

Ситуационные задачи

Урология

medkeys.ru/product/urolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 34 лет обратилась к урологу по месту жительства. Ранее наблюдалась урологами по поводу хронического пиелонефрита

Жалобы

на периодически возникающую тянущую, ноющую боль в левой поясничной области

Анамнез заболевания

Со слов пациентки в возрасте 16 лет была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с острым пиелонефритом (сторона неизвестна), проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия с эффектом. 2 года назад пациентка впервые в жизни отметила тянущую, ноющую боль в левой поясничной области. При УЗИ в поликлинике по месту жительства выявлена пиелозктазия слева, предложено динамическое наблюдение. В течении последних 6 месяцев пациентка стала отмечать усиление боли в левой поясничной области, в связи с чем обратилась к урологу по месту жительства

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, ветрянка. Вредные привычки отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Перенесенные операции отрицает. Хронические заболевания: хронический пиелонефрит. Менструации с 14 лет. Беременности: 1, роды-0, выкидыши-1. Замужем. Профессиональные вредности отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 165 см, вес 68 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 122/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per vaginam_ : влагалище не рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Выделений не выявлено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

Диагноз

Пациентке показано(а)

- баллонная дилатация, установка катетера-стента слева
- динамическое наблюдение за пациентом
- нефрэктомия слева
- лапароскопическая пиелопластика слева

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- достаточная функция пораженной почки при нефросцинтиграфии
- удовлетворительная функция контрлатеральной почки
- низкий уровень креатинина крови

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- установка нефростомического дренажа слева
- эндопиелотомия
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- перкутанная уретеропиелотомия слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 4-6 недель
- 6 месяцев
- 3 месяца

- 12 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- ультразвуковое исследование почек
- МРТ почек и мочевых путей
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- мочекаменной болезнью
- опухолью почки
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- опухолью мочеточника

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой
- сочетанном камне лоханки
- терминальных стадиях гидронефроза

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 20 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее наблюдался урологом по месту жительства по поводу гидронефроза справа

Жалобы

На периодически возникающую тянущую боль в правой поясничной области

Анамнез заболевания

В возрасте 17 лет пациент был госпитализирован в ЦРБ по месту жительства с острым пиелонефритом справа. Выполнено дренирование верхних мочевых путей справа мочеточниковым стентом. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия с эффектом. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан из стационара. Амбулаторно выполнялось МСКТ почек и мочевыводящих путей: выявлен гидронефроз справа, уро-вазальный конфликт справа. По данному поводу пациенту выполнена лапароскопическая резекция мочеточника и лоханки с антевазальной пластикой лоханки и мочеточника справа, стентирование ВМП справа катетером-стентом. Мочеточниковый стент удален через 3 месяца после операции. В дальнейшем урологами не наблюдался. В течение последнего года отмечает периодически возникающую тянущую боль в правой поясничной области справа, в связи с чем обратился к урологу в поликлинику по месту жительства

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: лапароскопическая антевазальная пиелопластика справа. Травмы: тройной перелом мизинца со смещением в юности. В соматическом статусе без особенностей. Вредных привычек: нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает. Не женат, детей нет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 185см, вес 95 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 122/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per rectum_ :

простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования необходимым для постановки диагноза является

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Диагноз

Пациенту показано(а)

- нефрэктомия слева
- открытая пиелопластика справа
- динамическое наблюдение за пациентом
- эндоскопическая баллонная дилатация

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- сохранная функция правой почки при нефросцинтиграфии
- низкий уровень креатинина крови
- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- лапароскопическая пиелопластика справа
- установка нефростомического дренажа слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- перкутанная уретеропиелотомия слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 4-6 недель
- 12 месяцев
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- МРТ почек и мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек
- ретроградная уретеропиелография
- экскреторная урография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- нефроптозом
- опухолью мочеточника
- опухолью почки

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с аденомой
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетанной опухоли лоханки

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с аденомой
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетанной опухоли лоханки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 43 года обратилась к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдалась

Жалобы

на периодически возникающую тянущую, ноющую боль в правой поясничной области и правом подреберье

Анамнез заболевания

В течении последнего года пациентка отмечает тянущую, ноющую боль в правой поясничной области и правом подреберье

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: отрицает. Травмы: отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез. В анамнезе: ЖКБ, хронический холецистит. Живет половой жизнью с 17 лет. Беременности - 3, роды – 2, выкидыш – 1. Менструации с 13 лет, регулярные, незначительно болезненные, обильные, 27 через 6 дней. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: йод – отек Квинке

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 156 см, вес 49 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 120/67. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не

изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per vaginam_: влагалище рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Патологических выделений не выявлено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с аденомой
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетанной опухоли лоханки

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с аденомой
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетанной опухоли лоханки

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с аденомой
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетанной опухоли лоханки

Диагноз

Пациентке показано(а)

- эндоскопическая баллонная дилатация
- лапароскопическая пиелопластика справа
- лапароскопическая пиелопластика справа с одномоментной холецистэктомией

- динамическое наблюдение за пациенткой

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии
- достаточная функция правой почки
- низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- лапароскопическая нефрэктомия справа
- открытая пиелопластика справа с холецистэктомией
- баллонная дилатация справа
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц справа

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде – через + + после оперативного вмешательства

- 6 месяцев
- 12 месяцев
- 4-6 недель
- 3 месяца

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- цистоскопия
- ультразвуковое исследование почек
- экскреторная урография
- МРТ почек и мочевых путей

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- мочекаменной болезнью
- поликистозом почек
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- опухолью почки

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с опухолью почки

- сочетании с нефроптозом
- терминальных стадиях гидронефроза

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 31 года обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался

Жалобы

на дискомфорт в левой поясничной области, повышение АД до 140/80 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при плановом обследовании по поводу Артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ЦРБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом. Травмы: компрессионный перелом шейных позвонков С6-С7 в

возрасте 14 лет. Страдает ГБ, терапии не принимает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 185 см, вес 86 кг. Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 130/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per rectum_: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 1-2 недели
- 2 месяца

- 5 дней
- 1 месяц

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 1-2 недели
- 2 месяца
- 5 дней
- 1 месяц

Диагноз

Пациенту показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика слева
- нефрэктомия слева
- динамическое наблюдение за пациентом
- эндоскопическая баллонная дилатация

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм
- сохранная функция левой почки при нефросцинтиграфии
- низкий уровень креатинина крови
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- перкутанная уретеропиелотомия слева
- установка нефростомического дренажа слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- открытая пиелопластика слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 12 месяцев
- 4-6 недель
- 3 месяца

- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- экскреторная урография
- МРТ почек и мочевых путей
- ретроградная уретеропиелография
- ультразвуковое исследование почек

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- опухолью мочеточника
- опухолью почки
- пузырно-мочеточниковый рефлюксом
- нефроптозом

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- сочетании с аденомой простаты
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- сочетании с аденомой простаты
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 42 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался

Жалобы

на периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

В течение последних лет пациент отмечает периодически возникающую

тянущую, ноющую боль в поясничной области справа. До этого к врачам не обращался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Травмы – отрицает. Операции: геморроидэктомия в 2010г. Наследственный анамнез – неотягощен. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Вредные привычки: курит по 1 пачке в день в течении 25 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 176 см, вес 83 кг. Температура тела 36,2°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД - 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 уд/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per rectum_: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- сочетании с аденомой простаты
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- сочетании с аденомой простаты
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе

- терминальных стадиях гидронефроза

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования необходимым для постановки диагноза является

- сочетании с аденомой простаты
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза

Результаты методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- сочетании с аденомой простаты
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза

Диагноз

Пациенту показано(а)

- эндоскопическая баллонная дилатация
- динамическое наблюдение за пациентом
- лапароскопическая пиелопластика справа
- лапароскопическая нефрэктомия справа

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- низкий уровень креатинина крови
- отсутствие функции правой почки при нефросцинтиграфии
- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм
- толщина почечной паренхимы при УЗИ

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- открытая нефрэктомия справа
- перкутанная эндопиелотомия справа
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц справа
- установка нефростомического дренажа справа

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- опухолью мочеточника
- нефроптозом
- пузырно-мочеточниковый рефлюксом
- опухолью почки

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента после пиелопластики – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 6 месяцев
- 4-6 недель
- 12 месяцев

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- сочетании с аденомой простаты
- терминальных стадиях гидронефроза
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с конкрементом верхней группы чашечек

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 1-2 недели
- 1 месяц
- 5 дней
- 2 месяца

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 1-2 недели
- 1 месяц
- 5 дней
- 2 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 20 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался.

Жалобы

на боль в поясничной области при физической нагрузке, больше справа

Анамнез заболевания

При плановом обследовании по месту прохождения службы у пациента выявлена двусторонняя пиелокаликоектазия, был комиссован. Обратился к урологу для обследования и определения дальнейшей тактики лечения

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: отрицает. Травмы: отрицает. В соматическом статусе: хронический гайморит, близорукость. Вредных привычек: нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: йод – зуд, крапивница.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 173 см, вес 60 кг. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча визуально не изменена. _PER RECTUM_: перианальная область не изменена, простата не увеличена в размерах, мягкоэластической консистенции, однородная, при пальпации безболезненная. На высоту пальца патологических образований не выявлено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1-2 недели
- 1 месяц
- 5 дней
- 2 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 1-2 недели
- 1 месяц

- 5 дней
- 2 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования необходимым для постановки диагноза является

- ретроградная уретеропиелография
- нефросцинтиграфия
- антеградная пиелоуретерография
- ультразвуковая доплерография почек

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинично-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- ретроградная уретеропиелография
- нефросцинтиграфия
- антеградная пиелоуретерография
- ультразвуковая доплерография почек

Диагноз

Пациенту показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика справа
- перкутанная эндопиелотомия справа
- динамическое наблюдение за пациентом
- эндоскопическая баллонная дилатация

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии
- низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови
- достаточная функция правой почки
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- баллонная дилатация справа
- открытая пиелопластика справа
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц справа
- ретроградная лазерная эндопиелотомия справа

Оптимальным сроком удаления мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики – через + + после оперативного вмешательства

- 12 месяцев
- 4-6 недель
- 3 месяца
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- ультразвуковое исследование почек
- МРТ почек и мочевых путей
- цистоскопия
- экскреторная урография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- поликистозом почек
- мочекаменной болезнью
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- опухолью почки

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетанном камне лоханки
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетанном камне лоханки
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 23 лет обратилась к урологу по месту жительства. В детстве наблюдалась по поводу гидронефроза слева

Жалобы

на периодически возникающую тянущую, ноющую боль в левой поясничной области

Анамнез заболевания

Пациентка страдает гидронефрозом слева с 3х лет, наблюдалась по этому поводу в детской областной больнице. В возрасте 13 лет в ЦРБ по месту жительства выполнена резекция лоханки и в/3 левого мочеточника, антевазальная уретеропиелостомия слева, нефростомия слева. Через 6 месяцев выявлен стеноз пиелoureтерального анастомоза слева. В возрасте 14 лет в ЦРБ по месту жительства пациентке выполнена ревизия забрюшинного пространства, неопиелoureтеростомия слева с интубацией мочеточника и нефростомией. В дальнейшем урологами не наблюдалась. 2 года назад начала отмечать тянущую ноющую боль в левой поясничной области, обратилась в поликлинику по месту жительства, выявлено расширение ЧЛС слева, дальнейшего обследования не проводилась. В течение последнего года отмечает прогрессирующее усиление боли в левой поясничной области, в связи с чем обратилась к урологу по месту жительства.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: резекция лоханки и в/3 левого мочеточника, антевазальная уретеропиелостомия слева, нефростомия слева; ревизия забрюшинного пространства, неопиелoureтеростомия слева с интубацией мочеточника и нефростомией, аппендэктомия в возрасте 3-х лет. Травмы – отрицает. В соматическом статусе без особенностей. Акушерско-гинекологический анамнез: беременности - 1, роды – 0, аборт – 1. Менструации с 12 лет, не регулярные по 4 дня через 25, умеренные, болезненные. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 167 см, вес 55 кг. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС- 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 61/мин, АД 115/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Отмечаются рубцы после хирургических вмешательств на левой почке. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых

образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per vaginam_: влагалище не рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Выделений не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетанном камне лоханки
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетанном камне лоханки
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительными методами исследования необходимыми для постановки диагноза являются

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетанном камне лоханки
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой

Результаты дополнительных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования

- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетанном камне лоханки
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- сочетании с аденомой

Диагноз

Пациентке показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика, установка мочеточникового стента слева
- нефрэктомия слева
- перкутанная нефролитолапаксия, эндопиелотомия слева
- динамическое наблюдение за пациентом

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- достаточная функция пораженной почки при нефросцинтиграфии
- низкий уровень креатинина крови
- удовлетворительная функция контрлатеральной почки

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- балонная дилатация слева
- открытая пиелопластика с литоэкстракцией слева
- установка нефростомического дренажа слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 4-6 недель
- 12 месяцев
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- МРТ почек и мочевых путей
- ретроградная уретеропиелография
- ультразвуковое исследование почек
- экскреторная урография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- опухолью почки

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- опухолью мочеточника
- мочекаменной болезнью

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 дней
- 1-2 недели

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 дней
- 1-2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 27 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался

Жалобы

на дискомфорт в левой поясничной области

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации у пациента выявлено аномальное развитие почек, пиелокаликоектазия слева. Обратился к урологу для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: удаление гематомы передней брюшной стенки в 2009г, вскрытие фурункула на подбородке в 2011г. Травмы: отрицает. В соматическом статусе без особенностей. На момент осмотра лекарственные препараты не принимает. Вредные привычки: отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 73 кг. Температура тела 36,2 С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 73/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. Локальный статус: Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча визуально не изменена. PER RECTUM: перианальная область не изменена, простата не увеличена в размерах, мягкоэластической консистенции, однородная, при пальпации безболезненная. На высоту пальца патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 дней
- 1-2 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 дней
- 1-2 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 дней
- 1-2 недели

Результаты дополнительных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 1 месяц
- 2 месяца
- 5 дней
- 1-2 недели

Диагноз

Пациенту показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика слева
- динамическое наблюдение за пациентом
- эндоскопическая баллонная дилатация
- перкутанная эндопиелотомия слева

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- низкий уровень креатинина, мочевой кислоты и мочевины крови
- достаточный кровоток паренхимы подковообразной почки при ультразвуковой доплерографии
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- достаточная функция аномальной почки

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- баллонная дилатация слева
- открытая пиелопластика слева
- ретроградная лазерная эндопиелотомия слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде - через + _____ + после оперативного вмешательства

- 12 месяцев
- 3 месяца
- 4-6 недель
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- цистоскопия

- МРТ почек и мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек
- экскреторная урография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- мочекаменной болезнью
- опухолью почки
- поликистозом почек
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 5 дней
- 1-2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 5 дней
- 1-2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 62 лет обратилась к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдалась

Жалобы

на боль в поясничной области при физической нагрузке, больше справа

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациентка впервые в жизни отметила боль в поясничной области справа в июле 2015г, после боли у пациентки возник эпизод тотальной безболевого макрогематурии без сгустков. Обратилась за консультацией в поликлинику по месту жительства, при УЗИ выявлена двусторонняя пиелокаликоектазия

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции – отрицает. Травмы – отрицает. В анамнезе саркоидоз легких выявленный в 2010г, язва 12-перстной кишки, ремиссия. Беременности - 4, роды – 2, аборт – 2. Менопауза с 50 лет. Вредных привычек: нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 169 см, вес 73 кг. Температура тела 36,3° С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип грудной, ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус_: Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча визуально не изменена. _PER VAGINAM_: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры не гиперемировано, в типичном месте. Влагалище емкое, выделения скудные, слизистая без патологических изменений. Шейка матки при пальпации безболезненная, не увеличена. Придатки не пальпируются. _PER RECTUM_: перианальная область не изменена, сфинктер прямой кишки тоничен. Ампула прямой кишки свободна. На высоту указательного пальца патологических изменений нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 5 дней
- 1-2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 5 дней
- 1-2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 5 дней
- 1-2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

Результаты дополнительного метода обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

- 5 дней
- 1-2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

Диагноз

Пациенту показано(а)

- динамическое наблюдение за пациенткой с последующем решением вопроса о эндоскопической коррекции стенозов лоханочно-мочеточникового сегментов
- перкутанная эндопиелотомия справа с последующей перкутанной эндопиелотомией слева в отдаленном послеоперационном периоде
- лапароскопическая пиелопластика справа с последующей лапароскопической пиелопластикой слева в отдаленном послеоперационном периоде
- двусторонняя эндоскопическая баллонная дилатация

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- достаточная функция правой почки
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови
- достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- баллонная дилатация справа
- двусторонняя установка мочеточниковых катетеров-стентов на 1 месяц справа, с последующей нефрэктомией справа.
- двусторонняя ретроградная лазерная эндопиелотомия справа
- открытая пиелопластика справа с последующей открытой пиелопластикой слева в отдаленном послеоперационном периоде

Оптимальный срок удаления мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде – через + + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 6 месяцев
- 4-6 недель
- 12 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- МРТ почек и мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек
- цистоскопия
- экскреторная урография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- поликистозом почек
- опухолью лоханки
- мочекаменной болезнью
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 2 месяца
- 1-2 недели
- 5 дней
- 1 месяц

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 2 месяца
- 1-2 недели

- 5 дней
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 43 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее наблюдался урологами по поводу двусторонней пиелокаликоектазии, хронического пиелонефрита

Жалобы

на периодически возникающую боль в поясничной области слева с иррадиацией в промежность, периодическое повышение АД до 130/95 мм.рт.ст

Анамнез заболевания

Более 10 лет назад при плановом обследовании в поликлинике по месту жительства выявлена двусторонняя пиелокаликоектазия. Регулярно госпитализировался в ЦРБ по месту жительства с обострениями хронического пиелонефрита, проводилась консервативная терапия с эффектом. В течение последних 6 месяцев отмечает периодически возникающую боль в поясничной области слева с иррадиацией в промежность, периодическое повышение АД до 130/95 мм.рт.ст. Обратился к урологу для консультации

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы в 2010г. Травмы – автоавария в 2010г. В соматическом статусе без особенностей. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: не отмечает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 76 кг. Температура тела 36,2⁰С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в

типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per rectum_ : простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 2 месяца
- 1-2 недели
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 2 месяца
- 1-2 недели
- 5 дней
- 1 месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 2 месяца
- 1-2 недели
- 5 дней
- 1 месяц

Результат дополнительного метода обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 2 месяца
- 1-2 недели
- 5 дней
- 1 месяц

Диагноз

Пациенту показано(а)

- эндоскопическая баллонная дилатация
- нефрэктомия слева
- лапароскопическая пиелопластика слева
- динамическое наблюдение за пациентом

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ справа и слева
- низкий уровень креатинина крови
- размер лоханки в диапазоне 20-30 мм
- сохранная накопительная функция левой почки при нефросцинтиграфии

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- открытая пиелопластика слева
- установка нефростомического дренажа слева
- перкутанная уретеропиелотомия слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 12 месяцев
- 4-6 недель
- 3 месяца
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- экскреторная урография
- МРТ почек и мочевых путей
- ретроградная уретеропиелография
- ультразвуковое исследование почек

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- опухолью почки
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом

- нефроптозом
- опухолью мочеточника

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- 5 дней
- 1 месяц
- 2 месяца
- 1-2 недели

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

- 5 дней
- 1 месяц
- 2 месяца
- 1-2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На ночную поллакирию до 4х раз, затруднённое мочеиспускание вялой струёй.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последнего года. Наблюдался у уролога по месту жительства, принимал альфа – блокаторы с эффектом. В течение последнего месяца отмечает прогрессивное ухудшение симптоматики, в связи с чем обратился за консультацией.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции: отрицает. Женат. Имеет 2 детей и внуков. Работает, ведёт активный образ жизни. Сопутствующие заболевания: АГ 2 ст, 2 ст, риск 3.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 168 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД

125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание затруднённое, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. *При пальцевом ректальном исследовании*: простата увеличена в размерах, плотно-эластической консистенции, в правой доле, апикальных ее отделах определяется уплотненный участок до 15 мм. Пальпация безболезненна. Слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза заболеваний простаты лабораторным методам исследования относят

- 5 дней
- 1 месяц
- 2 месяца
- 1-2 недели

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования простаты перед биопсией является

- 5 дней
- 1 месяц
- 2 месяца
- 1-2 недели

Результаты инструментального метода обследования

Для уточнения стадии заболевания, в том числе, степени распространения онкологического процесса у больных с раком простаты, используется

- 5 дней
- 1 месяц
- 2 месяца
- 1-2 недели

Результаты обследования

Обязательным методом инструментальной диагностики для гистологической верификации диагноза является

- 5 дней
- 1 месяц
- 2 месяца
- 1-2 недели

Результаты инструментального метода обследования

Методом обследования для диагностики отдалённых метастазов является

- остеосцинтиграфия
- ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов
- УЗИ органов мошонки
- МРТ головного мозга

Диагнозом, установленным на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, является

- остеосцинтиграфия
- ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов
- УЗИ органов мошонки
- МРТ головного мозга

Диагноз

Основным и наиболее эффективным методом лечения у данного пациента является

- гормональная терапия
- позадилоная адэномэктомия
- брахитерапия или криодеструкция
- радикальная простатвезикулэктомия

Наиболее безопасной и онкологически эффективной техникой выполнения радикальной простатвезикулэктомии у данного пациента является

- нервосберегающая, без лимфаденэктомии
- промежностная простатэктомия
- радикальная простатэктомия без применения нервосберегающей техники
- внебрюшинная лапароскопическая нервосберегающая простатэктомия

Наиболее часто встречающимся осложнением в ближайшем послеоперационном периоде после радикальной простатвезикулэктомии является

- тромбоз легочной артерии
- травма прямой кишки
- стриктура анастомоза
- стрессовое недержание мочи

Основным методом в оценке эффективности лечения является

- лабораторный метод; определение щелочной фосфатазы
- динамическое наблюдение ПСА
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- КТ органов малого таза с контрастированием

Уровень ПСА, свидетельствующий о рецидиве заболевания должен быть выше + _____ + нг/мл

- 4,0
- 0,2
- 0,5
- 1,0

В минимальный объем обследования пациента при диспансерном наблюдении после радикальной простатэктомии входит

- 4,0
- 0,2
- 0,5
- 1,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась в приемное отделение городской больницы с впервые возникшими жалобами на острую боль в поясничной области справа, частые позывы к мочеиспусканию с резью.

Жалобы

На острую боль в поясничной области справа, возникшую впервые в жизни несколько часов назад. Самостоятельно принимала но-шпу, без существенного эффекта

Анамнез заболевания

Заболевания органов мочеполовой системы отрицает. Считает себя больной в течение нескольких часов

Анамнез жизни

* Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. * Хронических заболеваний нет. * Профессиональные вредности и вредные привычки отрицает. * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. * Замужем, двое детей.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 169 см. Температура тела 37,0⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный над лоном справа. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание учащено, болезненное с усилением боли в конце акта мочеиспускания _Status localis_: с-м Пастернацкого справа слабopоложительный, слева - отрицательный, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание учащено, болезненное, моча визуальнo не изменена, наружные половые органы без особенностей

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 4,0
- 0,2
- 0,5
- 1,0

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 4,0
- 0,2
- 0,5
- 1,0

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данной больной можно поставить диагноз

- 4,0
- 0,2
- 0,5
- 1,0

Диагноз

На первом этапе лечения при почечной колике рекомендуется купирование боли

- спазмолитиками
- диуретиками
- нестероидными противовоспалительными препаратами
- наркотическими анальгетиками

В случае не купируемой почечной колики пациенту показано

- дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом или нефростомическим дренажом
- выполнение контактной нефролитотрипсии
- дренирование верхних мочевых путей путем выполнения нефролитотомии
- дренирование нижних мочевых путей путем выполнения пункционной цистостомии

Пациентам с почечной коликой при неэффективности или невозможности назначения НПВС (в том числе из-за аллергических реакций) рекомендуется применение

- внутривенного введения растворов электролитов и диуретиков
- спазмолитиков
- опиоидных анальгетиков и анальгетиков со смешанным механизмом действия
- альфа-адреноблокаторов

Данному пациенту показано лечение в объеме

- ДЛТ или контактной уретеролитотрипсии справа
- контактной нефролитотрипсии слева
- открытой уретеролитотомии слева
- лапароскопической уретеролитотомии слева

Тактика активного наблюдения пациентов с МКБ включает

- ежемесячную оценку симптомов и состояния конкремента при помощи лучевых методов визуализации
- длительный прием препаратов литолитической терапии
- ежеквартальные эндоскопические методы визуализации мочевых путей
- ежегодно с помощью визуализирующих методов обследования

С целью профилактики повторных приступов почечной колики рекомендовано назначение

- антибактериальной терапии
- НПВС
- антикоагулянтной терапии
- ударных доз преднизолона

Реабилитация пациентам с МКБ

- показана назначением антиоксидантов
- показана назначением диеты с низким содержанием кальция
- не показана
- показана назначением диуретиков

Показанием к активному наблюдению за пациента с конкрементом мочеточника может служить

- хронический характер течения МКБ
- повторяющиеся, но купируемые приступы почечной колики при отсутствии лихорадки на момент осмотра
- редкое возникновение почечных колик при наличии камня мочеточника размером более 10 мм
- камень мочеточника менее 10 мм и бессимптомное течение заболевания

Для адекватного проведения литолитической терапии наблюдение за уровнем pH мочи показано

- хронический характер течения МКБ
- повторяющиеся, но купируемые приступы почечной колики при отсутствии лихорадки на момент осмотра
- редкое возникновение почечных колик при наличии камня мочеточника размером более 10 мм
- камень мочеточника менее 10 мм и бессимптомное течение заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На тянущую боль в поясничной области, общую слабость.

Анамнез заболевания

Болен в течение 12-15 часов, когда отметил появление тупой, тянущей боли в поясничной области, появление общей слабости. Последнее мочеиспускание около 6-8 часов назад.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные банальные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Женат. Хронических заболеваний не отмечает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, перкуторно мочевого пузыря пуст, наружные половые органы без особенностей.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза и определения метода лечения являются

- хронический характер течения МКБ
- повторяющиеся, но купируемые приступы почечной колики при отсутствии лихорадки на момент осмотра
- редкое возникновение почечных колик при наличии камня мочеточника размером более 10 мм
- камень мочеточника менее 10 мм и бессимптомное течение заболевания

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- хронический характер течения МКБ

- повторяющиеся, но купируемые приступы почечной колики при отсутствии лихорадки на момент осмотра
- редкое возникновение почечных колик при наличии камня мочеточника размером более 10 мм
- камень мочеточника менее 10 мм и бессимптомное течение заболевания

Результаты инструментальных методов обследования

Выполнение обзорного снимка мочевых путей показано для оценки

- химического состава камня
- плотности камня
- локализации камня
- рентгенологической позитивности камня у больных с низкой компьютерной плотностью камня

Для диагностики постренального острого повреждения почек (ОПП) необходимо выполнить

- позитронно-эмиссионную компьютерную томографию
- обзорный снимок мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек в В-режиме
- экскреторную урографию

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- позитронно-эмиссионную компьютерную томографию
- обзорный снимок мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек в В-режиме
- экскреторную урографию

Диагноз

На основании данных обследования у данного пациента методом хирургического лечения является

- гибкая уретерореноскопия
- дистанционная литотрипсия
- стентирование мочевых путей слева или пункционная нефростомия
- открытая нефруретерэктомия

При постренальном остром повреждении почек (ОПП) после госпитализации вопрос о восстановлении пассажа мочи должен быть решен в течение

- 3 суток, при отсутствии возможности проведения гемодиализа
- 2 суток
- первых суток
- ближайших 12 часов

При постренальном остром повреждении почек (ОПП), обусловленном обструкцией мочеточников, необходимо выполнить восстановление оттока мочи из

- левой почки
- из мочевого пузыря
- обеих почек
- правой почки

Перед планируемым оперативным лечением пациенту необходимо выполнить

- коронарографию
- доплерографическое исследование вен нижних конечностей
- исследование коагулограммы
- компьютерную томографию легких

Наиболее целесообразным методом наведения при выполнении пункции ЧЛС при проведении ПНЛ является + _____ + контроль

- ультразвуковой
- рентгеновский
- сочетанный ультразвуковой и рентгеновский
- компьютерный

Наиболее эффективной энергией для разрушения камня при мини-ПНЛ является

- ультразвуковая
- лазерная
- пневматическая
- механическая

Выбор положения пациента при проведении ПНЛ – на спине или на животе определяется

- ультразвуковая
- лазерная
- пневматическая

- механическая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства в плановом порядке.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области слева и в левом подреберье.

Анамнез заболевания

В течение 8 лет страдает мочекаменной болезнью. Дважды отмечалось самостоятельное отхождение конкрементов слева темного цвета. 5 лет назад оперативное лечение – открытая уретеролитотомия слева. Послеоперационное течение гладкое. В последующем активно не наблюдался

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Женат. Мать пациента страдала мочекаменной болезнью. Год назад перенес инфаркт миокарда, выполнено стентирование коронарных артерий. Принимает антикоагулянты. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 100 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. В левой подвздошной области послеоперационный рубец без признаков воспаления. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- ультразвуковая
- лазерная
- пневматическая
- механическая

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- ультразвуковая
- лазерная
- пневматическая
- механическая

Результаты инструментальных методов обследования

Противопоказанием к оперативному лечению камня почки является

- ультразвуковая
- лазерная
- пневматическая
- механическая

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- ультразвуковая
- лазерная
- пневматическая
- механическая

Диагноз

Перед планируемым плановым оперативным лечением данному пациенту необходимо выполнить

- компьютерную томографию легких
- доплерографическое исследование вен нижних конечностей
- исследование коагулограммы
- коронарографию

Данному пациенту не показано проведение

- пиелолитотомии
- миниперкутанной нефролитотрипсии
- дистанционной ударно-волновой литотрипсии

- гибкой ретроградной пиелолитотрипсии

Гибкая ретроградная контактная ренолитотрипсия не показана в качестве метода лечения первой линии при

- двустороннем нефролитиазе
- камне нижней группы чашечек
- множественных камнях чашечек
- камнях почек более 2 см

Перед выполнением гибкой уретерореноскопии рекомендуется

- стентирование верхних мочевых путей
- катетеризация мочевого пузыря
- сеанс дистанционной нефролитотрипсии
- нефростомия

При выполнении гибкой УРС рекомендуется установление гидрофильного кожуха с целью обеспечения

- дилатации мочевых путей
- низкого внутривидеочечного давления
- предотвращения травмы мочеточника
- улучшения миграции фрагментов камня

По окончании операции гибкой УРС установка мочеточникового катетера - стента рекомендуется

- при перфорации мочеточника
- при осложненной УРС или неполном удалении камней
- во всех случаях
- при полном удалении фрагментов камня

Пациентам, получающим антикоагуляционную терапию, оперативное пособие может быть выполнено после

- двукратного уменьшения дозы антикоагулянтного препарата
- консультации трансфузиолога и/или гематолога
- консультации гепатолога
- отмены антикоагуляционной терапии

Выбор «укладки» пациента на операционный стол зависит от

- двукратного уменьшения дозы антикоагулянтного препарата
- консультации трансфузиолога и/или гематолога

- консультации гепатолога
- отмены антикоагуляционной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства в плановом порядке.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области справа и в правом подреберье.

Анамнез заболевания

Болеет мочекаменной болезнью более 10 лет. Неоднократно отмечались эпизоды самостоятельного отхождения камней справа. 5 лет назад проводилось оперативное лечение по поводу камня лоханки правой почки в виде перкутанной нефролитотрипсии.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветрянку, оспу. Женат. Дед пациента страдал мочекаменной болезнью. Хронических заболеваний, за исключением МКБ не было. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. «Status localis»: с-м Пастернацкого в настоящее время отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза и определения показаний к оперативному лечению лабораторными методами обследования являются

- двукратного уменьшения дозы антикоагулянтного препарата
- консультации трансфузиолога и/или гематолога
- консультации гепатолога

- отмены антикоагуляционной терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является выполнение

- двукратного уменьшения дозы антикоагулянтного препарата
- консультации трансфузиолога и/или гематолога
- консультации гепатолога
- отмены антикоагуляционной терапии

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- двукратного уменьшения дозы антикоагулянтного препарата
- консультации трансфузиолога и/или гематолога
- консультации гепатолога
- отмены антикоагуляционной терапии

Диагноз

На основании данных обследования у данного пациента методом хирургического лечения является

- дистанционная литотрипсия
- пункционная нефролитотрипсия
- гибкая уретерореноскопия
- открытая нефрэктомия

Противопоказанием к оперативному лечению камня почки является

- рецидивный камень правой почки, хронический пиелонефрит, обострение
- рост E.Coli 10^5 , Klebsiella pneum. 10^6 в посевах мочи, чувствительные к цефтриаксону, амикацину, гентамицину, эмпинему и фосфомицину
- рост микрофлоры в посевах мочи
- наличие признаков острой мочевиной инфекции (повышение температуры тела, лейкоцитоз или лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы, пиурия)

Перед планируемым плановым оперативным лечением данному пациенту необходимо выполнить

- коронарографию
- исследование коагулограммы
- доплерографическое исследование вен нижних конечностей
- компьютерную томографию легких

Наиболее целесообразным методом наведения при выполнении пункции ЧЛС при проведении перкутанной нефролитотрипсии является

+ _____ + контроль

- ультразвуковой
- рентгеновский
- компьютерно-томографический
- сочетанный ультразвуковой и рентгеновский

Наиболее эффективной энергией для разрушения камня при мини-перкутанной нефролитотрипсии является

- механическая литотрипсия
- пневматическая литотрипсия
- ультразвуковая литотрипсия
- лазерная литотрипсия

Выбор положения пациента при проведении ПНЛ – на спине или на животе определяется

- предпочтениями хирурга и соматическим статусом пациента
- локализацией камня в нижней чашечке
- ожирением пациента
- коралловидной формой конкремента

Пункцию чашечно-лоханочной системы для наибольшей эффективности необходимо проводить под + _____ + контролем

- компьютерным
- рентгеновским
- ультразвуковым
- сочетанным ультразвуковым и рентгеновским

Для адекватной коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде рекомендуется выполнить

- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования ВМП
- посев паренхимы почки, полученной путем тонкоигольной биопсии
- повторный забор мочи из мочевого пузыря
- забор мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии

Наиболее информативным методом в определении химического состава камня является исследование с помощью

- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования ВМП
- посев паренхимы почки, полученной путем тонкоигольной биопсии
- повторный забор мочи из мочевого пузыря
- забор мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства в плановом порядке.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области слева и в левом подреберье.

Анамнез заболевания

Болеет мочекаменной болезнью более 10 лет. Неоднократно отмечались эпизоды отхождения камней слева, неоднократно проводилось хирургическое лечение в объеме КУЛТ слева. Периодически отмечается отхождение конкрементов темного цвета.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Женат. Дед пациента страдал мочекаменной болезнью. Длительное время наблюдается ревматологом по поводу подагры. Лечение проводит не регулярно. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД

20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования ВМП
- посев паренхимы почки, полученной путем тонкоигольной биопсии
- повторный забор мочи из мочевого пузыря
- забор мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования ВМП
- посев паренхимы почки, полученной путем тонкоигольной биопсии
- повторный забор мочи из мочевого пузыря
- забор мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее информативным методом определения химического состава камня является

- биохимический анализ суточной мочи
- жидкостный химический анализ камня
- инфракрасная спектроскопия, дифракция рентгеновских лучей
- микроскопия мочи для выявления патогномоничных кристаллов
- биохимический анализ разовой порции мочи

Выполнение обзорного снимка мочевых путей в послеоперационном периоде показано для оценки

- химического состава камня

- отхождения камня или выявления резидуальных камней
- плотности камня
- размеров и рентгеновской плотности камня

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- химического состава камня
- отхождения камня или выявления резидуальных камней
- плотности камня
- размеров и рентгеновской плотности камня

Диагноз

На основании данных обследования у данного пациента методом хирургического лечения является

- пункционная нефролитотрипсия
- открытая нефрэктомия
- дистанционная литотрипсия
- гибкая уретерореноскопия

Противопоказанием к оперативному лечению камня почки является

- в посевах мочи рост *E. Coli* 10^5 , *Klebsiella pneum.* 10^6 чувствительных к цефтриаксону, амикацину, гентамицину, эмпинему и фосфомицину
- рецидивный камень левой почки, хронический пиелонефрит, обострение
- рост микрофлоры в посевах мочи
- наличие признаков острой мочевиной инфекции (повышение температуры тела, лейкоцитоз или лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы, пиурия)

На основании данных обследования у данного пациента методом консервативного лечения является

- динамическое наблюдение
- чрескожный химолиз
- пероральный хемолиз
- медикаментозная литокинетическая терапия

Перед планируемым плановым оперативным лечением данному пациенту необходимо выполнить

- исследование коагулограммы

- компьютерную томографию легких
- коронарографию
- доплерографическое исследование вен нижних конечностей

Наиболее целесообразным методом наведения при выполнении пункции ЧЛС при проведении перкутанной нефролитотрипсии является

+ + контроль

- ультразвуковой
- сочетанный ультразвуковой и рентгеновский
- рентгеновский
- компьютерный

Наиболее эффективной энергией для разрушения камня при мини-ПНЛ является

- лазерная литотрипсия
- пневматическая
- ультразвуковая
- механическая

Выбор положения пациента при проведении ПНЛ – на спине или на животе определяется

- лазерная литотрипсия
- пневматическая
- ультразвуковая
- механическая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет доставлена в приемное отделение городской больницы с жалобами на умеренную боль в поясничной области в течение нескольких дней, отсутствие позывов к мочеиспусканию в течение суток.

Жалобы

На тупую боль в поясничной области с обеих сторон, несколько более выраженную справа, отсутствие позывов к мочеиспусканию.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение нескольких дней. В течение последних суток отметила отсутствие позывов к мочеиспусканию и отсутствие мочеиспусканий.

Анамнез жизни

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. Хронических заболеваний нет. Профессиональные вредности и вредные привычки отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Замужем, двое детей.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 88 кг, рост 169 см. Температура тела 37,0⁰С. Кожные покровы сухие, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в поясничной области справа. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. С-м Пастернацкого справа слабopоложительный, слева - отрицательный, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, Стул регулярный, оформленный. Перкуторно мочевоy пузыря не определяется над лоном. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует в течение суток.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- лазерная литотрипсия
- пневматическая
- ультразвуковая
- механическая

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- лазерная литотрипсия
- пневматическая
- ультразвуковая
- механическая

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- лазерная литотрипсия
- пневматическая
- ультразвуковая
- механическая

Диагноз

На первом этапе лечения показано

- немедленное восстановление оттока мочи из почек
- введение спазмолитиков
- использование высоких доз диуретиков
- применение наркотических анальгетиков

В случае постренальной анурии методом разрешения анурии является выполнение

- двусторонней уретерокутанеостомии, дренирование мочеточников с обеих сторон
- экстренной односторонней уретеролитотомии и стентирования мочеточника с другой стороны
- плановой двусторонней уретеролитотомии
- дренирования верхних мочевых путей мочеточниковым стентом или нефростомическим дренажом

Восстановление оттока мочи из почек при постренальной анурии должно быть выполнено

- сразу после нормализации креатинина и калия крови
- сразу после проведения сеанса гемодиализа
- в ближайшие 1-2 суток
- не позднее ближайших 12 часов после госпитализации пациента

Для разрешения постренальной анурии дренирование верхних мочевых путей показано

- в объеме левосторонней уретерокутанеостомии
- выполнение эпицистостомии
- с обеих сторон
- в объеме правосторонней нефростомии

Противопоказанием к оперативному вмешательству при камнях мочеточника является

- наличие признаков острой мочевой инфекции (повышение температуры тела, лейкоцитоз или лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы, пиурия)
- рубцовый фимоз
- меатостеноз

- длительное стояние камня на одном месте

Тактика активного наблюдения пациентов с МКБ включает

- ежеквартальные эндоскопические методы визуализации мочевых путей
- ежегодную оценку симптомов и состояния конкремента при помощи лучевых методов визуализации
- ежемесячную оценку симптомов и состояния конкремента при помощи лучевых методов визуализации
- длительный прием препаратов литолитической терапии

Для удаления камней мочеточника рекомендуется использовать

- антеградную пункционную уретеролитотрипсию
- ДЛТ и/или УРС
- дистанционную нефролитотрипсию
- открытую уретеролитотрипсию

Альтернативным методом лечения крупных камней мочеточника является

- резекция мочеточника вместе с камнем
- дистанционная уретеролитотрипсия
- антеградная перкутанная уретеролитотрипсия или лапароскопическая уретеролитотомия
- медикаментозная литокинетическая терапия

Для адекватного литолиза мочекислых камней рекомендуется поддержание рН на уровне

- резекция мочеточника вместе с камнем
- дистанционная уретеролитотрипсия
- антеградная перкутанная уретеролитотрипсия или лапароскопическая уретеролитотомия
- медикаментозная литокинетическая терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правое подреберье.

Анамнез заболевания

Периодически возникающая боль в поясничной области справа стала беспокоить в течении последнего года. Боль возникает чаще после физической нагрузки, пробежки. Два раза наблюдала изменение цвета мочи, которая, со слов больной становилась более темной, цвета темного пива. Не обследовалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветрянку, оспу. Беременностей 3, родов 2, абортов 1. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Гинекологический анамнез: миома матки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 165 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. __Status localis__: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- резекция мочеточника вместе с камнем
- дистанционная уретеролитотрипсия
- антеградная перкутанная уретеролитотрипсия или лапароскопическая уретеролитотомия
- медикаментозная литокинетическая терапия

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- резекция мочеточника вместе с камнем
- дистанционная уретеролитотрипсия
- антеградная перкутанная уретеролитотрипсия или лапароскопическая уретеролитотомия
- медикаментозная литокинетическая терапия

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- резекция мочеточника вместе с камнем
- дистанционная уретеролитотрипсия
- антеградная перкутанная уретеролитотрипсия или лапароскопическая уретеролитотомия
- медикаментозная литокинетическая терапия

Диагноз

На первом этапе лечения пациентке показано проведение

- открытой пиелолитотомии
- литокинетической терапии
- литолитической терапии
- дистанционной нефролитотрипсии

Противопоказанием к оперативному лечению камней почек является наличие

- гиперактивного мочевого пузыря
- размера камня более 2,5 см
- признаков острой мочевого инфекции
- миомы матки больших размеров

Дополнительным лабораторным методом обследования после установки катетера-стент является выполнение

- определение ионизированного кальция в сыворотке крови
- пробы Зимницкого
- посева мочи
- исследование экскреции кальция с мочой

Антибактериальную профилактику пациентам перед ДЛТ проводят

- при высокоплотных мочевого камнях
- только при наличии положительного результата посева мочи
- при мочевого камнях
- обязательно всем пациентам

После дренирования верхних мочевого путей по поводу острого обструктивного пиелонефрита показано проведение

- эмпирической антибактериальной терапии
- терапия альфа-1 адреноблокаторами и спазмолитиками
- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- назначение лекарственных травяных препаратов

После курса проведенной антибактериальной терапии необходимо

- назначить фитотерапию
- продолжить лечение НПВС
- отменить антибиотики
- выполнить повторный посев мочи на бактериальную флору

После удаления/отхождения камня необходимо выполнить

- анализ химического состава камня
- определение степени цитратурии
- посев мочи на туберкулез
- морфологическое исследование ткани почки

Оптимальные значения pH мочи при проведении хемолиза камня из мочевой кислоты находятся в пределах

- 7,0-7,2
- выше 7,5
- 6,0-6,2
- 5,0-5,6

Пациентам, относящимся к группе низкого риска рецидива, показано

- 7,0-7,2
- выше 7,5
- 6,0-6,2
- 5,0-5,6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение районной больницы поступил пациент 18 лет с жалобами на боль внизу живота справа, иррадиирующую в правое яичко, учащенные позывы к мочеиспусканию.

Жалобы

На острую боль внизу живота справа, иррадиирующую в правое яичко,

учащенные позывы к мочеиспусканию Самостоятельно принимал но-шпу, без существенного эффекта.

Анамнез заболевания

Заболевания органов мочеполовой системы отрицает. Считает себя больным в течение нескольких часов.

Анамнез жизни

Рос и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставал. Хронических заболеваний нет. Вредные привычки отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 169 см. Температура тела 37,0⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный над лонным сочленением справа. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание учащено, болезненное с усилением боли в конце акта мочеиспускания. _Status localis_: с-м Пастернацкого справа слабopоложительный, слева - отрицательный, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание учащено, болезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 7,0-7,2
- выше 7,5
- 6,0-6,2
- 5,0-5,6

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 7,0-7,2
- выше 7,5
- 6,0-6,2
- 5,0-5,6

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- 7,0-7,2
- выше 7,5
- 6,0-6,2
- 5,0-5,6

Диагноз

На первом этапе лечения при почечной колике рекомендуется купирование боли

- диуретиками
- спазмолитиками
- НПВС
- наркотическими анальгетиками

В случае не купируемой почечной колики пациенту показано выполнение

- контактной нефролитотрипсии
- нефролитотомии
- пункционной цистостомии
- дренирования верхних мочевых путей мочеточниковым стентом или нефростомическим дренажом

После дренирования мочевых путей в случае инфекции назначается

- фитотерапия
- антибактериальная терапия
- литолитическая терапия
- литокинетическая терапия

Данному пациенту показано лечение в объеме

- контактной или дистанционной уретеролитотрипсии справа
- контактной нефролитотрипсии слева
- открытой уретеролитотомии слева
- лапароскопической уретеролитотомии слева

Тактика активного наблюдения пациентов с МКБ включает

- ежеквартальные эндоскопические методы визуализации мочевых путей
- ежегодную оценку симптомов и состояния конкремента при помощи лучевых методов визуализации

- длительный прием препаратов литолитической терапии
- ежемесячную оценку симптомов и состояния конкремента при помощи лучевых методов визуализации

С целью профилактики повторных приступов почечной колики рекомендовано назначение

- антибактериальной терапии
- α -адреноблокаторов и НПВС
- антикоагулянтной терапии
- ударных доз преднизолона

Реабилитация больных после перенесенной почечной колики или операции

- проводится назначением диуретиков
- не показана
- проводится назначением диеты с низким содержанием кальция
- проводится назначением антиоксидантов

Профилактикой развития почечной колики является назначение

- антибактериальных препаратов
- высокой водной нагрузки
- спазмолитиков
- НПВС

Проведение перорального литолиза показано пациентам с камнями из

- антибактериальных препаратов
- высокой водной нагрузки
- спазмолитиков
- НПВС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Бригадой скорой помощи в приемное отделение районной больницы доставлена беременная женщина 28 лет. Предъявляет жалобы на боль в поясничной области больше справа, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37,8°C с познанием.

Жалобы

На боль в поясничной области больше справа, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37,8°C с познобливанием.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение суток, когда появилась боль в поясничной области справа, учащение мочеиспускания. Повышение температуры тела до 37,8°C отметила за несколько часов до обращения. Пациентка беременна. Срок беременности 24 недели. Беременность первая, протекает без особенностей, наблюдается гинекологом по месту жительства

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветрянную оспу. Замужем. Дед пациентки страдал мочекаменной болезнью. Хронических заболеваний не было. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 175 см. Температура тела 38,0°C. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в поясничной области справа. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания слабо положительный справа, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Необходимыми лабораторными методами для постановки диагноза и определения показаний к оперативному лечению являются

- антибактериальных препаратов
- высокой водной нагрузки
- спазмолитиков
- НПВС

Результаты лабораторных методов обследования

Методом диагностики у беременных является

- антибактериальных препаратов
- высокой водной нагрузки
- спазмолитиков

- НПВС

Результаты обследования

С целью купирования болевого синдрома у беременных рекомендуется применение

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- наркотических анальгетиков
- дротаверина
- парацетамола

При наличии рефрактерного болевого синдрома или гидронефротической трансформации и признаками инфицирования у беременной пациентки рекомендуется

- стентирование или нефростомия
- дистанционная литотрипсия
- антибактериальная терапия
- усиление спазмолитической терапии

Замену стента или нефростомы необходимо проводить до родоразрешения каждые

- 30 дней
- 2-3 недели
- 4-6 недель
- 2-3 месяца

Лучшим методом оперативного лечения при непереносимости стента или нефростомы у беременных является

- пункционная нефролитотрипсия
- дистанционная литотрипсия
- открытая операция
- уретерореноскопия с контактной литотрипсией

В период беременности выполнение перкутанной нефролитотрипсии

- невозможно
- возможно под рентгеновским контролем
- под УЗ- контролем
- возможно КТ- контролем

Выполнение перкутанной нефролитотрипсии при быстрой инкрустации стентов или их непереносимости во время беременности возможно

- в первом триместре
- в любом периоде
- во втором и третьем триместре
- только после родоразрешения

Перед планируемым плановым оперативным лечением данному пациенту необходимо выполнить

- коронарографию
- компьютерную томографию легких
- исследование коагулограммы
- доплерографическое исследование вен нижних конечностей

Прием антибактериального препарата рекомендуется перед выполнением уретерореноскопии

- только при наличии мочевой инфекции
- полноценным курсом 10-14 дней
- однократно
- в течение 3-5 дней

Для адекватной коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде рекомендуется выполнить

- посев паренхимы почки , полученной путем тонкоигольной биопсии
- посев мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии
- повторный посев мочи из мочевого пузыря
- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования верхних мочевых путей

В определении химического состава камня наиболее информативным методом является

- посев паренхимы почки , полученной путем тонкоигольной биопсии
- посев мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии
- повторный посев мочи из мочевого пузыря
- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования верхних мочевых путей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет обратился в поликлинику к урологу.

Жалобы

На затрудненное вялой струей мочеиспускание, учащенные позывы к мочеиспусканию, встает ночью мочиться 2 раза.

Анамнез заболевания

Ранее к урологу не обращался. Вышеописанные жалобы начали беспокоить 2 года назад, через рекламу по телевидению узнал о препарате «простамол уно», принимал его 3 месяца. Должного эффекта не наблюдал, мочеиспускание ухудшалось. Отмечает связь симптомов с травмой позвоночника.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. * Женат. Имеет 2 детей. Работает, ведет активный образ жизни. * Обращает на себя внимание наличие травмы позвоночника (поясничного отдела) – перелом позвонка.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 81 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Простата плотно-эластической консистенции. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым для дифференциальной диагностики заболеваний простаты лабораторным методам исследованию относят

- посев паренхимы почки , полученной путем тонкоигольной биопсии
- посев мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии
- повторный посев мочи из мочевого пузыря
- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования верхних мочевых путей

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- посев паренхимы почки , полученной путем тонкоигольной биопсии
- посев мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии
- повторный посев мочи из мочевого пузыря
- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования верхних мочевых путей

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом, который можно поставить данному больному на основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования, является

- посев паренхимы почки , полученной путем тонкоигольной биопсии
- посев мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии
- повторный посев мочи из мочевого пузыря
- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования верхних мочевых путей

Диагноз

Для уточнения диагноза при наличии нейропатии и разового объема мочеиспускания менее 150 мл возможно проведение

- посев паренхимы почки , полученной путем тонкоигольной биопсии
- посев мочи по нефростомическому дренажу при неэффективности антибактериальной терапии
- повторный посев мочи из мочевого пузыря

- забор мочи и бактериальное исследование лоханочной порции мочи во время дренирования верхних мочевых путей

Результаты обследования

«Золотым стандартом» в лечении аденомы простаты является

- медикаментозная терапия
- трансуретральная аденомэктомия
- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- чрезпузырная аденомэктомия

Препаратами «первой линии» наиболее целесообразными при медикаментозной терапии у данного пациента являются

- растительные препараты
- холинолитики
- блокаторы 5 альфа редуктазы
- альфа-адреноблокаторы

Наиболее частым осложнением при назначении альфа адреноблокаторов является

- гипотония
- нарушение эритропоэза
- острая задержка мочи
- инсульт

Наиболее оправданным методом оперативного лечения у данного пациента является

- трансуретральная инцизия простаты
- чрезпузырная аденомэктомия
- установка уретрального стента
- трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР)

Возможным осложнением после трансуретральной резекции простаты является

- искривление полового члена
- эректильная дисфункция
- ретроградное семяизвержение
- гипогонадизм

Пациенту при стойкой ирритативной симптоматике после выполнения эндоскопического удаления аденомы простаты необходимо выполнить

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- УЗИ органов мошонки
- уретроцистоскопию
- биопсию простаты

Пациентам в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения ТУР простаты необходимо проводить + _____ + терапию

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 альфа редуктазы
- антибактериальную

У пациента после выполнения ТУР простаты необходимо выполнять анализ крови на ПСА

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 альфа редуктазы
- антибактериальную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу в поликлинику. Ранее к врачам не обращалась. Регулярно проходит диспансеризацию. У гинеколога бывает один раз в год. Со слов – здорова.

Жалобы

На частые, малыми порциями болезненные мочеиспускания, окрашивание мочи в красный цвет в конце мочеиспускания, боль внизу живота

Анамнез заболевания

2 дня назад, после сильного переохлаждения возникла резь при мочеиспускании. В дальнейшем отмечала усиление симптомов – появилась сначала боль внизу живота, затем частые болезненные позывы к мочеиспусканию (ложные позывы), сегодня с утра появилась моча, окрашенная кровью в конце мочеиспускания. Ранее подобных состояний не отмечала.

Анамнез жизни

* Отрицает наличие заболеваний. Проходит ежегодную диспансеризацию. Со слов – здорова. * Профессиональные вредности отрицает. Не курит. Ведет здоровый образ жизни. * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. * За мужем, двое детей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 168 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный над лонным сочленением. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание учащенное, болезненное, моча визуальнo красного цвета, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры не гиперемировано, расположено типично, выделений нет. При влагищном исследовании патологических образований не выявлено, исследование безболезненное.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 альфа редуктазы
- антибактериальную

Результаты лабораторного метода обследования

С целью исключения сопутствующих заболеваний почек и опухоли мочевого пузыря женщинам старше 40 лет рекомендовано выполнить

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 альфа редуктазы
- антибактериальную

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- противорецидивную
- антикоагулянтную

- блокаторами 5 альфа редуктазы
- антибактериальную

Диагноз

Пациентке показана

- антибактериальная эмпирическая терапия
- введение антибактериальных препаратов в мочевой пузырь
- катетеризация мочевого пузыря
- цистоскопия; коагуляция кровоточащих сосудов

Для эмпирической терапии острого цистита препаратом выбора является

- амоксиклав
- фурадонин
- фосфомицин
- цефтриаксон

К альтернативным антибактериальным препаратам, которые можно назначить данной пациентке, относятся

- тетрациклины (доксциклин, юнидокс)
- препараты растительного происхождения
- цефиксим
- макролиды

Если симптомы не разрешились к концу курса терапии или возобновились вновь после лечения, необходимо

- назначить противовирусную и иммунную терапию
- наблюдать за больной
- провести бактериологический анализ мочи с определением чувствительности к антибиотикам
- проводить инстилляции гиалуроновой кислотой

При рецидивирующем цистите пациентам рекомендуется прием фитопрепарата, содержащего

- зверобой
- красавку
- розмарин, любисток и золототысячник
- ромашку

Методом профилактики больных с посткоитальным рецидивирующим циститом при неэффективности поведенческой профилактики является

- использование презервативов
- профилактическая инсталляция мочевого пузыря антибактериальными препаратами
- профилактическое использование антибактериальных препаратов после полового сношения
- профилактическое использование антибиотиков у партнера

В постменопаузе для профилактики цистита целесообразно назначить

- оральные контрацептивы
- эстрогены трансвагинально в свечах
- препараты тестостерона
- эстрогены в инъекционных формах

Дифференциальная диагностика при ирритативных симптомах нижних мочевых путей и при гематурии должна прежде всего проводиться с

- заболеваниями кишечника
- заболеваниями половых органов
- опухолью мочевого пузыря
- кистой парауретральной

Цистоскопию при заболеваниях мочевого пузыря необходимо выполнять при

- заболеваниями кишечника
- заболеваниями половых органов
- опухолью мочевого пузыря
- кистой парауретральной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет обратился в поликлинику по месту жительства. Ранее к врачам не обращался.

Жалобы

На периодически возникающую умеренную боль в поясничной области справа, усиливающуюся при принятии большого количества жидкости.

Анамнез заболевания

Отмечает периодическую умеренную боль в поясничной области справа со

школьных лет. Ранее не обращал на это внимание и связывал это с занятием спортом. Иногда пользовался спазмоанальгетиками. В последнее время боль стала усиливаться и появляться чаще, особенно после приема жидкости. В связи с этим обратился к врачу.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ; * не курит, алкоголем не злоупотребляет, занимается спортом, профессиональные вредности отрицает; * аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * женат.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 179 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- заболеваниями кишечника
- заболеваниями половых органов
- опухолью мочевого пузыря
- кистой парауретральной

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве лучевого метода первой линии в плане обследования необходимо назначить

- заболеваниями кишечника
- заболеваниями половых органов
- опухолью мочевого пузыря
- кистой парауретральной

Результаты обследования

В качестве основного, наиболее информативного метода лучевой диагностики, данному пациенту необходимо выполнить

- заболеваниями кишечника
- заболеваниями половых органов
- опухолью мочевого пузыря
- кистой парауретральной

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования установлен диагноз

- заболеваниями кишечника
- заболеваниями половых органов
- опухолью мочевого пузыря
- кистой парауретральной

Диагноз

Пациенту показано выполнить

- резекцию лоханки, верхней трети мочеточника, антевазальный уретеропиелоанастомоз справа
- нефрэктомия справа
- эндоскопическое рассечение лоханочно-мочеточникового сегмента справа
- антирефлюксную операция справа с пересадкой устья мочеточника

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- удовлетворительная функция левой почки
- наличие пузырно-уретрального рефлюкса справа
- нормальный анализ мочи по Зимницкому
- достаточная функция правой почки по данным нефросцинтиграфии

Альтернативным методом резекции лоханочно-мочеточникового сегмента является

- перкутанная уретеропиелотомия справа
- баллонная дилатация зоны лоханочно-мочеточникового сегмента справа
- установка катетера-стент на 1 месяц справа
- установка нефростомы справа

Удалять катетер-стент после оперативного вмешательства целесообразно через + _____ + после оперативного вмешательства

- 12 месяцев
- 4-6 недели
- 3 месяца
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- МРТ почек и мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек
- компьютерная томография
- ретроградная уретеропиелография

Дифференциальную диагностику первичного гидронефроза при боли в поясничной области необходимо проводить с

- пузырно-мочеточниковым рефлюксом
- болезнью Гиршпрунга
- опухолью почки
- мочекаменной болезнью

Нефростома при гидронефрозе устанавливается в случае

- сопутствующего камня лоханки
- сопутствующего пузырно-мочеточникового рефлюкса
- сочетания с опухолью почки
- выбора между нефрэктомией и органосохраняющей операцией

Нефростома при гидронефрозе с целью оценки восстановления функции почек устанавливается на срок в + _____ + недель

- сопутствующего камня лоханки
- сопутствующего пузырно-мочеточникового рефлюкса
- сочетания с опухолью почки
- выбора между нефрэктомией и органосохраняющей операцией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На затрудненное мочеиспускание, ночную поллакиурию до 4-5 раз, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию. Отмечает прерывистую струю мочи.

Анамнез заболевания

Страдает дизурией в течение 5 лет. Принимал альфаблокаторы с временным эффектом. 5 лет назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения. Наблюдается неврологом по месту жительства.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками. От сверстников в физическом и умственном развитии не отставал. Перенесенные заболевания - детские инфекции, ОРВИ. Корью не болел. * Перенесенные операции: отрицает. * Хронические заболевания: ИБС: ГБ 2 ст, 3 ст, риск 4. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. * Аллергические реакции нет. * Наследственность: неотягощена. * Материально-бытовые условия хорошие.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы обычной окраски. Слизистые чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные, не спаяны между собой. Опорно-двигательный аппарат без видимых патологических изменений. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Поясничная область визуально не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно пуст. Мочеиспускание затрудненное, учащенное. Моча визуально не изменена. Мошонка не увеличена в размерах, цвет кожи не изменен. Яички в мошонке, тугоэластической консистенции, нормальных размеров. Головка полового члена открывается полностью, наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, не гиперемировано. Per rectum: сфинктер тоничен. Ампула прямой кишки пустая. Железа увеличена в размерах, тугоэластической консистенции, однородная, безболезненная при пальпации. Срединная бороздка сглажена. Параростатическая клетчатка не инфильтрирована. Слизистая над железой смещается.

К необходимым для дифференциальной диагностики заболеваний простаты и постановки диагноза лабораторным методам исследования, учитывая возраст пациента, относят

- сопутствующего камня лоханки
- сопутствующего пузырно-мочеточникового рефлюкса

- сочетания с опухолью почки
- выбора между нефрэктомией и органосохраняющей операцией

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- сопутствующего камня лоханки
- сопутствующего пузырно-мочеточникового рефлюкса
- сочетания с опухолью почки
- выбора между нефрэктомией и органосохраняющей операцией

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных обследования пациенту можно поставить диагноз

- сопутствующего камня лоханки
- сопутствующего пузырно-мочеточникового рефлюкса
- сочетания с опухолью почки
- выбора между нефрэктомией и органосохраняющей операцией

Диагноз

Методом, который необходим больным с симптомами нижних мочевых путей и имеющим в анамнезе неврологические заболевания, является

- сопутствующего камня лоханки
- сопутствующего пузырно-мочеточникового рефлюкса
- сочетания с опухолью почки
- выбора между нефрэктомией и органосохраняющей операцией

Результаты обследования

Основным методом лечения у данного пациента является

- медикаментозное лечение
- установка уретрального стента
- установка цистостомы
- оперативный

Пациенту показано выполнение

- цистолитотрипсии, трансуретральной резекции простаты
- промежностной аденомэктомии

- открытой аденомэктомии
- лапароскопической простатэктомии с удалением камней мочевого пузыря

В предоперационном периоде возможно назначение медикаментозных препаратов из группы

- ноотропных
- блокаторов 5 альфа редуктазы
- альфа адреномиметиков
- альфа адреноблокаторов

Показанием для экстренной госпитализации при гиперплазии простаты является

- острая задержка мочи
- затрудненное мочеиспускание
- микрогематурия
- лейкоцитурия

Возможным осложнением после трансуретральной резекции простаты является

- травма полового члена
- болезнь Пейрони
- гипогонадизм
- ретроградное семяизвержение

Пациенту при стойкой ирритативной симптоматике после выполнения эндоскопического удаления аденомы простаты необходимо выполнить

- уретроцистоскопию
- комплексное уродинамическое исследование
- антибактериальную терапию
- компьютерную томографию малого таза с контрастированием

Пациентам в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения ТУР простаты необходимо проводить + _____ + терапию

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Пациенту после выполнения трансуретрального оперативного пособия по удалению аденомы простаты необходимо выполнять анализ крови на ПСА 1 раз в

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился в поликлинику по месту жительства в связи с тем, что несколько дней назад при мочеиспускании обратил внимание на изменения цвета мочи. Моча была красного цвета с бесформенными сгустками. Пришел на прием к урологу.

Жалобы

Жалобы на учащенное мочеиспускание днем, ночью встает мочиться до 2-х раз небольшими порциями.

Анамнез заболевания

К урологу ранее не обращался. Появление учащенного мочеиспускания отметил около 3-х месяцев назад. 3-4 дня назад обратил внимание на то, что моча однократно имела более темный цвет, похожий на примесь крови. Обратился к урологу.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. * Курит – 2 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет. Работает на лакокрасочном предприятии. * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. * Женат. Имеет 2 детей. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний в прошлом - отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент

осмотра не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым лабораторным анализам в данном случае относят

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на данном этапе обследования на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Диагноз

Основным исследованием в диагностике опухоли мочевого пузыря и стадии T опухоли мочевого пузыря является

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы

- гипотензивную

Результаты обследования

Для уточнения стадии M по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря необходимо выполнить

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Результаты обследования

Для уточнения стадии N по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря необходимо выполнить

- антибактериальную
- ингибиторами фосфофдиэстеразы
- ингибиторами 5-альфа редуктазы
- гипотензивную

Результаты обследования

Стадией рака мочевого пузыря по классификации TNM по данным окончательного обследования у пациента является

- pTaN0M0G1
- pT1N0M0G1
- pT2aN0M0G1
- pT3N0M0G1

Данному пациенту после проведенной ТУР-биопсии показана

- внутрипузырная химиотерапия
- однократная внутрипузырная БЦЖ-терапия сразу после ТУР
- резекция стенки мочевого пузыря где была опухоль
- цистэктомия

Пациент относится к + _____ + группе риска

- промежуточной
- низкой
- высокой

- неопределяемой

К возможным осложнениям ТУР стенки мочевого пузыря относят

- перфорацию уретры
- повреждение прямой кишки
- сморщивание мочевого пузыря
- перфорацию стенки мочевого пузыря

Основным методом обследования при наблюдении за пациентом является

- цистоскопия
- КТ органов малого таза с контрастированием
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- определение щелочной фосфатазы сыворотки крови

Проведение контрольной цистоскопии после лечения необходимо осуществить через + _____ + месяца/месяцев

- цистоскопия
- КТ органов малого таза с контрастированием
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- определение щелочной фосфатазы сыворотки крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился к врачу-урологу.

Жалобы

На затрудненное мочеиспускание вялой струей, ночную поллакиурию до 2-3-х раз, периодические боли в надлобковой области, закладывание (прерывание) струи мочи.

Анамнез заболевания

За 2.5 года до настоящего обращения перенес ТУР простаты. Ближайший послеоперационный период гладкий. Гистологическое заключение. Смешанная гиперплазия предстательной железы с участками атрофии эпителия и хронического воспаления. Год назад появились жалобы на периодические боли в надлобковой области и закладывание струи мочи. Специального лечения не получал.

Анамнез жизни

* ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Наблюдается у терапевта,

компенсирован, стабилен; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергических реакций не было; * наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Область почек безболезненна, синдром поколачивания отрицателен с обеих сторон. Per rectum: простата не увеличена в размерах, туго-эластичной консистенции, безболезненна, срединная бороздка сглажена, очагов флюктуации и уплотнений не выявлено.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- цистоскопия
- КТ органов малого таза с контрастированием
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- определение щелочной фосфатазы сыворотки крови

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- цистоскопия
- КТ органов малого таза с контрастированием
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- определение щелочной фосфатазы сыворотки крови

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- цистоскопия
- КТ органов малого таза с контрастированием
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- определение щелочной фосфатазы сыворотки крови

Диагноз

Выявленное гиперэхогенное образование следует рассматривать как

- камень мочевого пузыря
- флеболит
- опухоль мочевого пузыря
- дивертикул мочевого пузыря

Камень мочевого пузыря в данном случае следует считать

- нарушением белкового обмена
- самостоятельным заболеванием
- осложнением основного заболевания
- нарушением минерального обмена

Методом лечения склероза шейки мочевого пузыря в сочетании с камнем мочевого пузыря является

- назначение ингибиторов 5 α -редуктазы
- оперативное лечение
- применение α -адреноблокаторов
- спазмолитическая терапия

Методом лечения камня мочевого пузыря является

- оперативное лечение
- спазмолитическая терапия
- литолитическая терапия
- литокинетическая терапия

К методам эндоскопического оперативного лечения камня мочевого пузыря относится

- контактная цистолитотрипсия
- цистолитотомия
- дистанционная ударно-волновая цистолитотрипсия
- цистостомия

Контактной цистолитотрипсии могут быть подвергнуты камни

- фосфатные
- любого химического состава
- уратные
- оксалатные

Противопоказанием к контактной цистолитотрипсии является

- лигатурный камень мочевого пузыря

- камень мочевого пузыря размером более 2 см
- острый воспалительный процесс нижних мочевых путей
- наличие цистостомического дренажа

Помимо удаления камня мочевого пузыря необходимо выполнить

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию
- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Методом профилактики развития склероза шейки мочевого пузыря после оперативных вмешательств на предстательной железе является

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию
- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На наличие образования на головке полового члена.

Анамнез заболевания

К урологу обращался 5 лет назад при очередной диспансеризации. В течение последних 5-ти лет расстройствами мочеиспускания не страдал. Пса сыворотки крови 5 лет назад составляло 2,4 нг\мл.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ; Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает; Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание

самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуалью не изменена. При осмотре пювого члена. Крайняя плоть открывается, на головке полового члена определяется округлое образование, красно-бурого цвета, выступающее над кожей, умеренно кровоточащее, размерами до 20 мм в диаметре. Кожа головки вокруг образования синюшного цвета При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию
- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Результаты лабораторного метода обследования

При осмотре больного с образованием головки полового члена первостепенно необходимо выполнить

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию
- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию

- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить диагноз

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию
- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Диагноз

Из лучевых методов исследования данному больному необходимо выполнить

- цистостомию
- только контактную цистолитотрипсию
- одномоментно: трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря и контактную цистолитотрипсию
- бужирование шейки мочевого пузыря

Результаты обследования

Данному пациенту показано проведение

- лучевой терапии
- хирургического лечения
- медикаментозной терапии
- гормональной терапии

Какое хирургическое лечение возможно у данного пациента

- удаление полового члена
- удаление головки и уретры, установка цистостомы
- резекция полового члена
- удаление полового члена и мошонки

Что необходимо выполнить с увеличенным паховым лимфатическим узлом справа

- ничего не выполнять
- выполнить тонкоигольную биопсию лимфатического узла под контролем УЗИ
- выполнить расширенную тазовую лимфаденэктомию
- выполнить лимфаденэктомию сторожевого лимфатического узла

Какая тактика относительно удаления лимфатических узлов при подтверждении морфологическом рака в нем

- химиотерапия
- удаление одного увеличенного лимфатического узла
- дистанционная лучевая терапия
- операция Дюкена

Больному проведение неoadъювантной химиотерапии

- показано только при морфологическом подтверждении рака в лимфатических узлах
- не показано
- всегда показано
- показано

Данному больному для профилактики лимфостаза после операции Дюкена следует рекомендовать

- физические нагрузки
- контроль веса и профилактики ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов
- применение антиагрегантов

Обследования в послеоперационном периоде рекомендуется проводить

- физические нагрузки
- контроль веса и профилактики ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов
- применение антиагрегантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет регулярное обследование не проходил. Выполнил анализ крови на ПСА, отмечено его повышение до 54 нг/мл. Обратился на первичный приём к урологу.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

К урологу ранее не обращался. При диспансеризации 6 лет назад уровень ПСА составлял 0,7 нг/мл.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ; * Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает; * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * Женат. Имеет 2 детей. Работает, ведет активный образ жизни. По поводу гипертонической болезни регулярно принимает Нолипрел 2,5 мг 1 раз в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 176 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. В периферии правой доли пальпируется участок уплотнения размером с горошину.

К необходимому инструментальному исследованию относится

- физические нагрузки
- контроль веса и профилактики ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов
- применение антиагрегантов

Результаты инструментального метода обследования

Методом окончательной верификации диагноза является

- физические нагрузки

- контроль веса и профилактики ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов
- применение антиагрегантов

Результаты обследования

К дополнительным визуализирующим методам, необходимым для корректного стадирования онкологического процесса с учётом уровня ПСА и степени дифференцировки опухоли, относятся

- физические нагрузки
- контроль веса и профилактики ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов
- применение антиагрегантов

Результаты обследования

Больному выставлен диагноз: Рак простаты (по Глисону 3+4=7 баллов) В соответствии с классификацией TNM, пациенту может быть установлена стадия рака простаты

- физические нагрузки
- контроль веса и профилактики ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов
- применение антиагрегантов

Диагноз

Степень онкологического риска у данного пациента

- умеренная
- очень высокая
- низкая
- высокая

Пациенту следует рекомендовать

- радикальную простатэктомию
- активное наблюдение
- гормональную терапию в постоянном режиме
- ТУР простаты

Пациенту может быть выполнена радикальная простатэктомиа

- радикальную простатэктомию
- активное наблюдение
- гормональную терапию в постоянном режиме
- ТУР простаты

Основным методом контрольного обследования пациента после операции является регулярное

- определение уровня ПСА
- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение МРТ малого таза с контрастированием
- выполнение МСКТ органов брюшной полости с контрастированием

Нормальный уровень ПСА крови после радикальной простатэктомии должен составлять не более + + нг/мл

- 0,2
- 0
- 4
- 1

Осложнением тазовой лимфаденэктомии может быть

- синдром раздражённого кишечника
- эректильная дисфункция
- лимфоцеле
- недержание мочи

Тазовая лимфаденэктомия выполняется вдоль

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Рак простаты наиболее часто метастазирует в

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет регулярно обследуется, наблюдается урологом. Обратился на первичный приём к урологу с целью ежегодного обследования.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

1 год назад при обследовании выполнено УЗИ, патологических изменений почек и мочевого пузыря не отмечено. Предстательная железа объёмом 45 см³, остаточной мочи нет. ПСА 1,3 нг/мл.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ; * Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает; * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * Женат. Имеет 1 ребёнка. Работает, ведёт активный образ жизни. По поводу гипертонической болезни регулярно принимает Эналаприн 1 раз в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 176 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

Обязательным лабораторным методом скрининга является

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Результаты лабораторного метода обследования

Обязательным методом обследования является

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Результаты обследования

С учётом нормального уровня ПСА и пальпируемого уплотнения в простаты, пациенту показано выполнение

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Результаты обследования

Дополнительными визуализирующими методами, необходимыми для корректного стадирования онкологического процесса с учётом уровня ПСА и степени дифференцировки опухоли, являются

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Результаты обследования

В соответствии с классификацией TNM, пациенту может быть установлена стадия рака простаты

- крестца
- бедренных сосудов
- подвздошных сосудов
- прямой кишки

Диагноз

Степень онкологического риска у данного пациента

- очень высокая
- умеренная
- низкая
- высокая

Пациенту показано

- проведение гормональной терапии в постоянном режиме
- проведение ТУР простаты
- проведение радикальной простатэктомии
- активное наблюдение

Пациенту может быть выполнена радикальная простатэктомия

- проведение гормональной терапии в постоянном режиме
- проведение ТУР простаты
- проведение радикальной простатэктомии
- активное наблюдение

Основным методом контрольного обследования пациента после операции является регулярное

- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение МРТ малого таза с контрастированием
- определение уровня ПСА
- выполнение МСКТ органов брюшной полости с контрастированием

Нормальный уровень ПСА крови после радикальной простатэктомии – не более + _____ + нг/мл

- 0
- 4
- 1
- 0,2

Осложнением тазовой лимфаденэктомии может быть

- эректильная дисфункция
- синдром раздражённого кишечника
- недержание мочи
- лимфоцеле

Тактикой в отношении данного пациента после выполнения РПЭ+ЛАЭ является

- эректильная дисфункция
- синдром раздражённого кишечника
- недержание мочи
- лимфоцеле

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет регулярно обследуется и самостоятельно контролирует уровень ПСА. Настоящее обращение к урологу поликлиники по поводу повышения уровня ПСА. Для пациента важна эректильная функция, балл по опроснику МИЭФ-5 составляет 23.

Жалобы

На ноктурию до 2 раз.

Анамнез заболевания

Год назад уровень ПСА общ составил 2,7 нг/мл, в настоящее время – 7 нг/мл.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ; * Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает; * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * Женат. Имеет 1 ребёнка. Пенсионер. По поводу гипертонической болезни регулярно принимает Эналаприл 1 раз в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Патологических изменений не выявлено.

К необходимым инструментальным исследованиям относится

- эректильная дисфункция
- синдром раздражённого кишечника
- недержание мочи

- лимфоцеле

Результаты инструментального метода обследования

Методом окончательной верификации диагноза является

- эректильная дисфункция
- синдром раздражённого кишечника
- недержание мочи
- лимфоцеле

Результаты обследования

Дополнительные визуализирующие методы, необходимые для корректного стадирования онкологического процесса с учётом уровня ПСА и степени дифференцировки опухоли

- требуются, необходимо провести МСКТ органов брюшной полости с контрастированием
- не требуются
- требуются, необходимо провести МРТ малого таза с контрастированием
- требуются, необходимо провести остеосцинтиграфию

В соответствии с классификацией TNM, пациенту может быть установлена стадия рака простаты

- требуются, необходимо провести МСКТ органов брюшной полости с контрастированием
- не требуются
- требуются, необходимо провести МРТ малого таза с контрастированием
- требуются, необходимо провести остеосцинтиграфию

Диагноз

Степень онкологического риска у данного пациента

- умеренная
- очень высокая
- низкая
- высокая

Пациенту показано лечение в объёме

- гормональной терапии в постоянном режиме

- радикальной простатэктомии
- ТУР простаты
- гормональной + лучевой терапии

Пациенту рационально выполнить радикальную простатэктомию

- гормональной терапии в постоянном режиме
- радикальной простатэктомии
- ТУР простаты
- гормональной + лучевой терапии

Основным методом контрольного обследования пациента после операции является регулярное

- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение МСКТ органов брюшной полости с контрастированием
- определение уровня ПСА
- выполнение МРТ малого таза с контрастированием

Нормальный уровень ПСА крови после радикальной простатэктомии должен составлять не более + _____ + нг/мл

- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение МСКТ органов брюшной полости с контрастированием
- определение уровня ПСА
- выполнение МРТ малого таза с контрастированием

Для верификации локального рецидива пациенту показана

- трансабдоминальная биопсия анастомоза
- диагностическая лапароскопия и биопсия анастомоза
- ТУР-биопсия анастомоза
- трансректальная биопсия анастомоза

При гистологическом исследовании биоптатов доказан рецидив рака простаты. Пациенту показано лечение в объёме

- непрерывной гормональной терапии
- сальважной лучевой терапии на область анастомоза
- повторной хирургической операции по удалению рецидивной ткани
- ТУР области анастомоза

Наиболее частым осложнением лучевой терапии на область малого таза является

- непрерывной гормональной терапии
- сальважной лучевой терапии на область анастомоза
- повторной хирургической операции по удалению рецидивной ткани
- ТУР области анастомоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет обратился в поликлинику по месту жительства с целью диспансеризации. Участковый терапевт направил его к урологу для скрининга.

Жалобы

Пациент жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

К урологу обращался 5 лет назад при очередной диспансеризации. В течение последних 5-ти лет расстройствами мочеиспускания не страдал. ПСА сыворотки крови 5 лет назад составляло 3,4 нг\мл. Рекомендациями уролога выполнять ПСА сыворотки крови каждые 6 месяцев пренебрег.

Анамнез жизни

* Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. * Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. * Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, в правой доле, апекальных ее отделах определяется уплотненный участок до 12 мм. Поверхность простаты

гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым лабораторным методам обследования при скрининге заболеваний простаты относят

- непрерывной гормональной терапии
- сальважной лучевой терапии на область анастомоза
- повторной хирургической операции по удалению рецидивной ткани
- ТУР области анастомоза

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми лучевыми методами обследования у данного пациента являются

- непрерывной гормональной терапии
- сальважной лучевой терапии на область анастомоза
- повторной хирургической операции по удалению рецидивной ткани
- ТУР области анастомоза

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных, морфологических и инструментальных методов обследования?

- непрерывной гормональной терапии
- сальважной лучевой терапии на область анастомоза
- повторной хирургической операции по удалению рецидивной ткани
- ТУР области анастомоза

Диагноз

Для уточнения стадии N заболевания необходимо провести

- магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза без контрастирования
- эластометрию сдвиговой волной трансректальная
- магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза с контрастированием
- компьютерную томографию органов малого таза с контрастированием

Наиболее информативным и распространенным методом для выявления костных изменений является

- ультразвуковой
- радиоизотопный
- теплогография
- рентген скелета

Данному пациенту в качестве основного вида лечения следует рекомендовать

- динамическое наблюдение
- брахитерапию или криодеструкцию
- гормональную терапию
- радикальную простатэктомию

Данному пациенту целесообразно выполнение простатэктомии

- внебрюшинной лапароскопической нервосберегающей
- с применением нервосберегающей техники
- без сохранения нервов, с лимфаденэктомией
- промежностной

Наиболее частым нежелательным эффектом радикальной простатэктомии в послеоперационном периоде является

- стриктура анастомоза
- тромбоэмболия легочной артерии
- стрессовое недержание мочи
- травма прямой кишки

Основным методом в оценке онкологической эффективности лечения после радикальной простатэктомии является

- определение щелочной фосфатазы
- КТ органов малого таза с контрастированием
- динамическое наблюдение ПСА
- МРТ органов малого таза с контрастированием

О рецидиве заболевания после радикальной простатэктомии свидетельствует уровень ПСА + _____ + нг/мл

- выше 0,5
- выше 0,2
- выше 1,0
- выше 4,0

Проведение неoadъювантной гормональной терапии +
выживаемость у данного больного

- не влияет на
- увеличивает, но незначительно
- значительно увеличивает
- уменьшает

Биопсию зоны пузырно-уретрального анастомоза после радикальной простатэктомии (РПЭ)

- не влияет на
- увеличивает, но незначительно
- значительно увеличивает
- уменьшает

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую острую боль в поясничной области слева, с иррадиацией в левую паховую область, озноб и подъем температуры тела до 38⁰°С.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 35 лет, камни почек, два эпизода самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики. В течении последних 7 дней периодическая, приступообразная боль в поясничной области слева, которая возникает после физической нагрузки и купируется спазмолитиками (баралгин). Однократно, после приступа почечной колики, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветрянку, оспу. Беременностей 2, родов 2. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Гинекологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 172 см. Температура тела 37,8⁰°С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД

20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. __Status localis__: с-м Пастернацкого положительный слева, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- не влияет на
- увеличивает, но незначительно
- значительно увеличивает
- уменьшает

Результаты лабораторных методов исследования

Необходимым для постановки клинического диагноза лучевым методом исследования является

- не влияет на
- увеличивает, но незначительно
- значительно увеличивает
- уменьшает

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациентке поставлен диагноз

- не влияет на
- увеличивает, но незначительно
- значительно увеличивает
- уменьшает

Диагноз

На первом этапе лечения, пациентке показано проведение

- дренирования мочевых путей катетером-стентом
- комплексной литокинетической терапии
- контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ)
- дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ)

После установки катетера-стента, для лечения острого пиелонефрита, пациентке необходимо выполнить

- бактериологический посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам
- исследование скорости клубочковой фильтрации
- исследование ионизированного кальция в сыворотке крови
- исследование суточной экскреции мочевой кислоты

После дренирования верхних мочевых путей стентом больной проведена

- литокинетическая терапия альфа-1адреноблокаторами
- комплексная спазмолитическая терапия
- комбинированная цитратная терапия
- антибактериальная терапия с учетом результатов посева мочи

После проведения антибактериальной терапии на фоне стентирования пациентке будет выполнена

- лапароскопическая уретеролитотомия
- традиционная уретеролитотомия
- комплексная литолитическая терапия
- дистанционная уретеролитотрипсия (ДУВЛ)

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни необходимо выполнить

- анализ химического состава мочевого камня
- бактериологический посев мочи на чувствительность к антибиотикам
- исследование тиреотропного гормона (ТТГ)
- исследование скорости клубочковой фильтрации

При исследовании физико-химического состава мочевого камня выявлен

- смешанный камень
- ньюберит
- цистиновый камень
- вевеллит

После отхождения фрагментов мочевого камня пациентка должна находиться на диспансерном наблюдении

- 2 года
- 5 лет
- 1 год

- 6 месяцев

В период реабилитации (метафилактики) пациентке назначено

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение

Профилактика рецидива мочекаменной болезни у пациентов с кальций-оксалатным камнеобразованием основана на

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, подъем температуры тела до 38°C , однократный озноб.

Анамнез заболевания

Урологический статус не отягощен. Впервые, в течении последних 2-х месяцев, появилась периодическая, тупая боль в поясничной области справа, которая возникала после физической нагрузки. Однократно, 10 дней назад, после приступа почечной колики справа, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветряную оспу. Беременностей 2, родов 1. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Гинекологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 176 см. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются.

Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого положительный справа, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча бурого цвета без сгустков, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение

Результаты лабораторных методов исследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациентке поставлен диагноз

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение

Диагноз

На первом этапе лечения пациентке показано проведение

- комплексной литокинетической терапии
- традиционной уретеролитотомии
- дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- дренирования мочевых путей катетером-стентом

После установки катетера-стента, для проведения противовоспалительного лечения, пациентке необходимо выполнить

- исследование тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови
- исследование ионизированного кальция в сыворотке крови
- исследование суточной экскреции кальция в сыворотке крови
- бактериологический посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам

После дренирования верхних мочевых путей стентом больным проводится

- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- лечение растительными препаратами
- антибактериальная терапия с учетом результатов посева мочи
- лечение альфа-1 адреноблокаторами и спазмолитиками

После проведения антибактериальной терапии на фоне стентирования пациентке будет выполнена

- дистанционная уретеролитотрипсия (ДУВЛ)
- комплексная литокинетическая терапия
- традиционная уретеролитотомия
- контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ)

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни необходимо выполнить

- исследование скорости клубочковой фильтрации
- анализ химического состава мочевого камня
- бактериологический посев мочи
- определение суточной экскреции кальция и мочевой кислоты

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- струвит
- брушит
- ньюберит
- ведделлит

После отхождения фрагментов мочевого камня пациентка должна находиться на диспансерном наблюдении

- 2 года
- 5 лет
- 1 год
- 6 месяцев

В период реабилитации (метафилактики) пациентке назначено

- подкисление мочи L-метионином
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение альфа-адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение

Профилактика рецидива мочекаменной болезни у пациентов с кальций-оксалатным камнеобразованием основана на

- подкисление мочи L-метионином
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение альфа-адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области слева, с иррадиацией в левую паховую область.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 35 лет, камень средней чашечки левой почки. В течении последних 2-х месяцев периодическая, приступообразная боль в поясничной области слева, которая возникает после физической нагрузки.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 92 кг, рост 182 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- подкисление мочи L-метионином
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение альфа-адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение

Результаты лабораторных методов исследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- подкисление мочи L-метионином
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение альфа-адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение

Результаты исследования

На основании проведенного комплексного обследования, пациенту поставлен диагноз

- подкисление мочи L-метионином
- комплексное лечение спазмолитиками
- лечение альфа-адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение

Диагноз

Ввиду невозможности выполнения мультиспиральной компьютерной томографии, для определения тактики лечения, пациенту выполнена

- обзорная рентгеноскопия мочевых путей
- динамическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- магнитно-резонансная томография (МРТ)

Учитывая камень н/З левого мочеточника размерами 11x10 мм, плотностью 1.000 НУ, пациенту проведена

- лапароскопическая уретеролитотомия
- контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ)
- дистанционная уретеролитотрипсия слева (ДУВЛ)
- комбинированная литокинетическая терапия

После фрагментации камня мочеточника, для отхождения фрагментов камня, пациенту назначена

- литокинетическая терапия альфа-адреноблокаторами и спазмолитиками
- длительное подкисление мочи L-метионином
- антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам
- литолиз цитратными препаратами

Ввиду неэффективности первичного сеанса дистанционной литотрипсии, пациенту проведена

- традиционная уретеролитотомия
- комплексная литолитическая терапия
- лапароскопическая уретеролитотомия
- контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ)

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни необходимо выполнить

- анализ химического состава мочевого камня
- пробу мочи по Нечипоренко
- пробу Зимницкого
- бактериологический посев мочи

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- цистиновый камень
- кальций-фосфатный камень
- вевеллит
- магний –фосфатный камень

После отхождения фрагментов мочевого камня пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 5 лет

В период реабилитации (метафилактики) пациенту рекомендовано

- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение цитратными препаратами (Блемарен)

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразовании, основана на

- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение цитратными препаратами (Блемарен)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет, обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую, ноющую боль в поясничной области слева, без иррадиации.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 35 лет, камни почек, два эпизода самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики. При исследовании физико-химического состава мочевых камней – мочевиная кислота. В течении последних 2-х месяцев периодическая, тупая боль в поясничной области слева, без приступа почечной колики.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветряную оспу. Беременностей 2, родов 2. Страдает сахарным диабетом 2-типа. Ожирение. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Гинекологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 120 кг, рост 168 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение цитратными препаратами (Блемарен)

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение цитратными препаратами (Блемарен)

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования поставлен диагноз

- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение цитратными препаратами (Блемарен)

Диагноз

Учитывая рентген-негативный характер камней почек размером 6 - 5 мм, плотностью 615 - 650 ед. по Хаунсфилду (НУ), пациентке рекомендовано проведение

- дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ)
- комбинированной литокинетической терапии
- цитратного литолиза
- чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ)

Для эффективного цитратного литолиза, пациентке рекомендовано поддерживать следующие значения pH

- 7,0-7,2
- < 5,5
- > 7,2
- < 5,0

Для клинического контроля эффективности цитратного литолиза необходимо

- стабилизировать суточный рН-мочи
- выполнить экскреторную урографию
- выполнить УЗИ или КТ (нативное исследование)
- контролировать уровень мочевой кислоты

При неэффективности (отсутствии положительной динамики) цитратного литолиза, активное удаление камней будет выполнено через + _____ + дней литолиза

- 365
- 60
- 30
- 120

Учитывая неэффективность цитратного литолиза, пациентке проведена

- чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)
- комплексная литокинетическая терапия
- ретроградная интратенальная хирургия (РИРХ)
- традиционная пиелолитотомия

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- индинавировый камень
- уратный камень
- смешанный камень
- фосфатный камень

После отхождения фрагментов мочевого камня пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 5 лет
- 1 год
- 2 года
- 6 месяцев

В период реабилитации (метафилактики) рекомендовано

- санаторно-курортное лечение
- комбинированное лечение растительными диуретиками
- медикаментозное лечение индапамидом
- медикаментозное лечение L-метионином

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при уратном камнеобразовании основана на

- санаторно-курортное лечение
- комбинированное лечение растительными диуретиками
- медикаментозное лечение индапамидом
- медикаментозное лечение L-метионином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую ноющую боль в поясничной области справа, без иррадиации.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 25 лет, камни почек, дважды выполнялась ДЛТ справа и слева, с отхождением фрагментов камней. В течении последних 2-х месяцев периодическая, приступообразная боль в поясничной области справа.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: ветряная оспа. Аппендэктомия в возрасте 28 лет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 179 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- санаторно-курортное лечение
- комбинированное лечение растительными диуретиками
- медикаментозное лечение индапамидом
- медикаментозное лечение L-метионином

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- санаторно-курортное лечение
- комбинированное лечение растительными диуретиками
- медикаментозное лечение индапамидом
- медикаментозное лечение L-метионином

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациенту поставлен диагноз

- санаторно-курортное лечение
- комбинированное лечение растительными диуретиками
- медикаментозное лечение индапамидом
- медикаментозное лечение L-метионином

Диагноз

Учитывая камень правой почки размерами 5x7 мм, плотностью 1000 ед. по Хаунсфилду (НУ), пациенту проведена

- лапароскопическая пиелокаликотомия
- дистанционная нефролитотрипсия справа (ДУВЛ)
- комбинированная литокинетическая терапия
- комбинированная литолитическая терапия

Эффективность фрагментации (дробления) при ДУВЛ снижается при структурной плотности мочевого камня > + + НУ

- 2.000
- 1.000
- 2.500
- 1.500

При атаке острого пиелонефрита в послеоперационном периоде ввиду «каменной дорожки» необходимо

- назначить антибактериальную и противовоспалительную терапию
- дренировать мочевые пути катетером-стентом
- выполнить экстренный сеанс дистанционной уретеролитотрипсии
- выполнить экстренную лапароскопическую уретеролитотомию

При неэффективности дробления (ДУВЛ) камня почки необходимо выполнить

- ретроградную интратенальную хирургию (РИРХ)
- лапароскопическую пиелокаликотомию
- традиционную пиелокаликотомию
- стентирование мочевых путей для повторной ДУВЛ

С целью профилактики рецидива мочекаменной болезни, после отхождения фрагментов камня, необходимо выполнить

- динамическую нефросцинтиграфию
- пробу Зимницкого
- исследование скорости клубочковой фильтрации
- анализ химического состава мочевого камня

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- ведделит
- урат-аммония
- струвит
- ньюберит

Учитывая риск рецидивного камнеобразования, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 2 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 год

В период метафилактики рецидивного камнеобразования рекомендовано

- санаторно-курортное лечение
- длительное лечение спазмолитиками
- проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии
- комбинированное лечение растительными диуретиками

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразовании основана на

- санаторно-курортное лечение
- длительное лечение спазмолитиками
- проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии
- комбинированное лечение растительными диуретиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет, обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую ноющую боль в поясничной области справа, без иррадиации.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 25 лет, камни почек, дважды выполнялась ДУВЛ справа, с отхождением фрагментов камней. В течении последнего месяца периодическая, ноющая боль в поясничной области справа, купирующаяся спазмолитиками (но-шпа).

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: ветряная оспа. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Замужем, двое детей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 169 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- санаторно-курортное лечение
- длительное лечение спазмолитиками
- проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии
- комбинированное лечение растительными диуретиками

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- санаторно-курортное лечение
- длительное лечение спазмолитиками
- проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии
- комбинированное лечение растительными диуретиками

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования поставлен диагноз

- санаторно-курортное лечение
- длительное лечение спазмолитиками
- проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии
- комбинированное лечение растительными диуретиками

Диагноз

Учитывая камень правой почки размерами 35x40 мм, плотностью 1430 ед по Хаунсфилду (НУ), пациентке проведена

- чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)
- дистанционная нефролитотрипсия (ДУВЛ)
- традиционная пиелолитотомия
- лапароскопическая пиелокаликотомия

Чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ) может быть завершена без дренирования при

- длительности оперативного пособия не более 60 минут
- полном удвоении верхних мочевых путей
- невозможности установления нефростомического дренажа
- отсутствии интраоперационных осложнений и фрагментов камня

При нестабильной гемодинамике и острой анемии на фоне послеоперационного кровотечения необходимо выполнить

- переливание одногруппной крови и кровезаменителей
- экстренную эмболизацию почечных сосудов
- экстренный гемодиализ
- экстренный плазмоферез

При невозможности выполнения экстренной эмболизации почечных сосудов, необходимо выполнить

- экстренную нефрэктомия

- экстренный гемодиализ
- комбинированную гемостатическую терапию
- переливание одногруппной крови

С целью профилактики рецидива мочекаменной болезни, после отхождения фрагментов камня, необходимо выполнить

- исследование суточной экскреции электролитов мочи
- динамическую нефросцинтиграфию
- анализ химического состава мочевого камня
- бактериологический посев мочи

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- ньюберит
- ведделлит
- урат-аммония
- брушит

Учитывая риск рецидивного камнеобразования, пациентка должна находиться на диспансерном наблюдении

- 6 месяцев
- 1 год
- 5 лет
- 2 года

В период метафилактики рецидивного камнеобразования рекомендуется

- длительный литолиз с использованием цитратов
- санаторно-курортное лечение
- комплексная противовоспалительная терапия
- комбинированная антибактериальная терапия

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразовании основана на

- длительный литолиз с использованием цитратов
- санаторно-курортное лечение
- комплексная противовоспалительная терапия
- комбинированная антибактериальная терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую, ноющую боль в поясничной области слева, без иррадиации.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 45 лет, камни левой почки, эпизод самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики. При исследовании физико-химического состава мочевых камней – мочевая кислота. В течении последних 2-х месяцев периодическая, тупая боль в поясничной области слева, без приступа почечной колики.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветрянку, оспу. Беременностей 1, родов 1. Ожирение.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Гинекологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 100 кг, рост 168 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. __Status localis__: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- длительный литолиз с использованием цитратов
- санаторно-курортное лечение
- комплексная противовоспалительная терапия
- комбинированная антибактериальная терапия

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- длительный литолиз с использованием цитратов
- санаторно-курортное лечение
- комплексная противовоспалительная терапия
- комбинированная антибактериальная терапия

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования поставлен диагноз

- длительный литолиз с использованием цитратов
- санаторно-курортное лечение
- комплексная противовоспалительная терапия
- комбинированная антибактериальная терапия

Диагноз

Учитывая данные МСКТ: слева, в проекции средней чашечки определяется конкремент, размерами 6x5 мм, плотностью 600 ед по Хаунсфилду (НУ); в проекции нижней чашечки определяется конкремент, размерами 5x5 мм, плотностью 450 ед по Хаунсфилду (НУ), пациентке проведена

- чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)
- ретроградная интратенальная хирургия (РИРХ)
- комбинированная литокинетическая терапия
- дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ)

С целью улучшения результатов хирургического лечения, предварительно будет проведено

- лечение антибактериальными препаратами
- исследование скорости клубочковой фильтрации
- лечение цитратными препаратами
- стентирование верхних мочевых путей

При выполнении РИРХ будет использована

- электромагнитная литотрипсия
- пьезокерамическая литотрипсия
- электрогидравлическая литотрипсия
- лазерная (гольмиевая) литотрипсия

При длительном (осложненном) течении РИРХ мочевые пути будут дренированы

- нефростомическим дренажом
- катетером - стентом
- мочеточниковым катетером
- цистостомическим дренажом

При неполном удалении фрагментов после РИРХ будет проведена

- традиционная пиелолитотомия
- уомбинированная литокинетическая терапия
- чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)
- цитратная терапия

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- уратный камень (мочевая кислота)
- магний-фосфатный камень
- цистиновый камень
- кальций-оксалатный камень

После оперативного лечения (РИРХ) пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 6 месяцев
- 1 год
- 5 лет
- 2 года

В период метафилактики рецидивного камнеобразования рекомендовано

- комбинированное лечение растительными диуретиками
- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при уратном камнеобразовании основана на

- комбинированное лечение растительными диуретиками
- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 44 лет обратился в поликлинику по месту жительства, заметив изменения цвета мочи (моча красного цвета с бесформенными сгустками). Был направлен на прием к урологу.

Жалобы

Жалобы на безболеую макрогематурию с наличием бесформенных сгустков, слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение двух недель, когда впервые обратил внимание на изменение цвета мочи. Решил обратиться в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

Возраст родителей больного при его рождении: матери - 22 года; отцу – 26 лет. Родился в срок, доношенным, масса при рождении 3400 г. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные в детстве заболевания и инфекции указать не может. Травмы: вывих левого грудино-ключичного сустава. Вредные привычки: курит – по пачке в день, алкоголь в умеренном количестве. Работает водителем автобуса. Профессиональные вредности: частое употребление кофе, неправильное питание, постоянное нахождение в сидячем положении, контакт с выхлопными газами. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Не женат.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное; оценка по шкале Карновского – 100%; ECOG 0. Вес 86 кг, рост 190 см. ИМТ: 24,4. Температура тела 36,3⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90/мин, АД 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. *_Status localis_*: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, моча визуально бледно розового цвета, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым лабораторным анализам в данном случае относят

- комбинированное лечение растительными диуретиками
- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза в данном случае инструментальными методами обследования является

- комбинированное лечение растительными диуретиками
- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Результаты инструментального метода обследования

Больному, на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- комбинированное лечение растительными диуретиками
- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Диагноз

Основным методом исследования для установления стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- комбинированное лечение растительными диуретиками
- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Результаты обследования

Исследованиями, необходимыми для уточнения стадии N и M по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря, являются

- комбинированное лечение растительными диуретиками

- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- медикаментозное лечение индапамидом

Результаты обследований

В данном случае, в соответствии с классификацией TNM, по данным гистологического заключения можно выставить стадию рака мочевого пузыря

- pT1N0Mx
- T2bN0Mx
- pT1N0M0
- pT2aN0M0

После первичного лечения в объеме ТУР мочевого пузыря с опухолью, пациенту показано/а

- однократная внутрипузырная БЦЖ-терапия сразу после ТУР мочевого пузыря с опухолью
- внутрипузырное введение химиопрепаратов
- цистэктомия
- открытая резекция стенки мочевого пузыря в зоне локализации опухоли

Группой риска, к которой относится данный пациент, является

- промежуточной
- очень высокой
- высокой
- низкой

К возможным осложнениям ТУР стенки мочевого пузыря относят

- повреждение прямой кишки
- перфорацию уретры
- сморщивание мочевого пузыря
- перфорацию стенки мочевого пузыря

Основным методом обследования при дальнейшем наблюдении данного пациента является

- цистоскопия
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием
- УЗИ мочевого пузыря, почек

Проведение контрольной цистоскопии необходимо выполнять через + +
месяца/ев после ТУР мочевого пузыря с опухолью

- 24
- 3
- 12
- 6

Лабораторным исследованием, необходимым в данном клиническом случае с целью наблюдения за возможным рецидивом опухоли мочевого пузыря, является

- 24
- 3
- 12
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет пришла на консультацию к врачу-урологу, с жалобами на резь при мочеиспускании.

Жалобы

Жалобы на резь при мочеиспускании, эпизод покраснения мочи, слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с того момента, как почувствовала резь при мочеиспускании (2 недели назад). 3 дня назад отметила небольшое покраснение мочи с утра. Решила обратиться в поликлинику.

Анамнез жизни

Патологий во время беременности матери не наблюдалось. Росла и развивалась наравне со сверстниками. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, ветрянка. Вредные привычки: отрицает. Перенесенные операции отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Из хронических заболеваний: цистит. На пенсии. До 54 лет работала на заводе по производству автомобильной резины в течение 25 лет. Замужем. Двое детей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное; оценка по шкале Карновского – 100%; ECOG 0. Вес 68 кг, рост 170 см. ИМТ: 23,5. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы

умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 25/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, моча визуальна на момент осмотра соломенно-желтого цвета. Наружные половые органы развиты правильно.

Лучевым методом диагностики, относящимся к скрининг-методу, является

- 24
- 3
- 12
- 6

Результаты обследования

Обязательным методом диагностики при опухоли мочевого пузыря является

- 24
- 3
- 12
- 6

Результаты обследования

Больной на основании результатов обследования на данном этапе можно поставить диагноз

- 24
- 3
- 12
- 6

Диагноз

Основным методом исследованием для установления стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- 24
- 3
- 12
- 6

Результаты обследования

Наиболее информативными методами для уточнения стадии N и M по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря являются

- 24
- 3
- 12
- 6

Результаты обследования

По данным морфологического заключения после ТУР стенки мочевого пузыря можно поставить стадию

- pT2aN0M0
- T2bN0Mx
- pT1N0Mx
- pT1N0M0

После первичного лечения в объеме ТУР мочевого пузыря с опухолью, больной показано/а

- открытая резекция стенки мочевого пузыря в зоне локализации опухоли
- цистэктомия
- однократная внутривезикулярная БЦЖ-терапия сразу после ТУР мочевого пузыря с опухолью
- внутривезикулярное введение химиопрепаратов

Группой риска, к которой относится данная пациентка, является

- очень высокой
- низкой
- промежуточной
- высокой

К наиболее частым осложнениям ТУР стенки мочевого пузыря относят

- перфорацию стенки мочевого пузыря
- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- перфорацию уретры

Основным методом обследования при дальнейшем наблюдении является

- цистоскопия
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- УЗИ мочевого пузыря, почек.
- МСКТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием.

**Проведение контрольной цистоскопии необходимо выполнять через + +
месяца/месяцев после ТУР мочевого пузыря с опухолью**

- 24
- 12
- 6
- 3

**Лабораторным исследованием, необходимым в данном клиническом случае
с целью наблюдения за возможным рецидивом опухоли мочевого пузыря,
является**

- 24
- 12
- 6
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась в поликлинику по месту жительства. Пришла на прием к урологу.

Жалобы

Пациентка отмечает жалобы на острую, приступообразную боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 39°C с потрясающим ознобом

Анамнез заболевания

С 20 лет страдает мочекаменной болезнью, неоднократно самостоятельное отходили конкременты размером до 5 мм. Последний прием у врача уролога 2 месяца назад, при УЗИ в правой почке выявлен конкремент размером до 6 мм, принимая во внимание отсутствие почечных колик, оперативное пособие не предлагалось. Приступ почечной колики справа возник 10 дней назад, купированный приемом спазмоанальгетиков. На протяжении последующих дней приступы почечных колик повторялись неоднократно. За три дня до

обращения в врачу на фоне приступов почечной колики, пациентка стала отмечать подъем температуры тела до 39°C с потрясающим ознобом.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Травмы, операции отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, цикл установился сразу, по 4-5 дня, через 28 дней, обильные. Беременностей -1, роды – 1.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 50 кг, рост 158 см. Температура тела 39,0°C. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/85 мм рт.ст. Живот болезненный в правом подреберье, умеренно напряжен. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Статус localis: с-м Пастернацкого положительный справа, слева отрицательный, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, наружные половые органы развиты правильно, слизистая вокруг наружного отверстия уретры не гиперемирована. При пальцевом вагинальном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры в типичном месте. Влагалище ёмкое, складчатость сохранена. Шейка матки при пальпации безболезненная, подвижная. Придатки не пальпируются, выделения не обильные, светлые. При пальцевом ректальном исследовании: перианальная область не изменена. Сфинктер тоничен. Ампула прямой кишки пустая. На высоту указательного пальца патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам относят

- 24
- 12
- 6
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки предварительного диагноза инструментальным методам обследования относят

- 24
- 12

- 6
- 3

Результаты инструментального метода обследования

Для постановки окончательного клинического диагноза наиболее информативным лучевым методом диагностики является

- 24
- 12
- 6
- 3

Результаты обследования

Для назначения адекватной антибактериальной терапии необходимым лабораторным методом исследования является

- 24
- 12
- 6
- 3

Результаты лабораторного метода исследования

Данной больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- 24
- 12
- 6
- 3

Диагноз

Лечение острого обструктивного пиелонефрита необходимо начинать с

- удаления камня правого мочеточника
- восстановления пассажа мочи из заблокированной почки
- назначения антибактериальной терапии
- дистанционной ударно-волновой литотрипсии

После восстановления пассажа мочи из заблокированной почки показана
+ _____ + терапия

- только противовоспалительная
- спазмоанальгетическая
- ударно-волновая импульсная
- антибактериальная

Пациентке показана немедикаментозная терапия в объеме

- соблюдение строгого постельного режима
- употребление фруктов, богатых витамином С
- активной водной нагрузки (2000-2500 мл в сутки)
- ношение компрессионного бандажа

Целесообразнее при эмпирической антибактериальной терапии назначить антибиотики группы

- пенициллинов
- фторхинолонов
- цефалоспоринов
- карбапенемов

Длительность проводимой антибактериальной терапии составляет
+ _____ + день/дней

- 21
- 7-10
- 3-5
- 10-14

По данным КТ наиболее вероятным по химическому составу камень является

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестериновый
- из мочевой кислоты

После купирования атаки острого обструктивного пиелонефрита больной возможно провести лечение в виде

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестериновый
- из мочевой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу

Жалобы

На наличие образования на головке полового члена

Анамнез заболевания

К урологу обращался 5 лет назад при очередной диспансеризации. В течение последних 5-ти лет расстройствами мочеиспускания не страдал. ПСА сыворотки крови 5 лет назад составляло 2,4 нг\мл.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. При осмотре полового члена. Крайняя плоть открывается, на головке полового члена определяется округлое образование, красно-бурого цвета, выступающее над кожей, умеренно кровоточащее, размерами до 20 мм в диаметре. Кожа головки вокруг образования синюшного цвета При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестерин
- из мочевой кислоты

Результаты лабораторного метода обследования

Первостепенно, при подозрении на рак полового члена необходимо выполнить физикальное исследование

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестеринновый
- из мочевой кислоты

Результаты обследования

Необходимыми для оценки глубины инвазии опухоли лучевыми методами обследования являются

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестеринновый
- из мочевой кислоты

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов морфологического, клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования может быть установлен диагноз по классификации TNM

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестеринновый
- из мочевой кислоты

Диагноз

Для уточнения стадии M по классификации TNM больному необходимо выполнить

- фосфатный
- кальциево-оксалатный
- холестеринновый
- из мочевой кислоты

Результаты обследования

Основным методом лечения у данного больного будет

- местная терапия противоопухолевыми препаратами
- гормональная терапия
- лучевая терапия
- хирургическое

Больному целесообразно выполнить

- удаление полового члена и мошонки
- удаление головки и уретры, установку цистостомы
- удаление головки полового члена
- удаление полового члена

По поводу увеличенного пахового лимфатического узла больному необходимо выполнить

- динамическое УЗИ
- лимфаденэктомию сторожевого лимфатического узла
- тонкоигольную биопсию лимфатического узла под контролем УЗИ
- расширенную тазовую лимфаденэктомию

В удаленном паховом лимфатическом узле выявлены метастазы рака полового члена. В связи с этим необходимо произвести

- удаление только увеличенного пахового лимфатического узла справа
- химиотерапию
- расширенную паховую лимфаденэктомию
- дистанционную лучевую терапию

Проведение неоадъювантной химиотерапии больному

- показано
- не показано
- всегда показано
- следует назначить только при морфологическом подтверждении рака в лимфатических узлах

Для профилактики лимфостаза после операции Дюекена данному больному следует рекомендовать

- применение антиагрегантов
- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

В послеоперационном периоде больного необходимо наблюдать

- применение антиагрегантов
- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства с целью диспансеризации. Пришел на прием к урологу.

Жалобы

Пациент жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

К урологу обращался 5 лет назад при очередной диспансеризации. В течение последних 5-ти лет расстройствами мочеиспускания не страдал. ПСА сыворотки крови 5 лет назад составляло 3,4 нг\мл. Рекомендациями уролога выполнять ПСА сыворотки крови каждые 6 месяцев пренебрег.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, в правой доле, апекальных ее отделах определяется уплотненный участок до 12 мм. Поверхность простаты

гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым у данного пациента лабораторным методам обследования с целью верификации заболеваний простаты относят

- применение антиагрегантов
- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Результаты лабораторного метода обследованиям

Необходимыми методами обследования для постановки диагноза являются

- применение антиагрегантов
- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Результаты обследования

На основании результатов клинко-лабораторных, морфологических и инструментальных методов обследования, проведенных данному больному, можно поставить диагноз

- применение антиагрегантов
- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Диагноз

Для уточнения стадии N заболевания необходимо проведение

- применение антиагрегантов
- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Результаты обследования

Для выявления костных метастазов необходимо выполнить

- применение антиагрегантов

- физические нагрузки
- контроль веса и профилактику ожирения
- применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Результаты обследования

Данному пациенту в качестве основного вида лечения показано/а

- радикальная простатэктомия
- динамическое наблюдение
- брахитерапия или криодеструкция
- гормональная терапия

Данному пациенту целесообразно выполнение простатэктомии

- промежностной
- с применением нервосберегающей техники
- без сохранения нервов с лимфаденэктомией
- внебрюшинной лапароскопической нервосберегающей

В послеоперационном периоде наиболее частым осложнением является

- травма прямой кишки
- стриктура анастомоза
- тромбоэмболия легочной артерии
- образование лимфокист

В оценке онкологической эффективности лечения основным методом является

- КТ органов малого таза с контрастированием
- остеосцинтиграфия
- лабораторный (наблюдение ПСА)
- МРТ органов малого таза с контрастированием

О рецидиве заболевания свидетельствует показатели ПСА выше + _____ + нг/мл

- 4,0
- 0,2
- 0,5
- 1,0

Неoadъювантная гормональная терапия + _____ + выживаемость у данного больного

- увеличивает, но незначительно
- не влияет на
- уменьшает
- значительно увеличивает

Биопсию зоны пузырно-уретрального анастомоза у данного больного после радикальной простатэктомии необходимо выполнять

- увеличивает, но незначительно
- не влияет на
- уменьшает
- значительно увеличивает

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к урологу с симптомами нарушенного мочеиспускания

Жалобы

Ослабление струи мочи при мочеиспускании, ночная поллакиурия до 1-2 за ночь, ослабление эректильной функции.

Анамнез заболевания

Пациент ранее к урологу не обращался. Вышеописанные жалобы начали беспокоить 2 года назад. За последний год эрекция ухудшилась, количество половых актов снизилось до 2-3 в месяц (ранее – 2-3 раза в неделю). 3 месяца назад, проходя диспансеризацию, сдал общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, в том числе и анализ крови на ПСА. Клинически значимых отклонений не выявлено. ПСА общий – 1,9 нг/мл, соотношение свободного к общему – 37%.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Из вредных привычек – курение до 1 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет в среднем 50-100 мл крепких напитков в день, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 2 детей. Травм и операций не было. Сопутствующих заболеваний и терапии нет. Работает, ведет активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 169 см. Температура тела

36,8^0^C. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 19/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется.

Мочеиспускание затрудненное, вялой струей, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотноэластической консистенции, безболезненная при пальпации. Срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Патологических изменений не выявлено.

К необходимым вопросам для данного пациента, исходя из предъявляемых им жалоб, относятся

- увеличивает, но незначительно
- не влияет на
- уменьшает
- значительно увеличивает

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- увеличивает, но незначительно
- не влияет на
- уменьшает
- значительно увеличивает

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов обследования данному пациенту в качестве основного возможно установить диагноз

- увеличивает, но незначительно
- не влияет на

- уменьшает
- значительно увеличивает

Диагноз

На основании результатов обследования данному пациенту в качестве сопутствующего возможно установить диагноз

- хронический простатит
- эректильная дисфункция
- стриктура уретры
- гиперактивный мочевой пузырь

В качестве начального варианта терапии пациенту можно рекомендовать

- медикаментозную терапию
- термотерапию
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение

Препаратом «первой линии» у данного пациента, с учетом жалоб и данных анамнеза, является

- ингибитор ФДЭ-5
- ингибитор 5-альфаредуктазы
- альфа-1-адреноблокатор
- м-Холиноблокатор

Единственным ингибитором ФДЭ-5, которым возможно проводить лечение симптомов нарушенного мочеиспускания, является

- тадалафил 10 мг
- силденафил 50 мг
- тадалафил 5 мг
- тадалафил 20 мг

Противопоказанием к назначению ингибиторов ФДЭ-5 является

- возраст пациента старше 60 лет
- совместное применение с нитратами
- наличие у пациента сахарного диабета
- наличие рисков прогрессии ГПЖ

Наличие эректильной дисфункции в качестве сопутствующего заболевания

- ухудшает прогноз основного заболевания
- является основанием для дополнительного обследования
- не требует дополнительного лечения
- требует дополнительного лечения

Дальнейшая прогрессия развития гиперплазии и увеличение объема простаты является основанием для

- хирургического лечения
- проведения комплексного уродинамического исследования
- термотерапии простаты
- комбинированной медикаментозной терапии

Препаратами выбора для комбинированного лечения являются в первую очередь

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

В процессе лечения гиперплазии предстательной железы пальцевое ректальное исследование и мониторинг уровня ПСА с целью своевременного выявления рака предстательной железы следует проводить

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 года обратился в поликлинику по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался.

Жалобы

Жалобы на однократное изменение цвета мочи (ярко-алый) с примесью бесформенных сгустков 5 дней назад

Анамнез заболевания

Несколько дней назад, утром, во время акта мочеиспускания, обратил

внимание на изменение цвета мочи без боли, с бесформенными сгустками. В последующем, цвет мочи нормализовался.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками. Перенесенные в детстве ОРВИ, ангину и другие заболевания отрицает. Наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты: новокаин – отёк Квинке. Вредные привычки: курит по пачке в день. Алкоголь в умеренном количестве. Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. оценка по шкале Карновского – 100%; ECOG 0. Вес 90 кг, рост 192 см. ИМТ: Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 23/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, моча визуально на момент осмотра соломенно-желтого цвета, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым лабораторным анализам в данном случае относят

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Результаты лабораторного исследования

Необходимыми для постановки диагноза в данном случае инструментальными методами обследования являются

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Результаты инструментальных методов обследования

Больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования предварительно можно поставить диагноз : Опухоль мочевого пузыря

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Предварительный диагноз

Основным методом исследования для установления стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Результаты обследования

Исследованиями, необходимыми для уточнения стадии N и M по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря, являются

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Результаты обследования

Окончательная стадия Т по данным гистологического заключения

- ингибиторы 5 АРИ и Альфа-1-адреноблокаторы
- ингибиторы ФДЭ-5 и Альфа-1-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы и М-холиноблокаторы
- ингибиторы 5 АРИ и М-холиноблокаторы

Окончательная стадия Т

После первичного лечения в объеме ТУР мочевого пузыря с опухолью пациенту показано

- оперативное лечение - открытая резекция стенки мочевого пузыря в зоне локализации опухоли
- проведение цистэктомии
- однократное введение вакцины БЦЖ сразу после ТУР мочевого пузыря с опухолью
- внутривезикулярное введение химиопрепаратов

Группа риска, к которой относится данный пациент, является

- поверхностной
- промежуточной
- низкой
- высокой

К возможным осложнениям ТУР стенки мочевого пузыря относят

- перфорацию уретры
- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение

Основным методом обследования при дальнейшем наблюдении данного пациента является

- МСКТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием
- цистоскопия
- УЗИ мочевого пузыря, почек
- МРТ органов малого таза с контрастированием

Проведение контрольной цистоскопии необходимо выполнять через + _____ + месяца/ев после ТУР мочевого пузыря

- 12
- 6
- 3
- 25

Лабораторным исследованием, необходимым в данном клиническом случае с целью наблюдения за возможным рецидивом опухоли мочевого пузыря, является

- 12
- 6
- 3
- 25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет обратился к урологу в связи с тем, что уже несколько месяцев отмечает увеличение левой половины мошонки, боль в последней, которая усиливается при ходьбе.

Жалобы

Жалобы на слабость, потерю аппетита, увеличение размеров левой половины мошонки, боль в области мошонки.

Анамнез заболевания

К урологу ранее не обращался. Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

Ребёнок от второй беременности, родился в срок (40 недель). Роды проходили без осложнений. Масса при рождении 3600 г. Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Другие детские заболевания указать не может. Утверждает, что у деда по линии отца была обнаружена опухоль яичка в возрасте 60 лет. Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Ведёт достаточно активный образ жизни.

Объективный статус

Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 77 ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мошонка отечна, при пальпации болезненна, отмечается увеличение левого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются .

Основным скрининговым методом лучевой диагностики новообразования яичка является

- 12
- 6
- 3

- 25

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза и определения стадии первичной опухоли (pT) необходимо провести

- 12
- 6
- 3
- 25

Результаты обследования

Правильным диагнозом на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, а также гистологического исследования является опухоль левого яичка

- 12
- 6
- 3
- 25

Диагноз

У больных раком яичка необходимо определять уровень сывороточных маркеров

- 12
- 6
- 3
- 25

Результаты обследования

Исследованием, которое необходимо для уточнения стадии N и M по классификации TNM при опухоли яичка, является

- 12
- 6
- 3
- 25

Результаты обследования

Стадия рака яичка по классификации TNM по данным окончательного обследования

- 12
- 6
- 3
- 25

Стадия рака яичка

Сохранение повышенного уровня маркёров после орхифуникулэктомии через 5-7 дней может свидетельствовать о

- биохимическом рецидиве
- наличии резидуальной ткани
- наличии опухоли в контралатеральном яичке
- наличии субклинических метастазов

Данного пациента можно отнести к группе + _____ + прогноза

- хорошего
- умеренного
- наилучшего
- плохого

К возможным осложнениям профилактической лучевой терапии при опухоли яичка относят

- варикоцеле
- рак полового члена
- бесплодие
- возникновение вторичных опухолей желудочно-кишечного тракта, лейкозов

Больной должен быть под постоянным, динамическим контролем в течение + _____ + лет

- 5
- 4
- 1-2
- 3

Поздним рецидивом при раке яичка считается рецидив, возникший через + _____ + после проведения терапии первой линии

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

При наличии рентгенологически определяемой резидуальной НГОЯ на фоне нормального или нормализующегося уровня маркеров после ХТ показано

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику по месту жительства с целью диспансеризации. Пришел на прием к урологу.

Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на затрудненное, вялой струей мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Ранее к урологу не обращался. В течение последних 3-х лет стал отмечать прогрессирующее ухудшение качества мочеиспускания, на протяжении последних нескольких месяцев появилась ночная поллакиурия до 2-3 раз. ПСА крови ранее не сдавал.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень,

селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуалью не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза при диспансеризации физикальным методам обследования относят

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

Результаты инструментальных методов обследования

Для постановки диагноза к необходимым лабораторным методам диагностики относится

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

Результаты лабораторного метода обследования

Принимая во внимание большое количество остаточной мочи, из дополнительных инструментальных методов диагностики необходимо выполнить

- 2 года
- 1,5 года

- 6 месяцев
- 1 год

Результаты инструментального метода обследования

Для уточнения диагноза целесообразно выполнить

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больному установлен диагноз

- 2 года
- 1,5 года
- 6 месяцев
- 1 год

Диагноз

Из хирургических методов исследования у данного больного наиболее целесообразна

- позадилоная аденомэктомия
- трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР)
- трансуретральная лазерная энуклеация гиперплазии простаты (HoLEP, ThuLEP, TUEB, ThuFLEP)
- радикальная простатэктомия

Наиболее частым осложнением после трансуретральной лазерной энуклеации простаты является

- эректильная дисфункция
- ретроградное семяизвержение
- гипогонадизм
- искривление полового члена

Заживление (полная эпитеализация) ложа удаленной гиперплазии происходит в сроки до + _____ + месяцев

- 3-х
- 6-ти
- 2-х
- 12-ти

При стойкой ирритативной симптоматике после выполнения эндоскопического удаления аденомы простаты больному показано выполнить

- биопсию простаты
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- уретроцистоскопию
- УЗИ органов мошонки

Пациентам в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения трансуретральной лазерной энуклеации гиперплазии простаты необходимо назначить

- противорецидивное гормональное лечение
- антибактериальную терапию
- антикоагулянтную терапию
- лечение блокаторами 5 альфа редуктазы

Анализ крови на ПСА у пациента после выполнения трансуретральной лазерной энуклеации гиперплазии простаты рекомендовано выполнять

- противорецидивное гормональное лечение
- антибактериальную терапию
- антикоагулянтную терапию
- лечение блокаторами 5 альфа редуктазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась в поликлинику по месту жительства. Пришла на прием к урологу

Жалобы

На острую, приступообразную боль в поясничной области справа, без повышения температуры тела, тошноту, рвоту

Анамнез заболевания

Ранее урологом не наблюдалась. Впервые вышеперечисленные жалобы

отметила два дня назад. Самостоятельное принимала спазмоанальгетики с временным эффектом.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Травмы, операции отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, цикл установился сразу, по 4-5 дня, через 28 дней, обильные. Беременностей -2 , роды – 2.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 50 кг, рост 158 см. Температура тела 36.8⁰С. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, наружные половые органы развиты правильно, слизистая вокруг наружного отверстия уретры не гиперемирована. При пальцевом вагинальном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры в типичном месте. Влагалище ёмкое, складчатость сохранена. Шейка матки при пальпации безболезненная, подвижная. Придатки не пальпируются, выделения не обильные, светлые. При пальцевом ректальном исследовании: перианальная область не изменена. Сфинктер тоничен. Ампула прямой кишки пустая. На высоту указательного пальца патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- противорецидивное гормональное лечение
- антибактериальную терапию
- антикоагулянтную терапию
- лечение блокаторами 5 альфа редуктазы

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее точным для постановки диагноза методом исследования является

- противорецидивное гормональное лечение
- антибактериальную терапию

- антикоагулянтную терапию
- лечение блокаторами 5 альфа редуктазы

Результаты обследования

На основании результатов обследования больной можно поставить диагноз

- противорецидивное гормональное лечение
- антибактериальную терапию
- антикоагулянтную терапию
- лечение блокаторами 5 альфа редуктазы

Диагноз

Для уточнения почечной функции и выявления факторов камнеобразования дополнительно необходимо выполнить

- противорецидивное гормональное лечение
- антибактериальную терапию
- антикоагулянтную терапию
- лечение блокаторами 5 альфа редуктазы

Результаты обследования

Исходя из данных проведенного обследования, вероятнее всего, конкремент у пациентки по своему химическому составу

- струвитный
- уратный
- оксалатный
- фосфатный

Лечение рекомендовано начинать с

- дистанционной ударно-волновой уретеролитотрипсии
- пункционной нефростомии
- медикаментозной литокINETической терапии
- дренирования верхних мочевых путей катетером-стентом

Принимая во внимание предполагаемый химический состав камня, необходимо добавить + _____ + терапию

- антибактериальную
- инфузионную

- литолитическую
- гемостатическую

Наиболее частым осложнением, которое может произойти на фоне нарушенного оттока мочи из почки, является

- паранефрит
- гидронефроз
- атака острого пиелонефрита
- мочево́й затек

Предпочтительным видом хирургического лечения у данной пациентки является

- контактная уретеролитотрипсия
- дистанционная ударно-волновая уретеролитотрипсия, без предварительного контрастирования верхних мочевых путей
- чрескожная нефролитотрипсия
- уретеролитотомия

В случае развития атаки острого обструктивного пиелонефрита лечение необходимо начать с

- восстановления пассажа мочи из заблокированной почки
- дренирования мочевого пузыря уретральным катетером
- удаления камня правого мочеточника
- антибактериальной терапии

В случае развития атаки острого обструктивного пиелонефрита удаление конкремента возможно осуществить в сроки через

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования
- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

После выписки из стационара данной пациентке реабилитация

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови

- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования
- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась в поликлинику по месту жительства. Пришла на прием к урологу.

Жалобы

Пациентка отмечает жалобы на повышение температуры тела до 38,5°C с потрясающим ознобом, тянущую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

Ранее урологом по месту жительства не наблюдалась. Настоящее ухудшение самочувствия началось неделю назад, когда после переохлаждения стала отмечать жалобы на учащенное, малыми порциями мочеиспускание, к урологу не обращалась. Спустя четыре дня появилась боль в поясничной области справа, пациентка отметила подъем температуры тела до 38,5°C с потрясающим ознобом. Самостоятельно дома принимала жаропонижающие препараты с временным эффектом.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Травмы, операции отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, цикл установился сразу, по 4-5 дня, через 28 дней, обильные. Беременностей -2, роды - 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 56 кг, рост 154 см. Температура тела 38,5°C. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого положительный справа, слева отрицательный, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание учащенное,

безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, наружные половые органы развиты правильно, слизистая вокруг наружного отверстия уретры не гиперемирована. При пальцевом вагинальном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры в типичном месте. Влагалище ёмкое, складчатость сохранена. Шейка матки при пальпации безболезненная, подвижная. Придатки не пальпируются, выделения не обильные, светлые. При пальцевом ректальном исследовании: перианальная область не изменена. Сфинктер тоничен. Ампула прямой кишки пустая. На высоту указательного пальца патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам относят

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования
- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования
- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

Результаты инструментального метода обследования

Для постановки окончательного клинического диагноза необходимым лучевым методом диагностики является

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования

- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

Результаты обследования

Для проведения адекватной антибактериальной терапии необходимым лабораторным методом исследования является

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования
- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

Результаты лабораторного метода обследования

Исходя из жалоб, состояния больной, данных лабораторных, клинико-инструментальных и лучевых методов обследования наиболее обоснованным диагнозом является

- 10-14 дней, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сутки, после дренирования верхних мочевых путей, вне зависимости от температуры тела и данных лабораторного обследования
- месяц, после нормализации температуры тела и нормализации результатов анализа мочи и крови
- сразу после восстановления нормальных значений уровня азотистых шлаков и сохраняющейся лейкоцитурии и гипертермии

Диагноз

Лечение острого необструктивного пиелонефрита необходимо начать с

+ _____ + терапии

- стероидной
- противовоспалительной
- антибактериальной
- спазмоанальгетической

Пациентке показана немедикаментозная терапия в виде

- активной водной нагрузки (200-2500 мл в сутки)
- соблюдения строгого постельного режима
- употребления фруктов, богатых витамином С
- ношения компрессионного бандажа

Целесообразнее назначить антибиотики группы

- цефалоспоринов
- карбапенемов
- фторхинолонов
- пенициллинов

**Длительность проводимой антибактериальной терапии составляет + _____ +
день/дней**

- 10-14
- 7-10
- 21
- 3-5

**В случае отсутствия клинически положительных данных лечения острого
необструктивного пиелонефрита больной необходимо выполнить**

- декапсуляцию почки
- нефрэктомию
- пункционную нефростомию
- резекцию почки

В оценке эффективности лечения основным является отсутствие

- лейкоцитурии и клинических проявлений
- гематурии после физической нагрузки
- расширения ЧЛС при УЗИ
- эозинофилии

**Методы медицинской реабилитации пациентов после острого
необструктивного пиелонефрита**

- лейкоцитурии и клинических проявлений
- гематурии после физической нагрузки
- расширения ЧЛС при УЗИ
- эозинофилии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 42 лет обратилась к урологу по месту жительства. Ранее наблюдалась урологами по поводу хронического пиелонефрита.

Жалобы

На периодически возникающую тянущую, ноющую боль в левой поясничной области.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки в возрасте 13 лет была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства по поводу острого пиелонефрита слева, проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия с эффектом. 5 лет назад пациентка отметила появление тянущей, ноющей боли в левой поясничной области. При УЗИ в поликлинике по месту жительства выявлена пиелоэктазия слева, рекомендовано динамическое наблюдение. В течении последних 9 месяцев пациентка стала отмечать усиление боли в поясничной области слева, в связи с чем обратилась к урологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, ветрянка, корь. Вредные привычки: курение 3 сигареты/день (5 лет). Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Перенесенные операции: герниопластика паховой грыжи слева. Хронические заболевания: хронический пиелонефрит. Менструации с 13 лет, умеренные, 5 дней через 27 дней. Беременности: 2, роды-2, выкидыши-0. Замужем. Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 169 см, вес 68 кг. Температура тела 36,8°C. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 122/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per vaginam_: влагалище рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Выделений не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- лейкоцитурии и клинических проявлений
- гематурии после физической нагрузки
- расширения ЧЛС при УЗИ
- эозинофилии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- лейкоцитурии и клинических проявлений
- гематурии после физической нагрузки
- расширения ЧЛС при УЗИ
- эозинофилии

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- лейкоцитурии и клинических проявлений
- гематурии после физической нагрузки
- расширения ЧЛС при УЗИ
- эозинофилии

Диагноз

Пациентке показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика слева
- динамическое наблюдение за пациентом
- нефрэктомия слева
- баллонная дилатация, установка катетера-стента слева

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- низкий уровень креатинина крови
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- удовлетворительная функция контрлатеральной почки
- достаточная функция пораженной почки при нефросцинтиграфии

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- перкутанная уретеропиелотомия слева
- установка нефростомического дренажа слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- эндопиелотомия

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 4-6 недель
- 12 месяцев
- 6 месяцев

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- ультразвуковое исследование почек
- ретроградная уретеропиелография
- экскреторная урография
- МРТ почек и мочевых путей

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- лечащим врачом
- врачебной комиссией
- страховой компанией
- главным врачом

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день выписки из стационара
- можно не проводить
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 19 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее наблюдался урологом по месту жительства по поводу гидронефроза справа

Жалобы

На периодически возникающую тянущую боль в поясничной области справа

Анамнез заболевания

В возрасте 14 лет пациент был госпитализирован в ЦРБ по месту жительства с острым пиелонефритом справа. Выполнено дренирование верхних мочевых путей справа мочеточниковым стентом. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия с эффектом. Далее наблюдался у уролога по месту жительства. 3 года назад по данным МСКТ почек и мочевыводящих путей выявлен гидронефроз справа, уро-вазальный конфликт справа, по поводу чего пациенту выполнена лапароскопическая резекция мочеточника и лоханки с антевазальной пластикой лоханки и мочеточника справа, стентирование ВМП справа мочеточниковым стентом (удален через 3 месяца после операции). В дальнейшем урологами не наблюдался. В течение последних 6 месяцев отмечает периодически возникающую тянущую боль в поясничной области справа, в связи с чем обратился к урологу в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: лапароскопическая антевазальная пиелопластика справа. Травмы: тройной перелом лучевой кости со смещением в юношестве. В соматическом статусе:

хронический гастрит. Вредных привычек: нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает. Не женат, детей нет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, вес 65 кг. Температура тела 36,8°C. Кожа и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 122/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. Локальный статус: Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования необходимым для постановки диагноза является

- 6 суток
- 2 недели

- 3 недели
- 10 суток

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток

Диагноз

Пациенту показано(а)

- эндоскопическая баллонная дилатация
- нефрэктомия слева
- открытая пиелопластика справа
- динамическое наблюдение за пациентом

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- сохранная функция правой почки при нефросцинтиграфии
- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм
- низкий уровень креатинина крови
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- лапароскопическая пиелопластика справа
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- перкутанная уретеропиелотомия слева
- установка нефростомического дренажа слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 месяца

- 4-6 недели

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- МРТ почек и мочевых путей
- ультразвуковое исследование почек
- экскреторная урография
- ретроградная уретеропиелография

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- врачебной комиссией
- лечащим врачом
- главным врачом
- страховой компанией

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 41 год обратилась к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдалась.

Жалобы

На периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

В течении последних 6 месяцев пациентка отмечает тянущую, ноющую боль в поясничной области справа

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: 2002г. - лапароскопическая аппендэктомия. Травмы: отрицает. В анамнезе: ЖКБ, хронический холецистит. Акушерско-гинекологический анамнез. Живет половой жизнью с 17 лет. Беременности - 2, роды - 2. Менструации с 13 лет, регулярные, незначительно болезненные, обильные, 27 через 6 дней. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: йод – отек Квинке.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 152 см, вес 49 кг. Температура тела 36,8°C. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 120/67. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per vaginam_: влагалище рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Патологических выделений не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить

Диагноз

Пациентке показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика справа
- эндоскопическая баллонная дилатация
- лапароскопическая пиелопластика справа с одномоментной холецистэктомией
- динамическое наблюдение за пациенткой

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови
- достаточная функция правой почки
- достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- лапароскопическая нефрэктомия справа
- открытая пиелопластика справа с холецистэктомией
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц справа
- баллонная дилатация справа

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца

- 6 месяцев
- 12 месяцев
- 4-6 недели

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- ультразвуковое исследование почек
- цистоскопия
- экскреторная урография
- МРТ почек и мочевых путей

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- страховой компанией
- лечащим врачом
- главным врачом
- врачебной комиссией

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить
- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 10 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 6 суток

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 10 суток
- 2 недели
- 3 недели

- 6 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 33 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На дискомфорт в поясничной области слева, периодическое повышение АД до 150/89 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания

5 лет назад при плановом обследовании по поводу артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ЦРБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался, продолжено динамическое наблюдение. В течение последних 6 месяцев отмечается усиление боли в поясничной области слева. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом. Травмы: компрессионный перелом поясничного позвонка L2 в возрасте 14 лет. Страдает ГБ, по поводу чего консервативного лечения не получает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см, вес 82 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 130/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических

образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 10 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 6 суток

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 10 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 6 суток

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза является

- 10 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 6 суток

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 10 суток
- 2 недели
- 3 недели
- 6 суток

Диагноз

Пациенту показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика слева
- нефрэктомия слева
- эндоскопическая баллонная дилатация
- динамическое наблюдение за пациентом

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- сохранная функция левой почки при нефросцинтиграфии
- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм
- низкий уровень креатинина крови
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- открытая пиелопластика слева
- установка нефростомического дренажа слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- перкутанная уретеропиелотомия слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 12 месяцев
- 4-6 недели
- 6 месяцев

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- главным врачом
- врачебной комиссией
- лечащим врачом
- страховой компанией

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить
- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 10 суток
- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 10 суток
- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 19 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался.

Жалобы

На тянущую, ноющую боль в поясничной области с обеих сторон, усиливающуюся при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

При плановом обследовании по месту прохождения службы у пациента выявлена двусторонняя пиелокаликоектазия, был комиссован. Обратился к урологу для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет,

туберкулез – отрицает. Операции: отрицает. Травмы: перелом мизинца в 11 лет. В соматическом статусе: хронический гайморит. Вредных привычек: нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: йод – зуд, крапивница.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 60 кг. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. Локальный статус: Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча визуально не изменена. PER RECTUM: перианальная область не изменена, простата не увеличена в размерах, мягкоэластической консистенции, однородная, при пальпации безболезненная. На высоту пальца патологических образований не выявлено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 10 суток
- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 10 суток
- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 10 суток
- 6 суток
- 2 недели

- 3 недели

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 10 суток
- 6 суток
- 2 недели
- 3 недели

Диагноз

Пациенту показано(а)

- перкутанная эндопиелотомия справа
- лапароскопическая пиелопластика справа
- эндоскопическая баллонная дилатация
- динамическое наблюдение за пациентом

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии
- достаточная функция правой почки

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- баллонная дилатация справа
- ретроградная лазерная эндопиелотомия справа
- открытая пиелопластика справа
- установка мочеточникового стента справа на 1 месяц

Оптимальным сроком удаления мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 12 месяцев
- 4-6 недели

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- страховой компанией
- главным врачом
- врачебной комиссией
- лечащим врачом

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии

- необходимо осуществить в день выписки из стационара
- необходимо осуществить в день поступления в стационар
- необходимо осуществить в день окончания листка нетрудоспособности
- можно не проводить

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 38 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

В течение последних 2 лет пациент отмечает периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области справа. До этого к врачам не обращался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Травмы – отрицает. Операции: геморроидэктомия в 2010г., флебэктомия БПВ справа в 2014г. Наследственный анамнез – не отягощен. Аллергические реакции на лекарственные препараты: флемоксиклав (сыпь). Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 172 см, вес 80 кг. Температура тела 36,2°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД - 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 уд/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per rectum_: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 6 суток

- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Диагноз

Пациенту показано(а)

- лапароскопическая нефрэктомия справа
- динамическое наблюдение за пациентом
- эндоскопическая баллонная дилатация
- лапароскопическая пиелопластика справа

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- низкий уровень креатинина крови
- толщина почечной паренхимы при УЗИ
- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм
- отсутствие функции правой почки при нефросцинтиграфии

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- установка нефростомического дренажа справа
- открытая нефрэктомия справа
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц справа

- перкутанная эндопиелотомия справа

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- опухолью мочеточника
- пузырно-мочеточниковый рефлюксом
- опухолью почки
- нефроптозом

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- главным врачом
- врачебной комиссией
- страховой компанией
- лечащим врачом

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности
- в день выписки из стационара
- можно не проводить

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет обратилась к урологу по месту жительства. В детстве наблюдалась по поводу гидронефроза слева.

Жалобы

На периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области слева

Анамнез заболевания

Пациентка страдает гидронефрозом слева с 3х лет, наблюдалась по этому поводу в детской областной больнице. В возрасте 13 лет в ЦРБ по месту жительства выполнена резекция лоханки и в/3 левого мочеточника, антевазальная уретеропиелостомия слева, нефростомия слева. Через 6 месяцев выявлен стеноз пиелoureтерального анастомоза слева. В дальнейшем урологами не наблюдалась. Год назад начала отмечать появление тянущей, ноющей боли в поясничной области слева, обратилась в поликлинику по месту жительства, выявлено расширение ЧЛС слева, дальнейшего обследования не проводилось. В течение последних 3 месяцев отмечает прогрессирующее усиление боли в поясничной области слева, в связи с чем обратилась к урологу по месту жительства.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: резекция лоханки и в/3 левого мочеточника, антевазальная уретеропиелостомия слева, нефростомия слева; Травмы – отрицает. В соматическом статусе без особенностей. Акушерско-гинекологический анамнез: беременности - 1, роды – 0, аборт – 1. Менструации с 12 лет, не регулярные по 4 дня через 25, умеренные, болезненные. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 162 см, вес 51 кг. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС- 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 61/мин, АД 115/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Отмечаются рубцы после хирургических вмешательств на левой почке. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры

расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. _Per vaginam_: влагалище не рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Выделений не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительными методами исследования необходимыми для постановки диагноза являются

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 6 суток
- 3 недели
- 10 суток
- 2 недели

Диагноз

Пациентке показано(а)

- динамическое наблюдение за пациентом
- перкутанная нефролитолапаксия, эндопиелотомия слева
- нефрэктомия слева
- лапароскопическая пиелопластика, установка мочеточникового стента слева

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- низкий уровень креатинина крови
- достаточная функция пораженной почки при нефросцинтиграфии
- удовлетворительная функция контрлатеральной почки
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- установка нефростомического дренажа слева
- установка мочеточникового стента на 1 месяц слева
- баллонная дилатация слева
- открытая пиелопластика с литоэкстракцией слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 4-6 недель
- 3 месяца
- 12 месяцев
- 6 месяцев

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- страховой компанией
- главным врачом
- лечащим врачом
- врачебной комиссией

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день выписки из стационара
- можно не проводить
- в день поступления в стационар
- в день окончания листка нетрудоспособности

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток
- 6 суток

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток
- 6 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 29 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался.

Жалобы

На дискомфорт в поясничной области слева

Анамнез заболевания

При плановом обследовании в поликлинике по месту жительства у пациента выявлена подковообразная почка, пиелокаликоектазия слева. Обратился к урологу для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: лапароскопическая аппендэктомия в 21год. Травмы: отрицает. В соматическом статусе без особенностей. На момент осмотра лекарственные препараты не принимает. Вредных привычек: курение по 1 пачке в день в течение 3 лет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 172 см, вес 70 кг. Температура тела 36,2°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 73/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча визуально не изменена. _Per rectum_: перианальная область не изменена, простата не увеличена в размерах, мягкоэластической консистенции, однородная, при пальпации безболезненная. На высоту пальца патологических образований не выявлено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток
- 6 суток

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток
- 6 суток

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования необходимым для постановки диагноза является

- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток
- 6 суток

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 2 недели
- 3 недели
- 10 суток
- 6 суток

Диагноз

Пациенту показано(а)

- лапароскопическая пиелопластика слева
- эндоскопическая баллонная дилатация
- перкутанная эндопиелотомия слева
- динамическое наблюдение за пациентом

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- низкий уровень креатинина, мочевого кислоты и мочевины крови
- достаточный кровоток паренхимы подковообразной почки при ультразвуковой доплерографии
- достаточная функция правой почки

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- открытая пиелопластика слева
- ретроградная лазерная эндопиелотомия слева
- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- баллонная дилатация слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде - через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 6 месяцев
- 12 месяцев
- 4-6 недели

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- лечащим врачом
- главным врачом
- врачебной комиссией
- страховой компанией

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день окончания листка нетрудоспособности
- в день выписки из стационара
- в день поступления в стационар
- можно не проводить

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 2 недели
- 10 суток
- 6 суток
- 3 недели

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 2 недели
- 10 суток
- 6 суток
- 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 68 лет обратилась к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдалась.

Жалобы

На боль в поясничной области, усиливающуюся при физической нагрузке, больше справа.

Анамнез заболевания

Пациентка впервые в жизни отметила появление боли в поясничной области справа весной 2012г, после чего возник эпизод тотальной безболевого

макрогематурии без сгустков. Обратилась за консультацией в поликлинику по месту жительства, при УЗИ выявлена двусторонняя пиелокаликоектазия. Предложено динамическое наблюдение. Отмечает усиление боли в течение последних 6 месяцев, по поводу чего обратилась к урологу по месту жительства

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции – флэбэктомия вен обеих ног в 2010г. Травмы – перелом головки правой бедренной кости в 2008г. В анамнезе саркоидоз легких выявленный в 2010г., язва 12-перстной кишки, ремиссия. Беременности - 4, роды – 2, аборт – 2. Менопауза с 50 лет. Вредных привычек: нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 163 см, вес 78 кг. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип грудной, ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. _Локальный статус:_ Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча визуально не изменена. _PER VAGINAM_: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры не гиперемировано, в типичном месте. Влагалище емкое, выделения скудные, слизистая без патологических изменений. Шейка матки при пальпации безболезненная, не увеличена. Придатки не пальпируются. _PER RECTUM_: перианальная область не изменена, сфинктер прямой кишки тоничен. Ампула прямой кишки свободна. На высоту указательного пальца патологических изменений нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 2 недели
- 10 суток
- 6 суток
- 3 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- 2 недели
- 10 суток
- 6 суток
- 3 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования необходимым для постановки диагноза является

- 2 недели
- 10 суток
- 6 суток
- 3 недели

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 2 недели
- 10 суток
- 6 суток
- 3 недели

Диагноз

Пациенту показано(а)

- динамическое наблюдение за пациенткой с последующем решением вопроса о эндоскопической коррекции стенозов лоханочно-мочеточникового сегментов
- перкутанная эндопиелотомия справа с последующей перкутанной эндопиелотомией слева в отдаленном послеоперационном периоде
- лапароскопическая пиелопластика справа с последующей лапароскопической пиелопластикой слева в отдаленном послеоперационном периоде
- двусторонняя эндоскопическая баллонная дилатация

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

- достаточная функция правой почки
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
- достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии
- низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- двусторонняя установка мочеточниковых катетеров-стентов на 1 месяц справа, с последующей нефрэктомией справа
- баллонная дилатация справа
- открытая пиелопластика справа с последующей открытой пиелопластикой слева в отдаленном послеоперационном периоде
- двусторонняя ретроградная лазерная эндопиелотомия справа

Оптимальный срок удаления мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде – через + _____ + после оперативного вмешательства

- 3 месяца
- 6 месяцев
- 4-6 недели
- 12 месяцев

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется

- лечащим врачом
- главным врачом
- врачебной комиссией
- страховой компанией

При поступлении в стационар пациента с открытым листком нетрудоспособности проведение врачебной комиссии необходимо осуществить

- в день окончания листка нетрудоспособности
- в день выписки из стационара
- можно не проводить
- в день поступления в стационар

Минимальный срок стационарного лечения пациента с гидронефрозом составляет

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался.

Жалобы

Жалобы на дискомфорт в правой половине мошонки, увеличение ее в размерах, наличие плотного образования в правом яичке.

Анамнез заболевания

Около 2-х недель назад стал отмечать боль в мошонке во время физических нагрузок. Спустя какое-то время боль стала постоянной.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками. Перенесённые заболевания: ОРВИ, скарлатина, ангины. Гепатиты, сифилис, ВИЧ и другие заболевания отрицает. Вредные привычки: отрицает. Профессиональные вредности отрицает. Ведёт активный образ жизни.

Объективный статус

Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 65 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мошонка отечна, при пальпации болезненна, отмечается увеличение правого яичка. В яичке пальпируется плотное образование до 2 см. яичко неподвижно и спаяно с кожей мошонки Паховые лимфоузлы не пальпируются.

Основным скрининговым методом диагностики заболеваний органов мошонки является

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза и определения стадии первичной опухоли (pT) необходимо провести

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Результаты обследования

На основании результатов физикального и лучевого обследования, а также гистологического исследования больному можно поставить диагноз: Опухоль правого яичка

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Диагноз

Выберите нужную комбинацию необходимых для определения сывороточных маркеров

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Результаты обследования

Исследованием, которое необходимо выполнить пациенту для уточнения стадии N и M по классификации (TNM) при опухоли яичка, является

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Результаты обследования

Стадия рака яичка по классификации TNM по данным окончательного обследования

- 10 суток
- 2 недели
- 6 суток
- 3 недели

Стадия рака яичка

Проведение 2 курсов химиотерапии по схеме ВЕР назначается при стадии

- 1S
- IA (pT1, без сосудистой инвазии): низкого риска
- IB (pT2-pT4): высокого риска
- 2A

Данного пациента можно отнести к прогностической группе + _____ + прогноза

- хорошего
- умеренного
- сомнительного
- неблагоприятного

При диссеминированных НГОЯ доказано преимущество химиотерапии по схеме

- EP
- VIP
- PVB
- ВЕР

Рекомендуемый минимальный объем исследований при динамическом наблюдении после ЗЛАЭ или адъювантной химиотерапии у пациентов с НГОЯ I стадии проводится

- однократно
- раз в 3 года в течение 9 лет
- ежегодно в течение 10 лет
- раз в 2 года в течение 4 лет

Если пациент отказывается от активного наблюдения, в качестве адъювантной терапии можно провести один курс химиотерапии (ХТ) по схеме

- EP
- BEP
- VIP
- PVB

При развитии маркер-положительного рецидива и/или прогрессирования опухоли во время наблюдения показано

- EP
- BEP
- VIP
- PVB

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет при обследовании в поликлинике по месту жительства, при комплексном ультразвуковом исследовании, заподозрено объемное образование, располагающееся в воротах левой почки, округлой формы размером 8 см в диаметре, направлен в урологическую клинику для определения дальнейшей тактики лечения.

Жалобы

На окрашивание мочи кровью, боль в поясничной области слева

Анамнез заболевания

Впервые в жизни отметил примесь крови в моче с червеобразными сгустками 10 дней назад, боль в течение последних 3-х месяцев

Анамнез жизни

Хронический гастрит Курит до 1 пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает Женат, двое детей

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 190 см. Температура тела

36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный справа, слева слабopоложительный, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- EP
- BEP
- VIP
- PVB

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- EP
- BEP
- VIP
- PVB

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- EP
- BEP
- VIP
- PVB

Диагноз

Пациенту показано лечение в объеме

- нефрадреналэктомии
- нефрэктомии

- химиотерапии
- лучевой терапии

Органосохраняющее пособие подобному пациенту возможно в случае

- планируемой адъювантной химиотерапии
- абсолютных противопоказаний к нефрэктомии
- когда размер опухоли лоханки менее 8 см
- тяжелого соматического статуса больного

К профилактике возникновения рака почки можно отнести

- лечебная физкультура
- анатомические, клинические тесты
- отказ от жирной пищи
- эффективной профилактики ПКР не существует

Первый этап реабилитации в послеоперационном периоде включает

- нельзя отнести ни одну существующую методику
- нахождение в санатории общего профиля
- пантовые ванны
- водолечение

Лучевая терапия рака паренхимы почки

- показана пациентам с генерализованным ПКР с интенсивным болевым синдромом, обусловленным костными метастазами
- возможна через 3 месяца после хирургического лечения
- показана всем пациентам с мультифокальной формой рака паренхимы почки
- может ограничено применяться при локализованных опухолях

Альтернативными хирургическому лечению и выжидательной тактики при опухолях до 4 см методами терапии рака почки являются

- лучевая терапия
- криоабляция и радиочастотная абляция
- химиотерапия
- HIFU - терапия

Верным алгоритмом наблюдения за больными после хирургического лечения ПКР 1 стадии является

- КТ контроль через 6 месяцев, через 2;4 года, через 5 лет и далее каждые 2 года
- КТ контроль через 12 месяцев далее далее каждые 2 года в течение 5 лет, после 5 лет наблюдение прекращается
- КТ контроль через 3, 6,12 месяцев, далее ежегодно
- КТ контроль через 6, 12 месяцев далее ежегодно в течение 5 лет

Среди всех случаев онкологических заболеваний опухоль паренхимы почки встречается в

- 8 % в структуре онкологической заболеваемости
- России в структуре злокачественных новообразований ПКР составляет 4,0 %
- 25 % в структуре онкологической заболеваемости
- 15 % в структуре онкологической заболеваемости

С целью дифференциальной диагностики папиллярного рака чашечки почки и рака паренхимы целесообразно выполнить

- 8 % в структуре онкологической заболеваемости
- России в структуре злокачественных новообразований ПКР составляет 4,0 %
- 25 % в структуре онкологической заболеваемости
- 15 % в структуре онкологической заболеваемости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет при обследовании в поликлинике по месту жительства, при комплексном ультразвуковом исследовании, заподозрено объемное образование располагающееся в верхнем сегменте левой почки, округлой формы размером 4 см в диаметре, направлена в урологическую клинику для определения дальнейшей тактики лечения.

Жалобы

Активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Образование выявлено при плановом УЗИ в рамках диспансеризации.

Анамнез жизни

Хронический тонзиллит Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает Замужем, двое детей

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 157 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 8 % в структуре онкологической заболеваемости
- России в структуре злокачественных новообразований ПКР составляет 4,0 %
- 25 % в структуре онкологической заболеваемости
- 15 % в структуре онкологической заболеваемости

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторных методом обследования является

- 8 % в структуре онкологической заболеваемости
- России в структуре злокачественных новообразований ПКР составляет 4,0 %
- 25 % в структуре онкологической заболеваемости
- 15 % в структуре онкологической заболеваемости

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- 8 % в структуре онкологической заболеваемости
- России в структуре злокачественных новообразований ПКР составляет 4,0 %
- 25 % в структуре онкологической заболеваемости
- 15 % в структуре онкологической заболеваемости

Диагноз

Пациентке показано лечение в объеме

- лапароскопической резекции левой почки с опухолью
- лучевой терапии
- криоабляции
- нефрэктомии

Показанием к использованию интраоперационного УЗИ при лечении рака почки являются

- планируемая адъювантная химиотерапия
- сложности в выявлении интрапаренхиматозных опухолей во время резекции почки
- когда размер опухоли менее 7 см
- планируемая лучевая терапия

К факторам прогноза заболевания при местно-распространенном, неоперабельном и метастатическом ПКР можно отнести

- низкий уровень медицинской помощи
- низкий соматический статус (<80 баллов по шкале Карновского); время от диагноза до лечения метастатической болезни <1 года
- наличие выраженной деменции
- наличие опухолевого ромба в нижней полой вене

Наблюдение после хирургического лечения ПКР I стадии заключается в

- выполнении КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием
- назначении пантовых ванн
- применении барокамеры
- нахождении в санатории общего профиля

Лучевая терапия рака паренхимы почки

- может ограничено применятся при местнораспространенном раке
- применяется при костных метастазах рака почки
- показана всем пациентам с мультифокальной формой рака паренхимы почки
- возможна через 3 месяца после хирургического лечения

Методами терапии рака почки, альтернативными хирургическому лечению и выжидательной тактике, при опухолях до 4 см у пациентов старше 75 лет, являются

- криоабляция и радиочастотная абляция

- химиотерапия препаратами платины
- лучевая терапия
- HIFU - терапия

Правильным алгоритмом наблюдения за больными после лечения ПКР I стадии является

- КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием 3, 6 и 12 месяцев после РП или РН, далее ежегодно
- КТ контроль через 6, 12 месяцев далее ежегодно в течение 5 лет, далее каждые 2 года
- КТ контроль через 12 месяцев далее каждые 2 года в течение 5 лет, после 5 лет наблюдение прекращается
- КТ контроль через 6, 12 месяцев далее ежегодно в течение 5 лет

Среди всех случаев онкологических заболеваний опухоль паренхимы почки встречается в + + % в структуре онкологической заболеваемости

- 12
- 8
- 25
- 4

Тактика динамического (активного) наблюдения ПКР стадии cT1aN0M0 может быть применена у следующей группы пациентов

- 12
- 8
- 25
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет при обследовании в поликлинике по месту жительства, при комплексном ультразвуковом исследовании, выявлено объемное образование располагающееся в воротах левой почки, округлой формы размером 10x12 см, направлен в урологическую клинику для определения дальнейшей тактики лечения.

Жалобы

На окрашивание мочи кровью, боль в поясничной области слева

Анамнез заболевания

Впервые в жизни отметил примесь крови в моче с червеобразными сгустками 15 дней назад, боль в течение последних 4-х месяцев.

Анамнез жизни

Язвенная болезнь 12-перстной кишки Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает Женат, двое детей

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 160 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный справа, слева слабopоложительный, пальпируется бугристое образование в поясничной области слева, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально с незначительной примесью крови, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 12
- 8
- 25
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 12
- 8
- 25
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- 12

- 8
- 25
- 4

Диагноз

Пациенту показано лечение в объеме

- таргетной терапии
- иммунотерапии
- нефрадреналэктомии, тромбэктомии
- нефрэктомии, тромбэктомии. Парааортальной лимфаденэктомии

Показания для проведения стереотаксической лучевой терапии

- наличие метастазов в лимфоузлы
- местнораспространенный рак почки
- ожидаемая продолжительность менее 10 лет
- метастатическое поражение головного мозга при раке почки

Препараты первой линии лекарственной терапии рака почки являются

- интерлейкин-2 (ИЛ-2)
- сунитиниб
- пембролизумаб с акситинибом
- интерфероном-альфа или использования комбинации бевацизумаба{*}{*}+ ИНФ-α

Наблюдение после хирургического лечения ПКР I стадии заключается в

- выполнении УЗИ органов мочевой системы 3 раза в год
- выполнении ПЭТ-КТ через 6 месяцев после операции
- нахождении в санатории общего профиля
- выполнении КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием

Лучевая терапия рака паренхимы почки

- применяется при костных метастазах рака почки
- показана всем пациентам с мультифокальной формой рака паренхимы почки
- может ограничено применяться при локализованных опухолях
- возможна через 3 месяца после хирургического лечения

Неoadъювантная системная терапия рака почки

- не рекомендуется к применению в рутинной клинической практике
- показана при единичном метастазе в лимфоузел
- улучшает канцероспецифическую выживаемость
- целесообразна у пациентов старческого возраста

Наблюдения за больными после аблативного лечения ПКР включает в себя

- КТ контроль через 12 месяцев далее далее каждые 2 года в течение 5 лет, после 5 лет наблюдение прекращается
- КТ или МРТ контроль через 6, 12 месяцев, далее ежегодно
- КТ контроль через 6 месяцев, через 2, 4 года, через 5 лет и далее каждые 2 года
- КТ контроль через 6, 12 месяцев далее ежегодно в течение 5 лет

Среди всех случаев онкологических заболеваний опухоль паренхимы почки встречается в + + % в структуре онкологической заболеваемости

- 25
- 9
- 8
- 4

Методы диагностики метастатического рака почки включают в себя

- 25
- 9
- 8
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на боль в поясничной области слева, периодически возникающую примесь крови в моче с червеобразными сгустками в течение последних 3-х месяцев. При комплексном ультразвуковом исследовании, выявлено объемное образование, располагающееся в среднем и верхнем сегменте левой почки, размером 15x13 см, направлен в урологическую клинику для определения дальнейшей тактики лечения.

Жалобы

На боль в поясничной области слева, периодически возникающую примесь крови в моче с червеобразными сгустками.

Анамнез заболевания

Боль в поясничной области слева, периодически возникающую примесь крови в моче с червеобразными сгустками в течение последних 3-х месяцев

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь II ст. 3 ст. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный справа, слева слабopоложительный, пальпируется бугристые образований в поясничной области слева, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуальнo с незначительной примесью крови, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 25
- 9
- 8
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 25
- 9
- 8
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- 25
- 9
- 8
- 4

Диагноз

Пациенту показано лечение в объеме

- нефрэктомия; парааортальная лимфаденэктомия; таргетная терапия; краевая резекция правого легкого (метастазэктомия)
- иммунотерапия
- нефрадреналэктомия
- нефрэктомия; таргетная терапия

Показанием для проведения стереотаксической лучевой терапии

- ожидаемая продолжительность менее 15 лет
- наличие метастазов в лимфоузлы
- местнораспространенный рак почки с лимфаденопатией
- метастатическое поражение головного мозга при раке почки

Препаратами первой линии лекарственной терапии рака почки являются

- сунитиниб
- пембролизумаб с акситинибом
- интерфероном-альфа или использование комбинации бевацизумаба{asterisk}{asterisk}+ ИНФ-α
- интерлейкин-2 (ИЛ-2)

Наблюдение после хирургического лечения ПКР I стадии заключается в

- нахождении в санатории общего профиля
- выполнении КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием
- применении барокамеры
- назначении пантовых ванн

Лучевая терапия рака паренхимы почки

- возможна через 3 месяца после хирургического лечения
- показана всем пациентам с мультифокальной формой рака паренхимы почки
- применяется при костных метастазах рака почки

- может ограничено применяться при локализованных опухолях при невозможности радикального лечения в связи с тяжелой сопутствующей патологией

Неoadъювантная системная терапия рака почки

- улучшает канцероспецифическую выживаемость
- не рекомендуется к применению в рутинной клинической практике
- показана при единичном метастазе в лимфоузел
- целесообразна у пациентов старческого возраста

Алгоритм наблюдения за больными после лечения ПКР высокого риска включает в себя

- КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием каждые 3 мес в течение 1 года, каждые 6 мес в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее – ежегодно
- КТ контроль через 12 месяцев далее каждые 2 года в течение 5 лет, после 5 лет наблюдение прекращается
- КТ контроль через 6 месяцев, через 2, 4 года, через 5 лет и далее каждые 2 года
- КТ контроль через 6, 12 месяцев далее ежегодно в течение 5 лет

Среди всех случаев онкологических заболеваний опухоль паренхимы почки встречается в + + % в структуре онкологической заболеваемости

- 25
- 18
- 4
- 1

Методы диагностики метастатического рака почки

- 25
- 18
- 4
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 79 лет обратился в поликлинику с жалобами на боль в поясничной области слева, в течение последнего года. При комплексном ультразвуковом

исследовании, выявлено объемное образование, располагающееся в среднем и верхнем и нижнем сегменте левой почки, размером 19x15 см, направлен в урологическую клинику для определения дальнейшей тактики лечения.

Жалобы

На боль в поясничной области слева, на нестерпимую боль в грудном отделе позвоночника, периодическое повышение температуры тела до 37.5°C., интенсивную примесь крови в моче.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы в течение последнего года

Анамнез жизни

Хронические заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь II ст. 3 ст.. Перенес ОНМК в 2011г. Острый инфаркт миокарда в 2017г. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 81 кг, рост 184 см. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные. Дыхание самостоятельное, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 170/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный справа, слева положительный, пальпируется бугристые образования в поясничной области слева, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуальна с интенсивной примесью крови, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 25
- 18
- 4
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 25
- 18

- 4
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- 25
- 18
- 4
- 1

Диагноз

Пациенту показано лечение в объеме

- циторедуктивной нефрэктомии, хирургического удаления метастаза рака почки в T10, проведения лекарственной химиотерапии
- нефрадреналэктомия, иммунотерапия
- иммунотерапия
- нефрэктомия, таргетная терапия; лучевая терапия (на T-12)

Показанием к хирургическому лечению осложнённой кисты почки является

- ожидаемая продолжительность менее 5 лет
- стадия по Босниаку III
- стадия по Босниаку II_f
- стадия по Босниаку I

Препаратами первой линии лекарственной терапии рака почки являются

- интерлейкин-2 (ИЛ-2)
- интерфероном-альфа или использования комбинации бевацизумаба+ ИНФ-α
- пембролизумаб с акситинибом
- сунитиниб

Наблюдение после хирургического лечения ПКР I стадии заключается в

- назначении пантовых ванн
- выполнении КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием
- применении барокамеры
- нахождении в санатории общего профиля

Лучевая терапия рака паренхимы почки

- показана всем пациентам с мультифокальной формой рака паренхимы почки
- применяется при костных метастазах рака почки
- возможна через 3 месяца после хирургического лечения
- может ограничено применяться при локализованных опухолях при невозможности радикального лечения в связи с тяжелой сопутствующей патологией

Неoadъювантная системная терапия рака почки

- целесообразна у пациентов старческого возраста
- не рекомендуется к применению в рутинной клинической практике
- улучшает канцероспецифическую выживаемость
- показана при единичном метастазе в лимфоузел

Наблюдение за больными после лечения ПКР высокого риска включает в себя

- КТ контроль через 12 месяцев далее каждые 2 года в течение 5 лет, после 5 лет наблюдение прекращается
- КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием каждые 3 мес в течение 1 года, каждые 6 мес в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее – ежегодно
- КТ контроль через 6 месяцев, через 2, 4 года, через 5 лет и далее каждые 2 года
- КТ контроль через 6, 12 месяцев далее ежегодно в течение 5 лет

Среди всех случаев онкологических заболеваний опухоль паренхимы почки встречается в + + % в структуре онкологической заболеваемости

- 4
- 25
- 18
- 1

Методами диагностики метастатического рака почки являются

- 4
- 25
- 18
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет находился в домашних условиях когда заметил, что моча приобрела красный цвет на протяжении всего акта мочеиспускания. Больной вызвал бригаду скорой и неотложной помощи

Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания с примесью бесформенных сгустков. Симптомов нарушения мочеиспускания нет.

Анамнез заболевания

Моча, окрашенная в красный цвет появилась внезапно, при втором мочеиспускании заметил примесь бесформенных сгустков. Боль где-либо или нарушение мочеиспускания не отмечает. Наблюдается в поликлинике по месту жительства у кардиолога в связи с повышенным артериальным давлением, принимает В-блокаторы по 5 мг в сутки, кардиомагнил 50 мг в сутки. Принимает метформин в связи с наличием сахарного диабета 2 типа. Наличие урологических или нефрологических заболеваний ранее не отмечал. Регулярно проходит обследование.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками. Профессиональные вредности отрицает. Не курит в настоящее время (последние 2 года) Курил ранее до 58 лет. На протяжении 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Ранее перенес гепатит В и имеет положительный HBS-АГ

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено, головка без патологических образований и видимых изменений кожного покрова, крайняя плоть обрезана. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью

простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Моча визуально красного цвета с примесью сгустков бесформенных.

На основании жалоб и осмотра у данного пациента отмечается

- бессимптомная макроскопическая гематурия
- бессимптомная тотальная микрогематурия
- инициальная макрогематурия
- симптоматическая тотальная гематурия

Действия врача скорой и неотложной помощи при данном состоянии пациента заключаются в

- вызове участкового уролога для оказания плановой мед помощи
- проведении симптоматического лечения и вызове на дом нефролога
- экстренной госпитализации в урологическое отделение стационара
- проведении экстренного симптоматического лечения и вызове участкового уролога

Врач скорой и неотложной помощи у данного пациента проводит лабораторные экспресс анализы

- мочи с помощью тест-полоски
- глюкозы крови
- наличие антител в ВИЧ инфекции
- крови на определение гемоглобина

Из лабораторных методов обследования данному больному в стационаре в первую очередь показано выполнить

- мочи с помощью тест-полоски
- глюкозы крови
- наличие антител в ВИЧ инфекции
- крови на определение гемоглобина

Результаты лабораторных методов обследования

По данным проведенного обследования наиболее вероятным источником гематурии являются

- мочевого пузыря в области треугольника Льео и чашечно-лоханочная система
- верхние мочевые пути и мочевого пузыря
- уретра и мочеточник
- чашечно-лоханочная система и уретра

Из инструментальных методов исследования при бессимптомной макроскопической гематурии необходимо проведение

- мочевой пузырь в области треугольника Льево и чашечно-лоханочная система
- верхние мочевые пути и мочевой пузырь
- уретра и мочеточник
- чашечно-лоханочная система и уретра

Результаты инструментального метода исследования

Скрининг методом при макроскопической гематурии из лучевых методов диагностики является

- мочевой пузырь в области треугольника Льево и чашечно-лоханочная система
- верхние мочевые пути и мочевой пузырь
- уретра и мочеточник
- чашечно-лоханочная система и уретра

Результаты обследования

Для установки причины кровотечения по верхним мочевым путям слева рекомендовано выполнить

- мочевой пузырь в области треугольника Льево и чашечно-лоханочная система
- верхние мочевые пути и мочевой пузырь
- уретра и мочеточник
- чашечно-лоханочная система и уретра

Результаты обследования

Данному пациенту можно поставить диагноз

- мочевой пузырь в области треугольника Льево и чашечно-лоханочная система
- верхние мочевые пути и мочевой пузырь
- уретра и мочеточник
- чашечно-лоханочная система и уретра

Диагноз

Данному пациенту необходимо провести

- селективную эмболизацию почечной артерии слева
- хирургическое лечение по поводу основного заболевания
- литолитическую терапию
- терапию туберкулеза

До выполнения основного лечения заболевания, вызвавшего гематурию, больному показано проведение

- антибактериальной терапии
- селективной эмболизации почечной артерии слева
- химиотерапии
- гемостатической терапии

Дальнейшее ведение пациента определяется в соответствии стандартов лечения

- антибактериальной терапии
- селективной эмболизации почечной артерии слева
- химиотерапии
- гемостатической терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился к урологу в связи с тем, что в течение последних двух недель отмечает несколько затруднённое и учащённое мочеиспускание.

Жалобы

Жалобы на безболезненное, учащённое (малыми порциями) мочеиспускание, а также чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

Анамнез заболевания

К урологу ранее не обращался. Считает себя больным в течение двух недель, когда появились вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

Ребёнок от первой беременности, родился в срок (40 недель). Роды проходили без осложнений. Масса при рождении 3340 г. Рос и развивался на уровне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Другие детские заболевания указать не может. Утверждает, что у деда по линии отца было обнаружено злокачественное новообразование предстательной железы. Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Ведёт активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 185 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74/мин, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, учащено, затруднено. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата незначительно увеличена в размерах, преимущественно из-за правой доли, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты, однако при пальпации отмечается уплотнение периферической зоны, ближе к основанию правой доли простаты, размерами до 6-8 мм. Семенные пузырьки не пальпируются.

Необходимым для дифференциальной диагностики заболеваний простаты лабораторным методом исследования является

- антибактериальной терапии
- селективной эмболизации почечной артерии слева
- химиотерапии
- гемостатической терапии

Результаты лабораторного метода исследования

Какой из дополнительных методов диагностики является скрининговым при заболеваниях предстательной железы

- антибактериальной терапии
- селективной эмболизации почечной артерии слева
- химиотерапии
- гемостатической терапии

Результаты обследования

На основании результатов первичного обследования больному можно поставить предварительный диагноз

- антибактериальной терапии
- селективной эмболизации почечной артерии слева
- химиотерапии
- гемостатической терапии

Диагноз

Для уточнения диагноза необходимо выполнение

- антибактериальной терапии
- селективной эмболизации почечной артерии слева
- химиотерапии
- гемостатической терапии

Результаты обследования

Пациенту показано

- назначение терапии альфа-адреноблокаторами
- назначение гормональной терапии
- выполнение радикальной простатэктомии
- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером

Одним из современных видов радикальной простатэктомии, позволяющий снизить время госпитализации и интраоперационную кровопотерю, а также обеспечить более раннее восстановление континенции, является

- промежностная
- робот- ассистированная лапароскопическая
- трансперинеальная
- трансуретральная

Методом лечения рака предстательной железы, при помощи введения радиоактивных источников непосредственно в ткань предстательной железы, является

- брахиокоагуляция
- брахидеструкция
- брахитерапия
- криоабляция

Выполнение тазовой лимфаденэктомии пациентам раком простаты целесообразно в случае с риска поражения тазовых лимфоузлов > %

- 3
- 5
- 2
- 1

После радикальной простатэктомии с безрецидивным течением, уровень ПСА должен быть не более + _____ + нг/мл

- 0,2
- 0,8
- 2,0
- 1,2

Рекомендуется выполнять нервосберегающую радикальную простатэктомию
с

- олигометастатическим раком предстательной железы
- тазово-распространенным раком предстательной железы
- метастатическим раком предстательной железы
- локализованным раком предстательной железы

После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА рекомендуется каждые

- 10 лет
- 20 лет
- 6 месяцев на протяжении 5 лет
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно

Показанием к проведению низкоэнергетической брахитерапии при РПЖ является

- 10 лет
- 20 лет
- 6 месяцев на протяжении 5 лет
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к урологу для дальнейшего наблюдения и лечения по поводу рака мочевого пузыря.

Жалобы

На момент осмотра жалоб нет.

Анамнез заболевания

Около 6 месяцев назад во время обследования по поводу сопутствующего гинекологического заболевания (миома матки) при ультразвуковом исследовании обнаружено объёмное образование мочевого пузыря до 1 см в диаметре. При магнитно-резонансной томографии подтверждено наличие опухоли мочевого пузыря; регионарные лимфатические узлы не увеличены. В условиях урологического отделения выполнена трансуретральная резекция опухоли с однократной инстилляцией митомицина С в день резекции. При гистологическом исследовании верифицирован уротелиальный рак G1 с инвазией в подслизистый слой. По семейным обстоятельствам пациентка не обращалась в онкологический диспансер по месту жительства, вопреки полученным рекомендациям. После переезда в другой регион пациентка обратилась к урологу-онкологу для получения рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению.

Анамнез жизни

В росте и развитии от сверстников не отставала. С 18 до 35 лет курила по 1 пачке в день, в настоящее время курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь не употребляет. Работает в салоне красоты. Аллергологический анамнез не отягощён. Замужем. Есть один ребёнок. Наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки небольших размеров.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес – 55 кг, рост – 161 см. Температура тела – 36.7°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, пульс ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Глубокая пальпация в проекции почек безболезненная. Мочевой пузырь над лобком не пальпируется.

Ознакомившись с информацией в интернете, пациентка интересуется о возможности применения мочевых молекулярных маркеров для выявления рецидивов опухоли. Врач ответил, что в рутинной практике

- 10 лет
- 20 лет

- 6 месяцев на протяжении 5 лет
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно

Результаты обследования

Врач рекомендовал наиболее информативные методы диагностики рецидива опухоли мочевого пузыря, к которым относят

- 10 лет
- 20 лет
- 6 месяцев на протяжении 5 лет
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно

Результаты обследований

Диагноз у этой пациентки должен быть сформулирован как

- 10 лет
- 20 лет
- 6 месяцев на протяжении 5 лет
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно

Диагноз

Опухоль мочевого пузыря у этой пациентки следует отнести к группе

+ _____ + риска

- очень высокого
- промежуточного
- высокого
- низкого

Цитологическое исследование мочи и цистоскопию, учитывая онкологический риск, следует выполнять в дальнейшем

- только при появлении подозрительной симптоматики (гематурия)
- через 2 года
- через 9 месяцев
- каждый месяц на протяжении ближайших 3 лет

К оптимальным лучевым методам обследования верхних мочевыводящих путей с целью выявления опухолей уротелия относят

- нативную компьютерную томографию почек и мочевыводящих путей
- магнитно-резонансную томографию почек
- компьютерную томографию с внутривенным контрастированием
- ультразвуковое исследование мочевых путей

Обследование верхних мочевыводящих путей следует проводить

- при появлении подозрительной симптоматики (гематурия, боль в поясничной области)
- каждые 18 месяцев
- не следует проводить
- при гистологическом подтверждении рецидива уротелиального рака в области устьев мочеточников

Дополнительное лечение данной пациентке показано

- при появлении болевой симптоматики и снижении качества жизни
- в плановом порядке при получении отрицательного результата после выполнения контрольной цистоскопии
- при появлении признаков рецидива опухоли по данным методов визуализации
- только в случае гистологической верификации рецидива уротелиального рака

Адьювантная терапия должна проводиться в объёме

- внутрипузырной БЦЖ-терапии
- дистанционной лучевой терапии
- дистанционной лучевой терапии с химиотерапией цисплатином
- внутривенной химиотерапии цисплатином

КТ брюшной и грудной полостей в первый год наблюдения при раке мочевого пузыря необходимо выполнять + + раз(а)

- 2
- 1
- 3
- 4

Специфическая диетотерапия при раке мочевого пузыря

- крайне необходима

- проводится постоянно
- проводится через месяц
- не назначается

При развитии рецидива опухоли мочевого пузыря в течение первых 6 месяцев БЦЖ-иммунотерапии рекомендована

- крайне необходима
- проводится постоянно
- проводится через месяц
- не назначается

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет госпитализирован в урологическое отделение с жалобами на примесь крови в моче с бесформенными сгустками.

Жалобы

На момент осмотра – учащенные позывы на мочеиспускание, моча с примесью крови.

Анамнез заболевания

На протяжении суток отмечал примесь крови в моче с бесформенными сгустками. Обратился за медицинской помощью, ночью доставлен в городскую больницу. В условиях приёмного отделения выполнено ультразвуковое исследование, при котором обнаружена опухоль дна мочевого пузыря, распространяющаяся за его пределы. Пациент осмотрен дежурным урологом и госпитализирован в связи с продолжающейся гематурией. К утру на фоне гемостатической терапии гематурия прекратилась.

Анамнез жизни

В росте и развитии от сверстников не отставал. Курит с 16 лет, употребляет алкоголь. Не работает. Аллергологический анамнез не отягощён. Не женат (разведён). Есть один ребёнок. В 1975 году перенёс аппендэктомию.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес – 70 кг, рост – 181 см. Температура тела – 36.6°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, пульс ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Симптом сотрясения поясницы отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Глубокая пальпация в проекции почек безболезненная. Мочевой пузырь над лобком не пальпируется. Наружные

половые органы не изменены. При пальцевом ректальном исследовании простата умеренно увеличена, эластичной консистенции, безболезненна.

Наиболее вероятным заболеванием мочевых путей, проявляющимся тотальной безболевым макрогематурией с ирритативной симптоматикой, является

- киста почки
- гидронефроз
- опухоль мочевого пузыря
- камень мочеточника

В качестве первичной диагностики пациентам с макроскопической гематурией рекомендовано выполнить

- киста почки
- гидронефроз
- опухоль мочевого пузыря
- камень мочеточника

Результаты обследования

Для оценки состояния лимфатических узлов, печени, грудной клетки при опухоли мочевого пузыря необходимо выполнить

- киста почки
- гидронефроз
- опухоль мочевого пузыря
- камень мочеточника

Результаты обследования

Для диагностики основного заболевания следует выполнить

- магнитно-резонансную томографию органов малого таза
- компьютерную томографию органов грудной клетки
- остеосцинтиграфию
- цистоскопию с последующей ТУР-биопсией опухоли

У этого пациента резектоскоп в мочевой пузырь нужно вводить

- через надлобковый свищ
- после первичной холодной уретротомии
- с обтуратором
- под визуальным контролем уретры

Для окончательной верификации диагноза опухоли мочевого пузыря необходимо

- гистологическое исследование образцов, полученных при цистоскопии с трансуретральной резекцией
- гистологическое исследование резецированной стенки мочевого пузыря и лимфатических узлов
- цитологическое исследование мочи
- магнитно-резонансная томография по протоколу BI-RADS

Для клинического стадирования опухоли мочевого пузыря может быть назначена

- эхография с контрастированием
- пневмоцистография
- хромоцистоскопия
- магнитно-резонансная томография малого таза с контрастированием

При гистологическом подтверждении уротелиального рака мочевого пузыря в том случае, если компьютерная томография органов грудной клетки подтверждает метастатический характер очагов в лёгких, показана

- внутривезикулярная химиотерапия
- циторедуктивная цистпростатвезикулэктомия с деривацией мочи
- БЦЖ-терапия
- системная химиотерапия

Для системной химиотерапии предпочтительны препараты

- гемцитабин и карбоплатин
- доксорубицин и цисплатин
- блеомицин, этопозид и цисплатин
- гемцитабин и цисплатин

Всем пациентам после первичной цистоскопии и ТУР-биопсии показано проведение

- паллиативной терапии
- антибактериальной терапии
- внутривезикулярной инстилляции митомицина
- БЦЖ - терапии

Инстилляция митомицина выполняется в течение первых + _____ + после ТУР

- 2 часов
- 6 часов
- 24 часов
- 2 дней

При остеосцинтиграфии подтверждено патологическое накопление радиофармпрепарата в позвоночнике. Дополнительное обследование подтвердило метастатический характер очагов, появившихся на фоне терапии препаратами платины. Для химиотерапии второй линии следует рассмотреть препарат

- 2 часов
- 6 часов
- 24 часов
- 2 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области с обеих сторон, больше слева, утомляемость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Периодически возникающая тупая боль в поясничной области стала беспокоить в течении последних 5-ти лет. Боль практически всегда присутствует, периодически меняется интенсивность. Не связана с положением тела. Месяц назад стала отмечать появление повышенной утомляемости и периодические ознобы.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Беременностей 2, родов 1, абортов 1. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Гинекологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 168 см. Температура тела 36,9⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88/мин, АД 128/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не

пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 2 часов
- 6 часов
- 24 часов
- 2 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 2 часов
- 6 часов
- 24 часов
- 2 дней

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- 2 часов
- 6 часов
- 24 часов
- 2 дней

Диагноз

На первом этапе пациентке показана

- дистанционная ударно-волновая литотрипсия
- эмпирическая антибактериальная терапия.
- литолитическая и спазмоанальгетическая терапия
- литокинетическая терапия

Клиническим признаком начальной стадии ХПН по мере прогрессирования заболевания является

- артериальная гипертензия
- артрит
- нейропатия
- сахарный диабет

Для дифференциальной диагностики с другими диффузными поражениями почечной ткани, особенно при решении вопроса о необходимости проведения иммуносупрессивной терапии, необходимо проведение

- фармакоультразвукового исследования почек и мочевых путей
- биопсии почки
- эходоплерографии сосудов почки
- проба Зимницкого

Состоянием в урологической практике, которое часто сочетается с хроническим пиелонефритом, является

- нарушение пассажа мочи по верхним мочевым путям
- кисты почек
- системная красная волчанка
- болезнь Дауна

Неспецифическим лабораторным признаком хронического пиелонефрита может быть

- гипохромная анемия
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- цитратурия
- повышения уровня паратгормона

Причиной хронического пиелонефрита особенно в детском возрасте является

- пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- поликистоз
- полное удвоение верхних мочевых путей
- подковообразная почка

Зачастую, хронический пиелонефрит приводит к ХПН через

- 5 лет
- 10-15 лет
- 2-3 месяца
- 1 год

Период прохождения диспансерного обследования для пациентов с хроническим пиелонефритом составляет каждые/каждый

- 3 года
- 6 месяцев
- 1 месяц
- 5 лет

Снижение относительной плотности мочи и увеличение ночного диуреза в пробе Зимницкого свидетельствует о

- 3 года
- 6 месяцев
- 1 месяц
- 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 года обратился в поликлинику по месту жительства с целью диспансеризации. Пришел на прием к урологу.

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

5 лет назад сдавал в плановом порядке ПСА, который составлял 2,9 нг\мл. Далее к врачам не обращался. По настоянию дочери пришел на диспансерное обследование.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Курит – по 1 пачке в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 2 детей, 3 внуков. Пенсионер, не работает. Страдает гипертонической болезнью. 3 года назад перенес инфаркт миокарда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 96 кг, рост 175 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. В левой доле простаты пальпируется плотный участок до 1 см. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза при диспансеризации лабораторным методам обследования относят

- 3 года
- 6 месяцев
- 1 месяц
- 5 лет

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- 3 года
- 6 месяцев
- 1 месяц
- 5 лет

Результаты обследования

На основании результатов обследования больному можно выставить диагноз

- 3 года
- 6 месяцев
- 1 месяц
- 5 лет

Диагноз

Необходимым инструментальным методом для уточнения стадии заболевания является

- 3 года

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 5 лет

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту показано проведение

- радикальной простатэктомии
- активного наблюдения
- местного радикального лечения
- роботической простатэктомии с лимфаденэктомией

Данному пациенту наиболее целесообразно проведение

- радикальной простатэктомии с применением нервосберегающей техники
- лучевой терапии
- промежностной простатэктомии
- внебрюшинной лапароскопической нервосберегающей простатэктомии

Наиболее распространенным способом местного радикального лечения является

- необратимая электропорация
- криоабляция
- высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU)
- дистанционная лучевая терапия

Наиболее частым осложнением при дистанционной лучевой терапии является

- диарея
- ректальное кровотечение
- стриктура уретры
- эректильная дисфункция

Биохимический рецидив заболевания после лучевой терапии характеризуется

- однократным повышением ПСА $>0,1$ нг/мл ч
- субфебрильной лихорадкой в течение двух недель
- тремя последовательными повышениями уровня ПСА после минимального значения
- двукратным повышением ПСА >4 нг/мл

Показанием к проведению брахитерапии по градации Глисона является сумма баллов

- < 7,8
- < 9,10
- +>+ 8,9
- < 6,7

К минимально инвазивным методам лечения РПЖ так же относят

- криоабляцию простаты
- дистанционную лучевую терапию
- комбинацию дистанционной лучевой терапии с внутриуретральной лучевой терапией
- брахитерапию

Профилактика рака простаты

- криоабляцию простаты
- дистанционную лучевую терапию
- комбинацию дистанционной лучевой терапии с внутриуретральной лучевой терапией
- брахитерапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился в поликлинику к урологу.

Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на ослабленное вялой струей мочеиспускание, ночную поллакиурию до 3 раз.

Анамнез заболевания

Пациент длительно наблюдает у уролога по месту жительства по поводу гиперплазии простаты. Принимает альфа-адреноблокаторы, с временным эффектом. Неоднократно, в течение последнего года отмечал задержки мочеиспускания. В течение последних несколько месяцев отмечает ухудшение качества мочеиспускания.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 2 детей, 1 внук. Пенсионер.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Простата плотно-эластической консистенции. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым для дифференциальной диагностики заболеваний предстательной железы лабораторным методам относят

- криоабляцию простаты
- дистанционную лучевую терапию
- комбинацию дистанционной лучевой терапии с внутриуретральной лучевой терапией
- брахитерапию

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- криоабляцию простаты
- дистанционную лучевую терапию
- комбинацию дистанционной лучевой терапии с внутриуретральной лучевой терапией
- брахитерапию

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- криоабляцию простаты
- дистанционную лучевую терапию
- комбинацию дистанционной лучевой терапии с внутриуретральной лучевой терапией
- брахитерапию

Диагноз

Инструментальным методом исследования, необходимым для уточнения диагноза у больных с сопутствующей неврологической симптоматикой, является

- криоабляцию простаты
- дистанционную лучевую терапию
- комбинацию дистанционной лучевой терапии с внутриуретральной лучевой терапией
- брахитерапию

Результаты инструментального метода обследования

Пациенту показано

- оперативное лечение
- консервативное лечение
- выполнение пункционной цистостомии
- гормональное лечение

К показаниям для оперативного лечения гиперплазии у данного пациента относят

- рецидивирующую задержку мочеиспускания в анамнезе
- увеличение простаты более 100 см.куб
- ночную поллакиурию
- выраженные ирритативные симптомы

Наиболее частым осложнением при назначении альфа-адреноблокаторов является

- нарушение эритропоеза
- гипотония
- инсульт
- острая задержка мочи

У данного больного наиболее оправданным методом оперативного лечения является

- установка уретрального стента
- трансуретральная энуклеация предстательной железы биполярной петлей - (TUEB)
- трансуретральная энуклеация гиперплазии простаты лазером (HoLEP, ThuLEP, TUEB, ThuFLEP)
- трансуретральная инцизия предстательной железы

Возможным осложнением после трансуретральной энуклеации гиперплазии простаты лазером является

- гипогонадизм
- ретроградная эякуляция
- повреждение мочевого пузыря
- эректильная дисфункция

Пациенту при стойкой ирритативной симптоматикой после выполнения эндоскопического удаления аденомы простаты необходимо выполнить

- УЗИ органов мошонки
- биопсию простаты
- уретроцистоскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием

Пациентам в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения ТУР простаты необходимо проводить терапию

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 α -редуктазы
- антибактериальную

Анализ крови на ПСА у пациента после выполнения ТУР простаты необходимо выполнять

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 α -редуктазы
- антибактериальную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области слева и в левом подреберье.

Анамнез заболевания

Периодически возникающая боль в поясничной области слева стала беспокоить в течении последнего года. Боль возникает чаще после физической нагрузки, пробежки. Несколько раз наблюдал изменение цвета мочи, которая, со слов больного становилась более темной, с примесью крови. Страдает подагрой и сахарным диабетом 2 типа в течение последних 5 лет

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветрянную оспу. Женат. 10 лет назад перенес сотрясение головного мозга и перелом левого ребра. Связывает боль с ранее перенесенным переломом ребра. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 100 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, за исключением фимоза.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 α -редуктазы
- антибактериальную

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым и наиболее информативным для постановки диагноза лучевым методом обследования является

- противорецидивную
- антикоагулянтную
- блокаторами 5 α -редуктазы
- антибактериальную

Результаты обследования

Пациентам рекомендовано болюсное контрастное усиление при выполнении КТ в случае

- умеренной боли в поясничной области справа
- сочетания камня мочеточника и камня в мочевом пузыре
- сочетания мкб и рака простаты
- с камнями ранее оперированной почки

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больному может быть установлен диагноз

- умеренной боли в поясничной области справа
- сочетания камня мочеточника и камня в мочевом пузыре
- сочетания мкб и рака простаты
- с камнями ранее оперированной почки

Диагноз

На основании данных обследования в лоханке левой почки возможно предположить + + камень

- уратный
- фосфатный
- оксалатно-кальциевый
- индиновировый

Пациенту показана

- литокинетическая терапия
- дистанционная ударно-волновая литотрипсия
- перкутанная нефролитотрипсия
- литолитическая терапия

Уровнем pH, необходимым для растворения камней, является

- 7,0-7,2
- 7,2-7,8
- 5,5-6,0
- 6,2-6,8

В случае наступления обструкции верхних мочевых путей камнем, больному показано

- назначить лекарственные травяные препараты
- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- установить катетера-стент слева
- назначить альфа-1адреноблокаторы и спазмолитики

Литолитическая терапия проводится препаратом

- с цитратом калия
- "Аллопуринол"
- "Цистон"
- "Канефрон"

С целью профилактики камнеобразования у данного пациента необходимо поддерживать рН мочи в диапазоне

- 5,8-6,2
- 6,4-6,8
- 7,0-7,2
- 7,0

Для профилактики камнеобразования необходимо поддерживать суточный диурез в объеме + _____ + литра

- 4,5
- 5,0
- 0,5
- 2,5

После удаления или растворения камня в мочевых путях, необходимо проводить лучевые методы обследования не реже + _____ + в год

- 4,5
- 5,0
- 0,5
- 2,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правой подреберье.

Анамнез заболевания

Периодически возникающая боль в поясничной области справа стала беспокоить в течении последних 6-ти месяцев. Боль возникает чаще после физической нагрузки, пробежки. Два раза наблюдала изменение цвета мочи, которая, со слов больной становилась более темной, цвета темного пива.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветрянку, оспу. Беременностей 5, родов 2, аборт 3. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Гинекологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 165 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 4,5
- 5,0
- 0,5
- 2,5

Результаты лабораторных методов обследования

Для обследования больного с болью в поясничной области в качестве скрининг-метода первой линии возможно применение

- 4,5
- 5,0
- 0,5
- 2,5

Результаты обследования

Основным методом диагностики у пациентов с клинической картиной мочекаменной болезни является

- 4,5
- 5,0
- 0,5
- 2,5

Результаты обследования

Наиболее обоснованный диагноз

- 4,5
- 5,0
- 0,5
- 2,5

Диагноз

На фоне расширения чашечно-лоханочной системы и воспалительных явлений на первом этапе пациентке показано назначить

- дистанционную ударно-волновую литотрипсию
- литолитическую терапию
- дренирование верхних мочевых путей катетером-стент
- литокинетическую терапию

К дополнительному лабораторному методу обследования после установки катетера-стент справа относится

- посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам
- исследование кристаллурии
- проба Зимницкого
- определение суточной экскреции фосфора

После дренирования верхних мочевых путей справа (установки катетера-стент) больной показана

- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером с массивной водной нагрузкой и назначением альфа-1 адреноблокаторов
- терапия альфа-1адреноблокаторами и спазмолитиками с дезинтоксикационными внутривенными препаратами
- эмпирическая антибактериальная терапия с последующей коррекцией после получения результатов посева мочи
- неотлогательная перкутанная нефролитотрипсия без последующего дренирования в сочетании с дезинтоксикационной терапией

После проведения антибактериальной терапии на фоне дренирования чашечно-лоханочной системы справа целесообразно проведение

- дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- литолитической терапии
- перкутанной нефролитотрипсии справа
- ретроградной гибкой пиелолитотрипсии

В ближайшем послеоперационном периоде (до 1 месяца) следует избегать

- увеличение диуреза
- применение альфаадреноблокаторов
- интенсивных физических нагрузок
- умеренных пеших прогулок

Рекомендуется поддерживать суточный диурез для профилактики камнеобразования в количестве + _____ + мл

- 1000
- 1700
- 1500
- 2500

Методом вторичной профилактики является

- употребление большого количества белка
- назначение статинов
- нормализация «образа жизни»
- употребление соли

Специфическая реабилитация после проведенного оперативного лечения

- употребление большого количества белка

- назначение статинов
- нормализация «образа жизни»
- употребление соли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 69 лет обратился в поликлинику к урологу

Жалобы

На нарушение функции полового члена, невозможность осуществить половой акт в связи со слабой эрекцией, снижение либидо.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Нарушение эректильной функции было постепенным. Сначала, пациент заметил ослабление эрекции, затем чувствительности, а затем и либидо. Чувствует себя неполноценным мужчиной. Утренние эрекции отсутствуют. Принимает постоянно В-блокаторы, антикоагулянты (варфарин) и нитропрепараты в связи с ИБС постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма сердца.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками. Профессиональные вредности отрицает. Не курит. (бросил 5 лет назад) Тогда же, 5 лет назад был острый инфаркт миокарда Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат, двое детей, 3 внуков. На протяжении 5 лет страдает ИБС, артериальной гипертензией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма СС.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 178 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических

образований не выявлено, головка открывается, без патологических образований и видимых изменений кожного покрова. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

На основании анамнеза и объективного статуса к факторам риска у данного больного в развитии эректильной дисфункции относят

- гормональные факторы
- возраст
- структурные факторы
- психогенные факторы

По причине возникновения у данного больного наиболее вероятна + эректильная дисфункция

- нейрогенная
- органическая
- дисциркуляторная
- психогенная

С целью объективизации жалоб и уточнения характера эректильной дисфункции используют шкалу

- QL
- IPSS
- МИЭФ
- LISS

Из лабораторных методов обследования данному больному показано определение

- QL
- IPSS
- МИЭФ
- LISS

Результаты лабораторных методов обследования

Васкулогенный фактор, не способствующий развитию эректильной функции у данного больного

- гиперлипидемия
- сахарный диабет
- возрастной гипогонадизм
- сердечно-сосудистые заболевания

Данного пациента необходимо проконсультировать

- андрологом
- сексологом
- нейрпатологом
- кардиологом

На первом этапе лечения эректильной дисфункции больному следует назначить

- хирургическое лечение
- психотерапию
- пероральные эректогенные препараты
- андрогензаместительную терапию

«Пристонский консенсус» заключается в выявлении групп риска

- нарушения кровообращения сосудов головного мозга при назначении лечения эректильной дисфункции
- сердечно-сосудистых осложнений при сексуальной активности
- заболеваний простаты при лечении гормональными препаратами
- рака простаты

После обследования кардиологом больной относится к группе среднего риска, ему рекомендовано

- сексуальная активность или возможность лечения сексуальных нарушений
- сексуальная активность 1 раз в 2 недели с терапевтической поддержкой
- отложить сексуальную активность или лечение сексуальной дисфункции до стабилизации состояния
- кардиоваскулярное обследование и рестрификация

Препаратами первой линии в лечении эректильной дисфункции являются

- препараты тестостерона
- блокаторы 5 альфа-редуктазы
- вазоактивные препараты в интракавернозных инъекциях
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа

Терапия второй линии заключается в применении

- интракавернозных вазоактивных препаратов
- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления

Противопоказанием приема препаратов первой линии терапии эректильной дисфункции является употребление параллельно

- интракавернозных вазоактивных препаратов
- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к урологу по месту жительства.

Жалобы

Активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, наблюдается у уролога последние 3 года. За последнее 2 года по поводу повышения уровня ПСА общ. до 7-8 нг/мл пациенту дважды выполнена трансректальная биопсия простаты. Данных за рак не получено. Проводился мониторинг ПСА.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Из перенесенных заболеваний отмечает: ОРВИ, грипп, детские инфекции. Туберкулез, сахарный диабет, язвенную болезнь отрицает. Хронические заболевания: ГБ 1 ст. Операции: в детстве: кроссэктомия. Травмы отрицает. Аллергический анамнез: не отягощен. Социально-бытовые условия хорошие. Работает, 2-е детей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 178 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, патологических очагов не пальпируется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Для постановки диагноза при диспансеризации лабораторным методом обследования является

- интракавернозных вазоактивных препаратов
- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- интракавернозных вазоактивных препаратов
- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления

Результаты инструментальных методов обследования

Окончательным и наиболее информативным методом в постановке диагноза является

- интракавернозных вазоактивных препаратов
- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления

Результаты обследования

Правильным диагнозом данного больного на основании результатов клинико-лабораторных, морфологических и инструментальных методов обследования является

- интракавернозных вазоактивных препаратов
- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления

Диагностика

Инструментальным методом, необходимым для уточнения стадии заболевания, является

- рентгенография костей
- остеосцинтиграфия
- МРТ головного мозга
- ультразвуковое исследование парааортальной зоны

Данному пациенту показано лечение в объеме

- гормональной терапии
- радикальной простатэктомии
- цистпростатэктомии
- брахитерапии

Простатэктомия наиболее целесообразна у данного пациента

- промежностная
- с применением нервосберегающей техники
- внебрюшинная лапароскопическая нервосберегающая
- без сохранения сосудисто-нервного пучка, с лимфаденэктомией

Осложнением простатэктомии, наиболее часто встречающимся в послеоперационном периоде, является

- стрессовое недержание мочи
- тромбоэмболия легочной артерии
- искривление полового члена
- стриктура анастомоза

Основным методом в оценке эффективности лечения является

- динамическое наблюдение ПСА
- КТ органов малого таза с контрастированием
- лабораторный метод, определение щелочной фосфатазы
- МРТ органов малого таза без контрастирования

Верхняя граница нормального значения ПСА при безрецидивном течении болезни в послеоперационном периоде составляет + _____ + нг/мл

- 0,1
- 0,5
- 1,0
- 0,2

После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА в течение 1 года рекомендуется каждые + _____ + месяца

- 3
- 5
- 6
- 2

Необходимо выполнять биопсию зоны пузырно-уретрального анастомоза после радикальной простатэктомии (РПЭ)

- 3
- 5
- 6
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился в поликлинику к урологу в связи с затрудненным мочеиспусканием

Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на ослабленное вялой струей мочеиспускание, ночную поллакиурию до 2 раз.

Анамнез заболевания

Пациент наблюдается у уролога по месту жительства по поводу гиперплазии простаты. 2 года назад перенес инсульт, в связи с чем отметил ухудшение мочеиспускания. Однако, затрудненным мочеиспусканием страдал и до инсульта. Лекарственные препараты не принимал. В течение последних нескольких месяцев отмечает ухудшение качества мочеиспускания.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские

инфекции, ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. 5 лет назад перенес геморрагический инсульт. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 2 детей, 1 внук. Пенсионер.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Лабораторным методом исследования, необходимым для дифференциальной диагностики заболеваний простаты, является

- 3
- 5
- 6
- 2

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 3
- 5
- 6
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом данного больного на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования является

- 3
- 5
- 6
- 2

Диагноз

Инструментальный метод исследования, необходимым для уточнения диагноза в данном клиническом случае, является

- 3
- 5
- 6
- 2

Результаты инструментального метода обследования

В данном клиническом случае пациенту необходимо лечение

- блокаторами 5-альфа-редуктазы
- α -адреноблокаторами
- холинолитиками
- в виде дренирования мочевого пузыря

Показанием к экстренной госпитализации может служить

- микрогематурия
- объем остаточной мочи более 100 см.куб.
- ноктурия до 8 раз
- острая задержка мочи

Наиболее частым осложнением при назначении альфа-адреноблокаторов является

- острая почечная недостаточность
- гипотония
- снижение эректильной функции
- нарушение эритропоэза

Наиболее часто встречающимся побочным эффектом ингибиторов 5 α -редуктазы является

- гипотония
- тошнота
- головная боль
- ухудшение сексуальной функции

Пациентам с выраженными расстройствами мочеиспускания фазы наполнения при отсутствии или минимальной выраженности расстройств фазы опорожнения назначаются

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ5)
- органотропные препараты на основе экстракта простаты
- антагонисты мускариновых рецепторов
- α -адреноблокаторы

Одним из наиболее частых осложнений ДГПЖ является

- рак предстательной железы
- острая почечная недостаточность
- острый простатит
- хронический пиелонефрит

Одним из показаний для назначения блокаторов 5-альфа редуктазы является

- микрогематурия
- объем предстательной железы более 40 см.куб
- преобладание ирритативных симптомов
- максимальная скорость мочеиспускания более 15 мл/с

Для наблюдения за динамикой симптоматики при гиперплазии простаты следует использовать шкалу

- микрогематурия
- объем предстательной железы более 40 см.куб
- преобладание ирритативных симптомов
- максимальная скорость мочеиспускания более 15 мл/с

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась к урологу по месту жительства в связи с примесью крови в моче

Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего мочеиспускания.

Анамнез заболевания

У уролога не наблюдается. Примесь крови в моче в течение недели. Накануне приема отметила появление бесформенных сгустков.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками. Детские инфекции без осложнений. Курит – 0,5-1,0 пачки в день в течение 40 лет, алкоголь не употребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Сибсов нет. Онкологический анамнез не отягощен. Менопауза – 5 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы развиты по женскому типу. Менопауза 5 лет. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер тоничен. На высоту указательного пальца без пальпируемой патологии. Кал на перчатке обычного цвета.

К основным методам лабораторной диагностики необходимым для постановки диагноза в данном случае относятся

- микрогематурия
- объем предстательной железы более 40 см.куб
- преобладание ирритативных симптомов
- максимальная скорость мочеиспускания более 15 мл/с

Результаты лабораторных методов обследования

Скрининг-методом при гематурии из лучевых методов диагностики является

- микрогематурия
- объем предстательной железы более 40 см.куб
- преобладание ирритативных симптомов
- максимальная скорость мочеиспускания более 15 мл/с

Результаты обследования

Одним из обязательных и основных методов диагностики у данной больной является

- микрогематурия
- объем предстательной железы более 40 см.куб
- преобладание ирритативных симптомов
- максимальная скорость мочеиспускания более 15 мл/с

Результаты обследования

Принимая во внимание данные исследования, методика выполнения ТУР мочевого пузыря с опухолью должна предусматривать забор тканей из стенки мочевого пузыря с опухолью, треугольника, а также из области

+ + мочевого пузыря

- правой, левой, передней и задней стенки
- левой стенки
- задней стенки
- дна, правой, левой, передней и задней стенки

Главным исследованием в диагностике стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- правой, левой, передней и задней стенки
- левой стенки
- задней стенки
- дна, правой, левой, передней и задней стенки

Результаты обследования

По классификации TNM, больной можно поставить диагноз

- правой, левой, передней и задней стенки
- левой стенки
- задней стенки
- дна, правой, левой, передней и задней стенки

Диагноз

Для уточнения состояния регионарных лимфоузлов (стадия N) и определения наличия метастазов (стадия M) по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря пациенту показано выполнение

- правой, левой, передней и задней стенки

- левой стенки
- задней стенки
- дна, правой, левой, передней и задней стенки

Результаты обследования

Стадией рака мочевого пузыря в соответствии с TNM классификацией по результатам окончательного обследования является

- правой, левой, передней и задней стенки
- левой стенки
- задней стенки
- дна, правой, левой, передней и задней стенки

Стадия рака мочевого пузыря

Данная пациентка относится к группе + _____ + риска

- высокого
- промежуточного
- низкого
- неопределяемого

После проведенной морфологической верификации данной пациентке показано лечение в объеме

- внутрипузырной химиотерапии
- срочной цистэктомии
- внутрипузырной иммунотерапии
- повторной трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции

Распространенным осложнением TUR стенки мочевого пузыря является

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- стриктура уретры

В дальнейшем данной пациентке, исходя из онкологического риска, необходимо проводить

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение

- стриктура уретры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился к урологу поликлиники по месту жительства, поскольку в последнее время обратил внимание на изменение цвета мочи.

Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания.

Анамнез заболевания

У уролога не наблюдается. Вышеуказанная жалоба беспокоит в течение 3 месяцев. Около недели назад наряду с окрашиванием мочи кровью отметил появление бесформенных сгустков.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, Детские инфекции без осложнений. Курит – 1-1,5 пачки в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Родной брат – здоровье соответствует возрастной норме. Онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается.

К основным методам лабораторной диагностики, необходимым для постановки диагноза в данном случае, относятся

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки

- кровотечение
- стриктура уретры

Результаты лабораторных методов обследования

При первичной диагностике для постановки диагноза необходимыми инструментальными и лучевыми методами обследования являются

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- стриктура уретры

Результаты инструментальных и лучевых методов обследования

По результатам клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- стриктура уретры

Диагноз

Главным исследованием в диагностике стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- стриктура уретры

Результаты обследования

Для уточнения состояния регионарных лимфоузлов (стадия N) и определения наличия метастазов (стадия M) по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря пациенту показано выполнение

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- стриктура уретры

Результаты обследования

Стадией рака мочевого пузыря в соответствии с TNM классификацией по результатам окончательного обследования у данного пациента является

- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- стриктура уретры

Стадия рака мочевого пузыря

После проведенной морфологической верификации данному пациенту показано проведение

- внутрипузырной химиотерапии
- повторной трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции
- повторной открытой резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции
- цистэктомии

Данный пациент относится к группе + _____ + риска

- низкого
- промежуточного
- высокого
- неопределяемого

Возможным осложнением TUR стенки мочевого пузыря является

- перфорация уретры
- повреждение прямой кишки
- кровотечение
- сморщивание мочевого пузыря

В дальнейшем данному пациенту, исходя из онкологического риска, необходимо проводить

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Контрольная цистоскопия после лечения должна быть проведена через

+ + месяца

- 1,5
- 4
- 3
- 2

С целью наблюдения за возможным рецидивом опухоли мочевого пузыря у данного пациента необходимо проводить

- 1,5
- 4
- 3
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет обратилась к урологу по месту жительства в связи с примесью крови в моче

Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего мочеиспускания.

Анамнез заболевания

У уролога не наблюдается. Примесь крови в моче в течение недели. Накануне приема отметила появление бесформенных сгустков.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками. Детские инфекции без осложнений. Курит – 2,0 пачки в день в течение 40 лет, алкоголь не употребляет. По профессии – маляр. Аллергологический анамнез не отягощен. Здоровье родной сестры соответствует возрастной норме Онкологический анамнез не отягощен. Менопауза – 7 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 166 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 135/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых

образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы развиты по женскому типу. Менопауза 7 лет. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер тоничен. На высоту указательного пальца без пальпируемой патологии. Кал на перчатке обычного цвета.

К основным методам лабораторной диагностики необходимым для постановки диагноза в данном случае относятся

- 1,5
- 4
- 3
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

При первичной диагностике для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- 1,5
- 4
- 3
- 2

Результаты инструментального метода обследования

**Принимая во внимание данные цитологического исследования, методика выполнения ТУР в данной ситуации должна предусматривать забор тканей из следующих областей: стенка мочевого пузыря с опухолью, треугольник и
+ _____ + мочевого пузыря**

- левая, передняя и задняя стенки
- дно, правая, левая, передняя и задняя стенки
- левая стенка
- правая, левая, передняя и задняя стенки

Главным исследованием в диагностике стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- левая, передняя и задняя стенки
- дно, правая, левая, передняя и задняя стенки
- левая стенка
- правая, левая, передняя и задняя стенки

Результаты обследования

При условии отсутствия в исследуемой ткани стенки мочевого пузыря с опухолью мышечного слоя необходимо выполнить повторную ТУР (ре-ТУР) через

- 2 месяца
- полгода
- 1 неделю после получения общего анализа мочи, подтверждающего отсутствие признаков воспаления
- 2-6 недель

По результатам клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования данной больной можно поставить диагноз

- 2 месяца
- полгода
- 1 неделю после получения общего анализа мочи, подтверждающего отсутствие признаков воспаления
- 2-6 недель

Диагноз

Скрининг-методом лучевой диагностики при гематурии является

- ультразвуковое исследование почек, верхних мочевых путей и мочевого пузыря
- цистография
- экскреторная урография
- позитронно-эмиссионная томография

Данная пациентка относится к группе + _____ + риска

- промежуточного
- высокого
- неопределяемого
- низкого

После проведенной морфологической верификации данной пациентке показано провести

- внутрипузырную химиотерапию
- повторную трансуретральную резекцию стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции

- внутривузырную иммунотерапию
- срочную цистэктомию

Распространенным осложнением ТУР стенки мочевого пузыря является

- кровотечение
- стриктура уретры
- сморщивание мочевого пузыря
- повреждение прямой кишки

В дальнейшем данной пациентке, исходя из онкологического риска, необходимо проводить

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

БЦЖ-терапия у данной пациентки должна быть выполнена по схеме

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к урологу поликлиники по месту жительства в связи несколькими эпизодами примеси крови в моче, боль над лоном.

Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания.

Анамнез заболевания

У уролога не наблюдается. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев. Около недели назад наряду с окрашиванием мочи кровью отметил появление бесформенных сгустков, боли над лоном.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, Детские инфекции без осложнений. Курит – 1-1,5 пачки в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергологический анамнез не

отягощен. Родной брат – здоровье соответствует возрастной норме.
Онкологический анамнез не отягощен. МИЭФ-5 – 10 баллов

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, несколько болезненное (пациент локализует боль над лоном), моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена в размерах увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается.

К основным методам лабораторной диагностики необходимым для постановки диагноза в данном случае относятся

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Результаты лабораторных методов обследования

При первичной диагностике для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Результаты инструментального метода обследования

По результатам клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Диагноз

Главным исследованием в диагностике стадии Т опухоли мочевого пузыря является

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Результаты обследования

Для уточнения состояния регионарных лимфоузлов (стадия N) и определения наличия метастазов (стадия M) по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря данному пациенту необходимо выполнить

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Результаты обследования

Стадией рака мочевого пузыря в соответствии с TNM классификацией по результатам окончательного обследования является

- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- МРТ органов малого таза с контрастированием
- цистоскопию

Стадия рака мочевого пузыря

Наиболее оптимальным вариантом лечения у данного пациента после проведенной морфологической верификации и отсутствия эффекта от внутрипузырной иммунотерапии является

- повторная ТУР стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции
- радикальная цистэктомия
- внутрипузырное введение химиопрепаратов (6 курсов)

- однократная внутривезикулярная инстилляция химиопрепарата с экспозицией 1-2 часа

Данный пациент относится к группе + _____ + риска

- промежуточного
- низкого
- высокого
- неопределяемого

Общая 5-летняя выживаемость после цистэктомии на данной стадии составляет + _____ + %

- 15-24
- 63-70
- 2-5
- 5-13

Наиболее оптимальным вариантом и объемом радикального оперативного лечения у данного пациента с учетом стадии по классификации TNM и онкологического риска является

- цистэктомия единым блоком с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь, а также паравезикулярной клетчаткой и регионарными лимфоузлами (обтураторные)
- цистпростатвезикулэктомия единым блоком с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь, а также паравезикулярной клетчаткой и регионарными лимфоузлами (обтураторные)
- цистэктомия единым блоком с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь, а также паравезикулярной клетчаткой и регионарными лимфоузлами (подвздошно-обтураторные)
- цистпростатвезикулэктомия единым блоком с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь, а также паравезикулярной клетчаткой и регионарными лимфоузлами (подвздошно-обтураторные)

Общее количество осложнений после цистэктомии составляет + _____ + %

- более 70
- 47-53
- 9,7-30,0
- 55-62

Наиболее распространенным осложнением после цистпростатвезикулэктомии является

- более 70
- 47-53
- 9,7–30,0
- 55-62

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился к урологу поликлиники по месту жительства с жалобами на периодически возникающую мочу красного цвета.

Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания с образованием бесформенных сгустков.

Анамнез заболевания

У уролога регулярно не наблюдается. Вышеописанная жалоба беспокоит в течение месяца. Несколько дней назад наряду с окрашиванием мочи кровью отметил появление бесформенных сгустков. Сдал анализ мочи в частной лаборатории – эритроциты вне поля зрения.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, Детские инфекции без осложнений. Курит – 2 пачки в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет, из профессиональных вредностей отмечает работу на нефтеперерабатывающем заводе в течение последних 10 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Здоровье родного брата соответствует возрастной норме. Онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 178 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Status localis: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции,

безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается.

По данным жалоб и анамнеза у данного больного возможно предположить

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря
- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

При гематурии необходимым скрининг-методом лучевой диагностики является

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря
- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

Результаты обследования

При первичной диагностике для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря
- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

Результаты инструментального метода обследования

По результатам клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря
- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

Диагноз

Главным исследованием в диагностике стадии T опухоли мочевого пузыря является

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря

- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

Результаты обследования

Для уточнения состояния регионарных лимфоузлов (стадия N) и определения наличия метастазов (стадия M) по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря пациенту показано выполнение

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря
- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

Результаты обследования

В соответствии с TNM классификацией по результатам окончательного обследования стадией рака мочевого пузыря является

- опухоль паренхимы почки
- рак мочевого пузыря
- опухоль уретры и полового члена
- гломерулонефрит

Стадия рака мочевого пузыря

Принимая во внимание данные морфологического заключения (переходно-клеточный), данному пациенту показано проведение

- повторной открытой резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции
- внутрипузырной химиотерапии
- ранней цистэктомии
- повторной трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции

Данный пациент относится к группе + _____ + риска

- промежуточного
- низкого
- неопределяемого
- высокого

Возможным осложнением ТУР стенки мочевого пузыря является

- кровотечение
- сморщивание мочевого пузыря
- перфорация уретры
- повреждение прямой кишки

В дальнейшем данному пациенту, исходя из онкологического риска, необходимо проводить

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- цистоскопию

Профилактики рака мочевого пузыря заключается в

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- цистоскопию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 59 лет регулярно наблюдается урологом по месту жительства в связи с нарушением опорожнения мочевого пузыря по поводу гиперплазии простаты. Обратился в связи с плановым обследованием и ухудшением мочеиспускания.

Жалобы

На ослабленное вялой струей мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Наблюдается у уролога по месту жительства последние 3 года в связи с гиперплазией простаты. Принимал альфа-адреноблокаторы, с временным эффектом. Последние несколько месяцев отметил ухудшение качества мочеиспускания. ПСА сыворотки крови год назад составляло 3,6 нг\мл. Рекомендовалось динамическое наблюдение ПСА.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Детские инфекции, ОРВИ. Туберкулез, гепатит, СПИД, венерические заболевания отрицает. Операции: в возрасте 26 лет пластика паховой грыжи слева. Аллергия: отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Травмы: отрицает. Хронический заболевания: гипертоническая болезнь II ст, язвенная болезнь

желудка вне обострения. Наследственность не отягощена. Образование высшее, проф. вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 182 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание умеренно затрудненное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата умеренно увеличена в размере, плотно-эластической консистенции, патологических очагов не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К лабораторным методам обследования при диспансеризации для постановки диагноза, а так же определения объема дальнейшего обследования относят

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- цистоскопию

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым лучевым методом диагностики является

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- цистоскопию

Результаты лучевого метода диагностики

На основании проведенного обследования больному необходимо выполнить

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием

- колоноскопию
- цистоскопию

Результаты обследования

На основании данных обследования данному больному можно выставить диагноз: Рак предстательной железы

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- цистоскопию

Диагноз

Для установления стадии гиперплазии по Guyon необходимо определить

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- МСКТ органов малого таза с контрастированием
- колоноскопию
- цистоскопию

Результаты обследования

Данному пациенту показано лечение в объеме

- лазерной энуклеации аденомы простаты
- лучевой и гормональной терапии
- брахитерапии или криодеструкции
- лапароскопической/роботической радикальной простатэктомии

Наиболее целесообразно выполнить данному пациенту технику простатэктомии

- без сохранения сосудисто-нервного пучка, с лимфаденэктомией
- с сохранением сосудисто-нервного пучка с лимфаденэктомией
- с сохранением сосудисто-нервного пучка, без лимфаденэктомии
- без сохранения сосудисто-нервного пучка и без лимфаденэктомии

Наиболее частым осложнением простатэктомии в послеоперационном периоде является

- стрессовое недержание мочи
- стриктура анастомоза

- эректильная дисфункция
- urgentное недержание мочи

5-летняя безрецидивная выживаемость больных с I–II стадией после проведения радикального лечения (радикальной простатэктомии и лучевой терапии) составляет + _____ + %

- 20-30
- 60-65
- 70-90
- 40-55

Уровень ПСА, свидетельствующий о рецидиве заболевания после радикальной простатэктомии, составляет + _____ + нг/мл

- 0,01
- выше 0,2
- ниже 0,2
- 0,15

При наличии доказанного местного рецидива рака простаты наиболее предпочтительна

- гормональная терапия
- хирургическая кастрация
- лучевая и гормональная терапия
- динамическое наблюдение

К первой линии лечения эректильной дисфункции после РПЭ относят

- гормональная терапия
- хирургическая кастрация
- лучевая и гормональная терапия
- динамическое наблюдение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На ночную поллакиурию до 4х раз, затруднённое мочеиспускание вялой струёй.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последнего года. Наблюдался у уролога по месту жительства, принимал альфа – блокаторы с эффектом. В течение последнего месяца отмечает прогрессивное ухудшение симптоматики, в связи с чем обратился за консультацией.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции: отрицает. Женат. Имеет 2 детей и внуков. Работает, ведёт активный образ жизни. Сопутствующие заболевания: АГ 2 ст., 2 ст., риск 3.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 168 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание затруднённое, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена в размерах, плотно-эластической консистенции, в правой доле, апикальных ее отделах определяется уплотненный участок до 15 мм. Пальпация безболезненна. Слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза и определения степени онкологического риска лабораторным методам исследования относят

- гормональная терапия
- хирургическая кастрация
- лучевая и гормональная терапия
- динамическое наблюдение

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- гормональная терапия
- хирургическая кастрация
- лучевая и гормональная терапия
- динамическое наблюдение

Результаты инструментального метода обследования

Для уточнения стадии заболевания, в том числе, степени распространения онкологического процесса, используется

- гормональная терапия
- хирургическая кастрация
- лучевая и гормональная терапия
- динамическое наблюдение

Результаты обследования

Обязательным методом инструментальной диагностики для гистологической верификации диагноза является

- гормональная терапия
- хирургическая кастрация
- лучевая и гормональная терапия
- динамическое наблюдение

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым методом обследования для диагностики отдалённых метастазов является

- остеосцинтиграфия
- УЗИ органов мошонки
- ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов
- МРТ головного мозга

На основании клинико–лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- остеосцинтиграфия
- УЗИ органов мошонки
- ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов
- МРТ головного мозга

Диагноз

Самым эффективным и безопасным методом лечения в данном случае является

- позадилонная адэномэктомия
- гормональная терапия
- радикальная простатвезикулэктомия
- брахитерапия или криодеструкция

Наиболее онкологически эффективной техникой выполнения радикальной простатвезикулэктомии и с меньшим числом осложнений является

- лапароскопическая/роботическая
- промежностная простатэктомия
- радикальная простатэктомия без применения нервосберегающей техники
- внебрюшинная лапароскопическая нервосберегающая простатэктомия

Самым частым осложнением в ближайшем послеоперационном периоде после радикальной простатвезикулэктомии является

- стриктура анастомоза
- стриктура шейки мочевого пузыря
- травма прямой кишки
- тромбоз легочной артерии

Основным методом в оценке эффективности лечения является

- МРТ органов малого таза с контрастированием
- лабораторный метод, определение щелочной фосфатазы
- КТ органов малого таза с контрастированием
- динамическое наблюдение ПСА

Уровень ПСА, свидетельствующий о рецидиве заболевания, должен быть выше _____ нг/мл

- 0,5
- 4,0
- 1,0
- 0,2

Биохимическим показателем периферической крови, используемым для диагностики наличия отдалённых метастазов, является

- 0,5
- 4,0
- 1,0
- 0,2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу

Жалобы

На нарушение эректильной функции, невозможность осуществить половой акт в связи со слабой эрекцией.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 6 месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Нарушение эректильной функции было постепенным. Сначала, пациент заметил снижение чувствительности, затем ослабление эрекции еще 2 года назад, но половой акт получался, но в последние 6 месяцев эрекция ослабла значительно, что невозможно ввести половой член во влагалище. Либи́до со слов больного не нарушалось.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками. Профессиональные вредности отрицает. Не курит. Ведет здоровый образ жизни. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат, двое детей. В возрасте 18 лет была травма – сотрясение головного мозга. На протяжении 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, ожирение 2 ст.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. *_Status localis_*: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено, головка открывается, без патологических

образований и видимых изменений кожного покрова. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

На основании анамнеза и объективного статуса к факторам риска у данного больного в развитии эректильной дисфункции относят

- структурные факторы
- психогенные факторы
- ожирение
- гормональные факторы

По причине возникновения у данного больного наиболее вероятно + эректильная дисфункция

- психогенная
- посттравматическая
- органическая
- нейрогенная

С целью объективизации жалоб и уточнения характера эректильной дисфункции используют шкалу

- QL
- IPSS
- LISS
- МИЭФ

Из лабораторных методов обследования данному больному показано выполнить

- QL
- IPSS
- LISS
- МИЭФ

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования для диагностики эректильной функции и ее вида наиболее распространенным методом является

- QL

- IPSS
- LISS
- МИЭФ

Результаты инструментального метода обследования

Данного пациента необходимо проконсультировать у

- андролога
- проктолога
- эндокринолога
- сексопатолога

На первом этапе лечения эректильной дисфункции больному следует назначить

- хирургическое лечение
- пероральные эректогенные препараты
- психотерапию
- андрогензаместительную терапию

Препаратами первой линии в лечении эректильной дисфункции являются

- блокаторы 5 альфа-редуктазы
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- препараты тестостерона
- вазоактивные препараты в интракавернозных инъекциях

Терапия второй линии заключается в применении

- антидепрессантов
- препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- локального отрицательного давления
- интракавернозных вазоактивных препаратов

Терапия третьей линии заключается в назначении

- локального отрицательного давления
- хирургического лечения
- эндоуретрального введения алпростадилла
- электостимуляции полового члена

Аспектом здорового образа жизни, который в наибольшей степени снижает риск возникновения эректильной дисфункции, является

- увеличение физической активности
- увеличение умственной работы
- снижение употребления кофе
- употребление томатов

Данному пациенту необходима

- увеличение физической активности
- увеличение умственной работы
- снижение употребления кофе
- употребление томатов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился в поликлинику к урологу

Жалобы

На нарушение эректильной функции, невозможность осуществить половой акт в связи со слабой эрекцией, потерю интереса к жизни.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 7 дней, когда после сильного стресса на работе и бессонных ночей появились вышеуказанные жалобы. Нарушение эректильной функции возникло сразу после стресса. В настоящий момент постоянно думает об этом, и половой член, со слов больного, вялый. Либи́до со слов больного не нарушалось. Постоянно возникают утренние спонтанные эрекции, однако при половом контакте эрекции не возникает.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками. Профессиональные вредности отрицает. Курит по 1 пачке в день. Активен, занимается спортом. Профессиональных вредностей нет. Работа связана с физической нагрузкой. Алкоголь не употребляет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат, один ребенок. Травм не было, наличие инфекций, хронических заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено, головка открывается, без патологических образований и видимых изменений кожного покрова. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

На основании анамнеза и объективного статуса к факторам риска у данного больного в развитии эректильной дисфункции относят

- депрессию
- гиподинамию
- возраст
- метаболический синдром

По причине возникновения у данного больного наиболее вероятна

+ эректильная дисфункция

- органическая
- васкулогенная
- психогенная
- нейрогенная

С целью определения степени выраженности эректильной дисфункции используют опросник

- IPSS
- QL
- МИЭФ
- LISS

С целью исключения органической и смешанного характера эректильной дисфункции необходимо выполнить следующие лабораторные анализы

- IPSS
- QL
- МИЭФ
- LISS

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимое дополнительное исследование у данного пациента

- МРТ наружных половых органов
- нет необходимого
- тест с интракавернозным введением вазоактивных препаратов
- ультразвуковая доплерография с введением вазоактивных препаратов

Данного пациента необходимо проконсультировать у

- кардиолога
- андролога
- эндокринолога
- психотерапевта

Лечение данного пациента обязательно должно включать

- хирургическое лечение
- андрогензаместительную терапию
- психотерапию
- физиотерапию

У данного пациента оправдан + _____ + характер лечения

- таргетный
- хирургический
- агрессивный
- симптоматический

Препаратами первой линии в лечении эректильной дисфункции являются

- вазоактивные препараты в интракавернозных инъекциях
- блокаторы 5 альфа-редуктазы
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- препараты тестостерона

Встречаемость эректильной дисфункции в данной возрастной группе составляет + _____ + %

- 19,2
- 5
- 80
- 60

Наиболее важным аспектом здорового образа жизни, снижающим риск возникновения эректильной дисфункции, является

- употребление томатов
- употребление зеленого чая
- прерванный половой акт
- физическая активность

Данному пациенту с целью уменьшения неблагоприятных факторов и с целью профилактики эректильной дисфункции и коррекции образа жизни необходимо исключить

- употребление томатов
- употребление зеленого чая
- прерванный половой акт
- физическая активность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет регулярно не обследуется, эпизодически проходит диспансеризацию. 3 года назад уровень ПСА бы в норме. Настоящее обращение к урологу поликлиники по поводу повышения уровня ПСА.

Жалобы

На ноктурию до 2 раз, мочеиспускание вялой струёй.

Анамнез заболевания

3 года назад уровень ПСА общ. составил 3,7 нг/мл, в настоящее время – 8 нг/мл.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат. Имеет 1 ребёнка. Пенсионер. Соматический статус отягощён: 6 лет назад у пациента инфаркт миокарда. В настоящее время по поводу гипертонической болезни, мерцательной аритмии, сахарного диабета и гиперплазии простаты регулярно принимает Эналаприл, Бисопролол, Варфарин, Глюкофарж, Омник.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 172 см.

Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые.

Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС

80/мин., пульс аритмичный. АД 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуалью на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Патологических изменений не выявлено.

К необходимому инструментальному исследованию относится

- употребление томатов
- употребление зеленого чая
- прерванный половой акт
- физическая активность

Результаты инструментального метода обследования

Методом окончательной верификации диагноза является

- употребление томатов
- употребление зеленого чая
- прерванный половой акт
- физическая активность

Результаты обследования

Наиболее частым злокачественным заболеванием предстательной железы является

- аденокарцинома
- протоковая карцинома
- плоскоклеточный рак
- саркома

Дополнительные визуализирующие методы, необходимые для корректного стадирования онкологического процесса с учётом уровня ПСА и степени дифференцировки опухоли

- аденокарцинома
- протоковая карцинома
- плоскоклеточный рак
- саркома

Результаты дополнительного обследования

В соответствии с классификацией TNM, пациенту может быть установлена стадия рака простаты

- аденокарцинома
- протоковая карцинома
- плоскоклеточный рак
- саркома

Стадия рака простаты

Степень онкологического риска у данного пациента

- низкая
- очень высокая
- умеренная
- высокая

Рациональной тактикой ведения пациента является

- гормональная + лучевая терапия
- гормональная терапия в постоянном режиме
- активное наблюдение
- брахитерапия

Основным методом контрольного обследования пациента при активном наблюдении является

- МСКТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием
- МРТ малого таза с контрастированием
- остеосцинтиграфия
- определение уровня ПСА

К показаниям для перехода с активного наблюдения к лечению рака простаты относится

- повышение ПСА выше уровня 10 нг/мл
- снижения максимальной скорости мочеиспускания ниже 12 мл/с
- увеличение простаты более 80 см³

- сумма баллов по Глисону $4+3=7$ при повторной биопсии через 2 года

К показаниям для перехода с активного наблюдения к лечению рака простаты относится

- повышение ПСА выше уровня 10 нг/мл
- снижения максимальной скорости мочеиспускания ниже 12 мл/с
- увеличение простаты более 80 см^3
- сумма баллов по Глисону $4+3=7$ при повторной биопсии через 2 года

Дальнейший план лечения заключается в

- повышение ПСА выше уровня 10 нг/мл
- снижения максимальной скорости мочеиспускания ниже 12 мл/с
- увеличение простаты более 80 см^3
- сумма баллов по Глисону $4+3=7$ при повторной биопсии через 2 года

Оптимальным видом лечения является

- повышение ПСА выше уровня 10 нг/мл
- снижения максимальной скорости мочеиспускания ниже 12 мл/с
- увеличение простаты более 80 см^3
- сумма баллов по Глисону $4+3=7$ при повторной биопсии через 2 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На наличие уплотнения в половом члене и боль в половом члене при эрекции.

Анамнез заболевания

Боль в половом члене при эрекции стал отмечать около 2 месяцев назад, тогда же отметил появление уплотнения в половом члене по дорсальной поверхности полового члена. К врачу не обращался, не лечился. В связи с сохранением уплотнения и усилением боли при эрекции обратился к урологу.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * женат. 2 детей; * работает, ведет активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. По дорсальной поверхности полового члена (ближе к корню полового члена) пальпируется плотный участок, безболезненный, кожа над ним смещается, очагов гиперемии нет; размером до 1.0 см. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К инструментальным методам исследования полового члена у пациентов с вышеописанными жалобами относят

- повышение ПСА выше уровня 10 нг/мл
- снижения максимальной скорости мочеиспускания ниже 12 мл/с
- увеличение простаты более 80 см³
- сумма баллов по Глиссону 4+3=7 при повторной биопсии через 2 года

Результаты инструментальных методов обследования

При осмотре больного необходимо выполнить физикальное исследование, а именно

- пальпацию органов мошонки
- пальпацию печени
- пальпацию полового члена
- перкуторное определение мочевого пузыря

Для оценки васкулогенной эректильной дисфункции требуется

- ультразвуковое исследование полового члена и органов мошонки
- трансректальное ультразвуковое исследование
- компьютерная томография малого таза
- фармакодупплерография сосудов полового члена

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- ультразвуковое исследование полового члена и органов мошонки
- трансректальное ультразвуковое исследование
- компьютерная томография малого таза
- фармакодупплерография сосудов полового члена

Диагноз

Болезнь Пейрони — это заболевание + _____ + ткани, которое сопровождается фиброзными изменениями или образованием бляшек в белочной оболочке, что может приводить к эректильной деформации полового члена

- нервной
- соединительной
- мышечной
- эпителиальной

По результатам проведенного обследования пациенту показано/а

- медикаментозная терапия
- хирургическое лечение
- гормональная терапия
- лучевая терапия

Для местной терапии данного пациента может быть использован гель с

- интерфероном альфа-2b
- стероидными гормонами
- клостридиальной коллагеназой
- верапамилом

Для перорального приема в лечении болезни Пейрони назначают

- бета-адреноблокаторы
- антибиотики широкого спектра
- пара-аминобензоат калия
- нестероидные противовоспалительные препараты

Основной целью лекарственной терапии болезни Пейрони является

- лечение дорсальной эректильной деформации полового члена
- остановка воспалительного процесса

- восстановление эректильной функции
- профилактика рецидивирования болезни Пейрони

Операция Несбита – это вид хирургического лечения, относящегося к методикам

- протезирования полового члена
- укорачивающим половой член
- инъекционной терапии
- удлиняющим половой член

Инъекционная терапия предполагает введение различных активных препаратов

- в кавернозные тела полового члена
- в основание полового члена
- непосредственно в бляшку
- в белочную оболочку полового члена вне бляшки

Ударно-волновая терапия может применяться для уменьшения

- в кавернозные тела полового члена
- в основание полового члена
- непосредственно в бляшку
- в белочную оболочку полового члена вне бляшки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу

Жалобы

На наличие уплотнения в половом члене, искривление полового члена книзу при эрекции.

Анамнез заболевания

Боль в половом члене при эрекции стал отмечать около 1 года назад, тогда же отметил появление уплотнения по вентральной поверхности полового члена. Проводилась терапия витамином Е и пентоксифиллином с положительным эффектом (боль полностью перестала беспокоить через 6 месяцев). Однако около 5 месяцев назад стал отмечать постепенное искривление полового члена книзу при эрекции, однако, в течение последних 3 мес. угол искривления не

прогрессирует. В связи с сохранением уплотнения, искривлением полового члена книзу при эрекции обратился к врачу.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * женат. 2 детей; * работает, ведет активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 181 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. По вентральной поверхности полового члена (ближе к корню полового члена) пальпируется плотный участок, безболезненный, кожа над ним смещается, очагов гиперемии нет; размером до 1.0 см. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К инструментальным методам исследования полового члена у пациентов с вышеописанными жалобами относят

- в кавернозные тела полового члена
- в основание полового члена
- непосредственно в бляшку
- в белочную оболочку полового члена вне бляшки

Результаты инструментальных методов обследования

**Чаще всего (в 60% случаев) бляшка локализуется по + _____ +
поверхности полового члена**

- вентральной
- вентролатеральной
- дорсальной
- латеральной

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- вентральной
- вентролатеральной
- дорсальной
- латеральной

Диагноз

Исчезновение боли при эрекции и наличие плотной бляшки при пальпации полового члена характерно для

- болезни Пейрони, стадии стабилизации
- врожденного искривления полового члена
- эректильной дисфункции
- болезни Пейрони, стадии острого воспаления

Самоизлечение при болезни Пейрони встречается

- почти всегда (85-90%)
- часто (62-70%)
- редко (3–13%)
- в половине случаев (50%)

При неадекватной длине полового члена, угле искривления более 60° и сохранной эректильной функцией методом выбора является

- протезирование полового члена
- операция Несбита
- заместительная корпоропластика
- пликационная методика

С целью коррекции эректильной деформации ручное «моделирование» полового члена применяется во время выполнения

- циркумцизио
- операции Несбита
- пликационной операции
- протезирования полового члена

Риск развития эректильной дисфункции при оперативном пособии по поводу болезни Пейрони выше при

- методике, укорачивающей половой член
- заместительной корпоропластике
- пликационной методике
- операции Несбита

Оперативное лечение пациентам с болезнью Пейрони

- проводят в стадии острого воспаления
- проводят не позднее 3-х месяцев от начала заболевания
- проводят в стабильной стадии
- не проводят

Операция, при которой белочная оболочка не иссекается, а на выгнутой части полового члена формируется складка белочной оболочки с помощью нерассасывающегося шовного материала, является

- пликационной
- заместительной корпоропластикой
- операцией Несбита
- удлиняющей половой член

Операция, при которой производится иссечение фрагмента белочной оболочки на выгнутой части полового члена, с последующим сшиванием краев белочной оболочки, является

- удлиняющей половой член
- операцией Несбита
- заместительной корпоропластикой
- пликационной

Операция, при которой выполняется рассечение бляшки (вогнутая часть полового члена) и замещение возникшего дефекта в белочной оболочке с помощью трансплантата, является

- удлиняющей половой член
- операцией Несбита
- заместительной корпоропластикой
- пликационной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На наличие уплотнения в половом члене, искривление полового члена кверху при эрекции.

Анамнез заболевания

Боль в половом члене при эрекции стал отмечать около года назад, тогда же отметил появление уплотнения по дорсальной поверхности полового члена. К врачу не обращался, не лечился; тогда же стал отмечать прогрессирующее искривление полового члена кверху при эрекции. Боль прошла спустя 2-3 месяца после начала искривления. Последние 3 месяца угол искривления не прогрессирует (стабилизировался). В связи с сохранением уплотнения, искривлением полового члена при эрекции обратился к врачу.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; * женат. 1 ребенок; * работает, ведет активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. _Status localis_: с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. По дорсальной поверхности полового члена (ближе к корню полового члена) пальпируется плотный участок, безболезненный, кожа над ним смещается, очагов гиперемии нет; размером до 1.0 см. При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

К инструментальным методам исследования полового члена у пациентов с вышеописанными жалобами относят

- удлиняющей половой член
- операцией Несбита
- заместительной корпоропластикой
- пликационной

Результаты инструментальных методов обследования

При ультразвуковом исследовании полового члена при болезни Пейрони в стадии стабилизации бляшки

- визуализируются как гиперэхогенные структуры
- не визуализируются
- визуализируются как анэхогенные структуры
- визуализируются как гипоэхогенные структуры

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- визуализируются как гиперэхогенные структуры
- не визуализируются
- визуализируются как анэхогенные структуры
- визуализируются как гипоэхогенные структуры

Диагноз

Стадий заболевания в болезни Пейрони выделяют

- 3
- 5
- 2
- 4

Болезнь Пейрони — это заболевание соединительной ткани, которое сопровождается фиброзными изменениями или образованием бляшек в + _____ +, что может приводить к эректильной деформации полового члена

- губчатом теле
- пещеристых телах
- белочной оболочке
- кавернозных телах

Ориентиром перехода в стабильную стадию может служить длительность заболевания больше + _____ + и стабильность бляшки в течение + _____ + соответственно

- 1 месяца; 1 месяца
- 3 месяцев; 1 месяца
- 1 года; 3 месяцев

- 6 месяцев; 1 месяца

Выбор метода лечения при болезни Пейрони напрямую зависит от

- стадии заболевания
- формы бляшки
- характера болевых ощущений
- размеров полового члена

Основной целью оперативного лечения болезни Пейрони является

- профилактика рецидивирования болезни Пейрони
- исправление деформации полового члена
- остановка воспалительного процесса в белочной оболочке
- уменьшение болевого синдрома

При сочетании болезни Пейрони с некорректируемой эректильной дисфункцией следует предпочесть

- медикаментозную терапию
- пликационные методики
- протезирование полового члена
- операцию Несбита

Пликационные методики – это вид хирургического лечения, относящийся к методикам

- протезирования полового члена
- укорачивающим половой член
- удлиняющим половой член
- инъекционной терапии

Показаниями для госпитализации пациента с болезнью Пейрони является необходимость

- выполнения дополнительных диагностических исследований
- медикаментозного лечения
- подбора медикаментозной терапии
- оперативного лечения

Вакуум-эректорная терапия и пенильные экстендеры могут применяться для уменьшения

- выполнения дополнительных диагностических исследований
- медикаментозного лечения

- подбора медикаментозной терапии
- оперативного лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающий дискомфорт в поясничной области справа, тошноту.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 1 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение последнего месяца отмечает учащение симптомов, что и послужило поводом для обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Венерические заболевания, туберкулез отрицает. Операции: лапароскопическая аппендэктомия 10 лет назад, тонзилэктомия 5 лет назад. Травмы: отрицает. Хронические заболевания: нет. Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 185 см. Температура тела 36,9⁰С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Периферических отеков, пастозности нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

В данном клиническом случае рекомендуется выполнить

- выполнения дополнительных диагностических исследований
- медикаментозного лечения
- подбора медикаментозной терапии
- оперативного лечения

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- выполнения дополнительных диагностических исследований
- медикаментозного лечения
- подбора медикаментозной терапии
- оперативного лечения

Результаты инструментальных методов обследования

В данном клиническом случае на основании жалоб, результатов осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследований можно предположить диагноз

- выполнения дополнительных диагностических исследований
- медикаментозного лечения
- подбора медикаментозной терапии
- оперативного лечения

Диагноз

В данной клинической ситуации наиболее вероятной причиной заболевания может служить

- рубцово-спаечный процесс в области ЛМС после травмы
- вазоуретеральный конфликт (наличие aberrантного сосуда)
- изгиб мочеточника, фиксированный эмбриональными спайками
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс

"Золотым стандартом" реконструктивной хирургии гидронефроза считается

- пиелопластика по Альбаррану-Лихтенбергу
- пластика спиральным лоскутом по Culp-DeWeerd
- операция Hynes-Anderson
- открытая пиелопластика

В данной клинической ситуации пациенту показана

- пластика спиральным лоскутом по Culp-DeWeerd
- антевазальная пиелопластика по Hynes-Anderson
- Y-V образная пластика по Фолею (Foley)
- пластика вертикальным лоскутом по Scardino-Prince

В настоящее время "золотым стандартом" лечения гидронефроза считается

- пластика вертикальным лоскутом по Scardino-Prince
- лапароскопическая пиелопластика
- робот-ассистированная пиелопластика
- пиелопластика по Альбаррану-Лихтенбергу (Albarran- Lichtenberg)

У взрослых пациентов верхние мочевые пути после операции

- дренируются стентом ретроградным методом на 4-6 недель
- дренируются стентом антеградным методом на 7-10 дней
- не дренируются
- дренируются стентом на 3 недели только в случае интраоперационных осложнений

Баллонная дилатация наиболее эффективна при

- III - IV степени гидронефроза
- множественных стриктурах верхней трети мочеточника
- выявлении стеноза уретеропиелоанастомоза
- наличии вазоуретерального конфликта

У пациентов с терминальным ЗБ гидронефрозом (дифференциальная функция почек менее 15%) рекомендовано

- проведение эндоскопической эндопиелотомии
- проведение робот-ассистированной пиелопластики
- выполнение нефрэктомии
- установка внутреннего стента

Пациентам в постнатальном периоде с функцией почки > 40% и переднезаднем диаметре лоханки <15 мм рекомендовано

- проведение пиелопластики по Альбаррану-Лихтенбергу (Albarran- Lichtenberg)
- проведение пластики вертикальным лоскутом по Scardino-Prince
- динамическое наблюдение
- проведение эндоскопической эндопиелотомии

Основным противопоказанием к назначению препаратов тестостерона является

- проведение пиелопластики по Альбаррану-Лихтенбергу (Albarran- Lichtenberg)
- проведение пластики вертикальным лоскутом по Scardino-Prince
- динамическое наблюдение
- проведение эндоскопической эндопиелотомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающий дискомфорт в поясничной области справа, примесь крови в моче.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 1 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение последнего месяца отмечает учащение симптомов, что и послужило поводом для обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Операции: отрицает. Травмы: отрицает. Хронические заболевания: сахарный диабет II типа. Инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция с 2017 г. Постоянно принимает Индинавир. Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 101 кг, рост 190 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Периферических отеков, пастозности нет. ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86/мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

В данном клиническом случае рекомендуется выполнить

- проведение пиелопластики по Альбаррану-Лихтенбергу (Albarran-Lichtenberg)
- проведение пластики вертикальным лоскутом по Scardino-Prince
- динамическое наблюдение
- проведение эндоскопической эндопиелотомии

Результаты обследования

На основании собранного анамнеза и полученных лабораторных методов исследования можно предположить диагноз

- Гидронефроз
- Хронический пиелонефрит
- Мочекаменная болезнь
- Киста почки

Наиболее информативным и чувствительным методом инструментальной диагностики при мочекаменной болезни является

- экскреторная урография
- нативная спиральная компьютерная томография
- УЗИ мочеполовой системы
- магниторезонансная томография

В качестве метода диагностического контроля отхождения камня или выявления резидуальных конкрементов в послеоперационном периоде используется

- нативная спиральная компьютерная томография
- спиральная компьютерная томография с контрастированием
- обзорная урография
- магниторезонансная томография

Перед применением спиральной компьютерной томографии с контрастированием необходимо определение уровня + + В

крови

- альбумина
- глюкозы
- свободного ионизированного кальция
- креатинина
- мочевины

Показанием к оперативному вмешательству при камнях почек является

- наличие признаков острой мочевого инфекции
- камень размером > 1,5 см
- наличие пиурия
- отсутствие обструкции ВМП камнем

При крупных камнях почек (> 20 мм) лечение следует начинать с/со

- стентирования ВМП
- перкутанной нефролитотомии
- дистанционной литотрипсии
- гибкой уретерореноскопии

Пациентам с камнями мочеточника размерами от 5 до 10 мм в поперечном размере и отсутствием показаний к оперативному лечению рекомендуется

- курс дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- терапия селективными α 1-адреноблокаторами до 15 дней
- терапия неселективными α 1-адреноблокаторами до месяца
- терапия неселективными бета-адреноблокаторами до 15 дней

При возникновении технических сложностей в ходе уретероскопии и контактной литотрипсии рекомендуется закончить операцию

- курсом дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- выполнением антеградной (перкутанной) уретеролитотрипсии
- установкой мочеточникового катетера-стента
- выполнением лапароскопической уретеролитотомии

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ, рекомендуется

- поддержание суточного диуреза в объеме более 3 литров
- ограничение потребления соли до 10 грамм в сутки
- ограничение потребления белка до 5 гр/кг массы тела в сутки
- потребление с пищей кальция в диапазоне 1000-1200 мг в сутки

Показанием для экстренной госпитализации пациентов с мочекаменной болезнью является

- наличие дизурии
- наличие камня мочеточника, требующего оперативного вмешательства
- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ, рекомендуется

- наличие дизурии
- наличие камня мочеточника, требующего оперативного вмешательства
- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 25 лет самостоятельно прибыла в отделение приемного покоя ЦРБ.

Жалобы

На учащенное мочеиспускание с резью, тянущую боль в поясничной области больше справа, повышение температуры тела максимально до $39,1^{\circ}\text{C}$ с потрясающим ознобом, общую слабость.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки считает себя больной в течение 2-х недель, когда впервые появились рези при мочеиспускании, частые позывы, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала противовоспалительные и жаропонижающие препараты с положительным эффектом – на 4-ые сутки состояние нормализовалось. Однако 3 дня назад снова отметила повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, недомогание. Обратилась на консультацию к урологу, прописана противовоспалительная и антибактериальная (цефиксим) терапия в амбулаторном порядке – без явного эффекта. Вышеописанные жалобы беспокоят с утра текущего дня, что и заставило обратиться в приемное отделение в экстренном порядке.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает. * Профессиональные вредности: не имеет. * Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает. * Наследственный анамнез: не отягощен. * Акушерско-гинекологический анамнез: беременности – 0, роды – 0, аборт – 0. Менструальный цикл регулярный.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, стабильное. Вес 50 кг, рост 165 см. Температура тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, влажные. ЧДД – 22/мин, PS – 81/мин, АД – 126/84 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации отмечается защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Перитонеальных симптомов нет. Симптомы Воскресенского, Кохера-Волковича, Ситковского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Ортнера, Кера френникус-симптом отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Status localis: поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный слева, резко положительный справа. Надлобковая область при

пальпации безболезненна. Мочевой пузырь пальпаторно, перкуторно не определяется. Мочеиспускание учащенное с резью, моча визуалью не изменена. Per vaginam: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры в типичном месте, слизистая вокруг него не гиперемирована. Per rectum: перианальная область изменена, сфинктер прямой кишки тоничен. Ампула прямой кишки свободна. На высоту указательного пальца патологических изменений нет.

К необходимым для диагностического поиска лабораторным методам обследования относят

- наличие дизурии
- наличие камня мочеточника, требующего оперативного вмешательства
- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- наличие дизурии
- наличие камня мочеточника, требующего оперативного вмешательства
- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Результаты инструментальных методов обследования

С целью определения функционального состояния почек, уточнения характера и стадии воспалительного процесса показано выполнение

- наличие дизурии
- наличие камня мочеточника, требующего оперативного вмешательства
- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Результаты обследования

При невозможности выполнения МСКТ с внутривенным контрастированием в связи с аллергической реакцией на йодсодержащие вещества показано выполнение

- наличие дизурии
- наличие камня мочеточника, требующего оперативного вмешательства

- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз

- наличие дизурии
- наличие камня мочеочника, требующего оперативного вмешательства
- инфекционное осложнение МКБ
- частичная обструкция ВМП камнем

Диагноз

Данной пациентке, учитывая клиническую картину, показано назначение препаратов группы

+

+ как антибактериальной терапии 1 линии

- фторхинолонов (левофлоксацин, ципрофлоксацин) перорально
- аминогликозидов (гентамицин, амикацин в сочетании с ампициллином) парентерально
- фторхинолонов (левофлоксацин, ципрофлоксацин) парентерально
- цефалоспоринов 3-го поколения (цефиксим) перорально

Для осуществления контроля эффективности эмпирической терапии через 72 часа после её начала оценивают

- общее состояние пациента
- объем суточного диуреза
- пробу Реберга
- результаты общего анализа крови и мочи

При неэффективности эмпирической стартовой терапии в течение 48 часов после её начала необходимо

- увеличить дозировку получаемых препаратов либо кратность их введения
- дренировать верхние мочевые пути внутренним мочеточниковым стентом
- изменить путь введения антибактериальных препаратов на внутривенный
- заменить получаемые антибиотики на препарат резерва из группы карбапенемов

Для создания адекватных условий проводимой терапии пациенту с абсцессами почек выполняется

- хирургическое вскрытие абсцессов и дренирование их полости
- энуклеорезекция почек с одномоментным дренированием верхних мочевых путей внутренним мочеточниковым стентом
- чрескожная пункционная нефростомия с обеих сторон
- билатеральная нефрэктомия с переводом на гемодиализ

После окончания курса лечения острого неосложненного пиелонефрита при полностью купированных симптомах контрольное бактериологическое исследование мочи рекомендуется выполнять

- только во время прохождения диспансеризации всем категориям пациентов
- пациентам с психическими расстройствами
- беременным женщинам
- всем пациентам

Лечение бессимптомной бактериурии

- не проводится беременным женщинам до момента родов
- не проводится до появления клинической картины острого пиелонефрита
- профилактически назначается всем группам пациентов
- необходимо при наличии внутреннего мочеточникового стента

Специфические методы реабилитации пациентов с острым пиелонефритом

- не проводится беременным женщинам до момента родов
- не проводится до появления клинической картины острого пиелонефрита
- профилактически назначается всем группам пациентов
- необходимо при наличии внутреннего мочеточникового стента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился в поликлинику к урологу.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят 2 года. Наблюдается у невролога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника, проводимая консервативная

терапия без эффекта. В последнее время боль в поясничной области усилилась, в связи с чем выполнено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, по которой заподозрено образование верхнего сегмента правой почки. Направлен на консультацию к урологу.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Хронические заболевания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Женат, 2 детей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам относят

- не проводится беременным женщинам до момента родов
- не проводится до появления клинической картины острого пиелонефрита
- профилактически назначается всем группам пациентов
- необходимо при наличии внутреннего мочеточникового стента

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- не проводится беременным женщинам до момента родов
- не проводится до появления клинической картины острого пиелонефрита
- профилактически назначается всем группам пациентов
- необходимо при наличии внутреннего мочеточникового стента

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- не проводится беременным женщинам до момента родов
- не проводится до появления клинической картины острого пиелонефрита
- профилактически назначается всем группам пациентов
- необходимо при наличии внутреннего мочеточникового стента

Диагноз

В качестве дополнительного метода визуализации опухоли почки применяется

- экскреторная урография
- МРТ органов малого таза
- 3D компьютерное моделирование
- нефросцинтиграфия

Основным гистологическим подтипом опухоли почки является

- онкоцитарный
- хромофобный
- папиллярный
- светлоклеточный

Пациенту показано

- активное наблюдение
- хирургическое лечение
- таргетная терапия
- гормональная терапия

В качестве лечения пациенту целесообразна к применению

- открытая нефрэктомия справа
- открытая резекция правой почки с опухолью с лимфаденэктомией
- лапароскопическая резекция правой почки с опухолью
- робот-ассистированная нефрэктомия справа

Наиболее частым осложнением лапароскопической резекции почки является

- разрыв селезенки
- динамическая непроходимость кишечника

- травма диафрагмы
- формирование мочевого свища

Показания к резекции почки у данного пациента называются

- относительными
- экстренными
- абсолютными
- элективными

К этиологическим факторам относится

- ожирение, курение, артериальная гипертензия
- мочеполовой шистосомоз
- употребление красного мяса
- недостаточное употребление клетчатки

Программа диспансерного наблюдения за больными после операции или в ходе консервативного лечения включает в себя выполнение

- анализа уровня щелочной фосфатазы крови
- УЗИ/КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение магнитно-резонансной томографии грудной клетки

На диспансерном наблюдении после лечения ПКР больные должны находиться

- анализа уровня щелочной фосфатазы крови
- УЗИ/КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение магнитно-резонансной томографии грудной клетки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации. В рамках 1 этапа диспансеризации выявлено повышение ПСА общ. до 9 нг/мл. Направлен на консультацию к урологу.

Жалобы

На ослабленное вялой струей мочеиспускание, повышение уровня ПСА общ. до 9 нг/мл.

Анамнез заболевания

Последние несколько месяцев отмечает незначительное ухудшение качества мочеиспускания. Ранее у уролога не наблюдался, анализ на ПСА не сдавал.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Детские инфекции, ОРВИ, туберкулез, гепатит, СПИД, венерические заболевания отрицает. Операции: в возрасте 20 лет аппендэктомия. Аллергия: отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Травмы: перелом правой лучезапястной кости в 35 лет. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь I ст., артериальная гипертензия 2 ст., хронический гастродуоденит. Наследственность не отягощена. Образование: высшее юридическое. Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 179 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание умеренно затрудненное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена в размерах, плотно-эластической консистенции, патологических очагов не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Инструментальным методом диагностики, направленным на выявление патологических участков в предстательной железе, подозрительных на рак предстательной железы, является

- анализа уровня щелочной фосфатазы крови
- УЗИ/КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
- выполнение остеосцинтиграфии

- выполнение магнитно-резонансной томографии грудной клетки

Результаты инструментального метода обследования

При наличии указаний на вероятность рака простаты по результатам концентрации ПСА в сыворотке крови и ТРУЗИ, рекомендовано выполнение

- анализа уровня щелочной фосфатазы крови
- УЗИ/КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение магнитно-резонансной томографии грудной клетки

Результаты обследования

В данной клинической ситуации, на основании имеющихся результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования (при условии, что объем остаточной мочи у данного пациента составляет 30 мл.), можно установить диагноз

- анализа уровня щелочной фосфатазы крови
- УЗИ/КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение магнитно-резонансной томографии грудной клетки

Диагноз

Необходимым инструментальным методом для уточнения стадии заболевания является

- анализа уровня щелочной фосфатазы крови
- УЗИ/КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
- выполнение остеосцинтиграфии
- выполнение магнитно-резонансной томографии грудной клетки

Результаты инструментального метода обследования

Тактика отсроченного лечения рака простаты показана при

- диагностированном раке простаты T3N0M0
- диагностированной высокодифференцированной опухоли и ожидаемой продолжительности жизни больного менее 10 лет

- диагностированном раке простаты T1cN1M0
- диагностированной умереннодифференцированной опухоли и ожидаемой продолжительности жизни больного более 10 лет

Показанием к радикальной простатэктомии служит

- рак простаты T1b–T2c или T3a
- опухоль T1aG1 при ожидаемой продолжительности жизни менее 5 лет
- уровень ПСА <10 нг/мл
- степень дифференцировки <3 баллов по шкале Глисона

Наиболее частым осложнением простатэктомии в послеоперационном периоде является

- стриктура анастомоза
- тромбоэмболия легочной артерии
- стрессовое недержание мочи
- травма прямой кишки

Применение нервосберегающей техники при радикальной простатэктомии целесообразно при

- локализации опухоли только в области верхушки предстательной железы
- отсутствии опухоли в заднебоковых отделах предстательной железы
- уровне ПСА >10 нг/мл
- эректильной дисфункции

Ежедневная доза облучения при дистанционной лучевой терапии должна составлять + _____ + Гр

- 65–70
- 1,8–2,0
- не менее 100
- 10,5–15

У пациента 62 лет нормальным уровнем ПСА считается + _____ + нг/мл

- 0–6,5
- 0–3,5
- 0–4,5
- 0–2,5

Пятилетняя безрецидивная выживаемость больных с I–II стадией после проведения радикального комбинированного лечения (радикальной простатэктомии и лучевой терапии) составляет + _____ + %

- 60-70
- 40-55
- 70-90
- 90-95

Критерием кастрационно-рефрактерного рака предстательной железы является

- 60-70
- 40-55
- 70-90
- 90-95

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающий дискомфорт и пальпируемое образование в мошонке справа.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около трех месяцев, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение последнего месяца отмечает усиление симптомов, что и послужило поводом для обращения в поликлинику

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Операции: отрицает. Травмы: удар в область паха полгода назад во время футбола. Хронические заболевания: отрицает. Инфекционные заболевания: отрицает. Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 179 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Периферических отеков, пастозности нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82/мин, АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча

визуально не изменена. При пальпации органов мошонки, правое яичко обычных размеров и формы, безболезненное, обращает на себя внимание округлое образование у области нижнего полюса размером до 1,0 см, придаток не увеличен, безболезненный. Левое яичко и придаток последнего, а также семенные канатики с обеих сторон – без особенностей.

В данном клиническом случае рекомендуется выполнить

- 60-70
- 40-55
- 70-90
- 90-95

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 60-70
- 40-55
- 70-90
- 90-95

Результаты инструментального метода обследования

Исходя из полученных МР-данных, а также клинической картины и данных опухолевых маркеров, пациенту можно поставить диагноз

- 60-70
- 40-55
- 70-90
- 90-95

Диагноз

В данном клиническом случае 5-летнее безрецидивное течение может составлять + _____ + %

- 5
- 100
- 20-30
- 75

Первым этапом лечения всех опухолей яичка является

- орхифуникулэктомия
- химиотерапия цисплатином
- химиотерапия блеомицином
- адъювантная лучевая терапия

У больных семиномой IIa и IIb стадий стандартным методом лечения является

- лучевая терапия 500 и 650 Гр соответственно
- лучевая терапия 30 и 36 Гр соответственно
- химиотерапия блеомицином
- химиотерапия цисплатином

Показанием к забрюшинной лимфаденэктомии является

- верифицированная сперматоцитарная семинома
- стойкое снижение концентрации опухолевых маркеров после орхифуникулэктомии
- наличие элементов опухоли желточного мешка в первичной опухоли
- сосудистая и лимфатическая инвазия в опухоли яичка

Послеоперационным осложнением забрюшинной лимфаденэктомии является

- бесплодие
- сперматорея
- стрессовое недержание мочи
- задержка мочеиспускания

При неэффективности химиотерапии первой линии проводят химиотерапию

- EP (этопозид 100 мг/м² в 1–5-й день, цисплатин 20 мг/м² в 1–5-й день)
- препаратами этопозид, ифосфамид
- BEP (блеомицин 30 мг на 2, 9 и 16-й день, этопозид 120 мг/м² в 1, 3 и 5-й день)
- BEP (этопозид 100 мг/м² в 1–5-й день, цисплатин 20 мг/м² в 1–5-й день)

Пациентам с выраженными расстройствами мочеиспускания фазы наполнения при отсутствии или минимальной выраженности расстройств фазы опорожнения назначаются

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ5)
- антагонисты мускариновых рецепторов
- органотропные препараты на основе экстракта простаты

- α-адреноблокаторы

Наиболее частым осложнением при назначении альфа-адреноблокаторов является

- острая задержка мочи
- инсульт
- нарушение эритропоэза
- гипотония

Пациентам с риском развития приапизма запрещено назначение

- острая задержка мочи
- инсульт
- нарушение эритропоэза
- гипотония

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 49 лет, обратился к врачу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На неспособность достижения эрекции, проведения полового акта.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение 3 месяцев отмечает прогрессирование заболевания, что и послужило поводом для обращения в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает детские инфекции: корь, ветряную оспу. Не женат. В течение длительного времени наблюдается кардиологом по поводу ИБС: стенокардия напряжения 3 функциональный класс, гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст. Постоянно получает: гидрохлортиазид 12,5 мг, лизиноприл 5 мг, карведилол 25 мг, Моносан (изосорбита моонитрат) 20 мг, Тромбо-АСС 100 мг. Других хронических заболеваний, со слов пациента, нет. Аллергические реакции на медицинские препараты: амоксициллин – реакция в виде ангионевротического отека.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 176=9 см. Температура тела 36,8^0^C. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД

20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 79/мин, АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левой поясничной области. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

С целью объективизации жалоб больного, количественной характеристики копулятивных нарушений, включая эректильную дисфункцию, используют

- острая задержка мочи
- инсульт
- нарушение эритропоэза
- гипотония

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики органических и психогенных форм эректильной дисфункции используют

- острая задержка мочи
- инсульт
- нарушение эритропоэза
- гипотония

Результаты обследования

В данной клинической ситуации, возможной причиной возникновения эректильной дисфункции могут служить

+ _____ **+ факторы**

- структурный, гормональный
- нейрогенный, васкулогенный
- структурный, лекарственно-индуцированный
- васкулогенный, лекарственно-индуцированный

Наиболее частая причина эректильной дисфункции

- смешанная
- органическая
- психогенная
- неясного генеза

Лечение эректильной дисфункции целесообразно начинать с

- применения вакуумных устройств
- изменения образа жизни
- пероральных эректогенных препаратов
- психо-сексотерапии

Второй этап лечения эректильной дисфункции подразумевает

- внутриуретральное и/или внутрикавернозное введение вазоактивных средств
- психо-сексотерапию в сочетании модификации факторов риска
- хирургическое лечение в сочетании с применением пероральных эректогенных препаратов
- использование препаратов, повышающих концентрацию тестостерона

Основным противопоказанием к назначению препаратов тестостерона является

- постинфарктный кардиосклероз
- хроническая сердечная недостаточность
- подозрение на рак простаты
- острый простатит

Результат андрогензаместительной терапии обязательно оценивают через

- 10 дней
- 5-6 месяцев
- 2-3 недели
- 2-3 месяца

Гормональная терапия не всегда эффективна в лечении эректильной дисфункции на фоне

- гипогонадизма
- болезни Иценко–Кушинга
- феохромацитомы
- гиперкортицизма

Противопоказанием к реваскуляризации является

- склеротические изменения полового члена вследствие кавернита
- кавернозная веноокклюзивная дисфункция
- болезнь Пейрони
- хроническая почечная недостаточность

В данной клинической ситуации, учитывая данные анамнеза, пациенту запрещено назначать

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Пациентам с риском развития приапизма запрещено назначение

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился на консультацию к врачу-урологу в клинко-диагностический центр.

Жалобы

На затруднённое мочеиспускание вялой струёй, частые позывы к мочеиспусканию, в том числе ночью до 3-4 раз, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, ухудшение мочеиспускания отмечает в течение 2-х лет. Самостоятельно принимает препарат группы α 1-адреноблокаторов, но обращает внимание на то, что раньше эффект от терапии имел место быть, когда как сейчас отмечает его снижение. Однако, в течение последнего месяца появились более частые императивные позывы к мочеиспусканию, в связи с чем стал чаще просыпаться ночью, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает. * Профессиональные вредности: не имеет. * Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает. *
Наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 179 см. Температура тела

36,5⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. ЧДД – 18/мин, РС – 73/мин, АД – 139/81 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Надлобковая область при пальпации безболезненна. Мочевой пузырь пальпаторно, перкуторно не определяется. Мошонка не увеличена, пигментирована, складчатость сохранена. Яички в мошонке, эластической консистенции, безболезненны при пальпации. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Крайняя плоть не сужена. Головка полового члена свободно обнажается, не гиперемирована. Наружное отверстие уретры в типичном месте, губки уретры не отечны. Мочеиспускание затруднённое, вялой струей, безболезненное, моча визуально не изменена. Per rectum: простата увеличена в размерах, плотноэластической консистенции, безболезненна при пальпации, срединная бороздка сглажена. Слизистая над простатой смещается. Участков флюктуации не выявлено.

К необходимым для диагностического поиска методам обследования относят

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее доступным методом определения суммарного функционального состояния почек является выполнение

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- терапию локальным отрицательным давлением
- интракавернозные инъекции вазоактивных лекарственных средств
- трансдермальные формы тестостерона
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)

Диагноз

Данному пациенту при анамнестически доказанной неэффективности монотерапии препаратами альфа1-адреноблокаторов показано

- комбинированное применение с М-холиноблокаторами (антагонистами мускариновых рецепторов)
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- комбинированное применение с ингибиторами 5 α -редуктазы

При неэффективности комбинированной медикаментозной терапии в течение 12 месяцев методом выбора является

- хирургическое лечение
- интермиттирующая аутокатетеризация
- смена комбинации препаратов
- динамическое наблюдение

Вариантом выбора хирургического лечения является

- открытая аденомэктомия

- трансуретральная резекция простаты
- лазерная вапоризация гиперплазии простаты
- эндовидеохирургическая простатэктомия

Учитывая сохранный соматический статус пациента, отсутствие противопоказаний к оперативному лечению, показана трансуретральная резекция простаты

- тотальная
- субтотальная
- паллиативная
- псевдо

Ранним послеоперационным осложнением трансуретральной резекции простаты является

- недержание мочи
- ретроградная эякуляция
- гемотампонада мочевого пузыря
- эректильная дисфункция

Отдаленным осложнением трансуретральной резекции простаты является

- острая задержка мочеиспускания
- орхиэпидидимит
- макрогематурия
- стриктура уретры

Специфические методы реабилитации пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

- острая задержка мочеиспускания
- орхиэпидидимит
- макрогематурия
- стриктура уретры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 34 года обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На дискомфорт в поясничной области слева, повышение АД до 150/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при плановом обследовании по поводу артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ГКБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом. Травмы: отрицает. Страдает ГБ, терапии не принимает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 190 см, вес 92 кг. Температура тела 36,9°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД-17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. Локальный статус: Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена. Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотноэластической консистенции, определяется срединная бороздка.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- острая задержка мочеиспускания
- орхиэпидидимит
- макрогематурия
- стриктура уретры

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

- острая задержка мочеиспускания
- орхиэпидидимит
- макрогематурия
- стриктура уретры

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для определения тактики лечения, является

- острая задержка мочеиспускания
- орхиэпидидимит
- макрогематурия
- стриктура уретры

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- острая задержка мочеиспускания
- орхиэпидидимит
- макрогематурия
- стриктура уретры

Диагноз

Пациенту показано(а)

- эндоскопическая баллонная дилатация
- лапароскопическая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента слева
- нефрэктомия слева
- динамическое наблюдение

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

- низкий уровень креатинина крови
- достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ

- сохранная функция левой почки при нефросцинтиграфии
- размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
- установка нефростомического дренажа слева
- открытая пиелопластика слева
- перкутанная уретеропиелотомия слева

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через + + месяцев/месяца после оперативного вмешательства

- 1 – 1,5
- 6
- 4
- 10

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

- антеградная уретеропиелография
- ультразвуковое исследование почек
- МРТ почек и мочевых путей
- экскреторная урография

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- туберкулёзом мочеполовой системы
- опухолью мочеточника
- опухолью почки
- нефроптозом

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- сочетании с аденомой простаты
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

- сочетании с аденомой простаты

- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к врачу-урологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодические тянущие боли в правой поясничной области.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы отмечает в течение 2-х месяцев, консультирован неврологом – данных за неврологическую патологию не получено, что и послужило поводом для дальнейшего обследования. Пациент наблюдается у кардиолога по поводу повышения давления, постоянно получает гипотензивную терапию с некоторым положительным эффектом.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии, гипертоническая болезнь. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает. * Профессиональные вредности не имеет. * Аллергические реакции на лекарственные препараты: лидокаин. *
Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 81 кг, рост 176 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. ЧДД – 18/мин, PS – 73/мин, АД – 143/83 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах, не вздут. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание свободное безболезненное. Моча визуально без патологических примесей. Per rectum: перианальная область не изменена. Ампула прямой кишки пустая. Простата не увеличена, плотноэластической консистенции, с четкими ровными контурами, слизистая смещаемая. Срединная бороздка сглажена. Железа при пальпации безболезненная во всех отделах.

К необходимым для диагностического поиска лабораторным методам обследования относят

- сочетании с аденомой простаты
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для дифференциальной диагностики инструментальным методам обследования относят

- сочетании с аденомой простаты
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Результаты инструментального метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- сочетании с аденомой простаты
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Результаты инструментальных методов обследования

При невозможности выполнения МСКТ забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием показано выполнение

- сочетании с аденомой простаты
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

- сочетании с аденомой простаты
- пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- терминальных стадиях гидронефроза
- сочетании с коралловидным конкрементом почки

Диагноз

**Данному пациенту показано + _____ + как лечение 1
линии**

- криоабляция и радиочастотная абляция
- эмболизация почечной артерии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение

Вариантом выбора хирургического лечения у данного пациента является

- эмболизация ветвей правой почечной артерии
- радикальная нефрэктомия справа
- парааортальная, аортокавальная лимфаденэктомия
- резекция правой почки, либо энуклеация опухоли правой почки

Тактика дальнейшего наблюдения данного пациента после радикальной нефрэктомии заключается в выполнении

- УЗИ забрюшинного пространства каждые 3 месяца, полипозиционной рентгенографии органов грудной клетки каждые 6 месяцев
- МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, полипозиционной рентгенографии органов грудной клетки каждые 3 месяца
- МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза с внутривенным контрастированием, КТ органов грудной клетки каждые 6 месяцев
- УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза каждые 3 месяца

При второй контрольной МСКТ забрюшинного пространства после радикальной нефрэктомии у пациента диагностирован единичный метастаз в печень. Методом выбора дальнейшего лечения является

- эмболизация метастаза
- метастазэктомия
- динамическое наблюдение
- лучевая терапия

При невозможности выполнения хирургического лечения и наличии морфологически подтвержденного светлоклеточного варианта ПКР пациенту с метастатическим ПКР можно предложить

- таргетную терапию
- крио- и радиочастотную аблацию
- цитокинотерапию
- химиотерапию

Специфические методы реабилитации пациентов с почечно-клеточным раком

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Этиологическим фактором ПКР у данного пациента является

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к врачу-урологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На эпизодическую тянущую боль в поясничной области больше справа.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, в 1993 г. при плановом обследовании по данным УЗИ диагностирована киста правой почки. В дальнейшем у уролога не наблюдался. В 2012 г. в связи с тянущими болями в левой поясничной области в экстренном порядке госпитализирован в больницу. При обследовании выявлены кисты почек, наиболее крупная слева (максимальным размером до 90 мм), по поводу чего было выполнено лапароскопическое иссечение кисты левой почки. В последующем динамическое наблюдение не проводилось. Вышеописанные жалобы беспокоят в течение 1 месяца, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает. * Профессиональные вредности не имеет. * Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает. * Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 93 кг, рост 191 см. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. ЧДД – 18/мин, PS – 73/мин, АД – 136/81 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Надлобковая область при пальпации безболезненна. Мочевой пузырь пальпаторно, перкуторно не определяется. Мошонка не увеличена, пигментирована, складчатость сохранена. Яички в мошонке, эластической консистенции, безболезненны при пальпации. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мочеиспускание не затруднено, безболезненное, моча визуально не изменена. Per rectum: простата не увеличена в размерах, плотноэластической консистенции, безболезненна при пальпации, срединная бороздка сглажена. Слизистая над простатой смещается.

К необходимым для дифференциальной диагностики инструментальным методам обследования относят

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Результаты инструментального метода обследования

При невозможности выполнения мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием показано выполнение

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Результаты обследования

Учитывая полученные данные обследования, предполагая предварительный диагноз, для стадирования процесса необходимо выполнить

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- механические
- отсутствуют
- медикаментозные
- физиотерапевтические

Диагноз

Данному пациенту показано + _____ + как лечение 1 линии

- хирургическое лечение
- чрескожная пункция кисты правой почки
- чрескожное склерозирование кисты правой почки
- активно-выжидательная тактика

Для выбора оптимального метода хирургического лечения необходимо выполнить

- хирургическое лечение
- чрескожная пункция кисты правой почки
- чрескожное склерозирование кисты правой почки
- активно-выжидательная тактика

Результаты обследования

Вариантом выбора хирургического лечения данного пациента является

- эмболизация ветвей почечной артерии
- резекция почки
- иссечение кисты почки

- радикальная нефрэктомия

Одномоментное выполнение лимфаденэктомии

- не требуется
- необходимо в объеме парааортальной лимфодиссекции
- необходимо в объеме паракавальной лимфодиссекции
- необходимо в объеме аортокавальной и паракавальной лимфодиссекции

Тактика дальнейшего наблюдения данного пациента после резекции почки и получения гистологического подтверждения злокачественного процесса заключается в выполнении

- МСКТ органов мочевыделительной системы
- УЗИ забрюшинного пространства каждые 3 месяца, рентгенографии органов грудной клетки каждые 6 месяцев
- МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, рентгенографии органов грудной клетки каждые 3 месяца
- УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза каждые 3 месяца

Основываясь на гистологических вариантах почечно-клеточного рака, наиболее благоприятный онкологический прогноз будет у пациента с _____ типом

- папиллярным
- хромофобным
- онкоцитарным
- светлоклеточным

Специфические методы реабилитации пациентов с почечно-клеточным раком

- папиллярным
- хромофобным
- онкоцитарным
- светлоклеточным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую ноющую боль в поясничной области справа, с

иррадиацией в правую паховую область, озноб и подъем температуры тела до 38,0°C.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 39 лет, камни почек, два эпизода самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики слева. В течении последних 3 дней приступообразная боль в поясничной области справа, которая купируется спазмолитиками (баралгин). Однократно, после приступа почечной колики справа, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь и ветряную оспу. В возрасте 18 лет орхоэпидидимит справа, а в 32 года перенес острый простатит. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 182 см. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого положительный справа, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей. Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, неоднородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- папиллярным
- хромофобным
- онкоцитарным
- светлоклеточным

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- папиллярным
- хромофобным

- онкоцитарным
- светлоклеточным

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациенту поставлен диагноз

- папиллярным
- хромофобным
- онкоцитарным
- светлоклеточным

Диагноз

На первом этапе лечения пациенту показано проведение

- дистанционной литотрипсии по экстренным показаниям
- дренирования мочевых путей катетером-стентом
- контактной уретеролитотрипсии по экстренным показаниям
- лапароскопической уретеролитотомии

После установки катетера-стента для лечения острого пиелонефрита пациенту необходимо выполнить

- бактериологический посев мочи
- исследование ионизированного кальция в сыворотке крови
- исследование скорости клубочковой фильтрации
- исследование суточной экскреции мочевой кислоты

После дренирования верхних мочевых путей стентом больному проведена

- антибактериальная терапия с учетом посева мочи
- литокинетическая терапия альфа-1адреноблокаторами
- комплексная спазмолитическая терапия
- комбинированная цитратная терапия

После проведения антибактериальной терапии на фоне стентирования пациенту будет выполнена

- дистанционная уретеролитотрипсия
- лапароскопическая уретеролитотомия
- комплексная литолитическая терапия
- традиционная уретеролитотомия

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни необходимо выполнить

- анализ химического состава камня
- бактериологический посев мочи на чувствительность к антибиотикам
- исследование тиреотропного гормона (ТТГ)
- исследование скорости клубочковой фильтрации

При исследовании физико-химического состава мочевого камня выявлен

- цистиновый камень
- вевеллит
- ньюберит
- смешанный камень

После отхождения фрагментов камня пациент должен находиться на диспансерном наблюдении + _____ + лет

- 5
- 6
- 8
- 10

В период реабилитации (метафилактики) пациенту назначено

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комплексное лечение спазмолитиками и НПВС

Профилактика рецидива мочекаменной болезни у пациентов с кальций-оксалатным камнеобразованием основана на

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комплексное лечение спазмолитиками и НПВС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую боль в поясничной области слева, с иррадиацией в левую паховую область, подъем температуры тела до 38°C , однократный озноб.

Анамнез заболевания

Урологический статус не отягощен. Впервые, в течении последних 2-х месяцев, появилась периодическая, тупая боль в поясничной области слева, которая возникала после физической нагрузки. Однократно, 12 дней назад, после приступа почечной колики слева, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветрянку, оспу. Находится на амбулаторном наблюдении ввиду хронического калькулезного простатита. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 178 см. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого положительный слева, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча бурого цвета без сгустков, наружные половые органы без особенностей. Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, неоднородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комплексное лечение спазмолитиками и НПВС

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- лечение альфа-1адреноблокаторами

- санаторно-курортное лечение
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комплексное лечение спазмолитиками и НПВС

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациенту поставлен диагноз

- лечение альфа-1адреноблокаторами
- санаторно-курортное лечение
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комплексное лечение спазмолитиками и НПВС

Диагноз

На первом этапе лечения пациенту показано проведение

- комплексной литокинетической терапии (омник и роватинекс)
- лапароскопической уретеролитотомии
- дистанционной уретеролитотрипсии по экстренным показаниям
- дренирования мочевых путей катетером-стентом

После установки катетера-стента для проведения противовоспалительного лечения пациенту необходимо выполнить

- исследование суточной экскреции кальция в сыворотке крови
- бактериологический посев мочи
- исследование тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови
- исследование ионизированного кальция в сыворотке крови

После дренирования верхних мочевых путей стентом больному необходимо провести

- дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- лечение альфа-1адреноблокаторами и спазмолитиками
- лечение растительными препаратами
- антибактериальную терапию с учетом посева мочи

После проведения антибактериальной терапии пациенту будет выполнена

- лапароскопическая уретеролитотомия
- дистанционная уретеролитотрипсия
- контактная уретеролитотрипсия
- комплексная литокинетическая терапия

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни необходимо выполнить

- анализ химического состава камня
- определение суточной экскреции кальция и мочевой кислоты
- исследование скорости клубочковой фильтрации
- бактериологический посев мочи

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- вевеллит
- брушит
- струвит
- ньюберит

После оперативного лечения визуализирующие методы обследования (УЗИ, КТ) должны применяться не реже 1 раза в

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 года

В послеоперационном периоде при отсутствии камней в мочевых путях пациенту рекомендовано

- поддержание суточного диуреза 2,5 литра
- подкисление мочи L-метионином
- лечение альфа-адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками

Профилактика рецидива мочекаменной болезни у пациентов с кальций-оксалатным камнеобразованием основана на

- поддержание суточного диуреза 2,5 литра
- подкисление мочи L-метионином
- лечение альфа-адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 44 лет, камень нижней чашечки правой почки до 0,6 мм, находился под наблюдением ввиду бессимптомного клинического течения. В течении последних 2-х дней периодическая, приступообразная боль в поясничной области справа, которая возникает после физической нагрузки, купируется спазмолитиками (баралгин)

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь. В анамнезе язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, находится на диспансерном наблюдении. Аллергическая реакция на фторхинолоны.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 92 кг, рост 182 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей. Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, однородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- поддержание суточного диуреза 2,5 литра
- подкисление мочи L-метионином
- лечение альфа-адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- поддержание суточного диуреза 2,5 литра

- подкисление мочи L-метионином
- лечение альфа-адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациенту поставлен диагноз

- поддержание суточного диуреза 2,5 литра
- подкисление мочи L-метионином
- лечение альфа-адреноблокаторами
- комплексное лечение спазмолитиками

Диагноз

При невозможности выполнения мультиспиральной компьютерной томографии для определения тактики лечения пациенту может быть выполнена

- динамическая нефросцинтиграфия
- обзорная рентгеноскопия мочевых путей
- магнитно-резонансная томография (МРТ)
- экскреторная урография

Учитывая камень н/З правого мочеточника размерами 8x7 мм, плотностью 1.000 НУ, неоднородной рентгеноструктуры, пациенту проведена

- лапароскопическая уретеролитотомия
- цитратный литолиз (Блемарен)
- комбинированная литокинетическая (роватинекс и омник) терапия
- дистанционная уретеролитотрипсия

После фрагментации камня мочеточника, для отхождения фрагментов камня, пациенту назначена

- литокинетическая терапия альфа-адреноблокаторами и спазмолитиками
- антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам
- длительное подкисление мочи L-метионином
- цитратный литолиз

Ввиду неэффективности первичного сеанса дистанционной литотрипсии, пациенту проведена

- контактная уретеролитотрипсия
- лапароскопическая уретеролитотомия
- повторный сеанс ДЛТ
- комплексная литокинетическая терапия (роватинекс и омник)

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни, необходимо выполнить

- пробу Зимницкого
- бактериологический посев мочи
- пробу мочи по Нечипоренко
- анализ химического состава камня

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- струвит
- гидроксилapatит
- вевеллит
- диттмарит

После отхождения фрагментов мочевого камня, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 1 год
- 2 года
- 5 лет
- 6 месяцев

В период реабилитации (метафилактики) пациенту рекомендовано

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение глюконатом кальция
- санаторно-курортное лечение

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразовании основана на

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение глюконатом кальция
- санаторно-курортное лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области слева, с иррадиацией в левую паховую область.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 25 лет, камень нижней чашечки левой, находится на амбулаторном наблюдении. В течении последних 15 дней периодическая, ноющая боль в поясничной области справа, которая возникает после физической нагрузки.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 176 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей. Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, однородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение глюконатом кальция
- санаторно-курортное лечение

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение глюконатом кальция
- санаторно-курортное лечение

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациенту поставлен диагноз

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение глюконатом кальция
- санаторно-курортное лечение

Диагноз

Ввиду невозможности выполнения мультиспиральной компьютерной томографии для определения тактики лечения пациенту может быть выполнена

- магнитно-резонансная томография (МРТ)
- динамическая нефросцинтиграфия
- экскреторная урография
- обзорная рентгеноскопия мочевых путей

Учитывая камень н/З левого мочеточника размерами 10x10 мм, плотностью 1.100 НУ, пациенту проведена

- контактная уретеролитотрипсия
- комбинированная литокинетическая терапия
- лапароскопическая уретеролитотомия
- дистанционная уретеролитотрипсия

После фрагментации камня мочеточника, для отхождения фрагментов камня, пациенту назначена

- антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам
- литолиз цитратными препаратами
- литокинетическая терапия
- длительное подкисление мочи L-метионином

Ввиду неэффективности первичного сеанса дистанционной литотрипсии, пациенту проведена

- контактная уретеролитотрипсия
- традиционная уретеролитотомия
- лапароскопическая уретеролитотомия
- комплексная литолитическая терапия

С целью метафилактики рецидива мочекаменной болезни необходимо выполнить

- пробу мочи по Нечипоренко
- пробу Зимницкого
- бактериологический посев мочи
- анализ химического состава камня

**При исследовании химического состава мочевого камня выявлен + +
камень**

- цистиновый
- кальций-фосфатный
- магний-фосфатный
- кальций-оксалатный

После отхождения фрагментов мочевого камня пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 6 месяцев
- 5 лет
- 2 года
- 1 год

В период реабилитации (метафилактики) пациенту рекомендовано

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразовании основана на

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую острую боль в поясничной области слева, с иррадиацией в промежность и паховую область.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 38 лет, камни левой почки, эпизод самостоятельного отхождения камня после приступа почечной колики (кальций-оксалатный камень). В течение последних 2-х недель периодическая ноющая боль в поясничной области слева, без озноба.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветряную оспу. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 96 кг, рост 179 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей. Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, однородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования пациенту поставлен диагноз

- лечение цитратными препаратами (Блемарен)
- санаторно-курортное лечение
- длительное подкисление мочи L-метионином
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами

Диагноз

При невозможности выполнения мультиспиральной компьютерной томографии, для определения тактики лечения, пациенту может быть выполнена

- динамическая нефросцинтиграфия
- магнитно-резонансная томография
- обзорная рентгеноскопия мочевых путей
- экскреторная урография

Экскреторная урография не выполняется при

- остром калькулезном пиелонефрите
- хронической почечной недостаточности
- аллергической реакции на рентгеноконтрастное вещество
- остром геморрагическом васкулите

Учитывая камень н/З левого мочеточника размерами 12x10 мм и плотностью 1520 НУ, пациенту проведена

- контактная уретеролитотрипсия
- лапароскопическая уретеролитотомия
- комбинированная литокинетическая терапия
- традиционная уретеролитотомия

Учитывая длительное течение уретеролитотрипсии, мочевые пути дренированы

- нефростомическим дренажом
- уретральным катетером
- цистостомическим дренажом
- катетером-стентом

С целью индивидуализации метафилактики рецидива мочекаменной болезни, необходимо выполнить

- анализ химического состава камня
- экскреторную урографию
- динамическую нефросцинтиграфию
- мультиспиральную компьютерную томографию

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

- струвит
- ньюберит
- брушит
- ведделлит

После отхождения фрагментов мочевого камня, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 6 месяцев
- 5 лет
- 2 года
- 1 год

В период реабилитации (метафилактики) пациенту рекомендовано

- длительное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комбинированное лечение растительными диуретиками и БАД
- санаторно-курортное лечение

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразовании основана на

- длительное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комбинированное лечение растительными диуретиками и БАД
- санаторно-курортное лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую тупую, ноющую боль в поясничной области слева, без иррадиации.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 25 лет, камни почек, два эпизода самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики. При исследовании физико-химического состава мочевых камней – мочевая кислота. В течении последних 2-х месяцев периодическая, тупая боль в поясничной области слева, без приступа почечной колики.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветрянку, оспу. Страдает сахарным диабетом 2-типа, находится на диспансерном наблюдении. Ожирение. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 130 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей. Per rectum: предстательная железа с четким контуром, однородная, незначительно увеличена, безболезненная, междолевая бороздка сглажена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- длительное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комбинированное лечение растительными диуретиками и БАД
- санаторно-курортное лечение

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

- длительное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комбинированное лечение растительными диуретиками и БАД
- санаторно-курортное лечение

Результаты обследования

На основании проведенного комплексного обследования поставлен диагноз

- длительное лечение спазмолитиками
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами
- комбинированное лечение растительными диуретиками и БАД
- санаторно-курортное лечение

Диагноз

Учитывая рентген-негативный характер камней, размером от 2 до 6 мм в диаметре и плотностью 450 – 590 - 600 ед. по Хаунсфилду (НУ), пациенту рекомендовано проведение

- комбинированной литокинетической терапии
- дистанционной литотрипсии
- цитратного литолиза
- чрескожной нефролитотрипсии

Для эффективного цитратного литолиза пациенту рекомендованы следующие значения рН

- 6,2-7,0
- < 5,0
- < 5,5
- > 7,2

Для контроля эффективности цитратного литолиза необходимо

- стабилизировать суточный рН-мочи
- выполнить УЗИ или КТ
- выполнить экскреторную урографию
- контролировать уровень мочево́й кислоты

При неэффективности лечения через + _____ + дней цитратного литолиза будет выполнено активное удаление камней

- 30
- 60
- 120
- 360

Учитывая неэффективность цитратного литолиза, пациенту проведена

- комплексная литокинетическая терапия
- ретроградная интратенальная хирургия
- чрескожная нефролитотрипсия
- лапароскопическая пиелокаликотомия

При исследовании химического состава выявлен

- уратный камень
- фосфатный камень
- индинавиновый камень
- смешанный камень

После отхождения фрагментов мочевого камня пациент должен находиться на диспансерном наблюдении

- 2 года
- 5 лет
- 6 месяцев
- 1 год

В период реабилитации (метафилактики) рекомендовано

- санаторно-курортное лечение
- медикаментозное лечение L-метионином
- комбинированное лечение растительными диуретиками
- медикаментозное лечение индапамидом

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при уратном камнеобразовании основана на

- ограничении потребления хлорида натрия и кальция
- контроле мочевой кислоты и pH-мочи
- комплексной антибактериальной и противовоспалительной терапии
- длительном подкислении мочи L-метионином

