

## КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА для 1 промежуточного контроля

Код дисциплины: **7R01126 «Урология и андрология взрослая, детская»**  
Предмет : **Урология**  
Кол-во часов /кредитов: **55кр/1650с**  
Курс, семестр: **1**

Составитель: к.м.н., и.о.доцента Кулиев А.Ф.

Протокол № 1а «...02...».....09..... 2025г.

Кафедра менгерушісі, доц.м.а.



Калдыгозова Г.Е.

- 1 Задачи и функции врача-уролога в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 2 Особенности первичного и повторного приёма урологического пациента в поликлинике.
- 3 Документация врача-уролога на амбулаторном приёме (медицинская карта, направления, листы нетрудоспособности, диспансерное наблюдение).
- 4 Показания к направлению пациента из поликлиники в урологический стационар.
- 5 Принципы диспансерного наблюдения урологических больных.
- 6 Инфекции мочевых путей: классификация, диагностика и амбулаторное лечение.
- 7 Острый цистит: клиника, диагностика и тактика ведения в поликлинике.
- 8 Рецидивирующий и хронический цистит: дифференциальная диагностика и лечение.
- 9 Острый пиелонефрит: критерии диагностики и показания к госпитализации.
- 10 Хронический пиелонефрит: клинические формы и диспансерное наблюдение.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства		66-2025 24 стр4

## Ситуационная задача № 1

Мужчина 37 лет обратился к терапевту с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, иррадиирующую в правую паховую область, мошонку и по внутренней поверхности бедра, учащённое и болезненное мочеиспускание, рези в конце акта мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, тошноту. Боль носит приступообразный характер, выраженной интенсивности, не уменьшается в покое, усиливается при ходьбе и изменении положения тела, из-за чего пациент вынужден постоянно менять позу. Также отмечает помутнение мочи и появление примеси крови в конце мочеиспускания.

Со слов пациента, болевой синдром возник внезапно около 10 часов назад, на фоне полного благополучия. За 2–3 дня до появления боли отмечал снижение потребления жидкости, употребление солёной и мясной пищи. Температура тела периодически повышалась до 37,8 °С, сопровождалась ознобом и повышенной потливостью. Рвоты не было, однако присутствует выраженная слабость и снижение аппетита. Переохлаждения, травм поясничной области и физических перегрузок не отмечает. До обращения самостоятельно принимал нестероидные противовоспалительные препараты и спазмолитики, эффект был кратковременным.

Из анамнеза известно, что в течение последних нескольких лет периодически отмечал эпизоды дизурии и жжения при мочеиспускании, которые проходили самостоятельно. За медицинской помощью ранее не обращался. Хронические заболевания отрицает. Оперативных вмешательств не было. Аллергологический анамнез не отягощён. В детстве перенёс острые респираторные инфекции без осложнений. Наследственность отягощена: у отца диагностирована мочекаменная болезнь, у деда — хронический пиелонефрит.

Общее состояние пациента расценивается как средней степени тяжести. Сознание ясное, положение беспокойное. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст. Температура тела 37,8 °С.

Урологический статус: при осмотре поясничной области видимых изменений не выявлено. При пальпации определяется выраженная болезненность в правой поясничной области, положительный симптом Пастернацкого справа. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области, симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы развиты правильно, без признаков воспаления. Мочевой пузырь не пальпируется.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты —  $11,8 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилёз, СОЭ — 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, относительная плотность 1,028, эритроциты — 30–40 в п/зр, лейкоциты — 10–12 в п/зр, белок — следы, соли — оксалаты +++.

Биохимический анализ крови: креатинин и мочевины в пределах нормы.

Дополнительные инструментальные исследования на данный момент не проводились.

### Задания:

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на мочекаменную болезнь и почечную колику у взрослого пациента на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием стороны поражения, предполагаемой локализации конкремента и характера патологического процесса.
3. Определите тактику лечения, включая неотложные мероприятия, показания к назначению анальгетиков, спазмолитиков и антибактериальной терапии, рекомендации по питьевому режиму, а также показания к госпитализации.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая развитие обструктивного пиелонефрита, гидронефроза, хронической почечной недостаточности и уросепсиса.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства		66-2025 24 стр5

## Ситуационная задача № 2

Мужчина 42 лет обратился к терапевту с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, рези и жжение в уретре, боли в надлобковой области, усиливающиеся в конце мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, появление мутной мочи с неприятным запахом. Также отмечает тянущие боли в промежности, иррадиирующие в крестец, снижение работоспособности, раздражительность и нарушение сна. Температура тела в течение последних суток повышалась до 37,5 °С.

Со слов пациента, указанные симптомы появились около 5 дней назад и постепенно нарастали. Вначале отмечал лишь учащённое мочеиспускание и дискомфорт в уретре, затем присоединились боли внизу живота и промежности. За медицинской помощью ранее не обращался, самостоятельно принимал растительные уросептики и увеличивал объём потребляемой жидкости, выраженного эффекта не получил. Переохлаждение отрицает, однако за неделю до появления симптомов имел место длительный переезд с вынужденным длительным сидячим положением.

Из анамнеза известно, что ранее пациент периодически отмечал эпизоды дискомфорта при мочеиспускании после переохлаждения. Хронические заболевания: хронический гастродуоденит. Операций не переносил. Вредные привычки: курение отрицает, алкоголь употребляет эпизодически. Половая жизнь регулярная, незащищённые половые контакты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственность: урологических заболеваний у близких родственников не отмечает.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 86 уд/мин, артериальное давление 120/78 мм рт.ст., температура тела 37,5 °С.

Урологический статус: живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в надлобковой области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы без патологических изменений. При пальцевом ректальном исследовании: предстательная железа умеренно увеличена, болезненная при пальпации, консистенция тестоватая, междолевая борозда сглажена.

### Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты —  $9,8 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, относительная плотность 1,020, лейкоциты — 20–25 в п/зр, эритроциты — 3–5 в п/зр, бактерии ++, белок — следы.

Анализ секрета предстательной железы на момент осмотра не проводился.

Дополнительные инструментальные исследования (УЗИ органов мочеполовой системы, ТРУЗИ) на данный момент не выполнены.

### Задания:

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на острый простатит у взрослого пациента на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием формы и характера воспалительного процесса.
3. Определите тактику лечения, включая показания к антибактериальной терапии, назначению противовоспалительных средств, спазмолитиков, рекомендации по режиму, половой активности и наблюдению в динамике.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая развитие абсцесса предстательной железы, хронизацию процесса, острую задержку мочеиспускания и распространение инфекции на верхние мочевые пути.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства	66-2025 24 стрб

### Ситуационная задача № 3

Мужчина 29 лет обратился к терапевту с жалобами на учащённое болезненное мочеиспускание, рези и жжение в конце акта мочеиспускания, боли в надлобковой области, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, помутнение мочи. Также отмечает общее недомогание, слабость и повышение температуры тела до 37,6 °С.

Со слов пациента, указанные симптомы появились 3 дня назад и постепенно усиливались. Заболевание связывает с переохлаждением после длительного пребывания на холоде. Ранее подобных эпизодов не отмечал. До обращения самостоятельно принимал растительные уросептики и увеличивал объём потребляемой жидкости, выраженного эффекта не получил. Травм и оперативных вмешательств не было.

В анамнезе хронических заболеваний не отмечает. Аллергологический анамнез не отягощён. Половая жизнь регулярная, незащищённые половые контакты отрицает. Наследственность по урологическим заболеваниям не отягощена.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 84 уд/мин, артериальное давление 120/75 мм рт.ст., температура тела 37,6 °С.

Урологический статус: живот мягкий, болезненный при пальпации в надлобковой области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы без видимых патологических изменений.

Общий анализ крови: лейкоциты  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, относительная плотность 1,020, лейкоциты — 25–30 в п/зр, эритроциты — 3–5 в п/зр, бактерии ++, белок — следы.

Дополнительные инструментальные исследования на данный момент не проводились.

#### **Задания:**

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на острый цистит у мужчины на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием характера воспалительного процесса.
3. Определите тактику лечения, включая показания к антибактериальной терапии, симптоматическое лечение и рекомендации пациенту.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая развитие восходящей инфекции, простатита и хронического цистита.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства	66-2025 24 стр7

### Ситуационная задача № 4

Мужчина 33 лет обратился к терапевту с жалобами на боль и тяжесть в левой половине мошонки, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке, иррадиирующие в паховую область, повышение температуры тела до 37,7 °С, общую слабость и дискомфорт при мочеиспускании. Также отмечает умеренную отёчность и покраснение мошонки слева.

Со слов пациента, указанные симптомы появились 4 дня назад и постепенно нарастали. Заболевание связывает с перенесённой простудой и переохлаждением. За неделю до появления жалоб отмечал учащённое мочеиспускание и жжение в уретре. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты, без выраженного эффекта. Травм области мошонки не было.

Из анамнеза известно, что хронических заболеваний не отмечает. Оперативных вмешательств не переносил. Аллергологический анамнез не отягощён. Половая жизнь регулярная, презервативы использует нерегулярно. Ранее ИППП не диагностировались. Наследственность по урологическим заболеваниям не отягощена.

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 90 уд/мин, артериальное давление 125/80 мм рт.ст., температура тела 37,7 °С.

Урологический статус: мошонка асимметрична за счёт увеличения левой половины, кожа гиперемирована, при пальпации — резкая болезненность левого яичка и придатка, местное повышение температуры. Симптом Прена положительный. Наружное отверстие уретры без выделений. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: лейкоциты  $10,9 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: умеренная лейкоцитурия — 8–10 в п/зр, бактерии +.

Инструментальные исследования (УЗИ органов мошонки с доплерографией) на данный момент не проводились.

#### **Задания:**

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на острый орхоэпидидимит у взрослого пациента на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием стороны поражения и характера воспалительного процесса.
3. Определите тактику лечения, включая показания к антибактериальной терапии, местному лечению, режиму и показания к госпитализации.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая развитие абсцесса яичка, хронического орхоэпидидимита и нарушения репродуктивной функции.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства		66-2025 24 стр8

## Ситуационная задача 5

Мужчина 45 лет обратился к терапевту с жалобами на учащённое ночное мочеиспускание, ослабление струи мочи, необходимость натуживания в начале акта, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, периодические боли в надлобковой области и промежности. Также отмечает снижение работоспособности, раздражительность и лёгкое недомогание.

Со слов пациента, симптомы появились приблизительно 1 год назад и постепенно нарастали. Первоначально отмечал лишь учащённое ночное мочеиспускание 1–2 раза за ночь, но за последние месяцы появилась ослабленная струя мочи, натуживание и чувство неполного опорожнения. Самостоятельно принимал растительные препараты и увеличивал потребление жидкости, выраженного эффекта не наблюдал. Переохлаждений и травм не было.

В анамнезе: артериальная гипертензия 5 лет, принимает антигипертензивные препараты. Операций не переносил. Аллергологический анамнез не отягощён. Половая жизнь регулярная, репродуктивная функция снижена умеренно. Наследственность: у отца диагностирована доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 уд/мин, артериальное давление 130/85 мм рт.ст., температура тела 36,9 °С.

Урологический статус: живот мягкий, безболезненный. Мочевой пузырь не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы без патологических изменений. При пальцевом ректальном исследовании: предстательная железа увеличена, симметричная, плотновато-эластической консистенции, междолевая борозда сглажена, умеренно болезненна.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: без существенных отклонений.

Общий анализ мочи: прозрачная, относительная плотность 1,018, лейкоциты — 3–5 в п/зр, эритроциты — единичные, белок отсутствует.

Биохимический анализ крови: показатели функции почек в норме.

Дополнительные инструментальные исследования (УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря, остаточная моча, ПСА) на момент осмотра не проводились.

### Задания:

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на доброкачественную гиперплазию предстательной железы у взрослого пациента на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием стадии заболевания и выраженности симптомов нижних мочевых путей.
3. Определите тактику лечения, включая немедикаментозные мероприятия, показания к назначению лекарственной терапии и критерии направления пациента на хирургическое лечение.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая острую задержку мочи, вторичные изменения верхних мочевых путей и хроническую почечную недостаточность.

## Ситуационная задача 6

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства	66-2025 24 стр9	

Мужчина 31 год обратился к терапевту с жалобами на учащённое мочеиспускание с резями и жжением, боли в надлобковой области, мутную мочу и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Отмечает общее недомогание, слабость, иногда незначительное повышение температуры до 37,5 °С.

Со слов пациента, симптомы появились 4 дня назад после переохлаждения на фоне сезонной простуды. До обращения принимал домашние спазмолитики и растительные уросептики, эффекта не было. Травм мочеполовой системы не было, инфекций, передающихся половым путём, не отмечает.

В анамнезе: хронических заболеваний не имеет. Операций не переносил. Аллергологический анамнез отрицательный. Половая жизнь регулярная, постоянная, без новых сексуальных партнёров. Наследственность по урологическим заболеваниям не отягощена.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 88 уд/мин, артериальное давление 120/75 мм рт.ст., температура тела 37,5 °С.

Урологический статус: живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации надлобковой области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы без патологических изменений. При пальпации простаты через прямую кишку: нормальных размеров, безболезненная, консистенция обычная, междолевая борозда сохранена.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, относительная плотность 1,020, лейкоциты — 20–25 в п/зр, эритроциты — 3–5 в п/зр, бактерии ++, белок — следы.

Инструментальные исследования на момент осмотра не проводились.

### Задания:

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на острый цистит у мужчины на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием характера воспалительного процесса.
3. Определите тактику лечения, включая показания к антибактериальной терапии, симптоматическое лечение, рекомендации по режиму и питьевому режиму.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая развитие восходящей инфекции, простатита и хронического цистита.

Мужчина 39 лет обратился к терапевту с жалобами на внезапную острую боль в правой поясничной области, иррадирующую в паховую область, учащённое и болезненное мочеиспускание, мутную мочу с примесью крови, тошноту и общее недомогание. Боль интенсивная, приступообразная, усиливается при движении.

Со слов пациента, симптомы появились 6 часов назад на фоне полного благополучия. За сутки до этого отмечал уменьшение потребляемой жидкости. Ранее подобных эпизодов не было. Самостоятельно принимал спазмолитики и нестероидные противовоспалительные препараты, выраженного эффекта не достиг.

Анамнез: хронических заболеваний не имеет. Операций не переносил. Аллергологический анамнез отрицательный. Половая жизнь регулярная, постоянная. Наследственность: у отца диагностирована мочекаменная болезнь.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 92 уд/мин, артериальное давление 125/80 мм рт.ст., температура тела 37,6 °С.

Урологический статус: положительный симптом Пастернацкого справа. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы без изменений. Мочевой пузырь не пальпируется.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты  $11,0 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, плотность 1,025, лейкоциты — 8–10 в п/зр, эритроциты — 25–30 в п/зр, соли оксалатов ++.

#### Задания:

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на мочекаменную болезнь и почечную колику.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием стороны поражения и локализации конкремента.
3. Определите тактику лечения, включая неотложные меры, показания к спазмолитикам, анальгетикам и антибактериальной терапии.
4. Оцените возможные осложнения: обструктивный пиелонефрит, гидронефроз, уросепсис.

Мужчина 35 лет обратился с жалобами на боль и тяжесть в правой половине мошонки, иррадиирующую в пах, покраснение, отёчность и умеренное повышение температуры до 37,8 °С. Также отмечает дискомфорт при мочеиспускании.

Со слов пациента, симптомы появились 3 дня назад, после переохлаждения. Самостоятельно принимал жаропонижающее. Травм мошонки и ИППП не было.

Анамнез: хронических заболеваний нет. Операций не было. Наследственность не отягощена.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 уд/мин, АД 120/75 мм рт.ст., температура 37,8 °С.

Урологический статус: мошонка асимметрична слева, кожа гиперемирована, болезненность левого яичка и придатка, симптом Прена положительный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 21 мм/ч.

Общий анализ мочи: умеренная лейкоцитурия, бактерии +.

#### Задания:

1. Диагностический алгоритм при подозрении на острый орхоэпидидимит.
2. Клинический диагноз с указанием стороны и характера воспаления.
3. Тактика лечения, показания к антибактериальной терапии и госпитализации.
4. Возможные осложнения: абсцесс яичка, хронический орхоэпидидимит, нарушение репродуктивной функции.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства		66-2025 24 стр12

Мужчина 36 лет обратился к терапевту с жалобами на учащённое и болезненное мочеиспускание, рези в конце акта, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, мутную мочу с неприятным запахом, боли в надлобковой области и промежности. Также отмечает общую слабость, раздражительность, снижение работоспособности и периодическое повышение температуры до 37,8 °С.

Со слов пациента, указанные симптомы появились приблизительно 5 дней назад и постепенно нарастали. Заболевание связывает с переохлаждением после длительного пребывания на открытом воздухе. До обращения самостоятельно принимал спазмолитики и растительные уросептики, выраженного эффекта не наблюдал. Травм и оперативных вмешательств не было.

В анамнезе: хронических заболеваний нет. Аллергологический анамнез отрицательный. Половая жизнь регулярная, постоянная, незащищённые половые контакты отрицает. Ранее инфекций, передающихся половым путём, не было. Наследственность по урологическим заболеваниям не отягощена.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 86 уд/мин, артериальное давление 120/75 мм рт.ст., температура тела 37,8 °С.

Урологический статус: живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации надлобковой области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы без патологических изменений. При пальпации предстательной железы через прямую кишку: железа нормальных размеров, умеренно болезненная, консистенция обычная, междолевая борозда сохранена.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты  $10,8 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, относительная плотность 1,020, лейкоциты — 20–25 в п/зр, эритроциты — 3–5 в п/зр, бактерии ++, белок — следы.

Дополнительные инструментальные исследования на данный момент не проводились.

### Задания:

1. Определите диагностический алгоритм при подозрении на острый бактериальный цистит у мужчины на амбулаторном этапе.
2. Сформулируйте клинический диагноз с указанием характера воспалительного процесса.
3. Определите тактику лечения, включая показания к антибактериальной терапии, симптоматическое лечение, меры по улучшению мочеиспускания и рекомендации пациенту по питьевому режиму.
4. Оцените возможные осложнения при несвоевременном или неадекватном лечении, включая развитие простатита, восходящей инфекции почек и хронизации цистита.

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979- SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Оториноларингология, урология және травматология кафедрасы Контрольно-измерительные средства	66-2025 24 стр13

## Ситуационная задача 10

Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на внезапную острую боль в правой поясничной области, иррадирующую в пах и внутреннюю поверхность бедра, рези и жжение при мочеиспускании, мутную мочу с примесью крови, тошноту и общую слабость. Боль носит приступообразный характер, усиливается при движении и изменении положения тела, сохраняется в покое.

Со слов пациента, симптомы появились 6 часов назад на фоне полного благополучия. За день до этого отмечал уменьшение потребляемой жидкости и длительное сидячее положение на работе. Ранее подобных эпизодов не было. Самостоятельно принимал спазмолитики и обезболивающие, выраженного облегчения не достиг.

Анамнез: хронических заболеваний нет. Аллергологический анамнез отрицательный. Половая жизнь регулярная, постоянная. Операций и травм поясничной области не было. Наследственность: у отца диагностирована мочекаменная болезнь.

Общее состояние: средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, влажные. Пульс 96 уд/мин, АД 125/80 мм рт.ст., температура тела 37,9 °С.

Урологический статус: положительный симптом Пастернацкого справа. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы без патологических изменений. Мочевой пузырь не пальпируется.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоциты  $11,2 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутная, плотность 1,025, лейкоциты — 8–10 в п/зр, эритроциты — 25–30 в п/зр, соли оксалатов ++.

### Задания:

1. Диагностический алгоритм при подозрении на мочекаменную болезнь и почечную колику.
2. Клинический диагноз с указанием стороны поражения и локализации конкремента.
3. Тактика лечения: неотложные меры, показания к спазмолитикам, анальгетикам и антибактериальной терапии.
4. Возможные осложнения: обструктивный пиелонефрит, гидронефроз, уросепсис.