**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессионального образования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой \_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

**Ситуационные задачи по теме:**

**Мочекаменная болезнь**

**Задача № 1.**

Врач срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

####  Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования

3. Перечислите возможные осложнения

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

5. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря

Эталоны ответов

1.Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

* приступ резкой боли в пояснице справа и в правой половине живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание;
* наличие подобного приступа в анамнезе, макрогематурия после купирования приступа;

2) объективные данные :

* при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли;
* при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность.

4. Пациент нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургический стационар.

Неотложная помощь: сухое тепло на область поясницы, теплые ванны, анальгетики и спазмолитики.

*Принципы лечения*:

Режим полупостельный.

Диета в зависимости от состава камней.

При явлениях воспаления ‑ антибактериальные препараты.

Спазмолитики и анальгетики.

Тепло на поясничную область.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при отсутствии осложнений и эффективном лечении.

*Профилактика*:

первичная:

* своевременное лечение воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей;
* устранение факторов, способствующих застою мочи ;
* рациональное питание;

вторичная:

* диспансерное наблюдение за пациентами с мочекаменной болезнью;
* диетические рекомендации в зависимости от состава камней;
* обильное питье, чтобы суточный диурез составлял 2-3 л;
* при фосфатных камнях и щелочной реакции мочи назначают углекислые минеральные воды (Нафтуся, Арзни), кисломолочные продукты, мясо в умеренном количестве;
* при уратных камнях назначают щелочные минеральные воды (Ессентуки № 4 и № 17, Боржоми, Славяновская, Смирновская), преобладание овощей и ограничение мяса;
* при наличии оксалатных камней назначают слабоминерализованные воды (Ессентуки № 20, Нафтуся, Саирме);
* пища должна содержать повышенное количество витаминов А и Д;
* фитотерапия;
* возможно проведение литотрипсии (дробления камней);
* оперативное лечение.

5. Техника катетеризации мочевого пузыря ‑ согласно алгоритму действия.

**Задача 2.**

 У больной С., 27 лет, внезапно появились острые боли в поясничной области слева, иррадиирущие в бедро; поведение больной беспокойное, мочеиспускание учащено. Анализ мочи без патологических изменений.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Ваши диагностические мероприятия?

3. Лечебная тактика.

**Ответ:**

1. Мочекаменная болезнь (камень левого мочеточника), почечная колика слева.

2. Ультразвуковое исследование почек. Расширение полостной системы левой почки будет свидетельствовать о нарушении оттока мочи. Хромоцистоскопия, обзорный снимок мочевой системы. При хромоцистоскопии индигокармин из устья левого мочеточника в течение 10 минут не будет выделяться, на обзорной урограмме в проекции мочевых путей слева может быть выявлена тень, подозрительная на конкремент.

3. При подтверждении диагноза для купирования почечной колики показано внутривенное введение 5 мл баралгина и тепловые процедуры (грелка на поясничную область или теплая ванна) или применение нестероидных противовоспалительных средств. При камне мочеточника диаметром более 5 мм ставится вопрос об экстренной ДУВЛ.

**Задача 3.**

У больного К., 40 лет, в течение трех дней отмечаются боли в пояснице справа, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39-40°С, ознобами. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень в верхней трети правого мочеточника размером 1х1,5 см. Тогда же была предложена операция, от чего пациент отказался.

Объективно: состояние тяжелое, вял, адинамичен. Артериальное давление 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого резко положителен справа.

В анализе крови нейтрофилов 16х106/л, палочкоядерных нейтрофилов 21%. В анализе мочи лейкоциты покрывают густым слоем все поля зрения.

1. Ваш диагноз?

2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?

3. Какую терапию предлагаете?

**Ответ:**

1. Мочекаменная болезнь (камень правого мочеточника), обструктивный правосторонний острый гнойный пиелонефрит.

2. Ультразвуковое исследование почек, обзорную урограмму и экскреторную урограмму.

3. При подтверждении диагноза традиционным лечением является срочное оперативное вмешательство: нефростомия + декапсуляция почки + уретеролитотомия (при локализации камня в верхней или средней трети мочеточника), при локализации камня в нижней трети мочеточника только нефростомия + декапсуляция почки. После операции интенсивная антибактериальная, противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия.

**Задача 4.**

Больной С., 65 лет, жалуется на появление позывов к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Что Вы предлагаете для его подтверждения?

3. Какую терапию предлагаете?

**Ответ:** 1. Можно предположить камень мочевого пузыря.

2. Для уточнения диагноза целесообразно выполнить ультразвуковое исследование мочевого пузыря, цистоскопию и обзорную урографию. Исследования позволят выявить камень в мочевом пузыря и доброкачественную гиперплазию простаты (аденому простаты)

3. При обнаружении камня мочевого пузыря традиционным методом лечения является цистолитотрипсия. При сочетании камня мочевого пузыря с ДГПЖ или склерозом шейки мочевого пузыря выполняется цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, т.к. эти заболевания затрудняют отток мочи и способствуют камнеобразованию. Может быть выполнена эндоскопическая операция: трансуретральная резекция простаты и трансуретральная цистолитотрипсия.

**Задача 5**

Больной В., 43 лет, обратился в приемный покой с жалобами на внезапно появившуюся резкую острую боль в поясничной области, больше справа, озноб. Болевой приступ начался 20 минут назад после возвращения с дачи.

Ранее периодически беспокоили боли в правой поясничной области, с иррадиацией промежность, частые болезненные мочеиспускания, повышение температуры тела с ознобами.

При осмотре обращает внимание на себя поведение больного: он непрерывно меняет положение, беспокоен, возбужден. В момент осмотра у него появились тошнота, рвота, позывы на мочеиспускание.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,9. Язык сухой, обложен белым налетом. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Отмечается резкая болезненность при пальпации правой половины живота, напряжение мышц передней брюшной стенки. Пальпация печени, почек невозможны из-за выраженного болевого синдрома.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо срочно провести?

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Окажите неотложную помощь.

5. Какова дальнейшая врачебная тактика.

Эталон:

1. МКБ. Почечная колика. Хронический вторичный пиелонефрит , рецидивирующее течение, фаза обострения. ХПН 0.

2. Общий анализ мочи, общий анализ крови, УЗИ органов брюшной полости и органов мочевыделения.

3. Острый живот: прободная язва, инфаркт кишечника, острый панкреатит, печеночная колика, кишечная непроходимость, острый аппендицит.

4. Неотложная помощь: 5 мл баралгина, 1 мл 0,1% раствора атропина с 1 мл 1% раствора промедола, 1 мл 0,2% раствора платифиллина.

5. При наличии камня в н/трети мочеточника – новокаиновая блокада в области семенного канатика или круглой маточной связки, в с/трети или в/трети мочеточника – внутритазовая блокада по Школьникову, при неэффективности – катетеризаия мочеточника или удаление камня.