациллы Коха, обзорную и экскреторную урографию, при необходимости, ретроградную пиелографию справа.

86. 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?

Ответ: Учитывая наличие лейкоцитурии и анкилоза коленного сустава специфической этиологии необходимо иметь в виду туберкулез мочевой системы. Необходимо уточнить наличие контакта с туберкулезными больными (родители, родственники). В плане обследования предусмотреть рентгенологическое исследование легких, микроскопию осадка мочи, баканализ мочи, посев мочи на бациллы Коха, обзорную и экскреторную урографию, при неясной картине — ретроградную пиелографию.

87. 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.

Ответ: Предварительный диагноз — хронический левосторонний эпидидимит, свищевая форма. Показано комплексное обследование легких, почек и мочевых путей на предмет выявления туберкулеза. Кроме того, необходимо произвести исследование мочи, секрета предстательной железы и гнойного отделяемого свища на ВК. Показано оперативное лечение — эпидидимэктомия с гистологическим исследованием удаленного придатка левого яичка. При подтверждении диагноза урогенитального туберкулеза — длительная химиотерапия под наблюдением фтизиоуролога.

88. 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?

Ответ: Увеличение и плотность придатка яичка, наличие кожного рубца, спаянного с придатком, указывают на специфический процесс в придатке с некогда существовавшим свищом в месте рубца. Лейкоцитурия указывает на поражение специфическим процессом не только половой, но и мочевой системы. Необходимо произвести посевы мочи и секрета простаты на ВК, обзорную и экскреторную урографию.

89. 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.

Ответ: У больной осложненная мочекаменная болезнь — калькулезный пионефроз. Необходимо произвести экскреторную урографию с отсроченными снимками, а также определить раздельную функцию почек с помощью радиоизотопных методов исследования. При отсутствии патологических процессов в противоположной почке и неизмененной ее функции показана правосторонняя нефрэктомия. При нарушенной функции левой почки — нефростомия справа с удалением конкрементов.

90. 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?

Ответ: У больного острый левосторонний паранефрит. Для подтверждения диагноза нужно сделать рентгеноскопию грудной клетки, УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию. На обзорном снимке для острого паранефрита характерны сколиоз в больную сторону и исчезновение, нечеткость линии края поясничной мышцы на стороне поражения. На экскреторной урограмме выявляется смещение почки, функция которой при первичном (гематогенном) паранефрите, как правило, не нарушена.

91. 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?

Ответ: Клиническая картина характерна для острого простатита. Следует провести пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку. Грубое исследование может стать причиной острого пиелонефрита и шокового состояния.

92. 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?

Ответ: У больной цисталгия. Причиной заболевания в данном случае может быть ранее перенесенное воспалительное заболевание органов малого таза.

93. 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?

Ответ: У больного острого цистита. В данном случае имеется связь между половой жизнью и инфекцией мочевых путей, зависящая от анатомических особенностей женской мочеполовой системы. Учитывая причину, в первую очередь с профилактической целью стоит рекомендовать необходимость мочеиспускания до и после полового акта. Другой причиной возникновения заболевания может быть очень редкое опорожнение мочевого пузыря. Отсюда необходимость режима частых мочеиспусканий — каждые 2 часа. При повторении подобной ситуации показана посткоитальная профилактика антибиотиками (лучше фторхинолонового ряда или пероральными цефалоспоринами) в половинной разовой дозе.

94. 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.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебные мероприятия показаны?

Ответ: 1. Камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит. 2. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия (камень мочеточника) показана чрескожная пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки необходимо назначение антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, препаратов ряда НПВС. После стихания явлений пиелонефрита следует удалить камень мочеточника одним из способов (консервативно, эндоскопически или путём открытой операции).

95. 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".

1. Ваш диагноз?

2. Какова лечебная тактика?

Ответ:

1. Хронический пиелонефрит, сморщенная правая почка, нефрогенная гипертензия.

2. Жалобы, анамнез и данные обследования указывают на терминальную стадию хронического пиелонефрита, при которой показана нефрэктомия справа.

96. 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?

Ответ:

1.УЗИ почек — дилатация чашечно-лоханочной системы справа, утолщение паренхимы правой почки, ограничение её подвижности.

2.Хромоцистоскопия — запаздывание выделения индигокармина из правого устья.

3.Экскреторная урография — снижение выделения контрастного вещества с больной стороны, неподвижность больной почки при дыхательных движениях (урография на вдохе и выдохе).

97. 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 определяется гладкое эластичное образование размерами 6х8 овальной формы.

Ваш предположительный диагноз? Какое исследование позволит его уточнить? Ваши лечебные рекомендации?

Ответ: Гладкое эластичное образование в области мошонки характерно для водянки оболочек правого яичка. Уточнить диагноз можно с помощью УЗИ и диафаноскопии. Лечение оперативное. Гидроцеле могло возникнуть вследствие хронического эпидидимита, как осложнение острой гонореи.

98. У больного 34 лет, работающего на предприятии анилиновых красителей, в последние 3 месяца появилось учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Периодически отмечает тупые боли внизу живота. Обращался в кожно-венерологический диспансер, где проведенное обследование исключило гонорею и трихомониаз. При объективном исследовании патологических изменений (включая компьютерную томографию) патологических изменений не выявлено, лейкоциты 3—5 в поле зрения, эритроциты свежие 8- 10 в поле зрения.

О каком заболевании следует думать? Что в первую очередь нужно предпринять для установления диагноза?

Ответ: Указание на контакт больного с анилиновыми красителями должно насторожить внимание врача в отношении возможности опухоли мочевого пузыря. Наличие дизурии и болей внизу живота может быть проявлением поражения мочевого пузыря. Наиболее полную информацию о наличии или отсутствии опухоли в мочевом пузыре можно получить, сделав больному цистоскопию. Этот метод позволит но только установить диагноз опухоли, но и определит распространенность ее, отношение к устьям. Данные цистоскопии будут иметь ведущее значение в определении тактики и объема оперативного пособия.

99. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется баллотирующее опухолевидное образование размером 10X8 см, с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания?

Ответ: Наличие бугристой опухоли, положительный симптом баллотирования и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса и брюшной полости. Необходимо исключить опухоль почки. Для установления диагноза и определения тактики лечения показаны ретроградная пиелография, ультразвуковое сканирование, сосудистые исследования почек. А при их невозможности или неинформативности необходима компьютерная томография.

100. У больного 43 лет длительная субфебрильная температура, отсутствие аппетита, упорный, не поддающийся никакой терапии сухой кашель. Болен 1 год. За это время похудел на 15 кг. Неоднократно обследовался у различных специалистов. При многократных рентгенологических исследованиях легких (включая томографию) патологических изменений не выявлено. Отмечается нарастание СОЭ (с 30 в начале заболевания до 60 мм/час в настоящее время). Отмечена также анемия - гемоглобин 68 г/л, эритроциты — 3 200 000.

Какое заболевание следует заподозрить? Что следует предпринять для установления диагноза?

Ответ: Быстро прогрессирующее исхудание, анемия, субфебрилитет, увеличенная СОЭ свидетельствуют о злокачественной опухоли, которая может локализоваться в почке. Упорный кашель обусловлен «сочувственным» сухим плевритом или прорастанием опухоли в плевру. Необходимо ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

101. Больной 62 лет. Жалуется на периодическое появление крови в моче с бесформенными сгустками. Болен 6 месяцев. В течение 3-х последних месяцев периодически отмечал рези при учащенном мочеиспускании. Пониженного питания. Бледен. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. При пальпации над лоном — умеренная болезненность. Струя мочи не изменена. При ректальном пальцевом исследовании — простата размерами 3,5X4 см, мягко-эластической консистенции. Назовите предварительный диагноз и план обследования.

Ответ: Предварительный диагноз — опухоль мочевого пузыря. План обследования — бимануальная пальпация, УЗИ мочевого пузыря, спиртовый смыв с мочевого пузыря на атипические клетки, цистоскопия, обзорная и экскреторная урография с нисходящей цистографией.

102. Больной 52 лет жалуется на наличие крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания. Считает себя больным в течение 2 дней. Среди полного здоровья заметил изменение цвета мочи, которая была темно-красной. Через несколько часов появилась боль в левой поясничной области и соответствующей половине живота. Мочеиспускание не нарушено. При объективном исследовании пальпируется нижний полюс левой почки.

О каком заболевании, в первую очередь, следует думать и какие исследования следует произвести для установления диагноза?

Ответ: В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографии, при необходимости - ангиографическое исследование почек (обзорную аортографию, селективную почечную артериографию слева).

103. У больного, 60 лет, безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии – слизистая оболочка мочевого пузыря не изменена, из устья левого мочеточника выделяется кровь. На обзорной рентгенограмме тени конкрементов не определяются, на урограммах – чашечно-лоханочная система почек не изменена, пассаж контрастного вещества не нарушен.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Ответ: Установлено выделение крови из левого устья, поэтому следует предположить наличие опухоли левой почки. Для уточнения диагноза показаны УЗИ почек, компьютерная томография.

104. Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль размерами в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывающая устье левого мочеточника. На экстреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева – снижена.

Определите характер оперативного лечения.

Ответ: У больной опухоль мочевого пузыря, располагающаяся в зоне устья левого мочеточника, в связи с чем, помимо резекции мочевого пузыря, требуется наложение уретероцистоанастомоза слева.

105. Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном исследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для уточнения?

Ответ: Данные пальпации предстательной железы позволяют предположить наличие у больного рака простаты. Для подтверждения диагноза необходимы биопсия предстательной железы, обзорная рентгенография мочевой системы и костей таза для выявления возможных метастазов, определение ПСА.

106. Больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. 6 лет назад перенес орхипексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четко дифференцируется от придатка. Паховые лимфатические узлы увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

Ваш предварительный диагноз? Необходимые методы дополнительного обследования?

Ответ: У больного опухоль правого яичка. Необходимо произвести УЗИ органов мошонки, аспирационную биопсию яичка с цитологическим исследованием пунктата, экскреторную урографию, рентгенографию грудной клетки, компьютерную томографию грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, определение маркеров - содержания ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) (семиномы не вырабатывают АПФ и ХГЧ).

107. У больного 62 лет резко выраженная дизурия, повторные макрогематурии. При цистоскопии выявлены грубоворсинчатые образования, занимающие практически весь мочевой пузырь. На экскреторных урограммах – умеренно выраженный двусторонний уретерогидронефроз.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответ: У больного инвазивный рак мочевого пузыря предположительно II-III стадии (уретерогидронефроз). Показана радикальная цистэктомия с замещением мочевого пузыря изолированным сегментом кишки.

108. У больной 18 лет, незамужней, внезапно возникли боли в левой поясничной области. Температура тела нормальная. Отмечается тошнота, позывы на рвоту. Мочеиспускание не нарушено. При бимануальной пальпации боль слева усиливается(справа пальпация почки безболезненна). Почки не пальпируются.

О каком заболевании следует подумать? С какими заболеваниями следует дифференцировать? Какова неотложная помощь?

Ответ: Внезапность начала боли, болезненность при пальпации левой почки характерны для почечной колики. Необходим дифференциальный диагноз с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При подтверждении диагноза показаны горячая ванна, внутривенное или внутримышечное введение 5 мл баралгина, блокада по Лорин-Эпштейну. Не исключена необходимость катетеризации лоханки правой почки.

109. 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 покушала жареных грибов. К обеду появилась тошнота, была трехкратная рвота. Отмечает отсутствие мочи и позывов к мочеиспусканию 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 болезненен 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 провести для установления характера анурии? Какая тактика лечения будет определена в зависимости от вида анурии?

Ответ: У больной ОПН, анурическая стадия. Приступы почечной колики в анамнезе могут быть обусловлены мочекаменной болезнью и постренальным характером анурии. Вместе с тем, развитие анурии после употребления грибов наводит намысль о нефротоксикозе и ренальной анурии. Для установления характера последней показана двусторонняя катетеризация лоханок почек. При проходимости мочеточников и отсутствии поступления мочи по катетерам анурию следует считать ренальной. В таком случае больную следует направить в отделение искусственной почки для гемодиализа. В случае постренальной анурии и проведения мочеточниковых катетеров выше места обтурации, пассажа мочи по катетерам, их следует оставить на несколько дней или произвести нефростомию. Кроме того, информативным методом диагностики может явиться УЗИ почек.

110. Больной 36 лет. После падения на промежность появилась кратковременная уретроррагия. Жалобы на чувство переполнения мочевого пузыря, невозможность самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов после травмы. Общее состояние средней тяжести. Пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм.рт.ст., перитонеальных симптомов нет. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. В области промежности припухлость 6\*4 см, кожа над ней темно- фиолетового цвета.

Назовите предварительный диагноз. Какие рентгенологические методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ: Предварительный диагноз — травматический разрыв мочеиспускательного канала. Для уточнения диагноза необходимо произвести ретроградную уретрографию.

111. Больной 52 лет в течение 27 лет страдает мочекаменной болезнью с 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, подкожножировая клетчатка обильно развита. Почки не пальпируются. При пальпации в верхнем правом квадранте живота отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Пальпаторно и перкуторно 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.

Ответ: У больного анурия. По-видимому, постренальная, калькулезная. Необходимо срочно произвести обзорную урографию, УЗИ почек, двустороннюю катетеризацию мочеточников с диагностической и лечебной целью. В случае неэффективности катетеризации при подтверждении диагноза — нефростомия.

112. Рабочий рудника попал под обвал. Мелкой породой придавило нижние конечности. Под завалом находился 12 часов. В момент освобождения АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 84 удара в 1 мин.

Какое осложнение со стороны почек может развиться у больного и почему? Каковы особенности его транспортировки в лечебное учреждение?

Ответ: В результате длительного сдавления обширных мышечных групп нижних конечностей в них нарушается циркуляция крови (гипоксия) и лимфы, в результате чего разрушаются клетки мышечных волокон. Их содержимое накапливается в межклеточных пространствах. При восстановлении циркуляции крови развивается острая интоксикация этими продуктами. Возникает ОПН, ренальная анурия вследствие краш-синдрома. При транспортировке пострадавшего необходимо:

1. Наложить жгуты на нижние конечности.

2. Обложить их пузырями со льдом.

3. Проводить трансфузионную дезинтоксикационную терапию.

113. Больная 22 лет 10 дней тому назад с целью прерывания беременности ввела в полость матки катетер, где он находился в течение 12 часов. На другой день появились кровянистые выделения из влагалища, озноб, высокая температура, а затем возникли рвота, понос. Была госпитализирована в гинекологическое отделение, где обратили внимание на олигоанурию. В день поступления в клинику выделила 35 мл мочи. Общее состояние тяжелое, больная заторможена, вялая. Кожа и склеры бледно-желтушны. Лицо пастозное, веки отечны. Тоны сердца приглушены. АД 125/80 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберного края. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Анализ крови: гемог. — 40 г/л, эритр. — 1700 000, лейк. - 24 000, мочевина — 34,9 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л, натрий — 130 ммоль/л, кальций — 2,4 ммоль/л. Анализ мочи-белок — 1,2 г/л, плотность — 1010, лейк. и эритр. покрывают поля зрения.

Какие осложнения криминального аборта имеют место? Какова тактика лечения?

Ответ: Септический аборт, анаэробный сепсис. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Необходимо в срочном порядке произвести выскабливание полости матки, а при наличии показаний — удаление ее. Показана комплексная терапия с обязательным гемодиализом. Следует проводить антибактериальную терапию с учетом опасности кумулятивного их действия в связи с недостаточностью почек.

114. Больной 53 лет. Накануне случайно выпил 150 мл раствора сулемы (1:1000). В поликлинике промыт желудок и первые 12 часов состояние было удовлетворительным. На следующий день — головная боль, тошнота, рвота, анурия. При поступлении общее состояние средней тяжести. Жалуется на слабость, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются. Область их при пальпации болезненна. Анализ крови; гемогл. — 140 г/л, эритр. — 3 500 000, лейк.10 400, СОЭ — 33 мм/час, мочевина — 21,6 ммоль/л, калий — 6,7 ммоль/л, натрий — 127 ммоль/л.

Поставьте диагноз и обоснуйте тактику лечения.

Ответ: Острое отравление сулемой. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Показаны гемодиализ и комплексная терапия.

115. Больной 27 лет. В течение 3 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями заболевания. За последнюю неделю состояние значительно ухудшилось, появилась частая рвота, отмечает отрыжку, постоянную тошноту. Объективно: сознание спутано, адинамичный, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. Кожа сухая. АД — 85/50 мм рт. ст. Пульс 108 в 1 мин слабого наполнения. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области, шум «плеска». Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Суточный диурез — 270 мл. Содержание калия в плазме 2,5 ммоль/л, натрия - 126 ммоль/л, мочевины — 28,6 ммоль/л.

Укажите диагноз и осложнения основного заболевания.

Ответ: У больного острая почечная недостаточность преренального генеза за счет дегидратации, обусловленной частой рвотой. По-видимому, язвенная болезнь осложнилась стенозом привратника. В результате длительных и значительных потерь электролитов и воды с рвотой на почве стеноза привратника возникла острая почечная недостаточность, так называемая хлорпеническая почка с резкой азотемией, гипокалиемией. Для восстановления функции почек показана консервативная патогенетическая терапия, в первую очередь восполнение калия, хлоридов, белков плазмы крови.

116. Больной 43 лет доставлен в клинику по поводу болей в левой поясничной области, возникших после падения с высоты 2 метров. После травмы во время двукратного мочеиспускания отметил наличие макрогематурии. Состояние средней степени тяжести. АД и пульс нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений не обнаружено. Имеется небольшая болезненная припухлость в левой поясничной области.

Укажите предварительный диагноз и обоснуйте его.

Ответ: Боль, макрогематурия, наличие припухлости в левой поясничной области дают врачу основание заподозрить повреждение почки. Для решения вопроса о характере изменений в почках необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию, которые позволят выявить признаки повреждения левой почки (отсутствие тени поясничной мышцы, слабое и позднее заполнение контрастным веществом лоханочно-чашечной системы, внепочечные затеки контрастного вещества или полное его отсутствие на стороне травмы) и состояние контрлатеральной почки.

117. .Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу болей в правой поясничной области, макрогематурии со сгустками. Час тому назад больному был нанесен удар твердым предметом в правую поясничную область. Положение вынужденное: выраженный сколиоз в больную сторону. В области правого подреберья определяется болезненная припухлость. Пульс 128 ударов в 1 минуту, АД 85/50 мм.рт.ст. Признаков раздражения брюшины нет, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. На экскреторных урограммах левая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена, пассаж рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Справа контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется. При хромоцистоскопии слева моча, окрашенная индигокармином, появилась на 7 мин.

Ваш диагноз? Лечебная тактика? Имеется ли целесообразность в выполнении какого-либо исследования?

Ответ: Анамнез и объективные данные характерны для повреждения правой почки, наличия урогематомы. Налицо признаки кровотечения из почки, что, по-видимому, привело к снижению АД и учащению пульса. Не ясен характер повреждения, в связи с чем показана почечная ангиография. При отсутствии условий для ее выполнения больной подлежит оперативному лечению — люмботомии, ревизии правой почки. Вид операции на почке будет зависеть от степени ее повреждения.

118. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу болей в надлобковой области, ишурии. Три часа тому назад, будучи в нетрезвом состоянии, получил удар в надлобковую область. Несмотря на сильные позывы к акту мочеиспускания, после травмы помочиться не может. Положение вынужденное — сидит. Имеется симптом «ваньки-встаньки». При ректальном исследовании определяется нависание передней стенки прямой кишки. В брюшной полости перкуторно определяется свободная жидкость.

Ваш предварительный диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: Боли над лоном, ишурия, возникшая после травмы, вынужденное положение больного, наличие симптома «ваньки-встаньки», нависание передней стенки прямой кишки, свободная жидкость в брюшной полости характерны для внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Показана ретроградная цистография, которая выявит затекание рентгенконтрастного вещества за пределы мочевого пузыря, что является признаком его разрыва. Больной подлежит срочному оперативному лечению — лапаратомии, ревизии органов брюшной полости, туалету её, ушиванию разрыва мочевого пузыря, эпицистостомии (внебрюшинно), дренированию брюшной полости.

119. У больного клинически и рентгенологически диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Какова лечебная тактика?

Ответ: Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции — цистотомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию мочевого пузыря (эпицистостомия) и околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортеру или другими способами.

120. Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Час тому назад на стройке упал и ударился промежностью о доску.

Ваш предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны?

Ответ: Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяют думать о травматическом разрыве мочеиспускательного канала. Необходимо выполнить ретроградную уретрографию.

121. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда доставлен 2 часа назад после дорожной травмы в шоковом состоянии. После выведения из шока произведен снимок костей таза, на котором определяется перелом лонной кости слева. Самостоятельно не мочится, пальпируется увеличенный мочевой пузырь, в области наружного отверстия уретры запекшаяся кровь.

Какова диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: У больного с переломом костей таза, по-видимому, имеется полный разрыв мочеиспускательного канала. Показана срочная уретрография. При подтверждении диагноза — эпицистостомия, первичный шов уретры, дренирование урогематомы.

122. На прием к врачу мать принесла ребенка с жалобами на боли в области полового члена. Головка полового члена отечна, цианотична из-за ущемления крайней плотью.

Что произошло с ребенком? Какие лечебные мероприятия необходимы?

Ответ: Боли в головке полового члена, ее ущемление, цианотичность указывают на парафимоз. Следует произвести консервативное вправление головки (перевести из парафимоза в фимоз) с последующим назначением ванночек с перманганатом калия. При безуспешности вправления — оперативное лечение (рассечение ущемляющего кольца крайней плоти).

 **Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации**

 Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях в двух вариантах.

**Вариант № 1**

**1. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

 1) микрогематурия

 2) макрогематурия

 3) пиурия

 4) количество остаточной мочи

 5) поллакиурия

**2.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.

**3. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ**

 1)гематогенным путём

2)лимфогенным путём

3) восходящим путём

 4) алиментарным путём

5) уриногенным путём

**4. ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ**

1)атрофии яичка

2)инфаркта яичка

3)невралгии

4)злокачественного перерождения

5) верно 1), 2), 3), 4)

**5. 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

**6. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ**

1) инфекция мочевых путей

2) нарушение уродинамики мочевых путей и ХПН

3) камнеобразование

4) гематурия

5) все вышеуказанное

**7. 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

**8. 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

**9. 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

**10. 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

**11. АДЕНОМА РАЗВИВАЕТСЯ У МУЖЧИН СТАРШЕ**

1) 20 лет

2) 30 лет

3) 40 лет

4) 50 лет

5) 70 лет

**12. 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)

**13. К РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ**

1) оксалатов
2) фосфатов
3) смешанных
4) уратов
5) уратов и оксалатов

**14. 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

**15. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДГПЖ?**

 1) хронический простатит

 2) рак простаты

 3) стриктура уретры

 4) склероз шейки мочевого пузыря

 5) все вышеуказанное

**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. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ**

1. местным расстройствам кровообращения
2. физическим факторам

3) инфекции

4) химическим факторам

**18. ПРИЧИНА СУБРЕНАЛЬНОЙ (ПОСТРЕНАЛЬНОЙ) АНУРИИ?**

1) рвота

2) кровопотеря

3) двусторонний нефролитиаз

4) интоксикация

5) острая дизентерия

**19. 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

**20. 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

**21. 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

**22. 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

**23. 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

**24. В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА ИГРАЮТ РОЛЬ**

1. условно патогенные микроорганизмы
2. микоплазмы
3. вирусы
4. хламидии

5) верно 1), 2), 3), 4)

**25. Осложнениями ретроградной пиелоуретерографии являются**

1) перфорация почки и мочеточника
2) острый пиелонефрит
3) забрюшинная флегмона
4) гидроцеле
5) правильно 1), 2), 3)

**26. 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)

**27. 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)

**28. 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)

**29. 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

**30. 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

**31. 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)

**32. 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

**33. Возбудителем острого пиелонефрита чаще бывает**

1) кишечная палочка

2)протей

3)палочка сине-зеленого гноя

4)стафилококк

5)энтерококк

**34. 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)

**35. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БУЖИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ**

1) уретральную лихорадку
2) острый простатит
3) уретроррагию
4) форникальное кровотечение

5) острый эпидидимит

**36. 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

**37. 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

**38. 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

**39. ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

 1) боль в пояснице

 2) прощупываемая увеличенная почка

 3) гематурия

 4) анемия

 5) субфебрильная температура

**40. ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНА**

 1)боль

 2)микрогематурия

 3)забрюшинная урогематома

 4)кратковременная макрогематурия

 5)удовлетворительное общее состояние

**41. 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)

**42. 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

**43. ПРИ КАМНЯХ ПОЧКИ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ**

1) пиелолитотомию

2) нефролитотомию

3) перкутанную нефролитотрипсию

4) правильно 1), 2), 3)

5) циркулярную (кольцевую) нефростомию

**44. ВЫБЕРИТЕ ОРГАН МПС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРИ МОЧЕПОЛОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

1) почка

2) мочеточник

3) мочевой пузырь

4) предстательная железа

5) яички

**45. К Предраковым заболеваниям полового члена относят**

1) невирусные папилломы

2) лейкоплакию

3) хронический баланопостит

4) эритроплазию Кейр

 **Ответы**

1-4 2-4 3-3 4-5 5-1 6-5 7-1 8-5 9-5 10-4 11-3 12-5

 13-4 14-1 15-5 16-3 17-3 18-3 19-3 20-4 21-2 22-2 23-5

24-5 25-5 26-5 27-3 28-5 29-2 30-3 31-5 32-3 33-1 34-5

35-4 36-3 37-4 38-4 39-3 40-3 41-5 42-5 43-4 44-1 45-2

 **Вариант № 2**

001. 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?

а) опухоль восходящего отдела толстой кишки

б) водянка желчного пузыря

в) правосторонний нефроптоз

г) киста яичника

д) поясничная дистопия почки

002. 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?

а) солитарная киста почки

б) туберкулез почки

в) гидронефроз справа

г) поликистоз почек

д) аденокарцинома почки

003. 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

а) 1, 2, 5

б) 2, 3, 4

в) 1, 4, 5

г) 2, 4, 5

д) 1, 3,5

004. В клинику в состоянии шока (АД - 70/40 мм рт. ст., тахикардия -120 в минуту, 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?

а) цистоскопия

б) уретрография

в) УЗИ

005. 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

а) 1, 2, 5

б) 1, 2, 4

в) 2, 4, 5

г) 1, 3, 4

д) 3, 4, 5

006. 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?

а) гепатолиенальный синдром

б) опухоль левой почки

в) аденома простаты

г) левосторонний гидронефроз

д) поликистоз почек

007. 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 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?

а) острый аппендицит

б) острый холецистит

в) острый правосторонний необструктивный пиелонефрит (гематогенный)

г) тазовый перитонит

д) острая кишечная непроходимость

008. 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?

а) отслоение нормально расположенной плаценты

б) острый холецистит

в) острый панкреатит

г) острый пиелонефрит беременных

д) внематочная беременность

009. 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?

а) секреторная анурия

б) экскреторная анурия

в) острая задержка мочеиспускания

г) хронический пиелонефрит

д) хроническая почечная недостаточность

010. 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?

а) радиоизотопная ренография

б) урофлоуметрия

в) УЗИ

г) хромоцистоскопия

011. 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?

а) цистография

б) радиоизотопная ренография

в) хромоцистоскопия

г) почечная ангиография

д) УЗИ

012. 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

а) 1, 4

б) 2, 3

в) 3, 4

г) 1, 5

013. 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 в минуту, хорошего наполнения. НЬ - 140 г/л.

Какое исследование Вы изберете для установления диагноза?

а) уретрографию

б) У3И почек и мочевого пузыря

в) цистографию в 2 проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря

г) биохимическое исследование крови

д) ренографию

014. 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?

а) вульвовагинит

б) аднексит

в) простая язва мочевого пузыря

г) острый цистит

д) парацистит

015. 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?

а) трансуретральная резекция аденомы предстательной железы

б) установление постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция

в) периодическая катетеризация мочевого пузыря

г) одномоментная чреспузырная аденомэктомия

д) эпицистостомия

016. У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1N0M0. Больному рекомендовано оперативное лечение.

Выберите оптимальное оперативное вмешательство.

а) билатеральная вазэктомия, эпицистостомия

б) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

в) неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

г) лазерная комиссуротомия и аблация простаты

д) радикальная простатэктомия

017. 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?

а) хронический интерстициальный цистит

б) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью

в) форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертонии

г) опухоль мочевого пузыря

д) опухоль лоханки и мочеточника

018. 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?

а) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

б) неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

в) лазерная комиссуротомия и аблация простаты

г) эпицистостомия

д) программный гемодиализ с предварительным созданием артериовенозной фистулы

019. 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

а) медикаментозная консервативная терапия

б) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

в) неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

г) лазерная комиссуротомия и аблация простаты

д) позадилобковая аденомэктомия по Миллину

020. 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?

а) разрыв почки

б) разрыв мочевого пузыря

в) разрыв уретры

г) повреждение простаты

д) гематома промежности

021. 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?

а) аденома предстательной железы

б) острый простатит

в) опухоль мочевого пузыря

г) камни мочеточника

д) камень уретры

022. 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?

а) левосторонняя мошоночная грыжа

б) опухоль левого яичка

в) лимфэдема мошонки

г) водянка оболочек левого яичка

д) киста придатка левого яичка

023. 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?

а) приапизм

б) кавернит

в) перелом полового члена

г) лимфэдема полового члена

д) парафимоз

024. Больной 18 лёт 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?

а) баланопостит

б) стриктура наружного отверстия уретры

в) фимоз

г) парафимоз

д) камень висячего отдела уретры

025. 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?

а) фуникулит

б) варикоцеле

в) туберкулез придатка яичка

г) перекрут гидатиды Морганьи

д) киста семенного канатика

**Ответы**

001-в 002-в 003-б 004-в 005-г 006-б 007-в 008-г 009-б 010-в

011-г 012-б 013-в 014-г 015-д 016-д 017-г 018-г 019-а 020-в

021-д 022-г 023-д 024-в 025-б

 **Образец экзаменационного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра хирургии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.68 Урология**

**Дисциплина: Урология**

**Курс обучения: первый**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2**

1. **ВАРИАНТЫ НАБОРОВ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ** *№2*

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ:**

2. *Аномалии структуры почек. Поликистоз почек. Причины. Диагностика. Лечение. Кисты почек. Этиология. Патогенез. Виды.*

3. *Эпидидимит, орхит. Понятие. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.*

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:**

4.*№ 2. Осмотр и пальпация мужских половых органов.*

Заведующий кафедрой хирургии

д.м.н.,профессор Мирошников С.В.

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Проверя-емая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 | Знать: - сущность методов системного анализа и системного синтеза- понятие «абстракция», ее типы и значение | вопросы №1-117 |
| Уметь: - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез)- проведение методического анализа дидактического материала -выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, несущественных- анализировать учебные и профессиональные тексты анализировать и систематизировать любую поступающую информацию- выявлять основные закономерности изучаемых объектов | практические задания № 1-22 |
| Владеть: - навыками сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам - навыками выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач | практические задания №1-22  |
|  | ПК-1  | Знать: - вопросы формирования здорового образа жизни у населения  -методы специфической и неспецифической профилактики соматических заболеваний - современные методы ранней диагностики туберкулеза  -основные и дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза на ранних стадиях  -причинно-следственные связи изменений состояния здоровья и воздействий факторов среды обитания -основные и дополнительные методы обследования (лабораторная, микробиологическая, иммунологическая диагностика), необходимые для постановки диагноза  | вопросы № 17, 32, 36, 46, 51, 59, 74, 87, 102, 110, 116, 117  17, 46, 51, 55, 59, 72, 74, 101, 108, 110, 116, 117 20, 90 4, 6, 10, 17, 21, 46, 64, 67, 72, 76, 86, 93, 101, 111, 113, 114 12, 55, 59, 74, 98, 110 1-117  |
| Уметь: - формировать здоровый образ жизни у населения РФ при участии в профилактических мероприятиях по предупреждению заболеваний | практические задания № часть п.4, 5, 8, 10, 12 |
| Владеть: -навыками составления перечня мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения инфекционных и неинфекционных заболеваний  | 16, 20, 21 |  . | вопросы № 156,157,158,160 |
|  | ПК-5 | Знать: -причины возникновения урологических заболеваний, закономерности и механизмы их развития, их клинические проявления-основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, их нарушения и принципы лечения-процессы мочеобразования; состав нормальной мочи и его возможные изменения-общие и функциональные методы исследования почек, мочевых путей и половых органов -клиническую симптоматику пограничных состояний и заболеваний, оказывающих вторичное влияние на органы мочеполовой системы -возможности, показания, противопоказания и осложнения специальных диагностических методов исследования в урологии(инструментальных,ультразвуковых,рентгеноло- гических,включая контрастные, радионуклидных, эндоскопических) | вопросы № 1-117  38, 39, 47  38, 44, 47, 50, 52, 67, 76, 86 11, 21, 25, 29, 38, 50, 53, 64, 67, 76, 86, 93, 107, 113 36, 39, 71  1, 3, 7, 18, 29, 33, 42, 50, 54, 56, 58, 62, 73, 82, 93, 103, 107, 113  |
| Уметь: -применять объективные методы исследования больного для установления предварительного диагноза основного и сопутствующих заболеваний и их осложнений-определять необходимость и последовательность специальных методов обследования (клинических, лабораторных, лучевых, эндоскопических, функциональных, морфологических), дать им правильную интерпретацию для установления окончательного клинического диагноза-провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний, обосновать клинический диагнозДиагностировать неотложные состояния и их осложнения | практические задания № 3, 4, 5, 7, 8, 9,104, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13 6  6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 |
| Владеть:-методикой комплексного специального клинического обследования урологического больного (клинические, лабораторные, лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические методы), оценкой результатов исследования-специалист-уролог должен владеть практическими навыками: пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, уретры и кавернозных тел; качественное и количественное исследование осадка мочи, ее относительной плотности, содержание белка-оценкой и описанием обзорного снимка мочевой системы; выполнением и оценкой результатов экскреторной и инфузионной урографии; выполнением и оценкой результатов ретроградной и антеградной пиелоуретерографии, цистоуретрографии; оценкой результатов ультразвуковых исследований почек, мочевого пузыря и предстательной железы, радиоизотопных исследований почек | практические задания № 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10  4, 7, 8, 10 3 , 4, 5, 9 |
|  | ПК-6 | Знать: -общие принципы оказания экстренной хирургической помощи. Принципы подготовки больных к операции и ведения послеоперационного периода, профилактики послеоперационных осложнений-принципы лекарственной терапии урологических заболеваний, современные лекарственные средства, механизмы их действия, дозировки, побочные эффекты, осложнения, их терапия и профилактика | Вопросы № 8, 15, 16, 23, 27, 30, 32, 36, 39, 70, 95, 96, 102, 110 8, 9, 15, 16, 19, 20, 24, 26, 32, 36, 37, 39, 45, 63, 70, 77, 80, 84, 87, 90, 92, 95, 98, 102, 110, 112  |
| Уметь: -оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из опасного состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать экстренную помощь-определять показания к амбулаторному и стационарному лечению, оценивать показания к госпитализации и организовать ее-разрабатывать план подготовки больного к экстренной и плановой операции  -обосновывать методику обезболивания и, при необходимости, осуществлять его, если это не требует участия врача-анестезиолога -оформлять необходимую медицинскую документацию.-оказывать необходимую помощь и осуществлять профилактику неотложных состояний и осложнений: бактериотоксический шок, острая кровопотеря,раневая инфекция,острая почечная недостаточность, включая crash-синдром | практические задания № 11, 14, 16, 17, 22 21 18 19 подробное описание выполненного по п.п.1-22  11,14, 16, 17, 22 |
| Владеть:* - осмотром и пальпацией мужских половых органов
* -пальцевым ректальным исследованием
* -установкой уретрального катетера мужчине и женщине
* -троакарной цистостомией
* -смотровой цистоскопией
* -производством экскреторной урографии
* -производством ретроградной уретеропиелографии
* -инстилляцией мочевого пузыря
* -проведением местной анестезии
* -заменой цистостомического дренажа
* -орхэктомией
* -эпидидимэктомией
* -вправлением парафимоза
* -обрезанием крайней плоти полового члена

  | практические задания № 19 |
|  | ПК-8 | Знать: - показания к назначению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения пациентам с урологической патологией  | Вопросы № 12, 36, 55, 77, 101, 109, 116 |
| Уметь: -проводить отбор пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | практические задания №-нет, только на производствен-ной практике  |
| Владеть:- алгоритмом использования лекарственные средств и немедикаментозных методов на разных этапах лечения и реабилитации в сфере компетенции врача-уролога  | практические задания № 15, 16, 17 |