

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 артериограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки. При динамической нефросцинтиграфии относительный вклад правой почки 32%.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Ситуационная задача 7

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 8

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 9

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 10

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?

6. Перечислите принципы медикаментозной и немедикаментозной профилактики.

Ситуационная задача 11

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 12

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.

Вопросы:

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 13

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.

Вопросы:

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?
6. Назовите принципы реабилитации пациентов после оперативного лечения.

Ситуационная задача 15

Время 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.

Вопросы:

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 адъювантная терапия?
7. Назовите принципы паллиативной помощи пациентам с распространенными формами данного заболевания, которым не может быть предложено лечение.

Ситуационная задача 16

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 $8,7 \times 10^9$ /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 развиваться у больного?
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 17

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 18

Обратился мужчина 25 лет, с жалобами на бесплодный брак. Урологический анамнез неотягощен. 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 19

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?

Ситуационная задача 20

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, латеральнее устья правого мочеточника.

Вопросы:

1. Какой анализ мочи, желательно 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?