

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра урологии, андрологии, сексологии ИПО

УРОЛОГИЯ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.68 Урология

Красноярск
2018

Составители: д.м.н. доц. Капсаргин Ф.П., к.м.н. доц. Алексеева Е.А.

Рецензенты:

Урология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.68 Урология/
сост. д.м.н. доц. Ф.П. Капсаргин, к.м.н. доц. Е.А. Алексеева—
Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 97 с.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.68 Урология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.68 Урология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25 июня 2018 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого Минздрава России,
2018

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006, лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л. 1. Поставьте диагноз. 2. Укажите генез заболевания. 3. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения 4. Какова лечебная тактика. Какие осложнения является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	1. Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу. 2. Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание. 3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, скintiграфия почек. 4. Показано проведение гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игнипунктура 5. Прием уроантисептиков, гипотензивных препаратов, средств улучшающих кровообращение.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
2.	У больной 13 лет имеются признаки почечной	1. Поликистоз почек - врожденное	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	недостаточности: слабость, сухость во рту, жажда. При пальпации в подреберьях определяются безболезненные, бугристые образования. Проба Зимницкого - гипоизостенурия. Биохимический анализ крови выявил высокий уровень азотемических показателей. На обзорной урограмме – контуры почек неровные, размеры их увеличены. 1. Поставьте диагноз. 2. Генез заболевания. 3. Перечислите дополнительные исследования необходимые для его уточнения. 4. Какова лечебная тактика. Укажите осложнение, которое является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Как будет называться операция. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	заболевание, наследуемое по доминантному типу 2. Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек 3 стадии. 3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек. 4. Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игнипунктура. 5. Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.		
3.	У новорожденного Н. медперсонал обратил внимание на ярко красное образование 5х4 см в области лобка с постоянным выделением мочи из этой области.	1. Экстрофия мочевого пузыря. 2. Врожденное заболевание – результат недоразвития каудального конца эмбриона.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.	3. Дополнительные исследования нужны для исключения врожденной патологии соседних органов. 4. Показано оперативное вмешательство: пересадка мочеточников в кишечник. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение..		
4.	Мама ребенка 2 лет обратилась к врачу с жалобой на то, что ее ребенок мочится двукратно через 5-10 минут. 1. Каков Ваш предварительный диагноз. 2. Чем объяснить такую симптоматику. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.	1. Дивертикул мочевого пузыря. 2. Симптомы связаны с опорожнением дивертикула в мочевой пузырь, после опорожнения первого. 3. Дополнительные исследования нужны для исключения врожденной патологии соседних органов. Необходимо УЗИ мочевого пузыря, возможно - экскреторная урография с нисходящей микционной цистографией для исключения ПМР. 4. Показано оперативное вмешательство: иссечение дивертикула. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

5.	Во время осмотра у новорожденного Н. обнаружили, что наружное отверстие уретры располагается под головкой полового члена, в области уздечки. Мочеиспускание свободное. 1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка	1. Гипоспадия. 2. Врожденное заболевание – результат недоразвития уретры. 3. Нет. 4. В лечении не нуждается. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение..	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
6.	Мама мальчика 2,5 лет обратилась к врачу по поводу постоянного выделения мочи из уретры на фоне нормального самостоятельного мочеиспускания. 1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка	1. Эктопия устья одного из мочеточников в уретру ниже сфинктера мочевого пузыря. 2. Врожденное заболевание – результат неправильного формирования устья мочеточника и треугольника Льето. 3. Экскреторная урография, МСКТ с контрастированием, МРТ. 4. Лечение оперативное. Операция: уретероцистонеоанастомоз. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
7.	У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей;	1. Фимоз. 2. Врожденное заболевание –	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка. 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры первичной профилактики.	результат неправильного формирования крайне плоти или гигиенических норм. 3. Нет. 4. Циркумцизия или инструментальное расширение препунциального отверстия. 5. Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика. Профилактика баланопостита.		
8.	У девочки 8 лет с момента рождения отмечается непроизвольное выделение небольшого количества мочи при сохранении нормального мочеиспускания. При осмотре на гинекологическом кресле установлено, что моча каплями вытекает из влагалища. 1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка	1. Эктопия устья одного из мочеточников во влагалище. 2. Врожденное заболевание – результат неправильного формирования устья мочеточника и треугольника Льео. 3. Экскреторная урография, УЗИ, МСКТ, МРТ. 4. Лечение оперативное. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время 5-12 недель беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
9.	У мальчика 3 лет половой член уменьшен в размерах, искривлен книзу, мошонка расщеплена на две половины,	1. Гипоспадия (мошоночная форма). 2. Врожденное заболевание –	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	наружное отверстие мочеиспускательного канала находится на промежности мочеиспускание возможно только сидя. 1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.	результат недоразвития мужской уретры. 3. Нет. 4. Необходим 1-й этап операции: иссечение рудиментарной хорды уретры для выпрямления полового члена. В 5-6 лет – 2-ой этап: пластика уретры (создание уретры из кожи мошонки). 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков.		
10.	У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3х2 см. 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.	1. Паховый крипторхизм. 2. Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку. 3. УЗИ пахового канала справа. 4. Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа 5. а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
11.	Больной 18 лет поступил в клинику по направлению райвоенкомата. Врач призывной комиссии обнаружил в мошонке единственное левое яичко. Правое яичко в мошонке, по ходу пахового канала не	1. Брюшной крипторхизм или анорхизм справа. 2. Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку или	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	определяется. 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	эмбриональной закладки гонады справа. 3. УЗИ пахового канала справа, брюшной полости; сцинтиграфия; лапароскопия. 4. Необходимо оперативное лечение: ревизия пахового канала и брюшной полости при обнаружении яичка низведение яичка или орхэктомия. 5. Исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности.		
12.	Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На артериограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки. 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная	1. Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа. 2. Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника aberrantным сосудом. 3. Больной полностью обследован. 4. Необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Кучере-Хайнесу-Андерсену. 5. Диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек.	ТК ГИА	УК 1, ПК 2, ПК 5

	тактика. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.			
13.	Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выбухание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры». 6. Диагноз. 7. Каков генез заболевания. 8. Нужны ли дополнительные методы исследования 9. Какова лечебная тактика 10. Перечислите меры вторичной профилактики.	1. Уретероцеле слева. 2. Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи. 3. УЗИ мочевого пузыря. 4. Необходимо оперативное лечение: эндоскопическое рассечение устья левого мочеточника. 5. Диспансерное наблюдение с детского возраста.	ТК ГИА	УК 1, ПК 2, ПК 5
14.	Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L₅. 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Критерии выбора	1. Правосторонний нефроптоз 2ст. 2. Врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек. 3. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой. 4. Выбор лечебной тактики в зависимости от состояния уродинамики: при отсутствии нарушения – консервативная	ТК ГИА	УК 1, ПК 2, ПК 5

	лечебной тактики. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	терапия, при наличии нарушения уродинамики – нефропексия. 5. Диспансерное наблюдение у уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.		
15.	Больной 20 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине мошонки. В вертикальном положении тела в области левого семенного канатика определяется гроздевидное образование тестоватой консистенции, которое спускается ниже яичка, а в горизонтальном положении тела значительно уменьшается в размерах. При пальпации яичко дрябловатое, слегка уменьшено в размерах. 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. От чего зависит выбор лечебной тактики. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	1. Варикоцеле слева. 2. Врожденное заболевание; результат неправильного развития или положения левой почечной вены. 3. Флебодиагностика. 4. Выбор лечебной тактики зависит от градиента давления в левой почечной вене и нижней полой; при наличии выраженной флебогипертензии показан тестикуло-гипогастральный венозный анастомоз; при незначительной флебогипертензии (менее 70 см вод. ст.) – эндоваскулярная эмболизация внутренней семенной (тестикулярной) вены или операция Иванисевича. 5. Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,
16.	Пациентку 28 лет, 6 месяцев после родов, стали беспокоить боли в правой половине	1. Правосторонний нефроптоз, осложненный	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,

	живота во время физической нагрузки, исчезающие в положении лежа. Периодически отмечалось повышение артериального давления. 1. Предварительный диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Объем обследований. 4. Критерии выбора лечебной тактики. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	артериальной гипертензией. 2. Врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек. 3. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой. 4. Наличие АГ является показанием к нефропексии. 5. Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.		
17.	Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи – лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови - анемия, азотемия. 1. Каков Ваш предварительный диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения. 4. Какова лечебная	1. Вероятно пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек. 2. Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,

	тактика. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, название операции. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек. 4. Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игли пунктура 5. Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.		
18.	Пациент 38 лет поступил в урологическую клинику с диагнозом «киста правой почки». По результатам обследования выявлена киста верхнего полюса правой почки 4,5 × 5,0 см. Нарушения уродинамики на серии экскреторных урограмм не выявлено. 1. Диагноз. 2. Причины артериальной гипертензии при наличии кисты верхнего полюса почки. 3. Дополнительное обследование необходимое для уточнения диагноза 4. Какой из методов оперативного лечения предпочтителен. 5. Выпишите рецепт на цефотаксим.	1. Киста верхнего полюса почки сдавливает надпочечник, вызывая подъем артериального давления. Паренхиматозная нефрогенная артериальная гипертензия. 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать КТ почек. 3. Предпочтителен метод оперативного лечения: чрезкожная пункция кисты, склеротерапия. 5. Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч. 3-5 минут 2 раза в сутки. 4. давления.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,

19.	Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапельвикальная киста правой почки 4,5 × 3,0 см. На экскреторных урограммах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек. 1. Диагноз. 2. Почему не выполняется лоханка 3. Какое дополнительное обследование необходимо провести 4. Какой из методов оперативного лечения предпочтителен. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	1. Парапельвикальная киста правой почки. 2. Лоханка правой почки сдавлена парапельвикальной кистой. 3. Для уточнения диагноза необходимо провести МСКТ почек. 4. Предпочтителен метод оперативного лечения: минилюмботомия, иссечение парапельвикальной кисты почки. 5. Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,
20.	Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38⁰С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 х 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо	1. Клиническая картина характерна для камня правой почки. Предварительный диагноз: Камень правой почки. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек. 3. МСКТ. 4. Расширение полостной системы правой почки 5. Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,

	произвести. 3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию. 4. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.			
21.	У больного 16 лет рентгенологически выявлен камень левого мочеточника 0,4 × 0,3 см. Приступ болей легко купируется, температура тела нормальная. На экскреторной урограмме определяется незначительное расширение мочеточника над конкрементом. 1. Определите тактику лечения. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какие лечебные мероприятия показаны. 4. Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике камнеобразования.	1. Уродинамика сохранена. Отсутствуют признаки пиелонефрита. Показана консервативная камнеизгоняющая терапия. 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать УЗИ почек. 3. Показана спазмолитическая терапия, физиотерапия, форсированный диурез. 4. Тенденция к миграции (скорость продвижения камня по мочеточнику). 5. Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,
22.	В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной непрерывно меняет положение тела, не находя в	1. Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики. Предварительный DS: Камень левого мочеточника. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной	ТК ГИА	УК 3, ПК 5, ПК 9,

	этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками. 1. Предварительный диагноз 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести 3. Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи 4. Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание 5. Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.	урографии. 3. Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна. 4. Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз). 5. Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.		
23.	Больной 15 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, которые иррадиируют в поясницу и в половые органы. Появление болей внезапное, не зависит от положения тела. Наблюдается тошнота. Пальпация вызывает локальную болезненность. Отмечается незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Температура тела нормальная. Мочеиспускание несколько учащено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию. 4. Какие заболевания могут «симулировать» указанную клиническую картину. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	1. Клиническая картина характерна для камня нижней трети правого мочеточника. Предварительный DS: Камень правого мочеточника. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. Обзорная, экскреторная урографии с выявлением симптома «нисходящего указательного пальца». 4. Острые заболевания органов брюшной полости. 5. Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,

24.	У больного 45 лет рентгенологически диагностирован камень правой почки. Последние 3 месяца беспокоили периодические подъемы температуры до 38⁰С, ознобы. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не визуализируется. Тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не установлено. 1. Диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. План лечения. 4. Что определит минимальный и максимальный объем оперативного вмешательства. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	1. Инфицированный гидронефроз на почве обструкции пиелоуретерального сегмента камнем правой почки. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек с ЦДК, МСКТ. 3. Оперативное лечение: пиелолитотомия с нефропиелостомией. 4. Состояние паренхимы почки и степень выраженности воспалительных изменений органа. При сохраненной паренхиме: пиелонефrolитотомия с нефростомией, при выраженном нефросклерозе или гнойном поражении почки - нефрэктомия. 5. Здоровый образ жизни. Профилактическое обследование (УЗИ почек).	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
25.	У больной 55 лет при обследовании в клинике выявлен коралловидный камень левой почки. При хромоцистоскопии поступление индигокармина из левого устья нет, при этом определяется выделение из него густого гноя в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4х6 см, на экскреторных урограммах нет контрастного вещества в проекции левой почки. Справа функция почки сохранена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и	1. МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек с ЦДК, МСКТ. 3. Оперативное лечение: нефрэктомия слева. Левая почка не функционирует. 4. Сохранность функции и отсутствие конкрементов в правой почке. 5. Профилактическое обследование (УЗИ	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	экскреция не нарушены, слева - «немая» почка. 1. Диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Обоснуйте метод лечения показанный больному. 4. Какой фактор определяет объем оперативного вмешательства, если таковое показано. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.	почек). Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.		
26.	У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию. 4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания. 5. Перечислите возможные мероприятия по профилактике основного заболевания.	1. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение обзорной урографии, УЗИ почек. 3. Анурия – неотложное состояние. 4. Катетеризация левого мочеточника, стентирование, пункционная нефростомия, уретеролитотомия с нефростомией. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек), Санаторно-курортное лечение.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 8
27.	Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена.	1. Камень мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию. 4. Чем обусловлено данное заболевание. 5. Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.	проведение УЗИ мочевого пузыря, обзорной, экскреторной урографий, урофлоуметрии. 3. Цистоскопия. 4. Камень мочевого пузыря может быть результатом инфравезикальной обструкции, хронического цистита. 5. Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.		
28.	Больной 34 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на повторные приступы острых болей в правой поясничной области с иррадиацией вниз живота и в наружные половые органы, учащенное мочеиспускание. Приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой. Моча цвета «мясных помоев» со сгустками. 1. Ваш предварительный диагноз. Перечислите возможные осложнения. 2. Какие дополнительные обследования необходимо	1. Клиническая картина характерна для повторных приступов почечной колики справа, которые обусловлены миграцией камня в мочеточник. При наличии выраженной дизурии можно думать о локализации конкремента в нижней трети мочеточника. Предварительный диагноз: Камень нижней трети мочеточника. Почечная	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	произвести 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию 4. Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики 5. Перечислите меры вторичной профилактики.	колика справа. Осложнения: Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеточника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение. 2. Для уточнения диагноза необходимо лабораторное исследование мочи и крови, подвергнуть больного УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. Обзорная и экскреторная урографии. 4. О.аппендицит, о. кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК. и пр. (любой "острый живот"). 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек). Прием уроантисептиков курсами, санаторно-курортное лечение.		
29.	Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать что-либо в	1. Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки. 2. Калькулезный пиелонефроз, нефросклероз слева. 3. Фосфат. 4. Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - $5,9 \cdot 10^9$/л; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья. 1. Диагноз. 2. Осложнения основного заболевания. 3. Каков, вероятнее всего, химический состав камня. 4. Лечебная тактика. Показания для оперативного лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).		
30.	Пациента 50 лет в течение месяца беспокоят периодические боли в поясничной области справа. При осмотре болезненность в правом подреберье. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме тень $2,5 \times 1,5$ см в проекции правой почки. На	1. Камень правой почки. Гидронефроз справа. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, МСКТ. 3. Расширение полостной системы правой почки.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	экскреторных урограммах функция правой почки снижена, гидронефроз. Тень камня наслаивается на пиелоуретральный сегмент. Слева изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям. 4. Предпочтительный метод оперативного лечения. 5. Методы вторичной профилактики осложнений.	4. Перкутанная нефролитолапаксия справа. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).		
31.	Пациента 49 лет в течение трех месяцев беспокоят периодические боли в поясничной области слева. При осмотре болезненность в левом подреберье. На обзорной урограмме тени 1,5 × 1,0 и 1,0 × 0,8 см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям. 4. Предпочтительный метод оперативного лечения. 5. Методы вторичной	1. Камни левой почки. Гидронефроз слева. 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать УЗИ почек, МСКТ. 3. Расширение полостной системы левой почки. 4. Перкутанная нефролитолапаксия слева. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	профилактики осложнений.			
32.	Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям. 4. Предпочтительный метод оперативного лечения. 5. Методы вторичной профилактики осложнений.	1. Рецидив стриктуры ПУС (пиелоуретрального сегмента) слева, гидронефроз слева. Камни левой почки. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение МСКТ почек, посев мочи на БАК флору и антибиограмму. 3. Расширение полостной системы левой почки. 4. Перкутанная нефролитолапаксия слева. Рассечение стриктуры ПУС, стентирование мочеточника.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
33.	Пациента 29 лет в течение шести месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области. Периодически при мочеиспускании отходит «песок». На обзорной урограмме в проекции правой почки тень подозрительная на камень $3,0 \times 4,0$ см, в проекции левой почки четыре тени $1,5$; $1,3$; $1,0$; $0,8$ см. На экскреторных урограммах функция почек снижена, двусторонний гидронефроз. Справа камень ПУС, слева камень ПУС и камни всех	1. МКБ камни обеих почек. Двусторонний гидронефроз. ХПН I-II ст. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с ЦДК. Определение азотемических показателей крови для выявления ХПН. 3. Минилюмботомия справа, пиелолитотомия. 4. Перкутанная	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	групп чашечек. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести . 3. Какой первый этап оперативного лечения. 4. Какой второй этап оперативного лечения. 5. Методы вторичной профилактики осложнений.	нефролитолапаксия слева.		
34.	Пациента 36 лет в течение двух месяцев беспокоят периодические боли в поясничной области слева. При осмотре болезненность в левом подреберье. На обзорной урограмме тени 1,8 × 1,5 и 1,0 × 0,8 см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям. 4. Предпочтительный метод оперативного лечения.	1. Камни левой почки. Гидронефроз слева. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек. 3. Расширение полостной системы левой почки. 4. Перкутанная нефролитолапаксия слева.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
35.	Пациент 50 лет в течение 10 лет страдает МКБ, камневыделитель. Госпитализирован в урологическое отделение с почечной коликой слева. На экскреторных урограммах диагностирован камень верхней трети левого мочеточника 1,0 × 2,0 см,	6. МКБ камень верхней трети левого мочеточника, камни левой почки. Уретерогидронефроз слева. Почечная колика слева. 7. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	камень ПУС 2,5 на 2,0 см и камень средней чашечки 0,6 × 0,5 см, уретерогидронефроз. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено. 5. Предварительный диагноз. 6. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 7. Какие лечебные мероприятия необходимо провести. 8. Предпочтительный метод оперативного лечения. 9. Мероприятия по метафилактике.	8. Купировать почечную колику. Предоперационная подготовка. 9. Перкутанная нефролитолапаксия слева.		
36.	У пациента 18 лет рентгенологически выявлен камень нижней трети левого мочеточника 0,4 × 0,3 см. Приступы болей легко купируются. Температура тела нормальная. На экскреторных урограммах определяется незначительное расширение мочеточника над конкрементом. 1. Объясните, почему в данном случае возможно проведение консервативной терапии и в чем она заключается. Почему пациент не нуждается в оперативном вмешательстве. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие лечебные мероприятия показаны. 4. Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике камнеобразования.	1. Уродинамика нарушена, но сохранена. Отсутствуют признаки пиелонефрита. В оперативном вмешательстве, следовательно, не нуждается. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек. 3. Показана спазмолитическая терапия, физиотерапия, форсированный диурез. 4. Тенденция к миграции (скорость продвижения камня по мочеточнику). 5. Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

37.	У пациента 19 лет выявлен камень верхней трети левого мочеточника 0,5 × 0,4 см. В течение недели приступов болей нет, миграции камня нет. Температура тела нормальная. На экскреторных урограммах определяется расширение мочеточника над конкрементом. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие лечебные мероприятия показаны. 4. Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного. 5.	1. Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Уретерогидронефроз справа. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, мочевого пузыря. 3. Показана уретероскопия справа, контактная литотрипсия. Стентирование правого мочеточника. 4. Длительное стояние камня. Декомпенсация мочеточника.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
38.	У пациента 35 лет выявлен камень интрамурального отдела правого мочеточника 0,6 × 0,5 см; в течение месяца приступов болей нет. Температура тела нормальная. На экскреторных урограммах определяется декомпенсация правого мочеточника, уретерогидронефроз до интрамурального отдела. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какие лечебные мероприятия показаны. 4. Какой параметр наблюдения определяет тактику ведения больного. 5. Укажите мероприятия по метафилактике. 6.	1. Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Уретерогидронефроз справа. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, мочевого пузыря. 3. Показана уретероскопия справа, контактная литотрипсия. Стентирование правого мочеточника. 4. Длительное стояние камня. Декомпенсация мочеточника.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
39.	Пациента 47 лет последние 2 месяца беспокоили ноющие боли в пояснице справа, примесь крови в моче после физической нагрузки. В течение последних суток	1. Камень ПУС справа. Гидронефроз справа. Острый пиелонефрит справа. 2. Необходимо УЗИ почек с ЦДК.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	отмечает подъем температуры до 38°C, озноб. Диагностирован камень ПУС справа. Тень камня наслаивается на пиелоуретральный сегмент. На экскреторных урограммах функция правой почки снижена, определяется камень 2,0 × 2,5 см в ПУС, гидронефроз. Слева изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено. 1. Предварительный диагноз 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести 3. План лечения 4. Какой параметр наблюдения определяет тактику ведения больного. 5. Методы вторичной профилактики осложнений.	3. Оперативное лечение: чрезкожная нефростомия справа. 4. Необходимо УЗИ почек с ЦДК 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).		
40.	У пациента 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При цистоскопии из левого устья выделился густой гной в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4 на 6 см, на экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки нет. Справа функция почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести 3. Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.	1. МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с ЦДК. 3. Оперативное лечение: нефрэктомия слева. Левая почка не функционирует, из мочеточника поступает гной. 4. Сохранность функции и отсутствие конкрементов в правой почке. 5. Профилактическое обследование (УЗИ почек). Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	4. Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.			
41.	У пациента 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию. 4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания. 5. Методы вторичной профилактики осложнений.	1. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек. 3. Анурия – неотложное состояние. 4. Катетеризация левого мочеточника, чрескожная нефростомия.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
42.	Пациент пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание частое, закладывание струи в конце акта мочеиспускания, рези. Иногда в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторно не лечился. При	1. Стриктура простатического отдела уретры. Камень мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать УЗИ почек, мочевого пузыря и обзорную экскреторную урографию. 3. Уретрография. 4. Цистолитотрипсия. ТУР коррекция	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum: рецидив аденомы не определяется. При уродинамических исследованиях отмечается брюшной тип мочеиспускания, максимальный поток мочи 6 мл/сек. 1. Предварительный диагноз 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае 4. Предпочтительный метод оперативного лечения. 5. Методы вторичной профилактики осложнений.	простаты.		
43.	Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоблезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. От чего зависит объем	1. Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия). 3. Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия). 4. От гистологического строения опухоли. 5. Орхэктомия в 6 лет.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	вероятного оперативного вмешательства. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.			
44.	У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. Обратился в поликлинику. 1. Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Тактика ведения больного. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Аденома, рак предстательной железы, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, опухоль мочевого пузыря, камень мочевого пузыря. 2. Собрать анамнез, провести объективный осмотр, пальцевое ректальное исследование, общий анализ крови, мочи. 3. УЗИ мочевого пузыря и почек. 4. Направить больно в урологический стационар. 5. Здоровый образ жизни, отказ от алкоголя, диспансерное наблюдение уролога	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
45.	Больной 78 лет жалуется на боли в надлобковой области при ходьбе, учащение мочеиспускания, внезапное прекращение струи и возобновление ее после перемены положения тела. Периодически отмечает примесь крови в моче в конце акта мочеиспускания. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства. 5. Перечислите	1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. 3. Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. 4. Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	возможные мероприятия по вторичной профилактике.			
46.	Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева-снижена. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. План лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек. 3. Биопсия опухоли. 4. Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
47.	Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи- до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл. 1. Предварительный	1. Аденома простаты II ст. 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). 3. От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутрипузырном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилонная аденомэктомия.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните. 4. Какой параметр определяет стадию заболевания. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	4. Наличие остаточной мочи. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога.		
48.	Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Рак простаты. 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА. 3. Биопсия простаты. 4. От стадии заболевания. При стадии 1-2 стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4 стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия 5. Здоровый образ жизни, наблюдение уролога.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
49.	У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета «мясных помоев» со сгустками. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные	1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. 3. Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. 4. Аденомэктомия в сочетании с	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства. Какое исследование его точно определит. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.		
50.	Больной 70 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания при сохранении позывов. Состояние больного средней тяжести. Язык сухой, жажда. Пальпируется резко увеличенный и резко болезненный мочевой пузырь. Отмечается непроизвольное выделение мочи по каплям. Простата увеличена, эластична с четкими контурами. Мочевина крови – 9,4 ммоль/л. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните. 4. Какой параметр определяет стадию заболевания. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	1. Аденома простаты III ст. ХПН. 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА. 3. У больного явные признаки ХПН. Ему показана цистостомия. 4. Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
51.	У больного 62 лет затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 3-4 раз, ослабление струи мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. При перкуссии области живота после мочеиспускания -	1. Аденома простаты II ст. 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. 3. От типа роста и	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	притупление звука на 4-5 см над лобком. 11. Предварительный диагноз. 12. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 13. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните. 14. Какой параметр определяет стадию заболевания. 15. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутрипузырном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилобная аденомэктомия. При наличии явлений ХПН или воспаления мочевого пузыря, почек – цистостомия 4. Наличие остаточной мочи. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение уролога по месту жительства.		
52.	У больного 62 лет резко выраженная дизурия с периодами макрогематурии. При цистоскопии выявлены грубоворсинчатые образования, занимающие практически весь мочевой пузырь. На экскреторных урограммах - умеренно выраженный двусторонний уретерогидронефроз. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. План лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устьев мочеточников. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, мочевого пузыря. 3. Биопсия опухоли. 4. Лечение оперативное: цистэктомия с энтеропластикой. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
53.	У больного 72 лет после приема алкоголя прекратилось мочеиспускание, появились ощущение переполнения мочевого пузыря, настоятельные позывы на	1. Аденома простаты, острая задержка мочи. 2. Для уточнения диагноза необходимо осмотреть больного	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	мочеиспускание, сильные распирающие боли внизу живота. До этого в течение 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, ослабление струи мочи. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Объем оказания неотложной помощи. 4. Какой параметр определяет стадию заболевания. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	ректально, ТРУЗИ, определить уровень ПСА. 3. Катетеризация мочевого пузыря, при технической невозможности - цистостомия. 4. Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.		
54.	Больной 80 лет предъявляет жалобы на постоянное непроизвольное выделение мочи каплями в течение 2 недель. До этого учащенное и затрудненное мочеиспускание с выделением большого количества мочи (до 3 л в сутки), прозрачной и бесцветной, сухость во рту, сильная жажда. Диагноз «Сахарный диабет» не подтвержден. Над лобком прощупывается округлое, эластичное, умеренно болезненное образование. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните. 4. Какой параметр определяет стадию заболевания 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	1. Аденома простаты III ст. ХПН. 2. Для уточнения диагноза необходимо: пальцевой ректальный осмотр, ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. 3. У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии. 4. Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение уролога, своевременное оперативное лечение.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
55.	Больной 56 лет сегодня утром внезапно, на фоне	1. Клиническая картина характерна для	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	нормального самочувствия отметил выделение мочи ярко-красного цвета, с червеобразными сгустками. Окраска мочи равномерная на протяжении всего акта мочеиспускания. Такой же цвет мочи при двух последующих мочеиспусканиях. Содержание гемоглобина крови и артериальное давление - в пределах нормы. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	опухоли почки. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, КТ, МРТ, МСКТ. 3. УЗИ почек с ЦДК, ангиография. 4. Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.		
56.	Больной 62 лет обратился за медицинской помощью в связи с примесью крови к моче, равномерно окрашивающей всю струю мочи, почти постоянным повышением температуры тела до 37,8-38,0⁰ С. При осмотре выявлено варикозное расширение вен семенного канатика справа. В момент осмотра моча без видимой примеси крови. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле. 4. Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано. 5. Перечислите	1. Клиническая картина характерна для опухоли правой почки. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урографии, КТ, МРТ, МСКТ. 3. О наличии флотирующего тромба в НПВ. 4. Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тромбэктомией. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	возможные мероприятия по первичной профилактике.			
57.	Больной жалуется на боль тупого характера внизу живота в течение нескольких месяцев, дизурии нет. Однократно отмечал примесь крови в моче. Работает в покраске автомобилей. При объективном осмотре патологии не выявлено. Терапевтом, хирургом патологии не выявлено. 1. Какое заболевание можно предполагать. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. От чего зависит объем оперативного вмешательства, если таковое показано. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Опухоль мочевого пузыря. 2. Необходим общий анализ мочи на предмет наличия гематурии и лейкоцитурии, УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. Цистоскопия. 4. От локализации и типа (злокачественная, доброкачественная) опухоли. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
58.	Больной 65 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание, ноктурию (до 6 раз). Анамнез: подобные явления, нарастая, отмечаются в течение 3 лет. При осмотре: живот мягкий, безболезненный. Per rectum: простата увеличена, эластична, поверхность гладкая, контуры четкие, бороздка сглажена. Клинический анализ крови - б/патологии. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л. Анализ мочи: лейкоциты до 4 в п/зр. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества из верхних мочевых путей не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект	1. Проведенное обследование выявило наличие аденомы простаты 2 ст. 2. Наличие остаточной мочи. 3. Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить одномоментную аденомэктомию. 4. Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	наполнения полулунной формы по нижнему контуру мочевого пузыря. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл. 1. Каков диагноз. 2. Какой параметр определяет стадию заболевания. 3. Какова в данном случае тактика лечения. 4. Какие осложнения данного заболевания возможны. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется. 5. Укажите меры третичной профилактики.	пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря. Третья стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН. 5. Прием уроантисептиков в течение 6 мес.		
59.	В урологическую клинику поступил больной 53 лет с жалобами на ноющие боли в левой поясничной области, интенсивную примесь крови в моче с червеобразными сгустками крови в течение 3 дней. Анамнез: впервые эпизод безболезненной гематурии отмечался год назад, которая прекратилась самостоятельно; за помощью не обращался. При осмотре: температура тела - 37,8⁰ С. Бледен. Пульс 96 уд./мин., ритмичен. АД 120/80 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезнен в левом подреберье, где определяется дефанс мышц, четко почка не пальпируется. С-м XII ребра (+) слева. Ан. мочи: эритроциты сплошь. Ан. крови: НВ-103, Л-10,0*10⁹, СОЭ-53 мм/час. По данным УЗИ имеется гетероэхогенное образование в области нижнего полюса левой почки 6х8 см без четкой капсулы неправильной формы. 1. Каков Ваш предварительный диагноз. 2. Каковы дальнейшие	1. Опухоль нижнего полюса левой почки. 2. Обзорная, экскреторная урография, ангиография, цветное доплеровское картирование почек, рентгенография легких, УЗИ печени и парааортальных лимфатических узлов. Ангиография с фармакоангиографией в сомнительных случаях; цветное доплеровское картирование. 3. Эндоваскулярная окклюзия (эмболизация) левой почечной артерии. 4. Радикальная нефрэктомия с парааортальной лимфаденэктомией. 5. Наблюдение у онкоуролога.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	диагностические мероприятия. Какие виды диагностики наиболее информативны в данном случае. 3. Какой способ наиболее предпочтителен для остановки кровотечения из почки. 4. Какой способ лечения необходим. Назовите максимальный объем лечебной манипуляции. 5. Укажите меры третичной профилактики.			
60.	В приемный покой городской больницы скорой медицинской помощи доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38⁰ С без ознобов. Анамнез: расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию в течение последних 5 лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье и над лоном, где пальпируется увеличенный мочевого пузырь. Симптом XII ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,2⁰С. 1. Каким заболеванием страдает больной. 2. Какие осложнения возникли у данного больного. 3. Какие осложнения данного заболевания возможны. 4. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае. 5. Укажите меры третичной профилактики	1. Больной страдает аденомой простаты (аденомой периуретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты). 2. Острая задержка мочи. Острый пиелонефрит слева. 3. Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря. 4. Пальцевое ректальное исследование простаты. Обзорная, экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. Наложение эпицистостомического дренажа, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия. 5. Наблюдение у	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

		онкоуролога.		
61.	Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД- 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелозктазия, расширение нижней трети левого мочеточника. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Укажите признаки осложнения основного заболевания. 4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.	1. Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюксогенного пиелонефрита (рефлюкс-нефропатии). 2. Для уточнения диагноза необходимо микционная цистоуретрография. 3. Нефросклероз (неровность контура почек слева). 4. Рентгеннегативный камень мочеточника. 5. Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами). Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
62.	У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38⁰С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к	1. Клиническая картина характерна для острого цистита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Цистоскопия. 4. Инициальная, тотальная, терминальная.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. С чем связано вынужденное положение больного. 5. Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.	5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.		
63.	У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений. 4. Какие виды гематурий Вам известны.	1. Клиническая картина характерна для острого цистита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Цистоскопия. 4. Инициальная, тотальная, терминальная. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	половой жизни.		
64.	У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	1. Клиническая картина характерна для острого рефлюксогенного пиелонефрита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Микционная цистография. 4. Цистоскопия. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни. Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
65.	У женщины 42 лет наблюдаются частые обострения хронического цистита. Консервативная терапия дает кратковременный эффект. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Какое заболевание наиболее вероятно. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной	1. Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи. 3. Цистоскопия, посев мочи на ВК.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	профилактике заболевания.	4. Туберкулез органов мочевыделительной системы. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.		
66.	У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. При каких данных УЗИ	1. Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита. 2. Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи. 3. УЗИ почек с ЦДК, ЭД. 4. При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция: люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.			
67.	Больная жалуется на учащенное, болезненное в конце акта мочеиспускание с примесью алой крови в последних каплях мочи. Заболела несколько часов назад. Живот мягкий, безболезненный, с-м XII ребра отрицателен с обеих сторон. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений. 4. Какие виды гематурии Вам известны. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	1. Клиническая картина характерна для острого цистита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Цистоскопия. 4. Инициальная, тотальная, терминальная. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
68.	У больного 46 лет возникла безболевая тотальная гематурия через 2-3 дня после физической нагрузки. В анамнезе туберкулез легких 10 лет назад, лечился, снят с учета у фтизиатров. На УЗИ почек – уродинамика не нарушена, контуры почек ровные, структура не изменена. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Какое исследование необходимо выполнить для определения источника кровотечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной	1.Туберкулез почки. 2.Для уточнения диагноза необходимо бактериологическое исследование мочи КТ, МРТ почек. 3.Ангиография с экскреторной фазой. 4.Цистоскопия. 5.Здоровый образ жизни.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	профилактике.			
69.	У больной 76 лет отмечается периодическая задержка мочи в течение нескольких лет, лейкоцитурия. При осмотре: пролапс гениталий. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Тактика ведения больной. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Деформация шейки мочевого пузыря при выпадении матки, хронический цистит (возможно хронический пиелонефрит) за счет неполного опорожнения мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, почек; обзорной, экскреторной урографии и нисходящей цистографии. 3. Экскреторная урография и нисходящей цистографией в ортостазе. 4. Консультация гинеколога; оперативное лечение (фиксация матки, устранение деформации шейки мочевого пузыря). 5. Ограничение физических нагрузок, укрепление мышц тазового дна.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
70.	У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. В течение 3 дней моча выводилась катетером. Самостоятельное мочеиспускание не восстановлено. Госпитализирован в стационар. При поступлении отмечается субфебрильная температура тела. 1. Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.	1. Аденома, рак предстательной железы, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры. 2. Собрать анамнез, провести объективный осмотр, пальцевое ректальное исследование, общий анализ крови, мочи. 3. ТРУЗИ, УЗИ мочевого пузыря и почек. 4. Наложение цистостомического дренажа.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Тактика ведения больного.			
71.	Пациент 78 лет жалуется на частое мочеиспускание, боли над лоном при ходьбе; в процессе мочеиспускания внезапное прекращение струи и возобновление ее после перемены положения тела. Периодически отмечает примесь крови в моче в конце акта мочеиспускания. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства и от чего он зависит.	1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение ТРУЗИ, УЗИ мочевого пузыря и почек, урофлоуметрии, ректального пальцевого осмотра. 3. Обзорная урография, урофлоуметрия и ТРУЗИ. 4. Цистолитотрипсия и ТУР аденомы простаты или цистолитотомия, аденомэктомия. Выбор метода зависит от объема аденомы простаты и размера мочевого камня.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
72.	Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль на широком основании, входящая в 1 поле зрения цистоскопа. На экскреторных урограммах нарушения функции почек нет. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. План лечения.	1. Рак мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек и мочевого пузыря, органов брюшной полости, Р-графия легких. 3. Биопсия опухоли. 4. Лечение оперативное: ТУР опухоли мочевого пузыря. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.			
73.	Пациент 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном исследовании простата увеличена, эластичная, контуры четкие. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи - до 5 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи 100 мл. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните. 4. Какой параметр определяет стадию заболевания. 5. Выпишите рецепт на цефотаксим.	1. Аденома простаты II ст. 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА. 3. От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутрипузырном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилоная аденомэктомия. 4. Наличие остаточной мочи. 5. Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
74.	У мальчика 10 лет после падения с высоты 2,5 м появились боли в правом боку, кровь в моче с червеобразными сгустками. Пульс 140 ударов в минуту, слабого наполнения, АД – 80/50 мм рт. ст. В правом подреберье пальпируется выбухание. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в	1. Клиническая картина характерна для травмы почки. Предварительный диагноз: Разрыв правой почки. Паранефральная урогематома. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек. 3. УЗИ почек. 4. Травма печени, кишечника. 5. Профилактика общего травматизма.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	данном случае. 4. Какие повреждения органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.			
75.	Мальчик 8 лет во время игры в футбол получил удар в область промежности. При осмотре: гематома в области мошонки, пальпируется опухолевидное образование выше верхнего полюса правого яичка. Умеренная болезненность при пальпации. Синдром диафаноскопии (-). 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какие заболевания требуют проведения дифференциальной диагностики. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Клиническая картина характерна для травмы органов мошонки. Предварительный диагноз: Разрыв придатка яичка. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мошонки. 3. Косая паховая грыжа, некроз гидатиды Морганьи. 4. Травма печени, кишечника. 5. Профилактика общего травматизма.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
76.	Больной 13 лет обратился с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, невозможность самостоятельного мочеиспускания, несмотря на ощущение резкого переполнения мочевого пузыря. Катаясь на велосипеде, 4 ч назад упал с седла на раму (сел «верхом»), получив ушиб промежности. При осмотре значительное выбухание на промежности; над лобком пальпаторно и перкуторно определяется растянутый мочевой пузырь. 1. Предварительный диагноз.	1. Клиническая картина характерна для травмы уретры. Предварительный диагноз: Разрыв уретры. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей уретрограммы. 3. Ранние: травматический (геморрагический) шок, флегмона промежности, уросесис. Поздние: стриктура уретры. 4. Лечение	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Укажите объем и этапность лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	оперативное. Прежде всего необходима цистостомия. 5. Профилактика общего травматизма.		
77.	Больной 23 лет обратился с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, невозможность самостоятельного мочеиспускания, несмотря на ощущение резкого переполнения мочевого пузыря. Перелезая через забор, 4 ч назад упал на него «верхом» и получил ушиб промежности. При осмотре значительное выбухание на промежности; над лобком пальпаторно и перкуторно определяется растянутый мочевой пузырь. 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Определите тактику лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Клиническая картина характерна для травмы уретры. Предварительный диагноз: Разрыв уретры. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей уретрограммы. 3. Ранние: травматический (геморрагический) шок, флегмона промежности, уросесис. Поздние: стриктура уретры. 4. Лечение оперативное. Прежде всего, необходима цистостомия. Первичный шов уретры. 5. Профилактика общего травматизма.	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 7
78.	Больная перенесла операцию по поводу рака матки. После операции прекратилось мочевыделение. Чем можно объяснить анурию 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо срочно произвести. 3. Перечислите возможные осложнения.	1. Травма мочеточников или мочеточника единственной функционирующей почки 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек. 3. Пострентальная острая почечная недостаточность.	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5

	4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально возможный объем помощи. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	4. Лечение оперативное. Нефростомия. 5. Катетеризация мочеточников перед операцией.		
79.	У больного перелом костей таза. Имеет место уретрорагия, ишурия. Общее состояние больного тяжелое. При пальпации определяется выступающий на 2 см над лоном округлой формы мочевого пузырь. Симптомов раздражения брюшины нет. На уретрограммах - затек контрастного вещества за пределы мембранозного отдела уретры: 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально и максимально возможный объем помощи. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Клиническая картина характерна для травмы уретры. Предварительный диагноз: Перелом костей таза. Разрыв уретры. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей уретрограммы. 3. Ранние: травматический (геморрагический) шок, флегмона промежности, уросесис. Поздние: стриктура уретры. 4. Лечение оперативное. Цистостомия. Первичный шов уретры. 5. Профилактика общего травматизма.	ТК ГИА	УК 2, ПК 5, ПК 7
80.	У больного частые позывы на мочеиспускание, боли внизу живота, гематурия. В анамнезе: часа 1,5-2 тому назад после употребления алкоголя (пива) был избит неизвестными. Сознания не терял. Общее состояние больного удовлетворительное. Пульс 80 ударов/мин, ритмичен; АД - 120/70 мм рт. ст. Имеются нечеткие признаки раздражения брюшины, создается впечатление о наличии в	1. Клиническая картина характерна для травмы мочевого пузыря. Предварительный диагноз: Внутривентрикулярный разрыв мочевого пузыря. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей цистографии с двойным физиологическим объемом контрастного	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 7

	животе свободной жидкости. 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. Укажите особенности выполнения этого обследования. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. Перечислите все необходимые мероприятия во время выполнения оперативного вмешательства. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике	вещества (10-15% раствор). 3. Мочевой перитонит. 4. Лечение оперативное в объеме: Лапаротомия. Ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование брюшной полости. 5. Профилактика общего травматизма. Перед выходом из помещения необходимо опорожнять мочевой пузырь.		
81.	Врач скорой помощи обнаружил на месте автокатастрофы больного Н., 73 л, который был сбит автомобилем. Сознание не терял. Беспокоят боли в левой половине живота, слабость. Общее состояние больного средней тяжести, бледен, покрыт холодным потом. Тоны сердца приглушены. Пульс - 110 ударов/мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения, мягкий. АД - 110/70 мм. рт. ст. При осмотре: кожные ссадины поясничной области слева, болезненность при пальпации по ходу XI-XII ребер слева. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, над лоном. Врач скорой помощи установил диагноз: перелом XI-XII ребер слева и доставил больного в травмпункт. 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. Укажите особенности выполнения этого обследования. 3. Укажите наиболее	1. Клиническая картина характерна для травмы почки. Предварительный диагноз: Перелом ребер. Разрыв левой почки. 2. УЗИ почек. 3. Геморрагический шок. 4. Лечение оперативное. Люмботомия. Ревизия почки. 5. Профилактика общего травматизма.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	серьезное осложнение. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего, если предварительный диагноз подтвердится. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике			
82.	У больного отмечается уретроррагия, позывы на мочеиспускание, боли в промежности. Известно, что 3 часа назад во время игры в футбол получил травму (удар ногой) промежности. При осмотре состояние больного средней степени тяжести. Признаков раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются. Над лоном определяется увеличенный мочевого пузырь. Анализ крови нормальный. 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально и максимально возможный объем помощи. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	1. Клиническая картина характерна для травмы уретры. Предварительный диагноз: Разрыв уретры. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей уретрограммы. 3. Ранние: травматический (геморрагический) шок, флегмона промежности, уросесис. Поздние: стриктура уретры. 4. Лечение оперативное. Прежде всего, необходима цистостомия. Первичный шов уретры. 5. Профилактика спортивного травматизма.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
83.	Больной 34 лет доставлен в клинику по поводу болей в левой поясничной области, возникших после ушиба левой поясничной области. Была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальное. При осмотре: со стороны органов грудной клетки и брюшной полости изменений не найдено. Имеется	1. Клиническая картина характерна для травмы почки. Предварительный диагноз: Травма левой почки. 2. УЗИ почек. 3. Геморрагический шок. 4. Лечение оперативное. Люмботомия. Ревизия почки.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	незначительная болезненность в левом подреберье и поясничной области. 1. Предварительный диагноз 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. Укажите особенности выполнения этого обследования. 3. Укажите наиболее серьезное осложнение. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего, если предварительный диагноз подтвердится. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике	5. Профилактика общего травматизма.		
84.	Больная 55 лет оперирована по поводу миомы матки - произведена экстирпация матки. В раннем послеоперационном периоде отметила резкие боли в поясничной области, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Мочевой пузырь пуст. Парентеральное введение диуретиков эффекта не дала. При цистоскопии с катетеризацией мочеточников встречены непреодолимые препятствия на 6 см с обеих сторон. При ретроградной уретерографии контрастное вещество выполняет тазовые отделы мочеточников и выше зоны препятствия не поступает. 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо срочно произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально возможный объем помощи.	1. Травма мочеточников или мочеточника единственной функционирующей почки 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать УЗИ почек. 3. Пострентальная острая почечная недостаточность. 4. Лечение оперативное. Нефростомия. 5. Катетеризация мочеточников перед операцией.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.			
85.	Больной 20 лет поступил в городскую больницу скорой медицинской помощи. Жалобы на боли в области промежности, надлобковой области, выделение крови из мочеиспускательного канала, многократные позывы к мочеиспусканию. Анамнез: 2 часа назад упал "верхом" на твердый предмет. При осмотре: из уретры выделяется свежая алая кровь. Над лоном пальпаторно определяется увеличенный мочевого пузырь. Имеется промежностная гематома. 1. О повреждении какого органа идет речь. Диагноз и его обоснование. 2. Назовите виды повреждения данного органа. Какой метод исследования является основным в диагностике данного вида повреждения. 3. Какова лечебная тактика при повреждениях данного органа: а) показания к радикальным мероприятиям (каким); б) показания к паллиативным вмешательствам (каким). 4. Укажите меры первичной профилактики.	1. Разрыв уретры. Вероятнее всего произошел изолированный полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры. Диагноз основан на типичной клинической триаде симптомов: уретроррагия, острая задержка мочи, урогематома промежности. 2. Характер травмы говорит о том, что разрыв произошел из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением. 3. Травмы уретры бывают: 1) открытые, закрытые; 2) изолированные, комбинированные; 3) полные, неполные; 4) разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов. Основной метод исследования - ретроградная уретрография. 4. Радикальная операция: первичный шов уретры (производится в том случае, если с момента травмы прошло не более 12 часов); паллиативная операция: эпицистостомия+антеградное проведение уретрального катетера, дренирование	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

		промежностной гематомы. 5. Профилактика общего травматизма.		
86.	В приемный покой ЦРБ поступил больной 40 лет с жалобами на боли в животе, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов. Анамнез: накануне, в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в живот. При осмотре: общее состояние больного тяжелое, беспокоен, язык сухой, обложен бурым налетом, симптомы раздражения брюшины положительные, выражен симптом "ваньки-встаньки", тахикардия, гипотония. Перкуторно: мочевой пузырь над лоном не определяется, при притуплении перкуторного звука в отлогах местах. 1. О травме какого органа вероятнее всего идет речь. Каков Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его. 2. Какие типы травм данного органа Вам известны. 3. Травмы каких органов требуют проведение дифференциальной диагностики. 4. Назовите основной метод диагностики, необходимый для подтверждения Вашего диагноза. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести. 5. Определите тактику лечения	1. Речь идет о травме мочевого пузыря. Диагноз: внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря, мочевой перитонит. Диагноз основан на данных анамнеза (факт травмы, употребление алкоголя), отсутствии самостоятельного мочеиспускания при отсутствии переполненного мочевого пузыря в сочетании с наличием свободной жидкости в брюшной полости (притупление в отлогах местах) и типичной клинической картине перитонита (тяжелое общее состояние больного, тахикардия, гипотония, симптом "ваньки - встаньки", положительных симптомов раздражения брюшины). 2. Травмы мочевого пузыря подразделяются на: закрытые и открытые (огнестрельные, колотые, резанные);вне- и внутрибрюшинные, смешанные (разрыв в области переходной складки брюшины), отрыв мочевого пузыря от уретры. 3. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря требует проведения	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

		дифференциального диагноза с травмой любого полого органа брюшной полости. 4. Ретроградная цистография с введением двойного физиологического объема контрастного вещества. УЗИ почек, органов брюшной полости. Общий и биохимические анализы крови (в т.ч. мочевины, креатинина, электролитов). Лапароскопия или лапароцентез. 5. Предоперационная подготовка (коррекция электролитных расстройств, кардиотонические средства и пр.). Экстренная операция: Лапаротомия. Ушивание раны мочевого пузыря кетгутовым швом, наложение эпицистостомы, санация и дренирование брюшной полости (возможно наложение "управляемой" лапаростомы). В послеоперационном периоде - интенсивная антибактериальная, детоксикационная терапия, контроль функционированием эпицистостомы.		
87.	В Краевую клиническую больницу в тяжелом состоянии доставлен больной 25 лет. Анамнез: двое суток назад в ЦРБ в экстренном порядке произведена лапаротомия по поводу тупой	1. Аренальная анурия (острая почечная недостаточность). Вероятно, удалена единственная функционирующая	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

травмы живота, подозрение на повреждение паренхиматозного органа. Во время операции диагностировано размождение левой почки, обширная забрюшинная гематома. Произведена нефрэктомия слева. Данные осмотра и пальпации правого забрюшинного пространства со стороны брюшной полости в описании операции отсутствуют. Во время операции перелито около 1 л крови. С момента операции отсутствует выделение мочи, нарастают явления почечной недостаточности: азотемия, гиперкалиемия, ацидоз. Перед операцией какого-либо рентгеноурологического или ультразвукового исследования почек не проводилось из-за тяжести состояния больного (геморрагический шок). При осмотре: общее состояние больного крайне тяжелое, адинамичен, отмечается одышка, одутловатость лица, пастозность мягких тканей; АД 180/100 мм.рт.ст. 1. Каков Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его. Укажите главную тактическую ошибку оператора. 2. Перечислите возможные причины развития данного состояния. Назовите основной метод дифференциальной диагностики причин указанного состояния. 3. Каковы экстренные лечебные мероприятия. 4. Определите дальнейшие этапы лечения. 5. Укажите меры профилактики.	почка. Оператор не убедился в наличие правой почки и ее функциональной полноценности. 2. Кроме указанной, причинами развития анурии могут быть: 1) геморрагический шок и неадекватная его терапия; 2) переливание во время операции несовместимой крови; 3) аллергические реакции на лекарственные препараты. УЗИ. При отсутствии правой почки или ее явной (морфологической) функциональной непригодности подтверждается диагноз аренальной анурии. При наличии правой почки и отсутствии грубых УЗ-изменений в ней можно думать о ренальной (или преренальной) форме анурии. При наличии правой почки, сохранении ее паренхимы и расширении полостной системы - диагностируется постренальная анурия. 3. При диагностике аренальной или ренальной формы анурии показан гемодиализ. При постренальной анурии - экстренная нефростомия справа (операционная или пункционная). 4. В случае аренальной ОПН -	
--	---	--

		хронический гемодиализ подготовка к трансплантации почки. При ренальной ОПН - прогноз зависит от тяжести повреждения второй почки (при неадекватной терапии шока, длительном шоке, возможен кортикальный некроз): при гибели большей части нефронов также показан хронический гемодиализ и подготовка к трансплантации почки. При постренальной анурии в дальнейшем, по выведению больного из состояния ОПН на фоне нефростомического дренажа показана ревизия мочеточника и устранение причины анурии. 5. Определение наличия и функциональной полноценности нетравмированной почки.		
88.	В клинику поступил больной с жалобами на боли в левой поясничной области, примесь крови в моче. Анамнез: около 2 часов назад упал, ударившись левым боком о край тротуара. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, определяется припухлость и болезненность в левой поясничной области, в анализе мочи - эритроциты сплошь. 1. О повреждении какого органа мочевой системы идет речь. 2. Какие типы закрытой травмы этого органа Вам	1. Речь идет о закрытой травме правой почки. 2. Закрытые травмы почки подразделяются на 5 типов: 1) ушиб; 2) подкапсульный разрыв; 3) разрыв капсулы и паренхимы почки сообщающийся или не сообщающийся с полостной системой; 4) размождение почки; 5) отрыв почки. 3. УЗИ, обзорная, экскреторная урография, анализы	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	известны. 3. Перечислите основные диагностические мероприятия в данном случае. 4. Какие обстоятельства определяют тактику ведения данного больного. 5. Укажите меры первичной профилактики.	(общие и биохимические) крови. Основные показатели гемодинамики (пульс, АД), степень повреждения почки и функциональное состояние нетравмированной почки. 4. Консервативное лечение показано только при ушибе или подкапсульном разрыве почки небольших размеров. 5. Профилактика общего травматизма.		
89.	Больной 44 лет обратился в приемный покой стационара с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую половину мошонки, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Отмечает учащенное малыми порциями мочеиспускание. Боли в поясничной области беспокоят в течение 3-х суток. Вчера присоединилась гипертермия до 38,4°C с ознобом, в моче заметил незначительную примесь крови без сгустков, появилась дизурия. После приема анальгина, спазмолитиков состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что 2 года назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем он за медицинской помощью не обращался и не обследовался. При осмотре общее состояние средней тяжести, больной беспокоен, мечется от болей,	1. Острый (не исключается гнойный) калькулезный правосторонний пиелонефрит. Обтурирующий камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика. 2. Клиническая картина обусловлена обтурацией мигрирующим из почки камнем правого мочеточника, последующим развитием на этом фоне острого пиелонефрита. 3. Лучевые методы: МСКТ, УЗИ и ДГ почек, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков). 4. При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 100/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Перкуторно мочевого пузырь не определяется. Лабораторные данные - ОАК: Hb – 112г/л; L-12,8x10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Л. – 15%; ОАМ: L – 3 в п/зр, Ег – 4-5 в п/зр. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Чем обусловлена клиническая картина. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию о характере заболевания. 4. Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае. 5. Выпишите рецепт на цефотаксим.	изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефроопиелостомия (при невозможности такого восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелостомия) + детоксикационная, антибактериальная терапия. 5. Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки.		
90.	Больная 24 лет обратилась в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в левой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в левую подвздошно-паховую область, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы появились 2 часа назад, кроме этого отмечает в моче примесь крови без сгустков. После приема анальгина состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что год назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем боли не повторялись, она не	1. Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Левосторонняя почечная колика. 2. Клиническая картина обусловлена миграцией камня из почки в интрамуральный отдел левого мочеточника. 3. Заболевания, сопровождающиеся клиникой "острого живота"(острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК, острый панкреатит и другие). 4. Лучевые методы:	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	обследовалась. При осмотре общее состояние удовлетворительное, пациентка беспокойна, мечется от болей. Кожные покровы не изменены. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин., ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра слева (+). Перкуторно мочевого пузыря не определяется. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Чем обусловлена клиническая картина. 3. Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики. 4. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию о характере заболевания. 5. Выпишите рецепт на раствор атропина.	УЗИ/ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря; МСКТ, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков). 5. Rp.: S. Atropini sulfatis 0,1% 1,0 D.t.d. N 10 in amp S. Подкожно по 1 мл 1-2 раза в день.		
91.	Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую мошонку, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы, примесь крови без сгустков в моче отмечает в течение 4 часов. Прием анальгина не принесло облегчения. Из анамнеза известно, что прошлый год наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. Боли	1. Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика. 2. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографии, МСКТ. 3. Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада семенного канатика/круглой	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	не повторялись, в дальнейшем не обследовался. При осмотре общее состояние удовлетворительное, но больной беспокоен, мечется от болей. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин, ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Мочевой пузырь перкуторно не определяется. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Перечислите методы лечения почечной колики. 4. Перечислите возможные осложнения. 5. Выпишите рецепт на спазмолитический препарат.	связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеочника, уретеропиелоскопия 4. Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеочника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение. 5. Rp.: Sol No-spani 2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день		
92.	Больная 50 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, сухость во рту, слабость, субфебрилитет. Анамнез: во время беременности, 30 лет назад лечилась по поводу острого пиелонефрита. В последующем не обследовалась, хотя периодически отмечался субфебрилитет. В течение 5 лет на фоне субфебрилитета стали беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, повышение артериального давления. В последний год периодически наблюдалось выделение мутных порций мочи, временами повышение температуры тела до 38°C с	1. Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пиелонефроз, коралловидный камень левой почки. 2. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочеочников, мочевого пузыря, МСКТ и экскреторную урографию(с возможным проведением отсроченных R-снимков). 3. Калькулезный пиелонефроз, нефросклероз слева,	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

познабливанием. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД – 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размеров 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Возможные осложнения данного заболевания. 4. Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае. 5. Выпишите рецепт на фуросемид.	уросепсис, септический шок, ОПН, ХПН. 4. В условиях сохранной функции контралатеральной почки для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия, дренирование забрюшинного пространства слева. В послеоперационном периоде – детоксикационная, инфузионная, антибактериальная терапии. 5.Rp.: Furosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul. S. по 1/2 т. 1 раз в день.		
---	---	--	--

93.	Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°C, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр, соли ураты +++; ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9x10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Лимф. – 15%; СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах контуры левой почки не определяются, контрастного вещества в полостной системе	1. Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не исключается острый гнойный калькулезный пиелонефрит слева. 2. Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева; 3. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), посев мочи на ВК, УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ. 4. Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование левого мочеточника. На фоне восстановленного пассажа мочи из левой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты для растворения мочевых камней (аллопуринол), улучшающие микроциркуляцию; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии в течение 12-24 часов - оперативное лечение: ревизия почки,	ТК ГИА	УК 1, ПК 4, ПК 6
-----	--	--	--------	------------------

	нет, изменения рентгенологической картины правой почки не определяется. 1. Ваш диагноз. 2. С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 4. Определите тактику лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства. 5. Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день.		
94.	Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки на 6-8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым	1. Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита. 2. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника 3. На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с	ТК ГИА	ПК 5, ПК 6, ПК 11

	терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД-100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8x10*9/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2х3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме. 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Выпишите рецепт на викасол.	вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пиелонефроза 4. При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии. 5. Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0 D.t.d. N 6 in amp S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день		
95.	Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познобливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо	1. Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит. 2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек. 3. МСКТ с контрастированием,	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизмененная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза. 3. Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Лечебная тактика.	УЗИ + ДГ почек. 4. При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия 5. Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005 D.t.d. N 12 in tabul. S. по 1т. 2-3раза в день.	
--	---	--

	5. Выпишите рецепт на платифиллин.			
96.	Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра (-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 6,9х10⁹/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью. 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию. 3. Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям. 4. Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае. 5. Лечебная тактик.	1. Мелкий камень нижней трети правого мочеточника. 2. Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга 3. Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью. 4. Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК 5. Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
97.	Накануне обращения у больного 50 лет возникли	1. Острая постренальная анурия,	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л -10,8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого	уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников. 2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием. 3. Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа мочи из почки. 4. Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией. 5. Rp.: Sol No-spani 2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день		
---	--	--	--

	пузыря при катетеризации не получено. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза. 3. Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию. 4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания. 5. Выпишите рецепт на но-шпу.			
98.	Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось. Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с резями мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный,	1. Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит, 2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию. 3. Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита. 4. При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При	ТК ГИА	УК 2, ПК 5, ПК 11

	чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-) с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза. 3. Каким осложнением обусловлено данное состояние. 4. Определите лечебную тактику. 5. Выпишите рецепт на ношпу.	наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией. 5. Rp.: Sol No-spani 2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день		
99.	В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С. При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД-140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной, (+) симптоме XII ребра слева. ОАМ: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9x10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0x1,2 см. При	1. Обтурирующий камень пиелоуретерального сегмента слева, почечная колика слева. 2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии. 3. Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоуретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления. 4. Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелoureterального сегмента, с «акустической тенью». 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	почки катетеризацией/стентированием мочеоточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией. 5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.		
100.	Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-	1. Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеоточника. 2. Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами. 3. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевого кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеоточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентиро	ТК ГИА	ПК 6, ПК 10, ПК 11

	подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++++. ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9х10⁹/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре. 1. Ваш диагноз. 2. С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения данного заболевания. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	вание правого мочеточника. 4. Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция. 5. Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день.		
101.	К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого	1. Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки. 2. При наличии первичного гнойного	ТК ГИА	УК 1, ПК 3, ПК 5

предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра (-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 12, 8х10⁹/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена. 1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование. 2. Патогенез данного заболевания. 3. Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. 4. Тактика лечения в данном случае. 5. Выпишите рецепт на цефотаксим.	очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного. 3. Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. 4. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5 суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула,	
--	--	--

		дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства. 5. Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки/		
102.	Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнойника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД-90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и	1. Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок. 2. Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления. 3. Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; эходоплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК: НВ-110 г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки, снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями. 1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование. 2. Причина развития данного заболевания. 3. Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. 4. Тактика лечения в данном конкретном случае. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.	и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам. 4. Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии. 5. Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.		
103.	Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное	1. Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с познабливанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД- 110/60мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья неинформативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9x10⁹/л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный	2.Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелография слева. 3.Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения 4.Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза. 5.Неoadьювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.		
--	---	--	--

	отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии. 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Возможные осложнения данного заболевания. 5. Лечебная тактика.			
104.	Больная 25 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в подвздошно-паховой и поясничной областях слева, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с познобливанием, слабость и потливость. Два дня как беспокоят указанные симптомы. Анамнез: с детства ежегодно при обострении хронического цистита курсами получала соответствующее лечение. На протяжении этого года при появлении клиники цистита наблюдается и повышение артериального давления. Объективно: состояние больной средней тяжести, кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, пульс 90 уд./ мин, АД-160/100см. рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в левой подвздошно-паховой и поясничной областях, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 12, 8x10*9/л, умеренный сдвиг лейкоцитарной	1. Острый серозный восходящий левосторонний пиелонефрит, обострение хронического рецидивирующего цистита, нефрогенная паренхиматозная артериальная гипертония на фоне хронического левостороннего пиелонефрита, возможно и нефросклероза. 2. Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; УЗИ почек, мочевых путей; МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, нисходящая цистография. 3. Клиническая картина обусловлена отсутствием как своевременной диагностики восходящего левостороннего (рефлюксогенного) пиелонефрита,	ТК ГИА	УК 1, ПК 4, ПК 6

	формулы влево, СОЭ 46 мм/час. Рентгенологически теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Какие заболевания органов мочеполовой системы требуют проведения дифференциальной диагностики. 5. Лечебная тактика.	развившегося на фоне часто рецидивирующего цистита, так и проведения адекватного лечения этих заболеваний. 4. Врожденный нейrogenный мочевой пузырь, осложненный вторичным циститом; пузырно-мочеточниковый рефлюкс с развитием нефропатии и нефросклероза; нефротуберкулез. 5. Лечение в урологическом отделении: при отсутствии нарушений уродинамики - консервативная терапия (антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия, лечение спазмолитиками, анальгетиками). При отсутствии эффекта от терапии в течение 1-2-х суток оперативное лечение: ревизия почки, нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование брюшинного пространства.		
105.	Больной 36 лет обратился к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное и болезненное мочеиспускание малыми порциями, гематурию, слабость, потливость. Временами отмечает повышение температуры тела до 38°C. Указанные симптомы сопровождают на протяжении недели. Анамнез: находился в местах лишения свободы	1. Поликавернозный нефротуберкулез справа, туберкулез мочевого пузыря. 2. Запущенным поликавернозным нефротуберкулезом справа, туберкулезом мочевого пузыря вследствие небрежного отношения к своему здоровью, отсутствия своевременного	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

сроком 5 лет, в этот период периодически наблюдались ноющие боли в левой поясничной области сопровождающиеся субфебрилитетом. Дизурию и макрогематурию отмечает в течение 6 месяцев. Неоднократные предложения по обследованию пациент отвергал. Объективно: состояние больного средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД- 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий и болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Почки не пальпируются. Симптом XII ребра (+) справа. Изменений со стороны мужских половых органов не выявлено. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроциты – до 10 в п/зр. ОАК: НВ 106 г/л; Л - 15,9х10⁹/л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 46 мм/час. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде нечетких неправильной формы полостей, мочеточник не прослеживается. 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Чем обусловлена клиническая картина. 3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 4. Возможные осложнения данного заболевания. 5. Выпишите рецепт на	обследования по поводу часто повторяющихся приступов почечной колики, появления субфебрилитета, макрогематурии, так и адекватного лечения. 3. Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; УЗИ с доплерографией почек, МСКТ, цистоскопия, катетеризация правого мочеточника с ретроградной уретеропиелографией. 4.Туберкулезный пионефроз справа, сморщивание мочевого пузыря, вторичная генерализация туберкулеза. 5. Rp.: Ciprofloxacin 0,5 D.t.d. N 20 in tabul. S. по 1 т. 2 раз в день запивать большим количеством жидкости.		
--	---	--	--

	ципрофлоксацин.			
106.	В приемный покой ГБ сотрудниками скорой помощи доставлена больная 27 лет с жалобами на повторяющиеся интенсивные боли в поясничной области справа, общую слабость, повышение температуры тела до 37,2° С. В детские годы несколько раз лечилась по поводу острого цистита. В возрасте 25 лет проводилось лечение по поводу гестационного пиелонефрита. Перенесла приступ правосторонней почечной колики 10 часов назад, который легко купировался спазмолитиками. На момент осмотра: температура тела 37,6° С, пульс 80 уд/мин, АД- 120/60 мм.рт.ст.Почки не пальпируются, но в правой подреберно-поясничной и подвздошной областях отмечается болезненность, симптом XII ребра положительный справа, а симптомов раздражения брюшины нет. ОАМ: лейкоцитов 6-8 в п/зр., эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 120 г/л; Л – 9,9х10⁹/л с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 20 мм/ч. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. Результаты УЗИ почек: очаговых изменений в паренхиме правой почки не выявлено, отмечается незначительное расширение чашечно-лоханочной системы и нижней трети правого мочеточника, где лоцируется гиперэхогенный участок диаметром 0,3 см с нечеткой акустической тенью. 1. Ваш предполагаемый	1. Камень нижней трети правого мочеточника, правосторонняя почечная колика, острый серозный калькулезный пиелонефрит. 2. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение дополнительных исследований: биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, проведение МСКТ с контрастированием; экскреторной урографии, уретероскопии, катетеризации/стентирования правого мочеточника. 3. Клиническая картина обусловлена камнем правого мочеточника, мигрировавшим из почки, а камнеобразование возникло на фоне восходящего и гестационного пиелонефрита. Нарушения уродинамики в условиях хронического пиелонефрита привело к быстрому развитию острого серозного калькулезного пиелонефрита. 4. В условиях восстановленного пассажа мочи из правой почки спазмолитиками, анальгетиками, катетеризацией правого мочеточника небольших размерах	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания	камня показана консервативная антибактериальная и камнеизгоняющая терапия: обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК. При отсутствии эффекта от терапии – катетеризация/стентирование правого мочеточника, уретероскопия с возможной литоэкстракцией с последующим проведением антибактериальной противовоспалительной терапией. 5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение восходящего пиелонефрита, развивающегося на фоне часто рецидивирующего цистита, здоровый образ жизни, рекомендуется избегать однообразного питания, употребления малого количества свободной жидкости		
107.	В приемный покой ГБ сотрудниками скорой помощи доставлен больной 37 лет с жалобами на интенсивные повторяющиеся в течение суток болями в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38,2° С с ознобами, нарастающую слабость. Прием больным анальгетиков, спазмолитиков, жаропонижающих препаратов облегчения не принес. Объективно: температура тела	1. Острый калькулезный левосторонний пиелонефрит, не исключается гнойный, обтурирующий камень пиелоуретерального сегмента слева; 2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ с	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

38,6°C, пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Почки не пальпируются. В подреберно-поясничной области слева отмечается болезненность, напряжение мышц, симптом XII ребра (+) слева, симптомов раздражения брюшины нет. ОАМ: лейкоцитов 6-8 в п/зр., эритроцитов – до 10 в п/зр. ОАК: НВ 110 г/л; Л – 12,9х10⁹/л с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ отмечается увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы слева, визуализация в области левого пиелoureтерального сегмента гиперэхогенного образования размерами 1,8 x 1,2 см., с «акустической тенью». 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания	контрастированием, ДГ почек, экскреторной урографии, катетеризации/стентирования мочеточника, лоханки левой почки; 3. Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелoureтерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления, развитием острого калькулезного пиелонефрита. 4. Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием лоханки левой почки, либо пункционной/открытой нефропиелостомией с последующим проведением антибактериальной, детоксикационной, инфузионной терапии. После купирования острого пиелонефрита возможно проведение ДЛТ, нефролитолапаксии либо открытой операции – пиелолитотомии. 5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, рекомендуется избегать однообразного питания, употребления малого количества свободной жидкости.	
--	---	--

108.	В приемный покой ГБ сотрудниками скорой помощи доставлена больная 47 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток интенсивные боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38,2° С, ознобы, нарастающую слабость. Прием больной анальгетиков, спазмолитиков, жаропонижающих препаратов облегчения не принес. В возрасте 25 лет перенесла правосторонний острый гестационный пиелонефрит. На фоне аналогичного приступа слева, 4 года тому назад, самостоятельно отошел камень размером 0,4х0,5 см. На момент осмотра: температура тела 38,6° С, пульс 86 ударов в 1 минуту, АД- 110/60 мм.рт.ст., почки не пальпируются. В правой подреберно-поясничной области отмечается болезненность и незначительное напряжение мышц. Симптом 12 ребра положительный справа, симптомов раздражения брюшины нет. Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. Анализ крови: НВ 110 г/л; Л – 12,9х10⁹/л с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 28 мм/час. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ отмечается увеличение размеров правой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы, верхней трети мочеточника справа, где визуализируется гиперэхогенное образование	1. Острый серозный калькулезный правосторонний пиелонефрит, не исключается гнойный, обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, мочекаменная болезнь. 2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ с контрастированием, ДГ почек, экскреторной урографии, катетеризации/стентирования мочеточника, лоханки правой почки. 3. Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем верхней трети правого мочеточника, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления, развитием острого калькулезного пиелонефрита. 4. Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из правой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки правой почки, либо пункционной/открытой нефропиелостомией с последующим проведением антибактериальной, детоксикационной, инфузионной терапии. После купирования острого пиелонефрита возможно проведение	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
------	---	--	--------	------------------

	размерами 0,8 х 1,2 см., а дистальнее его - «акустическая тень». 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	ДЛТ либо открытой операции - уретеролитотомии. 5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение хронического правостороннего пиелонефрита, развивающегося на фоне перенесенного в 25 летнем возрасте гестационного пиелонефрита; здоровый образ жизни, рекомендуется избегать переохлаждения, однообразного питания, употребления малого количества свободной жидкости.		
109.	Больную 67 лет, страдающую сахарным диабетом, после переохлаждения в течение недели беспокоят жалобы на повышение температуры тела до 38,2°C, ознобы, недомогание, нарастающая слабость, так и постепенно нарастающая боль в поясничной области слева. Прием анальгетиков, спазмолитиков, жаропонижающих препаратов облегчения не принес. Ранее, в возрасте 30-лет, лечилась в ЦРБ по поводу острого пиелонефрита. Позже женщина периодически получала лечение в поликлинике ЦРБ по поводу «хронического пиелонефрита, диабетической нефропатии». На момент осмотра: общее состояние больной тяжелое, положение вынужденное с приведенным к животу левым бедром, при разгибании которого боль в поясничной области усиливается. Температура тела 38,6° С, пульс 96 ударов в 1 минуту,	1. Острый гнойный калькулезный левосторонний пиелонефрит, вторичный гнойный паранефрит, коралловидный камень левой почки; 2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение ДГ почек, МСКТ с контрастированием / экскреторной урографии. 3. Клиническая картина обусловлена развитием острого гнойного калькулезного пиелонефрита, вторичного паранефрита на фоне обтурации коралловидным камнем просвета чашечек, лоханки и мочеточника, быстрым повышением внутривенного и	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

АД- 110/60 мм.рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются, в левой подреберно-поясничной области отмечается болезненность, напряжение мышц, симптом XII ребра (+) слева, Анализ мочи: лейкоциты 50-100 в п/з, эритроцитов – до 30 в п/зр. Анализ крови: НВ 96 г/л; Л – 18,9х10⁹/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 58 мм/час. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ отмечается ареол разрежения вокруг увеличенной в размерах левой почки. Паренхима верхнего полюса и среднего сегмента с наличием зон пониженной эхогенности с жидкостными включениями. Расширение чашечек слева на фоне визуализации в области лоханки гиперэхогенного образования с неровными контурами, занимающего почти весь синус почки, с четкой «акустической дорожкой». Дыхательная подвижность левой почки снижена. Эхографических изменений правой почки не выявлено. 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	интерстициального давления, прогрессирующей ишемии почечной паренхимы. 4. Учитывая возраст больной, страдающей сахарным диабетом, распространенность гнойного процесса в левой почке и забрюшинном пространстве, размеры камня необходима предоперационная подготовка для проведения открытой операции: левосторонней люмботомии, ревизии левой почки, при множественных карбункулах, диффузном апостематозе – нефрэктомии, дренирования паранефрального пространства, проведения в послеоперационном периоде антибактериальной, детоксикационной, инфузионной терапии. 5. У больной, страдающей СД, необходима как ранняя диагностика и лечение хронического левостороннего пиелонефрита, способствующего развитию коралловидного нефролитиаза, так и своевременная профилактика: избегать переохлаждения, однообразного питания, употребления малого количества свободной		
---	--	--	--

		жидкости, вести здоровый образ жизни.		
110.	К урологу обратилась больная 30 лет с жалобами на боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,2° С. 10 часов тому назад отмечает приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся рвотой, учащенным мочеиспусканием. Приступообразные боли легко купированы спазмолитиками. В 25-летнем возрасте, во время беременности, лечилась в женской консультации по поводу пиелонефрита. При осмотре: температура тела 37,6° С, пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД- 120/60 мм.рт.ст., почки четко не пальпируются, но в правой подреберно-поясничной и подвздошной областях отмечается болезненность, симптом XII ребра положителен справа, симптомов раздражения брюшины нет. Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. Анализ крови: НВ 120 г/л; Л – 9,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 20 мм/час. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ очаговых изменений в паренхиме правой почки нет, отмечается лишь незначительное расширение чашечно-лоханочной системы и нижней трети мочеточника, в проекции устья которого визуализируется эхонегативное (жидкостное) образование овальной формы диаметром до 1,5см,	1. Уретероцеле справа, почечная колика, острый серозный вторичный пиелонефрит. 2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, цистоскопия, МСКТ с контрастированием / экскреторной урографии. 3. Клиническая картина обусловлена развитием вторичного серозного правостороннего пиелонефрита из-за уродинамических нарушений на почве уретероцеле справа. 4. Срочное восстановление пассажа мочи из правой почки путем эндоскопического рассечения устья мочеточника с возможной катетеризацией/стентированием мочеточника, проведением антибактериальной, инфузионной терапии. 5. Rp.: S. Adroxoni 0,025% 1, 0 D.t.d. N 10 in amp. S. Подкожно по 1 мл 1-4 раза в день.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	выпячивающееся в мочевой пузырь. В левой почке какой-либо патологии не найдено. 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Выпишите рецепт на адроксон.			
111.	Больной, 56 лет обратился к врачу-урологу с жалобами на повторяющиеся в течение суток интенсивные боли в левой поясничной области, общую слабость, повышение температуры тела до 37,8°C. Год назад впервые возникла правосторонняя почечная колика, сопровождающаяся макрогематурией и учащенным мочеиспусканием. На фоне спазмолитической терапии отошел камень размером 0,5 х 0,3 см кирпично-красного цвета. От предлагаемого в то время рентгенологического и УЗИ пациент отказался. При осмотре: температура тела 37,9° С, пульс 88 ударов в минуту, АД- 120/60 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, но в левой подреберно-поясничной, подвздошной областях отмечается болезненность, симптом XII ребра положителен слева, симптомов раздражения брюшины нет. Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр, соли ураты +++. Анализ крови: НВ 120 г/л; Л – 9,9х10⁹/л с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 28 мм/час. На обзорной	1. Обтурирующий камень верхней трети левого мочеточника, левосторонняя почечная колика, острый серозный калькулезный пиелонефрит, уратный нефролитиаз, множественные камни левой почки. 2. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение дополнительных исследований: биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, мочевой кислоты, проведение МСКТ с контрастированием, экскреторной урографии, уретероскопии / катетеризации правого мочеточника. 3. Клиническая картина обусловлена камнем правого мочеточника, мигрировавшим из почки, что привело к быстрому развитию острого серозного калькулезного пиелонефрита.	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ слева отмечается незначительное расширение чашечек, лоханки и верхней трети мочеточника. Акустические тени диаметром до 0,6 см лоцируются в чашечках и верхней трети мочеточника. Справа изменений не выявлено. 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения заболевания. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.	4. Учитывая небольшие размеры камня в условиях восстановленного пассажа мочи из правой почки спазмолитиками, анальгетиками, катетеризацией правого мочеточника показана консервативная антибактериальная и камнеизгоняющая терапия: обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК. При отсутствии эффекта от терапии – катетеризация/стентирование правого мочеточника, уретероскопия, уретеролитэкстракция. При отсутствии возможности катетеризации/стентирования мочеточника – пункционная нефропиелостомия с последующим проведением антибактериальной и камнеизгоняющей терапии. 5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение восходящего пиелонефрита, развивающегося на фоне часто рецидивирующего цистита, здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.		
112.	Пациентка 53 лет страдает сахарным диабетом на протяжении 20 лет. Жалуется	1. Острый гнойный пиелонефрит, вторичный паранефрит	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

на общее недомогание, тупую боль в правой поясничной области. После переохладения в течение 11 дней отмечался субфебрилитет. Несмотря на прием таблетированных антибиотиков, аспирин сохранялась гипертермия, стала нарастать слабость, сухость во рту. Температура тела до 39,2° С, озноб и тахикардия появилась 4 дня тому назад. Больная доставлена в приемный покой ГБ, где при осмотре отмечали тяжелое состояние больной, бледность кожных покровов, иктеричность склер, АД - 100/60 мм.рт.ст.. Почки четко не пальпировались, но в правой подреберно-поясничной, подвздошной областях отмечалось болезненность, напряжение мышц, резкая боль в реберно-позвоночном углу, (+) симптом XII ребра. Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. Анализ крови: НВ 120 г/л; Л – 19,9х10⁹/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 52 мм/час. Сахар – 28,8 ммоль/л. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ отмечалось незначительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, выраженные диффузные изменения паренхимы правой почки, отечность, утолщение ее до 21 мм, отек паранефральной клетчатки, ограничение подвижности правой почки при дыхании. 1. Ваш предполагаемый диагноз.	справа, декомпенсированный сахарный диабет второго типа. 2. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение дополнительных исследований: биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, проведение МСКТ контрастированием, экскреторной урографии. 3. Клиническая картина, обусловленная развитием острого гнойного пиелонефрита, вторичного паранефрита у больной, длительное время страдающей сахарным диабетом второго типа, объясняется несвоевременным, недостаточно эффективным лечением пиелонефрита в амбулаторных условиях. 4. Учитывая возраст больной, длительное время страдающей сахарным диабетом второго типа, распространенность гнойного процесса в правой почке и абдоминальном пространстве, необходима предоперационная подготовка, открытая операция: левосторонняя люмботомия, ревизия левой почки, при		
---	--	--	--

	2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.	множественных карбункулах, диффузном апостематозе – нефрэктомия, дренирование паранефрального пространства, проведение в послеоперационном периоде антибактериальной, детоксикационной, инфузионной терапии. 5. Декомпенсация сахарного диабета с развитием кетоацидоза, уросепсиса, ДВСС.		
113.	Больной 65 лет поступил в приемный покой с жалобами на боли внизу живота, в промежности, внезапно возникшее в течение суток отсутствие самостоятельного мочеиспускания при интенсивных позывах на него. В последние 3 года отмечал вялость струи мочи, учащенное, особенно ночью (до 6 раз) мочеиспускание, отсутствие удовлетворения после акта мочеиспускания. Настоящее ухудшение наступило после приема алкоголя. При осмотре: поведение больного беспокойное, живот мягкий, умеренно болезненный над лоном, где определяется уплотнение, не смещающееся при перемене положения, перкуторный звук над ним тупой. Почки не пальпируются, симптом 12 ребра (-) с обеих сторон. Изменений со стоны наружных мужских половых органов не выявлено Per rectum: простата увеличена в размерах, плотной консистенции, бугристая, контуры нечеткие, бороздка	1. Проведенное обследование выявило наличие острой задержки мочеиспускания на фоне аденомы простаты 2 ст. 2. Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить неотложную одномоментную аденомэктомию, но для этого необходимо иметь данные о состоянии органов дыхания, ССС и др. При наличии противопоказаний к радикальной операции – наложение троакарной или классической цистостомы. 3. Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	сглажена. Общий анализ крови: Hb-120 г/л; Л - 16, 8x10⁹/л, сдвиг влево лейкоцитарной формулы. СОЭ 42 мм/час. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л. 1. Какие заболевания является наиболее частой причиной данного страдания. 2. Какие осложнения данной ситуации возможны. 3. Рекомендуемая в данном случае лечебная тактика. 4. Какие дополнительные исследования для уточнения и подтверждения заболевания необходимо произвести. 5. Какова в данном случае тактика лечения 6. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется. Выписать рецепт на неvigрамон.	расширенных вен шейки мочевого пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря. 4. Последняя (III) - стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН. 5. Rp.: Nevigramoni 0,5 D.t.d. N 56 in caps. D.S. по 2 к. 4 раза в день.		
114.	В приемный покой поступил больной 53 лет с жалобами на интенсивную примесь крови в моче с червеобразными сгустками крови, затрудненное мочеиспускание, ноющие боли в левой поясничной области. Анамнез: впервые аналогичный эпизод безболевого гематурии, отмечался год назад. За помощью не обращался, макрогематурия прекратилась самостоятельно. Вновь гематурию заметил 3 дня тому назад. При осмотре: температура тела - 37,8⁰ С. Пульс 96 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в левом подреберье, где определяется дефанс мышц, четко почка не пальпируется. Синдром XII ребра (+) слева. Микроскопия осадка мочи выявила эритроциты сплошь. Клинический анализ крови:	1. Опухоль нижнего полюса левой почки. 2. Обзорная, экскреторная урография, ангиография, цветовое доплеровское картирование почек, рентгенография легких, УЗИ печени и парааортальных лимфоузлов. Ангиография с фармакоангиографией в сомнительных случаях; цветовое доплеровское картирование. 3. Эндоваскулярная окклюзия (эмболизация) левой почечной артерии. 4. Радикальная нефрэктомия с парааортальной лимфаденэктомией. 5. Rp.: S. Vikasoli 1%	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	Нб-103г/л, Л-10, СОЭ-53 мм/час. По данным УЗИ имеется гетероэхогенное образование в области нижнего полюса левой почки 6,0х8,0 см без четкой капсулы неправильной формы. 1. Каков Ваш предварительный диагноз. 2. Каковы дальнейшие диагностические мероприятия. 3. Какие виды диагностики наиболее информативны в данном случае. 4. Какой способ наиболее предпочтителен для остановки кровотечения из почки. 5. Какой способ лечения необходим. Назовите максимальный объем лечебной манипуляции. 6. Выписать рецепт на викасол.	1,0 D.t.d. N 20 in amp. D.S. по 2 мл 3 раза внутримышечно		
115.	При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничной области, жажду, субфебрильную температуру, повышение АД до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительной время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, практически симметрично, пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006, лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л. 1. Каков Ваш предварительный диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Какие дополнительные	1. Скорее всего пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больного поликистоз почек 3 стадии. 2. Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое чаще по доминантному типу. 3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, обзорная урограмма, инфузионная	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	исследования необходимы для его уточнения. 4. Какова лечебная тактика. 5. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Как будет называться операция.	урография, сцинтиграфия почек. Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. 4. Нагноении кист. Операция: игнипунктура. 5. Rp.: S. Cefazolini-natrii 1,0 D.t.d. N 10. D.S. по 1 г 2 раза внутримышечно.		
116.	Больной 20 лет поступил в ГБСМП. Жалобы при поступлении на боли в надлобковой области, промежности, выделение крови из мочеиспускательного канала. Многократные позывы к мочеиспусканию остаются бесплодными. Анамнез: 2 часа назад упал "верхом" на твердый предмет. При осмотре из уретры выделяется свежая алая кровь. Над лоном при пальпации определяется увеличенный мочевого пузырь. Имеется промежностная гематома. 1. О повреждении какого органа идет речь. Диагноз и его обоснование. 2. Каков механизм травмы. 3. Назовите виды повреждения данного органа. 4. Какой метод исследования является основным в диагностике данного вида повреждения. 5. Какова лечебная тактика при повреждениях данного органа: а) показания к радикальным мероприятиям	1. Разрыв уретры. Вероятнее всего произошел изолированный полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры. Диагноз основан на типичной клинической триаде симптомов: уретроррагия, острая задержка мочи, урогематома промежности. 2. Характер травмы говорит о том, что разрыв произошел из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением. Травмы уретры бывают: - открытые, закрытые; - изолированные, комбинированные; - полные, неполные; - разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического	ТК ГИА	УК 3, ПК 5, ПК 6

	(каким); б) показания к паллиативным вмешательствам (каким). 6. Выпишите рецепт на урографин.	отделов. 3. Ретроградная уретрография. 4. Радикальная операция: первичный шов уретры (производится в том случае, если с момента травмы прошло не более 12 часов); паллиативная операция: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы. 5. Rp.: S. Urographini 76%-20,0 D.t.d. N 2 in amp. D.S. для ретроградной уретрографии.		
117.	В приемный покой ГБСМП доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38,0⁰С с ознобом. Из анамнеза известно, что расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию отмечаются в течение последних нескольких лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь, наблюдалось переохлаждение. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье и над лоном, где пальпируется увеличенный мочевой пузырь. Симптом ХП ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,2⁰С. 1. Каким заболеванием страдает больной.	1. Больной страдает аденомой простаты (аденомой парауретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты). 2. Острая задержка мочи. Острый пиелонефрит, не исключается гнойный, слева. 3. Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря. Пальцевое исследование простаты. УЗИ почек, мочевого пузыря, обзорная,	ТК ГИА	УК 3, ПК 5, ПК 6

	2. Какие осложнения возникли у данного больного. 3. Какие осложнения данного заболевания возможны. 4. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. 5. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае. 6. Выпишите рецепт на цефазолин.	экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. 4. Наложение эпицистостомического дренажа, при наличии изменений в левой почке по данным УЗИ – люмботомия, дренирование ЧЛС и забрюшинного пространства, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия. 5. Rp.: S. Cefazolini-natrii 1,0 D.t.d. N 10. D.S. по 1 г 2 раза внутримышечно.		
118.	Пациентка 48 лет обратилась в поликлинику с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области с иррадиацией в левую половину живота, учащенное мочеиспускание небольшими порциями, окрашивание мочи кровью. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию. 4. Какие осложнения могут развиваться. 5. Перечислите возможные мероприятия по профилактике основного заболевания.	1. Почечная колика слева. Камень левого мочеточника. 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать ОАМ, ОАК, УЗИ почек, обзорную урографию и экскреторную урографию. 3. Да. 4. Острый пиелонефрит. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек). Прием уроантисептиков курсами. Санаторно-курортное лечение.	ТК ГИА	ПК 1, ПК 8 ПК 9
119.	У больного 66 лет на протяжении последнего года отмечается учащенное мочеиспускание,	1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря. 2. Для уточнения	ТК ГИА	УК 1, ПК 8, ПК 9

	периодически с примесью крови в моче с бесформенными сгустками, как правило, в конце мочеиспускания. Наблюдается окрашивание кровью второй порции мочи при двустаканной пробе. 1. Предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести? 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае? 4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства? Какое исследование его точно определит? 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.	диагноза необходимо сделать УЗИ мочевого пузыря, почек, ректальный осмотр. 3. Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. 4. Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.		
120.	Пациент 62 лет обратился в поликлинику с болями внизу живота, отсутствием самостоятельного мочеиспускания в течении 15 часов. 1. Предварительный диагноз. 2. Какая неотложная помощь должна быть оказана. 3. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 4. Какие осложнения могут развиваться в короткие сроки. 5. Лечебная тактика при аденоме простаты 2 ст.	1. ОЗМ. Аденома простаты II ст. 2. Катетеризация мочевого пузыря. 3. Для уточнения диагноза необходимо сделать ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты. 4. Острый пиелонефрит, ОПН. 5. Одномоментная, двухмоментная аденомэктомия, ТУР аденомы.	ТК ГИА	УК 2, ПК 5, ПК 6