

Детская урология-андрология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/andro/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители мальчика 2 лет обратились к врачу детскому урологу-андрологу.

Жалобы

На частые обострения инфекционного процесса мочевых путей с подъемом температуры тела до 39,0°C. Расширение собирательной системы и мочеточника левой почки по данным УЗИ почек и мочевого пузыря.

Анамнез заболевания

По данным ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря в возрасте 11 месяцев было выявлено расширение собирательной системы и мочеточника левой почки. В общем анализе мочи отмечалось повышение уровня лейкоцитов. Отмечались случаи подъема температуры тела до 39°C, по поводу чего ребенок получал терапию уросептиками (фурагин). На микционной цистоуретрографии был выявлен заброс контрастного вещества до собирательной системы почки.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологично. Роды первые, естественные. Масса при рождении 3280 г, длина тела 53 см. Раннее развитие без особенностей. Хронические заболевания отрицает. Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Положение свободное. Вес 14,5 кг. Рост стоя 87,5 см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы физиологичной окраски, умеренной влажности. Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

К необходимому для постановки диагноза инструментальному исследованию относится

Результаты инструментальных методов исследования

Необходимыми методами лабораторного обследования на первом этапе диагностики патологии являются

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно поставить диагноз

Диагноз

Согласно классификации международного комитета по исследованию рефлюкса, заболевание ребенка соответствует + _____ + степени

- 1
- 3
- 4
- 5

При первичном пузырно-мочеточниковом рефлюксе и наличии частых рецидивов пиелонефрита показана

- цитостатическая терапия
- выжидательная тактика
- гормональная терапия
- эндоскопическая коррекция

Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса заключается в имплантации в подслизистый слой устья мочеточника

- физиологического раствора
- ботулинистического токсина
- аутологичного трансплантата
- объемобразующего вещества

На 1-е сутки после проведения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у пациента было отмечено повышение температуры тела до 39,4°C, учащенное мочеиспускание, боли в животе. Симптомов поражения верхних дыхательных путей выявлено не было. Необходимым лабораторным методом для диагностики патологического состояния у данного пациента является

- общий анализ кала
- определение уровня калия крови

- общий анализ мочи
- биохимический анализ мочи

При наличии у пациента лейкоцитурии, до начала антибактериальной терапии обязательно проведение

- определения уровня натрия крови
- биохимического исследования мочи
- бактериологического исследования мочи
- определения уровня калия крови

К необходимому инструментальному исследованию в первые трое суток от развития симптомов относится

- ретроградная уретеропиелография
- УЗИ почек и мочевого пузыря
- компьютерная томография почек
- экскреторная урография

При выявлении лейкоцитурии наиболее вероятным патологическим состоянием у данного пациента является

- инфекция мочевыводящих путей
- обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента
- обструкция пузырно-мочеточникового сегмента
- острое респираторное заболевание

Наиболее частым симптомом при пузырно-мочеточниковом рефлюксе является

- макрогематурия
- рецидивирующий пиелонефрит
- капельное недержание мочи
- ночное недержание мочи

При образовании участков склероза в почечной паренхиме в результате пузырно-мочеточникового рефлюкса следует думать о

- макрогематурия
- рецидивирующий пиелонефрит
- капельное недержание мочи
- ночное недержание мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу детскому урологу-андрологу.

Жалобы

На частые изменения в анализах мочи на фоне подъема температуры тела до 39,4°C.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что у ребенка с 1 года жизни отмечались изменения в анализах мочи, отмечается временная положительная динамика на фоне применений уросептической терапии. По данным УЗИ почек, отмечается дилатация нижней трети мочеточников.

Анамнез жизни

Ребенок от 4 беременности, протекавшей физиологично. Роды третьи, срочные физиологичные. Масса при рождении 3315г, длина тела 51 см. Раннее развитие без особенностей. Аллергический анамнез: аллергия на цитрусовые в виде крапивницы. Наследственный анамнез: у бабушки по материнской линии сахарный диабет 2 типа

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C. Положение активное. Вес 18,5 кг. Рост 112,5 см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание через нос свободное, аускультативно везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Тоны сердца звучные, ритмичные. АД – 101 и 63 мм. рт. ст. ЧСС – 102 уд. в 1 минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

К необходимому для постановки диагноза инструментальному исследованию относится

- макрогематурия
- рецидивирующий пиелонефрит
- капельное недержание мочи
- ночное недержание мочи

Результаты

Необходимыми методами лабораторного обследования на первом этапе диагностики патологии является

- макрогематурия
- рецидивирующий пиелонефрит
- капельное недержание мочи
- ночное недержание мочи

Результаты лабораторных методов обследования

По результатам проведенных инструментальных, лабораторных и физикальных методов исследований пациенту можно поставить диагноз

- макрогематурия
- рецидивирующий пиелонефрит
- капельное недержание мочи
- ночное недержание мочи

Диагноз

Согласно классификации международного комитета по исследованию рефлюкса, заболевание ребенка соответствует +_____+ степени

- 5
- 2
- 1
- 3

При первичном пузырно-мочеточниковом рефлюксе и наличии частых рецидивов пиелонефрита показана

- эндоскопическая коррекция
- выжидательная тактика
- гормональная терапия
- цитостатическая терапия

Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса заключается в имплантации в подслизистый слой устья мочеточника

- физиологического раствора
- ботулинистического токсина
- объемобразующего вещества
- аутологичного трансплантата

На 1-е сутки после проведения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у пациента было отмечено повышение температуры тела до 39.4 С, учащенное мочеиспускание, боли в животе. Симптомов поражения верхних дыхательных путей выявлено не было. Необходимым лабораторным методом для диагностики патологического состояния у данного пациента является

- определение уровня калия крови
- общий анализ кала
- общий анализ мочи
- биохимический анализ мочи

При наличии у пациента лейкоцитурии, до начала антибактериальной терапии обязательно проведение

- определения уровня калия крови
- бактериологического исследования мочи
- биохимического исследования мочи
- определения уровня натрия крови

К необходимому инструментальному исследованию в первые трое суток от развития симптомов относится

- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография
- УЗИ почек и мочевого пузыря
- компьютерная томография почек

Наиболее вероятным патологическим состоянием у данного пациента является

- обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента
- инфекция мочевыводящих путей
- острое респираторное заболевание
- обструкция пузырно-мочеточникового сегмента

При обследовании пациентов с данным заболеванием среди причин патологического состояния следует исключать

- кисту почки
- хронический цистит
- клапан задней уретры
- незаращение урахуса

При выявлении по данным статической нефросцинтиграфии очагов нефросклероза у пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом следует думать о

- кисту почки
- хронический цистит
- клапан задней уретры
- незаращение урахуса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 1 года и 5 месяцев был направлен в урологический стационар.

Жалобы

На изменения по данным УЗИ почек и мочевого пузыря, частые обострения инфекции мочевыводящих путей.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что в возрасте 2 месяцев жизни ребенку проведено оперативное лечение по поводу гидронефроза справа по методике Хайнса-Андерсена. На контрольном рентгеноурологическом обследовании результат проведенного оперативного лечения был признан удовлетворительным. В течение года после операции у ребенка часто отмечались обострения пиелонефрита, в анализах мочи повышение числа лейкоцитов. Проводилось антибактериальное и симптоматическое лечение с временным положительным эффектом.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологично. Роды первые, срочные физиологичные. Масса при рождении 3030 г, длина тела 51 см. Раннее развитие без особенностей. Хронические заболевания отрицает. Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C. Положение свободное. Вес 14,0 кг. Рост стоя 85,5 см. Телосложение гармоничное. Кожный покров бледно-розовый, умеренной влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание через нос свободное, аускультативно пуэрильное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не

пальпируется. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

К необходимому для постановки диагноза инструментальному исследованию относится

- кисту почки
- хронический цистит
- клапан задней уретры
- незаращение урахуса

Результаты инструментальных методов исследования

Необходимым методом лабораторного обследования помимо бактериологического исследования мочи и определения уровня креатинина крови на первом этапе диагностики патологии является исследование

- кисту почки
- хронический цистит
- клапан задней уретры
- незаращение урахуса

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно поставить диагноз

- кисту почки
- хронический цистит
- клапан задней уретры
- незаращение урахуса

Диагноз

По данным рентгенологической классификации, заболевание ребенка соответствует + _____ + степени

- 4
- 5
- 1
- 3

Методом выбора хирургического лечения первичного пузырно-мочеточникового рефлюкса невысокой степени является

- цитостатическая терапия
- гормональная терапия
- эндоскопическая коррекция
- выжидательная тактика

Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса заключается в имплантации в подслизистый слой устья мочеточника

- физиологического раствора
- объемообразующего вещества
- аутологичного трансплантата
- ботулинистического токсина

На 1-е сутки после проведения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у пациента было отмечено повышение температуры тела до 39.4°C, учащенное мочеиспускание, боли в животе. Симптомов поражения верхних дыхательных путей выявлено не было. Необходимым лабораторным методом для диагностики патологического состояния у данного пациента является

- биохимический анализ мочи
- определение уровня калия крови
- общий анализ кала
- общий анализ мочи

При наличии у пациента лейкоцитурии, до начала антибактериальной терапии обязательно проведение

- бактериологического исследования мочи
- определения уровня калия крови
- определения уровня натрия крови
- биохимического исследования мочи

К необходимому инструментальному исследованию в первые трое суток от развития симптомов относится

- ретроградная уретеропиелография
- УЗИ почек и мочевого пузыря
- компьютерная томография почек
- экскреторная урография

При выявлении лейкоцитурии, по данным результатам общего анализа мочи, наиболее вероятным патологическим состоянием у данного пациента является

- острое респираторное заболевание
- обструкция пузырно-мочеточникового сегмента
- обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента
- инфекция мочевыводящих путей

Патологическим состоянием, часто приводящим к развитию пузырно-мочеточникового рефлюкса, является

- незаращение урахуса
- хронический цистит
- киста почки
- клапан задней уретры

При рецидивирующей инфекции мочевых путей на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса показана антимикробная терапия сроком + _____ + месяцев

- незаращение урахуса
- хронический цистит
- киста почки
- клапан задней уретры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 4 лет поступил в урологическое отделение плановое обследование.

Жалобы

На расширение собирательной системы и мочеточника левой почки по данным УЗИ почек и мочевого пузыря.

Анамнез заболевания

По данным УЗИ почек и мочевого пузыря в возрасте 10 месяцев жизни было выявлено расширение собирательной системы и мочеточника обеих почек.

Отмечались частые изменения в анализах мочи в виде лейкоцитурии.

Регистрировались случаи подъема температуры тела до 39°C, по поводу чего ребенок получал антибактериальную терапию. На микционной

цистоуретрографии в возрасте 1 года был выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени с двух сторон, по поводу чего была проведена

эндоскопическая коррекция рефлюкса. При контрольном обследовании в

возрасте 2 лет по данным микционной цистографии сохранялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени слева, за межгоспитальный период

отмечались частые обострения пиелонефрита. Была проведена повторная

эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса слева. За последние 4 месяца было 2 обострения пиелонефрита. По данным статической нефросцинтиграфии в динамике, у ребенка отмечается увеличение количества очагов нефросклероза слева.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологично. Роды первые, естественные, срочные. Масса при рождении 3250 г, длина тела 52 см. Раннее развитие без особенностей. Аллергический и наследственный анамнезы неотягощены.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Положение свободное, сознание ясное. Вес 15 кг. Рост стоя 96 см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожный покров бледно-розовый, чистый от сыпи, умеренной влажности. Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание через нос свободное, аускультативно проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

К необходимому инструментальному методу исследованию для оценки уродинамики, относится

- незаращение урахуса
- хронический цистит
- киста почки
- клапан задней уретры

Результаты инструментального метода исследования

Необходимым методом лабораторного обследования помимо бактериологического исследования и общего анализа мочи на первом этапе диагностики патологии является определение

- незаращение урахуса
- хронический цистит
- киста почки
- клапан задней уретры

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно поставить диагноз

- незаращение урахуса
- хронический цистит
- киста почки
- клапан задней уретры

Диагноз

По рентгенологической классификации пузырно-мочеточникового рефлюкса заболевание ребенка соответствует ___ степени

- 5
- 3
- 1
- 4

Наличие у пациента частых рецидивов пиелонефрита, сохранение рефлюкса после коррекции дисфункции мочевого пузыря, малая эффективность антибактериальной терапии является показанием к

- оперативному лечению
- физиотерапевтическому лечению
- смене антибактериальной терапии
- динамическому наблюдению

Основным методом хирургического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса является

- реимплантация мочеточника
- пункционная нефростомия
- расчленяющая пиелопластика
- уретеро-уретероанастомоз

На 1-е сутки после оперативного лечения у пациента было отмечено повышение температуры тела до 39.7°C, боли в животе. Симптомов поражения верхних дыхательных путей выявлено не было. Необходимым лабораторным методом для диагностики патологического состояния у данного пациента является

- общий анализ мочи
- биохимический анализ мочи
- определение уровня калия крови

- общий анализ кала

При наличии у пациента лейкоцитурии, до начала антибактериальной терапии обязательно проведение

- определения уровня натрия крови
- определения уровня калия крови
- биохимического исследования мочи
- бактериологического исследования мочи

К необходимому инструментальному исследованию в первые трое суток от развития симптомов относится

- ретроградная уретеропиелография
- УЗИ почек и мочевого пузыря
- экскреторная урография
- компьютерная томография почек

При выявлении лейкоцитурии, наиболее вероятным патологическим состоянием у данного пациента является

- острое респираторное заболевание
- обструкция пузырно-мочеточникового сегмента
- обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента
- инфекция мочевыводящих путей

Золотым стандартом определения степени пузырно-мочеточникового рефлюкса является

- статическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография
- микционная цистоуретрография

Для определения функции почек и выявления склеротических изменений в почечной паренхиме обязательно выполнение

- статическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография
- микционная цистоуретрография

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к детскому урологу пришла девочка 10 лет с мамой

Жалобы

На учащенные умеренно болезненные мочеиспускания малыми порциями, которые возникли накануне.

Анамнез заболевания

Со слов матери два дня назад начала часто бегать в туалет, мочиться небольшими порциями, отмечалась небольшая болезненность в конце мочеиспускания. Температура в течение дня 36,9-37,2°C.

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически. Роды, нормальные, в срок. Масса 3100 гр., длина 54 см. Раннее развитие без особенностей.
- * Раннее развитие без особенностей
- * Хронические заболевания отрицает
- * Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены
- * Вакцинация согласно национальному календарю

Объективный статус

- * Состояние ребёнка средней степени тяжести, немного беспокойный из-за постоянного желания мочиться, отказывается пить.
- * Температура на момент приема 36,9°C.
- * Кожный покров бледно-розовый, чистый от сыпи, умеренной влажности. Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.
- * Дыхание через нос свободное, аускультативно проводится во все отделы легких, хрипов нет
- * Тоны сердца звучные, ритмичные.
- * Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.
- * Почки не пальпируются
- * Мочится часто, небольшими порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, умеренная болезненность в конце микции, моча на сегодняшний день желтого цвета.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.
- * При осмотре – наружные половые органы по женскому типу, вульва не гиперемирована.

Методом лабораторного обследования на первом этапе диагностики патологии является

- статическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография
- микционная цистоуретрография

Результаты лабораторного метода обследования

К инструментальному методу исследования для постановки диагноза относится

- статическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография
- микционная цистоуретрография

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов обследования, пациенту можно выставить диагноз

- статическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография
- микционная цистоуретрография

Диагноз

Тактика ведения данного пациента предусматривает

- госпитализацию в соматическое отделение детского стационара
- лечение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционное отделение детского стационара
- лечение пациента в дневном стационаре детской поликлиники

В качестве этиотропной терапии данному пациенту необходимо назначить + _____ + препараты

- противогрибковые
- противовирусные
- иммуномодулирующие
- антибактериальные

При наличии у пациента лейкоцитурии и до начала антибактериальной терапии обязательно проведение

- определения уровня калия крови
- определения уровня натрия крови
- биохимического исследования мочи
- бактериологического исследования

У данного пациента предпочтительным способом проведения антибактериальной терапии является

- пульс-терапия резервным антибиотиком
- внутримышечное введение препарата
- внутривенные инфузии препарата
- пероральный прием

С учетом клинической картины, отсутствия лихорадки и интоксикации препаратом выбора для антибактериальной терапии может быть назначен

- цефтриаксон 50-80 мг/кг/сут
- ацикловир 400 мг/сут
- фуразидин 3-5 мг/кг /сут
- дексаметазон 4 мг/сут

Длительность антибактериальной терапии при остром цистите составляет

- 30 дней
- 10-14 дней
- 5-7 дней
- 15-20 дней

Дифференциальную диагностику острого цистита следует проводить с

- острым аппендицитом
- камнем мочевого пузыря
- острым пиелонефритом
- нейрогенным мочевым пузырем

При рецидивирующем течении инфекции мочевыводящих путей для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса показано проведение

- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

В структуре возбудителей инфекции мочевыводящих путей преобладает

- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием обратилась мать с ребенком С. 1 г 4 месяцев.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°C, слабость, вялость, отказ от еды.

Анамнез заболевания

Накануне вечером ребенок стал вялым отмечалось повышение температуры тела до 38,5°C, на фоне жаропонижающего препарата кратковременное снижение до 37,5°C. От еды, питья отказывается.

Анамнез жизни

* Ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Раннее развитие без особенностей.

* Вакцинирован в соответствии с календарем профилактических прививок, после первой вакцинации АКДС была лихорадка в течение 3 дней.

* Аллергологический анамнез неотягощен. Наследственный анамнез: без особенностей

* Дважды мама отмечала эпизоды повышения температуры тела до 38,3-38,7°C, самостоятельно купировавшиеся, связывала с прорезыванием зубов, анализы мочи, крови не сдавала.

Объективный статус

* Состояние ребёнка тяжелое, признаки интоксикации.

* Фебрильная лихорадка до 38,7°C.

* Слизистые оболочки дужек, небных миндалин, задней стенки глотки не гиперемированы. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет.

* Тахикардия, тоны сердца приглушены, ритмичные.

* Живот не вздут, мягкий, при глубокой пальпации – определяется беспокойство, но признаков раздражения брюшины нет, селезенка не пальпируется.

* Стул был вчера утром, обычной консистенции, мочился небольшим объемом, дизурии нет.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

- * Почки не пальпируются
- * Наружные половые органы без патологии

Для установления диагноза ребенку необходимо выполнить

- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

Результаты обследования

Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для подтверждения бактериальной этиологии заболевания

- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому в данном случае инструментальному методу обследования относится

- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

Результаты инструментального метода обследования

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, полученных лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

Диагноз

Тактика ведения данного пациента предусматривает

- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в инфекционное отделение
- госпитализацию в соматическое отделение
- ведение пациента в амбулаторных условиях

В качестве основной терапии данному пациенту необходимо назначить

+ _____ + препараты

- гормональные
- противогрибковые
- антибактериальные
- противовирусные

Предпочтительным способом введения антибиотика у данного пациента является

- пероральный прием препарата
- внутримышечный путь введения
- внутривенный путь введения
- пульс-терапия резервным антибиотиком

С учетом результата посева мочи препаратом выбора для этиотропного лечения может быть назначен

- тикарциллин/клавуланат 250 мг/кг/сут
- амикацин 20 мг/кг/сут
- цефтазидим 100 мг/кг/сут
- цефтриаксон 50-80 мг/кг/сут 1 раз в сутки

С учетом выраженной температурной реакции, наиболее предпочтительным жаропонижающим препаратом в качестве симптоматической терапии в детской практике является

- метамизол натрия
- нимесулид
- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота

При рецидивирующем течении инфекции мочевыводящих путей высока вероятность развития

- рефлюкс-нефропатии
- обструктивного мегауретера
- гнойного баланита

- КИСТЫ ПОЧКИ

При рецидивирующем течении инфекции мочевыводящих путей для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса показано проведение

- экскреторной урографии
- микционной цистоуретрографии
- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии

Детям со снижением скорости клубочковой фильтрации ниже 50 мл/мин необходимо суточную дозу выбранного антибактериального препарата

- экскреторной урографии
- микционной цистоуретрографии
- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с ребенком 5 лет.

Жалобы

Жалобы на боли в поясничной области тянущего характера слева, появление небольшой примеси крови в моче.

Анамнез заболевания

Около 1 недели назад ребенка стали беспокоить боли тянущего характера в левой поясничной области. Два дня назад мать отметила небольшое количество крови в моче.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности.
- * Роды 1, на 40 неделе, самостоятельные
- * Ранее развитие без особенностей

Объективный статус

При осмотре: ребёнок умеренного питания. Рост 110 см, вес 18 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледноватые, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 23 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех

отделах. Половые органы развиты по женскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

Ребенку необходимо выполнить

- экскреторной урографии
- микционной цистоуретрографии
- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии

Результаты обследования

Данному ребенку в также на первом этапе обследования необходимо выполнить

- экскреторной урографии
- микционной цистоуретрографии
- ретроградной цистометрии
- смотровой цистоуретроскопии

Результаты обследования

В качестве дообследования ребенку может быть выполнена

- МРТ
- компьютерная томография с контрастированием
- микционная цистография
- цистоскопия

Ваш диагноз

- МРТ
- компьютерная томография с контрастированием
- микционная цистография
- цистоскопия

Диагноз

В данном случае показано

- цистоскопия, стентирование мочеточника
- наложение пиелостомы
- оперативное лечение
- динамическое наблюдение

Показанием к динамическому наблюдению является

- киста сообщается с мочевыводящими путями
- киста располагается в верхнем полюсе почки
- возраст ребенка младше 3 лет
- киста до 3 см без клинических проявлений

При оперативном лечении больших кист почек, располагающихся под капсулой, используют следующий метод лечения

- пункцию и дренирование
- склерозирование кисты
- лапароскопическое иссечение кисты
- эндоваскулярную окклюзию

При парапельвикальном расположении кисты в качестве хирургического лечения используют

- эндоваскулярную окклюзию
- дренирование лоханки
- пункцию и дренирование кисты
- лапароскопическое иссечение кисты

При наличии у пациента с кистой почки гематурии следует проводить дифференциальную диагностику с

- нагноением кисты
- гломерулонефритом
- кровоизлиянием в кисту
- опухолью почки

Дифференциальную диагностику между кистой и опухолью почки возможно провести с помощью

- компьютерной томографии
- МРТ
- УЗИ
- ангиографии

Динамическое наблюдение при кисте почки проводят с помощью

- УЗИ почек
- экскреторной урографии
- компьютерной томографии
- сцинтиграфии

При появлении у ребенка с крупной кистой почки лихорадки и лейкоцитурии по данным анализа мочи можно думать о таком осложнении как

- УЗИ почек
- экскреторной урографии
- компьютерной томографии
- сцинтиграфии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратился отец с ребенком 6 лет.

Жалобы

Жалоб не предъявляют.

Анамнез заболевания

При профилактическом обследовании перед поступлением в детский сад, у ребенка выявлена киста в нижнем полюсе левой почки, размером 1,5 см. Направлена на консультацию к хирургу.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности.
- * Роды 1, на 40 неделе, самостоятельные
- * Ранее развитие без особенностей

Объективный статус

При осмотре: ребёнок умеренного питания. Рост 110 см, вес 18 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледноватые, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 23 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Половые органы развиты по женскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

Данному ребенку в рамках дообследования необходимо выполнить

- УЗИ почек
- экскреторной урографии
- компьютерной томографии
- сцинтиграфии

Результаты обследования

При выявлении кисты почки также может быть проведена

- МРТ
- ангиография
- компьютерная томография
- проба с индигокармином

В данном случае показано

- оперативное лечение
- динамическое наблюдение
- пункция кисты
- цистоскопия, стентирование мочеточника

Показанием к оперативному лечению является

- размер кисты более 1 см
- наличие гематурии
- киста располагается в верхнем полюсе почки
- возраст ребенка старше 3 лет

Динамическое наблюдение при кисте почки проводят с помощью

- экскреторной урографии
- сцинтиграфии
- УЗИ почек
- компьютерной томографии

При оперативном лечении больших кист почек, располагающихся под капсулой, используют следующий метод лечения

- склерозирование кисты
- лапароскопическое иссечение кисты
- эндоваскулярную окклюзию
- пункцию и дренирование

Если в раннем послеоперационном периоде при проведении перевязки операционной раны было обнаружено покраснение краев раны, гнойные наложения по линии шва, то данная клиническая картина наиболее характерна для

- частичного блока почки
- инфекции области хирургического вмешательства

- обострения пиелонефрита
- острого респираторного заболевания

При парапельвикальном расположении кисты в качестве хирургического лечения используют

- эндоваскулярную окклюзию
- лапароскопическое иссечение кисты
- пункцию и дренирование кисты
- дренирование лоханки

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- антигистаминного средства
- гормональной терапии
- антибактериального препарата
- физиологического раствора

При наличии у пациента с кистой почки гематурии следует проводить дифференциальную диагностику с

- гломерулонефритом
- опухолью почки
- кровоизлиянием в кисту
- нагноением кисты

Дифференциальную диагностику между кистой и опухолью почки возможно провести с помощью

- УЗИ
- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

При появлении у ребенка с крупной кистой почки лихорадки и лейкоцитурии по данным анализа мочи можно думать о таком осложнении как

- УЗИ
- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с мальчиком 4 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на периодическую бессимптомную лейкоцитурию.

Жалобы

На изменения в анализах мочи.

Анамнез заболевания

Со слов матери, в течение последних 6 месяцев у ребенка отмечаются изменения в анализах мочи в виде лейкоцитурии.

Анамнез жизни

Ребенок от третьей беременности, вторых физиологических родов на 4 неделе. Беременность протекала на фоне анемии. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Прививки по возрасту. Растет и развивается по возрасту. Травмы и операции отрицает. На учете у узких специалистов не состоит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние ребенка удовлетворительное. Рост 105 см, вес 14 кг. Температура тела в пределах нормальных значений. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Носовое дыхание не затруднено, катаральных явлений нет. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Лабораторными методами исследования, которые необходимо выполнить в первые 12 часов при госпитализации такого пациента, являются

- УЗИ
- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом исследования, необходимым для первичной постановки диагноза, является

- УЗИ

- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенологическим методом исследования, применяемым для верификации диагноза, является

- УЗИ
- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

Результаты рентгенологического метода обследования

Рентгенологическим методом исследования для оценки наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса является

- УЗИ
- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

Результаты обследования

На основании данных физикального осмотра, инструментальных методов исследования, а так же лабораторных данных можно поставить диагноз

- УЗИ
- МРТ
- ангиографии
- компьютерной томографии

Диагноз

Лечение уретерогидронефроза должно быть направлено на

- устранение причины обструкции пузырно-мочеточникового сегмента
- улучшение качества жизни пациента
- купирование атак пиелонефрита
- медикаментозную помощь при микробно-воспалительном процессе

Показанием к госпитализации может быть

- задержка в психомоторном развитии
- снижение массы тела
- изменения размеров почек по данным ультразвуковой диагностики
- необходимость планового оперативного вмешательства

Выжидательную тактику и немедикаментозное лечение у детей применяют в случае

- сохранении низкой массы тела ребенка и отсутствия тенденции к набору веса
- наличия стойкой лейкоцитурии в общем анализе мочи
- нормальной функции ипсилатеральной почки и отсутствии клинических проявлений
- наличия частых обострений хронического пиелонефрита

Показанием к оперативному лечению является

- частые обострения хронического пиелонефрита
- наличие снижения функции почки
- прогрессирование протеинурии
- сохранение стойкой бессимптомной лейкоцитурии
- задержка психомоторного развития

Основным методом хирургического лечения уретерогидронефроза является

- стентирование мочеточника
- реимплантация мочеточника
- пластика прилоханочного отдела мочеточника
- баллонная дилатация

Положительным прогнозом в отношении выздоровления ребенка при обструктивной уропатии является

- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы
- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей

Выполнение радиоизотопного исследования почек после перенесенного оперативного вмешательства рекомендуется проводить

- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы

- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с мальчиком 16 лет.

Жалобы

На периодические тянущие боли в левой половине мошонки.

Анамнез заболевания

В течении 2х месяцев ребенка беспокоят тянущие боли в левой половине мошонки, которые усиливаются в вертикальном положении.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов.
- * Ранее развития без особенностей
- * За последний год ребенок заметно вытянулся в росте

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, активен. Рост 177 см, вес 60 кг. Кожный покров и видимые слизистые чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

Половые органы развиты по мужскому типу, правильно, оба яичка в мошонке.

При осмотре лежа область мошонки не изменена. При осмотре стоя, при натуживании визуализируется небольшое расширение вен левой половины мошонки. Грыжевые выпячивания не визуализируются, не пальпируются. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

По данным анамнеза и осмотра у ребенка клиническая картина

- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы
- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей

Диагноз

Основным методом диагностики в данном случае является

- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы
- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей

Результаты обследования

В качестве дополнительного обследования в данном случае показано выполнение

- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы
- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей

Результаты обследования

Выполнение ангиографии в обязательном порядке показано при

- левостороннем варикоцеле
- при варикоцеле 1 степени
- двухстороннем варикоцеле
- при наличии явлений дизурии

При осмотре пациента в варикозным расширением вен мошонки проводят следующую пробу

- ортостатическую пробу
- пробу с вентолином
- пробу Вальсальвы
- пробу с дозированной нагрузкой

Основным методом лечения варикоцеле является

- перевязка яичковых вен
- склерозирование яичковых вен
- шунтирование яичковых вен
- перевязка семенного канатика

Консервативная терапия при варикоцеле показана

- детям с двухсторонним варикоцеле
- детям до 17 лет
- детям с 1-2 степенью варикозного расширения вен при отсутствии жалоб
- детям с 3-4 степенью варикозного расширения вен

При выполнении операции по перевязке яичковых вен может быть применен доступ

- цистоскопический
- лапаротомия
- лапароскопический
- люмботомия

Важнейшим условием операции при варикоцеле является

- перевязка лимфатических сосудов
- удаление паховых лимфатических узлов
- сохранение путей лимфооттока
- выполнение вмешательства с обеих сторон

Операция перевязки яичковых вен из пахового доступа носит имя

- Коэна
- Равича
- Ниссена
- Мармара

Основным осложнением варикоцеле при отсутствии должного лечения является

- перекрут яичка
- склероз паренхимы яичка
- эпидидимит
- водянка яичка

Варикозное расширение вен мошонки наиболее характерно для

- перекрут яичка
- склероз паренхимы яичка
- эпидидимит
- водянка яичка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с мальчиком 14 лет.

Жалобы

На периодические тянущие боли в левой половине мошонки, изменения кожи левой половины мошонки.

Анамнез заболевания

В течении 6 месяцев ребенка беспокоят тянущие боли в левой половине мошонки, последние месяцы ребенок стал замечать появление синюшных расширенных вен на коже левой половины мошонки, в динамике отмечалось быстрое прогрессирование расширения с формированием узлов.

Анамнез жизни

- * Ранее развития без особенностей
- * За последний год ребенок заметно вытянулся в росте

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, активен. Рост 167 см, вес 60 кг. Кожный покров и видимые слизистые чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

Половые органы развиты по мужскому типу, правильно, оба яичка в мошонке. При осмотре под кожей левой половины мошонки имеется выраженное варикозное расширенные вены, местами имеющие характер узлов. Левая половина мошонки несколько отечна, пальпаторно левое яичко уменьшено в размере. Грыжевые выпячивания не визуализируются, не пальпируются. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуалью не изменена, дизурии нет.

По данным анамнеза, жалоб и осмотра у ребенка клиническая картина

- перекрут яичка
- склероз паренхимы яичка
- эпидидимит
- водянка яичка

Диагноз

Основным методом диагностики в данном случае является

- перекрут яичка
- склероз паренхимы яичка
- эпидидимит
- водянка яичка

Результаты обследования

В данном случае основным неблагоприятным признаком, выявленным при осмотре, является

- возраст до 15 лет
- уменьшение левого яичка в размере
- наличие венозных узлов
- левостороннее поражение

В данном случае имеются показания к выполнению ангиографии, так как

- имеется быстрое прогрессирование варикоцеле
- имеется варикоцеле 4 степени
- имеется левостороннее варикоцеле
- возраст ребенка до 17 лет

При осмотре пациента в варикозным расширением вен мошонки проводят следующую пробу

- с вентолином
- с дозированной нагрузкой
- ортостатическую
- Вальсальвы

Основным методом лечения варикоцеле является

- шунтирование яичковых вен
- перевязка семенного канатика
- склерозирование яичковых вен
- перевязка яичковых вен

Применение консервативной терапии в данном случае

- показано до 15 лет
- не показано
- показано в течении 1 месяца
- показано в течении 6 месяцев

В данном случае при выполнении ангиографии может быть выполнена

- эмболизация яичковой вены
- склерозирование яичковой вены
- перевязка яичковой вены
- стентирование яичковой вены

Важнейшим условием операции при варикоцеле является

- сохранение путей лимфооттока
- удаление паховых лимфатических узлов
- выполнение вмешательства с обеих сторон
- перевязка лимфатических сосудов

Операция перевязки яичковых вен из пахового доступа носит имя

- Равича
- Ниссена
- Коэна
- Мармара

Следствием склероза паренхимы яичка является

- эпидидимит
- перекрут яичка
- водянка яичка
- бесплодие

Варикозное расширение вен мошонки наиболее характерно для

- эпидидимит
- перекрут яичка
- водянка яичка
- бесплодие

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с ребенком 1,5 лет.

Жалобы

На боли в левом боку.

Анамнез заболевания

Ребенок болен в течении 2-х недель. Лечился амбулаторно педиатром с диагнозом -ОРВИ, получал симптоматическую терапию. На фоне адекватной

проводимой терапии сохранялась лихорадка до 38°C. Мать обратила внимание на помутнение и появление осадка в моче. Педиатром назначена антибактериальная терапия (амоксиклав), на фоне которой наступило улучшение. В связи с жалобами на появление болей с локализацией в левой половине живота ребенок направлен педиатром на консультацию к детскому хирургу.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов
- * Масса при рождении 3500 гр, рост 52 см.
- * Привит в соответствии с возрастом.
- * Ребенок рос и развивался по возрасту.

Объективный статус

Состояние ребенка ближе к удовлетворительному, активен. Контакт сохраняет. Рост 78 см, вес 11 кг. Температура тела 36,7°C. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Дыхание носовое, свободное. Аускультативно в легких дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС до 110 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный, в левой поясничной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно, оба яичка в мошонке. Стул без патологических примесей. Моча светлая, прозрачная.

В первую очередь ребенку необходимо выполнить

- эпидидимит
- перекрут яичка
- водянка яичка
- бесплодие

Результаты обследования

В качестве лабораторного обследования ребенку необходимо выполнить

- эпидидимит
- перекрут яичка
- водянка яичка
- бесплодие

Результаты лабораторного метода обследования

На представленной УЗ сканограмме визуализируется

- расширение мочеточника
- образование брюшной полости
- расширение лоханки и чашечек
- киста почки

Предположительным диагнозом является

- расширение мочеточника
- образование брюшной полости
- расширение лоханки и чашечек
- киста почки

Диагноз

В составе комплексного урологического обследования пациенту показано выполнение

- экскреторной урографии
- радиоизотопной ренографии
- цистоскопии
- микционной цистографии

Основным методом лечения гидронефроза является

- консервативное лечение
- наложение пиелостомы
- цистоскопическое стентирование
- оперативное лечение

Противопоказанием для пластики лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе считается

- обострение пиелонефрита
- наличие генетической патологии
- двухсторонний гидронефроз
- возраст до 1 года

При наличии у ребенка терминального гидронефроза показано лечение в объеме

- пиелостомии
- оперативного лечения в экстренном порядке
- нефрэктомии
- санационной цистоскопии

Операция резекции пиелоретрального соустья с формированием пиелоретрального анастомоза носит имя

- Хайнса-Андерсена-Кучера
- Коэна
- Фолея
- Паломо

Диспансерное наблюдение за больным после операции по поводу гидронефроза продолжается в течение

- 1-2 месяцев
- 6-12 месяцев
- 1-2 лет
- 3 лет

В составе комплексного урологического обследования детям с гидронефрозом для оценки степени нарушения функции почки показано выполнение

- сцинтиграфии
- урофлоуметрии
- цистоскопии
- общего анализа мочи

После выполнения оперативного лечения гидронефроза основным методом динамического контроля является

- сцинтиграфии
- урофлоуметрии
- цистоскопии
- общего анализа мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 1 года жизни поступил в урологическое отделение стационара.

Жалобы

На воспалительные изменения в общем анализе мочи в виде лейкоцитурии и бактериурии

Анамнез заболевания

Известно, что с рождения несколько раз ребёнок лечился в стационаре с диагнозом: инфекция мочевыводящих путей. По результатам ультразвукового исследования почек было обнаружено расширение правого мочеточника и увеличение размеров лоханки правой почки.

Анамнез жизни

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза во втором триместре. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Привит по возрасту. При проведении УЗИ в третьем триместре беременности было обнаружено расширение чашечно-лоханочной системы правой почки у плода.

Объективный статус

Рост 80 см. Вес 12 кг.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура 37,5°C. ЧД до 30 в минуту. Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки розовые. Зев не гиперемирован. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка обычной формы, симметрично участвует в дыхании. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. АД 90/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс на лучевой артерии удовлетворительных качеств, ЧСС 110 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный справа. Наружные половые органы развиты правильно. Яички в мошонке, признаков острого воспаления нет.

Для уточнения диагноза рекомендуется провести больному

- сцинтиграфии
- урофлоуметрии
- цистоскопии
- общего анализа мочи

Результаты лабораторного метода обследования

К дополнительным инструментальным методам исследования, которые рекомендуются этому больному с целью установления диагноза, относятся

- сцинтиграфии

- урофлоуметрии
- цистоскопии
- общего анализа мочи

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом для данного пациента является

- сцинтиграфии
- урофлоуметрии
- цистоскопии
- общего анализа мочи

Диагноз

Данному пациенту рекомендуется

- консервативное лечение в нефрологическом отделении
- оперативное лечение
- амбулаторное наблюдение уролога
- комплексное дообследование (компьютерная томография брюшной полости)

Перед операцией для снижения риска операционных осложнений показано введение

- антикоагулянтов
- альбумина 10%
- дексаметазона
- антибиотика широкого спектра действия

Для коррекции нерефлюксирующего мегауретера рекомендована операция

- введение объёмобразующего вещества в подслизистый слой устья правого мочеточника
- наложение уретерокутанеостомы
- лапароскопическая пластика пиелоуртерального сегмента
- уретероцистонеостомия

Интраоперационно принято решение о необходимости интравезикальной уретероцистонеостомии справа, данная операция проводится по методике

- Коэна
- Хайнес-Андерсона
- Политано – Леатбеттера

- Митрофанова

В послеоперационном периоде рекомендовано выполнить

- анализ кала на кальпротектин
- биохимический анализ крови
- определение прокальцитонина крови
- общий анализ крови

Для динамического контроля в послеоперационном периоде рекомендовано проведение

- цистоскопии
- ультразвукового исследования почек и собирательной системы почек
- гастроскопии
- статической нефросцинтиграфии

Для подтверждения диагноза после операции необходимо

- магниторезонансной томографии почек
- посева мочи
- оценкой макропрепарата мочеточника
- морфологическое исследование участка мочеточника

Для адекватной оценки уродинамики в послеоперационном периоде после уретероцистостомии обследование необходимо выполнить через

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Основным клиническим проявлением обструктивного мегауретера является

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику по месту жительства обратился отец ребенком возраста 1 г 9 месяцев.

Жалобы

На изменения почек по данным УЗИ, выявленные во время беременности.

Анамнез заболевания

Со слов матери: на 32 неделе беременности, выявлена гидронефротическая трансформация левой почки. После рождения УЗИ выполнялось в род доме, у нефролога, уролога не наблюдалась.

Анамнез жизни

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза, угрозы прерывания в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Привит по индивидуальному графику. Грудное вскармливание до 9 мес. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Не лихорадит, катаральных явлений нет. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется. Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Необходимыми методами лабораторных обследований на первом этапе диагностики патологии являются

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки предварительного диагноза дополнительным методом обследования является

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенологическим методом, традиционно используемым в диагностике гидронефроза, является

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Результаты рентгенологического метода обследования

Методом исследования, позволяющим оценить отдельно секреторную и экскреторную функцию почек, а также степень нарушения оттока из лоханки, является

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно поставить диагноз

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год
- 10 дней

Диагноз

В плане решения дальнейшей тактики лечения пациента необходимо рекомендовать

- санаторно-курортное лечение
- динамическое наблюдение
- плановую госпитализацию
- консервативную терапию

Для снижения риска операционных осложнений за 30 минут до операции проводится

- введение антиагрегантов
- инфузионная терапия
- антибиотикопрофилактика
- гемотрансфузия

Оптимальным оперативным доступом при операции по поводу гидронефроза является

- лапаротомный по Пфанненштилю
- пневмозикоскопический
- лапароскопический
- срединный лапаротомный

Основным методом хирургического лечения гидронефроза является

- расчленяющая пиелопластика
- пиелокаликостомия
- уретеро-уретероанастомоз
- уретеро-цистоанастомоз

Внутренний стент, установленный во время пиелопластики, рекомендуется удалить через

- 4–6 недель
- 7 дней
- 5-6 месяцев
- 1-1,5 года

После перенесенной пиелопластики для динамического наблюдения за пациентом используется метод

- микционной цистографии
- ультразвукового исследования почек
- КТ забрюшинного пространства
- ретрогадной пиелографии

При отсутствии остаточной дилатации чашечно-лоханочной системы после операции диспансерное наблюдение у участкового уролога проводится в течение

- микционной цистографии
- ультразвукового исследования почек
- КТ забрюшинного пространства
- ретрогадной пиелографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка А. 4 лет 8 мес. Госпитализирована в урологический стационар для обследования.

Жалобы

На изменения при ультразвуковом исследовании почек.

Анамнез заболевания

Со слов матери, антенатально диагностировали дисплазию левой почки. При обследовании по м/ж, по данным нефросцинтиграфии, правая почка без патологии, левая почка не визуализируется. По данным УЗИ почек и мочевыводящих путей обнаружена мультикистозная дисплазия левой почки. Показатели общего анализа мочи оставались нормальными.

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричала сразу, в родильном зале приложена к груди.
- * Не прививалась.
- * Развитие по возрасту.
- * Травмы и операции отрицает.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Грудное вскармливание до 12 месяцев.
- * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 135 см, вес 24 кг. Не лихорадит, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ЧСС до 91 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу.

Диагноз мультикистозной дисплазии почки обычно выставляется при выполнении

- микционной цистографии

- ультразвукового исследования почек
- КТ забрюшинного пространства
- ретрогадной пиелографии

Результаты обследования

Основным признаком мультикистоза почки является

- полное замещение почечной паренхимы кистозными полостями
- наличие кист в почке и ортотопического уретероцеле
- обнаружение в почечной паренхиме более 3-х кист
- гидронефротическая трансформация почки

Основным показанием к проведению оперативного вмешательства является

- увеличение числа кист (по данным УЗИ в динамике)
- наличие макрогематурии и боли при мочеиспускании
- наличие микрогематурии и персистирующей бактериурии
- рост кист и сдавление окружающих тканей

Особенностью васкуляризации мультикистозной почки является

- обеднение кровотока и беспорядочное строение сосудистой сети
- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза
- обеднение кровотока на при сохранной архитектонике сосудов
- обеднение кровотока при сохранной экзогенности почечной ткани

При диагностической цистоскопии характерным признаком мультикистозной почки является

- эктопия устья на стороне пораженной почки
- отсутствие устья на стороне пораженной почки
- наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- обструкция устья на стороне пораженной почки

Поликистоз почек в отличие от мультикистоза всегда

- эктопия устья на стороне пораженной почки
- отсутствие устья на стороне пораженной почки
- наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- обструкция устья на стороне пораженной почки

Ультразвуковая картина левой почки

Губчатая почка, в отличие от мультикистоза, встречается

- эктопия устья на стороне пораженной почки
- отсутствие устья на стороне пораженной почки
- наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- обструкция устья на стороне пораженной почки

Губчатая почка от мультикистозной дисплазии почек отличается

- кистозным расширением собирательных трубок пирамид
- практически всегда односторонним поражением
- отсутствием клинических проявлений
- нормальным строением чашечно-лоханочной системы

Основным методом хирургического лечения мультикистозной дисплазии почки является

- кистозным расширением собирательных трубок пирамид
- практически всегда односторонним поражением
- отсутствием клинических проявлений
- нормальным строением чашечно-лоханочной системы

Данная клиническая картина наиболее характерна для

- инфекции области хирургического вмешательства
- частичного блока почки
- обострения пиелонефрита
- острого респираторного заболевания

Кроме общего анализа крови и исследования уровня С-реактивного белка крови рекомендуется определение уровня

- прокальцитонина
- щелочной фосфатазы
- креатинина
- креатинфосфокиназы

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- прокальцитонина
- щелочной фосфатазы
- креатинина

- креатинфосфокиназы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик Р. 3 г 1 мес. Госпитализирован в урологическое отделение для клинического обследования и выполнения оперативного вмешательства.

Жалобы

Изменения по данным УЗИ почек и общего анализа мочи.

Анамнез заболевания

Со слов матери при плановой диспансеризации у ребенка обнаружено расширение мочеточника. По данным УЗИ почек отмечается правая почка имеет размер 65x32 мм, отмечается удвоение верхних мочевыводящих путей, верхний сегмент представлен единой полостью 21x10 мм, мочеточник верхнего сегмента расширен на всем протяжении до 18 мм в просвете взвесь. По данным динамической нефросцинтиграфии верхний сегмент правой почки не визуализирован.

Анамнез жизни

- * Ребенок от второй беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Не прививался.
- * Развитие по возрасту.
- * Травмы и операции отрицает.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Грудное вскармливание до 6 месяцев.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 62 см, вес 7,9 кг. Субфебрильная лихорадка, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Диагностическая цистоскопия

При выполнении диагностической цистоскопии у ребенка на стороне поражения обнаружено два устья это говорит о

- пузырно-мочеточниковом рефлюксе в верхний сегмент
- наличии гетеротопического уретероцеле верхнего сегмента
- неполном удвоении верхних мочевыводящих путей
- полном удвоении верхних мочевыводящих путей

Неполное удвоение верхних мочевыводящих путей характеризуется наличием

- нефункционирующего верхнего сегмента
- двух устьев в мочевом пузыре
- нефункционирующего нижнего сегмента
- одного устья в мочевом пузыре

Основными жалобами, которые могут встречаться у детей с врожденной патологией при полном удвоении верхних мочевыводящих путей, являются

- макрогематурия и персистирующая бактериурия
- рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей
- боль при мочеиспускании и изменения в общем анализе мочи
- макрогематурия и боль при мочеиспускании

Особенностью цветной доплерографии при нефункционирующем сегменте удвоенной почки является

- отсутствие регистрации кровотока
- объединения по магистральному типу
- прослеживания кровотока до почечной капсулы
- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза

Для оценки функции почек с выставленным диагнозом выполняется

- отсутствие регистрации кровотока
- объединения по магистральному типу
- прослеживания кровотока до почечной капсулы
- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза

На основании ультразвуковой диагностики можно выставить диагноз

- отсутствие регистрации кровотока
- объединения по магистральному типу
- прослеживания кровотока до почечной капсулы
- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза

По данным экскреторной урографии можно установить следующий диагноз

- обструктивный мегауретер справа
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- полное удвоение верхних мочевыводящих путей справа
- уретероцеле верхнего сегмента справа

Золотым стандартом оперативного лечения при нефункционирующем сегменте удвоенной почки является

- обструктивный мегауретер справа
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- полное удвоение верхних мочевыводящих путей справа
- уретероцеле верхнего сегмента справа

Данная клиническая картина наиболее характерна для

- частичного блока почки
- обострения пиелонефрита
- острого респираторного заболевания
- инфекции области хирургического вмешательства

Кроме общего анализа крови и исследования уровня С-реактивного белка крови рекомендуется определение уровня

- креатинина
- паратиреоидного гормона
- щелочной фосфатазы
- прокальцитонина

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- антигистаминного средства
- физиологического раствора
- гормональной терапии
- антибактериального препарата

Инфекция хирургической раны называется + _____ +, если в процесс вовлекается только кожа и подкожная клетчатка

- антигистаминного средства
- физиологического раствора
- гормональной терапии
- антибактериального препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Плановая госпитализация в стационар мальчик 1 год 5 мес с мамой.

Жалобы

На отсутствие яичка в левой половине мошонки.

Анамнез заболевания

Отсутствие яичка в левой половине мошонки диагностированное в возрасте 1 мес. При плановом осмотре хирурга, консультирован урологом-андрологом по месту жительства, был рекомендован повторный осмотр в 6 мес, за медицинской помощью обратились в возрасте 1 года 4-х мес, направлен в хирургический стационар.

Анамнез жизни

Ребёнок от 2 беременности, 1 самостоятельных срочных родов (1 беременность мед аборт). Беременность 38-39 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3350 грамм. Длина 49 см, окружность головы 33 см, окружность грудной клетки 31 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Привит по графику. Неонатальный и аудиоскринг проведены. Выписан из родильного дома на 4 с/ж.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. При осмотре - спокоен. Находится на смешанном вскармливании. Кожные покровы физиологической окраски. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень 1,0+ см из под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Стул самостоятельный, до 4-х раз в сутки. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей.

St. localis: при осмотре, наружные половые органы развиты по мужскому типу. Левая половина мошонки гипоплазирована, пальпаторно яичко не определяется, срединный шов промежности на уровне мошонки смещён влево. По ходу левого пахового канала яичко определяется в верхней трети пахового канала. Правое яичко в мошонке, размер соответствует возрасту.

Основным методом исследования для постановки диагноза в данном случае является

- антигистаминного средства
- физиологического раствора
- гормональной терапии
- антибактериального препарата

Результаты обследования

Во время осмотра мошонки у ребёнка с описанной патологией можно выявить симптом

- Пастернацкого
- Боаса
- «урчания» и «толчка»
- Томашевского

Предполагаемым диагнозом данного пациента можно назвать

- Пастернацкого
- Боаса
- «урчания» и «толчка»
- Томашевского

Диагноз

Для дифференциальной диагностики истинного и ложного крипторхизма выполняют

- Пастернацкого
- Боаса
- «урчания» и «толчка»
- Томашевского

Результаты обследования

При установленном диагнозе крипторхизм в форме паховой ретенции в данном случае показано

- плановое оперативное лечение
- консервативная терапия
- неотложное оперативное лечение
- динамическое наблюдение до 3-летнего возраста

Для госпитализации ребёнка на плановое оперативное вмешательство, хирург должен оформить направление по форме

- 095/у
- 057/у
- 086/у
- 033/у

При установленном диагнозе крипторхизм в форме паховой ретенции в данном случае показано оперативное лечение в объеме низведения и фиксации по

- Петривальскому-Шемакеру
- Тораку-Герцену
- Соколову-Девисону
- методу Шюллера

При низведении и фиксации по методике Петривальского-Шемакера разрез кожи мошонки выполняют

- у поверхностного пахового кольца
- между влагалищной и мясистой оболочкой яичка
- между кожей и мясистой оболочкой яичка
- у мышцы, поднимающей яичко

Операции по низведению и фиксации яичка при крипторхизме в форме паховой ретенции преследуют цель

- профилактики перекрута яичка
- возможности наблюдения в динамике
- сохранить автономию тестикулярной ткани
- достижения косметического результата

Противопоказанием к хирургическому лечению крипторхизма является

- сопутствующая неврологическая патология

- тяжёлое эндокринное нарушение
- сопутствующая генетическая патология
- бедренная эктопия яичка

Частота встречаемости крипторхизма у доношенных новорожденных составляет + ___ + %

- 1
- 6
- 4
- 9

Число повторных операций при крипторхизме достигает + ___ + %

- 1
- 6
- 4
- 9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Плановая госпитализация в стационар мальчик 1 год 3 мес с папой.

Жалобы

На отсутствие яичек с двух сторон.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации у детского уролога-андролога, был выставлен диагно двусторонний крипторхизм. Ребенку выписано направление на госпитализацию в профильный стационар.

Анамнез жизни

Ребёнок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Беременность 35-36 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3650 грамм. Длина 47 см, окружность головы 30 см, окружность грудной клетки 29 см. По шкале Апгар 6/7 баллов. Привит по индивидуальному графику.

Объективный статус

Кожные покровы чистые. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка симметричная, обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не

выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень 1,0+ см из под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Стул самостоятельный, 3-4 раза в сутки. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей.

St. localis: при осмотре, наружные половые органы развиты по мужскому типу. При пальпации мошонки яички с двух сторон не определяются.

Основным методом исследования для постановки диагноза в данном случае является

- 1
- 6
- 4
- 9

Результаты обследования

Во время осмотра мошонки, у ребёнка с описанной патологией можно выявить симптом

- Томашевского
- Боаса
- Пастернацкого
- «урчания» и «толчка»

Для данного пациента предполагаемым диагнозом является

- Томашевского
- Боаса
- Пастернацкого
- «урчания» и «толчка»

Диагноз

Для дифференциальной диагностики истинного и ложного крипторхизма выполняют

- селективную ангиографию
- радиоизотопное исследование
- компьютерную томографию
- мануальное низведение яичка в мошонку

При установленном диагнозе двусторонний крипторхизм в данном случае показано

- консервативная терапия
- динамическое наблюдение до 3-х летнего возраста
- плановое оперативное лечение
- неотложное оперативное лечение

В послеоперационном периоде по поводу крипторхизма необходимо назначить

- местные глюкокортикостероиды
- обработку послеоперационной раны раствором антисептика
- системные глюкокортикостероиды
- антигистаминные препараты

При установленном диагнозе показано лапароскопическое оперативное лечение в объеме низведения и фиксации по

- Фаулер-Стефанс
- методу Шюллера
- Тораку-Герцену
- Соколову-Девисону

При низведении и фиксации по методике Петривальского-Шемакера разрез кожи мошонки выполняют

- у мышцы, поднимающей яичко
- у поверхностного пахового кольца
- между кожей и мясистой оболочкой яичка
- между влагалищной и мясистой оболочкой яичка

Операции по низведению и фиксации яичка при крипторхизме в форме паховой ретенции преследуют цель

- профилактики перекрута яичка
- достижения косметического результата
- возможности наблюдения в динамике
- сохранить автономию тестикулярной ткани

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- гормональной терапии

- антигистаминного средства
- антибактериального препарата
- физиологического раствора

Инфекция хирургической раны, при которой в процесс вовлекается только кожа и подкожная клетчатка, является

- поверхностной
- мышечной
- глубокой
- полостной

Число повторных операций при крипторхизме достигает +___+%

- поверхностной
- мышечной
- глубокой
- полостной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Плановая госпитализация в стационар мальчик 1 год 1 мес с папой.

Жалобы

На отсутствие яичка справа.

Анамнез заболевания

Отсутствие яичка в правой половине мошонки было диагностировано при осмотре урологом-андрологом по месту жительства, был рекомендован повторный осмотр в 12 мес, за медицинской помощью обратились в возрасте 1 года 1-го мес, направлен в хирургический стационар.

Анамнез жизни

Ребёнок от 3 беременности, 3 самостоятельных срочных родов. Беременность 42 недели, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3280 грамм. Длина 54 см, окружность головы 38 см, окружность грудной клетки 27 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. Привит по индивидуальному графику.

Объективный статус

Кожные покровы чистые. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка симметричная, обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям.

Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень 1,0+ см из под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Стул самостоятельный, 3-4 раза в сутки. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей.

St. localis: при осмотре, наружные половые органы развиты по мужскому типу. Правая половина мошонки несколько гипоплазирована, пальпаторно яичко не определяется, срединный шов промежности на уровне мошонки смещён влево. По ходу правого пахового канала яичко определяется в верхней трети пахового канала. Левое яичко в мошонке, размер соответствует возрасту.

Основным методом исследования для постановки диагноза в данном случае является

- поверхностной
- мышечной
- глубокой
- полостной

Результаты обследования

Во время осмотра мошонки, у ребёнка с описанной патологией можно выявить следующий симптом

- Боаса
- «урчания» и «толчка»
- Томашевского
- Пастернацкого

Предполагаемым диагнозом является

- Боаса
- «урчания» и «толчка»
- Томашевского
- Пастернацкого

Диагноз

Для дифференциальной диагностики истинного и ложного крипторхизма выполняют

- Боаса

- «урчания» и «толчка»
- Томашевского
- Пастернацкого

Результаты обследования

При установленном диагнозе крипторхизм в форме паховой ретенции в данном случае показано

- консервативная терапия
- динамическое наблюдение до 3-летнего возраста
- плановое оперативное лечение
- неотложное оперативное лечение

Для госпитализации ребёнка на плановое оперативное вмешательство, хирург должен оформить направление по форме

- 086/у
- 057/у
- 033/у
- 095/у

При установленном диагнозе крипторхизм в форме паховой ретенции в данном случае показано оперативное лечение в объеме низведения и фиксации по

- методу Шюллера
- Петривальского-Шемакера
- Соколову-Девисону
- Тораку-Герцену

При низведении и фиксации по методике Петривальского-Шемакера, разрез кожи мошонки выполняют

- по Файненштилю
- у поверхностного пахового кольца
- между кожей и мясистой оболочкой яичка
- между влагалищной и мясистой оболочкой яичка

Операции по низведению и фиксации яичка при крипторхизме в форме паховой ретенции преследуют цель

- возможности наблюдения в динамике
- профилактики перекрута яичка

- сохранить автономию тестикулярной ткани
- достижения косметического результата

Противопоказанием к хирургическому лечению крипторхизма является

- тяжёлое эндокринное нарушение
- сопутствующая генетическая патология
- сопутствующая неврологическая патология
- бедренная эктопия яичка

Частота встречаемости крипторхизма у доношенных новорожденных составляет +__+ %

- 6
- 1
- 9
- 4

Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек

- 6
- 1
- 9
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с ребенком 2 месяцев.

Жалобы

На увеличение в размере левой половины мошонки.

Анамнез заболевания

С рождения у ребенка отмечается увеличение левой половины мошонки в размере, усугубляющееся при беспокойстве ребенка.

Анамнез жизни

* Ребенок от 3 беременности, 1 преждевременных оперативных родов на 34 неделе в связи с выраженной гипоксией плода

* Вес при рождении 1900 гр, рост 49 см

* В периоде новорожденности находился на выхаживании, выписан домой в возрасте 1,5 месяцев

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка ближе к удовлетворительному, активен. Вес 2900 гр, рост 52 см. Кожный покров и видимые слизистые чистые с мраморным оттенком. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Левая половина мошонки увеличена в размере, пальпируется образование мягко-эластичной консистенции, вправляющееся в брюшную полость с урчанием.

Стул кашицеобразный, желтый. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

По данным осмотра у ребенка клиническая картина

- 6
- 1
- 9
- 4

Диагноз

Основным методом инструментальной диагностики в данном случае является

- 6
- 1
- 9
- 4

Результаты инструментального метода обследования

В данном случае у ребенка грыжа носит + _____ + характер

- наследственный
- врожденный
- приобретенный
- посттравматический

Содержимым грыжевого мешка в данном случае, вероятнее всего, является

- стенка мочевого пузыря
- петля кишки
- сальник
- яичник

В данном случае дифференциальную диагностику, в первую очередь, проводят с

- кистой семенного канатика
- сообщающейся водянкой
- крипторхизмом
- паховым лимфаденитом

Основным методом лечения паховой грыжи является

- оперативное лечение
- ЛФК
- физиотерапия
- массаж

Оперативное лечение неосложненной паховой грыжи показано с возраста

- старше 3 лет
- старше 7 лет
- первых суток жизни
- 6 - 8 месяцев

Основным осложнением паховой грыжи является

- неправимость
- развитие кишечной непроходимости
- увеличение в размере
- ущемление

Данному пациенту рекомендована операция + _____ + доступом

- параумбиликальным
- минилапаротомическим
- паховым
- трансректальным

Операция грыжесечения также может быть выполнена

- торакоскопически
- эндоскопически
- с применением ангиографии
- лапароскопически

При появлении у ребенка с паховой грыжей резкого беспокойства, тошноты, рвоты, боли в животе, невозможности вправления грыжевого выпячивания, следует думать об

- неправимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей
- развитии колита
- ущемлении грыжи

При возникновении ущемления хирургическая тактика заключается в

- неправимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей
- развитии колита
- ущемлении грыжи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с ребенком 4 лет.

Жалобы

На периодически появляющееся образование в левой паховой области.

Анамнез заболевания

Мать ребенка во время купания заметила периодически появляющееся и исчезающее образование в левой паховой области. Общее состояние ребенка не изменялось, растет и развивается по возрасту.

Анамнез жизни

- * Ранее развития без особенностей
- * Привит по календарю

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, активен. Рост 100 см, вес 16 кг. Кожный покров и видимые слизистые чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

Половые органы развиты по женскому типу, правильно. При осмотре в горизонтальном положении паховые области не изменены. При вертикальном

положении при натуживании в левой паховой области визуализируется и пальпируется округлое образование, безболезненное, с урчанием вправляющееся в брюшную полость.

Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

По данным осмотра у ребенка клиническая картина

- невраимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей
- развитии колита
- ущемлении грыжи

Диагноз

Основным инструментальным методом диагностики в данном случае является

- невраимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей
- развитии колита
- ущемлении грыжи

Результаты инструментального метода обследования

В данном случае у ребенка грыжа носит + _____ + характер

- врожденный
- приобретенный
- посттравматический
- наследственный

Содержимым грыжевого мешка в данном случае, вероятнее всего, является

- сальник
- петля кишки
- яичник
- стенка мочевого пузыря

У девочек дифференциальную диагностику паховой грыжи проводят с

- водянкой
- крипторхизмом
- кистой семенного канатика
- увеличением паховых лимфатических узлов

Основным методом лечения паховой грыжи является

- массаж
- оперативное лечение
- ЛФК
- физиотерапия

Оперативное лечение неосложненной паховой грыжи показано с возраста

- 6 - 8 месяцев
- старше 3 лет
- первых суток жизни
- старше 7 лет

Основным осложнением паховой грыжи является

- увеличение в размере
- невраивимость
- развитие кишечной непроходимости
- ущемление

Традиционное грыжесечение выполняется + ____ + доступом

- параумбиликальным
- паховым
- минилапаротомическим
- трансректальным

Операция грыжесечения также может быть выполнена

- с применением ангиографии
- эндоскопически
- лапароскопически
- торакопическими

При появлении у ребенка с паховой грыжей резкого беспокойства, тошноты, рвоты, боли в животе, невозможности вправления грыжевого выпячивания, следует думать об

- ущемлении грыжи
- развитии колита
- невраивимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей

При возникновении ущемления хирургическая тактика заключается в

- ущемлении грыжи
- развитии колита
- невраимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение хирургического стационара обратился папа с мальчиком 8 лет.

Жалобы

На резкую болезненность внизу живота.

Анамнез заболевания

6 часов назад во время занятия на спортивной секции по футболу, ребенок почувствовал боль внизу живота. Через 4 часа после возникновения болевого синдрома, боль усилилась, в связи с чем ребенок пожаловался родителями на боли внизу живота. В связи подозрением на острую хирургическую патологию, родителями была вызвана бригада скорой медицинской помощи, ребёнок доставлен в приёмное отделение хирургического стационара.

Анамнез жизни

- * мать и отец здоровы
- * ребёнок от 2 беременности 1 срочных физиологических родов на 39 неделе
- * на грудном вскармливании до 6 месяцев
- * рос и развивался по возрасту
- * аллергические реакции отрицает
- * хронических заболеваний нет

Объективный статус

При осмотре: ребёнок нормостенического телосложения. Рост 126 см, вес 45 кг. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно –везикулярное, хрипов нет, чистота дыхания 23 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 105 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальный признаков нет.

Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Правая половина мошонки увеличена в размерах, гиперемированна, яичка определяется у корня мошонки, плотное, резко болезненное.

Для постановки окончательного диагноза необходимо выполнить

- ущемлении грыжи
- развитии колита
- неправимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом в данном случае является

- ущемлении грыжи
- развитии колита
- неправимости грыжи
- присоединении воспаления мягких тканей

Диагноз

Дифференциальную диагностику перекрута яичка необходимо проводить с

- орхитом
- отеком Квинке
- перекрутом гидатиды
- гидроцеле
- варикоцеле

Тактика детского хирурга при выставленном диагнозе

- плановое оперативное вмешательство
- динамическое наблюдение
- экстренное оперативное вмешательство
- консервативная терапия

Оперативное вмешательство по поводу перекрута яичка следует выполнить

- эндоваскулярно
- через мошоночный доступ
- лапароскопически
- через паховый доступ

После выпихивания яичка в рану необходимо

- провести орхиэктомию
- выполнить деторсию
- фиксировать яичко к перегородке мошонки
- оценить жизнеспособность яичка

После выполнение деторсии яичка, следующим этапом необходимо выполнить

- орхиэктомию
- удаление гидатиды Морганьи
- фиксацию яичка к перегородке мошонки
- оценку жизнеспособности яичка

Для улучшения микроциркуляции и определения сохранности яичка в область семенного канатика следует ввести

- орхиэктомию
- удаление гидатиды Морганьи
- фиксацию яичка к перегородке мошонки
- оценку жизнеспособности яичка

Дальнейшая тактика хирурга

- надрезать белочную оболочку яичка, оценить кровоток
- фиксировать яичко тремя узловыми швами к оболочкам
- перевязать элементы семенного канатика, удалить яичко
- погрузить яичко в мошонку, не фиксируя яичко

В послеоперационном периоде по поводу перекрута яичка необходимо назначить

- местные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- орошение раны антибиотиками
- антигистаминные препараты

Внутриблагалищное перекручивание яичка чаще возникает у

- пожилых
- новорождённых
- детей 1-3 лет
- детей старше 3 лет

У детей грудного возраста при перекруте яичка используют +____+ доступ

- пожилых
- новорождённых
- детей 1-3 лет
- детей старше 3 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение хирургии доставлен мальчик 15 лет.

Жалобы

На выраженную боль, отек, покраснение левой половины мошонки.

Анамнез заболевания

За 1,5 часа до поступления во время тренировки по спортивным танцам мальчик почувствовал резкую сильную боль в левой половине мошонке, отмечалась однократная рвота. В течении следующего часа вырос отек левой половины мошонки, покраснение. Бригадой скорой медицинской помощи ребенок был доставлен в приемное отделение хирургии.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов
- * Привит по календарю
- * Ранее развитие без особенностей

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести. Рост 165 см, вес 54 кг. Температура тела 36,7°C. Жалобы на сильную боль в левой половине мошонки. С трудом стоит в виду выраженности боли. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный, в левой поясничной области. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Левая половина мошонки резко отечна, гиперемирована, яичко подтянуто к корню мошонки, резко болезненно. Пальпация паховой области и элементов семенного канатика резко болезненна. Правая половина мошонки не изменена. Грыжевые выпячивания не визуализируются, не пальпируются. Стул без патологических примесей. Моча прозрачная, дизурии нет.

В первую очередь пациенту необходимо выполнить

- пожилых
- новорождённых
- детей 1-3 лет
- детей старше 3 лет

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода при осмотре пациента в данном случае возможно выполнение

- пожилых
- новорождённых
- детей 1-3 лет
- детей старше 3 лет

Результаты обследования

Предположительным диагнозом у данного пациента является

- пожилых
- новорождённых
- детей 1-3 лет
- детей старше 3 лет

Диагноз

В данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику с

- эпидидимитом слева
- сперматоцеле слева
- варикоцеле слева
- абсцесс мошонки

Тактика лечения в данном случае заключается в

- консервативном лечении
- оперативном лечении в плановом порядке
- динамическом наблюдении
- оперативном лечении в экстренном порядке

При ревизии интраоперационно: яичко темного цвета, пульсация сосудов семенного канатика вялая, через 15 минут после устранения перекрута и выполнения новокаиновой блокады, пульсация сосудов улучшилась, яичко приобрело более светлый цвет. Дальнейшая тактика будет следующая

- удаление яичка слева
- ушивание раны с оставлением дренажа
- ушивание раны, сохранение яичка
- резекция яичка слева

В послеоперационной периоде с целью профилактики аутоиммунного процесса пациенту показано назначение

- глюкокортикостероидов
- саллицилатов
- ацетилсалициловой кислоты
- цитостатиков

При ревизии интраоперационно: яичко черного цвета, пульсация сосудов семенного канатика отсутствует, через 15 минут после устранения перекрытия и выполнения новокаиновой блокады, картина та же. Дальнейшая тактика будет следующая

- резекция яичка слева
- удаление яичка слева
- ушивание раны, сохранение яичка
- дренирование мошонки

Развитие аутоиммунного воспаления паренхимы яичка в отдаленном периоде может привести к

- раку яичка слева
- бесплодию
- водянке яичка слева
- варикоцеле слева

Перед выпиской из стационара после оперативного лечения в данном случае рекомендуется выполнение

- диафаноскопии
- анализа мочи по Нечипоренко
- пальцевого исследования
- УЗИ мошонки

После выписки из стационара пациенту рекомендуется + _____ + через 1 месяц

- УЗИ мошонки
- спермограмма
- контроль анализа мочи
- контроль анализов крови

При обнаружении интраоперационно неизмененных гидатид хирургическая тактика заключается в

- УЗИ мошонки
- спермограмма
- контроль анализа мочи
- контроль анализов крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

По экстренным показаниям в городскую больницу поступил мальчик 5 лет с предварительным диагнозом - синдром отечной мошонки.

Жалобы

На боль в области левого яичка.

Анамнез заболевания

- * Внезапно накануне почувствовал резкую боль в левой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки.
- * За 12 дней до этого перенес паротит.
- * При осмотре: отек и гиперемия мошонки резко выражены, яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие согласно полу и возрасту.
- * Травмы и операции отрицает.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 117 см, вес 21 кг. Лихорадит субфебрильно, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца ясные, ЧСС до 95 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, отек и гиперемия левой половины мошонки резко выражены, левое яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. Правое яичко интактно, в пределах возрастной нормы.

Скрининговым методом диагностики при синдроме острой мошонки является

- УЗИ мошонки
- спермограмма
- контроль анализа мочи
- контроль анализов крови

Результаты обследования

Вариантом догоспитальной помощи при перекруте яичка на ранней стадии заболевания является

- холодный компресс на область мошонки
- суспензорий с мазью Вишневского
- новокаиновая блокада семенного канатика
- мануальное раскручивание яичка

Характерным клиническим признаком для перекрута гидатиды яичка является

- затрудненное мочеиспускание
- болезненность обоих яичек
- тяжелая интоксикация и лихорадка
- темное пятно при диафаноскопии

Характерными клиническими признаками при перекруте яичка является

- темное пятно при диафаноскопии
- болезненность обоих яичек
- частое и болезненное мочеиспускание
- острое начало и сильные боли

На основании анамнеза можно выставить диагноз

- темное пятно при диафаноскопии
- болезненность обоих яичек
- частое и болезненное мочеиспускание
- острое начало и сильные боли

Диагноз

Выявленные на УЗИ изменения: увеличенное в размерах яичко у корня мошонки, повышенной эхогенности, неоднородной структуры, с резко обедненным кровотоком – характерны для

- перекрута яичка слева
- орхоэпидидимита слева
- водянки оболочек яичка слева
- крипторхизма слева

При перекруте яичка показано

- консервативное лечение
- наблюдение в динамике
- экстренная операция
- операция в плановом порядке

При некрозе гидатиды яичка показана

- наблюдение в динамике
- операция в плановом порядке
- консервативное лечение
- экстренная операция

После ревизии мошонки при перекруте яичка необходимо выполнить

- установку дренажа в области оболочек яичка
- фиксацию яичка нерассасывающимся шовным материалом
- ушивание стенок пахового канала нерассасывающимся шовным материалом
- промывание яичка физиологическим раствором

Стекловидный отек тканей мошонки с безболезненной пальпацией яичек характерен для

- некроза гидатиды яичка
- аллергического отека мошонки
- остро возникшей водянки оболочек яичка
- вирусного орхоэпидидимита

Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек

- флегмона Фурнье
- орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка

Исход перекрута яичка зависит от

- флегмона Фурнье

- орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С., 4 лет поступил по скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы.

Жалобы

На сильные боли в правом яичке, боль усиливается при ходьбе.

Анамнез заболевания

Накануне ребенок упал с высоты своего тела на угол стола. Далее со слов родителей отмечалось нарастание объёма мошонки.

Анамнез жизни

- * Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие по возрасту.
- * Накануне получил тупую травму органов мошонки, путем падения с высоты.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Аллергологический анамнез неотягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 102 см, вес 18 кг. Температура тела 38,4°C Катаральных явлений нет.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 81 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Правое яичко по сравнению со здоровым увеличено в 3 раза. Отек и гиперемия мошонки умеренные.

Первичным исследованием при травме органов мошонки является

- флегмона Фурнье
- орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка

Результаты обследования

Дифференциальная диагностика травмы мошонки выполняется с

- сообщающейся водянкой яичка
- вывихом яичка
- доброкачественным образованием мошонки
- пахово-мошоночной грыжей

При пальпации органов мошонки при разрыве яичка отмечается

- повреждение кожных покровов
- стекловидный отек мошонки
- обширная гематома в ткани яичка и мошонки
- симптом «темного пятна»

Разрыв яичка относится к наиболее тяжелым повреждениям органов мошонки, подобные травмы сопровождаются

- резкой и сильной болью
- тошнотой и рвотой
- субфебрильной лихорадкой
- резким головокружением

Часто травма наружных половых органов может вызвать

- перекрут гидатиды
- инфекцию мочевыводящих путей
- вывих яичка
- нарушение мочеиспускания

На основании анамнеза, УЗИ органов мошонки и физикального осмотра выставлен диагноз

- перекрут гидатиды
- инфекцию мочевыводящих путей
- вывих яичка
- нарушение мочеиспускания

Диагноз

Лечение закрытых повреждений мошонки зависит от характера и

- перекрут гидатиды
- инфекцию мочевыводящих путей

- вывих яичка
- нарушение мочеиспускания

Данная клиническая картина наиболее характерна для

- инфекции области хирургического вмешательства
- частичного блока почки
- обострения пиелонефрита
- острого респираторного заболевания

Кроме общего анализа крови и исследования уровня С-реактивного белка крови рекомендуется определение уровня

- креатинина
- щелочной фосфатазы
- паратиреоидного гормона
- прокальцитонина

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- антибактериального препарата
- физиологического раствора
- антигистаминного средства
- гормональной терапии

Инфекция хирургической раны, при которой в процесс вовлекается только кожа и подкожная клетчатка, является

- глубокой
- мышечной
- полостной
- поверхностной

При сильных болях, возникших при повреждении яичка и придатка, показана

- глубокой
- мышечной
- полостной
- поверхностной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К детскому урологу-андрологу обратились родители мальчика 1 года 4 месяцев.

Жалобы

На частые подъёмы температуры до 39,0°C, воспалительные изменения в моче на фоне гипертермии.

Анамнез заболевания

В возрасте 6 месяцев отмечался подъем температуры тела до 39°C, по данным УЗИ почек и мочевого пузыря было выявлено расширение собирательной системы и мочеточника правой почки, в общем анализе мочи отмечалась лейкоцитурия.

На микционной цистоуретрографии был выявлен заброс контрастного вещества до собирательной системы правой почки.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, первых срочных родов на 39 неделе. Беременность протекала без осложнений. Масса при рождении 3300 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. Хронические заболевания: нет. Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Положение активное. Вес 12,7 кг. Рост стоя 83 см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки с двух сторон не пальпируются.

В рамках обследования рекомендованы лабораторные методы исследования

- глубокой
- мышечной
- полостной
- поверхностной

Результаты лабораторных методов обследования

Для верификации диагноза показано инструментальное исследование

- глубокой
- мышечной
- полостной
- поверхностной

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом данного пациента является

- глубокой
- мышечной
- полостной
- поверхностной

Диагноз

У данного пациента пузырно-мочеточниковый рефлюкс соответствует + ____ + степени (классификация международного комитета по исследованию рефлюкса)

- 1
- 3
- 5
- 2

С целью профилактики инфекции мочевых путей больному с пузырно-мочеточниковым рефлюксом показано проведение

- гормональной терапии
- уросептической терапии
- цитостатической терапии
- гипербарической оксигенации

Ребёнку с первичным пузырно-мочеточниковым рефлюксом показано (а)

- эндоскопическая коррекция
- наложение пиелокутанеостомы
- гормональная терапия
- постановка внутреннего стента в лоханку

При эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса в подслизистый слой устья мочеточника показано имплантировать

- объемобразующее вещество
- ботулинистический токсин
- 95% спиртовой раствор
- физиологический раствор

Для снижения риска операционных осложнений антибиотикопрофилактика перед операцией проводится за

- 6 часов
- 5 минут
- 1 час
- 30 минут

Характерным симптомом при пузырно-мочеточниковом рефлюксе является

- капельное недержание мочи
- рецидивирующий пиелонефрит
- дизурия
- люмбалгия

При выявлении участков склероза в почечной паренхиме у больного с пузырно-мочеточниковым рефлюксом следует думать о

- рефлюкс-нефропатии
- мультикистозе почки
- обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента
- мегауретере

У больного с пузырно-мочеточниковым рефлюксом характерным симптомом по данным ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря является

- сужение лоханочно-мочеточникового сегмента
- увеличение толщины паренхимы почки
- тазовая дистопия почки
- дилатация собирательной системы почки и мочеточника

Для определения функции почек у больного с пузырно-мочеточниковым рефлюксом показано проведение

- сужение лоханочно-мочеточникового сегмента
- увеличение толщины паренхимы почки
- тазовая дистопия почки
- дилатация собирательной системы почки и мочеточника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию обратилась мать с ребенком 1,5 лет.

Жалобы

На рецидивирующие пиелонефриты.

Анамнез заболевания

С возраста 1 месяца жизни ребенок страдает рецидивирующими инфекциями мочевых путей, по поводу которых получал лечение в условиях стационара. При обследовании в возрасте 3 месяцев у ребенка выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс, назначена консервативная терапия, однако на этом фоне продолжают возникать эпизоды пиелонефрита. Контрольное обследование не проводилось в связи с отказом матери. В последнее время эпизоды инфекции мочевых путей участились, плохо поддаются антибактериальной терапии. Мать ребенка также отмечает плохую прибавку массы тела, плохой аппетит, некоторое отставание ребенка в психомоторном развитии. Педиатром направлены на консультацию к детскому хирургу. По данным общего анализа крови у ребенка имеется гипохромная анемия (гемоглобин 90г/л).

Анамнез жизни

- * Ребенок от 2 беременности, 1 самостоятельных срочных родов.
- * Масса при рождении 3250 гр, рост 51 см.
- * Не привит, наследственный анамнез не отягощен

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка стабильное, активен. Рост 79 см, вес 10 кг. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно, оба яичка в мошонке. Грыжевые выпячивания не визуализируются, не пальпируются. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дисурии нет. Почки с двух сторон не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный.

Основным методом диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса является

- сужение лоханочно-мочеточникового сегмента
- увеличение толщины паренхимы почки
- тазовая дистопия почки
- дилатация собирательной системы почки и мочеточника

Результаты обследования

По результатам микционной цистографии на данном снимке (слайд1) определяется

- расширение мочеточника, уменьшение размеров мочевого пузыря
- расширение мочеточника, лоханки, чашечек
- расширение мочеточника, лоханки
- расширение мочеточника

В составе комплексного урологического обследования для оценки степени нарушения функции почки показано выполнение

- расширение мочеточника, уменьшение размеров мочевого пузыря
- расширение мочеточника, лоханки, чашечек
- расширение мочеточника, лоханки
- расширение мочеточника

Результаты обследования

Данному пациенту можно поставить диагноз

- расширение мочеточника, уменьшение размеров мочевого пузыря
- расширение мочеточника, лоханки, чашечек
- расширение мочеточника, лоханки
- расширение мочеточника

Диагноз

Основным клиническим проявлением пузырно-мочеточникового рефлюкса у данного пациента является

- плохая прибавка массы тела
- отставание в психомоторном развитии
- рецидивирующие инфекции мочевых путей
- анемия

У пациентов до 1 года при лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса преимущественно применяют

- стентирование устья мочеточника
- консервативную терапию
- наложение пиелостомы
- оперативное лечение

При наличии рецидивирующих инфекций мочевых путей в состав консервативной терапии обязательно включают

- холиноблокаторы
- биопрепараты
- прокинетики
- антибиотики

Контрольное обследование после проведенного курса консервативной терапии обычно выполняется через

- 1-2 месяца
- 3-6 месяцев
- 1-2 года
- 6-12 месяцев

В данном случае ребенку показано

- оперативное лечение
- консервативная терапия
- цистоскопия, стентирование
- динамическое наблюдение

Одной из наиболее распространенных методик оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса является операция

- Фанкони
- Насса
- Равича
- Коэна

В составе комплексного урологического обследования детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом для оценки степени нарушения функции почки показано выполнение

- общего анализа мочи
- урофлоуметрии
- биохимического исследования крови
- цистоскопии

После выполнения оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса, контрольное обследование необходимо проводить через

- общего анализа мочи
- урофлоуметрии
- биохимического исследования крови
- цистоскопии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию направлена мать с ребенком 5 лет.

Жалобы

На расширение почечной лоханки слева и справа по данным УЗИ почек.

Анамнез заболевания

При скрининговом УЗИ в возрасте 3 лет у ребенка было выявлено расширение почечной лоханки слева до 5 мм, выполнялось динамическое УЗИ почек. Также у ребенка отмечался эпизод помутнения мочи с подъемом температуры, лечился амбулаторно, получал курс антибактериальной терапии. При выполнении УЗИ в возрасте 5 лет с пустым мочевым пузырем выявлено расширение почечной лоханки до 5 мм, уплотнение ее стенок, при осмотре с полным мочевым пузырем расширение лоханки составило 7 мм. Ребенок был направлен на консультацию к детскому хирургу.

Педиатром был назначен общий анализ мочи: показатели в пределах референсных значений.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов.
- * Масса при рождении 3500 гр, рост 52 см.
- * Отец ребенка страдает гидронефрозом, был оперирован.

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка стабильное, активен. Рост 102 см, вес 22 кг. Кожный покров и видимые слизистые чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно, оба яичка в мошонке. Грыжевые выпячивания не визуализируются, не пальпируются. Стул кашицеобразный, без

патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет. Почки с двух сторон не пальпируются.

Данному пациенту для постановки диагноза, в первую очередь, показано проведение

- общего анализа мочи
- урофлоуметрии
- биохимического исследования крови
- цистоскопии

Результаты обследования

По результатам ретроградной цистоуретрографии на данном снимке (слайд 1) определяется

- удвоение почки
- расширение и извитость мочеточника
- ретроградный заброс мочи в мочеточник и собирательную систему почек
- возрастная норма

В составе комплексного урологического обследования для оценки уродинамики нижних мочевых путей показано выполнение

- удвоение почки
- расширение и извитость мочеточника
- ретроградный заброс мочи в мочеточник и собирательную систему почек
- возрастная норма

Результаты обследования

Данному пациенту можно поставить следующий диагноз

- удвоение почки
- расширение и извитость мочеточника
- ретроградный заброс мочи в мочеточник и собирательную систему почек
- возрастная норма

Диагноз

Наличие у пациента в анамнезе эпизода помутнения мочи с подъемом температуры тела можно объяснить

- развитием цистита
- развитием уретрита

- развитием пиелонефрита
- развитием баланопостита

У пациентов до 1 года при лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса преимущественно применяют

- оперативное лечение
- наложение пиелостомы
- стентирование устья мочеточника
- консервативную терапию

В состав консервативной терапии обязательно включают

- биопрепараты
- уросептики
- прокинетики
- холиноблокаторы

Контрольная цистография после проведенного курса консервативной терапии обычно выполняется через

- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев
- 3-6 месяцев
- 1-2 года

Одним из показаний к оперативному лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса является

- рецидивирующие пиелонефриты
- наличие двухстороннего рефлюкса
- возраст до 1 года
- наличие генетической патологии

Основным принципом оперативного лечения при пузырно-мочеточниковом рефлюксе является

- создание клапанного механизма уретерovesикального соустья
- создание клапанного механизма пиелоуретрального сегмента
- обуживание интрамурального отдела мочеточника
- расширение уретерovesикального соустья

В составе комплексного урологического обследования детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом для оценки степени нарушения функции почки показано выполнение

- общего анализа мочи
- биохимического исследования крови
- урофлоуметрии
- цистоскопии

После выполнения оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса контрольное обследование необходимо проводить через

- общего анализа мочи
- биохимического исследования крови
- урофлоуметрии
- цистоскопии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В урологическое отделение поступил пациент 4 лет для контрольного обследования.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

В возрасте 1 года отмечался подъем температуры тела до 39,0°C, по данным УЗИ почек и мочевого пузыря было выявлено расширение собирательной системы и мочеточников обеих почек, так же в общем анализе мочи отмечалась лейкоцитурия. При дообследовании на микционной цистоуретрографии был выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени с двух сторон, по поводу чего была проведена эндоскопическая коррекция рефлюкса в 1 год 3 мес. В межгоспитальный период отмечались частые обострения пиелонефрита, при контрольном обследовании в возрасте 2 лет по данным микционной цистографии сохранялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени слева. Была проведена повторная эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса слева.

За прошедший межгоспитальный период отмечались 3 обострения пиелонефрита, по данным статической нефросцинтиграфии, у ребенка отмечается увеличение количества очагов нефросклероза слева.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности, 3 срочных родов. Беременность протекала на фонетоксикоза во 2 и 3 триместрах. Масса при рождении 3360 г, длина тела 52 см. Раннее развитие без особенностей. Хронические заболевания: нет. Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Положение свободное, сознание ясное. Вес 13,6 кг. Рост стоя 93 см. Состояние питания соответствует возрасту. Кожный покров бледно-розовый, чистый от сыпи, умеренной влажности. Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание через нос свободное, аускультативно проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Почки с двух сторон не пальпируются, мочевой пузырь не заполнен. Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для уточнения диагноза рекомендован инструментальный метод исследования

- общего анализа мочи
- биохимического исследования крови
- урофлоуметрии
- цистоскопии

Результаты инструментального метода обследования

В рамках дообследования, помимо бактериологического исследования и общего анализа мочи, показано определение

- общего анализа мочи
- биохимического исследования крови
- урофлоуметрии
- цистоскопии

Результаты обследования

Предположительным диагнозом для данного пациента является

- общего анализа мочи
- биохимического исследования крови

- урофлоуметрии
- цистоскопии

Диагноз

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс по рентгенологической классификации соответствует + _____ + степени

- 4
- 1
- 2
- 3

Рекомендованная тактика лечения следующая

- антибактериальная терапия (защищённые пенициллины + метронидазол)
- длительное применение уросептиков, наблюдение уролога в поликлинике
- оперативное лечение
- контроль лабораторных, инструментальных исследований через 2 месяца

До операции для снижения риска операционных осложнений показано

- введение антибактериального препарата
- введение дексаметазона
- введение прозерина
- переливание плазмы крови

Данному пациенту для коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса рекомендована операция

- расчленяющая пиелопластика слева
- пункционная нефростомия слева
- реимплантация мочеточника слева
- стентирование почечной лоханки слева

В курсе терапии для профилактики инфекции мочевых путей показано проведение + _____ + терапии

- физиотерапевтической
- гомеопатической
- уросептической
- гормональной

Характерным эхо-графический симптомом у больного с пузырно-мочеточниковым рефлюксом при проведении ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря является

- утолщение стенки мочевого пузыря
- тазовая дистопия почки
- дилатация мочеточника
- сужение мочеточника

К оптимальному инструментальному исследованию для определения степени пузырно-мочеточникового рефлюкса относится

- компьютерная томография почек и мочевого пузыря
- цистоскопия
- ангиография почечных сосудов
- микционная цистоуретрография

Выявленные участки склероза в почечной паренхиме по данным статической нефросцинтиграфии у ребёнка с пузырно-мочеточниковым рефлюксом говорят о наличии

- почечной недостаточности
- хронического пиелонефрита
- рефлюкс-нефропатии
- гидронефроза

При пузырно-мочеточниковом рефлюксе характерным симптомом является

- почечной недостаточности
- хронического пиелонефрита
- рефлюкс-нефропатии
- гидронефроза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 12 лет поступил по экстренным показаниям в неотложное хирургическое отделение с предварительным диагнозом левосторонний эпидидимит.

Жалобы

При поступлении жалобы на боль в области левого яичка.

Анамнез заболевания

2 дня назад ребенок почувствовал резкую боль в левой половине мошонки, через 6 часов появились отек и гиперемия мошонки. При осмотре: отек и гиперемия мошонки слева резко выражена, яичко болезненное. Имеется темное пятно размерами до 5 мм у корня мошонки.

Анамнез жизни

* Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.

* Развитие по возрасту.

* Травмы и операции отрицает.

* На учете у узких специалистов не состоит.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, вес 35 кг. Катаральных явлений нет.

* Кожные покровы бледно-розовые, чистые.

* Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.

* Тоны сердца звучные, ЧСС до 81 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.

* Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, отек и гиперемия мошонки резко выражены, левое яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. Имеется темное пятно размерами до 5 мм у корня мошонки.

Скрининговым методом диагностики при синдроме острой мошонки является

- почечной недостаточности
- хронического пиелонефрита
- рефлюкс-нефропатии
- гидронефроза

Результаты обследования

Основным методом диагностики при перекруте гидатиды Морганьи является

- почечной недостаточности
- хронического пиелонефрита
- рефлюкс-нефропатии
- гидронефроза

Результаты обследования

Характерным клиническим признаком для перекрута гидатиды яичка является

- затрудненное мочеиспускание
- темное пятно при диафаноскопии
- тяжелая интоксикация и лихорадка
- болезненность обоих яичек

С целью выявления характера содержимого оболочек яичка (кровь, экссудат) выполняют

- диагностическую лапароскопию
- диагностическую пункцию
- ревизию пахового канала
- установку уретрального катетера

На основании анамнеза можно выставить диагноз

- диагностическую лапароскопию
- диагностическую пункцию
- ревизию пахового канала
- установку уретрального катетера

Диагноз

Выявленные на УЗИ изменения: увеличенное в размерах яичко у корня мошонки, повышенной эхогенности, неоднородной структуры, с резко обедненным кровотоком – характерны для

- крипторхизма
- перекрута яичка
- орхоэпидидимита
- водянки оболочек яичка

При перекруте яичка показано

- экстренная операция
- консервативное лечение
- наблюдение в динамике
- операция в плановом порядке

При некрозе гидатиды яичка показано(а)

- экстренная операция
- консервативное лечение
- наблюдение в динамике
- операция в плановом порядке

Данная клиническая картина наиболее характерна для

- обострения пиелонефрита
- частичного блока почки
- инфекции области хирургического вмешательства
- острого респираторного заболевания

Кроме общего анализа крови и исследования уровня С-реактивного белка крови рекомендуется определение уровня

- щелочной фосфатазы
- креатинина
- паратиреоидного гормона
- прокальцитонина

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- гормональной терапии
- антибактериального препарата
- антигистаминного средства
- физиологического раствора

Инфекция хирургической раны, при которой в процесс вовлекается только кожа и подкожная клетчатка, является

- гормональной терапии
- антибактериального препарата
- антигистаминного средства
- физиологического раствора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К детскому урологу на прием в поликлинике обратилась мама с мальчиком 8 лет.

Жалобы

На затруднение мочеиспускания, невозможность вывести головку полового члена.

Анамнез заболевания

С 6 лет отмечается рецидивирующий баланопостит. Во время мочеиспускания ребенок беспокоится, сейчас головка полового члена не выводится, до этого головка полового члена выводилась.

Анамнез жизни

- * мать и отец здоровы
- * ребёнок от 1 беременности 1 срочных физиологических родов на 39 неделе
- * оценка по шкале Апгар 8/9 баллов
- * аллергоанамнез не отягощен
- * рос и развивался по возрасту
- * на диспансерном учете не состоит

Объективный статус

При осмотре: ребёнок нормостенического телосложения. Рост 124 см, вес 25 кг. Не лихорадит. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые, умеренной влажности. Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, хрипы не выслушиваются, частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 95 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных симптомов нет.

Для постановки окончательного диагноза необходимо выполнить

- гормональной терапии
- антибактериального препарата
- антигистаминного средства
- физиологического раствора

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом данного пациента является

- гормональной терапии
- антибактериального препарата
- антигистаминного средства
- физиологического раствора

Диагноз

К причинам возникновения рубцового фимоза относятся

- преждевременное выведение головки
- несоблюдение ритма мочеиспусканий
- переохлаждение
- рецидивирующие баланопоститы

Тактика детского хирурга в данном случае следующая

- выведение головки полового члена в момент осмотра
- динамическое наблюдение
- экстренное оперативное вмешательство
- консервативная терапия

Консервативная терапия при баланопостите включает в себя

- промывание препуциального мешка слабым раствором перманганата калия
- закладывание в препуциальный мешок антибактериальных мазей
- системную антибиотикотерапию в течении 5 дней
- постепенное выведение головки полового члена

Консервативное лечение при баланопостите продолжают в течение

- промывание препуциального мешка слабым раствором перманганата калия
- закладывание в препуциальный мешок антибактериальных мазей
- системную антибиотикотерапию в течении 5 дней
- постепенное выведение головки полового члена

Дальнейшая тактика детского хирурга заключается в

- динамическом наблюдении
- экстренном оперативном вмешательстве
- плановом оперативном вмешательстве
- консервативной терапии

При рубцовом фимозе оперативное лечение выполняется в объеме

- бужирования уретры
- кругового иссечения листков крайней плоти
- пластики уздечки
- уретропластики

Для госпитализации ребёнка на плановое оперативное вмешательство, хирург должен оформить направление по форме

- 095/у
- 079/у
- 057/у
- 086/у

В раннем послеоперационном периоде по поводу обрезания крайней плоти необходимо (а/ы)

- обезболивание по требованию
- ежедневные перевязки с левомеколем
- гемостатическая терапия
- системная антибиотикотерапия

Парафимоз это

- ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти
- искривление головки полового члена по вентральной плоскости
- искривление головки полового члена по дорсальной плоскости
- сужение отверстия крайней плоти, препятствующее обнажению головки полового члена

В поздние сроки развития парафимоза необходимо

- ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти
- искривление головки полового члена по вентральной плоскости
- искривление головки полового члена по дорсальной плоскости
- сужение отверстия крайней плоти, препятствующее обнажению головки полового члена

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 12 лет, поступил в урологическое отделение с жалобами на затрудненное мочеиспускание.

Жалобы

На натуживание и болезненность при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Со слов мамы 6 месяцев назад ребенок упал промежностью на трубу, где получил травму заднего отдела уретры, далее ребенок был экстренно

госпитализирован в урологический стационар, где была выполнена цистостомия и антеградная катетеризация мочевого пузыря, через 3 месяца ребенку был удален уретральный катетер.

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие по возрасту.
- * Получил травму заднего отдела уретры 6 месяцев назад
- * Состоит на учете у детского уролога-андролога
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 158 см, вес 39 кг. Не лихорадит, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 81 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, имеется дизурия, мочеиспускание тонкой струей.

Инструментальным методом диагностики при стриктуре уретры является

- ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти
- искривление головки полового члена по вентральной плоскости
- искривление головки полового члена по дорсальной плоскости
- сужение отверстия крайней плоти, препятствующее обнажению головки полового члена

Результаты инструментального метода обследования

В качестве лабораторного обследования ребенку необходимо выполнить

- ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти
- искривление головки полового члена по вентральной плоскости
- искривление головки полового члена по дорсальной плоскости
- сужение отверстия крайней плоти, препятствующее обнажению головки полового члена

Результаты лабораторного метода обследования

Дифференциальная диагностика стриктуры уретры проводится с

- клапаном задней уретры
- сообщающейся водянкой яичка
- доброкачественным образованием мошонки
- пахово-мошоночной грыжей

Наиболее частым и особенно важным симптом при стриктуре уретры является

- ночное недержание мочи
- слабая струя мочи
- болезненность в области мочевого пузыря
- болезненность в области гипогастрия

На основании анамнеза можно выставить диагноз

- ночное недержание мочи
- слабая струя мочи
- болезненность в области мочевого пузыря
- болезненность в области гипогастрия

Диагноз

Большое количество ятрогенных стриктур уретры происходит после выполненной операции по поводу

- гипоспадии
- крипторхизма
- циркумцизио
- экстрофии мочевого пузыря

Паллиативным методом инвазивного лечения стриктуры уретры является

- уретропластика свободным лоскутом
- уретропластика по Хольцову
- бужирование уретры
- заместительная уретропластика

Интраоперационно после выполнения уретропластики для устранения послеоперационного отека выполняется

- уретропластика свободным лоскутом
- уретропластика по Хольцову
- бужирование уретры

- заместительная уретропластика

Дополнительная информация

На 7-е сутки после операции при проведении перевязки операционной раны было обнаружено покраснение краев раны, гнойные наложения по линии шва, у ребенка при этом отмечен подъем температуры тела до 38.5°C. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз.

Данная клиническая картина наиболее характерна для

- острого респираторного заболевания
- обострения пиелонефрита
- инфекции области хирургического вмешательства
- частичного блока почки

Кроме общего анализа крови и исследования уровня С-реактивного белка крови рекомендуется определение уровня

- креатинина
- прокальцитонина
- паратиреоидного гормона
- щелочной фосфатазы

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- физиологического раствора
- антибактериального препарата
- гормональной терапии
- антигистаминного средства

Инфекция хирургической раны, при которой в процесс вовлекается только кожа и подкожная клетчатка, является

- физиологического раствора
- антибактериального препарата
- гормональной терапии
- антигистаминного средства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стационар в отделение урологического профиля поступил мальчик 3 дней жизни.

Жалобы

Аномальное строение передней брюшной стенки и наружных половых органов.

Анамнез заболевания

* В роддоме после рождения у ребенка обнаружено аномальное строение передней брюшной стенки и наружных половых органов, вследствие чего был направлен в урологическое отделение для проведения оперативного лечения данной патологии

Анамнез жизни

* Ребенок от 5 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом триместре. Роды 4, срочные, путем Кесарева сечения. Масса при рождении 3250 г, длина тела 51 см

* Аллергический анамнез не отягощен

* Наследственный анамнез не отягощен

Объективный статус

* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C.

* Положение свободное, сознание ясное. Вес 3100 г. Рост стоя 51 см.

Телосложение гармоничное.

* Кожный покров бледно-розовый, чистый от сыпи, умеренной влажности.

Слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не гипертрофированы. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

* Дыхание через нос свободное, аускультативно проводится во все отделы легких, пуэрильное, хрипов нет

* Тоны сердца звучные, ритмичные.

* Живот не вздут, при пальпации мягкий, ниже пупка отмечается дефект передней брюшной стенки. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.

* Наружные половые органы сформированы неправильно, уретра по дорсальной части расщеплена

Постановка диагноза у данного пациента возможна при проведении

- физиологического раствора
- антибактериального препарата
- гормональной терапии
- антигистаминного средства

Результаты обследования

С целью исключения сопутствующих врожденных пороков развития мочеполовой системы у данного пациента на первом этапе диагностики рекомендуется проведение

- физиологического раствора
- антибактериального препарата
- гормональной терапии
- антигистаминного средства

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и физикального обследования, пациенту можно поставить диагноз

- физиологического раствора
- антибактериального препарата
- гормональной терапии
- антигистаминного средства

Диагноз

Экстрофия мочевого схода по физикальному осмотру с

- эписпадией
- афалией
- стриктурой уретры
- гипоспадией

Форма эписпадии, при которой затронута шейка мочевого пузыря, называется

- частичная
- низкая
- смешанная
- тотальная

Данному пациенту показано проведение

- гормональной терапии
- хирургической коррекции
- антибактериальной терапии
- динамического наблюдения

Оптимальный срок проведения хирургического лечения у данного пациента

- 5-12 лет

- первые дни жизни
- 3-5 лет
- 1-3 года

Оперативное лечение по поводу экстрофии мочевого пузыря рекомендуется проводить в + _____ + этапа(ов)

- 2
- 5
- 3
- 1

Целью первого этапа оперативного лечения является

- пластика шейки мочевого пузыря
- реконструкция эписпадии
- аугментационная цистопластика
- закрытие мочевого пузыря со сведением лонных костей

С целью исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса после проведения первого этапа хирургического лечения рекомендуется проведение

- микционной цистоуретрографии
- уродинамического обследования
- экскреторной урографии
- радионуклидного исследования

С целью определения формы и степени нарушения функции мочевого пузыря рекомендовано проведение

- микционной цистоуретрографии
- уродинамического обследования
- экскреторной урографии
- радионуклидного исследования

Основные этапы формирования урогенитальных и анальных компонентов из общей клоаки происходят до + _____ + недели гестации

- микционной цистоуретрографии
- уродинамического обследования
- экскреторной урографии
- радионуклидного исследования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик возрастом 9 месяцев поступил урологическое отделение детской городской больницы.

Жалобы

Активных жалоб нет. Родители предъявляют жалобы на необычный вид полового члена - расщепление головки и крайней плоти, искривление полового члена. Отмечается капельное подтекание мочи вне активного акта мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Болен с рождения. После диспансерного осмотра врачом детским хирургом в поликлинике по месту жительства, был направлен на плановое оперативное лечение в урологическое отделение.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности, 3 срочных родов. Отмечался токсикоз в первом триместре беременности. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Привит в срок. На учете у узких специалистов не состоит. Аллергологический анамнез не отягощен. Развитие соответствует возрасту.

Объективный статус

Рост 71,3 см. Вес 9,1 кг

Общее состояние ребенка удовлетворительное, сознание ясное. Аппетит сохранен.

Температура 36.8°C. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, влажные, тургор тканей сохранен. Дыхание через нос свободное. ЧД - 27 в 1 минуту. Ритм дыхания правильный..

В лёгких дыхание пуэрильное, проводится симметрично по всем легочным полям.

Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 124 в 1 минуту. Шумов нет. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного напряжения и наполнения.

Живот округлой формы, симметричный, не вздут. При пальпации мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул регулярный, оформленный.

Мочеиспускание самостоятельное, свободное, безболезненное.

Наружные половые органы сформированы по мужскому типу.

Уретра расщеплена и распространяется в виде желобка по дорзальной поверхности стволовой части полового члена от венечной борозды. Желобок выстлан слизистой оболочкой мочеиспускательного канала. Головка, кавернозные тела и крайняя плоть расщеплены. При осмотре отмечается подтекание мочи при надавливании на переднюю брюшную стенку. Яички в

мошонке.

Методом диагностики, необходимым для постановки правильного диагноза, является

- микционной цистоуретрографии
- уродинамического обследования
- экскреторной урографии
- радионуклидного исследования

Результаты обследования

К наиболее частым жалобам, которые пациенты предъявляют при данном урологическом заболевании, относят

- расщепление головки и крайней плоти, капельное подтекание мочи, вытекание мочи в необычном направлении
- частые и болезненные неконтролируемые мочеиспускания
- периодические боли в пояснице и подъем температуры до субфебрильных значений
- редкое мочеиспускание, ночное недержание мочи

Необходимым методом инструментальной диагностики, выполняемым при данном виде урологического порока, является

- расщепление головки и крайней плоти, капельное подтекание мочи, вытекание мочи в необычном направлении
- частые и болезненные неконтролируемые мочеиспускания
- периодические боли в пояснице и подъем температуры до субфебрильных значений
- редкое мочеиспускание, ночное недержание мочи

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом для данного пациента является

- расщепление головки и крайней плоти, капельное подтекание мочи, вытекание мочи в необычном направлении
- частые и болезненные неконтролируемые мочеиспускания
- периодические боли в пояснице и подъем температуры до субфебрильных значений
- редкое мочеиспускание, ночное недержание мочи

Диагноз

Данному пациенту в плане лечения показано

- консервативное лечение в стационаре
- динамическое наблюдение урологом
- проведение оперативной коррекции после завершения полового созревания
- оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки

Коррекцию эписпадии рекомендовано проводить в возрасте

- с 3,5 до 4 лет
- после завершения полового созревания
- с 10 до 15 лет
- с 5 до 10 лет

Выбор метода оперативной коррекции данного порока зависит от

- функции почек
- формы эписпадии
- размера нижних мочевых путей
- наличия недержания мочи

Оперативная методика, показанная ребенку с данным урологическим пороком развития, это методика

- Политано - Леатбеттер
- Хайнес-Андерсон
- Митрофанов
- Cantwell-Ransley

Для данной урологической патологии оперативное лечение проводится в + _____ + этапа

- четыре
- четыре и более
- два
- три

К наиболее частым послеоперационным осложнениям относятся

- пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- нарушение функции почек
- инфравезикальная обструкция

- свищи уретры и неудовлетворительный косметический результат

Хорошим результатом оперативной коррекции данного порока считается

- создание анатомически правильного полового члена, обеспечение удержания мочи
- отсутствие ротации полового члена
- отсутствие бактериурии
- отсутствие задержки мочи

После оперативной коррекции и лечения данного урологического порока ребенку показано диспансерное наблюдение детским урологом в течение + ____ + лет

- создание анатомически правильного полового члена, обеспечение удержания мочи
- отсутствие ротации полового члена
- отсутствие бактериурии
- отсутствие задержки мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной П., 8 лет, поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание.

Жалобы

На боль в области полового члена, болезненность при натуживании в момент мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Около 6 месяцев назад получил травму простатического отдела уретры, получал лечение в стационаре, где была выполнена катетеризация мочевого пузыря продолжительностью на 3 месяца. Катетер был удавлен в поликлинике. На момент госпитализации: в моче лейкоциты (13-15 в поле зрения).

Анамнез жизни

* Ребенок от третьей беременности, третьих срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.

* Развитие по возрасту.

* Получил травму простатического отдела 6 месяцев назад

- * Состоит на учете у детского уролога-андролога
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 145 см, вес 38 кг, субфебрилитет, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, мочеиспускание самостоятельное, затруднено, отмечается тонкая струя.

Инструментальным методом диагностики при стриктуре уретры является

- создание анатомически правильного полового члена, обеспечение удержания мочи
- отсутствие ротации полового члена
- отсутствие бактериурии
- отсутствие задержки мочи

Результаты инструментального метода обследования

Дополнительным методом исследования стриктуры уретры является

- создание анатомически правильного полового члена, обеспечение удержания мочи
- отсутствие ротации полового члена
- отсутствие бактериурии
- отсутствие задержки мочи

Результаты обследования

Для получения объективной информации относительно протяженности и тяжести спонгиоза проводят

- создание анатомически правильного полового члена, обеспечение удержания мочи
- отсутствие ротации полового члена
- отсутствие бактериурии
- отсутствие задержки мочи

Результаты обследования

Наиболее частым и особенно важным симптомом при стриктуре уретры является

- болезненность в области гипогастрии
- болезненность в области мочевого пузыря
- слабая струя мочи
- ночное недержание мочи

На основании анамнеза, жалоб, объективного осмотра и данных инструментальных методов исследования, можно выставить диагноз

- болезненность в области гипогастрии
- болезненность в области мочевого пузыря
- слабая струя мочи
- ночное недержание мочи

Диагноз

Восстановительные операции на уретре при ятрогенных стриктурах уретры целесообразно выполнять через + _____ + месяцев после получения ятрогенной травмы уретры

- 3
- 12
- 6
- 1

Паллиативным методом инвазивного лечения стриктуры уретры является

- заместительная уретропластика
- уретропластика по Хольцову
- бужирование уретры
- уретропластика свободным лоскутом

После выполненной операции по поводу + _____ + регистрируется большое количество ятрогенных стриктур уретры

- крипторхизма
- экстрофии мочевого пузыря
- гипоспадии
- циркумцизио

Одной из самых эффективных операций при короткой стриктуре бульбозного отдела мочеиспускательного канала является

- трансуретральная резекция стриктуры уретры
- бужирование стриктуры уретры
- резекция стриктуры с концевым анастомозом
- внутренняя оптическая уретротомия

Показанием для трансуретральной резекции стриктуры уретры является ее протяженность до + _____ + см

- 4
- 5
- 1,5
- 3

После применения лазерной абляции стриктуры уретры, удаление уретрального катетера выполняется на + _____ + сутки

- 3-5
- 9-10
- 12-14
- 1-2

В два этапа пластику уретры целесообразно проводить тогда, когда для ее формирования используется

- 3-5
- 9-10
- 12-14
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 4 лет, родители обратились к урологу с жалобами на нарушенное мочеиспускание.

Жалобы

Затрудненное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

4 месяца назад ребенку выполнили оперативное вмешательство по поводу

проксимальной формы гипоспадии. В позднем послеоперационном периоде у ребенка появилось затрудненное мочеиспускание.

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие по возрасту.
- * Травму и удары в области паха отрицают
- * Состоит на учете у детского уролога-андролога
- * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 105 см, вес 20 кг. Не лихорадит, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, неомеатус расположен на головке, мочеиспускание самостоятельное, затрудненное, струя мочи тонкая, прерывистая.

Инструментальным методом диагностики при стриктуре уретры является

- 3-5
- 9-10
- 12-14
- 1-2

Результаты инструментального метода обследования

Дополнительным методом исследования стриктуры уретры является

- 3-5
- 9-10
- 12-14
- 1-2

Результаты обследования

Короткая стриктура уретры считается протяженностью до + ____ + см

- 3
- 2
- 5
- 4

Наиболее частым и особенно важным симптом при стриктуре уретры является

- болезненность в области гипогастрии
- слабая струя мочи
- ночное недержание мочи
- болезненность в области мочевого пузыря

На основании анамнеза можно выставить диагноз

- болезненность в области гипогастрии
- слабая струя мочи
- ночное недержание мочи
- болезненность в области мочевого пузыря

Диагноз

Большое количество ятрогенных стриктур уретры формируются после выполненной операции по поводу

- крипторхизма
- гипоспадии
- экстрофии мочевого пузыря
- циркумцизио

Восстановительные операции на уретре при ятрогенных стриктурах уретры целесообразно выполнять через + _____ + месяцев/месяца

- 12
- 3
- 1
- 6

Самый старый палиативный метод инвазивного лечения стриктуры уретры является

- уретропластика свободным лоскутом
- уретропластика по Хольцову
- заместительная уретропластика

- бужирование уретры

Пациенты, перенесшие операцию по поводу стриктуры уретры, требуют особенно тщательного наблюдения у уролога в течение

- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 год
- 10 лет

Показанием для трансуретральной резекции стриктуры уретры является протяженность стриктуры до + _____ + см

- 1,5
- 3
- 4
- 5

После применения лазерной абляции стриктуры уретры удаление уретрального катетера выполняется на + _____ + сутки

- 12-14
- 1-2
- 3-5
- 9-10

Двухэтапная уретропластика является предпочтительной, если выполняется

- 12-14
- 1-2
- 3-5
- 9-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н., 7 лет, обратился в городскую поликлинику после планового оперативного вмешательства, проведенного 2 месяца назад.

Жалобы

Затрудненное мочеиспускание тонкой прерывистой струёй.

Анамнез заболевания

Больной Н., 7 лет, которому при выполнении планового оперативного

вмешательства по поводу паховой грыжи интраоперационно установили уретральный катетер Фолея №10 и раздули баллон в просвете уретры. Был констатирован разрыв уретры, выполнена установка уретрального катетера на длительное время. Через 1 месяц после удаления катетера у ребенка отмечается дизурия, натуживание при мочеиспускании.

Анамнез жизни

- * Ребенок от второй беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие по возрасту.
- * Травму и удары в области паха отрицают
- * Состоит на учете у детского уролога-андролога
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 115 см, вес 24 кг. Не лихорадит, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, мочеиспускание самостоятельное, затрудненно, отмечается тонкая вялая струя.

При подозрении на стриктуру уретры, основным инструментальным методом диагностики является

- 12-14
- 1-2
- 3-5
- 9-10

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее значимым симптомом для данного диагноза является

- болезненность в гипогастральной области
- ночное недержание мочи
- снижение интенсивности микционного позыва
- слабая струя мочи

Дифференциальная диагностика при стриктуре уретры проводится с

- рефлюкс-нефропатией
- обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей
- другими обструктивными заболеваниями нижних мочевых путей
- доброкачественными новообразованиями верхних мочевыводящих путей

На основании анамнеза и жалоб больного можно выставить диагноз

- рефлюкс-нефропатией
- обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей
- другими обструктивными заболеваниями нижних мочевых путей
- доброкачественными новообразованиями верхних мочевыводящих путей

Диагноз

Одним из основных источников ятрогенных стриктур уретры являются оперативные вмешательства по поводу

- экстрофии мочевого пузыря
- циркумцизио
- крипторхизма
- гипоспадии

Восстановительные операции на уретре при ятрогенных стриктурах уретры целесообразно выполнять через

- 3 месяца
- 1 год
- 1 месяц
- полгода

Одним из наиболее известных и традиционных паллиативных методов инвазивного лечения стриктуры уретры является

- заместительная уретропластика
- уретропластика по Хольцову
- уретропластика свободным лоскутом
- бужирование уретры

Пациенты, перенесшие операцию по поводу стриктуры уретры, требуют особенно пристального наблюдения у уролога не менее

- 1 год
- 10 лет

- 5 лет
- 6 месяцев

Протяженность стриктуры до + _____ + см является показанием для проведения трансуретральной резекции стриктуры

- 4
- 5
- 1,5
- 3

В случае выполнения лазерной абляции стриктуры уретры, удаление уретрального катетера выполняется на + _____ + сутки

- 9-10
- 12-14
- 3-5
- 1-2

При лечении стриктуры уретры в послеоперационном периоде осложнения чаще возникают у пациентов с

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- пахово-мошоночной грыжей
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
- сахарным диабетом

В случае стриктуры мочеиспускательного канала, возникшей вследствие сложных переломов тазовых костей, требуется консультация

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- пахово-мошоночной грыжей
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
- сахарным диабетом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 8 лет поступил по экстренным показаниям городскую больницу с предварительным синдром острой мошонки?

Жалобы

На боль в области левого яичка.

Анамнез заболевания

Заболевание началось накануне внезапно – почувствовал резкую боль в левой половине мошонки, через 6 часов появились отек и гиперемия левой половины мошонки. При осмотре: отек и гиперемия мошонки слева, яичко незначительно болезненно. Имеется темное пятно размерами до 5 мм у корня мошонки.

Анамнез жизни

* Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.

* Развитие по возрасту.

* Травмы и операции отрицает.

* На учете у узких специалистов не состоит.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, вес 39 кг. Катаральных явлений нет.

* Кожные покровы бледно-розовые, чистые.

* Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.

* Тоны сердца звучные, ЧСС до 81 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.

* Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, отек и гиперемия мошонки резко выражены, левое яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. Имеется темное пятно размерами до 5 мм у корня мошонки.

Скрининговым методом диагностики при синдроме острой мошонки является

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- пахово-мошоночной грыжей
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
- сахарным диабетом

Результаты обследования

Основным методом диагностики при перекруте гидатиды Морганьи является

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- пахово-мошоночной грыжей
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
- сахарным диабетом

Результаты обследования

Характерным клиническим признаком для перекрута гидатиды яичка является

- болезненность обоих яичек
- темное пятно при диафаноскопии
- тяжелая интоксикация и лихорадка
- затрудненное мочеиспускание

Характер экссудата определяют при выявлении

- установке уретрального катетера
- ревизии пахового канала
- диагностической лапароскопии
- диагностической пункции

Анамнез, жалобы пациента и клиническая картина позволяют выявить

- установке уретрального катетера
- ревизии пахового канала
- диагностической лапароскопии
- диагностической пункции

Диагноз

Дифференциальный диагноз перекрута гидатиды Морганьи проводят с

- орхоэпидидимитом
- перекрутом яичка
- крипторхизмом
- водянкой оболочек яичка

При синдроме отечной мошонки необходима

- ревизия мошонки
- оперативное лечение в плановом порядке
- консервативное лечение
- наблюдение в динамике

При некрозе гидатиды яичка показана

- наблюдение в динамике
- консервативное лечение
- экстренная операция

- операция в плановом порядке

После ревизии мошонки и обнаружении перекрута яичка показано выполнение

- промывания яичка физиологическим раствором
- фиксации яичка нерассасывающимся шовным материалом
- ушивания стенок пахового канала нерассасывающимся шовным материалом
- установки дренажа в области оболочек яичка

Стекловидный отек тканей мошонки с безболезненной пальпацией яичек характерен для

- остро возникшей водянки оболочек яичка
- аллергического отека мошонки
- вирусного орхоэпидидимита
- некроза гидатиды яичка

Наиболее часто встречаемым острым заболеванием яичек является

- орхоэпидидимит
- травматический разрыв яичка
- перекрут яичка
- флегмона фурнье

Исход перекрута яичка зависит от

- орхоэпидидимит
- травматический разрыв яичка
- перекрут яичка
- флегмона фурнье

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 5 лет доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи.

Жалобы

На боли и покраснение правой половине мошонки.

Анамнез заболевания

Заболел остро 24 часа назад, когда почувствовал резкую боль в правой половине мошонки после игры в футбол. Через 3 часа родители заметили

правой половины мошонки, появление отеки и гиперемии кожи мошонки. Родители ребенка обратились в поликлинику по месту жительства, откуда ребенок после осмотра хирургом переведен в клинику детской хирургии.

Анамнез жизни

Ребенок от третьей беременности, третьих срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Рос и развивался по возрасту. Травм и операции не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Рост 135 см, вес 24 кг . Состояние ребенка удовлетворительное. Температура до 37,0°C. Осмотрен педиатром и Лор-врачем – признаков инфекционного процесса нет. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС до 98 в 1 минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу. Определяется резкий отек и гиперемия правой половины мошонки. Правое яичко увеличено в размерах, резко болезненное при пальпации и подтянуто к корню мошонки.

Скрининговым методом диагностики при синдроме отечной мошонки является

- орхоэпидидимит
- травматический разрыв яичка
- перекрут яичка
- флегмона фурнье

Результаты обследования

Вариантом догоспитальной помощи при перекруте яичка на ранней стадии заболевания является

- мануальное раскручивание яичка
- суспензорий с мазью Вишневского
- новокаиновая блокада семенного канатика
- холодный компресс на область мошонки

Характерным клиническим признаком перекрута гидатиды яичка является

- симптом темного пятна
- болезненность обоих яичек
- затрудненное мочеиспускание

- тяжелая интоксикация и лихорадка

К характерным клиническим признакам перекрута яичка относят

- болезненность обоих яичек
- частое и болезненное мочеиспускание
- темное пятно при диафаноскопии
- острое начало и сильные боли

На основании анамнеза можно выставить диагноз

- болезненность обоих яичек
- частое и болезненное мочеиспускание
- темное пятно при диафаноскопии
- острое начало и сильные боли

Диагноз

Выявленные на УЗИ изменения: увеличение яичка в размерах, повышение эхогенности паренхимы яичка, неоднородная структура яичка с резко обедненным кровотоком характерны для

- водянки оболочек яичка
- крипторхизма
- орхоэпидидимита
- перекрута яичка

При перекруте яичка показано

- проведение экстренной операции
- наблюдение в динамике
- проведение операции в плановом порядке
- консервативное лечение

При некрозе гидатиды яичка показана

- операция в плановом порядке
- консервативное лечение
- экстренная операция
- наблюдение в динамике

После ревизии мошонки при перекруте яичка необходимо выполнить

- ушивание стенок пахового канала нерассасывающимся шовным материалом

- фиксацию яичка нерассасывающимся шовным материалом
- установку дренажа в области оболочек яичка
- промывание яичка физиологическим раствором

Стекловидный отек тканей мошонки с безболезненной пальпацией яичек характерен для

- некроза гидатиды яичка
- аллергического отека мошонки
- остро возникшей водянки оболочек яичка
- вирусного орхоэпидидимита

Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек

- орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- флегмона Фурнье
- травматический разрыв яичка

При некрозе яичка показано

- орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- флегмона Фурнье
- травматический разрыв яичка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 12 лет поступил в клинику с жалобами на острые боли в области правого яичка. Два дня назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой в область промежности.

Жалобы

На боль в правом яичке при ходьбе.

Анамнез заболевания

Два дня назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой в область промежности. С тех пор жалуется на боли в правом яичке при ходьбе.

Анамнез жизни

* Ребенок от третьей беременности, третьих срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.

- * Развитие по возрасту.
- * Привит в соответствии с НКПП
- * На диспансерном учете не состоит
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, вес 39 кг. Катаральных явлений нет.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет.
- * ЧД до 22 в 1 минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на лучевой артерии удовлетворительных качеств. ЧСС до 84 в 1 минуту.
- * Живот не вздут. При пальпации живот мягкий, участвует в дыхании, патологических образований в брюшной полости не определяется.
- * Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Правое яичко увеличено, плотно, резко болезненное при пальпации. Кожа правой половины мошонки отечна, гиперемирована.

Первичным исследованием при травме органов мошонки является

- орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- флегмона Фурнье
- травматический разрыв яичка

Результаты обследования

Дифференциальная диагностика травмы мошонки проводится с

- сообщающейся водянкой яичка
- доброкачественным образованием мошонки
- заворотом яичка
- пахово-мошоночной грыжей

При пальпации органов мошонки при закрытых повреждениях (ушибах, ущемлениях) мошонки образуется

- симптом «темного пятна»
- стекловидный отек мошонки
- повреждение кожных покровов
- кровоизлияния в ткани мошонки и серозную полость яичка

Глубокие кровоизлияния в органах мошонки разделяют на экстравагинальные и интравагинальные. К экстравагинальным относятся повреждения, если

- кровь проникает во влагалищные оболочки яичка
- экссудат не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- экссудат проникает во влагалищные оболочки яичка
- кровь не проникает глубже влагалищной оболочки яичка

К интравагинальным кровоизлияниям мошонки относятся повреждения, если

- кровь не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- экссудат проникает во влагалищные оболочки яичка
- экссудат не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь проникает во влагалищные оболочки яичка

На основании жалоб, анамнеза физикального осмотра, подтвержденных данными ультразвукового исследования (УЗИ) органов мошонки, выставлен диагноз

- кровь не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- экссудат проникает во влагалищные оболочки яичка
- экссудат не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь проникает во влагалищные оболочки яичка

Диагноз

При закрытых повреждениях мягких тканей мошонки показано

- наблюдение
- консервативное лечение
- хирургическое лечение
- лечение не проводить

Для травматического вывиха яичка характерно

- отсутствие изменений
- смещение одного или обоих яичек вне места обычного расположения
- выраженные гематомы мошонки
- скудная симптоматика

Иммобилизация мошонки выполняется с использованием

- пахового бандажа
- трусов-плавок

- поясничного бандажа
- суспензория

Консервативное лечение травмы органов мошонки возможно при

- обширном кровоизлиянии
- геморрагической инфильтрации мошонки
- отсутствии разрыва яичка
- разрыве паренхимы яичка

При разрыве яичка в остром периоде показана

- выжидательная тактика
- ревизия органов мошонки
- антибактериальная терапия
- гемостатическая терапия

Если выявлено скопление крови в мягких тканях мошонки без повреждения яичка, то показано (а)

- выжидательная тактика
- ревизия органов мошонки
- антибактериальная терапия
- гемостатическая терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 12 лет поступил в клинику с жалобами на боль в области правого яичка. Два дня назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой в область промежности.

Жалобы

На боль в правом яичке при ходьбе.

Анамнез заболевания

Два дня назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой в область промежности. С тех пор жалуется на боли в правом яичке при ходьбе.

Анамнез жизни

* Ребенок от третьей беременности, третьих срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.

* Развитие по возрасту.

- * Привит в соответствии с НКПП
- * Получил травму во время игры в хоккей в область промежности.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, вес 39 кг. Катаральных явлений нет.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуальна не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 84 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Правое яичко равномерно увеличено, плотное и болезненное при пальпации. Выпота в оболочках яичка нет. Отек и гиперемия мошонки умеренные, на коже кровоподтеки.

Первичным исследованием при травме органов мошонки является

- выжидательная тактика
- ревизия органов мошонки
- антибактериальная терапия
- гемостатическая терапия

Результаты обследования

Дифференциальная диагностика травмы мошонки проводится с

- пахово-мошоночной грыжей
- доброкачественным образованием мошонки
- вывихом яичка
- сообщающейся водянкой яичка

При пальпации органов мошонки при закрытых повреждениях (ушибах, ущемлениях) мошонки образуется

- повреждение кожных покровов
- геморрагическая инфильтрация
- стекловидный отек мошонки
- симптом «темного пятна»

Глубокие кровоизлияния в органах мошонки разделяют на экстравагинальные и интравагинальные. К экстравагинальным относятся повреждения, если

- экссудат проникает во влагалищные оболочки яичка
- кровь не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- экссудат не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь проникает во влагалищные оболочки яичка

К интравагинальным кровоизлияниям мошонки относятся повреждения, если

- экссудат проникает во влагалищные оболочки яичка
- экссудат не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь проникает во влагалищные оболочки яичка

На основании жалоб, анамнеза физикального осмотра, подтверждённых данными ультразвукового исследования (УЗИ) органов мошонки, выставлен диагноз

- экссудат проникает во влагалищные оболочки яичка
- экссудат не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь не проникает глубже влагалищной оболочки яичка
- кровь проникает во влагалищные оболочки яичка

Диагноз

Лечение закрытых повреждений мошонки зависит от характера и + _____ + повреждений

- степени тяжести
- этиологии
- локализации
- рецидива

В первые часы после травмы органов мошонки выполняется

- ревизия органов мошонки
- пункция органов мошонки
- назначение антибактериальной терапии
- иммобилизация мошонки

Иммобилизация мошонки выполняется с использованием

- трусов-плавок
- пахового бандажа
- поясничного бандажа
- суспензория

Консервативное лечение травмы органов мошонки возможно при

- отсутствии разрыва яичка
- геморрагической инфильтрации мошонки
- разрыве паренхимы яичка
- обширном кровоизлиянии

В первые часы и дни после травмы наиболее эффективным методом лечения является

- гемостатическая терапия
- ревизия органов мошонки
- антибактериальная терапия
- выжидательная тактика

При сильных болях, возникших при повреждении яичка и придатка, показано провести

- гемостатическая терапия
- ревизия органов мошонки
- антибактериальная терапия
- выжидательная тактика

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 13 лет поступил в клинику с жалобами на боль в области мошонки. Неделю назад во время драки получил удар ногой в промежность.

Жалобы

На сильные боли в правом яичке, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Неделю назад во время драки получил удар ногой в промежность. Общее состояние после травмы было нарушено.

Отмечал головокружение, слабость, сильные боли в области мошонки.

Обратился в поликлинику на 3-й день после травмы в связи с ухудшением состояния: появился отек мошонки, усилились боли в правом яичке, резко повысилась температура тела, ходьба невозможна.

Назначено консервативное лечение, однако ввиду его неэффективности больной госпитализирован в профильный стационар

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие по возрасту.
- * 7 дней назад получил травму во время драки в область промежности.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 152 см, вес 36 кг. Температура тела 38,4°C Катаральных явлений нет.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 84 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Правое яичко по сравнению со здоровым увеличено в 4 раза. Отек и гиперемия мошонки умеренные.

При травме органов мошонки стандартным инструментальным методом исследования является

- гемостатическая терапия
- ревизия органов мошонки
- антибактериальная терапия
- выжидательная тактика

Результаты инструментального метода обследования

Для выбора правильной тактики лечения повреждения травму мошонки следует дифференцировать с

- доброкачественным образованием мошонки
- сообщающейся водянкой яичка
- вывихом яичка
- пахово-мошоночной грыжей

При пальпации органов мошонки при разрыве яичка отмечается

- стекловидный отек мошонки
- симптом «темного пятна»
- повреждение кожных покровов
- обширная гематома в ткани яичка и мошонки

Разрыв яичка относится к наиболее тяжелым повреждениям органов мошонки и сопровождается

- резким головокружением
- субфебрильной лихорадкой
- резкой и сильной болью
- тошнотой и рвотой

Травма наружных половых органов также может вызвать

- нарушение мочеиспускания
- инфекцию мочевыводящих путей
- вывих яичка
- перекрут гидатиды

На основании анамнеза, жалоб, характерной клинической картины и данных УЗИ, можно поставить диагноз

- нарушение мочеиспускания
- инфекцию мочевыводящих путей
- вывих яичка
- перекрут гидатиды

Диагноз

Тактика ведения закрытых повреждений мошонки зависит от характера и

- степени тяжести повреждений
- этиологии повреждений
- локализации повреждений
- времени от момента получения повреждений

При разрыве яичка основным методом лечения является

- медикаментозная антибактериальная терапия
- выжидательная терапевтическая тактика
- медикаментозная гемостатическая терапия
- оперативное вмешательство

После операции по поводу травмы яичка необходимо провести

- ушивание пахового канала
- новокаиновую блокаду семенного канатика
- дренирование раны
- установку уретрального катетера

Консервативное лечение травмы органов мошонки возможно при

- отсутствии разрыва яичка
- геморрагической инфильтрации мошонки
- обширном кровоизлиянии
- разрыве паренхимы яичка

В послеоперационном периоде рекомендуется наложение повязки с приданием возвышенного положения органов мошонки. Для этого используется

- паховый бандаж
- суспензорий
- трусы-плавки
- поясничный бандаж

При сильных болях, возникших при повреждении яичка и придатка, показана

- паховый бандаж
- суспензорий
- трусы-плавки
- поясничный бандаж

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 13 лет поступил в клинику с жалобами на боль в области мошонки. Неделю назад во время драки получил удар ногой в промежность.

Жалобы

На сильные боли в правом яичке, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Неделю назад во время драки получил удар ногой в промежность. Общее состояние после травмы было нарушено.

Отмечал головокружение, слабость, сильные боли в области мошонки.

Обратился в поликлинику на 3-й день после травмы в связи с ухудшением состояния: появился отек мошонки, усилились боли в правом яичке, резко повысилась температура тела, ходьба невозможна.

Назначено консервативное лечение, однако ввиду его неэффективности больной госпитализирован в профильный стационар

Анамнез жизни

- * Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Развитие по возрасту.
- * 7 дней назад получил травму во время драки в область промежности.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 152 см, вес 36 кг. Температура тела 38,4°C Катаральных явлений нет.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 84 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Правое яичко по сравнению со здоровым увеличено в 4 раза. Отек и гиперемия мошонки умеренные.

При травме органов мошонки стандартным инструментальным методом исследования является

- паховый бандаж
- суспензорий
- трусы-плавки
- поясничный бандаж

Результаты инструментального метода обследования

Для выбора правильной тактики лечения повреждения, травму мошонки следует дифференцировать от

- пахово-мошоночной грыжи
- доброкачественного образования мошонки
- вывиха яичка
- сообщающейся водянки яичка

При пальпации органов мошонки при разрыве яичка отмечается

- стекловидный отек мошонки
- обширная гематома в ткани яичка и мошонки
- повреждение кожных покровов
- симптом «темного пятна»

Разрыв яичка относится к наиболее тяжелым повреждениям органов мошонки и сопровождаются

- резкой и сильной болью
- резким головокружением
- тошнотой и рвотой
- субфебрильной лихорадкой

Травма наружных половых органов также может вызвать

- инфекцию мочевыводящих путей
- перекрут гидатиды
- вывих яичка
- нарушение мочеиспускания

На основании анамнеза, жалоб, характерной клинической картины и данных УЗИ, можно поставить диагноз

- инфекцию мочевыводящих путей
- перекрут гидатиды
- вывих яичка
- нарушение мочеиспускания

Диагноз

Тактика ведения закрытых повреждений мошонки зависит от характера и + _____ + повреждений

- времени от момента получения
- этиологии
- локализации
- степени тяжести

При разрыве яичка основным методом лечения является

- оперативное вмешательство
- медикаментозная гемостатическая терапия
- выжидательная терапевтическая тактика
- медикаментозная антибактериальная терапия

После операции по поводу травмы яичка необходимо провести

- установку уретрального катетера
- новокаиновую блокаду семенного канатика
- ушивание пахового канала

- дренирование раны

Консервативное лечение травмы органов мошонки возможно при

- геморрагической инфильтрации мошонки
- обширном кровоизлиянии
- отсутствии разрыва яичка
- разрыве паренхимы яичка

В послеоперационном периоде рекомендуется наложение повязки с приданием возвышенного положения органов мошонки. Для этого используется

- паховый бандаж
- поясничный бандаж
- суспензорий
- трусы-плавки

При сильных болях, возникших при повреждении яичка и придатка показана

- паховый бандаж
- поясничный бандаж
- суспензорий
- трусы-плавки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 3., 5 лет, направлен в клинику с диагнозом орхит.

Жалобы

На боль в области мошонки.

Анамнез заболевания

Заболел 12 часов назад: появились боли в области мошонки. Мать отметила отек и гиперемию мошонки, которые быстро прогрессировали. Накануне ребенок съел большое количество апельсинов. Прием последних, год назад, вызвал у больного сыпь.

Анамнез жизни

* Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.

* Грудное вскармливание до года

- * Развитие по возрасту.
- * Травмы и операции отрицает.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Аллергологический анамнез – аллергия на цитрусы.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 115 см, вес 23 кг. Катаральных явлений нет.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуалью не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 81 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Отмечаются симметричный отек и гиперемия мошонки, ее увеличение в объеме более чем в 3 раза. При пальпации органы мошонки увеличены, безболезненны. Через сутки после консервативного лечения отек и гиперемия мошонки исчезли.

Скрининговым методом диагностики при синдроме отёчной мошонки является

- паховый бандаж
- поясничный бандаж
- суспензорий
- трусы-плавки

Результаты обследования

При подозрении на аллергический отек мошонки дифференциальная диагностика проводится с

- сообщающейся водянкой яичка
- пахово-мошоночной грыжей
- перекрутом гидатиды яичка
- доброкачественным образованием мошонки

Аллергический отек мошонки, как правило, чаще регистрируется в + _____ + период

- осенний
- любой
- осенне-зимний
- весенне-летний

На основании данных анамнеза, физикального осмотра и вспомогательных методов обследования можно выставить диагноз

- осенний
- любой
- осенне-зимний
- весенне-летний

Диагноз

Местные изменения при аллергическом отеке мошонки нарастают в течение

- одного часа
- 2-3 часов
- 30 минут
- 12 часов и более

При аллергическом отеке мошонки процесс носит + _____ + характер

- односторонний
- двусторонний ассиметричный
- преимущественно, левосторонний
- симметричный

Лечение аллергического отека мошонки заключается в исключении аллергена и в

- осуществлении динамического наблюдения
- проведении консервативной терапии
- экстренном оперативном вмешательстве
- плановом оперативном вмешательстве

На острый период одним из этапов лечения является назначение + _____ + диеты

- элиминационной
- белковой
- бессолевой
- безглютеновой

Учитывая аллергический характер воспаления при синдроме «отёчной мошонки», ребенку назначается + _____ + терапия

- инфузионная
- противогрибковая

- антигистаминная
- обезболивающая

Стекловидный отек тканей мошонки с безболезненной пальпацией яичек характерен для

- некроза гидатиды яичка
- аллергического отека мошонки
- остро возникшей водянки оболочек яичка
- вирусного орхоэпидидимита

Наиболее часто встречаемым острым состоянием органов мошонки является

- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка
- орхоэпидидимит
- аллергический отек

С целью выявления характера содержимого оболочек яичка (кровь, экссудат) выполняют

- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка
- орхоэпидидимит
- аллергический отек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок В. 11 лет госпитализирован в урологическое отделение по экстренным показаниям с жалобами на затрудненное мочеиспускание.

Жалобы

На боль в области полового члена, болезненность при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Получил травму простатического отдела уретры, получал лечение в стационаре, где была выполнена катетеризация мочевого пузыря; катетер рекомендовано удалить через 3 мес. По истечении указанного времени катетер был удален в поликлинике по м/ж.

Анамнез жизни

* Ребенок от третьей беременности, третьих срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8. Закричал сразу, в

родильном зале приложен к груди.

* Развитие по возрасту.

* Состоит на учете у детского уролога-андролога

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 145 см, вес 38 кг, субфебрилитет, катаральных явлений нет.

* Кожные покровы бледно-розовые, чистые.

* Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.

* Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, патологических образований достоверно не определяется.

* Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, мочеиспускание самостоятельное, затрудненно, отмечается тонкая струя мочи.

Методом инструментальной диагностики для постановки диагноза является

- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка
- орхоэпидидимит
- аллергический отек

Результаты инструментального метода обследования

Для выявления протяженности стеноза выполняется

- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка
- орхоэпидидимит
- аллергический отек

Результаты обследования

Для выявления поражения и ушиба губчатого тела выполняется

- перекрут яичка
- травматический разрыв яичка
- орхоэпидидимит
- аллергический отек

Результаты обследования

Самым частым симптомом при стриктуре уретры является

- слабая струя мочи
- болезненность в области гипогастрия
- болезненность в области мочевого пузыря
- ночное недержание мочи

На основании анамнеза, жалоб, объективного осмотра и данных инструментальных методов исследования, можно выставить диагноз

- слабая струя мочи
- болезненность в области гипогастрия
- болезненность в области мочевого пузыря
- ночное недержание мочи

Диагноз

Восстановительные операции на уретре при ятрогенных стриктурах уретры целесообразно выполнять через + _____ + месяц (ев) после получения ятрогенной травмы уретры

- 1
- 3
- 6
- 12

Паллиативным методом инвазивного лечения стриктуры уретры является

- уретропластика по Хольцову
- уретропластика свободным лоскутом
- бужирование уретры
- заместительная уретропластика

После выполненной операции по поводу + _____ + регистрируется большое количество ятрогенных стриктур уретры

- циркумцизио
- гипоспадии
- крипторхизма
- экстрофии мочевого пузыря

Одной из самых эффективных операций при короткой стриктуре бульбозного отдела мочеиспускательного канала является

- трансуретральная резекция стриктуры уретры
- внутренняя оптическая уретротомия
- бужирование стриктуры уретры
- резекция стриктуры с концевым анастомозом

Показанием для трансуретральной резекции уретры является стриктура бульбозного отдела уретры протяженностью до + _____ + см

- 6
- 5
- 7
- 4

После применения лазерной абляции стриктуры уретры, удаление уретрального катетера выполняется на + _____ + сутки

- 1-2
- 12-14
- 3-5
- 9-10

Операция при стриктуре уретры выполняется в два этапа в случае

- 1-2
- 12-14
- 3-5
- 9-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 4 лет поступает в урологическое отделение с предварительным диагнозом отек мошонки.

Жалобы

На боль в области мошонки.

Анамнез заболевания

Три дня назад мать обнаружила небольшой расчес на коже мошонки. В последующие дни отмечалось нарастание отека и гиперемии мошонки. Затем температура тела повысилась до 38С. Ребенок отказывался от еды, перестал ходить.

Анамнез жизни

- * Ребёнок от первой беременности у молодых родителей, протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.
- * Наследственность не отягощена
- * Хронических заболеваний нет
- * Вакцинирован в соответствии с НКПП
- * Аллергологический анамнез без особенностей

Объективный статус

- * При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 37,8°C в сознании, контакте
- * В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Катаральных явлений нет
- * Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ЧСС до 94 в минуту.
- * Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * В крови лейкоцитов $16,4 \cdot 10^9$ /л.
- * Мошонка увеличена, красного цвета, горячая на ощупь, резко болезненная, инфильтрированная. Слева на боковой поверхности определяется участок флюктуации до 2 см в диаметре

Скрининговым методом диагностики при синдроме острой мошонки является

- 1-2
- 12-14
- 3-5
- 9-10

Результаты обследования

Обычно, этиологическим фактором возникновения флегмоны мошонки является

- staphylococcus aureus
- streptococcus pneumoniae
- pseudomonas aeruginosa
- streptococcus pyogenes

Флегмона мошонки, как правило, формируется в результате

- инфекции мочевыводящих путей
- нарушения целостности кожных покровов
- перекрута гидатиды

- тупой травмы органов мошонки

В данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику с

- аллергическим отеком мошонки
- пахово-мошоночной грыжей
- сообщающейся водянкой яичка
- доброкачественным образованием мошонки

По совокупности данных анамнеза, объективного осмотра и дополнительных методов исследования у ребенка можно диагностировать

- аллергическим отеком мошонки
- пахово-мошоночной грыжей
- сообщающейся водянкой яичка
- доброкачественным образованием мошонки

Диагноз

На основании клинической картины правильной тактикой ведения пациента является

- выполнение новокаиновой блокады семенного канатика
- осуществление динамического наблюдения
- выполнение пункции яичка
- вскрытие флегмоны

В послеоперационном периоде ребенку назначается + _____ + терапия

- антигистаминная
- противогрибковая
- антибактериальная
- инфузионная

Обязательным этапом оперативного лечения при флегмоне мошонки является

- ушивание пахового канала
- наложение кисетного шва
- установка резинового дренажа
- фиксация яичка нерассасывающимся материалом

Перевязка в раннем послеоперационном периоде при флегмоне мошонки с обработкой антисептиком и антибактериальной мазью показана

- каждые 3-4 часа
- 1 раз в сутки
- каждые 12 часов
- 1 раз в 2 дня

Осложнением при несвоевременном лечении флегмоны мошонки у детей грудного возраста является

- вирусный орхоэпидидимит
- перекрут яичка
- некроз гидатиды яичка
- сепсис

По статистике второе место по экстренному оперативному вмешательству у детей после аппендэктомии занимает

- травматический разрыв яичка
- стриктура уретры
- острая задержка мочи
- синдром «острой мошонки»

При синдроме отеочной мошонки необходима

- травматический разрыв яичка
- стриктура уретры
- острая задержка мочи
- синдром «острой мошонки»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 7 лет поступает в приемное отделение с жалобами на боль и покраснение мошонки.

Жалобы

На боль и покраснение в области мошонки.

Анамнез заболевания

Со слов матери 2 дня назад ребенок пожаловался на зуд в области мошонки, ребенок активно начал локально расчесывать. В последующие дни отмечалось нарастание отека и гиперемии мошонки.

Анамнез жизни

* Ребенок от первой беременности, первых нормально протекавши

физиологических родов, по шкале АПГАР оценен на 8\9 баллов.

- * Грудное вскармливание до 8 месяцев.
- * Развитие по возрасту. Ходит в школу в первый класс
- * Хронических заболеваний нет.
- * Операции и травмы отрицает
- * Наследственность неотягощена
- * Аллегорический анамнез без особенностей

Объективный статус

- * При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 37,5 С. Рост 134 см, вес 32 кг.
- * Катаральных явлений нет. Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 91 в минуту.
- * Живот не вздут, при пальпации в мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Мошонка увеличена, красного цвета, резко болезненная, инфильтрированная. Справа на боковой поверхности определяется участок флюктуации до 3 см в диаметре
- * В крови лейкоцитов $14,2 \cdot 10^9$ /л.

При синдроме острой мошонки скрининговым методом диагностики является

- травматический разрыв яичка
- стриктура уретры
- острая задержка мочи
- синдром «острой мошонки»

Результаты обследования

Обычно, возбудителем флегмоны мошонки, является

- pseudomonas aeruginosa
- streptococcus pyogenes
- streptococcus pneumoniae
- staphylococcus aureus

Причиной развития флегмоны мошонки является

- нарушение целостности кожных покровов
- перекрут гидатиды
- инфекция мочевыводящих путей
- тупая травма органов мошонки

Дифференциальную диагностику флегмоны мошонки проводят с

- сообщающейся водянкой яичка
- доброкачественным образованием мошонки
- пахово-мошоночной грыжей
- аллергическим отеком мошонки

На основании анамнеза, жалоб и клинической картины можно выставить диагноз

- сообщающейся водянкой яичка
- доброкачественным образованием мошонки
- пахово-мошоночной грыжей
- аллергическим отеком мошонки

Диагноз

В связи с данной клинической картиной ребенку показано

- пункция яичка
- новокаиновая блокада семенного канатика
- вскрытие флегмоны
- динамическое наблюдение

В послеоперационном периоде ребенку назначается + _____ + терапия

- инфузионная
- антибактериальная
- десенсибилизирующая
- противогрибковая

Обязательным этапом оперативного лечения флегмоны мошонки является

- наложение кисетного шва
- ушивание пахового канала
- установка резинового дренажа
- фиксация яичка нерассасывающимся материалом

После вскрытия флегмоны, гнойную полость необходимо промыть раствором

- новокаина
- физиологическим
- антисептика
- раствор Люголя

В отдаленных результатах острые заболевания органов мошонки могут приводить к нарушению

- акта мочеиспускания
- акта дефекации
- сперматогенеза
- полового созревания

Стекловидный безболезненный при пальпации отек тканей и органов мошонки характерен для

- вирусного орхоэпидидимита
- аллергического отека мошонки
- некроза гидатиды яичка
- остро возникшей водянки оболочек яичка

При синдроме отечной мошонки необходима

- вирусного орхоэпидидимита
- аллергического отека мошонки
- некроза гидатиды яичка
- остро возникшей водянки оболочек яичка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы

На повышение температуры до 39,2°C, озноб, отсутствие аппетита, тошноту, слабость, боли в поясничной области.

Анамнез заболевания

Вчера появились жалобы на озноб, слабость, боли в спине, отмечалось повышение температуры до 39,5°C, на фоне приема жаропонижающего препарата температура снижается до 38°C на непродолжительное время. Со вчерашнего вечера не пила, не ела из-за выраженной тошноты, при приеме жидкости – рвота.

Анамнез жизни

* Девочка от второй беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Раннее развитие без особенностей.

* Вакцинирована в соответствии с календарем профилактических прививок

- * Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира.
- * Эпидемиологический анамнез: ребенок 2 дня назад вернулся с отдыха, в последний вечер перед полетом долго купалась в море, затем замерзла в самолете.
- * Аллергический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез: без особенностей

Объективный статус

- * Состояние ребёнка тяжелое, признаки эксикоза, интоксикации.
- * Фебрильная лихорадка до 39,5°C.
- * Слизистые оболочки дужек, небных миндалин, задней стенки глотки не гиперемированы.
- * В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет.
- * Тахикардия, тоны сердца приглушены, ритмичные.
- * Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный по фланкам, печень не увеличена, селезенка не пальпируется.
- * При поколачивании в поясничной области – болезненность. Мочится безболезненно, моча мутная.
- * Стул был вчера обычной консистенции, со вчерашнего вечера не мочилась.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для установления диагноза ребенку необходимо выполнить следующие лабораторные исследования

- вирусного орхоэпидидимита
- аллергического отека мошонки
- некроза гидатиды яичка
- остро возникшей водянки оболочек яичка

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для подтверждения диагноза не инвазивным инструментальным методом обследования является

- вирусного орхоэпидидимита
- аллергического отека мошонки
- некроза гидатиды яичка
- остро возникшей водянки оболочек яичка

Результаты инструментального метода обследования

Бактериальную этиологию заболевания у данного пациента могут подтвердить

- вирусного орхоэпидидимита
- аллергического отека мошонки
- некроза гидатиды яичка
- остро возникшей водянки оболочек яичка

Результаты обследования

На основании жалоб, данных осмотра и результатов обследования наиболее вероятен диагноз

- вирусного орхоэпидидимита
- аллергического отека мошонки
- некроза гидатиды яичка
- остро возникшей водянки оболочек яичка

Диагноз

Учитывая сохраняющиеся жалобы и нарастающую тяжесть состояния, тактика участкового врача заключается в

- ведении пациента в амбулаторных условиях
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в круглосуточный стационар

Наиболее предпочтительным жаропонижающим препаратом в качестве симптоматической терапии в детской практике является

- метамизол натрия
- нимесулид
- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота

В качестве этиотропной терапии данному пациенту необходимо назначить + _____ + препараты

- противогрибковые
- цитостатические
- антибактериальные
- противовирусные

Предпочтительной схемой антибактериальной терапии в данной ситуации является

- пероральный прием препарата
- пульс-терапия резервным антибиотиком
- внутримышечное введение препарата
- ступенчатая терапия

С учетом результата посева мочи препаратом выбора для ступенчатой терапии может быть

- тикарциллин/клавуланат 250 мг/кг/сут
- цефтазидим 100 мг/кг/сут
- амоксициллин + клавулановая кислота 90 мг/кг/сут
- амикацин 20 мг/кг/сут

Осложнением пиелонефрита может быть

- киста почки
- гидронефроз
- уросепсис
- аднексит

Дифференциальную диагностику острого пиелонефрита следует проводить с

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

При рецидивирующем течении инфекции мочевыводящих путей для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса показано проведение

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с мальчиком 4 лет обратилась к врачу-урологу.

Жалобы

На изменения в анализах мочи.

Анамнез заболевания

Со слов матери, в течение последних 6 месяцев у ребенка отмечаются изменения в анализах мочи в виде повышения числа лейкоцитов.

Анамнез жизни

Ребенок от третьей беременности, вторых физиологических родов на 4 неделе. Беременность протекала на фоне анемии. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Прививки по возрасту. Растет и развивается по возрасту. Травмы и операции отрицает. На учете у узких специалистов не состоит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние ребенка удовлетворительное. Рост 105 см, вес 14 кг. Температура тела в пределах нормальных значений. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Носовое дыхание не затруднено, катаральных явлений нет. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Область почек визуально не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Лабораторными методами исследования, которые необходимо выполнить в первые 12 часов при госпитализации такого пациента, являются

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом исследования, который необходим для первичной постановки диагноза, является

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенологическим методом исследования, применяемым для верификации диагноза, является

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

Результаты обследования

Рентгенологическим методом исследования для оценки наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса является

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

Результаты обследования

На основании данных физикального осмотра, инструментальных методов исследования, а также лабораторных данных пациенту можно поставить следующий диагноз

- острым аппендицитом
- нейрогенным мочевым пузырем
- перекрутом кисты яичника
- острым циститом

Диагноз

Лечение уретерогидронефроза должно быть направлено на

- медикаментозную помощь при микробно-воспалительном процессе
- купирование атак пиелонефрита
- устранение причины обструкции пузырно-мочеточникового сегмента
- улучшение качества жизни пациента

Показанием к госпитализации может быть

- необходимость планового оперативного вмешательства
- снижение массы тела
- задержка в психомоторном развитии
- изменения размеров почек по данным ультразвуковой диагностики

Выжидательную тактику и немедикаментозное лечение у детей применяют в случае

- нормальной функции ипсилатеральной почки и отсутствии клинических проявлений
- наличия частых обострений хронического пиелонефрита
- наличия стойкой лейкоцитурии в общем анализе мочи
- сохранения низкой массы тела ребенка и отсутствия тенденции к набору веса

Показанием к оперативному лечению является

- задержка психомоторного развития
- частые обострения хронического пиелонефрита
- прогрессирование протеинурии
- сохранение стойкой бессимптомной лейкоцитурии

Основным методом хирургического лечения уретерогидронефроза является

- реимплантация мочеточника
- пластика прилоханочного отдела мочеточника
- стентирование мочеточника
- баллонная дилатация

В отношении выздоровления ребенка при обструктивной уропатии положительным прогнозом является

- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей
- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы

Выполнение радиоизотопного исследования почек после перенесенного оперативного вмешательства рекомендуется проводить

- увеличение массы тела пациента
- уменьшение частоты инфекции мочевыводящих путей
- снижение функции контралатеральной почки
- восстановление уродинамики пораженного участка мочеполовой системы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию к урологу обратилась мать с ребенком 1 года.

Жалобы

На увеличение размеров лоханки левой почки по данным УЗИ почек.

Анамнез заболевания

При проведении профилактического УЗИ почек и мочевыводящих путей у ребенка выявлено: левая почка увеличена в размере, справа чашечно-лоханочная система не расширена, слева лоханка 25 мм, чашечки расширены до 5 мм, слева паренхима 6 мм, справа 8 мм. Мочеточники не расширены. Кровоток в почках не изменен, прослеживается до капсулы. При выполнении УЗИ с полным мочевым пузырем картина не изменилась.

Педиатром направлен на консультацию к детскому урологу.

По данным общего анализа крови и мочи изменений не выявлено.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных домашних родов. Во время беременности мать не наблюдалась в женской консультации, УЗИ не проводилось.

* Масса при рождении 3250 гр., рост 51см.

* Не привит в связи с отказом родителей.

* Профилактические осмотры до 1 года не проводились в связи с отказом родителей

Объективный статус

При осмотре: состояние ребенка стабильное, активен. Рост 76 см, вес 10 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 110 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно, оба яичка в мошонке. Почки не пальпируются с обеих сторон. Грыжевые выпячивания не визуализируются, не пальпируются. Стул без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

По данным проведенного УЗИ почек у пациента имеются признаки

- гидронефроза
- пузырно-мочеточникового рефлюкса
- удвоения почки
- мегауретера

В составе комплексного урологического обследования пациенту показано выполнение

- гидронефроза
- пузырно-мочеточникового рефлюкса
- удвоения почки
- мегауретера

Результаты обследования

На представленном снимке экскреторной урографии визуализируется

- расширение лоханки
- расширение мочеточника
- расширение лоханки, чашечек и мочеточника
- расширение лоханки и чашечек

Наиболее вероятен диагноз

- расширение лоханки
- расширение мочеточника
- расширение лоханки, чашечек и мочеточника
- расширение лоханки и чашечек

Диагноз

В данном случае, вероятнее всего, имеется следующая степень гидронефроза

- 1
- 2
- 2-3
- 3

Основным методом лечения гидронефроза является

- цистоскопическое стентирование
- оперативное лечение
- наложение пиелостомы
- консервативное лечение

Противопоказанием для оперативного лечения гидронефроза является

- возраст до 1 года
- наличие генетической патологии
- пиелонефрит в стадии обострения
- двухсторонний гидронефроз

После проведения оперативного лечения гидронефроза для профилактики инфекции мочевых путей в обязательном порядке назначают

- холинолитики
- прокинетики
- нормотимики
- уросептики

Операция резекции пиелоретрального соустья с формированием пиелоретрального анастомоза носит имя

- Хайнса-Андерсена-Кучера
- Паломо
- Коэна
- Фолея

Проведение экскреторной урографии после оперативного лечения гидронефроза необходимо проводить через + _____ + мес.

- 3
- 1
- 6
- 12

В составе комплексного урологического обследования детям с гидронефрозом для оценки степени нарушения функции почки показано выполнение

- цистоскопии
- урофлоуметрии
- биохимического исследования крови
- общего анализа мочи

После выполнения оперативного лечения гидронефроза основным методом динамического контроля является

- цистоскопии
- урофлоуметрии
- биохимического исследования крови
- общего анализа мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик Р. 3 года 1 мес. Госпитализирован в урологическое отделение для клинического обследования и выполнения оперативного вмешательства.

Жалобы

Изменения по данным УЗИ почек и общего анализа мочи.

Анамнез заболевания

Со слов матери при плановой диспансеризации у ребенка обнаружено расширение мочеточника. По данным УЗИ почек - правая почка имеет размер 65x32 мм, отмечается удвоение верхних мочевыводящих путей, верхний сегмент представлен единой полостью 21x10 мм, мочеточник верхнего сегмента расширен на всем протяжении до 18 мм в просвете взвесь. По данным динамической нефросцинтиграфии верхний сегмент правой почки не визуализирован.

Анамнез жизни

- * Ребенок от второй беременности, первый срочных родов. Беременность протекала без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди.
- * Не прививался.
- * Физиологическое развитие по возрасту.
- * Травмы и операции отрицает.
- * На учете у узких специалистов не состоит.
- * Грудное вскармливание до 6 месяцев.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 62 см, вес 7,9 кг. Субфебрильная лихорадка, катаральных явлений нет.
- * Кожные покровы бледно-розовые, чистые.
- * Носовое дыхание свободное. В лёгких дыхание проводится симметрично, хрипов нет. Область сердца визуальна не изменена.
- * Тоны сердца звучные, ЧСС до 98 в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, патологических образований достоверно не определяется.
- * Область почек визуальна не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Изображение 1

При выполнении диагностической цистоскопии у ребенка на стороне поражения обнаружено два устья. Это говорит о

- наличии гетеротопического уретероцеле верхнего сегмента
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе в верхний сегмент
- полном удвоении верхних мочевыводящих путей
- неполном удвоении верхних мочевыводящих путей

Неполное удвоение верхних мочевыводящих путей характеризуется наличием

- одного устья в мочевом пузыре
- нефункционирующего нижнего сегмента
- двух устьев в мочевом пузыре
- нефункционирующего верхнего сегмента

К основным жалобам, которые могут встречаться у детей с врожденной патологией при полном удвоении верхних мочевыводящих путей, относятся

- макрогематурия и персистирующая бактериурия
- боль при мочеиспускании и изменения в общем анализе мочи
- рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей
- макрогематурия и боль при мочеиспускании

Особенностью цветной доплерографии при нефункционирующем сегменте удвоенной почки является

- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза
- прослеживания кровотока до почечной капсулы
- отсутствие регистрации кровотока
- объединения по магистральному типу

Для оценки функции почек с выставленным диагнозом удвоение верхних мочевыводящих путей выполняется

- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза
- прослеживания кровотока до почечной капсулы
- отсутствие регистрации кровотока
- объединения по магистральному типу

Изображение 2

На основании ультразвуковой диагностики данному пациенту может быть выставлен диагноз

- наличие сегментарного кровотока с участками нефросклероза
- прослеживания кровотока до почечной капсулы
- отсутствие регистрации кровотока
- объединения по магистральному типу

Диагноз

Изображение 3

По данным экскреторной урографии можно установить следующий диагноз

- уретероцеле верхнего сегмента справа
- полное удвоение верхних мочевыводящих путей справа
- обструктивный мегауретер справа
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

Золотым стандартом оперативного лечения при нефункционирующем сегменте удвоенной почки является

- уретероцеле верхнего сегмента справа
- полное удвоение верхних мочевыводящих путей справа
- обструктивный мегауретер справа
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

Дополнительные сведения

На 4-е сутки после операции при проведении перевязки операционной раны было обнаружено покраснение краев раны, гнойные наложения по линии шва, у ребенка при этом отмечен подъем температуры тела до 38.5 С. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз.

Данная клиническая картина наиболее характерна для

- инфекции области хирургического вмешательства
- частичного блока почки
- острого респираторного заболевания
- обострения пиелонефрита

Кроме общего анализа крови и исследования уровня С-реактивного белка крови, рекомендуется определение уровня

- прокальцитонина
- креатинина
- щелочной фосфатазы
- паратиреоидного гормона

С целью периоперационной профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендуется использование

- антигистаминного средства
- гормональной терапии
- физиологического раствора
- антибактериального препарата

Инфекция хирургической раны, при которой в процесс вовлекается только кожа и подкожная клетчатка, называется

- антигистаминного средства
- гормональной терапии
- физиологического раствора
- антибактериального препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием обратилась мать с ребенком в возрасте 1 г 4 месяцев.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°C, слабость, вялость, отказ от еды.

Анамнез заболевания

Накануне вечером ребенок стал вялым отмечалось повышение температуры тела до 38,5°C, на фоне жаропонижающего препарата кратковременное снижение до 37,5°C. От еды, питья отказывается.

Анамнез жизни

* Ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Раннее развитие без особенностей.

* Вакцинирован в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, после первой вакцинации АКДС была лихорадка в течение 3 дней.

- * Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез: без особенностей
- * Ранее дважды мама отмечала однократные подъемы температуры до 38,3°C, самостоятельно купировавшиеся, связывала с прорезыванием зубов, анализы мочи, крови не сдавала.

Объективный статус

- * Состояние ребёнка тяжелое, признаки интоксикации.
- * Фебрильная лихорадка до 38,7°C.
- * Слизистые оболочки дужек, небных миндалин, задней стенки глотки не гиперемированы. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- * Тахикардия, тоны сердца приглушены, ритмичные.
- * Живот не вздут, мягкий, при глубокой пальпации – определяется беспокойство, признаков раздражения брюшины нет, селезенка не пальпируется.
- * Стул был вчера утром, обычной консистенции, мочился небольшим объемом, дизурии нет.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.
- * Почки не пальпируются
- * Мочеиспускание безболезненное
- * Наружные половые органы без патологии

Для установления диагноза ребенку необходимо выполнить

- антигистаминного средства
- гормональной терапии
- физиологического раствора
- антибактериального препарата

Результаты обследования

Инструментальным методом, используемом при диагностике, является

- антигистаминного средства
- гормональной терапии
- физиологического раствора
- антибактериального препарата

Результаты инструментального метода обследования

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, полученных лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- антигистаминного средства
- гормональной терапии
- физиологического раствора
- антибактериального препарата

Диагноз

Для подтверждения бактериальной этиологии заболевания необходимо выполнить

- биохимический анализ крови
- общий анализ крови
- протеинограмму
- коагулограмму

Тактика ведения данного пациента предусматривает

- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в инфекционное отделение
- госпитализацию в соматическое отделение
- ведение пациента в амбулаторных условиях

В качестве основной терапии данному пациенту необходимо назначить

+ _____ + препараты

- противовирусные
- противогрибковые
- гормональные
- антибактериальные

Предпочтительным способом введения антибиотика у данного пациента является

- пероральный прием препарата в течение всего курса терапии
- внутривенный путь введения с последующим переходом на пероральный
- внутривенный путь введения в течение всего курса терапии
- внутримышечный путь введения в течение всего курса терапии

С учетом результата посева мочи препаратом выбора для этиотропного лечения может являться

- цефтриаксон
- тикарциллин/клавуланат
- цефтазидим
- амикацин

С учетом выраженной температурной реакции, наиболее предпочтительным жаропонижающим препаратом в качестве симптоматической терапии в детской практике является

- метамизол натрия
- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота
- нимесулид

При рецидивирующем течении инфекции мочевыводящих путей на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса высока вероятность развития

- кисты почки
- рефлюкс-нефропатии
- гнойного баланита
- обструктивного мегауретера

При рецидивирующем течении инфекции мочевыводящих путей для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса показано проведение

- смотровой цистоуретроскопии
- ретроградной цистометрии
- микционной цистоуретрографии
- экскреторной урографии

При динамическом наблюдении за ребенком с рецидивирующим пиелонефритом статическая нефросцинтиграфия проводится с частотой 1 раз в

- 6-9 месяцев
- 2-3 года
- 3-6 месяцев
- 1-1,5 года