

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«26»

08

2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.68 Урология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-уролог**

Кафедра: **Урологии.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2025, 2026 года поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2026

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
	Перлин Д.В.	Заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Урологии
	Доронин А.Б.	доцент	к.м.н.	Урологии

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология

Рецензент: доцент кафедры хирургических болезней №1, к.м.н, И.А. Куликов

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры урологии, протокол №41 от 10.06.2026 года

Заведующий кафедрой урологии, д.м.н., профессор



Д.В. Перлин

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от 25.08.2026 года

Председатель УМК



Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.И. Науменко

ФОС тестирования государственной (итоговой государственной) аттестации.

1. Показателями общественного здоровья являются все перечисленные, кроме
обеспеченности врачами
трудовой активности населения
заболеваемости
демографических показателей
физического развития населения
2. Материально-техническую базу здравоохранения составляют
сеть учреждений здравоохранения
кочный фонд
оснащенность аппаратурой
укомплектованность медицинскими кадрами
3. Заболеваемость населения приносит народному хозяйству
снижение производительности труда
повышение профессиональной патологии
снижение социальных условий жизни человека
сокращение продолжительности жизни человека
4. Специализированная медицинская помощь оказывается во всех перечисленных ниже учреждениях, кроме
бальнеологических лечебницах
многопрофильных и специализированных больниц
больниц скорой помощи
больницах восстановительного лечения
стационаров, диспансеров и МСЧ
5. О качестве лечения в стационаре свидетельствуют все перечисленное, кроме
числа больных, переведенных в специализированные отделы
средней продолжительности пребывания на койке
летальности
процента расхождения клинических и анатомических диагнозов
числа осложнений
6. Наиболее важными статистическими показателями, по которым можно оценить работу амбулаторно-поликлинического учреждения, являются все перечисленные, кроме
числа обслуживаемого контингента
интенсивности потока больных (посетителей)
длительности ожидания больных
показателей "простоя" специалистов
длительности (времени) обслуживания посетителей
7. Средняя мощность областной (краевой, республиканской) больницы составляет
600-1000 коек
200-400 коек
400-600 коек
2.000 коек
8. Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет
от 60 до 90 коек
от 20 до 30 коек

от 30 до 50 коек
от 90 до 120 коек
свыше 120 коек

9. Заболеваемость населения определяет
совокупность всех заболеваний в данном году
количество посещений в данном году
распространенность заболеваний в данном году
общее количество обращений в данном году
количество вновь возникших заболеваний

10. Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме
более полного обследования больных на догоспитальном этапе
поздней выписки больного
организации дневных стационаров
уменьшения случаев дублирования обследования
снижения повторной госпитализации

11. Парафимоз - это
ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
сужение отверстия крайней плоти полового члена
воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
воспаление вен полового члена

12. Лечение парафимоза заключается
в попытке вправления головки полового члена
в рассечении ущемляющего кольца
в иссечении крайней плоти
в наложении губчато-пещеристого анастомоза

13. При фибропластической индурации полового члена наблюдаются
боли и искривление полового члена при эрекции
бляшки хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена
абсцедирование кавернозных тел
бляшки хрящевой консистенции в спонгиозном теле уретры

14. При стабилизации фибропластической индурации полового члена наиболее эффективно
пластические операции
применение стероидов, витамина Е, ультразвука
наложение губчато-кавернозного анастомоза
применение дистанционной литотрипсии

15. Приапизм - это длительная эрекция полового члена за счет
венозного стаза в кавернозных телах полового члена
напряжения кавернозного тела уретры
сокращения наружного сфинктера мочевого пузыря

16. Приапизм возникает вследствие
неадекватного оттока и/или повышения притока крови в кавернозные тела полового члена
нарушений химического состава крови и ее вязкости
лимфостаза

17. Дифференциальный диагноз приапизма следует проводить
с "переломом" полового члена
с кавернитом
с гангреной Фурнье

18. При остром эпидидимите придаток яичка
резко напряжен и болезнен
увеличен
атрофичен

19. Острый инфекционный эпидидимит следует дифференцировать
с перекрутом и некрозом гидатид
с перекрутом семенного канатика
с кавернитом

20. Хронический инфекционный эпидидимит и орхит следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме
варикоцеле
туберкулеза яичка и придатка
новообразования яичка и придатка
фуникулита и деферентита
сперматоцеле

21. Лечение острого неспецифического эпидидимита и орхита следует начинать
с назначения антибактериальных препаратов
с новокаиновой блокады семенного канатика
с оперативного лечения

22. Инфицирование предстательной железы может возникать
гематогенным путем
лимфогенным путем
уриногенным путем

23. Для острого простатита характерно
равномерное увеличение предстательной железы
резкая болезненность предстательной железы при пальпации
каменистая консистенция предстательной железы
атрофия предстательной железы

24. Современная классификация простатита включает, кроме
конгестивный простатит
острый бактериальный простатит, категория I
хронический бактериальный простатит, категория II
синдром хронической тазовой боли, категории IIIA и IIIB
асимптоматический воспалительный простатит категория IV

25. Осложнениями острого простатита могут быть
сепсис
абсцесс предстательной железы
острый холецистит

артрит

26. Признаками абсцесса предстательной железы являются
резкая болезненность предстательной железы при пальпации
наличие очагов размягчения и флюктуации в простате
уменьшение размеров предстательной железы
симптомы раздражения брюшины

27. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме
установления постоянного катетера
интенсивной антибактериальной терапии
цистостомии при задержке мочи
дренировании полости абсцесса трансуретральным или промежностным доступом
дезинтоксикационной терапии

28. Основным признаком синдрома хронической тазовой боли
болевого синдром в промежности, яичках, крестце в течение 3 месяцев
при наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита
при лейкоцитурии
при наличии эректильной дисфункции

29. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся
нарушение фосфорно-кальциевого обмена
нарушение обмена щавелевой кислоты
нарушение пуринового обмена
мочевая инфекция (пиелонефрит)

30. При щелочной реакции мочи могут образоваться
фосфатные камни
мочекислые (уратные) камни
цистиновые камни
оксалатные камни
щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

31. Развитию оксалатурии способствует все, кроме
обильное употребление жидкости
дефицита в организме витамина В6 и магния
пищи, содержащей большое количество кальция
хронических колитов
цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

32. К факторам, не влияющим на образование и рост мочевых камней, относятся
высокая концентрация натрия, мочевины и креатинина в крови
уробастаз
высокая вязкость мочи
отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче
высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

33. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме
камни из мочевой кислоты
оксалатов
фосфатов

смешанных

34. При оксалатном камне лоханки почки 20 x 25 мм без нарушения уродинамики рациональнее всего показано

дистанционная ударно-волновая литотрипсия с установкой стента

литолит

пиелолитотомия

пункционная нефролитотомия

вмешательство не показано

35. При фосфатном камне лоханки почки 25|20 мм без нарушения уродинамики, хроническом латентном пиелонефрите наиболее целесообразным методом лечения является

посев мочи, антибактериальные препараты, ударно-волновая литотрипсия, стент

пиелолитотомия

вмешательство не показано

литолит

нефролитотомия

36. При уратном камне мочевого пузыря 30|25 мм и ДГП 30 см³ следует рекомендовать

цистолитотрипсия, ТУР ДГП и цистостомию

литолит

цистолитотомия и цистостомию

ударно-волновую литотрипсию

цистолитотрипсия, ТУР ДГП и цистостомию

вмешательство не показано

37. При уратном камне лоханочно-мочеточникового сегмента, остром серозном пиелонефрите показаны

пиелолитотомия, ревизия почки (нефростомия или пиелостомия)

антибиотики, консервативное лечение

пункционная нефролитотомия

ударно-волновая литотрипсия

катетеризация мочеточника

38. У больного 45 лет множественные камни в расширенной нижней чашечке, шейка ее сужена, толщина паренхимы нижнего полюса почки до 4 мм. Функция почки сохранена. Ему следует рекомендовать

резекцию нижнего полюса почки

вмешательство не производить

нефролитотомия

пиелолитотомия

нефрэктомия

39. Во время пиелолитотомии и нефролитотомии было значительное кровотечение. В этом случае следует выполнить

нефростомия

введение в лоханку и чашечки гемостатической губки

пиелостомия

нефрэктомия

защитить лоханку наглухо

40. При постренальной анурии (камни мочеточников. показана экстренная помощь

катетеризация мочеточников

внутривенно большие дозы лазикса, инфузионная терапия
двусторонняя нефростомия одновременно
ударно-волновая литотрипсия

41. Туберкулезные микобактерии попадают в почку чаще всего
гематогенным путем
контактным путем с соседних органов
восходящим путем
лимфогенным путем
по стенкам мочеточников

42. При туберкулезе придатка производят
эпидидимэктомию
гемикастрацию
эпидидимэктомию с резекцией яичка
двустороннюю эпидидимэктомию
эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны

43. Ведущими симптомами при отрыве почки являются все перечисленные, исключая
макрогематурию со сгустками
шок
анурию
сильные боли
анемию

44. Экскреторная урография при травме почки имеет целью все перечисленное, кроме
-1. выявить состояние контралатеральной почки
-2. исключить наличие сопутствующих заболеваний почек
-3. установить эктравазацию контраста
-4. выявить признаки гематомы
+5. определить подвижность поврежденной почки

45. Из перечисленных методов исследования наиболее информативна при повреждении почки
Компьютерная томография
УЗИ
обзорная рентгенография почек и мочевых путей
экскреторная урография
ретроградная уретеропиелография

46. При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить
нефростомией
пиелостомией
без дренирования лоханки
интубацией мочеточника
кольцевым дренированием лоханки

47. При комбинированных ранениях почки лечение необходимо начинать с операции
лапаротомии
люмботомии
нефрэктомии

нефростомии
ушивания разрыва почки

48. Повреждение мочеточника встречается во всех перечисленных случаях, кроме
тупой травмы поясничной области
инструментальных исследований
попытки извлечения камня петлей
гинекологических операций

49. При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются
ретроградная уретроцистография
уретрография
цистоскопия
пневмоцистография
обзорная урография

50. Непроницающий разрыв уретры - это
разрыв слизистой оболочки
разрыв всех слоев уретры по всей ее окружности
разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке

51. К левой почке спереди и снаружи примыкают
селезенка
нисходящая ободочная кишка
петли тонкого кишечника
поджелудочная железа

52. Распространение гноя на бедро, во влагалище прямых мышц живота и в брюшную полость происходит из следующего клетчаточного пространства таза
боковых клетчаточных пространств таза
позадипрямокишечного
предпузырного

53. Дренирование предпузырного клетчаточного пространства по Буальскому - Мак - Уортеру осуществляется
через внутреннюю и наружную запирающие мышцы и запирающую запирающей мембрану
из мочеполовой диафрагмы
из глубокой поперечной мышцы промежности
из передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы

54. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен
в мочеполовой диафрагме
в основании мочевого пузыря
в сухожильном центре промежности
в мышце, поднимающей задний проход прямой кишки

55. Пузырные артерии отходят
от внутренней подвздошной артерии
от нижней прямокишечной артерии
от наружной подвздошной артерии
от артерии яичка

от запирающей артерии

56. Мочеточник по отношению к артерии яичка у пограничной линии таза расположен **кзади от яичковой артерии**

спиралеобразно

кпереди от артерии яичка

над артерией

под артерией

57. Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается

с наружной подвздошной артерией

с общей подвздошной артерией

с внутренней подвздошной артерией

с подчревной артерией

с запирающей артерией

58. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается

с общей подвздошной артерией

с наружной подвздошной артерией

с внутренней подвздошной артерией

с подчревной артерией

с запирающей артерией

59. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют

нижне-пузырные артерии

средне-прямокишечные артерии

запирающие артерии

нижне-ягодичные артерии

60. К основанию предстательной железы прилежит

дно мочевого пузыря

семенные пузырьки

ампулы семявыносящих протоков

61. Мочеиспускательный канал прободает мочеполовую диафрагму

перепончатой частью

простатической частью

пещеристой частью

ни одной из вышеназванных

простатической и перепончатой частями

62. Кровоснабжение полового члена осуществляется

внутренними и наружными половыми артериями

наружными половыми артериями

внутренними половыми артериями

запирающими артериями

нижнепрямокишечными артериями

63. Сужение мужской уретры является наиболее коротким и наиболее узким

в области перепончатой части мочеиспускательного канала

у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал

в области наружного отверстия уретры

во всех указанных местах сужения уретры

64. При патологических условиях серозная жидкость (гидроцеле) может скапливаться между **париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка**
наружной и внутренней семенной фасцией
внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка
наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой
белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка

65. Яичко покрывают
семь оболочек
четыре оболочки
пять оболочек
шесть оболочек
восемь оболочек

66. Брюшиннопромежностный апоневроз расположен между **семенными пузырьками, ампулами семявыносящих протоков, предстательной железой и анальной частью прямой кишки**
мочевым пузырем и ампулой прямой кишки
мочевым пузырем и анальной частью прямой кишки
семенными пузырьками и анальной частью прямой кишки
предстательной железой и анальной частью прямой кишки

67. Быстрое метастазирование клеток опухоли яичка возможно
в забрюшинные поясничные лимфатические узлы
в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы
во внутренние подвздошные лимфатические узлы
в общие подвздошные лимфатические узлы
в запирательные лимфатические узлы

68. Уровень калия в сыворотке крови в норме составляет
2.5 ммоль/л
2.25 ммоль/л
3.35 ммоль/л
4.5 ммоль/л
7.6 ммоль/л

69. Концентрация калия в сыворотке крови
увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе
увеличивается при алкалозе
уменьшается при ацидозе
уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе
не меняется

70. Азотистый баланс у здорового человека
нейтральный
положительный
отрицательный

71. Азотистый баланс в организме - это
соотношение поступления азота и его потери за сутки
суточная потеря азота с мочой
суточное поступление азота в организм с пищей
содержание общего белка в крови
содержание мочевины в крови

72. Суммарный кровоток в почках составляет

30% минутного объема сердца

10% минутного объема сердца

20% минутного объема сердца

40% минутного объема сердца

50% минутного объема сердца

73. Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления

до 60-70 мм рт. ст

до 100 мм рт. ст.

до 80-90 мм рт. ст.

до 40-50 мм рт. ст.

до 30-20 мм рт. ст.

74. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем

1100 мл/мин

1600 мл/мин

800 мл/мин

600 мл/мин

400 мл/мин

75. Скорость клубочковой фильтрации у взрослого человека составляет в среднем

120 мл/мин

60 мл/мин

180 мл/мин

240 мл/мин

300 мл/мин

76. Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный период должна составлять не менее

80 г/л

60 г/л

100 г/л

120 г/л

140 г/л

77. Образование мочевой кислоты из пуринов катализируется

ксантаноксидазой

аденил-кислой дезаминазой

аллантаиназой

уреазой

уриказой

78. Основной источник азота мочевины в моче

аммиак, образующийся при дезаминировании и трансаминировании аминокислот

аммиак, образующийся при распаде пуринов

аммиак, образующийся при распаде пиримидинов

орнитин

цитруллин

79. Наибольшее количество щавелевой кислоты (оксалато-3. экскретируется с мочой.

Количество ее возрастает в моче за счет образования из

пищевых оксалатов

аскорбиновой кислоты
избыточных углеводов
дезоксипиридоксина

80. Теоретически протеинурия может возникать в результате
прохождения плазмы через поврежденную мембрану
недостаточной канальцевой реабсорбции белка
чрезмерной концентрации нормального белка в плазме
наличия нормального протеина в плазме

81. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят
характер
приступообразных острых
ноющих
тупых
острых
постоянных ноющих

82. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику,
локализация и иррадиация болей
поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и
половые органы
поясничная область без иррадиации
подреберье с иррадиацией под лопатку
боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
паховая область с иррадиацией в бедро

83. При остром паренхиматозном простатите боли
интенсивные, вплоть до пульсирующих
постоянные ноющие
приступообразные
тупые
острые

84. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются
в промежности и крестце
над лоном
в поясничной области
в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
в промежности

85. Дизурия - это
частое, болезненное мочеиспускание
затрудненное мочеиспускание
частое мочеиспускание
болезненное мочеиспускание

86. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
опухоли почки
туберкулеза
аденомы предстательной железы
цистита

87. Странгурия - это

затрудненное мочеиспускание по каплям
мочеиспускание, сопровождающееся болью
частое мочеиспускание

88. Странгурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
камня мочеточника
инородных тел уретры
камня мочевого пузыря
острого простатита
аденомы предстательной железы

89. Ноктурия - это
учащение ночного мочеиспускания
увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
дневная олигурия

90. Поллакиурия - это
учащение дневного мочеиспускания
увеличение диуреза
учащение мочеиспускания дневного и ночного
учащение ночного мочеиспускания
увеличение ночного диуреза

91. Поллакиурия обычно не встречается
при камне верхней трети мочеточника
при цистоцеле
при неврастении
при истерии

92. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
опухоли почки
туберкулеза мочевого пузыря
цисталгии
камня мочевого пузыря

93. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
микседемы
опухоли почки
гломерулонефрита
сердечной недостаточности
обильной рвоты

94. Секреторная анурия - это
отсутствие выделения мочи почками
отсутствие мочи в мочевом пузыре
отсутствие самостоятельного мочеиспускания
невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

95. Преренальная анурия встречается
при сердечной недостаточности
при обильных кровопотерях
при отравлении ядами и лекарственными препаратами

96. Ренальная анурия встречается

при хроническом пиелонефрите
при хроническом гломерулонефрите
при тромбозе или эмболии почечных сосудов

97. Субренальная анурия встречается
при обтурации обоих мочеточников
при случайной перевязке мочеточников
при аденоме предстательной железы

98. Полиурия встречается
в III стадии острой почечной недостаточности
при хронической почечной недостаточности
при сахарном диабете
при канальцевых нефропатиях

99. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме
при туберкулезе почки
после аллотрансплантации почки
после ликвидации препятствия в мочевых путях
поражения межуточной доли гипофиза

100. Острая задержка мочеиспускания - это
невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
отсутствие выделения мочи почками
отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
парадоксальная ишурия

101. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме
обтурации мочеточников
атрезии наружного отверстия уретры
нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
доброкачественной гиперплазии предстательной железы

102. Парадоксальная ишурия - это
сочетание ХЗМ с недержанием мочи
невозможность самостоятельного мочеиспускания
хроническая задержка мочеиспускания
недержание мочи
сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

103. Императивное недержание мочи (неудержание) - это
непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва
непроизвольное выделение мочи без позыва
императивные позывы к мочеиспусканию
непроизвольное выделение мочи
непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

104. Относительная плотность мочи зависит
от функции почечных канальцев
от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ
от функции почечных клубочков

105. О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче
следов

более 0.03 г/л
менее 0.03 г/л
более 0.06 г/л
более 0.09 г/л

106. Истинная (почечная) протеинурия не встречается
при гломерулонефрите
при опухоли почки
при мочекаменной болезни
при нефрозе

107. Истинная (почечная) протеинурия встречается
при нефропатии беременных
при амилоидозе почек
у новорожденных
у подростков

108. Ложная протеинурия не характерна
для гломерулонефрита
для туберкулеза почки
для пиелонефрита
для опухоли почки

109. Гематурия - это
выделение крови с мочой
наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
выделение крови из мочеиспускательного канала
наличие в моче порфирина
наличие в моче миоглобина

110. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
хронического гломерулонефрита
камней или опухолей шейки мочевого пузыря
варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
колликулита
острого цистита

111. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
хронического уретрита
аденомы простаты и камня мочевого пузыря
опухоли уретры
травмы уретры

112. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в поле зрения микроскопа
более 6
более 2
более 4
более 8
более 10

113. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в 1 мл мочи
более 2000
более 500

более 1000
более 4000
более 6000

114. Пневматурия встречается при следующих состояниях, кроме
пузырно-влагалищных свищах
почечно-кишечных свищах
пузырно-кишечных свищах
воспалительном процессе, вызванном газообразующей флорой

115. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря
острый уретрит, простатит и эпидидимит
свежее повреждение уретры хронический простатит
внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря

116. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме
секреторной анурии
раздельного получения мочи из каждой почки
проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
обтурационной анурии
диф. диагностики секреторной и обтурационной анурии

117. Осложнениями катетеризации мочеточников являются
перфорация мочеточника
перфорация лоханки
обострение мочевого инфекции

118. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая
форникальное кровотечение
уретральную лихорадку
острый простатит и эпидидимит
уретроррагию

119. Для проведения цистоскопии необходимы
проходимость уретры
емкость мочевого пузыря более 75 мл
прозрачная среда в полости мочевого пузыря

120. Показаниями к уретроскопии являются
опухоли уретры
колликулит
хронические воспалительные заболевания уретры

121. Уретроскопия применяется для осмотра
передней части уретры
задней части уретры
семенного бугорка

122. Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются
острый цистит, уретрит
коллапс
шок

острый простатит

123. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через

3-5 мин

15-20 мин

8-10 мин

1-2 мин

10-12 мин

124. Положительный симптом диафаноскопии характерен
для гидроцеле

для опухоли яичка

для острого орхоэпидидимита

для пахово-мошоночной грыжи

для хронического эпидидимита

125. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные, кроме
острого простатита

стриктуры уретры, клапана уретры

аденомы предстательной железы

рака предстательной железы

нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

126. На характер урофлоурограммы влияют

функциональное состояние детрузора

нарушение проходимости уретры

нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента

127. Урофлоуметрия не показана при:

экстрофии мочевого пузыря

пузырно-влагалищном свище, пузырно-ректальном свище

наличии цистостомы

128. Средняя объемная скорость мочеиспускания в норме равна

15-45 мл/сек

4-5 мл/сек

6-8 мл/сек

9-10 мл/сек

60-70 мл/сек

129. Показаниями к сфинктерометрии являются

недержание мочи

неудержание мочи

нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

130. Внутрипузырное давление в норме при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл
жидкости равно

до 30-40 см вод. ст.

до 5 см вод. ст.

до 10 см вод. ст.

до 15-20 см вод. ст.

до 20-25 см вод. ст.

131. В секрете предстательной железы в норме содержатся
лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
лецитиновые зерна
макрофаги и амилоидные тельца
эпителиальные и гигантские клетки

132. При введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме
головной боли и головокружения
макрогематурии
ощущения жара
металлического вкуса во рту
падения АД, шока

133. Первая помощь при аллергических реакциях на рентгеноконтрастные вещества, кроме
лазикс
глюкокортикоиды
тиосульфат натрия
супрастин
10% раствор глюконата кальция

134. Первый метод диагностики, который показан при подозрении на рак мочевого пузыря:
УЗИ
нисходящая цистография
осадочная пневмоцистография
полицистография
цистоскопия

135. При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимо произвести
ретроградную цистографию в прямой, боковой проекциях и после мочеиспускания
ретроградную цистографию в прямой проекции
ретроградную цистографию в боковой проекции

136. Показаниями к ретроградной пиелоуретерографии являются
уратный камень почки или мочеточника
папиллярная опухоль лоханки
туберкулез почки

137. Осложнениями ретроградной пиелоуретерографии являются
перфорация почки и мочеточника
острый пиелонефрит, острый простатит
острая почечная недостаточность
забрюшинная флегмона

138. Вещество, вводимое для радиоиндикации того или иного органа человека, принято называть
радиоактивный препарат
радиофармпрепарат
меченые соединения
изотопный препарат
короткоживущий препарат

139. Для подготовки больного к радиоизотопному исследованию применяется
обычный питьевой и пищевой режим
очистительная клизма

сухоедение
введение пробной дозы препарата
голод накануне исследования

140. При проведении ренографии наиболее удобным положением больного является
сидя, с расположением датчиков (детекторов. со стороны спины)
сидя, с расположением датчиков со стороны живота
лежа, с расположением датчиков со стороны спины
лежа, с расположением датчиков со стороны живота
лежа, с расположением датчиков на область мочевого пузыря

141. Транспорт применяемого для ренографии ^{131}J -гиппурана происходит в основном за счет
канальцевой секреции
клубочковой фильтрации
перехода в экстрацеллюлярное пространство

142. Противопоказаниями для проведения ренографии являются
индивидуальная непереносимость йодсодержащих
практически нет противопоказаний
контрастных веществ
почечная недостаточность
печеночная недостаточность
гипертиреозидизм

143. Ошибки при ренографии в основном связаны
с неправильной установкой детектора (датчика)
с положением больного при исследовании
с недостаточной подготовкой пациента для обследования

144. На показатели ренограмм могут влиять все перечисленные экстраренальные факторы,
кроме
сухоедения
заболевания толстого кишечника, гипертиреозидизма
высокой лабильности нервной системы
подкожного введения радиофармпрепарата
неправильного положения датчиков

145. Радиоизотопная ренография в диагностике заболеваний органов мочевой системы
является
скрининг-тестом
методом динамического контроля
основным методом диагностики

146. Применение сканирования почек с короткоживущими изотопами у беременных
целесообразно
нецелесообразно ни в одном случае
для выявления опухолевого процесса в почках
для выявления нарушений секреторной функции почек
для выявления нарушений экскреторной функции почек

147. Ультразвуковые признаки простой кисты почки
объемное образование округлой формы, гипоехогенной структуры с феноменом
дистального усиления эхосигнала
объемное образование округлой формы
объемное образование округлой формы гипоехогенной структуры

солидное (тканевое) образование округлой формы
солидное образование округлой формы с ровными контурами

148. Ультразвуковые признаки рака почки

объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры

объемное образование округлой формы

объемное образование овоидной формы

тонкостенное объемное образование гипоэхогенной структуры

гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

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

9-12 см

2-4 см

5-6 см

7-9 см

20-30 см

150. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которого составляет

4.5-6.5 см

3.5-4.0 см

6.5-7.5 см

7.5-8.5 см

151. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна

если они содержат мочу

во всех случаях

никогда

если они не расширены

152. Изображение чашечно-лоханочного комплекса при ультразвуковом сканировании имеет вид

треугольной формы

зоны повышенной эхогенности в центре почки

овоидной формы

153. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна

1.5-1.9 см

0.8-1.0 см

1.0-1.2 см

1.0-1.6 см

>2 см.

154. Надпочечники при ультразвуковом сканировании определяются в виде

эхонегативных образований

треугольной формы

эхопозитивных образований

155. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде

эхопозитивного образования

эхонегативного образования

не определяется

156. Разрешающая способность ультразвуковых сканограмм позволяет выявлять апостемы на почке

не позволяет

в 10-20% случаев

в 20-30% случаев

в 30-50% случаев

в 100% случаев

157. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять уратные камни чашечек диаметром 1.0 см

в 100% случаев

не позволяет

в 10-20% случаев

в 20-50% случаев

в 50-90% случаев

158. Визуализация при ультразвуковом сканировании "немой" почки

возможна в 100% случаев

невозможна

возможна в 70% случаев

возможна в 50% случаев

возможна в 20-40% случаев

159. При применении декстранов возможны

перегрузка кровообращения

опасность кровотечения

почечная недостаточность

160. Протамин-сульфат в дозе 1 мг нейтрализует

80-100 ед. гепарина

2500-5000 ед. гепарина

1000-1500 ед. гепарина

50-70 ед. гепарина

40-60 ед. гепарина

161. При лечении массивной кровопотери, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение

эритроцитарной массе

тромбоцитарной массе

лейкоцитарной массе

цельной крови

прямому переливанию крови

162. Показаниями к применению замороженной плазмы являются

массивная кровопотеря

ДВС-синдром, геморрагическая стадия

коагулопатии (гемофилия-А, дефицит фибриноген-1).

163. К обязательным пробам, проводимым перед переливанием крови, относятся

групповая и индивидуальная совместимость

биологическая проба

определение резус-совместимости

определение группы крови и резус-фактора

164. Лечение острой кровопотери начинают всегда с переливания
кристаллоидных и коллоидных растворов
эритромаcсы
консервированной донорской крови
значения не имеет

165. Лечение кровопотери до 1 л (20% ОЦК) производится
реинфузией
коллоидами и кристаллоидами
донорской кровью и эритромаcсой
прямой трансфузией свежезамороженной плазмы или тромбоцитарной массы

166. Лечение кровопотери более 2.5 л (свыше 50% ОЦК) производится
донорской кровью и эритромаcсой
реинфузией
коллоидами и кристаллоидами
прямой трансфузией, свежезамороженной плазмой и тромбомассой

167. Наиболее действующим эффектом замещения при кровопотере обладают
плазмозаменяющие растворы
декстраны
растворы желатина
плазма
рингер-лактат

168. Антидотом гепарина является
протамин-сульфат
хлористый кальций
дицинон
криопреципитат
тромбин

169. Бактерицидными свойствами обладают
пенициллины
аминогликозиды
цефалоспорины
тетрациклины

170. Оптимальный курс лечения антибактериальным препаратом при лёгком течении острого пиелонефрита составляет
7-10 дней
2 дня
5-6 дней
15-20 дней
более 20 дней

171. После пиелолитотомии, нефролитотомии или нефростомии по поводу коралловидного камня показана антибактериальная терапия
антибактериальным препаратом с учётом чувствительности выделенной микрофлоры
до стойкой нормализации ОАМ
гентамицином внутримышечно непрерывно 15 дней
антибиотиками внутривенно
антибиотиками (эритромицин, тетрациклин и др.) в таблетках
капельное орошение лоханки раствором антибиотиков

172. Больному произведена нефропексия. В послеоперационном периоде ему рекомендуется разрешить ходить на 2-е сутки

постельный режим в течение 7-10 дней в кровати на шите

постельный режим в течение 12 дней в кровати с панцирной сеткой

постельный режим в течение 21 дня

поясничный бандаж с 3-го дня после операции

173. При цисталгии показаны

ни то, ни другое

антибактериальные препараты перорально, в/м или в/в;

инстилляций в мочевой пузырь 0.25% раствора азотно-кислого серебра

и то, и другое

174. При неосложненном нефроптозе I стадии больному следует рекомендовать

ЛФК в положении лежа

ритмическую гимнастику (аэробику)

бег, ходьбу

атлетическую гимнастику

физкультура противопоказана

175. При неосложненном нефроптозе I стадии больному следует рекомендовать все перечисленное, кроме

запрещения тяжелого физического труда

ношения бандажа

прибавки в весе

грязелечения на курорте

лечебной гимнастики в положении лежа

176. Лечебная физкультура целесообразна при

нефроптозе, хроническом простатите

остром пиелонефрите, остром простатите

поликистозе, мультикистозной почке

кораловидном камне, множественных камнях в почке

хроническом эпидидимите

177. При внутривенных вливаниях растворов глюкозы необходима добавка в них инсулина из расчета 1 единица на какое количество граммов сухого вещества глюкозы

1 единица на 4.0 глюкозы

1 единица на 1.0 глюкозы

1 единица на 2.0 глюкозы

1 единица на 6.0 глюкозы

1 единица на 8.0 глюкозы

178. Больному со смешанной анаэробной инфекцией мочевых путей целесообразно применить

цефалоспорины + метронидазол

карбенициллин + гентамицин

бисептол + гентамицин

гентамицин

179. При острой и хронической почечной недостаточности не следует назначать

аминогликозиды (гентамицин, канамицин и др.)

тетрациклины

полусинтетические антибиотики

цефалоспорины

180. Больному с острым необструктивным пиелонефритом следует включать в диету
белки (мясо, рыбу)
жиры
молочные продукты
овощи и фрукты

181. Больному хроническим пиелонефритом без нарушения функции почек следует включать в диету
белки (мясо, рыбу).
жиры
молочные продукты
овощи и фрукты

182. Больному хроническим пиелонефритом, осложненным ХПН III стадии, следует ограничить в диете все перечисленное, кроме
овощей, фруктов
белков (мясо, рыбу).
жиров (сливочное, растительное масло)
молочных продуктов

183. У больной самостоятельно отходят оксалатные камни, сохраняется оксалурия. Ей следует рекомендовать
ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)
цитратные смеси, цитрусовые
увеличить потребление продуктов, богатых кальцием
терапия препаратами магния, витамин B6

184. К аномалиям положения почек относятся
дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
дистопия гетеролатеральная (перекрестная)
нефроптоз

185. Дистопированную почку необходимо дифференцировать
с нефроптозом
с опухолью кишечника
с опухолью женских половых органов

186. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются
ротация почки
низко отходящая, короткая сосудистая ножка
извитой, достаточной длины мочеточник

187. Диагноз дистопии почки основывается на данных
экскреторной урографии стоя и лежа
ангиографии
ультразвукового исследования

188. К симметричным формам сращения порчек относят

подковообразную и галетообразную почку

S-образную почку

L-образную почку

Y-образную почку

189. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает мочекаменная болезнь

пиелонефрит

гидронефроз

артериальная гипертензия

гематурия

190. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется

ротацией чашечно-лоханочных систем

изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек

наличием симптома "рыболовного крючка"

191. Патогенез солитарной кисты связан

с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)

с ретенцией мочи

с ишемией почечной ткани

192. Пункция кисты и кистография предусматривают определенную последовательность

этапов: 1) пункция кисты 2) введение рентгеноконтрастных веществ в полость кисты 3)

аспирация содержимого кисты 4) введение в полость кисты склерозирующих растворов 5)

направление мочи на цитологическое и бактериологическое исследование 6) эвакуация

рентгеноконтрастных веществ из кисты

правильно 1, 3, 5, 2, 6 и 4 правильно 1, 2, 5, 6, 3 и 4

правильно 1, 2, 3, 6, 4 и 5

правильно 1, 3, 2, 6, 5 и 4

правильно 1, 2, 3, 5, 6 и 4

193. Показаниями к операции по поводу солитарной кисты почки являются

постоянные боли

гематурия, кровоизлияние в кисту

малигнизация стенки кисты

сочетание кисты и рака почки

нагноение кисты

нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях

нефрогенная артериальная гипертензия

194. Поликистоз почек - это заболевание

врожденное

двустороннее

приобретенное

одностороннее

195. Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются

бессосудистыми зонами

истонченными и удлинненными магистральными сосудами

значительным количеством мелких артерий

196. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются

длительная микрогематурия

нагноение кист

рак почки
хронический пиелонефрит

197. Мультикистоз почки - это заболевание
одностороннее
врожденное
двустороннее
приобретенное

198. Этиология мультикистоза почки может быть связана
с отсутствием закладки экскреторного аппарата
с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза
с неправильной закладкой секреторного аппарата почки

199. Возможны следующие варианты мультикистоза почек
мочеточник атрофичен и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря
мочеточник соединяется с мочевым пузырем, но слепо заканчивается в верхнем отделе
мочеточник не изменен
мочеточник атрофичен

200. Мультилокулярная киста почки - это
однокамерная киста
многокамерная киста
не сообщающаяся с лоханкой киста

201. Лечение мультилокулярной кисты
нефрэктомия или резекция почки
консервативное
чрезкожная пункция кисты
вылущение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее
внутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой
пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

202. Синонимами термина "губчатая почка" является все перечисленное, кроме
мультикистоз и поликистоз почки
мультикистоз мозгового вещества
медуллярная губчатая почка
кистозное расширение почечных пирамид
врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

203. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист
в почечных пирамидах
в корковом веществе почки
в корковом и мозговом веществе почки
в воротах почки
в одном из полюсов почки

204. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов
в полостях кист
в чашечках
в лоханке
в мочеточнике

205. Диагноз "губчатая почка" устанавливают с помощью

ультразвукового исследования
обзорной и экскреторной урографии, КТ
почечной артериографии
динамической нефросцинтиграфии
ретроградной уретеропиелографии

206. Лечение больных с губчатой почкой
специального лечения не требуется
оперативное лечение только в случае осложнений, не поддающихся медикаментозному лечению
оперативное
консервативное

207. Мегакаликоз является результатом
медуллярной дисплазии
очагового отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы
отсутствия закладки экскреторного аппарата
расщепления мочеточникового зачатка до его вхождения в метанефротическую бластему
недоразвития мочеточникового зачатка

208. Основным методом диагностики мегакаликоза является
экскреторная урография, КТ
ультразвуковое исследование
ретроградная пиелография
динамическая сцинтиграфия
ангиография

209. Лечение неосложненного мегакаликоза
специального лечения не требуется
консервативное
нефрэктомия
резекция полюса почки
пластические операции

210. Удвоение почки - это наличие
разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение
двух лоханок
двух мочеточников
расщепление мочеточника

211. Удвоение верхних мочевых путей - это
разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение
удвоение лоханки
удвоение мочеточника
расщепление мочеточника

212. Парапелъвикальные кисты характеризуются тем, что
не сообщаются с лоханкой и чашечками
локализируются в области почечного синуса
связаны с лоханкой или чашечками
не локализируются в области почечного синуса

213. Закон Вейгерта - Мейера заключается
в перекрещивании мочеточников

в расположении устья мочеточника, отходящего от верхней лоханки дистальнее устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
в дистальном расположении устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки

214. Закон Вейгерта - Мейера действует

при удвоении мочеточника
при удвоении лоханки
при удвоении почки
при расщеплении мочеточника
при неполном удвоении почки

215. Наиболее частыми осложнениями при удвоении мочеточников являются
пузырно-мочеточниковый рефлюкс
недержание мочи вследствие эктопии устья мочеточника
гидроуретеронефроз

216. Ретрокавальное расположение мочеточника является результатом
неправильного эмбрионального развития нижней поллой вены
неправильного эмбрионального развития почки
неправильного эмбрионального развития аорты
неправильного эмбрионального развития задней правой кардиальной вены

217. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных
экскреторной урографии, КТ
венокавографии
ретроградной уретерографии
аортографии

218. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника из перечисленных методов наиболее информативным является
урокинематография
динамическая нефросцинтиграфия
аортография
венокавография
цистография

219. Операция при нейромышечной дисплазии мочеточника должна отвечать следующим требованиям
быть антирефлюксной
сокращать длину и диаметр мочеточника без нарушения целостности его нейромышечного аппарата
устранять инфравезикальную обструкцию

220. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является
сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи
недержание мочи
неудержание мочи
задержка мочи
сочетание нормального акта мочеиспускания с неудержанием мочи

221. При эктопии устья мочеточника выполняются все перечисленные типы операций, кроме

интестинальной пластики

уретероцистонеостомии

пиелоуретероанастомоза

геминефрэктомии

уретероуретероанастомоза

222. Причинами уретероцеле являются

узость устья мочеточника

врожденная нейромышечная слабость подслизистого слоя мочеточника

сужение интрамурального отдела мочеточника

нейромышечная дисплазия нижнего цистоида

223. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

ультразвукового исследования

нисходящей цистографии

цистоскопии

экскреторной урографии

восходящей цистографии

224. При гидронефрозе наиболее часто встречается осложнение

пиелонефрит

артериальная гипертензия

венозная гипертензия

почечно-каменная болезнь

гематурия

225. Причинами врожденного гидронефроза является все перечисленное, кроме

периуретерита

рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза

высокого отхождения мочеточника и клапана мочеточника

нижнеполярного добавочного сосуда

226. Основными рентгенологическими методами диагностики гидронефротической трансформации являются все перечисленные, кроме

цистографии

экскреторной урографии

почечной артериографии

ретроградной пиелографии

УЗИ

227. При гидронефротической трансформации, обусловленной добавочным нижнеполярным сосудом, осложненной острым серозным пиелонефритом, на первом этапе целесообразно

чрезкожная пункционная нефростомия

операция по Culp de Weerd

резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом

операция по Фолею

антевазальный пиелоуретероанастомоз

228. При II и III стадии нефроптоза имеют место следующие изменения в сосудах почки

растяжение сосудов

перекрут сосудистой ножки

уменьшение просвета сосудов

229. Показаниями к оперативному лечению нефроптоза является все перечисленное, за исключением

I стадии нефроптоза

вазореальной гипертензии

гидронефротической трансформации

болей в области почки, лишающих больного трудоспособности

230. При экстрофии мочевого пузыря наиболее частым осложнением бывает

пиелонефрит и камни почек

микро- и макрогематурия

мочевые (солевые) диатезы

артериальная гипертензия

хилурия

231. Экстрофия мочевого пузыря сопровождается

расхождением лонного сочленения

тотальной эписпадией

гипоспадией

232. При экстрофии мочевого пузыря оптимальным является

создание изолированного мочевого пузыря

пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку

пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой

реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки

233. Для дивертикула мочевого пузыря наиболее распространенными и характерными симптомами являются

задержка мочи, мочеиспускание в два приема

чувство тяжести внизу живота

боль в поясничной области

повышение температуры и артериального давления

234. Приобретенные дивертикулы отличаются от врожденного наличием

всех слоев стенки мочевого пузыря

множественностью

наличием инфравезикальной обструкции

узкого входа в дивертикул

широкого входа в дивертикул

235. Для гипорефлекторной формы невrogenного мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме

недержания мочи

отсутствия или слабой выраженности позыва к мочеиспусканию

задержки мочи

продолжительного мочеиспускания или мочеиспускания в несколько приемов

236. Для гипорефлекторной формы невrogenного мочевого пузыря характерны

парадоксальная ишурия

наличие большого количества остаточной мочи

наличие пузырно - мочеточникового рефлюкса

хроническая почечная недостаточность

237. Наиболее частыми осложнениями невrogenного мочевого пузыря являются

хронический пиелонефрит
гидронефротическая трансформация
хроническая почечная недостаточность
пузырно - мочеточниковый везикоренальный рефлюкс

238. Различают все перечисленные формы эписпадии, кроме
тотальной
субсимфизарной
эписпадии головки
стволовой

239. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме
тотальной
головчатой
стволовой
мошоночной

240. К осложнениям крипторхизма относятся
атрофия герминативного эпителия
злокачественные опухоли
ущемление неопустившегося яичка

241. Оптимальным возрастом для начала лечения крипторхизма является
1 год
8-10 месяцев
2 года
3-4 года
6 лет

242. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является
невозможность его низведения
гипоплазия яичка
подозрение на опухоль яичка

243. Прогноз при крипторхизме зависит
от формы
от сроков выполнения операции
от степени морфологических нарушений стромы яичка
от нарушения кровоснабжения

244. Причиной наиболее частого возникновения левостороннего варикоцеле является
почечная венная гипертензия
врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене
аорто-мезентериальный пинцет
наличие артерио-венозной фистулы

245. Возможными осложнениями операции Иванисевича являются
водянка оболочек яичка
рецидив варикоцеле
тромбоз тестикулосафенного анастомоза
кровотечение из раны вследствие несостоятельности венозного анастомоза

246. Формы острого гнойного пиелонефрита

**межуточный гнойный
апостематозный
абсцесс
карбункул**

247. Среди беременных частота заболеваний острым пиелонефритом составляет
11 %
0%
1 %
50%
100%

248. Наиболее часто вызывает пиелонефрит
кишечная палочка
протей
палочка сине-зеленого гноя
стафилококк
энтерококк

249. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать
стафилококк
протей
кишечная палочка
палочка сине-зеленого гноя
энтерококк

250. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются
нарушение уродинамики в ВМП
полиурия
перегревание

251. С уверенностью позволяет высказаться о наличии бактериурии количество бактерий в 1
мл мочи, равное
более 100000
1000
5000
более 10000
более 50000

252. Антибактериальное лечение при остром пиелонефрите следует проводить
длительно, прерывисто в течение нескольких месяцев
до нормализации температуры
до исчезновения пиурии
до исчезновения бактериурии
до выписки больного из стационара

253. Заболеваемость хроническим пиелонефритом в связи с полом имеет следующую
закономерность
женщины заболевают в 4 раза чаще
мужчины заболевают в 4 раза чаще
мужчины заболевают в 2 раза чаще
мужчины и женщины заболевают одинаково часто
женщины заболевают в 2 раза чаще

254. Скрытая лейкоцитурия выявляется с помощью
преднизолонового теста
клинического анализа мочи
метода Каковского - Аддиса
пробы Нечипоренко

255. При хроническом пиелонефрите прежде всего поражаются
канальцы почки
сосудистые петли клубочка почки
капсула Шумлянского - Боумена
нисходящее колено петли Генле
восходящее колено петли Генле

256. Для хронического пиелонефрита наиболее характерны
нарушение функции канальцев
нарушение функции клубочков
нарушение функции чашечек
нарушение фильтрационной функции почки
нарушение функции почечной лоханки

257. Показатель рено-кортикального индекса, указывающий на наличие хронического пиелонефрита
меньше 60%
меньше 20%
меньше 40%
больше 60%
больше 80%

258. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является
сдавление увеличенной маткой мочеточников
дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
понижение реактивности организма

259. Для острого паранефрита в начале заболевания характерна
постоянного типа лихорадка
септическая лихорадка
интермиттирующая лихорадка
субфебрильная температура

260. По классификации TNM Международного противоракового союза символ T2a при раке мочевого пузыря означает
опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой
имеется поверхностная инвазия эпителия
опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой
опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку
опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки

261. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это
гематурия
гиперпирексия
дизурия
боли
затрудненное мочеиспускание

262. Для уточнения источника гематурии необходимо начинать исследование

с цистоскопии

с экскреторной урографии

с ультразвукового исследования

с общего анализа мочи

с радиоизотопного сканирования

263. Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря

Tis, Ta, T1

T2

T3

T4

правильно T1 и T2

264. Курящие страдают раком мочевого пузыря чаще некурящих

в 7 раз

в 3 раза

в 5 раз

в 6 раз

265. Рак мочевого пузыря чаще локализуется

в зоне треугольника Льюто

на левой боковой стенке

на правой боковой стенке

на верхушке

в области шейки

266. Для клиники опухоли пузыря характерны

гематурия, дизурия

боли

гиперпирексия

267. Оперативное лечение рака мочевого пузыря в стадии T3NoMo

цистэктомия

трансуретральная электрорезекция

электрокоагуляция

резекция мочевого пузыря

-демукузация

268. Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются

остроконечная кондилома

фиброма

карбункулы

полипы

папилломы

269. У мужчин в возрасте старше 50 лет при профилактическом осмотре обнаруживают аденому

предстательной железы в среднем

в 10-15% случаев

в 26-30% случаев

в 31-40% случаев

в 41-50% случаев

более чем в 50% случаев

270. Развитию аденомы предстательной железы способствуют
гормональные нарушения в организме
хронический воспалительный процесс в предстательной железе
-наследственность
вирусная инфекция
половые излишества

271. Для функции почек и верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов
субтригональный
субвезикальный
интравезикальный
диффузный
смешанный

272. Острая задержка мочеиспускания при аденоме предстательной железы наблюдается
в I и II стадиях
только в I стадии
только во II стадии
только в III стадии
во всех стадиях

273. Для лечения ДГП в настоящее время чаще всего применяются
альфа - блокаторы
фитотерапия
флюоцинон
блокаторы 5 альфа редуктазы
омонотерапия

274. Рак в предстательной железе возникает вследствие
гормональных нарушений
вирусного заболевания
хронического воспаления
аденомы
экзогенных канцерогенных веществ

275. Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после
50 лет
10 лет
20 лет
30 лет
40 лет

276. При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы характерны следующие изменения - предстательная железа
плотная, безболезненная, поверхность бугристая
увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна
увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена,
границы железы четкие, пальпация безболезненная
плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения
увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения
чередуются с участками относительно плотной ткани

277. Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы
позволяют поставить

биопсия предстательной железы

осмотр и пальпация наружных половых органов
пальпация предстательной железы
цистоскопия
биопсия костного мозга

278. Для определения распространенности рака предстательной железы необходимы следующие

рентгенологические исследования
УЗИ и КТ органов брюшной и грудной полости
рентгенография костей таза и легких
лакунарная цистография
-осадочная цистография

279. Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается

в США
во Франции
в Китае
в Англии
в Японии

280. Ранними клиническими признаками рака предстательной железы являются

ранние признаки не существуют
задержка мочи
гематурия
боли в промежности
дизурия

281. Основным методом ранней диагностики рака предстательной железы

пальцевое ректальное исследование предстательной железы
ПСА
ультразвуковое исследование простаты с биопсией
исследование гормонального баланса

282. Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются

в костях
в печени
в легких
в брюшине
в яичках

283. Для лечения рака простаты из приведенных препаратов антиандрогенами являются

андрокур
флуцином
диэтилstilбестрол
эстрадин

284. Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии

T1N0M0
T2NxMo
T3N0M1
T4N1M2

285. К паллиативным операциям, применяемым в поздних стадиях рака предстательной железы,

относятся

троакарная цистостомия
высокое сечение мочевого пузыря
трансуретральная электрорезекция
нефростомия

286. Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется

по периферии предстательной железы под капсулой

в краниальной части предстательной железы

в каудальной части предстательной железы

вблизи семенного бугорка

в центральной зоне, прилежащей к уретре

287. К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся

травма органов мошонки

крипторхизм

половое воздержание или половые излишества, онанизм

эпидидимит на почве вирусной инфекции

288. К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме

железистого рака и аденокарциномы

семиномы

эмбрионального рака

тератобластомы

289. Для опухоли яичка характерны следующие симптомы

пальпируемая опухоль в мошонке

увеличенные паховые лимфоузлы

увеличенные забрюшинные лимфоузлы

гемоспермия

хронический приапизм

290. При несеминомной опухоли яичка применяют следующие операции

удаление забрюшинных лимфоузлов

орхифуникулоэпидидимэктомия

удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика

эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек)

291. К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек

семинома

хорионэпителиома

тератома

тератобластома

эмбриональная карцинома

292. У мальчика 5 месяцев диагностирован паховый односторонний крипторхизм. Ему рекомендуется

наблюдение без лечения

ревизия пахового канала

орхиэктомия

низведение яичка в мошонку

консервативное лечение

293. У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм. Ему рекомендуется

низведение яичка или орхиэктомия
хориогонадотропин, поливитамины
лечебная физкультура
динамическое наблюдение
оперативное лечение в возрасте 14-16 лет

294. Возникновению рака полового члена способствуют следующие факторы
хронические воспаления (баланит, баланопостит), фимоз и др.
вирусная кондилома и лейкоплакия
хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии
применение противозачаточных средств

295. При раке полового члена поражаются метастазами регионарные лимфоузлы
паховые
забрюшинные
тазовые
медиастинальные
подмышечные

296. При раке полового члена в зависимости от стадии и локализации применяют
обрезание крайней плоти
ампутацию полового члена + операцию Дюкена (паховая лимфаденоэктомия)
эмаскуляцию (ампутацию мошонки и полового члена)
операцию Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия)

297. К факторам, вызывающим изменение мочевой системы при беременности, относятся все перечисленные, кроме
температурных
эндокринных
механических
нейрогуморальных

298. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является
ультразвуковой
инструментальный
радиологический
рентгенологический
ядерно-магнитный

299. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является
острый гнойный пиелонефрит
олигурия
высокая лихорадка
уретерогидронефроз
хроническая почечная недостаточность

300. Тонус верхних мочевых путей и уродинамика после родов у женщин нормализуется через
2-4 недели
одну неделю
2 месяца
4 месяца
6 месяцев

ФОС практических навыков государственной (итоговой государственной) аттестации.

1. Показания, противопоказания и техника выполнения пальцевого ректального исследования предстательной железы
2. Интерпретация данных лабораторных методов исследования уровня концентрации простатического специфического антигена сыворотки крови
3. Показания и противопоказания для взятия и микроскопии секрета предстательной железы
4. Показания, противопоказания и техника выполнения катетеризации мочевого пузыря жестким и гибкими катетерами
5. Показания, противопоказания и техника выполнения бужирования уретры
6. Показания, противопоказания и техника выполнения уретроскопии
7. Показания, противопоказания, техника выполнения и интерпретация результатов цистоскопии, биопсии мочевого пузыря
8. Показания, противопоказания, техника выполнения установки уретрального катетера мужчине и женщине;
9. Показания, противопоказания, техника выполнения выполнения троакарной цистостомии;
10. Показания, противопоказания, техника выполнения закрытия свища мочевого пузыря;
11. Показания, противопоказания, техника выполнения цистоскопии и установки мочеточникового стента/катетера;
12. Показания, противопоказания, техника выполнения чрескожной пункционной нефростомии под ультразвуковым контролем (далее - УЗ-контролем);
13. Показания, противопоказания, техника выполнения пункции кисты почки и ее аспирация под УЗ-контролем;
14. Показания, противопоказания, техника выполнения наложения швов на рану.
15. Показания, противопоказания, техника выполнения снятия швов;
16. Показания, противопоказания, техника выполнения первичной хирургической обработки раны;

17. Показания, противопоказания, техника выполнения инстилляции мочевого пузыря;
18. Показания, противопоказания, техника выполнения местной анестезии;
19. Показания, противопоказания, техника выполнения замены цистостомического/нефростомического дренажа;
20. Показания, противопоказания, техника выполнения бужирования уретры;
21. Показания, противопоказания, техника выполнения вправления парафимоза;
22. Показания, противопоказания, техника выполнения обрезания крайней плоти;
23. Показания, противопоказания, техника выполнения меатотомии;
24. Показания, противопоказания, техника выполнения перевязки и пересечения яичковой вены;
25. Показания, противопоказания, техника выполнения ревизии и операции на органах мошонки;
26. Показания, противопоказания, техника выполнения орхиэпидидимэктомии;
27. Показания, противопоказания, техника выполнения остановки кровотечения из мужских половых органов;
28. Показания, противопоказания, техника выполнения трансуретральной биопсии мочевого пузыря;
29. Показания, противопоказания, техника выполнения уретероцистоскопии ригидным и гибким фиброуретероцистоскопом.
30. Показания, противопоказания, техника выполнения нефроскопии
31. Показания, противопоказания, техника выполнения люмботомии
32. Показания, противопоказания, техника выполнения биопсии почки под контролем ультразвука
33. Показания, противопоказания, техника выполнения биопсии яичка
34. Показания, противопоказания, техника выполнения биопсии мочевого пузыря
35. Показания, противопоказания, техника выполнения контактной уретеролитотрипсии

36. Показания, противопоказания, техника выполнения контактной цистолитотрипсии
37. Показания, противопоказания, техника выполнения эндоскопической пиелонефролитотрипсии
38. Показания, противопоказания, техника выполнения ретроградной гибкой нефролитотрипсии
39. Показания, противопоказания, техника выполнения нефролитолапаксии
40. Показания, противопоказания, техника выполнения мининефролитолапаксии
41. Показания, противопоказания, техника выполнения дистанционной ударноволновой нефролитотрипсии
42. Показания, противопоказания, техника выполнения дистанционной ударноволновой уретеролитотрипсии
43. Показания, противопоказания, техника выполнения микрохирургической варикоцелэктомии (операция Мармара)
44. Показания, противопоказания, техника выполнения операции Иванисевича
45. Показания, противопоказания, техника выполнения операции Винкельмана
46. Показания, противопоказания, техника выполнения операции Бергмана
47. Показания, противопоказания, техника выполнения уретеролитотомии
48. Показания, противопоказания, техника выполнения пиелолитотомии
49. Показания, противопоказания, техника выполнения нефролитотомии
50. Показания, противопоказания, техника выполнения пиелостомии
51. Показания, противопоказания, техника выполнения нефростомии
52. Показания, противопоказания, техника выполнения нефрэктомии
53. Показания, противопоказания, техника выполнения пластики гидронефроза по Андерсену-Хайнсу
54. Показания, противопоказания, техника выполнения нефропексии
55. Показания, противопоказания, техника выполнения орхэктомии
56. Показания, противопоказания, техника выполнения цистэктомии

57. Показания, противопоказания, техника выполнения простатэктомии
58. Показания, противопоказания, техника выполнения аденомэктомии
59. Показания, противопоказания, техника выполнения трансуретральной резекции предстательной железы
60. Показания, противопоказания, техника выполнения трансуретральной энуклеации аденомы предстательной железы.

ФОС К УСТНОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

1. Почечная колика. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Методы диагностики скрытой пиурии. Тактика.
3. Оказание специализированной медицинской помощи при приступе почечной колики.
4. Виды анурии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Дифференциальная диагностика субренальной формы анурии и ОЗМ
6. Качественные и количественные изменения мочи в клинической практике.
7. Гематурия. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Ишурия. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Острая задержка мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Ишурия парадокса. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Хроническая задержка мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Ишурия. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Методы диагностики отдельной функции почек в клинической практике.
14. Методы диагностики суммарной функции почек в клинической практике
15. Радиоизотопные методы исследования в клинической практике
16. Эндоскопические методы диагностики и лечения в урологии
17. Современные методы исследования в урологии (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, МРТ, ПЭТ КТ)
18. Ультразвуковая диагностика в урологии, как метод скрининга.
19. Лечебно-диагностические пособия под УЗ-наведением в урологии.
20. Лучевые методы исследования в урологии (рентгеноконтрастные вещества и методы их введения)
21. Лучевые методы исследования в ургентной урологии

22. Рентген-эндоскопические методы исследования при оперативных пособиях в урологической клинике.
23. Мочекаменная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
24. Патогенез различных типов уролитиаза.
25. Особенности лучевой и ультразвуковой диагностики различных видов мочекаменной болезни.
26. Консервативные методы лечения мочекаменной болезни. Коррекция метаболических нарушений.
27. Литолитическая терапия, как метод лечения мочекаменной болезни
28. Литокинетическая терапия, как метод лечения мочекаменной болезни
29. Дистанционная литотрипсия. Показания. Противопоказания. Техника выполнения.
30. Камни мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение.
31. Хирургические методы лечения мочекаменной болезни
32. Уретеролитиаз. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Фимоз. Парафимоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Крипторхизм. Эктопия яичка. Клиника. Диагностика. Лечение.
35. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Нефроптоз. Дифференциальная диагностика с дистопией почки. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Гидронефроз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Хронический пиелонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Пионефроз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Острый цистит. Этиопатогенз. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
41. Хронический цистит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Острый простатит. Этиопатогенз. Клиника. Диагностика. Лечение
43. Хронический простатит. Классификация. Этиопатогенз. Клиника.
44. Хронический простатит. Классификация. Диагностика. Лечение.
45. Синдром хронической тазовой боли. Клиника. Диагностика. Лечение.
46. Эпидидимит. Орхоэпидидимит. Этиопатогенз. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
47. Симптомы нижних мочевых путей у женщин. Возрастные изменения в организме. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Виды диагностики расстройств мочеиспускания, комплексное уродинамическое исследование.
49. Гиперактивный мочевой пузырь. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Недержание мочи. Классификация. Клиника.

51. Стрессовое недержание мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Ургентное недержание мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Консервативные методы лечения недержания мочи.
54. Оперативные методы лечения недержания мочи.
55. Острый паранефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Острый пиелонефрит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
57. Абсцесс почки. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Пиелонефрит беременных. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Хронический пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение. Исходы.
60. Основы антибактериальной терапии воспалительных урологических заболеваний.
61. Осложнения трансуретральной резекции предстательной железы. ТУР синдром. Профилактика. Лечение.
62. ДГПЖ и Рак предстательной железы. Дифференциальная диагностика.
63. Рак предстательной железы. Классификация.
64. Рак предстательной железы. Диагностика.
65. Рак предстательной железы. Лечение.
66. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у взрослых
67. Опухоли почек. Современные подходы в диагностике и лечении
68. Доброкачественные и злокачественные пухоли яичка. Клиника, диагностика, лечение.
69. Доброкачественные опухоли мочевого пузыря. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Злокачественные опухоли мочевого пузыря. Современная классификация. Клиника, диагностика, лечение.
71. Закрытые травмы почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Травмы мочеточника. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Травмы мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение.
74. Травма уретры. Клиника. Диагностика. Лечение
75. Травмы органов мошонки. Клиника. Диагностика. Лечение
76. Эректильная дисфункция. Этипатогенез. Класификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
77. Эректильная дисфункция. Гормонзависимые формы. Особенности клиники, диагностики и лечения.
78. Васкулогенная эректильная дисфункция. Особенности клиники, диагностики и лечения.
79. Особенности клиники, диагностики и лечения эректильной дисфункции при сахарном диабете.
80. Психогенная форма эректильной дисфункции. Клиника. Диагностика. Лечение.

81. Инфертильность. Этипатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
82. Лабораторная диагностика мужского бесплодия.
83. Варикоцеле. Классификация. Патогенез развития. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Спермограмма. Основные показатели и причины их отклонений. Возможности коррекции.
85. Аномалии развития почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Аномалии развития мочеточников. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Эписпадия. Клиника. Диагностика. Лечение.
88. Гипоспадия. Клиника. Диагностика. Лечение.
89. Кисты почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
90. Поликистоз. Клиника. Диагностика. Лечение.

ФОС ситуационных задач государственной (итоговой государственной) аттестации.

Задача №1. Больной М., 23 года, поступил в урологическую клинику с высокой температурой, ознобами, постоянной ноющей болью в левой поясничной области. Боли возникли 9 дней назад. Периодически они усиливались до приступа, 6 дней назад поднялась температура тела до 37,5-37,8° С. Лечился спазмолитическими препаратами. За 2 дня до поступления появились периодические ознобы с подъемом температуры до 39-39,2° С. В анамнезе год назад почечная колика. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура - 37,8° С. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный, напряжен. Артериальное давление 140/95 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, в легких везикулярное дыхание. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не прощупываются. Пальпация области левой почки и сотрясение левой поясничной области слегка болезненны. Предстательная железа не увеличена, эластической консистенции, безболезненна. Анализы крови: эр. 3,7. 10/л, Нб 143,3 г/л, л. 8,7 .10/л, п. 6%, с. 67%; лимф. 17%; мон. 8%. СОЭ 26 мм/ч. Протромбин - 102%, сахар-3,774 ммоль/л, мочевины-7,492 ммоль/л, креатинин-0,158; калий-5,1. Анализы мочи: относительная плотность-1,009, рН- 6,8; белок - 0,66%; л. 25-30 в п/з, эр. 2-3 свежие в п/з. На обзорной рентгенограмме почек тени конкрементов не определяются. На внутривенных урограммах контрастное вещество определяется в лоханках обеих почек. Слева- умеренное расширение лоханок и чашечек, справа - контуры лоханок нормальные. В первые сутки поступления при катетеризации левого мочеточника встречено препятствие на 2-м см. Стент

№ 5 удалось провести мимо него, при этом поступила мутная моча из устья мочеточника. Стент введен на 26 см и оставлен в почке. Диагностированы мочекаменная болезнь, уратный камень юкставезикального отдела мочеточника, острый левосторонний пиелонефрит в серозной стадии. Назначены цефалоспорины III поколения, инфузионная, дезинтоксикационная терапия. В течение 2 суток наблюдения и лечения ознобы продолжались, но были менее продолжительными. По катетеру поступала относительно прозрачная моча. Лихорадка гектического типа, обильное потоотделение.

Вопросы:

- диагноз?

- какое рентгенологическое исследование показано;

- лечение.

Ответ:

Диагноз: Левосторонний апостематозный нефрит? Карбункул почки? Необходимо выполнить КТ почек. При подтверждении диагноза показана срочная операция - декапсуляция почки, пиелостомия и дренирование паранефрального пространства.

Задача №2. Больную, 52 лет, на протяжении года беспокоит учащенное, болезненное мочеиспускание. В анализе мочи изменений нет. В бакпосеве мочи флоры нет. При цистоскопии в области треугольника мочевого пузыря определяются белые островки слизистой оболочки. Температура не повышена. При гинекологическом осмотре выявлена фибромиома матки.

Вопросы:

- ваш диагноз?

- метод лечения?

Ответ: - наличие дизурии при нормальном анализе мочи характерно для цисталгии, причина которой, очевидно, связана с гинекологическим заболеванием. Необходимо лечение гинекологического заболевания.

Задача №3. Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие примеси крови в моче. Кровь выделяется в виде сгустков червеобразной формы. Заболел остро, на фоне полного здоровья. При осмотре определяется увеличенная в размерах левая почка, безболезненная, плотной консистенции.

Вопросы:

- с чем связана макрогематурия? В каких дополнительных обследованиях он нуждается?

Ответ: Макрогематурия обусловлена опухолью почки, вызывающей деструкцию почечной паренхимы. Больной нуждается в дообследовании в объеме компьютерной томографии с контрастированием.

Задача №4. Больной 72 лет поступил с жалобами на затруднение мочеиспускания естественным путем, режущие боли в надлобковой области. Накануне принимал алкоголь. До этого в течении 2-ух лет отмечал нарушение мочеиспускания, ослабление струи мочи, ноктурию, умеренные дизурические расстройства, однако не лечился. При осмотре над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном осмотре предстательная железа увеличена в размерах, бороздка не определяется. Консистенция туго эластичная.

Вопросы:

- что послужило причиной острой задержки мочи? Каков механизм задержки мочи у данного больного?

Ответ: - больной страдает доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Острая задержка мочи спровоцирована приемом алкоголя, который вызвал прилив крови к органам таза и отек предстательной железы со сдавлением уретры.

Задача №5. У больной 44 лет страдающей мочекаменной болезнью и камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4 С, был потрясающий озноб. При осмотре, живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0.5*0.4см.

Вопросы:

-какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита.

Ответ: больной показана катетеризация или стентирование лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

Задача №6. Больной 34 лет доставлен в клинику по поводу боли левой поясничной области, возникшей после падения и ушиба левой поясничной области. Из анамнеза известно, что после травмы дважды была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений нет. Имеется небольшая припухлость в левой поясничной области.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз.

Ответ: из анамнеза известно, что у пациента была травма левой поясничной области, после которой возникла неоднократная макрогематурия. Помимо этого имеет место припухлость в левой поясничной области. Эти обстоятельства дают врачу возможность заподозрить повреждение почки. Для решения вопроса о характере изменений в почке, необходимо выполнить экскреторную урографию, которая позволит установить состояния контралатеральной почки и, возможно, выявит затекание контрастного вещества за пределы чашечно-лоханочной системы.

Задача №7 Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу боли в правой поясничной области, макрогематурия со сгустками. Из анамнеза известно, что час назад ему был нанесен удар в правую поясничную область. Положение больного вынужденное: имеет место выраженный левосторонний сколиоз, определяется припухлость в правой поясничной области. Пульс 105 уд/мин. Артериальное давление 85/50 мм/рт. ст. Признаков раздражения брюшины нет. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. На экскреторных урограммах левая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена. Пассаж рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Справа контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется.

Вопросы:

-ваш диагноз

-лечебная тактика

Ответ: анамнез, объективные данные позволяют заподозрить повреждение правой почки. Налицо признаки кровотечения из почки, что привело к снижению артериального давления и учащению пульса. Неясен лишь сам характер повреждения. Больному показана операция – люмботомия справа, ревизия почки, остановка кровотечения. Операция производится по жизненным показаниям – кровотечение. Характер оперативного пособия на почке будет решен во время операции /органосохраняющая или органорезецирующая операция/

Задача №8. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу боли в надлобковой области, ишурии.

Из анамнеза известно, что 3 часа назад, будучи в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в надлобковую область. Попытка осуществить самостоятельное мочеиспускание была безуспешной. Положение больного вынужденное. Сидит, согнувшись, держит руками за низ живота. Имеется симптом «ваньки-встаньки». При ректальном исследовании имеет место нависание передней стенки прямой кишки. В животе определяется свободная жидкость.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз

-диагностическая и лечебная тактика.

Ответ: боль над лоном, возникшая после травмы, вынужденное положение больного, наличие симптома «ваньки-встаньки», нависание передней стенки прямой кишки, свободная жидкость в брюшной полости, позволяют заподозрить внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Показана цистография, которая выявит затекание рентгеноконтрастного вещества за пределы мочевого пузыря, что является несомненным признаком его повреждения. Показана срочная операция: лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия.

Задача №9. У больного диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Вопросы:

-лечебная тактика

Ответ: внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренирование клетчатки таза по Буальскому-Мак-Уортеру.

Задача №10. Больной 42 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Из анамнеза известно, что час назад на стройке упал, ударился промежностью о доску.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз

Ответ: падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию

Задача №11. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда был госпитализирован 2 часа назад по поводу переломов костей таза. Выведен из состояния шока. Пальпируется увеличенный мочевой пузырь, самостоятельно не мочился, имеет место уретроррагия.

Вопросы:

-ваша диагностическая тактика.

Ответ: уретроррагия, отсутствие самостоятельного мочеиспускания позволяют заподозрить повреждение мочеиспускательного канала у больного переломом костей таза. Необходима уретрография.

Задача 12. Больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете

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

Задача №13. У больной 37 лет внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анамнезе мочи свежие эритроциты.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете.

Ответ: почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы при локализации его в лоханке, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника: на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен рентгенопозитивный конкремент. При подтверждении диагноза показана горячая ванна, внутривенное и внутримышечное введение 3 мл. диклофенака.

Задача №14. У больной 40 лет в течение 3 дней боль в пояснице слева, сопровождающаяся повышением температуры тела до 39-40 град. С ознобами, пиурией. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень верхней трети левого мочеточника размером 3.0 на 1.0 см., предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете.

Ответ: острый левосторонний калькулезный пиелонефрит. Для уточнения диагноза необходимо: УЗИ почек, обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография. При подтверждении диагноза показана срочная операция – уретеролитотомия, нефростомия слева с последующей противовоспалительной терапией.

Задача №15. У больного 48 лет при экскреторной урографии установлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Вопросы:

-какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.

Ответ: с целью дифференциальной диагностики рентгеннегативного конкремента, опухоли лоханки левой почки и сгустка крови в ней необходимо выполнить УЗИ левой почки.

Задача №16. У больного 28 лет на обзорном снимке мочевой системы в проекции средней трети правого мочеточника определяется тень, подозрительная на конкремент. Несколько дней назад он перенес приступ острой боли в пояснице справа.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования необходимы, чтобы определить характер тени.

Ответ: МКБ, камень средней трети правого мочеточника, необходимо выполнить экскреторную урографию.

Задача №17. Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы к мочеиспусканию, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.

Вопросы:

- предположительный диагноз

-диагностические и лечебные рекомендации.

Ответ: –учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией /аденомой/ предстательной

железью Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация мочевого пузыря. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем – подготовка больного к аденомэктомии.

Задача №18. Больной 70 лет жалуется на слабость, головную боль, тошноту, рвоту, непроизвольное выделение мочи из уретры по каплям. Кожные покровы бледные, язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 6 см над лонем. Предстательная железа, равномерно увеличена, плотно - эластичной консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 18 мг./л.

Вопросы:

- предположительный диагноз
- лечебные рекомендации.

Ответ: непроизвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре, и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для аденомы простаты III стадию. Этой стадии сопутствуют явления почечной недостаточности: анемия, электролитные нарушения, интоксикация, что проявляется у данного больного слабостью, тошнотой, головной болью. Больному показано цистостомия с последующей дезинтоксикационной терапией, коррекцией электролитных нарушений и подготовка к возможному последующему этапу лечения – аденомэктомии.

Задача 19. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется ballotирующее образование размером 10*8 см с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Вопросы:

-какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания.

Ответ: тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частыми причинами тотальной гематурии является опухоль мочевой системы. Гематурия раз возникнув, может в последующем не повториться. Поэтому в момент гематурии важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выявления источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия.

Задача 20. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется ballotирующее образование размером 10*8 см с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Вопросы:

-какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания.

Ответ: наличие бугристой опухоли, положительной симптом ballotирования и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса в брюшной полости. Необходимо исключить опухоль почки. Для установки диагноза и определения тактики лечения показаны: ультразвуковое сканирование, компьютерная или МР-томография, спиральная компьютерная томография с 3Д-реконструкцией, сосудистое исследование почек, эходоплерография.

Задача 21. Больная 35 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39 град. С, озноб. Больна 2-й день. Правильного телосложения. Температура град. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителн слева. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия. При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы

слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена. На обзорном снимке мочевой системы, на уровне поперечного отростка 3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9*4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелозктазия. Расширение мочеточника проксимальнее вышеописанной тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

Вопросы:

-ваш диагноз?

-какие лечебные мероприятия показаны?

Ответ: камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия /камень мочеточника/ показана операция пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки назначение антибактериального противовоспалительного лечения.

Задача 22. Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение температуры тела до 37.4, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/115 мм рт. ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита.

Правильного телосложения. Пульс 96 уд/мин ритмичный, напряженный АД 180/110 мм РТ ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на аорте. Живот мягкий Симптом Пастернацкого положителен справа. Временами дизурия, лейкоцитурия. При УЗИ обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки /8.0*4.0 см/, контуры ее неровные. Левая почка размерами 11.0*5.0 см с ровным контуром. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются не четко. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике слева не выявлено. Справа почка 8*4 см бобовидной формы с неровным контуром. Чашечки деформированы местами, колбовидной формы. На

аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом обгорелого дерева.

Вопросы:

-ваш диагноз?

-какова лечебная тактика?

Ответ: хронический пиелонефрит, сморщенная правая почка, нефрогенная гипертензия. Жалобы, анамнез и данные обследования указывают на терминальную стадию хронического пиелонефрита справа, при которой показана нефрэктомия справа.

Задача 23. Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом острый пиелонефрит. Больна в течение 2-х дней. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38.7 град., был озноб. К врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд/мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы справа и тень правой почки не определяется.

Вопросы:

-какие диагностические меры позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Ответ: УЗИ почек – дилатация чашечно-лоханочной системы справа, ограничение подвижности правой почки.

Экскреторная урография – по отсутствию выделения контрастного вещества с больной стороны, наличие немого почки, наличие симптома Лихтенберга и неподвижности больной почки при дыхательных движениях /урография на вдохе и выдохе/. Компьютерная томография почек позволит выявить причину отсутствия функции почки.

Задача 24. Больной 30 лет поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления до 190/120 мм РТ ст., болен после ушиба

поясничной области. В течение года безуспешно лечился в терапевтическом стационаре. Пульс 80 уд/мин ритмичный, напряженный. Тоны сердца глухие. Акцент второго тона на аорте. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При аускультации проекции почечных сосудов на передней стенке живота – грубый систолический шум. Дизурии нет.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз?

-какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

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

Задача 25. Больная 32 лет жалуется на боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/120 мм РТ ст. Больная 3 года. Пульс 80 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. В вертикальном положении тела пальпируется нижний сегмент правой почки. Дизурии нет. Временами макрогематурия.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз?

-план обследования.

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

Задача 26. Мужчина, 20-ти лет, доставлен в приемный покой с жалобами на сильные боли в половом члене и значительное увеличение полового члена в размерах. Из анамнеза установлено, что час назад в драке получил удар ногой в промежность, после чего возникли сильные боли в половом члене. При осмотре половой член синего цвета из-за массивной подкожной гематомы, пальпация полового члена резко болезненная в одной точке по левой боковой поверхности. Мочеиспускание свободное, примеси крови в моче нет.

Вопросы:

- Каков ваш диагноз? Лечебная тактика.

Ответ: анамнез и клинические проявления позволяют констатировать ушиб полового члена. Болезненность в одной точке требует исключения разрыва белочной оболочки. В условиях экстренного дежурства показано хирургическое вмешательство – ревизия белочной оболочки по левой боковой поверхности полового члена и при обнаружении разрыва – его ушивание.

Задача 27. Больной 51 года поступил в урологическую клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа. Год назад была однократная тотальная гематурия с червеобразными сгустками. Никуда не обращался. Похудел на 6 кг. Объективно: Бледен. Питание понижено. При пальпации в правом подреберье пальпируется плотное, бугристое образование. Симптом ballotирования положительный. Данные экскреторной урографии не дают четкого представления о состоянии правой почки.

Вопросы:

- предварительный диагноз и его обоснование;
- план обследования и ожидаемые результаты;
- лечение.

Ответ: Диагноз - рак правой почки. В анамнезе тотальная гематурия с червеобразными сгустками. Тупая боль в поясничной области справа. Пальпируемое плотное, бугристое образование в правом подреберье. Синдром интоксикации и потеря веса на 6 кг. Обследование и результаты: ультразвуковое исследование почек: контуры почки деформированы, в почке определяется образование неоднородной плотности. Трансфеморальная

аортография с селективной справа: симптом гиперваскуляризация (сосудистая фаза), на нефрограмме четко определяется контур почки и опухолевого узла. Лечение: основным методом лечения рака почки является хирургический – нефрэктомия. Лучевая терапия в III и IV стадии

Задача 28. Больной 60 лет жалуется на упорные боли в поясничном отделе позвоночника. Похудел на 10 кг. Слабость. В общем анализе крови – анемия, эритроцитов – 3100000, СОЭ-50 мм/ч. Мочится нормально. Лечился по поводу пояснично-крестцового радикулита. Ухудшение. Рентгенологически-деструктивные изменения в первом поясничном позвонке. На экскреторной урограмме «немая» левая почка, правая – без патологий.

Вопросы:

- предварительный диагноз и обоснование;
- дополнительные исследования и ожидаемые результаты;
- клинический диагноз и принципы лечения.

Ответ: на основании наличия интоксикационного синдрома с потерей веса до 10 кг, «немой» левой почки по экскреторной урограмме и деструктивных изменений в Z1, можно поставить диагноз рак левой почки с метастазом в первый поясничный позвонок. В данном случае клиническим первым признаком рака левой почки являлся костный метастаз в Z1. Необходимые обследования: УЗИ, ТФА и R-графия лёгких. По УЗИ большая часть левой почки занимает опухоль. По ТФА – тотальное поражение опухолью левой почки. Бессосудистые участки чередуются с гиперваскуляризацией. На нефрограмме контуры почки неровные. В легких множественные шаровидной формы плотные тени. Поскольку у больного T4NxMz, и Mprlm показана симптоматическая терапия.

Задача 29. Больной 25 лет, шофер по профессии поступил в почечный центр с жалобами на тошноту, рвоту, слабость, ухудшение зрения, резкое уменьшение количества мочи(отсутствие позыва к мочеиспусканию). Из анамнеза выяснено, что в состоянии алкогольного опьянения пил «какой-то спирт». Общее состояние тяжелое. Почки не пальпируются, но область их болезненна. Общий анализ крови: эритроциты-3500000, лейкоциты-12000, СОЭ-40 мм/ч. Мочевина сыворотки крови-30 ммоль/л, К-6,8 ммоль/л, Na-125 ммоль/л.

Вопросы:

- предварительный диагноз и обоснование;
- дополнительные исследования и результаты;
- лечебная тактика.

Ответ:

Диагноз: Острая почечная недостаточность, ренальная форма.

Обоснование: пил «какой-то спирт», интоксикационный синдром, олигоанурия, азотемия, гиперкалиемия. Вторая стадия клинического течения, олигоанурическая. Исследования: ЭКГ-гиперкалиемия, R-графия ОГК – легочные поля чистые, без инфильтративных изменений. КЩС – рН 7.2, ВЕ – 15. Метаболический декомпрессионный ацидоз. Радиоизотопная ренография – афункциональный тип кривых. Показано лечение программным гемодиализом.

Задача 30. Больной 40 лет доставлен в приёмный покой машиной скорой помощи с жалобами на боли в правой половине живота. Заболел остро, внезапно появились боли в поясничной области справа, в правой половине живота, частое мочеиспускание. Поведение больного беспокойное, мечется от боли, частые позывы на мочеиспускание. Состояние удовлетворительное. Пульс 74 уд\мин, АД 140\80 мм рт. ст., температура 36,6. Язык влажный, слегка обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины отрицательный. Почки не пальпируются. Боли при пальпации и сотрясении правой половины поясницы.

Вопросы:

- предварительный диагноз. Основные критерии диагноза;
- дополнительные исследования и результаты;
- принципы лечения.

Ответ:

Диагноз: Камень н/3 мочеточника, почечная колика. Критерии диагноза: беспокойное поведение больного, дизурия, боли при пальпации в поясничной области. В анализе мочи микрогематурия, оксалурия. На обзорной урограмме тень подозрительная на кокремент в полости малого таза размерами 0,4 – 0,3 см. На экскреторной урограммах через 10' 20' функция справа отсутствует («немая почка»), слева норма. Лечение: Купирование почечной колики:

НПВС, введение спазмолитиков. При отсутствии эффекта от консервативного лечения катетеризация/стентирование мочеточника, при невозможности ЧПНС, контактная уретеролитотомия, уретеролитоэкстрак

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**, Барканова Ольга
Николаевна

01.09.26 15:47 (MSK)

Простая подпись