

Кейсы | Высшее образование | Урология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Урология | Записей: 2

Урология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Урология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка 43 года обратилась к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдалась

1.2. Жалобы

на периодически возникающую тянущую, ноющую боль в правой поясничной области и правом подреберье

1.3. Анамнез заболевания

В течении последнего года пациентка отмечает тянущую, ноющую боль в правой поясничной области и правом подреберье

1.4. Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает.

Операции: отрицает. Травмы: отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез. В анамнезе: ЖКБ, хронический холецистит. Живет половой жизнью с 17 лет. Беременности - 3, роды - 2, выкидыш - 1. Менструации с 13 лет, регулярные, незначительно болезненные, обильные, 27 через 6 дней.

Вредных привычек нет.

Аллергические реакции на лекарственные препараты: йод - отек Квинке

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 156 см, вес 49 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 120/67. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per vaginam: влагалище рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Патологических выделений не выявлено

1. План обследования

1. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

1. биохимический анализ крови

2. исследование скорости клубочковой фильтрации
3. коагулограмму
4. цитологический анализ мочи на атипические клетки

5. общий анализ мочи

Правильные ответы: биохимический анализ крови; общий анализ мочи

* Рекомендуется выполнять биохимический анализ крови.

Комментарии: в биохимическом анализе крови функция почек определяется по следующим показателям – креатинин, мочевины, альбумин, электролиты (калий, натрий, хлориды). При двустороннем гидронефрозе могут быть диагностированы: повышение уровня креатинина и мочевины крови, изменения электролитов крови (повышение или снижение калия, натрия, хлоридов), свидетельствующие о нарушении функции почек (почечная недостаточность). Кроме того, гиперкалиемия, вследствие гидронефроза, является жизнеугрожающим состоянием.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

* Всем пациентам с подозрением на гидронефроз рекомендуется выполнение общего анализа мочи для исключения инфекции мочеполовых путей.

Комментарии: клинический анализ мочи при гидронефрозе обычно без отклонений от нормативных величин, но присутствие белых кровяных телец (лейкоцитурия) и красных кровяных телец (гематурия) может свидетельствовать о наличии мочекаменной болезни или опухоли, которые нередко являются причинами обструкции и в дальнейшем гидронефроза, или же, когда обструкция мочевых путей осложняется инфицированием. Пиурия (наличие гноя) свидетельствует о наличии инфекции мочеполовых путей. Микроскопическая гематурия указывает на наличие камня или опухоли в мочевыделительной системе.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Биохимический анализ крови

Показатели Результат Норма	АЛТ - Аланинаминотрансфераза	62 7 - 31
АСТ - Аспартатаминотрансфераза	40 4 - 32	Белок общий
75.0 64 - 83	Билирубин общий	23.8 2
глюкоза	4.9 4.0 - 5.9	Креатинин
73 44 - 115	Мочевина	4.6 1,7 - 8,3
мочевая кислота	191 250 - 400	Na
140 120 - 150	К - калий	3.8 3,7 - 5,4
Ca - Кальций общий	2.42 2,1 - 2,42	

3.2. Общий анализ мочи

Наименование результат	ph 5
Удельный	1024
белок нет	глюкоза нет
кетоновые	нет
билирубин нет	уробилин не повышен
цилиндры	нет
Эритроциты	0-1-2 в в/зр
Эритроциты	единичные в п/зр
лейкоциты	единичные в п/зр
соли нет	бактерии немного
Слизь	немного

3.5. Коагулограмма

Показатель Результат Норма	АЧТВ 1.09 0,75-1,25	Протромбин,
90 70-130	Фибриноген,	2,80 1,8-4,0

2. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза в настоящее время основными инструментальными методами обследования являются

1. МСКТ мочевого пузыря с в/в контрастированием
2. цистоскопия

3. ультразвуковое исследование органов брюшного пространства (почек), мочевого пузыря

4. магнитно-резонансная томография почек

5. хромоцистоскопия

Правильные ответы: ультразвуковое исследование органов брюшного пространства (почек), мочевого пузыря; магнитно-резонансная томография почек

* Рекомендуется выполнение ультразвукового исследования почек (УЗИ) всем пациентам для подтверждения и определения степени гидронефроза, оценки состояния паренхимы пораженной и контралатеральной почки.

Комментарии: УЗИ занимает первое место применяемых для выявления стеноза ЛМС, ГН. Однако, данная методика не дает информацию о накопительно-выделительной функции почек. Поскольку расширение ЧЛС не всегда является результатом стеноза ЛМС, ультразвуковое исследование может оказаться ложноположительным. УЗИ может быть рекомендовано как метод динамического наблюдения за пациентами, перенесшими реконструктивно-пластические или эндоскопические операции путем измерения переднезаднего диаметра (ПЗД) лоханки до и после хирургического пособия.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

* Рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии пациентам с гидронефрозом независимо от возраста для получения более точной анатомической детализации пораженной почки, оценки дифференциальной функции почек и исследования уродинамики в условиях диуретической нагрузки.

* Комментарии:* обеспечивает комплексную морфологическую и функциональную информацию. С

помощью различных режимов при МРТ с контрастом с нагрузочными пробами можно также получить изображение почечных сосудов и провести виртуальную уретерореноскопию. При выявлении дилатации ЧЛС чувствительность МРТ составляет 95-100%, специфичность – 83-90%, в случае стеноза ЛМС данные показатели составляют 92-100% и 80-95%, для уретеровазального конфликта – 89-96% и 88-96% соответственно.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Ультразвуковое исследование органов забрюшинного пространства (почек), мочевого пузыря



УЗИ почек



УЗИ почек



УЗИ почек



УЗИ почек

Правая почка размерами 11,0 x 5,5 см, с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 1,5 см. Отмечается расширение ЧЛС: чашечки 15 мм, лоханка 53 мм. Гиперэхогенные структуры не определяются. Подвижность почки в пределах нормы.

Левая почка с четкими, ровными контурами, размерами 11,0 x 5,5 см, с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2,0 см. Дилатации ЧЛС не выявлено. В проекции верхней чашечки определяется гиперэхогенная структура с нечеткой акустической дорожкой размерами до 5 мм. Подвижность почки в пределах нормы.

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, заполнен анэхогенным содержимым.

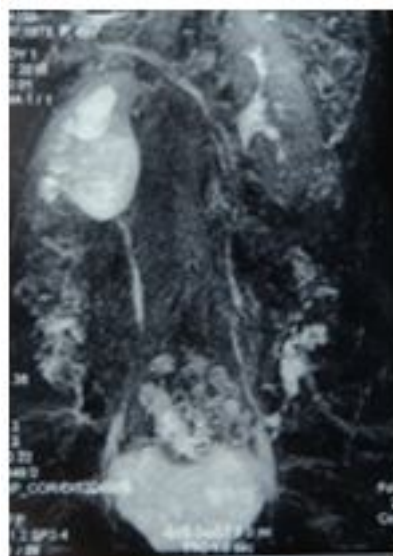
Печень и селезенка без патологических изменений.

Желчный пузырь пуст (осмотр после приема пищи) в его проекции определяется гиперэхогенная структура с четкой акустической дорожкой размером 34 мм.

5.2. Магнитно-резонансная томография почек



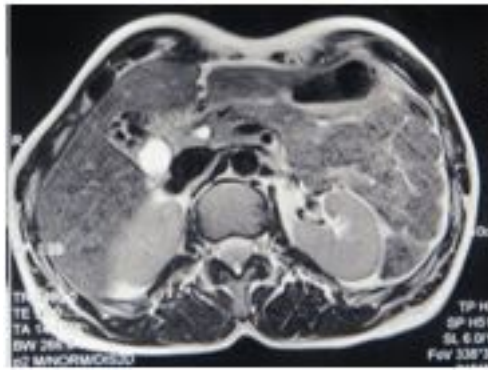
MPT почек1.JPG



MPT почек2.JPG



MPT почек3.JPG



MPT почек4.JPG

МР картина гидронефроза справа (II ст), вероятно за счет стриктуры пиелоуретерального сегмента, мочекаменной болезни (камень левой почки). По данным экскреторной МР урографии замедление эвакуаторной функции правой почки. МР признаки желчекаменной болезни (множество мелких камней в желчном пузыре), миоматозного узла в области передней стенки матки

2. Диагноз

3. Вопрос

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

1. Парапельвикальные кисты справа
2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс справа

3. Гидронефроз с обструкцией лоханочно-мочеточникового соединения справа (2 стадия)

4. МКБ. Камень верхней трети правого мочеточника. Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента справа

Правильный ответ: Гидронефроз с обструкцией лоханочно-мочеточникового соединения справа (2 стадия)

Для оценки выраженности гидронефротической трансформации (ГНТ) в России наиболее распространена классификация, предложенная академиком Н.А. Лопаткиным (1969), согласно которой выделяют три стадии гидронефроза, но при этом третью – подразделяют на две подстадии 3А и 3Б:

1-я стадия – начальный гидронефроз, характеризующийся пиелозктазией без развития значимого гидрокаликоза и нарушения функции почки;

2-я стадия – ранний гидронефроз, при котором расширение ЧЛС сопровождается ухудшением функции почки;

3-я (А и Б) стадия – терминальный гидронефроз, характеризующийся значительным расширением чашечно-лоханочной системы и существенным снижением почечной функции. 3А стадия гидронефроза потенциально обратима, при 3Б стадии гидронефроза почечная паренхима атрофируется; изменения необратимы.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

7. Диагноз

7.1. Гидронефроз с обструкцией лоханочно-мочеточникового соединения справа (2 стадия)

3. Лечение

4. Вопрос

Пациентке показано(а)

- 1. лапароскопическая пиелопластика справа с одномоментной холецистэктомией**
2. лапароскопическая пиелопластика справа
3. эндоскопическая баллонная дилатация
4. динамическое наблюдение за пациенткой

Правильный ответ: лапароскопическая пиелопластика справа с одномоментной холецистэктомией

* Рекомендуется выполнение лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций у пациентов со стенозом ЛМС и ГН.

Комментарии: в настоящее время золотым стандартом лечения гидронефроза считается лапароскопическая пиелопластика. Основными преимуществами методики считают не значимую кровопотерю, низкую послеоперационную морбидность, хороший косметический эффект и сопоставимые результаты с открытыми пиелопластиками. Данный хирургический доступ показал свою эффективность как у детей <1 года, так и у пожилых пациентов (>70 лет). В крупных исследованиях эффективность методики составляет от 85 до 100% . Операция может быть осуществлена трансперитонеально или экстраперитонеально. В проведенных исследованиях, сравнивающих данные доступы, различий в послеоперационных функциональных результатах не выявлено, однако, для выполнения пиелопластики етроперитонеоскопическим доступом требуется больше временных затрат.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

5. Вопрос

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию является

1. достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
2. низкий уровень мочевой кислоты и мочевины крови
3. достаточный кровоток паренхимы правой почки при ультразвуковой доплерографии

4. достаточная функция правой почки

Правильный ответ: достаточная функция правой почки

* Органосохраняющая операция выполняется при сохранной функции пораженной почки (стадии до ЗБ)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

6. Вопрос

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

- 1. открытая пиелопластика справа с холецистэктомией**
2. установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц справа

3. лапароскопическая нефрэктомия справа

4. баллонная дилатация справа

Правильный ответ: открытая пиелопластика справа с холецистэктомией

* Рекомендуется выполнение открытых пластических операций у пациентов со стенозом ЛМС и ГН.

Комментарии: золотым стандартом лечения стеноза ЛМС, ГН долгие годы считалась открытая пиелопластика, осуществляемая через передний экстраперитонеальный или люмботомический доступ. Эффективность открытых пластических операций составляет от 95-100%.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

7. Вопрос

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента после лапароскопической пиелопластики в послеоперационном периоде – через + ____ + после оперативного вмешательства

1. 4-6 недель

2. 12 месяцев

3. 3 месяца

4. 6 месяцев

Правильный ответ: 4-6 недель

* Рекомендуется удаление внутреннего стента спустя 4-6 недель после эндоскопической, открытой или лапароскопической операции.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

4. План обследования

8. Вопрос

Наиболее оправданным методом инструментального исследования, необходимым для контроля в послеоперационном периоде, является

1. экскреторная урография

2. цистоскопия

3. МРТ почек и мочевых путей

4. ультразвуковое исследование почек

Правильный ответ: ультразвуковое исследование почек

* Рекомендуется выполнить УЗИ 1 раз в 6 мес., а контроль функции почек (радиоизотопное исследование) — 1 раз спустя 1 год после оперативного лечения.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

5. Диагноз

9. Вопрос

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

- 1. мочекаменной болезнью**
2. опухолью почки
3. поликистозом почек
4. пузырно-мочеточниковым рефлюксом

Правильный ответ: мочекаменной болезнью

Комментарии: при наличии боли дифференциальную диагностику проводят с нефролитиазом. Обзорная урография или МСКТ позволяют подтвердить или опровергнуть нефролитиаз при наличии конкрементов различной плотности.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

6. Лечение

10. Вопрос

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

- 1. терминальных стадиях гидронефроза**
2. сочетании с опухолью почки
3. пузырно-мочеточниковом рефлюксе
4. сочетании с нефроптозом

Правильный ответ: терминальных стадиях гидронефроза

* Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС) у пациентов со стенозом ЛМС, ГН в предоперационном периоде в терминальных стадиях гидронефроза при необходимости решения вопроса о выборе между нефрэктомией и органосохраняющей операцией.

Комментарии: в терминальных стадиях гидронефроза при необходимости решения вопроса о выборе между нефрэктомией и органосохраняющей операцией выполняется дренирование почки. Через 1-2 недели после дренирования исследуется очистительная и концентрационная функция пораженной почки (если был установлен нефростомический дренаж) и выполняется динамическая нефросцинтиграфия.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

11. Вопрос

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

1. 5 дней
2. 2 месяца
- 3. 1-2 недели**
4. 1 месяц

Правильный ответ: 1-2 недели

Комментарии: в терминальных стадиях гидронефроза при необходимости решения вопроса о выборе между нефрэктомией и органосохраняющей операцией выполняется дренирование почки. Через 1-2 недели после дренирования исследуется очистительная и концентрационная функция пораженной почки (если был установлен нефростомический дренаж) и выполняется динамическая нефросцинтиграфия.

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

7. Вариатив

12. Вопрос

Для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендовано выполнение

1. пробы Реберга - Тареева

2. биохимический анализ крови

3. общий анализ мочи

4. общий анализ крови

Правильный ответ: пробы Реберга - Тареева

* Для уточнения характера изменений почечной паренхимы у пациентов с нефростомическим дренажом рекомендуется выполнение пробы Реберга - Тареева.

Комментарии: для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомой отдельно исследуют очистительную функцию почечной паренхимы (клубочковую фильтрацию) по клиренсу эндогенного креатинина с учётом объёма выделенной мочи.

Определяют способность почек к закислению мочи, которая снижена при выраженных дегенеративных изменениях канальцевого эпителия (характерно для пациентов с поздними, необратимыми стадиями ГН).

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

Клинические рекомендации РОУ Гидронефроз (2019)

(1)

Урология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Урология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 38 лет, обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

1.2. Жалобы

На периодически возникающую ноющую боль в поясничной области справа, без иррадиации.

1.3. Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 25 лет, камни почек, дважды выполнялась ДУВЛ справа, с отхождением фрагментов камней. В течении последнего месяца периодическая, ноющая боль в поясничной области справа, купирующаяся спазмолитиками (но-шпа).

1.4. Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: ветряная оспа.
- * Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.
- * Замужем, двое детей.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 169 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

__Status localis__: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

1. План обследования

1. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

1. пробу Зимницкого

2. биохимический анализ крови

3. общий анализ мочи

4. исследование крови на паратгормон

5. исследование крови на ренин

Правильные ответы: биохимический анализ крови; общий анализ мочи

Рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови (уровень лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ) пациентам с МКБ с целью определения наличия и выраженности воспалительной реакции.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

Рекомендуется выполнение анализа крови биохимического общетерапевтического (креатинин, мочевая кислота, ионизированный кальций и калий) пациентам с МКБ с целью уточнения почечной функции и выявления факторов камнеобразования.

(2)

Рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа мочи всем пациентам с МКБ с целью выявления косвенных признаков инфекции мочевых путей (лейкоцитурии и бактериурии) и гематурии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

2. Вопрос

Необходимыми для постановки клинического диагноза лучевыми методами исследования являются

1. динамическая нефросцинтиграфия
- 2. ультразвуковое исследование почек и мочевых путей**
3. магнитно-резонансная томография (МРТ)
4. ретроградная уретеропиелография справа
- 5. мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)**

Правильные ответы: ультразвуковое исследование почек и мочевых путей; мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)

Рекомендуется выполнение УЗИ почек и мочевыводящих путей и/или обзорной урографии (рентгенографию мочевыделительной системы) пациентам с МКБ в качестве метода диагностического контроля отхождения камня или выявления резидуальных конкрементов в послеоперационном периоде.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

Рекомендуется выполнение спиральной компьютерной томографии брюшной полости и малого таза без контрастного усиления пациентам с камнями почек и мочеточника при планировании консервативного или оперативного лечения, с целью визуализации конкрементов мочевых путей, определения их локализации, размеров, плотности и количества.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

Наиболее информативным и чувствительным методом при МКБ является нативная (без контрастного усиления) спиральная компьютерная томография (СКТ) - чувствительность метода составляет 96%, специфичность до 100%. Она дает возможность определить количество, размер, локализацию, структуру и плотность камня, тогда как знание последнего позволяет предсказать эффективность дистанционной литотрипсии. СКТ позволяет определить расстояние от кожи до камня и информацию об окружающей анатомии, что увеличивает эффективность активного удаления камней почки и снижает риск интраоперационных осложнений. Нативная СКТ может выявить ксантиновые и уратные камни, которые не видны при обзорной урографии, единственный тип камней, не определяющийся на СКТ, это индинавировые камни. При диагностике конкрементов мочевыводящих путей бесконтрастная СКТ обладает более высокой чувствительностью и специфичностью по сравнению с внутривенной урографией (ВУ) и УЗИ.

(2)

2. Диагноз

3. Вопрос

На основании проведенного комплексного обследования поставлен диагноз

- 1. МКБ (рецидив). Камень правой почки. Хронический пиелонефрит**

2. Цистиновый камень правой почки
3. Острый калькулезный пиелонефрит справа
4. Опухоль правой почки с обызвествлением

Правильный ответ: МКБ (рецидив). Камень правой почки. Хронический пиелонефрит

Наиболее информативным и чувствительным методом при МКБ является нативная (без контрастного усиления) спиральная компьютерная томография (СКТ) - чувствительность метода составляет 96%, специфичность до 100%. Она дает возможность определить количество, размер, локализацию, структуру и плотность камня, тогда как знание последнего позволяет предсказать эффективность дистанционной литотрипсии. СКТ позволяет определить расстояние от кожи до камня и информацию об окружающей анатомии, что увеличивает эффективность активного удаления камней почки и снижает риск интраоперационных осложнений. Нативная СКТ может выявить ксантиновые и уратные камни, которые не видны при обзорной урографии, единственный тип камней, не определяющийся на СКТ, это индинавировые камни. При диагностике конкрементов мочевыводящих путей бесконтрастная СКТ обладает более высокой чувствительностью и специфичностью по сравнению с внутривенной урографией (ВУ) и УЗИ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

- (1)
- (2)
- (3)

3. Лечение

4. Вопрос

Учитывая камень правой почки размерами 35x40 мм, плотностью 1430 ед по Хаунсфилду (НУ), пациентке проведена

1. дистанционная нефролитотрипсия (ДУВЛ)
- 2. чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)**
3. лапароскопическая пиелокаликотомия
4. традиционная пиелолитотомия

Правильный ответ: чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)

При камнях >2 см рекомендуется выполнение ПНЛ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

- (1)
- (2)

5. Вопрос

Чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ) может быть завершена без дренирования при

1. полном удвоении верхних мочевых путей
- 2. отсутствии интраоперационных осложнений и фрагментов камня**
3. длительности оперативного пособия не более 60 минут
4. невозможности установления нефростомического дренажа

Правильный ответ: отсутствии интраоперационных осложнений и фрагментов камня

Рекомендуется выполнять бездренажную ПНЛ пациентам с камнями почек при условии отсутствия интраоперационных осложнений и отсутствия резидуальных камней с целью сокращения времени пребывания пациента в стационаре.

(1)

6. Вопрос

При нестабильной гемодинамике и острой анемии на фоне послеоперационного кровотечения необходимо выполнить

1. переливание одногруппной крови и кровезаменителей

2. экстренную эмболизацию почечных сосудов

3. экстренный гемодиализ

4. экстренный плазмоферез

Правильный ответ: экстренную эмболизацию почечных сосудов

Рекомендуется выполнение эмболизации почечных сосудов в экстренном порядке пациентам с нестабильной гемодинамикой и острой анемизацией на фоне неконтролируемого интра- или послеоперационного кровотечения, возникшего в процессе или после выполнения ПНЛ с целью остановки кровотечения.

(1)

7. Вопрос

При невозможности выполнения экстренной эмболизации почечных сосудов необходимо выполнить

1. комбинированную гемостатическую терапию

2. экстренный гемодиализ

3. экстренную нефрэктомию

4. переливание одногруппной крови

Правильный ответ: экстренную нефрэктомию

Рекомендуется выполнение экстренной нефрэктомии по жизненным показаниям при невозможности выполнения эмболизации почечных сосудов пациентам с нестабильной гемодинамикой и острой анемизацией на фоне неконтролируемого интра- или послеоперационного кровотечения, возникшего в процессе или после выполнения ПНЛ с целью остановки кровотечения.

(1)

8. Вопрос

С целью профилактики рецидива мочекаменной болезни, после отхождения фрагментов камня, необходимо выполнить

1. динамическую нефросцинтиграфию

2. бактериологический посев мочи

3. анализ химического состава мочевого камня

4. исследование суточной экскреции электролитов мочи

Правильный ответ: анализ химического состава мочевого камня

Рекомендуется проводить анализ минерального состава мочевых камней при помощи достоверного метода (дифракции рентгеновских лучей или инфракрасной спектроскопии) всем пациентам с МКБ

при первичной диагностике в случае самостоятельного отхождения камня или после его активного удаления с целью определения дальнейшей тактики диагностики, лечения и выбора оптимального метода метафилактики.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

При исследовании химического состава мочевого камня выявлен

1. ньюберит
2. брушит
- 3. ведделлит**
4. урат-аммония

Правильный ответ: ведделлит

а| *Химический состав* а| *Название минерала*

а| Кальция Оксалат Моногидрат а| Вевеллит
а| Кальция Оксалат Дигидрат а| Ведделит
а| Мочевая кислота а| Урицит
а| Дигидрат мочевой кислоты а| Урицит
а| Урат аммония а|
а| Карбонат апатит а| Далит
а| Кальция гидрогенфосфат а| Брушит
а| Магния-аммония фосфат а| Струвит
а| Цистин а| Цистин

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

Учитывая риск рецидивного камнеобразования, пациентка должна находиться на диспансерном наблюдении

1. 2 года
2. 1 год
- 3. 5 лет**
4. 6 месяцев

Правильный ответ: 5 лет

Пациенты с мочекаменной болезнью должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением и лечиться не менее 5 лет после полного удаления камня.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

11. Вопрос

В период метафилактики рецидивного камнеобразования рекомендуется

- 1. использование растительных препаратов**
2. комплексная противовоспалительная терапия
3. комбинированная антибактериальная терапия

4. длительный литолиз с использованием цитратов

Правильный ответ: использование растительных препаратов

Применяются следующие комбинации фитоэкстрактов и витаминов, включающих в свой состав: Золототысячника трава+Любисток лекарственного корня+Розмарина обыкновенного листья; фитаты, полифенолы, магний, цинк, витамин А; терпены: пинен, камфен, цинол, фенхон, борнеол, анетол, витамин Е; другие комбинации фитопрепаратов и витаминов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

12. Вопрос

Профилактика рецидива мочекаменной болезни при кальций-оксалатном камнеобразованием основана на

1. диетотерапии и контроле уровня кальция и оксалата в крови и моче

2. регулярном приеме кальцемина
3. регулярном приеме аспаркама и панангина
4. длительном приеме цитратных препаратов

Правильный ответ: диетотерапии и контроле уровня кальция и оксалата в крови и моче

Рекомендуется пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ, коррекция консервативной и медикаментозной противорецидивной терапии в соответствии с типом выявленных нарушений в ходе дополнительного расширенного обследования.

Клинические рекомендации Минздрава России. Мочекаменная болезнь, 2024 г.

(1)

Комментарии: немаловажным аспектом вторичной профилактики является «нормализация» образа жизни – так борьба с ожирением или гипертонией может снизить риски специфического камнеобразования.

Рекомендуется дополнительное обследование пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ, с целью выявления метаболических нарушений, включающее:

- * анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня ионизированного кальция, фосфора, мочевой кислоты, витамина Д 25ОН;
- * биохимический анализ суточной мочи;
- * определение уровня паратиреоидного гормона в крови.

(2)