



## Урология

Высшее образование

DOCX · PDF

Задач: 2

Вопросов: 24

Сформировано: 25.07.2026, 07:06 МСК · База обновлена: 22.07.2026, 11:02 МСК

### ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

#### Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

#### Источник материалов — ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

[Официальный сайт fmza.ru](https://fmza.ru) >

3

#### Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

[Открыть репетиционный экзамен](#) >

4

#### Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

### Сайт, обновления и поддержка

- [medikcase.ru](https://medikcase.ru)
- Telegram: [@medikcase](https://t.me/medikcase)
- [support@medikcase.ru](mailto:support@medikcase.ru)



Сайт



Telegram

# Содержание

Ситуационная задача 0001

Ситуационная задача 0002

# Ситуационная задача 0001

Образование: Высшее образование | Специальность: Урология

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Мужчина 63 лет обратился к урологу поликлиники по месту жительства, поскольку в последнее время обратил внимание на изменение цвета мочи.

### 1.2. Жалобы

На примесь крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания.

### 1.3. Анамнез заболевания

У уролога не наблюдается. Вышеуказанная жалоба беспокоит в течение 3 месяцев. Около недели назад наряду с окрашиванием мочи кровью отметил появление бесформенных сгустков.

### 1.4. Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, Детские инфекции без осложнений.

Курит – 1-1,5 пачки в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Родной брат – здоровье соответствует возрастной норме.

Онкологический анамнез не отягощен.

### 1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,70С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

\_Status localis\_: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная, Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается.

## 1. План обследования

### Вопрос 1.

К основным методам лабораторной диагностики, необходимым для постановки диагноза в данном случае, относятся

1. анализ крови на ПСА общий
2. общий анализ мочи
3. общий клинический анализ крови
4. цитологическое исследование мочи
5. коагулограмма

**Правильные ответы: 2 — общий анализ мочи; 4 — цитологическое исследование мочи**

Микрогематурия — показание для исследования мочевой системы с целью исключения конкрементов и опухоли слизистой оболочки верхних мочевых путей и МП.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

Рекомендуется выполнять цитологическое исследование (ЦИ) мочи из полости мочевого пузыря перед выполнением трансуретральной резекции. Это позволяет заподозрить наличие опухоли высокой степени малигнизации

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

## Вопрос 2.

При первичной диагностике для постановки диагноза необходимыми инструментальными и лучевыми методами обследования являются

1. колоноскопия
2. ультразвуковое исследование почек, верхних мочевых путей и мочевого пузыря
3. трансректальное ультразвуковое исследование
4. компьютерная томография органов малого таза с контрастированием
5. диагностическая уретроцистоскопия

**Правильные ответы: 2 — ультразвуковое исследование почек, верхних мочевых путей и мочевого пузыря; 5 — диагностическая уретроцистоскопия**

Рекомендуется назначать ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и МП при первичном обследовании пациентов с гематурией.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

Рекомендуется выполнять диагностическую цистоскопию всем пациентам с симптомами, подтверждающими РМП.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

## 2. Диагноз

### Вопрос 3.

По результатам клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

1. Опухоль мочевого пузыря T1NxM0
2. Рак мочевого пузыря T1N0M0
3. Опухоль мочевого пузыря T1N0Mx
4. Опухоль мочевого пузыря T1NxMx

**Правильный ответ: 4 — Опухоль мочевого пузыря T1NxMx**

Классификация TNM.

T – первичная опухоль, N – регионарные лимфатические узлы, M – отдаленные метастазы.

T1 – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань. Nx – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены на данном этапе обследования. Mx – нет информации по отдаленным метастазам.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого

### 3. План обследования

#### Вопрос 4.

Главным исследованием в диагностике стадии T опухоли мочевого пузыря является

1. морфологическое исследование удаленных тканей
2. магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза
3. цистоскопия с фотодинамической диагностикой
4. мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов малого таза

**Правильный ответ: 1 — морфологическое исследование удаленных тканей**

При проведении диагностической уретроцистоскопии и выявлении новообразования рекомендована биопсия МП либо выполнение ТУР МП.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

#### Вопрос 5.

Для уточнения состояния регионарных лимфоузлов (стадия N) и определения наличия метастазов (стадия M) по классификации (TNM) при уротелиальной карциноме мочевого пузыря пациенту показано выполнение

1. динамической нефросцинтиграфии и компьютерной томографии головного мозга
2. рентгенографии черепа и ретроградной уретеропиелографии
3. эластографии предстательной железы с контрастированием и ретроградной уретроцистографии
4. остеосцинтиграфии и МРТ органов малого таза с контрастированием

**Правильный ответ: 4 — остеосцинтиграфии и МРТ органов малого таза с контрастированием**

Рекомендуется выполнение сканирования костей скелета при подозрении на их метастатическое поражение.

При повторной диагностике рекомендуется проведение компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1) (2)

### 4. Диагноз

#### Вопрос 6.

Стадией рака мочевого пузыря в соответствии с TNM классификацией по результатам окончательного обследования у данного пациента является

1. pT2aN0M0G1
2. pT1aN0M0G1
3. pT1N0M0G1
4. pT2bN0M0G1

**Правильный ответ: 3 — pT1N0M0G1**

\*Т — первичная опухоль\*

\* Тх – первичная опухоль не может быть оценена

\* T0 – нет данных о первичной опухоли

\* Ta – неинвазивная папиллярная карцинома

\* Tis – карцинома\_in situ\_

\* T1 – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань

\* T2 – опухолевая инвазия мышечного слоя

T2a – опухолевая инвазия поверхностного мышечного слоя

T2b – опухолевая инвазия глубокого мышечного слоя

\* T3 – опухоль распространяется на паравезикальную клетчатку

T3a – микроскопически

T3b – макроскопически

\* T4 – опухоль распространяется на любой из этих органов: предстательную железу, матку, влагалище, стенку таза, брюшную стенку

T4a – опухолевая инвазия предстательной железы, или матки, или влагалища

T4b – опухолевая инвазия стенки таза или брюшной стенки

\*N — регионарные лимфатические узлы\*

\* Nx – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены

\* N0 – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах

\* N1 – метастаз в одном регионарном лимфатическом узле размером не более 2 см в наибольшем измерении

\* N2 – метастаз в одном регионарном лимфатическом узле размером более 2 см, но не более 5 см в наибольшем измерении, или множественные лимфатические узлы, ни один из которых не превышает 5 см в наибольшем измерении

\* N3 – метастазы в регионарных лимфатических узлах размером более 5 см в наибольшем измерении

\*M — отдалённые метастазы\*

\* Mx – нет отдалённых метастазов

\* M1 – отдалённые метастазы

Категория p T – патологоанатомическая классификация. pT1 – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

## 5. Лечение

### Вопрос 7.

После проведенной морфологической верификации данному пациенту показано проведение

#### 1. цистэктомии

2. повторной открытой резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции
- 3** внутрипузырной химиотерапии
4. повторной трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в сроки 2-6 недель от первичной операции

**Правильный ответ: 3 — внутрипузырной химиотерапии**

Пациентам группы промежуточного риска после выполнения ТУР рекомендуется проведение адъювантной внутрипузырной химиотерапии

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

## Вопрос 8.

Данный пациент относится к группе + \_\_\_\_\_ + риска

1. высокого
2. неопределяемого
3. низкого
- 4** промежуточного

**Правильный ответ: 4 — промежуточного**

Пациентам группы промежуточного риска после выполнения ТУР рекомендуется проведение адъювантной внутрипузырной химиотерапии.

\*Комментарии:\* к этой группе относятся все пациенты, не вошедшие в группу низкого или высокого риска. Риск прогрессирования опухоли за 5 лет – 17,4%. Смертность от РМП за 10 лет – 12,8%.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

## Вопрос 9.

Возможным осложнением ТУР стенки мочевого пузыря является

- 1** кровотечение
2. повреждение прямой кишки
3. перфорация уретры
4. сморщивание мочевого пузыря

**Правильный ответ: 1 — кровотечение**

Наиболее распространенными осложнениями ТУР МП являются:

\* кровотечения (интраоперационные и послеоперационные), иногда требующие открытого хирургического вмешательства;

\* перфорация стенки мочевого пузыря; внутрибрюшинная перфорация требует лапаротомии, дренирования брюшной полости, ушивания дефекта стенки мочевого пузыря.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

## 6. Вариатив

### Вопрос 10.

В дальнейшем данному пациенту, исходя из онкологического риска, необходимо проводить

1. колоноскопию
2. цистоскопию
3. МСКТ органов малого таза с контрастированием
4. МРТ органов малого таза с контрастированием

**Правильный ответ: 2 — цистоскопию**

Наблюдение пациентов с опухолями T1 основано на цистоскопическом исследовании с цитологическим анализом мочи, УЗИ малого таза, брюшной полости, биохимическим и общим анализами крови в первые 2 года 1 раз в 3 мес, в 3–4-й год 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год;

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

### Вопрос 11.

Контрольная цистоскопия после лечения должна быть проведена через + \_\_\_\_ + месяца

1. 2
2. 1,5
3. 4
4. 3

**Правильный ответ: 4 — 3**

Наблюдение пациентов с опухолями T1 основано на цистоскопическом исследовании с цитологическим анализом мочи, УЗИ малого таза, брюшной полости, биохимическим и общим анализами крови в первые 2 года 1 раз в 3 мес, в 3–4-й год 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год;

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)

### Вопрос 12.

С целью наблюдения за возможным рецидивом опухоли мочевого пузыря у данного пациента необходимо проводить

1. цитологическое исследование мочи
2. определение дисморфных эритроцитов в моче
3. анализ крови на ПСА
4. генетический анализ мочи

**Правильный ответ: 1 — цитологическое исследование мочи**

Наблюдение пациентов с опухолями T1 основано на цистоскопическом исследовании с цитологическим анализом мочи, УЗИ малого таза, брюшной полости, биохимическим и общим анализами крови в первые 2 года 1 раз в 3 мес, в 3–4-й год 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год;

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рак мочевого пузыря, 2023 г. (1)



# Ситуационная задача 0002

Образование: Высшее образование | Специальность: Урология

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Пациент 31 года обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

### 1.2. Жалобы

на дискомфорт в левой поясничной области, повышение АД до 140/80 мм.рт.ст.

### 1.3. Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при плановом обследовании по поводу Артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ЦРБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

### 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: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом.
- \* Травмы: компрессионный перелом шейных позвонков С6-С7 в возрасте 14 лет.
- \* Страдает ГБ, терапии не принимает.
- \* Вредных привычек нет.
- \* Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

### 1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 185 см, вес 86 кг. Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 130/80. 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, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

## 1. План обследования

### Вопрос 1.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1 общий анализ мочи
- 2 биохимический анализ крови

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

**Правильные ответы: 1 — общий анализ мочи; 2 — биохимический анализ крови**

\* 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

\* 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## Вопрос 2.

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

1. МРТ органов малого таза
- 2 компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием
3. хромоцистоскопия
- 4 ультразвуковое исследование органов брюшинного пространства (почек), мочевого пузыря
5. МРТ почек и брюшинного пространства

**Правильные ответы: 2 — компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием; 4 — ультразвуковое исследование органов брюшинного пространства (почек), мочевого пузыря**

\* Рекомендуется выполнение спиральной компьютерной томографии (СКТ) с контрастным усилением функционального состояния верхних мочевых путей, тяжести атрофических процессов в паренхиме на фоне обструкции ЛМС, а также выявления возможных внешних причин ГН (аберрантных или сегментарных сосудов, ретрокавального расположения мочеточника).

\*Комментарии:\* МСКТ предоставляет информацию о функции пораженной почки и анатомии ВМП и окружающих тканей. Предпринимаются попытки использовать компьютерную томографию для оценки функции почек по толщине паренхиматозной ткани. В дооперационной диагностике стеноза (обструкции) ЛМС МСКТ имеет 98 % чувствительность и 100 %, специфичность. В дооперационной диагностике уростазного (вазоуретерального) конфликта МСКТ имеет 91% чувствительность и 100% специфичность. В настоящее время МСКТ является ведущим рентгенологическим методом диагностики ГН.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

\* 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## Вопрос 3.

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

1. антеградная пиелоуретрография
2. экскреторная урография
3. ультразвуковая доплерография почек
4. нефросцинтиграфия

### Правильный ответ: 4 — нефросцинтиграфия

\* Рекомендуется выполнение нефросцинтиграфии пациентам для определения нарушения функции поражённой почки; характера выведения радиофармпрепарата из ВМП; состояния контралатеральной почки.

\*Комментарии:\* данная методика позволяет получить информацию о состоянии накопительно-выделительной функции паренхимы почек и ВМП на до- и послеоперационном этапе.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## 2. Диагноз

### Вопрос 4.

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз

1. Пиелозктазия слева
2. Гидронефроз слева со стриктурой мочеточника, не классифицированный в других рубриках (3А стадия)
3. Болезнь Ормонда. Облитерация лоханочно-мочеточникового сегмента
4. Парапельвикальные кисты левой почки

### Правильный ответ: 2 — Гидронефроз слева со стриктурой мочеточника, не классифицированный в других рубриках (3А 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

### 3. Лечение

#### Вопрос 5.

Пациенту показано(а)

1. эндоскопическая баллонная дилатация
2. динамическое наблюдение за пациентом
3. лапароскопическая пиелопластика слева
4. нефрэктомия слева

**Правильный ответ: 3 — лапароскопическая пиелопластика слева**

\* 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 ретроперитонеоскопическим доступом требуется больше временных затрат.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1) (2)

#### Вопрос 6.

Показанием к органосохраняющему оперативному пособию по восстановлению лоханочно-мочеточникового сегмента является

1. сохранная функция левой почки при нефросцинтиграфии
2. достаточная толщина почечной паренхимы при УЗИ
3. низкий уровень креатинина крови
4. размеры лоханки в диапазоне 20-30 мм

**Правильный ответ: 1 — сохранная функция левой почки при нефросцинтиграфии**

\* Органосохраняющая операция выполняется при сохранной функции пораженной почки (стадии до 3Б)

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

#### Вопрос 7.

Альтернативным методом хирургического лечения гидронефроза является

1. открытая пиелопластика слева
2. установка мочеточникового катетера-стента на 1 месяц слева
3. установка нефростомического дренажа слева
4. перкутанная уретеропиелотомия слева

**Правильный ответ: 1 — открытая пиелопластика слева**

\* 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## Вопрос 8.

Оптимальный срок удаления мочеточникового катетера-стента в послеоперационном периоде – через \_\_\_\_ после оперативного вмешательства

1. 4-6 недель
2. 12 месяцев
3. 3 месяца
4. 6 месяцев

**Правильный ответ: 1 — 4-6 недель**

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

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## 4. План обследования

### Вопрос 9.

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

1. экскреторная урография
2. ультразвуковое исследование почек
3. МРТ почек и мочевых путей
4. ретроградная уретеропиелография

**Правильный ответ: 2 — 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## 5. Диагноз

### Вопрос 10.

Дифференциальная диагностика первичного гидронефроза проводится с

1. опухолью мочеточника
2. пузырно-мочеточниковый рефлюксом
3. нефроптозом
4. опухолью почки

**Правильный ответ: 3 — нефроптозом**

\*Комментарии:\* при наличии боли дифференциальную диагностику проводят с нефроптозом. В отличие от гидронефроза при нефроптозе боль возникает при движении и физическом напряжении и быстро стихает в покое. Сравнение экскреторных урограмм в положении лёжа и стоя позволяет диагностировать нефроптоз. Стриктура ЛМС и нефроптоз могут сочетаться.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)

## 6. Лечение

### Вопрос 11.

Рекомендуется выполнение чрескожной пункционной нефростомии при

1. сочетании с конкрементом верхней группы чашечек
2. терминальных стадиях гидронефроза
3. сочетании с аденомой простаты
4. пузырно-мочеточниковом рефлюксе

**Правильный ответ: 2 — 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1) (2)

## 7. Вариатив

### Вопрос 12.

Оценка восстановления функции почки после установки нефростомического дренажа проводится через

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

**Правильный ответ: 1 — 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации. Гидронефроз, 2023 г. (1)