

ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»  
Медицинский институт  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО УРОЛОГИИ**

**Методическое пособие для студентов  
4 курса лечебного и педиатрического факультета**

**УДК 616.61(07)**  
**ББК 56.9**  
**С 41**

Рецензент:

К.м.н., доцент Болоков М.С. к.м.н. Борсов М.Х.

Составитель:

К.м.н., доцент Пипченко О.И.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО УРОЛОГИИ:** методическое пособие для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультета

Методическое пособие содержит ситуационные задачи с ответами по урологии.  
Методическое пособие составлено в соответствии с учебной программой

## Тесты по дисциплине «Урология» для студентов 4 курса

1. Верхний полюс левой почки находится на уровне следующего позвонка:
  - 1) T11
  - 2) **T12**
  - 3) L1
  - 4) L2
  - 5) L3

0100000
2. К левой почке спереди и снаружи примыкают:
  - 1) селезенка
  - 2) нисходящая ободочная кишка
  - 3) петли тонкого кишечника
  - 4) поджелудочная железа
  - 5) **правильно 1) и 2)**

0000100
3. Дренирование предпузырного клетчаточного пространства по Буяльскому - Мак - Уортеру осуществляется:
  - 1) из мочеполовой диафрагмы
  - 2) из глубокой поперечной мышцы промежности;
  - 3) **из внутренней и наружной запирательных мышц, запирательной мембраны**
  - 4) из передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы
  - 5) правильно 1) и 2)

0010000
4. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен:
  - 1) **в мочеполовой диафрагме**
  - 2) в основании мочевого пузыря
  - 3) в сухожильном центре промежности
  - 4) в мышце, поднимающей задний проход прямой кишки
  - 5) правильно 2) и 4)

1000000
5. Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:
  - 1) с общей подвздошной артерией
  - 2) **с наружной подвздошной артерией**
  - 3) с внутренней подвздошной артерией
  - 4) с подчревной артерией
  - 5) с запирательной артерией

0100000
6. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:
  - 1) **с общей подвздошной артерией**
  - 2) с наружной подвздошной артерией
  - 3) с внутренней подвздошной артерией
  - 4) с подчревной артерией
  - 5) с запирательной артерией

1000000
7. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют:
  - 1) ниже-пузырные артерии
  - 2) средне-прямокишечные артерии
  - 3) запирательные артерии
  - 4) ниже-ягодичные артерии
  - 5) **правильно 1) и 2)**

0000100

8. К основанию предстательной железы прилежит:

- 1) дно мочевого пузыря
- 2) семенные пузырьки
- 3) ампулы семявыносящих протоков
- 4) все перечисленное**
- 5) правильно 1) и 2)

0001000

9. Мочеиспускательный канал прободает мочеполовую диафрагму:

- 1) простатической частью
- 2) перепончатой частью**
- 3) пещеристой частью
- 4) ни одной из вышеназванных
- 5) простатической и перепончатой частями

0100000

10. Назовите отдел мужской уретры который является наиболее коротким и наиболее узким:

- 1) у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал
- 2) в области наружного отверстия уретры
- 3) в области перепончатой части мочеиспускательного канала**
- 4) во всех указанных местах сужения уретры
- 5) правильно 1) и 2)

0010000

11. Яички предназначены:

- 1) для воспроизводства сперматозоидов
- 2) для выработки гормонов
- 3) для функционирования в качестве отдельных органов
- 4) для продолжения рода
- 5) все ответы правильные**

0000100

12. Размеры почки у взрослого человека:

- 1) 7-8 x 3-4 см
- 2) 8-9 x 4-5 см
- 3) 10-12 x 5-6 см**
- 4) 13-15 x 8-10 см
- 5) все ответы правильные

0010000

13. Средняя длина мочеточника:

- 1) 10-12 см
- 2) 12-15 см
- 3) 15-20 см
- 4) 25-30 см**
- 5) 40-50 см

0001000

14. Емкость мочевого пузыря взрослого человека:

- 1) 100 мл
- 2) 150 мл
- 3) 200 мл
- 4) 250 мл**
- 5) 500 мл

0001000

15. Нормальный размер предстательной железы взрослого человека:

- 1) 5 - 10 см<sup>3</sup>

- 2) 10 - 15 см<sup>3</sup>
- 3) **20 - 25 см<sup>3</sup>**
- 4) 30 - 40 см<sup>3</sup>
- 5) 40 - 50 см<sup>3</sup>

0010000

16. Суточное выделение мочи:

- 1) 0,3 - 0,5 л
- 2) **1,5 - 2,0 л**
- 3) 3,0 - 4,0 л
- 4) 4,0 – 5,0 л
- 5) более 5,0 л

0100000

17. Причины почечной колики:

- 1) Повреждение поджелудочной железы
- 2) Острый приступ радикулита
- 3) **Острое нарушение оттока мочи из верхних мочевыводящих путей**
- 4) Запор
- 5) Острая задержка мочи

0010000

18. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются:

- 1) над лоном
- 2) в поясничной области
- 3) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- 4) **в промежности и крестце**
- 5) в промежности

0001000

19. Дизурия – это:

- 1) частое мочеиспускание
- 2) частое, болезненное мочеиспускание
- 3) затрудненное мочеиспускание
- 4) болезненное мочеиспускание
- 5) **правильно 2) и 3)**

0000100

20. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- 1) камня мочеточника
- 2) опухоли мочевого пузыря
- 3) камня мочевого пузыря
- 4) цистита
- 5) **орхита**

0000100

21. Странгурия - это

- 1) затрудненное мочеиспускание по каплям
- 2) мочеиспускание, сопровождающееся болью
- 3) частое мочеиспускание
- 4) **сочетание 1) и 2)**
- 5) сочетание 2) и 3)

0001000

22. Странгурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- 1) инородных тел уретры
- 2) камня мочевого пузыря
- 3) **камня мочеточника**
- 4) острого простатита

5) аденомы предстательной железы

0010000

23. Никтурия – это:

- 1) увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
- 2) учащение ночного мочеиспускания
- 3) **перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные**
- 4) дневная олигурия
- 5) правильно 1) и 4)

0010000

24. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- 1) сердечной недостаточности
- 2) **сахарного диабета**
- 3) хронической почечной недостаточности
- 4) хронического гломерулонефрита
- 5) аденомы предстательной железы

0100000

25. Поллакиурия – это:

- 1) увеличение диуреза
- 2) **учащение мочеиспускания дневного и ночного**
- 3) учащение ночного мочеиспускания
- 4) учащение дневного мочеиспускания
- 5) увеличение ночного диуреза

0100000

26. Поллакиурия не встречается:

- 1) при цистоцеле
- 2) **при камне верхней трети мочеточника**
- 3) при неврастении
- 4) при истерии

0100000

27. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- 1) туберкулеза мочевого пузыря
- 2) цисталгии
- 3) камня мочевого пузыря
- 4) **опухоли почки**

0001000

28. Олигурия – это:

- 1) запаздывающее мочеотделение
- 2) редкое мочеиспускание
- 3) **уменьшение количества мочи от 50 до 500 мл**
- 4) увеличение количества мочи
- 5) количество мочи менее 300 мл в сутки

0010000

29. Олигурия не встречается:

- 1) при сердечной недостаточности
- 2) при поражении вегетативных центров водно-солевого обмена
- 3) при остром пиелонефрите
- 4) при хроническом пиелонефрите
- 5) **при сахарном диабете**

0000100

30. Секреторная анурия – это:

- 1) отсутствие мочи в мочевом пузыре
- 2) **отсутствие выделения мочи почками**

- 3) отсутствие самостоятельного мочеиспускания
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

0100000

31. Ренопривная анурия встречается:

- 1) при аплазии почек
- 2) при удалении обеих или единственной почки
- 3) при поликистозе почек
- 4) правильно 1) и 3)
- 5) **правильно 1) и 2)**

0000100

32. Преренальная анурия встречается:

- 1) при сердечной недостаточности
- 2) при отравлении ядами и лекарственными препаратами
- 3) при обильных кровопотерях
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) **правильно 1) и 3)**

0000100

33. Ренальная анурия встречается:

- 1) при хроническом пиелонефрите
- 2) при хроническом гломерулонефрите
- 3) при тромбозе или эмболии почечных сосудов
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) правильно 2) и 3)

0001000

34. Субренальная анурия встречается:

- 1) при обструкции обоих мочеточников
- 2) при метастазах рака в забрюшинные лимфоузлы
- 3) при аденоме предстательной железы
- 4) правильно 1) и 3)
- 5) **правильно 1) и 2)**

0000100

35. Полиурия встречается:

- 1) при острой почечной недостаточности
- 2) при хронической почечной недостаточности
- 3) при сахарном диабете
- 4) при канальцевых нефропатиях
- 5) **при всем перечисленном**

0000100

36. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме:

- 1) сахарном диабете
- 2) **при туберкулезе почки**
- 3) после ликвидации препятствия в мочевых путях
- 4) поражения межпочечной доли гипофиза

0100000

37. Задержка мочеиспускания – это:

- 1) отсутствие выделения мочи почками
- 2) **невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря**
- 3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- 4) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- 5) парадоксальная ишурия

0100000

38. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

- 1) атрезии наружного отверстия уретры
- 2) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
- 3) **обтурации мочеточников**
- 4) аденомы предстательной железы

0010000

39. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

- 1) рака предстательной железы
- 2) **острой почечной недостаточности**
- 3) стриктуры уретры
- 4) камня уретры
- 5) фимоза

0100000

40. Парадоксальная ишурия – это:

- 1) невозможность самостоятельного мочеиспускания
- 2) хроническая задержка мочеиспускания
- 3) **сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи**
- 4) недержание мочи
- 5) сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

0010000

41. Парадоксальная ишурия встречается при:

- 1) аденоме предстательной железы II стадии
- 2) неврогенной дисфункции мочевого пузыря
- 3) **аденоме предстательной железы III стадии**
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) правильно 2) и 3)

0010000

42. Неудержание мочи – это:

- 1) непроизвольное выделение мочи без позыва
- 2) императивные позывы к мочеиспусканию
- 3) **непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва**
- 4) непроизвольное выделение мочи
- 5) непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

0010000

43. Недержание мочи – это:

- 1) непроизвольное выделение мочи
- 2) непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию
- 3) отсутствие позывов к мочеиспусканию
- 4) **непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию**
- 5) правильно 1) и 4)

0001000

44. Относительная плотность мочи зависит:

- 1) от функции почечных канальцев
- 2) от функции почечных клубочков
- 3) от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ
- 4) **правильно 1) и 3)**
- 5) правильно 2) и 3)

0001000

45. О протеинурии следует говорить когда при количество белка в моче составляет:

- 1) следы
- 2) менее 0.03 г/л



- 3) **более 0.03 г/л**
- 4) более 0.06 г/л
- 5) более 0.09 г/л

0010000

46. Истинная протеинурия не встречается:

- 1) при гломерулонефрите
- 2) при опухоли почки
- 3) при нефрозе
- 4) при мочекаменной болезни
- 5) **правильно 2) и 4)**

0000100

47. Истинная протеинурия встречается:

- 1) при нефропатии беременных
- 2) при амилоидозе почек
- 3) у новорожденных
- 4) у подростков
- 5) **во всех перечисленных случаях**

0000100

48. Ложная протеинурия характерна для:

- 1) опухоли мочевого пузыря
- 2) мочекаменной болезни
- 3) форникального кровотечения
- 4) **всего перечисленного**
- 5) только 2) и 3)

0001000

49. Гематурия – это:

- 1) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
- 2) выделение крови из мочеиспускательного канала
- 3) **выделение крови с мочой**
- 4) наличие в моче порфирина
- 5) эритроцитурия

0010000

50. Терминальная гематурия встречается при всех заболеваниях, кроме:

- 1) камней или опухолей шейки мочевого пузыря
- 2) варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
- 3) **хронического гломерулонефрита**
- 4) колликулита
- 5) острого цистита

0010000

51. Уретроррагия встречается при всех заболеваниях, кроме:

- 1) хронического уретрита
- 2) **аденомы простаты и камня мочевого пузыря**
- 3) опухоли уретры
- 4) травмы уретры

0100000

52. О лейкоцитурии принято говорить когда количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа составляет:

- 1) более 2
- 2) более 4
- 3) **более 6**
- 4) более 8
- 5) более 10

0010000

53. О лейкоцитурии принято говорить, когда количество лейкоцитов в 1 мл мочи составляет:

- 1) более 500
- 2) более 1000
- 3) более 2000
- 4) более 4000**
- 5) более 6000

0001000

54. Хилурия встречается при всех заболеваниях, кроме:

- 1) филяриатоза
- 2) опухоли мочевого пузыря и шистосомоза**
- 3) туберкулеза
- 4) опухоли почки

0100000

55. Пневматурия встречается при:

- 1) почечно-кишечных свищах
- 2) пузырно-влагалищных свищах
- 3) пузырно-кишечных свищах
- 4) воспалительном процессе в почке, вызванном газообразующей флорой
- 5) всем перечисленном**

0000100

56. Противопоказания для катетеризации мочевого пузыря:

- 1) острый уретрит, простатит и эпидидимит
- 2) хронический простатит
- 3) внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
- 4) свежее повреждение уретры
- 5) правильно 1) и 4)**

0000100

57. Показаниями для катетеризации мочеточников являются все, кроме:

- 1) раздельного получения мочи из каждой почки
- 2) проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
- 3) обтурационной анурии
- 4) дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии
- 5) секреторной анурии**

0000100

58. К осложнениям катетеризации мочеточников относятся:

- 1) перфорация мочеточника
- 2) перфорация лоханки
- 3) обострение мочевого инфекции
- 4) правильно 1) и 3)
- 5) все перечисленное**

0000100

59. К осложнениям бужирования уретры относят все перечисленное, кроме:

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

0001000

60. Для проведения цистоскопии необходимы:

- 1) проходимость уретры
- 2) емкость мочевого пузыря более 75 мл

- 3) прозрачная среда в полости мочевого пузыря
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) **все перечисленное**

0000100

61. При хромоцистоскопии индигокармин выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через:

- 1) 15-20 мин
- 2) 8-10 мин
- 3) **3-5 мин**
- 4) 1-2 мин
- 5) 10-12 мин

0010000

62. Средняя скорость мочеиспускания в норме:

- 1) 4-5 мл/сек
- 2) 6-8 мл/сек
- 3) 9-10 мл/сек
- 4) **15-45 мл/сек**
- 5) 60-70 мл/сек

0001000

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

- 1) острого гломерулонефрита
- 2) хронического гломерулонефрита
- 3) **острого пиелонефрита**
- 4) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии
- 5) туберкулеза почки

0010000

64. В секрете предстательной железы в норме содержатся:

- 1) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
- 2) макрофаги и амилоидные тельца
- 3) лецитиновые зерна
- 4) эпителиальные и гигантские клетки
- 5) **правильно 1) и 3)**

0000100

65. При бактериотоксическом шоке целесообразно экстренная инфузия:

- 1) физиологического раствора хлористого натрия
- 2) раствора глюкозы 5%
- 3) гемодеза
- 4) реополиглюкина
- 5) **полиглюкина и кортикостероидов**

0000100

66. Клинические формы острого гнойного пиелонефрита:

- 1) межуточный гнойный
- 2) апостематозный
- 3) абсцесс
- 4) карбункул
- 5) **все перечисленное**

0000100

67. Наиболее часто вызывает пиелонефрит:

- 1) **кишечная палочка**
- 2) протей
- 3) палочка сине-зеленого гноя

- 4) стафилококк
- 5) энтерококк

1000000

68. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются:

- 1) полиурия
- 2) перегревание
- 3) **нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки**
- 4) нарушение притока артериальной крови к почке
- 5) все перечисленное

0010000

69. Длительность а/б терапии при остром пиелонефрите:

- 1) до нормализации температуры
- 2) до исчезновения пиурии
- 3) до исчезновения бактериурии
- 4) до выписки больного из стационара
- 5) **длительно в течение нескольких месяцев**

0000100

70. Осложнениями острого пиелонефрита являются:

- 1) некроз почечных сосочков, паранефрит
- 2) эндотоксичный шок, острая почечная недостаточность
- 3) сепсис, септикопиемия с образованием метастатических гнойников
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) **правильно 1), 2) и 3)**

0000100

71. Осложнения хронического пиелонефрита:

- 1) хроническая почечная недостаточность
- 2) пионефроз
- 3) сморщенная почка
- 4) все перечисленное
- 5) **правильно 2) и 3)**

0000100

72. Частота заболеваемости хроническим пиелонефритом в связи с полом имеет следующую закономерность

- 1) мужчины заболевают в 4 раза чаще
- 2) мужчины заболевают в 2 раза чаще
- 3) мужчины заболевают одинаково часто
- 4) женщины заболевают в 2 раза чаще
- 5) **женщины заболевают в 4 раза чаще**

0000100

73. Инфекции наиболее часто вызывающие хронический пиелонефрит:

- 1) стафилококк
- 2) **кишечная палочка**
- 3) протей
- 4) энтерококк
- 5) палочка сине-зеленого гноя

0100000

74. У больного К 35 лет при диспансеризации выявлена лейкоцитурия (до 40-50 лейкоцитов в поле зрения). Для выявления источника лейкоцитурии (уретра, предстательная железа, почки или мочевого пузыря) ему необходимо провести:

- 1) анализ мочи общий
- 2) **двухстаканную или трехстаканную пробу**
- 3) пробу Нечипоренко

- 4) исследование мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря
- 5) провокационный преднизолоновый тест

0100000

75. К основной причине развития пиелонефрита у беременных относят:

- 1) сдавление увеличенной маткой мочеточников
- 2) дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
- 3) понижение реактивности организма
- 4) **только 1) и 2)**
- 5) все перечисленные изменения

0001000

76. Цистит наблюдается чаще всего в возрасте:

- 1) 11-20 лет
- 2) **21-40 лет**
- 3) 41-50 лет
- 4) 51-60 лет
- 5) старше 60 лет

0100000

77. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме:

- 1) поллакиурии
- 2) **полиурии**
- 3) терминальной гематурии
- 4) болей при мочеиспускании
- 5) пиурии

0100000

78. Дифференциальную диагностику цистита следует проводить:

- 1) с аппендицитом
- 2) с туберкулезом и опухолью мочевого пузыря
- 3) с эндометриозом мочевого пузыря
- 4) с колитом
- 5) **правильно 2) и 3)**

0000100

79. Специфический уретрит – это:

- 1) обменный
- 2) хламидийный
- 3) гонорейный
- 4) трихомонадный
- 5) **правильно 2), 3) и 4)**

0000100

80. Основными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме:

- 1) болей при мочеиспускании
- 2) **гематурии и отека кожи мошонки**
- 3) гнойных выделений из уретры
- 4) отека губок наружного отверстия уретры
- 5) учащенного мочеиспускания

0100000

81. Восходящая уретрография показана:

- 1) при остром уретрите
- 2) при простатите и везикулите
- 3) **при подозрении на стриктуру уретры**
- 4) при торпидном течении уретрита
- 5) правильно 1) и 2)

0010000

82. Придаток яичка при остром эпидидимит:

- 1) резко напряжен и болезненен
- 2) увеличен
- 3) уменьшен в размерах
- 4) правильно 1) и 2)**
- 5) правильно 1) и 3)

0001000

83. Для острого эпидидимита характерно:

- 1) повышение температуры тела с первых дней заболевания**
- 2) повышение температуры тела на 3-4-е сутки
- 3) повышение температуры тела на 5-6-е сутки
- 4) нормальная температура тела в течение всего заболевания
- 5) пониженная температура тела

1000000

84. Острый эпидидимит следует дифференцировать:

- 1) с перекрутом и некрозом гидатид
- 2) с перекрутом яичка
- 3) с кавернитом
- 4) правильно 1) и 2)**
- 5) правильно 1) и 3)

0001000

85. Осложнения острого простатита:

- 1) острый холецистит
- 2) уретрит
- 3) артрит
- 4) абсцесс предстательной железы
- 5) правильно 2) и 4)**

0000100

86. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся:

- 1) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- 2) нарушение обмена щавелевой кислоты
- 3) нарушение пуринового обмена
- 4) мочевиная инфекция (пиелонефрит)
- 5) все перечисленное**

0000100

87. В щелочной реакции мочи могут образоваться:

- 1) мочевиные (уратные) камни
- 2) цистиновые камни
- 3) фосфатные камни**
- 4) оксалатные камни
- 5) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

0010000

88. Развитию оксалатурии способствует все, кроме:

- 1) дефицита в организме витамина B6
- 2) дефицита в организме витамина D2**
- 3) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты
- 4) хронических колитов
- 5) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

0100000

89. Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию:

- 1) цистиновых камней
- 2) мочевиных (уратных) камней

- 3) оксалатных камней
- 4) фосфатных камней
- 5) **правильно 3) и 4)**

0000100

90. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме:

- 1) оксалатов
- 2) фосфатов
- 3) смешанных
- 4) **уратов**
- 5) уратов и оксалатов

0001000

91. К рентгенонегативным конкрементам относятся:

- 1) фосфаты
- 2) фосфаты и ураты
- 3) ураты и оксалаты
- 4) **ураты (мочекислые)**
- 5) ураты + оксалаты + фосфаты

0001000

92. Наиболее часто закрытые травмы почек встречаются:

- 1) **у мужчин**
- 2) у женщин
- 3) у детей
- 4) одинаково часто

1000000

93. Показания для оперативного лечения при травме почек:

- 1) **профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы**
- 2) при макрогематурии
- 3) когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества
- 4) при нормальной функции контралатеральной почки

1000000

94. Открытые повреждения почек чаще встречаются:

- 1) в мирное время
- 2) **в военное время**
- 3) во время стихийных бедствий
- 4) при авариях на транспорте

0100000

95. При подозрении на травму почки больного необходимо:

- 1) наблюдать амбулаторно ежедневно
- 2) наблюдать амбулаторно через день
- 3) **немедленно госпитализировать во всех случаях**
- 4) госпитализировать в случае нестабильного артериального давления
- 5) госпитализировать в случае шока

0010000

96. При внебрюшинном повреждении мочевого пузыря основными рентгенографическими исследованиями являются:

- 1) **ретроградная уретроцистография**
- 2) уретрография
- 3) цистоскопия
- 4) пневмоцистография
- 5) обзорная урография

1000000

97. Основным методом исследования при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря является:

- 1) экскреторная урография
- 2) катетеризация мочевого пузыря
- 3) восходящая цистография
- 4) проба Зельдовича
- 5) **правильно 1), 3) и 4)**

0000100

98. Количество вводимого контрастного вещества при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря не более:

- 1) 10-20 мл
- 2) 30-50 мл
- 3) 100-150 мл
- 4) **200-300 мл**
- 5) 380-400 мл

0001000

99. Основными симптомами травм уретры являются:

- 1) макрогематурия
- 2) **уретроррагия**
- 3) задержка мочеиспускания
- 4) гематома над лоном или промежностная гематома
- 5) частое, болезненное мочеиспускание

0100000

100. Наиболее чаще опухоли почечной паренхимы встречаются:

- 1) у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин
- 2) **у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин**
- 3) у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин
- 4) у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин
- 5) частота заболеваний одинакова

0100000

101. Метастазы при раке почки чаще всего наблюдаются:

- 1) в печени
- 2) **в легких**
- 3) в контралатеральной почке
- 4) в головном мозгу
- 5) в надпочечнике

0100000

102. Наиболее чаще при опухолях почки – гематурия:

- 1) инициальная (начальная)
- 2) тотальная
- 3) терминальная (конечная)
- 4) микрогематурия
- 5) гемоглобинурия

0100000

103. К этиологическим факторам опухоли мочевого пузыря, относятся:

- 1) курение
- 2) нарушение иммунной реакции организма
- 3) хронические воспалительные заболевания
- 4) анилиновые красители
- 5) **все перечисленное**

0000100



104. Наиболее частый симптом опухоли мочевого пузыря - это

- 1) гиперпирексия
- 2) дизурия
- 3) боли
- 4) **гематурия**
- 5) затрудненное мочеиспускание

0001000

105. С каких методов диагностики следует начинать при подозрении на опухоль мочевого пузыря:

- 1) с обзорной рентгенографии мочевых путей
- 2) с компьютерной томографии
- 3) с ультразвукового исследования
- 4) с экскреторной урографии
- 5) **с цистоскопии**

0000100

106. Чаще всего метастазы при раке мочевого пузыря наблюдаются:

- 1) в печени
- 2) в паховых лимфоузлах
- 3) в легких
- 4) в костях
- 5) **в регионарных лимфоузлах**

0000100

107. У мужчин в возрасте старше 50 лет обнаруживают ДГПЖ в среднем:

- 1) **в 10-15% случаев**
- 2) в 26-30% случаев
- 3) в 31-40% случаев
- 4) в 41-50% случаев
- 5) более чем в 50% случаев

1000000

108. Развитию аденомы предстательной железы способствуют

- 1) хронический воспалительный процесс в предстательной железе
- 2) **гормональные нарушения в организме**
- 3) наследственность
- 4) вирусная инфекция
- 5) половые излишества

0100000

109. При определении показаний для операции при лечении аденомы предстательной железы необходимо произвести:

- 1) **ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, простаты**
- 2) сканирование почек
- 3) динамическую сцинтиграфию почек
- 4) сканирование костей таза и позвоночника
- 5) сканирование предстательной железы

1000000

110. Для консервативной терапии аденомы предстательной железы применяются:

- 1) тамсулозин
- 2) флутомид
- 3) аводарт
- 4) верно 1 и 3
- 5) хонван

0001000

111. Основной метод диагностики рака предстательной железы:

- 1) осмотр и пальпация наружных половых органов
- 2) пальпация предстательной железы
- 3) цистоскопия
- 4) **биопсия предстательной железы**
- 5) биопсия костного мозга

0001000

112. Ранними проявлениями рака предстательной железы являются:

- 1) задержка мочи
- 2) гематурия
- 3) боли в промежности
- 4) дизурия
- 5) **ранние признаки не существуют**

### **Ситуационные задачи по дисциплине «УРОЛОГИЯ» для студентов IV курса**

#### **Ситуационная задача №1**

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена. Поставьте диагноз. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

**Эталон ответа.**

Учащенное, болезненное мочеиспускание, боли над лонем, возникшие после переохлаждения, характерны для острого воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря - цистита. Для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализ мочи. При наличии пиурии диагноз становится окончательным.

#### **Ситуационная задача №2**

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи — единичные эритроциты. Ваш диагноз? Какие необходимы дополнительные исследования?

**Эталон ответа.**

Клиническая картина характерна для синдрома почечной колики. Однако наличие болей в правой половине живота, тошноты, рвоты требует проведения дифференциального диагноза с острым аппендицитом, холециститом. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ мочевого пузыря или хромоцистоскопия. Если при УЗИ будет выявлена уретеропиелозктазия справа, то причина болей — нарушение пассажа мочи. Если выделение индигокармина при хромоцистоскопии из устья правого мочеточника отсутствует, подтверждается урологический генез заболевания.

#### **Ситуационная задача №3**

Больную, 48 лет, беспокоят слабость, жажда, снижение аппетита, увеличение выделения мочи до 3 л в сутки. Эти явления появились 3 мес. назад и постепенно усиливаются. В анамнезе у больного хронического пиелонефрита, артериальная гипертензия. Какие изменения произошли в почках у больного? Результатами каких исследований можно подтвердить эти изменения?

**Эталон ответа.**

Хронический пиелонефрит приводит к прогрессирующему снижению функции почек и развитию хронической почечной недостаточности. В связи со снижением концентрационных возможностей почек для выделения продуктов азотистого обмена им приходится выделять большее количество мочи. С этим связана имеющаяся у больной полиурия. Рекомендуется провести пробу Зимницкого, при которой следует ожидать гипоизостенурию. Следует установить содержание в крови остаточного азота, мочевины, уровень которых, очевидно, повышен.

#### **Ситуационная задача №4**

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5×0,5 см. Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

#### **Эталон ответа.**

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

#### **Ситуационная задача №5**

У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен. О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

#### **Эталон ответа.**

В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как "скрининг-тест", а затем компьютерную, магнитно-резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса.

#### **Ситуационная задача №6**

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

**Эталон ответа.**

У больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно, для чего производится экскреторная урография. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую полицистоскопию.

**Ситуационная задача №7**

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 x 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи. Что следует предпринять для купирования почечной колики?

**Эталон ответа.**

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

**Ситуационная задача №8**

У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4<sup>0</sup>С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 x 0.4 см. Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

**Эталон ответа.**

Так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным, назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиваться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной. Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серьезная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной терапией, а также дезинтоксикацией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

### **Ситуационная задача №9**

В приемное отделение поступила больная с правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме в проекции правой почки обнаружена тень 0,6x0,4 см, подозрительная на конкремент. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения природы тени и выбора тактики лечения?

#### **Эталон ответа.**

Клиническая картина и выявленная на рентгенограмме тень позволяют предположить наличие камня правой почки. Экскреторная урография дает возможность уточнить локализацию камня в чашечно-лоханочной системе и функциональное состояние почки, что крайне важно при определении тактики лечения. При наличии выраженной ретенции чашечно-лоханочной системы правой почки целесообразно оперативное лечение.

### **Ситуационная задача №10**

Больной К, 55 лет, обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы. Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

#### **Эталон ответа.**

Клиническая картина и данные обзорной рентгенографии позволяют заподозрить опухоль левой почки. Для уточнения диагноза показана КТ, а при сомнительных ее данных — МРТ забрюшинного пространства.

### **Ситуационная задача №11**

У больного, 50 лет, в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками. Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

#### **Эталон ответа.**

Для решения вопроса о характере оперативного вмешательства по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря необходимо уточнить функциональное состояние почек и стадию заболевания. С этой целью следует провести экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря и при необходимости – КТ.

### **Ситуационная задача №12**

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Ваша лечебная тактика?

#### **Эталон ответа.**

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию клетчатки таза по Буяльскому-МакУортеру, либо по Куприянову.

### **Ситуационная задача №13**

Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад упал на стройке, ударился промежностью о доску. Какой ваш предварительный диагноз и диагностическая тактика?

#### **Эталон ответа.**

Падение на промежность с последующей уретрорагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию.

### **Ситуационная задача №14**

Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов. Какой ваш предварительный диагноз, диагностические и лечебные рекомендации?

#### **Эталон ответа.**

Учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией (аденомой) предстательной железы. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация Тиммана. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем – подготовка больного к аденомэктомии.

### **Ситуационная задача №15**

Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов без особенности. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, дольчатая, мягко-эластической консистенции, гладкая ПСА 25 нг/мл. Какой ваш предположительный диагноз, какие исследования надо предпринять для уточнения диагноза?

#### **Эталон ответа.**

Наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом ректальном исследовании. Показана секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.

### **Ситуационная задача №16**

У больного наблюдаются сильные боли в правой поясничной области (иррадиирующие в правую подвздошно-паховую область и яичко) и мочеиспускание мочой красного цвета после физической нагрузки и длительной езды на автомашине. Предположительный диагноз. Дифференциальная диагностика (с опухолями почек)

#### **Эталон ответа**

Камень правого мочеточника, осложненный почечной коликой. Дифференциальная диагностика с опухолями почек: УЗИ, КТ, обзорная и экскреторная урография.

### **Ситуационная задача №17**

Мужчина, 26 лет, жалуется на боль в правой половине мошонки, жар. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Придаток яичка резко увеличен, уплотнен, болезненный. Определяется флюктуация. Диагноз. Лечение.

**Эталон ответа:**

Острый эпидидимит. Показана операция: эпидидимэктомия, эвакуация реактивной водянки яичка с последующей интенсивной антибактериальной терапией.

**Ситуационная задача №18**

Больной 45 лет обратился с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, тотальную гематурию. На экскреторной урограмме выявлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Диагноз. Дифференциальный диагноз.

**Эталон ответа:**

Необходимо провести дифференциальную диагностику между камнем почки и папиллярным раком лоханки следующими методами: ретроградная уретеропиелография (при камне – дефект наполнения в лоханке с ровными краями, при раке – ворсинчатое образование, исходящее из стенки лоханки), УЗИ (при камне – эхопозитивное образование с эконегативной тенью позади камня), КТ с реконструкцией изображения.

**Ситуационная задача №19**

Мальчик 4 лет, жалуется на болезненное и затрудненное, с натуживанием, мочеиспускание. На ретроградной уретерограмме патологии не выявлено. Детский цистоскоп под наркозом совершенно свободно проведен в мочевого пузыря. Выпущено 150 мл остаточной мочи из мочевого пузыря, но изменений в мочевом пузыре не выявлено. На цистоуретрограмме определили увеличение размеров мочевого пузыря, расширение задней части уретры. Головчатый буж легко проникает в мочевого пузыря, но при его выведении ощущается препятствие на уровне задней части уретры.

Почему инструменты свободно проходят в мочевого пузыря, и есть ли действительно инфравезикальная обструкция? Диагноз? Лечение.

**Эталон ответа:**

Больной имеет аномалию – клапан задней уретры, проявляющуюся инфравезикальной обструкцией. Ретроградно, при клапанах уретры, инструменты свободно проходят в мочевого пузыря, так как клапаны сдавливаются. Необходимо исследование специальным головчатым бужом: он легко проходит в мочевого пузыря, а при выведении обратно клапан расправляется и буж чувствует препятствие в задней уретре. Показана операция: трансуретральное иссечение клапана или «открытое» трансвезикальное его иссечение.

**Ситуационная задача №20**

У молодой женщины через 7 дней после свадьбы и первого в жизни коитуса возникли боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание. Температура тела нормальная. Определяется болезненность над лоном. В анализе мочи – лейкоциты до 40 в поле зрения.

Диагноз? Показаны ли цистография и цистоскопия? Лечение?

**Эталон ответа:**

Острый дефлорационный цистит. Цистография и цистоскопия противопоказаны. Лечение амбулаторное: антибиотики, фитотерапия, диета, спазмолитики.

**Ситуационная задача №21**

Поступает больной 70 лет с жалобами на небольшие, но стойкие боли в правой подвздошной области, которые появились у него сутки назад. Диспепсических расстройств нет. Температура нормальная. Ранее ни-когда подобных болей больной не отмечал. Ничем не болел.

При осмотре: язык суховат, пульс 90 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. В правой подвздошной области локальная болезненность. Симптомы Ровзинга и Ситковского не выявляются. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Лейкоцитов в крови  $6,1 \cdot 10^9$  /л. В моче изменений нет.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Эталон ответа:**

У больного не может быть исключен острый аппендицит, в старческом возрасте симптомы даже при деструктивных формах бывают выражены слабо. Поэтому наличие таких признаков, как боли и болезненность, локализующиеся в правой подвздошной области и сохраняющиеся на протяжении суток, в подобных случаях достаточно, чтобы решить вопрос в пользу диагностической лапароскопии

**Ситуационная задача №22**

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены снаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Эталон ответа:**

У больного имеются двусторонние прямые паховые грыжи. Указанные нарушения мочеиспускания возможны и при наличии грыжи (например, скользящая грыжа, содержимым которой является часть стенки мочевого пузыря). Вместе с тем, учитывая возраст больного и то, что жалобы на расстройства мочеиспускания появились у него намного раньше, чем образовались грыжи, можно предположить, что здесь имеет место аденома предстательной железы.

Если диагноз подтвердится, а состояние больного позволяет надеяться на благополучный исход, делают операцию аденомэктомии, а затем, позже - грыжесечение.

**Ситуационная задача №23**

У больной в течение года цистит с периодическими обострениями. Реакция мочи кислая. Стойкая лейкоцитурия.

Вопросы

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Причины заболевания.
4. Необходима ли консультация других специалистов?
5. Назовите основные способы лечения данного заболевания.

**Эталон ответа:**

1. Хронический цистит.
2. Хронический пиелонефрит, туберкулез мочевого пузыря.
3. Вагинализация наружного отверстия уретры, хронический аднексит на фоне инфекций, передаваемых половым путем
4. Гинеколога.
5. Антибактериальная терапия, транспозиция наружного отверстия уретры



### **Ситуационная задача №24**

Пациенту 55 лет, множественные камни правой почки, хронический пиелонефрит, вторично сморщенная почка, артериальная гипертензия в течение двух лет.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Наиболее вероятные возбудители пиелонефрита у данного больного?
3. Методы диагностики?
4. Какое лечение следует проводить?
5. Какие возможны осложнения?

**Эталон ответа:**

1. МКБ. Множественные камни вторично сморщенной правой почки. Артериальная гипертензия.
2. Протей, синегнойная палочка, кишечная палочка.
3. УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, динамическая нефросцинтиграфия.
4. Оперативное - нефрэктомия
5. Камнеобразование, инфекция в единственно оставшейся почке, развитие ХПН

### **Ситуационная задача № 25**

Больной 52 лет явился на прием к урологу с жалобами на выделение при половом сношении спермы бурого цвета. При лабораторном исследовании выявлена гемоспермия.

1. какова причина гемоспермии?
2. тактика врача в данном случае.

**Эталон ответа**

Гемоспермия может быть следствием воспалительных или новообразовательных процессов в простатической уретре. Необходимо пальцевое исследование простаты и инструментальное исследование – уретроскопия.

### **Ситуационная задача № 26**

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0.5\*0.5 см

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

**Эталон ответа**

Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа.

### **Ситуационная задача № 27**

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

О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза.

**Эталон ответа**

В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-тест», а затем компьютерную, магнитно-резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процессов.

**Ситуационная задача № 28**

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0.8\*0.4 см. После инъекции баралгина 5мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Энштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи. Что следует предпринять для купирования почечной колики.

**Эталон ответа**

Почечная колика у больного обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрилоханочного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента.

**Ситуационная задача № 29**

У больной 44 лет страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4 С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0.5\*0.4см.

Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита.

**Эталон ответа**

Больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

**Ситуационная задача № 30**

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.

Ваш предварительный диагноз.

**Эталон ответа**

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

### **Ситуационная задача № 31**

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 выраженной 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

1. Ваш диагноз
2. Лечебная тактика

#### **Эталон ответа:**

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 органоуносящая операция/.

### **Ситуационная задача №32**

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.

Ваш предварительный диагноз.

Диагностическая и лечебная тактика.

#### **Эталон ответа:**

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

### **Ситуационная задача №33**

У больного диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Лечебная тактика.

#### **Эталон ответа:**

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренирование клетчатки таза по Буяльскому-Мак-Уортеру.

### **Ситуационная задача №34**

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.

Ваша диагностическая тактика.

#### **Эталон ответа:**

Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию. уретроррагия, отсутствие самостоятельного мочеиспускания позволяют заподозрить повреждение мочеиспускательного канала у больного переломом костей таза. Необходима уретрография.

### **Ситуационная задача №35**

Задача №1. Больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете

#### **Эталон ответа:**

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

### **Ситуационная задача №36**

У больной 37 лет внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анамнезе мочи свежие эритроциты.

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете.

#### **Эталон ответа:**

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 5мл баралгина.

### **Ситуационная задача №37**

Задача №3. 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.

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете.

**Эталон ответа:**

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.

**Ситуационная задача №38**

У больного 48 лет при экскреторной урографии установлен дефект наполнения в лоханке левой почки

-какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.

**Эталон ответа:**

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

**Ситуационная задача №39**

Задача №5. 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

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования необходимы, чтобы определить характер тени.

**Эталон ответа:**

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

**Ситуационная задача №40**

Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы к мочеиспусканию, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.

- предположительный диагноз

-диагностические и лечебные рекомендации.

**Эталон ответа:**

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.

**Ситуационная задача №41**

Задача №2. Больной 70 лет жалуется на слабость, головную боль, тошноту, рвоту, произвольное 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 лоном. Предстательная железа, равномерно увеличена, плотно - эластичной

консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 18 мг./л  
-предположительный диагноз  
-лечебные рекомендации.

**Эталон ответа:**

Непризвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре, и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для аденомы простаты II 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 – аденомэктомиию

**Ситуационная задача №42**

Задача 3. Дежурному урологу только что закончившему экстренную операцию, 2 часа 30 минут из приемного покоя сообщили что поступил больной с безболевым тотальной гематурией.

-какова должна быть тактика уролога, экстренность диагностических и лечебных процедур.

**Эталон ответа:**

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.

**Ситуационная задача №43**

Задача 4. 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.

Какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания.

**Эталон ответа:**

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, эходопплерография