

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.68 «УРОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, на выделительных урограммах отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На ангиограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки. При динамической нефросцинтиграфии относительный вклад правой почки 32%.

1. Предварительный диагноз.
2. Механизм развития заболевания.
3. Достаточный ли объем обследования проведен пациенту?
4. План лечения в стационаре.
5. План наблюдения в амбулаторном учреждении.

Ситуационная задача 2

У женщины 47 лет произведена операция – экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в поясничной области с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет.

1. О чем следует думать?
2. Необходимые диагностические мероприятия.
3. Лечебная тактика.
4. Какие виды анурий вы знаете?
5. Какие оперативные вмешательства наиболее часто приводят к подобным ятрогенным осложнениям?

Ситуационная задача 3

Женщина 57 лет 3 дня назад перенесла абдоминальную гистерэктомию по поводу множественных миом матки. Интраоперационная кровопотеря 1400 мл. В течение последних суток отмечает умеренную боль ноющего характера в поясничной области слева, повышение температуры тела до 37,8 в вечерние часы.

1. Предположительный диагноз?
2. Диагностическая тактика?
3. Лечебная тактика?
4. Сроки планового оперативного лечения.
5. Предполагаемый объем операции.

Ситуационная задача 4

В приемное отделение обратился молодой человек 21 года с жалобами на интенсивную боль в левой половине мошонки.

Из анамнеза известно, что около 4-х часов назад, сидя за компьютером отметил возникновение резкой боли в левой половине мошонки. При осмотре признаков отека и гиперемии мошонки нет, левое яичко незначительно увеличено, располагается выше правого, резко болезненно при пальпации. Температура тела нормальная. Лейкоцитоз 11 тыс.

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Возможные отдаленные осложнения.

Ситуационная задача 5

В приемный покой доставлен мужчина, 23-х лет, с жалобами на сильные боли в левом яичке, увеличение левой половины мошонки. Час назад во время быстрой езды на велосипеде ударился промежностью о раму велосипеда. Почувствовал сильную боль в левом яичке.

При осмотре: левая половина мошонки увеличена, синюшного цвета, яичко не дифференцируется, пальпаторно определяется тестоватой консистенции резко болезненное образование в левой половине мошонки. Правое яичко не изменено.

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Какие ранние и поздние осложнения возможны?
4. Профилактика осложнений.
5. Кровоснабжение яичка.

Ситуационная задача 6

Мужчина 35 лет поступил с автотравмой. Состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на разлитые боли по всему животу, больше внизу живота. При пальпации живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. Пациент легче переносит боль в положении «полусидя». При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 30мл сукровичной жидкости.

1. Предварительный урологический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
3. Лечебная тактика.
4. Ориентировочные сроки дренирования мочевого пузыря цистостомическим дренажом при неосложненном послеоперационном течении.
5. Особенности ведения в поликлинике.

Инфекции мочевыводящих путей

Ситуационная задача 1

В клинику в экстренном порядке поступила женщина 35 лет с жалобами на выраженную общую слабость, интенсивные боли в поясничной области и правой половине живота, повышение температуры тела до 40 С с ознобом. Из анамнеза известно, что ранее у уролога не наблюдалась. Три месяца назад оперирована по поводу острого гнойного мастита. С тех пор периодически отмечала повышение температуры

тела до 37-38 С, самостоятельно принимала анальгетики, НПВС. В течение последней недели появились вышеописанные жалобы, температура тела стала носить гектический характер, появились потрясающие ознобы, уменьшилось количество мочи. Ранее у уролога не наблюдался. Хронические заболевания, травмы отрицает. Наследственность: неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы бледные, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 38,5 С. Дыхание свободное, ЧДД - 20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс - 78 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки по правому фланку и внизу живота. Справа пальпируется увеличенная и болезненная почка, симптом Пастернацкого резко положительный справа. Левая почка безболезненная, симптом Пастернацкого слева отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, За сутки выделила около 500 мл мутной мочи. В общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличено.

На обзорном снимке мочевых путей увеличение размеров нижнего переднего сегмента правой почки, очаговое выбухание внешнего ее контура, исчезновение контура поясничной мышцы справа.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
3. Тактика ведения пациентки? Возможен ли консервативный вариант лечения?
4. Какая лекарственная терапия показана в данном случае?
5. Предположите длительность пребывания пациентки в стационаре?

Ситуационная задача 2

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 25 лет с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, интенсивные боли в правом боку и внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 С без озноба. Возникновение заболевания связывает с переохлаждением, сначала появились рези при мочеиспускании, а затем появились боли в поясничной области. Из анамнеза известно, что ранее по УЗИ диагностировано опущение правой почки. У уролога не наблюдалась. Хронические заболевания: хр. гастрит. Хр. сальпингоофорит. Последний осмотр у гинеколога три года назад. Травмы и операции отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы физиологические, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 37,5 С. Дыхание свободное, ЧДД-20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс- 78 ударов в минуту, АД 110/ 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Правая почка незначительно болезненная при пальпации, симптом сотрясения отрицательный справа. В положении стоя пальпируется нижний полюс правой почки. Левая почка безболезненная при пальпации, симптом сотрясения слева отрицательный. Мочеиспускание свободное, моча светлая.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:

2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?

3. При каких результатах обследования, возможно лечение пациентки в амбулаторных условиях?

4. Тактика лечения пациентки, при наличии показаний к госпитализации?

5. Какие рекомендации вы дадите пациентке, после купирования атаки пиелонефрита?

Ситуационная задача 3

В поликлинику по месту жительства обратился мужчина 38 лет с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела 39.2 С, озноб, острую боль в области заднего прохода, промежности и над лобком, учащенные и затрудненные мочеиспускания и дефекацию. Возникновение симптомов связывает с переохлаждением, Из анамнеза известно, что ранее у уролога не наблюдался. Хронические заболевания, травмы и операции отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы физиологические, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 38 С. Дыхание свободное, ЧДД - 20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс - 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Почки безболезненные при пальпации, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание затрудненное, болезненное, моча светлая. Наружные мужские органы не изменены. Яички и придатки не увеличены, безболезненные.

Ректальное исследование: предстательная железа увеличена, пастозная, срединная бороздка сглажена, резко болезненная при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:

2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?

3. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?

4. Какая лекарственная терапия показана в данном случае?

5. Назовите длительность проведения антибактериальной терапии?

Ситуационная задача 4

В клинику обратилась женщина 32 лет с жалобами на общую слабость, тянущие боли в правой поясничной области и внизу живота, повышение температуры тела до 39 С. Считает себя больной три дня, возникновение заболевания связывает с переохлаждением, самостоятельно принимала НПВС с кратковременным эффектом. Из анамнеза известно, что ранее у уролога не наблюдалась. Хронические заболевания, травмы и операции отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы физиологические, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 38 С. Дыхание свободное, ЧДД-20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс- 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации,

перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Правая почка незначительно болезненная при пальпации, симптом сотрясения отрицательный справа. Левая почка безболезненная при пальпации, симптом сотрясения слева отрицательный. Имеется болезненность при пальпации в проекции мочевого пузыря. Мочеиспускание свободное, моча светлая.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
3. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
4. Какая лекарственная терапия показана в данном случае?
5. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, учитывая течение основного заболевания?

Ситуационная задача 5

В урологическую клинику экстренно поступил пациент 19 лет с жалобами на общую слабость, увеличение и боли в правой половине мошонки, повышение температуры тела до 39 С.

При физикальном осмотре определяется увеличение и гиперемия правой половины мошонки. Пальпация правого яичка резко болезненная, яичко от придатка не дифференцируется. Левая половина мошонки не изменена.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
3. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
4. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, при лечении бактериального эпидидимоорхита?
5. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, при выявлении хламидийной инфекции?

Ситуационная задача 6

В клинику обратился пациент 39 лет с жалобами на дискомфорт в уретре, рези при мочеиспускании. Считает себя больным около 3 суток. Возникновение заболевания связывает со случайным коитусом.

При физикальном осмотре половые органы не изменены, из уретры имеются скудные выделения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
3. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?

4. Перечислите заболевания передающиеся половым путем, которые необходимо исключить у сексуально активных мужчин?
5. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, учитывая течение основного заболевания?

Онкология

Ситуационная задача 1

Пациент 39 лет, обратился в клинику с жалобами на эпизоды гематурии. Стаж курения более 10 лет. Заключение цистоскопии (без ФДИ): на задней стенке пузыря за межмочеточниковой связкой множественные папиллярные разрастания размерами до 5 мм на площади до 4 см, напоминающие по своему виду стелющийся мох. Вокруг них никаких инфильтративных явлений определить не удастся.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительное обследование?
3. Лечение
4. Когда следует выполнять контрольную цистоскопию?
5. К какой группе будет относиться пациент, если будет установлен заключительный клинический диагноз: TаG2N0M0?

Ситуационная задача 2

Пациент 59 лет, обратился в клинику с жалобами на эпизод гематурии неделю назад. Обследован. По данным УЗИ выявлена одиночная опухоль на задней стенке мочевого пузыря, на короткой ножке, диаметром 1,5 см. Заключение гистологического исследования операционного материала: неинвазивная папиллярная карцинома, низкого злокачественного потенциала.

1. Показано ли МРТ/КТ
2. Диагноз
3. К какой группе риска относится данный вариант опухоли?
4. Показано ли выполнение повторной ТУР МП (second look)?
5. Какой алгоритм наблюдения следует выполнять?

Ситуационная задача 3

Пациент 79 лет. При плановом обследовании по УЗИ выявлено образование мочевого пузыря, на правой боковой стенке до 15мм.

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какой следующий шаг следует предпринять в рамках стандартного алгоритма обследования?
3. Какая стадия заболевания по системе TNM?
4. Какова тактика лечения?
5. Какова тактика лечения при рецидиве новообразования?

Ситуационная задача 4

Вовремя профосмотра у пациентки 58 лет, по данным УЗИ выявлена опухоль верхнего полюса левой почки 1,5см. Пациентка жалоб не предъявляет. При объективном осмотре общий соматический статус удовлетворительный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. У гинеколога по поводу каких-либо заболеваний не наблюдается.

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.По данным КТГ: опухоль верхнего полюса левой почки, накапливающая контраст, регионарные лимфоузлы не увеличены. По данным РОГК: в легких возрастные изменения.

4.Окончательный диагноз?

5.Лечение? Хирургическое – резекция почки, аблативные методы

6.Показана ли системная адьювантная терапия?

Ситуационная задача 5

Пациент 58 лет доставлен в приемное отделение ГКБ с жалобами на примесь крови в моче. Со слов пациента, сегодня утром при мочеиспускании впервые отметил вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно лекарственные препараты не принимал. В анамнезе: травм, операций, хронических заболеваний отрицает. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. АД 120/80 мм РТ ст . рс- 78 в мин. Живот мягкий, б/б во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, моча окрашена кровью, со сгустками. Органы мошонки б/о. Ректально: простата не увеличена, упруго-эластичная, без очагов уплотнения и флюктуации.

1.Предварительный диагноз

2.План обследования?

3. По результатам УЗИ: в верхнем полюсе правой почки опухолевое образование, изоэхогенное с кровотоком при доплеровском исследовании. Дальнейшая тактика?

4. По данным КТГ: опухоль верхнего полюса правой почки 5х6см, лимфоузлы не увеличены, контрлатеральная почка без изменений. В легкие метастазы не выявлены. Диагноз?

5. Лечение?

Ситуационная задача 6

У больного 55 лет, жалобы на ухудшение качества мочеиспускания. Мочеиспускание учащенное, затрудненное, струя скудная, моча светлая без видимых примесей. Физиологические отправления в норме. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад пациент перенес тяжелый удар в область паха. Общий анализ мочи: прозрачная моча, соломенно-желтого цвета, отн. Плотность 1,015, Ph 5,5, лейкоциты единичные, эритроцитов нет.

Биохимический анализ крови: мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 80.

По данным пальцевого ректального исследования: предстательная железа увела в размерах, междолевая бороздка сглажена, пальпация простаты безболезненна, консистенция тугоэластическая, очагов уплотнения, флюктуации не выявлено.

1. Укажите необходимые методы диагностики.

2. Выявлен ПСА 5.57 нг/мл. Укажите методику дальнейшего ведения больного.

3. По результатам биопсии предстательной железы выявлена мелкоацинарная аденокарцинома предстательной железы, высокой степени клеточной анаплазии, 7 (4+3) баллов по шкале Глисона, опухоль не выходит за пределы капсулы предстательной железы.

Какой метод лечения наиболее оптимален?

4. К какой прогностической группе относится данный больной?

5. Какой дополнительный метод исследования показан больному перед оперативным вмешательством?

Мочекаменная болезнь

Ситуационная задача 1

У больного Р., 54 года, внезапно возникли приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в мочеиспускательный канал, тошнота, рвота, частое мочеиспускание малыми порциями. В анамнезе наблюдалось отхождение конкрементов с мочой после приступа боли в поясничной области. При обследовании на обзорной урограмме теней, подозрительных на конкременты в проекции мочевыводящих путей не определяется.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз?

2. Какой метод исследования необходимо выполнить для диагностики причин левосторонней почечной колики?

3. Какое осложнение может возникнуть у данного пациента?

4. По данным КТ размеры конкремента н/3 6x4 мм. Какая тактика?

5. При неэффективности консервативной терапии, рецидиве почечной колики Ваша тактика?

Ситуационная задача 2

Больная, 32 лет, беременность 32-33 нед, жалуется на приступообразные боли в поясничной области справа, правой боковой области живота. Дизурии, гипертерии, ознобов нет. Боли возникли остро, сопровождаются тошнотой. Боли не связаны с движением и не уменьшаются при применении позиционной терапии. В анамнезе по данным УЗИ выявлены конкременты до 4-5 мм в проекции средней и нижней групп чашечек правой почки.

При обследовании: болезненность в поясничной области справа, правой боковой области живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Положительный симптом поколачивания справа.

В общем анализе крови - лейкоциты $8,7 \times 10^9/\text{л}$, ПЯ-0, СЯ-71, СОЭ-15мм/ч.

В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в п/зр, 8-10 эритроцитов в п/зр.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:

2. Какой скрининговый метод диагностики информативен для постановки диагноза?

3. Какое осложнение, сопровождающееся гипертермией, может развиться у больной?

4. Ваша тактика с целью купирования болевого синдрома, при неэффективности консервативной терапии:

5. В какие сроки после родоразрешения повторная госпитализация с целью удаления внутреннего стента (при необходимости контактной уретеролитотрипсии)?

Ситуационная задача 3

Пациентка П, 58 лет, госпитализирована в стационар с клиникой почечной колики, обусловленной оксалатным камнем в/3 правого мочеточника 5,6 мм. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад, находилась на стационарном лечении в урологическом отделении по поводу небольшого конкремента в в/3 правого мочеточника. Учитывая размеры конкремента, отсутствие признаков пиелонефрита, болей, больная выписана с рекомендациями выполнения литокинетической терапии. В настоящее время при УЗИ: слева – конкрементов нарушения уродинамики не выявлено, справа- умеренная (лоханка 21мм) каликопиелоуретерэктазия до конкремента в в/3 5,6мм, паренхима истончена до 9мм. На серии экскреторных урограмм функция почек своевременная, слева - конкрементов, нарушения уродинамики не выявлено, справа- умеренная каликопиелоретерэктазия до конкремента в в/3 5,6 мм, ниже которого определяется коленообразная девиация. Воспалительных изменений клинически и по данным лабораторных исследований не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какие варианты проведения литокинетической терапии существуют?
3. Ваша тактика ведения пациента:
4. Необходимо ли прибегнуть к установке внутреннего мочеточникового стента?
5. Механизм и уровень авульсии (лат. avulsio – отрывание) мочеточника? Чем может быть обусловлено данное повреждение?

Ситуационная задача 4

Пациент П. 62 лет поступил для планового оперативного лечения (выполнения ДЛТ) камня средней группы чашек левой почки размером 9 мм, по данным МСКТ плотностью 967 Ну. После сеанса ДЛТ у пациента возникла почечная колика слева, гипертермия до 38 С. По данным УЗИ определяется каликопиелоуретерэктазия до фрагментов в в/3 мочеточника общим размером 7мм (лоханка 1,8 см), паренхима почки 2.1 см, без зон снижения кровотока, на обзорной урограмме: тень фрагментов конкремента размером от 3 до 4 мм в в/3 левого мочеточника.

В общем анализе крови: гемоглобин 138 г/л, лейкоциты 16×10^9 . Без палочкоядерного сдвига.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Особенности течения вторичного гнойного пиелонефрита?
3. Ваша тактика ведения пациента:
4. Какую группу антибактериальных препаратов необходимо назначить пациенту?
5. Какие осложнения могут возникнуть у пациента в случае некорректного лечения?

Ситуационная задача 5

Мужчина 27 лет, поступил в клинику с почечной коликой слева, впервые возникшей на фоне полного здоровья. Длительность заболевания 3 суток. Особенности клинической картины – выраженный болевой симптом с эпизодом потери сознания, тошнота,

неоднократно рвота, учащенное малопродуктивное мочеиспускание. На фоне проводимой обезболивающей и спазмолитической терапии почечная колика купирована. Результаты инструментальных методов обследования патологии не выявили. Спустя сутки пациент отметил самостоятельное отхождение мелкого камня при мочеиспускании. В последствие отметил повышение температуры тела до 39,2 с познанием, усиление боли в левой поясничной области.

Объективно состояние средней тяжести, живот не вздут, болезненный в левых отделах, симптом Щеткина отрицательный, стул не нарушен. Область левой почки болезненна, симптом поколачивания положителен. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный, моча светлая.

Гемодинамически стабилен.

Лейкоцитурия, бактериурия в титре более 10 в 4 степени КОЭ, кишечная палочка.

Вопросы:

1. Чем обусловлено ухудшение состояния у пациента с отошедшим самостоятельно мочевым камнем?
2. Нуждается ли пациент в дренировании левой почки, если есть нарушение пассажа мочи?
3. Чем может быть обусловлено нарушение пассажа мочи после отхождения камня?
4. В случае отсутствия нарушения пассажа мочи после отхождения камня какая терапия показана?
5. При формировании одиночного абсцесса почки какой метод хирургического лечения показан пациенту?

Ситуационная задача 6

В поликлинику обратилась пациентка 56 лет с жалобами на интенсивные боли в поясничной области справа, иррадиирующие вниз живота, повышение температуры тела до 39 С, озноб, учащенные позывы к мочеиспусканию.

Вышеописанные жалобы в течение суток. Самостоятельно принимала спазмолитические препараты с эффектом. Из анамнеза известно, что страдает мочекаменной болезнью. Два дня назад выполнен сеанс дистанционной литотрипсии в верхней трети правого мочеточника (размер конкремента 14*11 мм), получены признаки фрагментации конкремента.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Температура тела 38,8 С. Дыхание свободное, ЧДД-20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс- 78 ударов в минуту, АД 130/ 80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Область правой почки болезненная при пальпации, левая почка интактна. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащенное, с дискомфортом, моча мутная.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данной пациентке?
3. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
4. Назовите последовательность лечебных мероприятий?

5. Возможно ли проведение контактной уретеролитотрипсии, с целью удаления конкремента?

Семиотика

Ситуационная задача 1

У больного 29 лет, после переохлаждения появились боли в надлобковой области и промежности, затрудненное мочеиспускание с режками. Температура тела 36,9 градусов. В анамнезе хр.простатит. При осмотре. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Паховые л/у не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация области почек безболезненная. С-м Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы не изменены. Предстательная железа не увеличена, тестоватой консистенции, болезненна, симметричная, без очаговых изменений, срединная бороздка сглажена. В ОАМ лейкоциты 8-10 в п/з. ОАК – лейкоциты 7,8, п- 4, с 56, лимфоциты – 28, э- 1, м -11, СОЭ-8.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какая классификация простатита используется в настоящее время?
3. Назовите пробу, используемую при диагностике хронического простатита?
4. Наиболее частая локализация боли при хроническом простатите?
5. При диагностике хронического простатита, необходимо заполнение какого опросника?

Ситуационная задача 2

Обратился мужчина 25 лет, с жалобами на бесплодный брак. Урологический анамнез не отягощен. Работает менеджером. Вредных привычек не имеет. Женат 2 года. Половая жизнь без предохранения последний год. При осмотре: правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Паховые л/у не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация области почек безболезненная. С-м Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы: яички и их придатки не изменены. Вены семенного канатика не расширены. Проба Вальсальвы отрицательная. Предстательная железа не увеличена, эластичной консистенции, безболезненна, симметричная, без очаговых изменений, срединная бороздка пальпируется. Мочеиспускание свободное.

Вопросы:

1. Какое исследование необходимо выполнить в первую очередь?
2. Какова концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята в норме?
3. Какая наиболее частая причина бесплодия у мужчин?
4. Через какой период времени половой жизни без контрацепции, без наступления беременности, брак считается бесплодным?
5. Через какой период времени безуспешной консервативной терапии бесплодия необходимо прибегать к ВРТ (ВРТ - вспомогательная репродуктивная технология)?

Ситуационная задача 3

Женщина 68 лет, направлена к урологу по поводу микрогематурию: в общем анализе мочи 3 недели назад были выявлены эритроциты 5-10 в поле зрения. Дизурической

симптоматики, болей в поясничной области, нефролитиаза и инфекции мочевых путей в анамнезе нет. Из перенесенных операций: экстирпация матки по поводу лейомиомы матки. Из хронических заболеваний: артериальная гипертония, сахарный диабет. Из принимаемых препаратов: глюкофаж, анаприлин. Курит в течение 40 лет, по пачке сигарет в день. Семейный анамнез по мочекаменной болезни не отягощен. Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура 37,1грС, пульс 80 уд/в мин, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧД 18/мин. При осмотре – отеков не выявлено. При пальпации - живот мягкий, безболезненный, образований не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, надлонная область безболезненна, пальпаторно без особенностей. Гинекологическое исследование: наружные половые органы без патологии: при бимануальном исследовании объемный образований не определяется: шейка матки удалена.

Общий анализ мочи – лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 5-10 в поле зрения. Общий анализ крови в пределах нормы. Креатинин и мочевины в пределах нормы. Цистоскопия: папиллярное образование около 1см на тонкой ножке, латеральное устья правого мочеточника.

Вопросы:

1. Какой анализ мочи, желательнее проводить после первичного выявления микрогематурии у женщины?
2. Достоверно ли проведение цитологического исследования осадка мочи при высокодифференцированном переходноклеточном раке мочевого пузыря и раке in situ?
3. Достоверно ли проведение цитологического исследования осадка мочи при низкодифференцированном переходноклеточном раке мочевого пузыря?
4. Какие существуют альтернативные (цитологическому исследованию осадка мочи) методы лабораторной диагностики рака мочевого пузыря?
5. Какое исследование, помогает окончательно подтвердить диагноз и правильно его лечить?

Ситуационная задача 4

Женщина 55 обратилась к терапевту по поводу субфебрильной температуры, недомогания и болей в поясничной области слева, появившихся неделю назад. В течение последних 3-4 месяцев отмечает слабость, недомогание, снижение аппетита, потерю веса на 4кг. В анамнезе рецидивирующий цистит, по поводу чего получала эмпирическую антибактериальную терапию со временным положительным эффектом. Отмечает эпизоды кратковременной тотальной гематурии. В остальном анамнез, в том числе семейный онкоанамнез не отягощен. Из лекарственных препаратов принимает парацетамол. Объективно: температура 38,1грС, пульс 102уд/мин, ритмичный. Аускультация легких – без особенностей. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Симптом поколачивания положительный слева.

Пациентке по поводу подозрения на новообразование левой почки, было проведено КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, на основании чего был установлен диагноз: ксантогранулематозный пиелонефрит.

Вопросы:

1. Какие изменения могут быть в общем анализе мочи?
2. Есть ли необходимость проведения бактериального посева мочи в данном случае?

3. Какие микробные агенты чаще всего обнаруживаются при посеве мочи при данной патологии?

4. Какие изменения могут быть в клиническом анализе крови?

5. У 20-40% случаев, наблюдается повышение уровня щелочной фосфатазы, альфа-2-микроглобулина, непрямого билирубина и увеличение протромбинового времени. Обратимыми нарушениями какого органа вызваны данные изменения.

Ситуационная задача 5

У мужчины после переохлаждения появились боли в промежности, заднем проходе, повысилась температура до 38С. Мочеиспускание было вначале болезненным, а затем отмечено ослабление струи мочи.. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная и резко болезненная предстательная железа. Очагов размягчения нет.

Вопросы:

1. Какое изменение в общем анализе крови будет указывать на острый воспалительный процесс?

2. Взятие какого биоматериала противопоказано в подобной клинической ситуации?

3. Какие наиболее типичные изменения в общем анализе мочи для данной клинической ситуации?

4. Проведение микробиологического исследования является обязательным в данной ситуации?

5. На основании какого анализа можно оценивать динамику проводимого лечения?

Ситуационная задача 6

На прием к урологу обратилась женщина , 32 лет. С жалобами на боль в надлобковой области, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, с режками, изменение цвета мочи. Заболела накануне, после купания в водоеме. Соматический и урологический анамнез не отягощен. При осмотре. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Паховые л/у не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация области почек безболезненная. С-м Пастернацкого отрицательный. Болезненность в надлобковой области незначительная. Осмотр на кресле: выделений из уретры и влагалища нет, наружное отверстие уретры не изменено. Температура 36,8 градусов. В ОАМ лейкоциты 28-30 в п/з, эритроциты 6-8 в п/з. ОАК – лейкоциты 7,3, п- 2, с 54, лимфоциты – 30, э- 3, м -11, СОЭ-10.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз:

2. Проведите дифференциальную диагностику:

3. Существует ли необходимость проведения бактериального посева мочи?

4. Существует ли необходимость проведения дополнительных инструментальных и рентгенологических видов диагностики?

5. Тактика лечения пациентки?