



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

Методическая разработка

для преподавателя на тему:

«МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ:

клиника, дифференциальный диагноз, терапия, профилактика»

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

Составитель разработки – профессор Дзгоева Ф.У.

Владикавказ

Тема практического занятия: «Мочекаменная болезнь:
клиника, дифференциальный диагноз, терапия, профилактика»

Место проведения занятия: учебная комната, нефрологическое отделение.

Обоснование необходимости изучения темы:

Проблема мочекаменной болезни сохраняет свою актуальность во всем мире в связи с неуклонным ростом заболевания, который ежегодно составляет 0,5-5,3%- В Российской Федерации число зарегистрированных больных уролитиазом с 2008 по 2014 гг. увеличилось с 567,5 до 674,6 человек на 100 000 населения. У 65-70% пациентов МКБ диагностируется в возрасте 30-60 лет, преимущественно у мужчин, в соотношении 2/3 М : 1/3 Ж. В 35-75% заболевание носит рецидивирующий характер. В результате нередко приходится прибегать к хирургическим вмешательствам, которые в 22-28% приводят к различным осложнениям, в том числе с развитием острой и хронической почечной недостаточности, инвалидизации больных молодого и трудоспособного возраста, в 11% заканчиваются нефрэктомией и в 3% случаев летальным исходом (Дзеранов Н.К., Лопаткин Н.А. 2011; Worcester E.M. et al., 2014). До сих пор нет единого мнения в отношении целесообразности и эффективности профилактических мероприятий после удаления конкрементов. Важное значение в патогенезе уролитиаза играет мочевиная инфекция и хронический пиелонефрит. Микроорганизмы способны инициировать и потенцировать камнеобразование за счет увеличения содержания мукопротеидов, уростаза, нарушения кровотока и транспорта камнеобразующих веществ в канальцевой системе почек. Предметом дискуссии остается выбор метода разрушения и удаления конкрементов. Во всем мире широкое применение в связи с малой инвазивностью и высокой эффективностью получила дистанционная литотрипсия (ДЛТ). Тем не менее, при ударно-волновом воздействии происходит повреждение клубочкового аппарата и верхних мочевых путей, которое приводит к склерозированию паренхимы и снижению функции

почек. С активным внедрением новых технологий в лечение уролитиаза одновременно отмечается рост рецидивного камнеобразования. У многих пациентов после удаления конкрементов в полостной системе почек часто остаются мелкие фрагменты камней, кристаллы мочевых солей, сгустки крови, слизь, что способствует

быстрому рецидивному камнеобразованию. Для снижения частоты рецидивного уролитиаза требуется разработка новых патогенетических методов литокинетической терапии и хемолиза.

Таким образом, поиск новых механизмов патогенеза и усовершенствование методов диагностики, лечения, профилактики и метафилактики уролитиаза определяет актуальность исследования особенностей патогенеза, диагностики и лечения мочекаменной болезни.

Цель занятия: углубление и приобретение новых знаний по этиологии, патогенезу, клинике, методам диагностики, формулировки клинического диагноза и видам лечения нефролитиаза.

Задачи занятия:

Разобрать:

1. Факторы, способствующие камнеобразованию.
2. Классификацию и виды камней мочевой системы.
3. Основные симптомы МКБ.
4. Осложнения МКБ.
5. Методы диагностики и дифференциального диагноза МКБ, формулирование вариантов диагноза МКБ.
6. Показания и методика консервативного лечения.
7. Показания к дистанционной литотрипсии и показания к удалению камня петлей.

Методологические и воспитательные цели занятия:

Осветить важность изучаемой патологии в современной нефрологии. Подчеркнуть трудности диагностики. Обратит внимание слушателей на социальную значимость последствий мочекаменной болезни- развития хронической почечной недостаточности среди трудоспособного населения. Показать успехи клинической нефрологии и роль в этом отечественных ученых (Тареев Е.М., Тареева И.Е., Мухин Н.А., Ермоленко В.М. и другие).

Оснащение занятия:

Технические средства:

- Негатоскоп, компьютер, ноутбук

Демонстрационный материал:

- больные с мочекаменной болезнью, вторичным пиелонефритом, хронической почечной недостаточностью, истории болезни
- набор анализов, рентгеновских снимков
- таблицы
- слайды

План и организационная структура занятия «Мочекаменная болезнь: клиника, дифференциальный диагноз, терапия, профилактика»

№ п/п	Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
1	Организационные мероприятия	5	II	Уч. комната	Журнал
2	Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	Уч. комната	Вопросы и задачи
3	Клинический разбор больных (2-3)	60	III	Палата	Больные, истории

	человека)				болезни, рентгеновские снимки
4	Анализ полученных данных (выделение синдромов, выявление ведущего синдрома и круга заболеваний).	20	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни, рентгеновские снимки
5	Дифференциальный диагноз	30	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
6	Предварительный диагноз	5	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
7	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	Уч. комната	Истории болезни, анализы, рентгеновские снимки
8	Клинический диагноз	5	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
9	Этиопатогенез мочекаменной болезни	10	III	Уч. комната	Таблицы
10	Тактика врача при	10	III	Уч. комната	Таблицы,

	мочекаменной болезни				истории болезни,
11	Общие принципы лечения	20	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
12	Контроль конечного уровня усвоения материала	15	-	Уч. комната	Тест – задачи
13	Задание на дом	5	-	Учебная комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные.

РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ.

1. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

Накануне подбираются больные с различными вариантами мочекаменной болезни, вторичным пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью, развившейся в исходе мочекаменной болезни и вторичного пиелонефрита. Производится подробный разбор одного-двух больных с мочекаменной болезнью с проведением дифференциального диагноза с другими почечными заболеваниями и острыми хирургическими заболеваниями и подобной симптоматикой (острый холецистит, острый аппендицит, острый гломерулонефрит, апостематозный нефрит).

Больных курируют аспиранты с последующим докладом их на занятии.

В день занятия в учебной комнате преподаватель кратко определяет цель занятия, знакомит с планом работы. Касается актуальности темы, современных достижений нефрологии. Затем проводит контроль исходных знаний по тестовому контролю. Проверяет готовность слушателей к занятию (больной, рефераты, демонстрационный материал). Затем все идут в палату к больным.

2. ОСНОВНОЙ ЭТАП:

Кураторы готовят своих больных к разбору: собирают жалобы, анамнез, выявляют объективные данные, выделяют ведущий синдром (приступы болей, дизурия) и определяют круг заболевания, привлекаемых для дифференциального диагноза (хронический и острый холецистит, острый аппендицит, острый гломерулонефрит, апостематозный нефрит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, острым панкреатит, внематочная беременность).

По ходу осмотра больного преподаватель заостряет внимание слушателей на характерных особенностях и других проявлениях заболевания у разбираемых больных.

Дифференциальный диагноз проводится путем сравнения нозологии с состоянием курируемого больного. Дифференциальный диагноз проводится с наименее вероятной патологии к более вероятной. После проведения дифференциальной диагноза формулируется предварительный диагноз, затем определяется круг или объем дополнительных исследований. Сначала по основному диагнозу, затем для дифференциальной диагностики. После получения результатов исследования их трактуют и формулируют клинический диагноз. Затем обсуждают лечение конкретному больному.

Структура занятия.

Разобрать симптоматику – боль (локализация боли), изменения характера мочеиспускания и состава мочи, оценка общего состояния организма человека при развитии осложнений мочекаменной болезни.

Основные разбираемые положения занятия

Камни первично образуются в почке, вторично — в мочеточнике. В мочевом пузыре камни бывают первичными и вторичными. Камнеобразованию способствует затрудненный отток мочи (дискинезия, стриктура, склероз шейки мочевого пузыря, гиперплазия и рак простаты). По составу камни подразделяются на оксалатные, уратные, фосфатные, редко встречаются цистиновые, ксантиновые, белковые. Камнеобразованию способствует щелочная реакция мочи и инфекция. Основные симптомы почечнокаменной болезни: боль (ноющая в пояснице и почечная колика), гематурия, пиурия, отхождение конкрементов, почечная недостаточность, анурия (секреторные и экскреторная формы). Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет выявить камни почек до 5-6 мм в диаметре и является первым методом, используемым в дифференциальной диагностике почечной колики и острых заболеваний органов брюшной полости. Хромоцистоскопия оказывает важную помощь в дифференциальном диагнозе почечной колики с аппендицитом, острым холециститом, прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, острым панкреатитом, внематочной беременностью. Камни бывают рентгенопозитивными и рентгенонегативными. Характерные особенности уратного нефролитиаза:

- а) уратные камни рентгенонегативны и для выявления требуют дополнительно ультразвукового исследования или введения жидкого контрастного вещества или кислорода в мочевые пути;
- б) реакция мочи резко кислая - рН меньше 5,5;
- в) в осадке мочи содержатся кристаллы мочевой кислоты или ее соли - ураты;
- г) наличие ультразвуковой дорожки (эхолокации).

Рентгеновское обследование больного почечнокаменной болезнью начинают с обзорного снимка мочевой системы. Экскреторная урография выявляет

локализацию камня в мочевой системе: почке — расширение чашечек, мочеточнике - гидронефротическая трансформация, симптом Лихтенберга. В настоящее время открытые операции по поводу почечнокаменной болезни применяются лишь у 3-7 % больных (проф. Ю.Г.Аляев, проф.В.Н.Журавлев). Основными способами лечения являются дистанционная и контактная литотрипсии.

Методы оперативного лечения — малоинвазивные открытые ретроперитонеоскопические: пиелолитотомия, нефролитотомия, уретеролитотомия, резекция почки, нефрэктомия, нефростомия, дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), нефролитолапаксия, уретероскопия, уретеролитотрипсия.

Для купирования почечной колики последовательно применяют горячую грелку, горячую ванну, введение спазмолитика и анальгетика (одновременно), блокаду семенного канатика или круглой связки матки по Лорину-Эпштейну, катетеризацию мочеточника. Возможно растворение (литолиз) мочекислых камней, состоящих из мочевой кислоты или ее солей. С помощью лекарственных препаратов (уралит У, магурлит, блеморен) изменяют рН мочи до 6,2-6,5, при которых происходит растворение. Дозы препарата подбираются индивидуально в зависимости от рН мочи. Необходима нормализация показателей содержания мочевой кислоты в сыворотке крови и суточной моче путем назначения аллопуринола.

ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ С ДРУГИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ.

Знание почечнокаменной болезни необходимо не только специалистам-нефрологам, урологам, но и врачам других направлений. Наиболее частые точки соприкосновения с хирургами и гинекологами.

Одним из ведущих признаков почечнокаменной болезни является микрогематурия, которая может быть единственным проявлением заболевания. Она нередко трактуется терапевтом как проявление

хронического гломерулонефрита. Вместе с тем обзорный снимок мочевой системы или ультразвуковое обследование позволяют сразу установить диагноз при первом обращении больного к врачу. Почечнокаменная болезнь, осложненная пиелонефритом, может сопровождаться артериальной гипертензией. Нередко такие больные лечатся у терапевтов по поводу гипертонической болезни, несмотря на наличие пиурии, и только целенаправленное нефрологическое и урологическое обследование позволяет установить истинную природу заболевания.

Нередко приходится дифференцировать почечную колику с рядом острых заболеваний брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, острый панкреатит, внематочная беременность и т. д.), требующих срочного оперативного вмешательства. Каждому из этих состояний соответствует определенный симптомокомплекс, однако в 25 % наблюдений почечная колика протекает атипично - боль распространяется по всему животу, иррадирует в подложечную область, сопровождается выраженным парезом кишечника и т. д., что усложняет ее распознавание. Значительную помощь в распознавании острых заболеваний брюшной полости оказывает ультразвуковое исследование, которое выявляет конкремент или расширение мочевых путей на стороне колики. Чрезвычайно важным и простым методом дифференцирования этих состояний является УЗИ почек и мочевого пузыря. При почечной колике нарушается выделение раствора индигокармина из устья мочеточника на стороне поражения при цистоскопии. Однако этот метод является инвазивным и с внедрением ультразвукового исследования стал использоваться гораздо реже в крупных клиниках. Значительную помощь при распознавании острых заболеваний органов брюшной полости может оказать обзорный снимок мочевой системы, выявляющий тени, подозрительные на конкремент, и экскреторная урография, устанавливающая дилатацию мочевых путей или отсутствие выделения контрастного вещества на стороне поражения. Усиление

газообразования на стороне почечной колики может быть характерным симптомом обтурации мочеточника камнем при мочекаменной болезни.

3. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

После разбора больных проводится контроль конечного уровня знаний по разобранной теме, путем решения ситуационных задач. Обсуждение ведется устно. Преподаватель оценивает уровень усвоения каждого слушателя.

Преподаватель объясняет неясные вопросы и рекомендует литературу для детального ознакомления. Подводит итог занятию и дает задание на дом.

Перечень учебных и практических навыков, необходимых к усвоению данной темы.

Слушатели должны уметь и знать:

1. обследования больного (анамнез, осмотр почек в трех положениях, симптом Пастернацкого);
2. уметь оценивать лабораторные исследования мочи и крови у больного мочекаменной болезнью;
3. уметь оценивать результаты обзорной и экскреторной урографии у больного мочекаменной болезнью и гидронефрозом;
4. уметь составить план обследования больного при подозрении на мочекаменную болезнь и гидронефроз.
5. - виды камней по химическому составу, форме и размерам, расположению;
6. - клинические признаки и их полиморфизм в зависимости от размера и расположения камня;
7. - клиническую картину почечной колики;
8. Ультразвуковое и рентгенологическое обследование - возможности и методы при разных камнях;
9. возможные осложнения при мочекаменной болезни, методы их предотвращения;

10.консервативные методы лечения и профилактики МКБ ;

Вопросы для контроля исходного уровня усвоения учебного материала на практическом занятии.

1. Экзогенные и эндогенные факторы этиологии уролитиаза.
2. Механизмы образования (патогенез) микролитов - песка - камней в почках и мочевых путях.
3. Химический состав камней.
4. Основные симптомы болезни.
5. Клинические признаки почечной колики.
6. Значение и место в диагностике разных диагностических методов при МКБ и гидронефрозе.
7. Дифференциальная диагностика почечной колики с одной из болезней группы “острый живот”.
8. Осложнения МКБ и гидронефроза, их механизмы.
9. Методы консервативного лечения и метафилактики МКБ. Хемолиз камней.
10. Методы инструментального лечения камней мочеточника, мочевого пузыря, нырок.
11. Методы хирургического лечения камней разной локализации и размеров.
12. Классификация, диагностика и клиника гидронефроза.
13. Хирургическое лечение при гидронефрозе: органосохраняющие операции и нефрэктомия.
14. Санаторно-курортное лечение МКБ.
15. Ударно-волновая литотрипсия, показания и противопоказания метода.

*Приложение №2.***ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.**

1. Какие из перечисленных симптомов характерны для камней почек и мочеточников: а) полиурия б) прерывистая струя мочи *в) острая боль в пояснице с иррадиацией в пах, бедро, половые органы, микрогематурия, лейкоцитурия

2. Какие из перечисленных симптомов характерны для камней мочевого пузыря: а) полиурия *б) прерывистая струя мочи, дневная поллакиурия в) боль в поясничной области г) высокая температура

3. Обзорный снимок мочевой системы дает информацию о: а) функциональном состоянии почек *б) наличии конкрементов в мочевых путях в) анатомо-морфологических изменениях лоханки г) о состоянии мочеточников д) о состоянии мочевого пузыря

4. О чем свидетельствует задержка выделения индигокармина при мочекаменной болезни?

5. Наиболее важные рентгенологические методы исследования для диагностики мочекаменной болезни? Ответ а) обзорный снимок, экскреторная урография, ретроградная пиелография .

6. Как называется современный метод дистанционного разрушения камня?

7. У больной самостоятельно отходят оксалатные камни, сохраняется оксалатурия. Ей следует рекомендовать
 - а) ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)
 - б) ограничение продуктов, содержащих лимонную кислоту (цитрусовые)

- в) ограничение молочных продуктов
 - г) увеличение продуктов, содержащих витамины В6 и А и магний
 - *д) все перечисленное
8. У больной отходят фосфатные камни и сохраняется фосфатурия. Ей можно рекомендовать все перечисленное, кроме
- а) ограничения молочных продуктов
 - б) увеличения белка, жиров
 - в) нормального потребления овощей, фруктов
 - *г) лимонов
 - д) витамина А
9. У больной отходят уратные камни и сохраняется уратурия. Ей можно рекомендовать
- а) ограничение белка (мясо до 1 г на 1 кг веса в сутки)
 - б) молочно-растительная диета
 - в) ограничение высококалорийной диеты
 - г) фрукты
 - *д) правильно - а), б), в), г)
10. При гидронефрозе наиболее часто встречается осложнение
- а) артериальная гипертензия
 - б) венозная гипертензия
 - *в) пиелонефрит
 - г) почечно-каменная болезнь
 - д) гематурия
11. После растворения уратного камня почки сохраняется уратурия. Больному следует рекомендовать курортное лечение
- а) Железноводск, Трускавец
 - б) Нарзаны, Марциальные минводы
 - *в) Байрам-али
 - г) курорты общего типа средней полосы России
 - д) Ялта, Сочи

12. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

- а) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- б) нарушение обмена щавелевой кислоты
- в) нарушение пуринового обмена
- г) мочевиная инфекция (пиелонефрит)
- д) все перечисленное

13. При щелочной реакции мочи могут образоваться

- а) мочекислые (уратные) камни
- б) цистиновые камни
- *в) фосфатные камни
- г) оксалатные камни
- д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

14. Развитию оксалатурии способствует все, кроме

- а) дефицита в организме витамина В6
- *б) дефицита в организме витамина D2
- в) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты
- г) хронических колитов
- д) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

15. Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию

- а) цистиновых камней
- б) мочекислых (уратных) камней
- в) оксалатных камней
- г) фосфатных камней
- *д) правильно в) и г)

16. Нарушение реабсорбции в канальцах почек продуктов обмена могут приводить к образованию

- а) цистиновых мочевых солей
- б) оксалатных мочевых солей

- в) уратных (мочекислых) мочевых солей
 - г) фосфатных мочевых солей
 - *д) любых из перечисленных
- 17.Образованию почечных камней способствуют следующие анатомоморфологические изменения в почках
- а) хронический гломерулонефрит
 - *б) внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки
 - в) венозное полнокровие
 - г) внепочечная лоханка
 - д) ренальная артериальная гипертензия
- 18.К факторам, не влияющим на образование и рост мочевых камней, относятся
- *а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови
 - б) уростаз
 - в) высокая вязкость мочи
 - г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче
 - д) высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче
- 19.Для кристаллизации щавелевокислых (оксалатных) камней оптимальной рН мочи является
- а) 3.5 *б) 5.5 в) 6.9 г) 7.5 д) 8.8
- 20.Для кристаллизации мочекислых (уратных) мочевых камней оптимальной рН мочи является
- а) 3.5 *б) 5.5 в) 7.0 г) 7.5 д) 8.5
- 21.Для кристаллизации фосфорнокислых (фосфатных) камней оптимальной рН мочи является
- а) 4.0 б) 5.7 *в) 7.1 г) 8.8 д) 8.9

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**НА ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.**

- 1) Острая боль в пояснице с иррадиацией в пах, бедро, половые органы, микрогематурия, лейкоцитурия
- 2) Прерывистая струя мочи, дневная поллакиурия
- 3) Наличии конкрементов в мочевых путях
- 4) Об акклюзии мочеточника камнем б) о снижении функции почек
- 5) Обзорный снимок, экскреторная урография, ретроградная пиелография
- 6) Дистанционная экстракорпоральная литотрипсия
- 7) Все перечисленное
- 8) Лимонов
- 9) Правильно - а), б), в), г)
- 10) Пиелонефрит
- 11) Байрам-али
- 12) Все перечисленное
- 13) Фосфатные камни
- 14) Дефицита в организме витамина D2
- 15) Правильно в) и г)
- 16) Любых из перечисленных
- 17)) Внутрпочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки
- 18) Высокая концентрация натрия и креатинина в крови
- 19) рН 5.5
- 20) рН 5.5 , 21) рН7.1

Приложение №3.
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Задача №1.

В поликлинику обратилась больная 37 лет с жалобами на общую слабость, ноющие боли в пояснице справа. Два часа назад перенесла приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся повышением температуры, ознобом с последующим быстрым снижением температуры, проливным потом и исчезновением болей в пояснице. В момент осмотра симптом Пастернацкого слабо положителен справа, почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено, моча прозрачная, температура тела 37.2 С. Наиболее вероятный диагноз

- а) состояние после приступа правосторонней почечной колики
- б) острый гнойный пиелонефрит
- в) пиелит
- г) острый гематогенный пиелонефрит
- д) острый серозный пиелонефрит, камень правого мочеточника

Задача №2.

В поликлинику обратилась больная 37 лет с жалобами на общую слабость, ноющие боли в пояснице справа. Два часа назад перенесла приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся повышением температуры, ознобом с последующим быстрым снижением температуры, проливным потом и исчезновением болей в пояснице. В момент осмотра симптом Пастернацкого слабо положителен справа, почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено, моча прозрачная, температура тела 37.2 С. Тактика врача в этом случае включает

- а) назначение амбулаторных исследований
- *б) срочную госпитализацию
- в) госпитализацию в плановом порядке
- г) динамическое наблюдение
- д) назначение амбулаторного лечения

Задача №3.

Больная поступила в урологическое отделение по поводу правостороннего острого серозного пиелонефрита, камня нижней трети мочеточника размерами 0.6х 0.8 см. В этом случае тактика врача предусматривает следующую последовательность применения лечебных мероприятий: 1) интенсивная антибактериальная терапия 2) операция - ревизия почки, нефростомия 3) катетеризация правого мочеточника 4) уретеролитотомия 5) чрескожная пункционная нефростомия

- а) правильно 1, 2, 3, 4 и 5
- б) правильно 1, 3, 4, 5 и 2
- в) правильно 2, 4, 5, 1 и 3
- *г) правильно 3, 4, 2, 1
- д) правильно 2, 4, 5, 3 и 1

Задача №4.

Больная 65 лет поступила по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня лоханки правой почки размерами 1.5|2 см. Высокая температура с периодическими ознобами в течение 10 дней. Больной необходимы

- а) плановое обследование
- б) катетеризация мочеточника
- в) интенсивная антибактериальная терапия

- г) дистанционная литотрипсия
- *д) операция - ревизия почки, пиелолитотомия

Задача №5.

Больному 32 года. Поступил по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня нижней трети правого мочеточника. Болен 10 дней. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение 1.5 часов наблюдения. Больному необходимы

- а) плановое обследование с целью уточнения функции почек
- б) катетеризация мочеточника
- в) уретеролитотомия
- *г) срочная операция - ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия
- д) интенсивная антибактериальная терапия

Задача №6

У больного самостоятельно отходят уратные камни и соли. В диагностике применим необходимые исследования из предложенных: 1) общий анализ мочи, мочевая кислота суточной мочи 2) трансаминаза крови 3) мочевая кислота крови 4) обзорная и экскреторная урография 5) ультразвуковое исследование почек 6) изотопное сканирование почек и печени

- а) 1, 3, 4, 5
- б) 1, 2, 3, 5, 6
- в) 2, 3, 5, 6
- *г) все виды исследований
- д) все, кроме 2

Задача №7

У больного в поликлинике диагностирован камень мочеточника, почечная

колика, острый серозный пиелонефрит. Ему следует рекомендовать

- а) продолжить антибактериальную, спазмолитическую терапию на дому
- *б) экстренно госпитализировать в урологический стационар
- в) катетеризацию мочеточника в поликлинике
- г) противошоковую терапию профилактически
- д) равноценные варианты а), в) и г)

Задача №8

У больной 30 лет двусторонние коралловидные камни, хронический пиелонефрит, вторично сморщенные почки, уремия. Ей можно рекомендовать

- *а) гемодиализ, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки
- б) пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон
- в) инфузионную противозотемическую терапию
- г) катетеризацию мочеточников
- д) пункционную нефростомию

Задача №9

Больной В, 45 лет, обратился с жалобами на отсутствие выделения мочи на протяжении 1,5 суток. В анамнезе - МКБ, камневыделитель. Несколько лет назад перенес нефрэктомию слева по поводу калькулезного пиелонефроза. На протяжении 5 суток до развития указанных симптомов отмечал правостороннюю почечную колику. При осмотре - Т-36,6. Пальпация участка проекции правой почки болезненная. Какой предварительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Задача №10

Больная Т., 24 года, жалуется на боль в пояснице слева, частое и

болезненное мочеиспускание на протяжении двух суток, тошноту. В анализе мочи - протеинурия (0,099 г/л), эритроцитурия (60-70 кл. в поле зрения), рН мочи 5,8. Температура тела 37.5С. Больная осмотрена гинекологом, данные за гинекологическую патологию отсутствуют. Ваш приблизительный диагноз? Обосновать план обследования.

*Приложение 4***ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ.**

Задача №1.

Острый серозный пиелонефрит, камень правого мочеточника

Задача №2

Срочную госпитализацию

Задача №3

1) Интенсивная антибактериальная терапия 2) Операция - ревизия почки, нефростомия 3) Катетеризация правого мочеточника 4) Уретеролитотомия

Задача №4

Операция - ревизия почки, пиелолитотомия

Задача №5

Срочная операция - ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия

Задача №6

Все виды исследований

Задача №7

Экстренно госпитализировать в урологический стационар

Задача №8

Гемодиализ, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки

Задача №9

У больного МКБ, камень правого мочеточника, субренальная анурия. Больной нуждается в ургентной госпитализации в урологический стационар, инструментального дренирования верхних мочевых путей на стороне поражения - катетеризации правого мочеточника или выполнения пункционной нефростомии с последующим проведением контрастной пиелоуретерографии для определения причин анурии.

Задача №10

У больной МКБ камень нижней трети правого мочеточника. Для проведения дифференциальной диагностики рационально выполнить обзорную и экскреторную урографию, ультразвуковое обследование почек и мочевого пузыря. При подтверждении ретенционных изменений со стороны почек больная подлежит ургентной госпитализации по поводу обструктивного пиелонефрита для динамического наблюдения и возможного дренирования верхних мочевых путей.

Список литературы:

1. Нефрология (руководство для врачей). Под редакцией Тареевой И.Е. Москва, Медицина, 2000.
2. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М. Диагностика и лечение болезней почек. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2002
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М. “Медицина”, 1992
4. Рациональная фармакотерапия в нефрологии(практическое руководство). Коллектив авторов под редакцией Н.А. Мухина, Л.В.Козловской, Е.М. Шилова. Литтера, Москва, 2008.
5. Нефрология. Издание второе, дополненное (учебное пособие для послевузовского образования) Коллектив авторов под редакцией Е.М. Шилова, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2008
6. Нефрология (национальное руководство) Под редакцией Н.А.Мухина, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2009
7. Хроническая болезнь почек (информационная брошюра) Под редакцией Е.М. Шилова, «Инлайт» Коломна, 2010
8. Иванов Д.Д. Лекции по нефрологии. Москва, 2010
9. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под редакцией Н.А.Мухина. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2014
10. Крис А.О. Каллагхан Под редакцией ..Шилова .М. Наглядная нефрология. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2009

