



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

« 25 » 07 / С.А. Артюшкин /
2019 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.68 Урология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заедание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную научную и учебную литературу. Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68. Урология.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоурограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.
4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая допплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.
13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретроскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов..
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Сpermограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика структур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёт придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений

43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.
49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.
54. Протяжённые структуры мочеточника. Причины, симптоматика, диагностика.
55. Опухоли полового члена. Этиология, патогенез, клиника, комбинированное и хирургическое лечение
56. Опухоли яичка. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение.
57. Гидронефроз и беременность. Тактика ведения, методы лечения.
58. Структуры уретры. Классификация, клиника, методы уретропластики.
59. Хроническая почечная недостаточность урологических больных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Бактериотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, лечение.
61. Ранние и поздние осложнения после аденомэктомии
62. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни
63. Контактная и дистанционная литотрипсия при мочекаменной болезни.
64. Особенности туберкулёза почек и мочевых путей.
65. Осложнения туберкулёза почек и мочевых путей.
66. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
67. Лечение туберкулёза почек и мочевых путей.
68. Особенности клиники и диагностики туберкулёза мужских половых органов.
69. Бужирование уретры. Показания, методика, осложнения.
70. ДГПЖ. Методы консервативного лечения.
71. Травмы полового члена. Неотложная помощь.

72. ДГПЖ. Хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.
73. Хирургическое лечение опухолей почек. Органосохраняющие и радикальные операции.
74. Клинические особенности течения пиелонефрита у беременных.
75. Травмы почек. Консервативное и оперативное лечение.
76. Консервативное лечение эректильной дисфункции.
77. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
78. Травмы Трансуретральная резекция (ТУР) ДГПЖ. Показания, методика, профилактика осложнений мочевого пузыря. Этиология, классификация, клиника, диагностика
79. Хирургическое лечение травм мочевого пузыря.
80. Клинические особенности течения мочекаменной болезни у беременных.
81. Установка почечного стента. Показания, профилактика осложнений.
82. Методы хирургического лечения гидронефроза.
83. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
84. Диагностика и лечение травм уретры.
85. Хирургическое лечение экскреторного бесплодия у мужчин
86. Ятрогенные повреждения мочеточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.

87. Хирургическое лечение вакуогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Ипланационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.
91. Хирургическое лечение рака предстательной железы. Виды осложнений и их лечение.
92. Цисталгия. Классификация, диагностика, лечение.
93. Методы хирургической коррекции девиации полового члена.
94. Мочеполовые свищи. Методы хирургического лечения.
95. Гиперактивный мочевой пузырь. Диагностика и лечение.
96. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез, классификация.
97. Реконструктивная хирургия мочеточника различными отделами желудочно-кишечного тракта.
98. Опухоли мочевого пузыря. Клиника, диагностика, принципы лечения.
99. Восстановление протяженных дефектов мочеточника неизменёнными отделами мочевыводящих путей.
100. Хирургическое лечение рака мочевого пузыря. Методы деривации мочи после цистэктомии.
101. Фармакотерапия эректильной дисфункции.
102. Опухоли мочевого пузыря. Консервативное лечение (внутрипузырная иммунотерапия, фотодинамическая терапия).
103. Особенности эндовидеохирургических операций у уроандрологических больных.
104. Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.
105. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры.
106. Иммунологическое бесплодие. Эфферентные методы лечения.
107. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
108. Тактика ведения беременных с гидронефрозом.
109. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря.
110. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
111. Эндоскопическая уретеролитотрипсия. Показания, методика, осложнения
112. Трансуретральная резекция при лечении рака мочевого пузыря.
113. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
114. Диета при оксалатном, фосфатном, уратном и смешанном уролитиазе.
115. Особенности физиотерапии урологических больных.
116. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.

Задача 1.

При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006, лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите генез заболевания.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения
4. Какова лечебная тактика. Какие осложнения является абсолютным

показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции.

5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 2.

У больной 13 лет имеются признаки почечной недостаточности: слабость, сухость во рту, жажда. При пальпации в подреберьях определяются безболезненные, бугристые образования. Проба Зимницкого - гипоизостенурия. Биохимический анализ крови выявил высокий уровень азотемических показателей. На обзорной уrogramме – контуры почек неровные, размеры их увеличены.

1. Поставьте диагноз.

2. Генез заболевания.

3. Перечислите дополнительные исследования необходимые для его уточнения.

4. Какова лечебная тактика. Укажите осложнение, которое является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Как будет называться операция.

5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 3.

У новорожденного Н. медперсонал обратил внимание на ярко красное образование 5x4 см в области лобка с постоянным выделением мочи из этой области.

1. Поставьте диагноз.

2. Каков генез заболевания.

3. Нужны ли дополнительные методы исследования.

4. Какова лечебная тактика.

5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 4.

Мама ребенка 2 лет обратилась к врачу с жалобой на то, что ее ребенок мочится двукратно через 5-10 минут.

1. Каков Ваш предварительный диагноз.

2. Чем объяснить такую симптоматику.

3. Нужны ли дополнительные методы исследования.

4. Какова лечебная тактика.

5. Перечислите меры профилактики:

а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 5.

Во время осмотра у новорожденного Н. обнаружили, что наружное отверстие уретры располагается под головкой полового члена, в области уздечки. Мочеиспускание свободное.

1. Поставьте диагноз.

2. Каков генез заболевания.

3. Нужны ли дополнительные методы исследования.

4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры профилактики:
а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 6.

Мама мальчика 2,5 лет обратилась к врачу по поводу постоянного выделения мочи из уретры на фоне нормального самостоятельного мочеиспускания.

1. Поставьте диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры профилактики:
а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 7.

У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препуциального мешка.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры первичной профилактики.

Задача 8.

У девочки 8 лет с момента рождения отмечается непроизвольное выделение небольшого количества мочи при сохранении нормального мочеиспускания. При осмотре на гинекологическом кресле установлено, что моча каплями вытекает из влагалища.

1. Поставьте диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры профилактики:
а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 9.

У мальчика 3 лет половой член уменьшен в размерах, искривлен книзу, мошонка расщеплена на две половины, наружное отверстие мочеиспускательного канала находится на промежности мочеиспускание возможно только сидя.

1. Поставьте диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры профилактики:

а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 10.

У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3x2 см.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Задача 11.

Больной 18 лет поступил в клинику по направлению райвоенкомата. Врач призывной комиссии обнаружил в мошонке единственное левое яичко. Правое яичко в мошонке, по ходу пахового канала не определяется.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 12.

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, 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.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Какова лечебная тактика.
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 13.

Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выбухание с точечным устьем. На экскреторной уrogramме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде

«головы кобры».

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования

4. Какова лечебная тактика
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача № 14.

Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L₅.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. Критерии выбора лечебной тактики.
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 15.

Больной 20 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине мошонки. В вертикальном положении тела в области левого семенного канатика определяется гроздевидное образование тестоватой консистенции, которое спускается ниже яичка, а в горизонтальном положении тела значительно уменьшается в размерах. При пальпации яичко дрябловатое, слегка уменьшено в размерах.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования.
4. От чего зависит выбор лечебной тактики.
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 16.

Пациентку 28 лет, 6 месяцев после родов, стали беспокоить боли в правой половине живота во время физической нагрузки, исчезающие в положении лежа. Периодически отмечалось повышение артериального давления.

1. Предварительный диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Объем обследований.
4. Критерии выбора лечебной тактики.
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 17.

Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи

– лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови – анемия, азотемия.

1. Каков Ваш предварительный диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения.
4. Какова лечебная тактика. Какое осложнение является абсолютным

показанием для оперативного вмешательства, называние операции.

5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 18.

Пациент 38 лет поступил в урологическую клинику с диагнозом «киста правой почки». По результатам обследования выявлена киста верхнего полюса правой почки $4,5 \times 5,0$ см. Нарушения уродинамики на серии экскреторных уrogramм не выявлено.

1. Диагноз.
2. Причины артериальной гипертензии при наличии кисты верхнего полюса почки.
3. Дополнительное обследование необходимое для уточнения диагноза
4. Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.
5. Выпишите рецепт на цефотаксим.

Задача 19.

Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапельвикальная киста правой почки $4,5 \times 3,0$ см. На экскреторных уrogramмах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек.

1. Диагноз.
2. Почему не выполняется лоханка
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести
4. Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 20.

Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38^0C с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной уrogramме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент $1,5 \times 1,4$ см в d. На экскреторной уrogramме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаждается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
4. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной уrogramме имеет отношение к мочевым путям.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Задача 21.

У больного 16 лет рентгенологически выявлен камень левого мочеточника $0,4 \times 0,3$ см. Приступ болей легко купируется, температура тела нормальная. На экскреторной уrogramме определяется незначительное расширение мочеточника над конкрементом.

1. Определите тактику лечения.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какие лечебные мероприятия показаны.
4. Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике камнеобразования.

Задача 22.

В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной беспрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.

1. Предварительный диагноз
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести
3. Меры первой (дворачебной) и врачебной помощи
4. Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание
5. Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Задача 23.

Больной 15 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, которые иррадиируют в поясницу и в половые органы. Появление болей внезапное, не зависит от положения тела. Наблюдаются тошнота. Пальпация вызывает локальную болезненность. Отмечается незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Температура тела нормальная. Мочеиспускание несколько учащено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
4. Какие заболевания могут «симулировать» указанную клиническую картину.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Задача 24.

У больного 45 лет рентгенологически диагностирован камень правой почки. Последние 3 месяца беспокоили периодические подъемы температуры до 38^0C , ознобы. На экскреторной уrogramме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не визуализируется. Тень наславивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не установлено.

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

3. План лечения.
4. Что определит минимальный и максимальный объем оперативного вмешательства.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Задача 25.

У больной 55 лет при обследовании в клинике выявлен коралловидный камень левой почки. При хромоцистоскопии поступление индигокармина из левого устья нет, при этом определяется выделение из него густого гноя в виде «пасты из тюбика». На обзорной уrogramме тень конкремента в проекции левой почки 4x6 см, на экскреторных уrogramмах нет контрастного вещества в проекции левой почки. Справа функция почки сохранена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Обоснуйте метод лечения показанный больному.
4. Какой фактор определяет объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Задача 26.

У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.
4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
5. Перечислите возможные мероприятия по профилактике основного заболевания.

Задача 27.

Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
4. Чем обусловлено данное заболевание.
5. Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике

заболевания.

Задача 28.

Больной 34 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на повторные приступы острых болей в правой поясничной области с иррадиацией вниз живота и в наружные половые органы, учащенное мочеиспускание. Приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой. Моча цвета «мясных помоев» со сгустками.

1. Ваш предварительный диагноз. Перечислите возможные осложнения.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию
4. Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики
5. Перечислите меры вторичной профилактики.

Задача 29.

Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать что-либо в подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - $5,9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 56 мм/час. На обзорной уrogramме тень конкремента

коралловидной формы в проекции левой почки 4x6 см. На серии экскреторных уrogramмах контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасти из тюбика" из левого устья.

1. Диагноз.
2. Осложнения основного заболевания.
3. Каков, вероятнее всего, химический состав камня.
4. Лечебная тактика. Показания для оперативного лечения.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Задача 30.

Пациента 50 лет в течение месяца беспокоят периодические боли в поясничной области справа. При осмотре болезненность в правом подреберье. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной уrogramме тень $2,5 \times 1,5$ см в проекции правой почки. На экскреторных уrogramмах функция правой почки снижена, гидронефроз. Тень камня наславивается на пиелуретральный сегмент. Слева изменений чащечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной уrogramме имеет отношение к мочевым путям.
4. Предпочтительный метод оперативного лечения.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 31.

Пациента 49 лет в течение трех месяцев беспокоят периодические боли в поясничной области слева. При осмотре болезненность в левом подреберье. На обзорной уrogramме тени $1,5 \times 1,0$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных уrogramмах функция левой почки снижена, гидронефроз. Тени камней налагаются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной уrogramме имеет отношение к мочевым путям.
4. Предпочтительный метод оперативного лечения.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 32.

Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной уrogramме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных уrogramмах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив структуры ПУС. Тени камней налагаются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной уrogramме имеет отношение к мочевым путям.
4. Предпочтительный метод оперативного лечения.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 33.

Пациента 29 лет в течение шести месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области. Периодически при мочеиспускании отходит «песок». На обзорной уrogramме в проекции правой почки тень подозрительная на камень $3,0 \times 4,0$ см, в проекции левой почки четыре тени $1,5$; $1,3$; $1,0$; $0,8$ см. На экскреторных уrogramмах функция почек снижена, двусторонний гидронефроз. Справа камень ПУС, слева камень ПУС и камни всех групп чашечек.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести .
3. Какой первый этап оперативного лечения.
4. Какой второй этап оперативного лечения.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 34.

Пациента 36 лет в течение двух месяцев беспокоят периодические боли в поясничной области слева. При осмотре болезненность в левом подреберье. На обзорной уrogramме тени $1,8 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных уrogramмах функция левой почки снижена, гидroneфроз. Тени камней налагаются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной уrogramме имеет отношение к мочевым путям.
4. Предпочтительный метод оперативного лечения.

Задача 35.

Пациент 50 лет в течение 10 лет страдает МКБ, камневыделитель. Госпитализирован в урологическое отделение с почечной коликой слева. На экскреторных уrogramмах диагностирован камень верхней трети левого мочеточника $1,0 \times 2,0$ см, камень ПУС 2,5 на 2,0 см и камень средней чашечки $0,6 \times 0,5$ см, уретерогидронефроз. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести.
4. Предпочтительный метод оперативного лечения.
5. Мероприятия по метафилактике.

Задача 36.

У пациента 18 лет рентгенологически выявлен камень нижней трети левого мочеточника $0,4 \times 0,3$ см. Приступы болей легко купируются. Температура тела нормальная. На экскреторных уrogramмах определяется незначительное расширение мочеточника над конкрементом.

1. Объясните, почему в данном случае возможно проведение консервативной терапии и в чем она заключается. Почему пациент не нуждается в оперативном вмешательстве.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие лечебные мероприятия показаны.
4. Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике камнеобразования.

Задача 37.

У пациента 19 лет выявлен камень верхней трети левого мочеточника $0,5 \times 0,4$ см. В течение недели приступов болей нет, миграции камня нет. Температура тела нормальная. На экскреторных уrogramмах определяется расширение мочеточника над конкрементом.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие лечебные мероприятия показаны.
4. Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного.

Задача 38.

У пациента 35 лет выявлен камень интрамурального отдела правого мочеточника $0,6 \times 0,5$ см; в течение месяца приступов болей нет. Температура тела нормальная. На экскреторных уrogramмах определяется декомпенсация правого мочеточника, уретерогидронефроз до интрамурального отдела.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Какие лечебные мероприятия показаны.
4. Какой параметр наблюдения определяет тактику ведения больного.
5. Укажите мероприятия по метафилактике.

Задача 39.

Пациента 47 лет последние 2 месяца беспокоили ноющие боли в пояснице справа, примесь крови в моче после физической нагрузки. В течение последних суток отмечает подъем температуры до 38°C , озноб. Диагностирован камень ПУС справа. Тень камня наславивается на пиелоуретральный сегмент. На экскреторных уrogramмах функция правой почки снижена, определяется камень $2,0 \times 2,5$ см в ПУС, гидронефроз. Слева изменений чащечно-лоханочной системы и мочеточника необнаружено.

1. Предварительный диагноз
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести
3. План лечения
4. Какой параметр наблюдения определяет тактику ведения больного.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 40.

У пациента 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При цистоскопии из левого устья выделился густой гной в виде «пасты из тюбика». На обзорной уrogramме тень конкремента в проекции левой почки 4 на 6 см, на экскреторных уrogramмах контрастного вещества в проекции левой почки нет. Справа функция почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа вакуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести
3. Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.
4. Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано.
5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Задача 41.

У пациента 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевой пузырь не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3. Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию.
4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 42.

Пациент пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание частое, закладывание струи в конце акта мочеиспуска, рези. Иногда в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторно не лечился. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum: рецидив аденомы не определяется. При уродинамических исследованиях отмечается брюшной тип мочеиспускания, максимальный поток мочи 6 мл/сек.

1. Предварительный диагноз
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае
4. Предпочтительный метод оперативного лечения.
5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Задача 43.

Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пацового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, пацовые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных уrogramмах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.

5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Задача 44.

У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. Обратился в поликлинику.

1. Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. Тактика ведения больного.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Задача 45.

Больной 78 лет жалуется на боли в надлобковой области при ходьбе, учащение мочеиспускания, внезапное прекращение струи и возобновление ее после перемены положения тела. Периодически отмечает примесь крови в моче в конце акта мочеиспускания.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства.
5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Задача 46.

Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсиччатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных уrogramмах функция правой почки не нарушена, слева-снижена.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. План лечения.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Задача 47.

Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных уrogramмах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи- до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

1. Предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
4. Какой параметр определяет стадию заболевания.
5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Задача 48.

Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Задача 49.

У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета

«мясных помоев» со сгустками.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства. Какое исследование его точно определит.
5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Задача 50.

Больной 70 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания при сохранении позывов. Состояние больного средней тяжести. Язык сухой, жажда. Пальпируется резко увеличенный и резко болезненный мочевой пузырь. Отмечается непроизвольное выделение мочи по каплям. Простата увеличена, эластична с четкими контурами. Мочевина крови – 9,4 ммоль/л.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
4. Какой параметр определяет стадию заболевания.
5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

5.3. Рекомендуемая литература

а) основная литература:

1. Б.К.Комяков. Урология /учебник/. –М.:ГЭОТАР-Медиа,2011. – 464с..

б) дополнительная литература:

1. Рекомендации Европейской ассоциации урологов от 2015 г.
2. Руководство по оперативной урологии Ф.Хинман «Оперативная урология» Атлас, издательство М.:ГЭОАТАР-Медиа,
3. Канн Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М.: Медицина, 1986. — 488 с.