

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Затверджено на засіданні
кафедри урології з судовою
медициною
“29” серпня 2016 р.
протокол № 1 від 29.08.16
Завідувач кафедри,
д.мед.н., проф. _____ Саричев Л.П.

Методичні рекомендації для викладачів

Навчальна дисципліна	Урологія
Модуль №	1
Тема заняття	Аномалії розвитку органів сечової та чоловічої статевої системи
Курс	IV
Факультет	Медичний №1, 2

1. **Конкретні цілі** (описуються у термінах професійної діяльності з врахуванням системи класифікації цілей відповідних рівнів пізнавальної, емоційної та психомоторної сфер):

- Аналізувати особливості клінічного перебігу аномалій розвитку органів сечової і чоловічої статеві системи.

2. Базовий рівень підготовки

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна та топографічна анатомія.	Визначати будову органів сечової системи та чоловічих статевих органів, топографічну анатомію поперекової ділянки та малого тазу.
2. Біохімія.	Визначати біохімічні показники, що характеризують функціональну спроможність нирок.
3. Нормальна фізіологія.	Визначати показники парціальних ниркових функцій.
4. Рентгенологія.	Володіти принципами та методиками рентгенологічного обстеження сечостатевої системи, інтерпретувати результати рентгенологічного обстеження.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Проводити пальпацію та перкусію органів сечової системи, огляд зовнішніх статевих органів.

3. Організація змісту навчального матеріалу.

Граф логічної структури теми.

Учбові елементи		
I порядку	II порядку	III порядку
Аномалії нирок і сечоводів		
Класифікація аномалій нирок	Аномалії ниркових судин. Аномалії кількості. Аномалії величини нирок. Аномалії розташування і форми нирок. Аномалії взаєморозташування (зрощення) нирок.	Аномалії кількості і розташування ниркових артерій. Аномалії форми і структури ниркових артерій (аневризма, фіброрускулярний стеноз). Уроджені артеріовенозні фістули. Аномалії ниркових вен. Аплазія (агенезія). Подвоєння нирки (повне і неповне). Додаткова нирка. Гіпоплазія. Рудиментарна нирка. Карликова нирка. Дистопія: одностороння (торакальна, поперекова, клубова, тазова), перехресна. Ротація. Одностороння (I-подібна нирка). Двостороння (симетрична – підковоподібна і галетоподібна нирка, асиметрична – L і S – подібна нирка).

	<p>Аномалії структури нирок.</p> <p>Аномалії мікроструктури нирок.</p> <p>Поєднані аномалії нирок.</p>	<p>Дисплазія: проста, кіркова, олігомеганефронія, сегментарна.</p> <p>Кісти нирки: мультикістоз, полікістоз, солітарна (проста, дермоїдна), навколо мискова (парапельвікальна), чашечкова, мискова.</p> <p>Чашечково-медулярні аномалії: тубулярна дилатація, губчаста нирка, мегакалікоз, полімегакалікоз.</p> <p>Тубулопатія з нефролітазом (цистинурія, ксантинурія, гліцинурія, нефрокальціноз).</p> <p>Тубулопатія з поліурією: ниркова мелітурія, нефрогенний нецукровий діабет.</p> <p>Нефрит з втратою солі.</p> <p>Нирковий тубулярний ацидоз: синдром Лайтвуда, синдром Баталера-Олбрайта.</p> <p>З міхурово-сечовідним рефлюксом.</p> <p>З інфравезикальною обструкцією.</p> <p>З міхурово-сечовідним рефлюксом і інфравезикальною обструкцією.</p> <p>З аномаліями інших органів і систем.</p>
Класифікація аномалій сечоводів.	<p>Аномалії кількості</p> <p>Аномалії структури</p> <p>Аномалії форми</p> <p>Аномалії розташування</p>	<p>Аплазія, подвоєння, потроєння.</p> <p>Гіпоплазія, звуження (стриктура), клапан, уретероцеле, нервово-м'язова дисплазія (аплазія, мегауретер, гідроуретеронефроз).</p> <p>Кільцеподібний, штопороподібний сечовід.</p> <p>Ретрокавальний сечовід, ретроіліакальний сечовід, ектопія отвору сечоводу.</p>
Клініка обструктивних уропатій.	<p>Відставання у фізичному розвитку.</p> <p>Диспепсичні розлади.</p> <p>Субфебрилитет.</p> <p>Дизурія.</p> <p>Зміни сечі.</p>	<p>Анорексія, нудота, блювання, біль у животі.</p> <p>Порушення ритму сечовипускань.</p> <p>Болючість при сечовипусканні.</p> <p>Нетримання, неутримання сечі.</p> <p>Енурез. Двофазність сечовипускань.</p> <p>Лейкоцитурія. Бактеріурія. Гематурія.</p> <p>Протеїнурія.</p>
Діагностика	Аналіз протікання вагітності матері.	

	Аналіз психомоторного розвитку дитини. Комплексне урологічне обстеження.	
Лікування	Консервативна терапія. Оперативне лікування.	Протизапальна, стимулююча, ЛФК, фізіотерапія. Коригуючі, дренуючі операції; нефректомія.
Аномалії нижніх сечових шляхів		
Аномалії сечового міхура	Аномалії сечової протоки. Агенезія сечового міхура. Подвоєння сечового міхура. Уроджена гіпертрофія м'яза, що виштовхує сечу (детрузора). Дивертикул сечового міхура. Екстрофія сечового міхура	Міхурово-пупкова нориця. Пупкова нориця. Кіста урахуса. Дивертикул сечового міхура.
Аномалії сечових шляхів на рівні міхурово-сечівникового сегмента	Гіпертрофія міжсечовідної складки (зв'язки). Збільшений сечоміхуровий трикутник (мегатрикутник). Надмірність слизової оболонки сечоміхурового трикутника. Контрактура шийки сечового міхура.	
Аномалії сечівника	Клапани сечівника. Гіпертрофія сім'яного горбика. Звуження зовнішнього отвору сечівника. Облітерація	

	<p>сечівника. Звуження сечівника. Подвоєння сечівника. Дивертикул сечівника. Гіпоспадія. Епіспадія. Уроджена кіста сечівника. Уроджена сечівниково-прямокишкова нориця. Випадіння слизової оболонки сечівника.</p>	<p>Головки, тіла статевого члена, членомошонкова, промежинна. Головки статевого члена, субтотальна, тотальна (у хлопчиків). Кліторна, підлобкова, повна (у дівчаток).</p>
Клініка інфравезікальної обструкції	<p>Затруднене, рідке сечовипускання. Затримка сечі (гостра, хронічна). Наявність пухлиноподібного утворення над лобком. Патологічні зміни сечі. Гіпертермія.</p>	
Клініка аномалій сечівника	<p>Скривлення статевого члена. Розщеплення уретри. Нетримання сечі. Зміни струменя сечі.</p>	
Діагностика	<p>Оцінка акту сечовипускання. Огляд статевого члена, уретри. Цистограма (проста, мікційна). Уретроцистограма. Екскреторна урографія. Оцінка</p>	

	функціонального стану нирок. Інструментальне дослідження.	Калібровка сечівника бужами. Цистоскопія. Уретроцистоскопія.
Лікування	Оперативне. Консервативне.	Паліативні втручання (цистостомія). Реконструктивні операції. Протизапальна терапія. Стимулююча терапія. Лікувальна фізкультура. Режим примусових сечовипускань.
Аномалії чоловічих статевих органів		
Аномалії статевого члена	Відсутність статевого члена. Відсутність головки статевого члена. Прихований статевий член. Ектопія статевого члена. Подвоєння статевого члена. Перетинчастий статевий член. Уроджений фімоз. Коротка вуздечка передньої шкірочки.	
Аномалії яєчок	Аномалії кількості. Аномалії структури. Аномалії положення. Водянка оболонок яєчка (гідроцеле), сім'яного канатика (фунікулоцеле). Кіста яєчка і його придатка. Варикозне розширення вен сім'яного канатика.	Анархізм, монорхізм, поліорхізм, синорхізм. Гіпоплазія яєчка. Крипторхізм (пахвинний, черевний). Ектопія яєчка (черевна, пахвинна, лобкова, стегнова, промежинна, перехресна).
Аномалії передміхурової залози	Аплазія. Гіпоплазія. Атрофія.	

	Ектопія.	
Діагностика	Огляд, пальпація зовнішніх статевих органів. Пальцьове ректальне дослідження. УЗД, ТрУЗД. КТ. МРТ. Оцінка функціонального стану нирок. Лапароскопія.	
Лікування	Оперативне. Консервативне.	Коригуючі операції. Малоінвазійні втручання. Протизапальна терапія. Стимулююча терапія. Лікувальна фізкультура. Режим примусових сечовипускань.

Аномалії сечостатевих органів складають більше 30% усіх народжених пороків розвитку людини. У більшості випадків при аномаліях сечових шляхів спостерігаються порушення пасажу сечі, що сприяє розвитку запальних процесів, каменеутворенню, атрофії ниркової паренхіми, нирковій недостатності.

Агенезія (аплазія) нирки – її відсутність. Може бути однобічною або двобічною. Двобічна агенезія не сумісна з життям. Єдина уроджена нирка діагностується при обстеженні з приводу якого-небудь захворювання сечових шляхів.

Гіпоплазія – уроджене зменшення нирки в розмірах, але з нормальною гістологічною будовою і відсутністю порушень ниркових функцій. Необхідно відрізнити від вторинно зморщеної нирки. Крайній ступінь гіпоплазії визначається як **рудиментарна нирка**.

Подвоєння нирки – подвоєння паренхіми, ниркових судин, мисок і сечоводів. Клінічні проявлення залежать від розвитку ускладнень.

Додаткова (третя) нирка має окремі кровопостачання і сечовід. Розташована нижче нормальної нирки і не з'єднується з нею.

Аномалії положення є наслідком порушення нормального переміщення первинної нирки з миски в поперекову ділянку. У залежності від розташування виділяють **тазова, клубова, поперекову, торакальну і перехресну** дистопію. Чим нижче розташована нирка, тим більше порушено процес її ротації. Клінічними ознаками є біль в животі, обумовлені надавленням на сусідні органи, нервові сплетіння, порушенням уродинаміки. Відрізнити слід від нефроптозу, пухлин очеревинної порожнини і заочеревинного простору. Торакальна дистопія часто сприймається як пухлина легені.

Аномалії взаєморозташування – зрощення обох нирок: одностороння (і-подібна нирка), двостороння (симетрична –підковоподібна і галетоподібна

нирка, асиметрична – L і S – подібна нирка). Зрощені нирки більшою мірою схильні до розвитку гідронефрозу, нефролітіазу, пієлонефриту, нефрогенної гіпертензії.

Кісти нирок - одна з найчастіших вад розвитку. Частина з них проявляється в дитячому віці, інші діагностуються у дорослих.

Полікістоз нирок – аномалія, при якій ниркова паренхіма заміщується кістами різної величини, нерідко поєднується з полікістозом печінки, селезінки, легенів та ін. Аномалія має сімейний і спадковий характер (аутосомно-рецесивна передача). Клініка різноманітна і визначається розвитком гіпертензії, хронічної ниркової недостатності, розвитком пієлонефриту та ін. При об'єктивному дослідженні пальпуються збільшені, бугристі нирки. Лікування на початкових стадіях полягає в періодичній черезшкірній ігніпунктурі, симптоматичному лікуванні, лікуванні ускладнень.

Солітарна (проста) кіста нирки – може бути уродженим або набутих захворюванням. Лікуванню підлягають великі, симптоматичні кісти (які є причиною білю, гіпертензії, порушень уродінаміки). У більшості випадків хірургічне лікування полягає в ендouroлогічному дрениванні в поєднанні зі склеротерапією, ендоскопічній марсупілізації стінки кісти, лапароскопічному або відкритому видаленні кісти. Лише при атрофії ниркової паренхіми виконується нефректомія.

Мультикістоз (кістозна рудиментарна нирка) – однобічний процес, який полягає в повному заміщенні ниркової тканини кістами і облітерації сечоводу.

Губчаста нирка характеризується наявністю множених мілких кіст в ниркових пірамідах.

Чашечкова кіста – дивертикул чашечки.

Подвоєння миски і сечоводу зустрічається з подвоєнням нирки. При повному подвоєнні сечових шляхів сечоводи, перехрещуючись між собою, відкриваються в сечовому міхурі окремими отворами, верхній з них дрениє нижню частину подвоєної нирки, а нижній – верхню її частину (закон Вейгерту-Мейєру). Частіше обидва сечоводи на різній відстані від нирки зливаються і впадають в сечовий міхур одним вічком.

Уретероцеле – внутрішньоміхурове грижоподібне випинання всіх прошарків інтрамурального відділу сечоводу, ззовні виглядає як кіста. Частіше спостерігається при подвоєнні нирки.

Ектопія отвору сечоводу може бути внутрішньоміхуровою та позаміхуровою. При останньому варіанті у дівчаток отвір ектопованого сечоводу звичайно відкривається в склепінні піхви або інших відділах зовнішніх статевих органів, у сечівнику біля зовнішнього його отвору, в прямій кишці, шийці чи тілі матки; у хлопчиків – у задній частині сечівника, сім'яносний протоці, сім'яному міхурці, промежині, прямій кишці та ін. Характерним симптомом є несправжнє нетримання сечі.

Ретрокавальний сечовід – аномалія нижньої порожнистої вени, при якій сечовід у верхній третині спіралеподібно охоплює нижню порожнисту вену, а, починаючи із середньої третини, іде в звичайному напрямку. Таке незвичне розташування сечоводу призводить до порушення відтоку сечі і гідронефротичної трансформації.

Міхурово-сечовідний рефлюкс може бути зумовленим природженою недостатністю замикального апарату отвору сечоводу або порушенням прохідності міхурово-сечовідного сегмента й хронічним запальним процесом.

Звуження (стриктура) сечоводу спостерігається у 0,5-0,7% дітей. Найчастіше аномалія локалізується в міхурово-сечовідному сегменті, потім у мисково-сечовідному.

Нервово-м'язова дисплазія сечоводу - двостороннє уроджене звуження отвору і внутрішньоміхурової частини сечоводу в поєднанні з нервово-м'язовою дисплазією його нижнього цистоїда, що призводить до розширення сечоводу – мегалоуретеру. Стадії ахалазії сечоводу :

- розширення нижньої третини сечоводу;
- розширення сечоводу по всій довжині;
- гідроуретеронефроз.

Незрощення сечової протоки:

- повне – міхурово-пупкова нориця;
- пупкова нориця;
- кіста урахуса⁴
- дивертикул сечового міхура.

Дивертикул сечового міхура – мішкоподібне випинання його стінки. Він може бути одиночним і множинним. Причиною уродженого дивертикулу є неправильне формування стінки сечового міхура.

Екстрофія сечового міхура – уроджена відсутність передньої його стінки і нижньої частини передньої черевної стінки. У хлопчиків часто поєднується з епіспадією.

“Інфравезікальна обструкція” – синдром, який об'єднує багато захворювань міхурово-сечівникового сегменту та сечівника. Загальними проявами є утруднене сечовипускання, хронічна затримка сечі з (або без) міхурово-сечівниковим рефлюксом, висхідна інфекція сечових шляхів, двобічний уретерогідронефроз, розвиток хронічної ниркової недостатності. Уродженими причинами є:

- гіпертрофія міжсечовідної складки (зв'язки);
- збільшений сечоміхуровий трикутник (мегатрикутник);
- надмірність слизової оболонки сечоміхурового трикутника;
- контрактура шийки сечового міхура;
- клапани сечівника;
- гіпертрофія сім'яного горбика;
- звуження зовнішнього отвору сечівника;
- облітерація сечівника;
- звуження сечівника.

Діагностика: наявність симптомів нижніх сечових шляхів, мікційна та висхідна цистоуретерографія, уретроцистоскопія.

Лікування - оперативне, направлене на нормалізацію уродинаміки.

Гіпоспадія – аномалія, яка характеризується відсутністю задньої стінки дистальної частини сечівника. Розрізняють такі форми гіпоспадії: головки, тіла статевого члена, членомошонкову, промежину. Виділяють ще одну форму “гіпоспадія без гіпоспадії”, при цій формі сечівник відкривається на

звичайному місці, але через короткий сечівник статевий член викривлений. Лікування тільки оперативне. Оздоровлення слід завершити в дошкільному віці.

Епіспадія – уроджене розщеплення частини чи всієї передньої стінки сечівника.

4. План і організаційна структура навчального заняття з дисципліни

№№ /зп	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання(
1.	Підготовчий етап	12 хв.		
1.1	Організаційні питання.	1 хв.		Академічний журнал
1.2	Формування мотивації.	1 хв.		Методичні рекомендації
1.3	Контроль початкового рівня підготовки: 1) класифікація аномалій нирок, ниркових судин, сечоводів, нижніх сечових шляхів та чоловічих статевих органів; 2) методи діагностики та лікування	10 хв.	Фронтальне усне опитування	Контрольні питання
2.	Основний етап Формування професійних умінь та навичок: оволодіти методикою 1) курація хворих; 2) призначення необхідного обстеження, інтерпретація отриманих результатів; 3) встановлення діагнозу, лікування, прогноз	52 хв.	Практичний тренінг, рішення завдань на диференційну діагностику Індивідуальне усне опитування Рішення завдань III рівня	Хворі, підручник, атласи, методичні рекомендації. Завдання III рівня
3.	Заключний етап	16 хв.		
3.1.	Контроль кінцевого рівня підготовки.	12 хв.	Індивідуальне усне опитування	Контрольні запитання
3.2.	Загальна оцінка навчальної діяльності	3 хв.		Академічний журнал

	студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.	1 хв.		Перелік запитань з наступної теми заняття

* у конкретних методичних рекомендаціях з дисципліни розподіл часу доцільно дати у хвиликах;

** форми контролю і засоби навчання конкретно визначаються кафедрою для кожного з етапів заняття; засоби контролю теоретичної та практичної підготовки студентів повинні бути стандартизованими.

5. Методика організації навчального процесу на практичному занятті

5.1. Підготовчий етап. 10-14% дітей народжуються з аномаліями сечостатевої системи. Серед хворих урологічного профілю такі пацієнти становлять близько 12%, а в дитячому віці до 37%. Враховуючи, що вади розвитку сечостатевої системи є найважливішими чинниками багатьох урологічних захворювань, актуальність вивчення даної теми для лікарів різного профілю не викликає сумніву. Метою заняття є оволодіння студентами симптоматологією та принципами діагностики уроджених вад сечостатевої системи для їх встановлення в ранньому дитячому віці і направлення до лікаря-уролога з метою своєчасної корекції. Студенти повинні аналізувати особливості клінічного перебігу аномалій розвитку органів сечової і чоловічої статеві системи, встановлювати діагноз та визначати характер лікування хворих на аномалії сечостатевої системи.

Проводиться стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап. Самостійна практична робота студентів (під керівництвом викладача) з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретної мети заняття.

Перед початком курації викладач в навчальній кімнаті проводить інструктаж студентів, при цьому звертає увагу на правила лікарської етики. Потім студенти малими групами, по 2-3 чоловіки, обстежують тематичних хворих, проводять об'єктивне обстеження, знайомляться з даними додаткових досліджень, визначають характер та можливі чинники патологічного процесу, призначають необхідні додаткові методи обстеження. Після курація хворих проводиться клінічний розбор.

Проводиться вирішення ситуаційних задач. Завдання виконуються письмово і перевіряються викладачем під час заняття з наступним обговоренням результатів.

5.3. Заключний етап. Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, проводиться індивідуальне усне опитування або рішення ситуаційних задач, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Тема наступного заняття – Гострий пієлонефрит. Хронічний пієлонефрит.

6. Додатки. Засоби для контролю:

Питання для контролю початкового рівня знань

1. Аномалії ниркових судин.
2. Аномалії кількості нирок.
3. Аномалії величини нирки.
4. Аномалії розташування нирок.
5. Аномалії взаємовідношення нирок.
6. Аномалії структури нирок.
7. Аномалії сечоводів.
8. Аномалії сечового міхура.
9. Аномалії урахуса.
10. Інфравезикальна обструкція.
11. Аномалії урахуса.
12. Крипторхізм, монорхізм, ектопія яєчка.
13. Фімоz.

Ситуаційні задачі.

1. У хлопчика віком 2 р. відсутнє в калитці праве яєчко. При огляді виявляється гіпоплазія правої половини калитки, яєчко відсутнє. У паховому каналі, ближче до зовнішнього отвору, пальпується об'ємне округле утворення 1,0×1,5 ×1,5 см, еластичне, безболісне, яке в калитку не низводиться. Який найбільш вірогідний діагноз?

Крипторхізм, пахова форма.

Монорхізм зліва.

Ектопія яєчка, лобкова форма.

Ретракція правого яєчка (псевдокрипторхізм).

Кіста сім'яного канатика.

2. У дитини при обстеженні в обох підребер'ях палькуються болючі, бугристі, щільно-еластичні утворення. Лабораторно - ознаки хронічної ниркової недостатності. Про яке захворювання в першу чергу необхідно думати?

Полікістоз нирок.

Подвоєння нирок.

Хронічний пієлонефрит.

Ехінококоз нирок.

Пухлини нирок.

3. У хлопчика 3 р. при огляді зовнішніх статевих органів встановлено, що отвір уретри розташований в ділянці пеноскротального кута. Який вид аномалії у дитини?

Гіпоспадія.

Епіспадія.

Ектопія уретри.

Нориця уретри.

Екстрофія сечового міхура.

4. Який метод обстеження хворого дозволяє провести диференційну діагностику нефроптозу з дистопією нирки ?

- Аортографія.
- Радіоізотопна ренографія.
- Ретроградна пієлографія.
- Екскреторна пієлографія.
- Хромоцистоскопія

5. Хворий К., 24 р. скаржиться на сильний біль і набряк статевого члена. З анамнезу відомо, що при відведенні звуженої крайньої плоті за голівку статевого члена назад її вправити не зміг. Об'єктивно: спостерігається набряк голівки статевого члена, гіперемія. Ваш діагноз?

- Парафімоз.
- Фімоз.
- Забій статевого члена.
- Гострий каверніт.
- Гострий баланопостит.

6. У хворого з пухлиноподібним утворенням в правій половині мошонки відчуття важкості, помірний біль. Хворіє 5 місяців. У мошонці справа визначається безболісне, щільне, овальне, пухлиноподібне утворення 15×10×10 см Яєчко і придаток не диференціюються. Ліворуч яєчко і придаток не змінені. Сечовипускання не змінене. Ваш діагноз?

- Водянка оболонки правого яєчка.
- Правосторонній епідидиміт.
- Правостороння пахово-мошоночна грижа.
- Правосторонній фунікуліт.
- Правосторонній орхоепідидиміт.

7. На екскреторних урограмах у хворого С., 19 р. в обох позиціях (лежачи та стоячи) нирка знаходиться на рівні L₅. Про якові аномалію йдеться?

- Поперекова дистопія правої нирки.
- Нефроптоз.
- Гідронефроз.
- Полікістоз нирок.
- Губчаста нирка.

8. Хвора О., 48 р. скаржиться на тупий біль в правій поперековій області більше трьох років. При УЗД нирки звичайних розмірів, в області верхнього полюса правої нирки - рідинне утворення до 12 см в діаметрі. На екскреторних урограмах зліва - норма, справа - деформація верхньої групи чашок, функція задовільна. Про яке захворювання можна думати в цьому випадку?

- Проста кіста правої нирки.
- Полікістоз нирок.
- Мультикістоз правої нирки.

Пухлина правої нирки.
Гідронефроз справа

9. У хворого Н., 19 р. варикоцеле зліва II стадії. Йому слід рекомендувати.

Операцію за Іванісевичем.
Носіння суспензорію.
Фізіотерапію на калитку.
Динамічне спостереження.
Лікування не потребує.

10. Хворий 24 р. звернувся із скаргами на епізодичний тупий біль в лівій половині калитки, що виникають після фізичного навантаження. Пальпаторно по ходу лівого сім'яного канатика визначається гроноподібне, як клубок черв'яків, безболісне еластичне утворення, що зникає у горизонтальному положенні хворого. Ваш діагноз:

Варикоцеле зліва.
Туберкульоз додатку лівого яєчка.
Перекрут гідатіди Морган'ї.
Фуникуліт зліва.
Кіста лівого сім'яного канатика

11. При огляді дитини, що народилася, лікар виявив у неї дефект передньої черевної стінки нижче пупка з відсутністю передньої стінки сечового міхура і випинанням задньої його стінки: видні вічка сечоводів, з них ритмічно поступає сеча, виливаючись на шкіру лобка і внутрішню поверхню стегон. Консультація уролога: екстрофія сечового міхура, показано оперативне лікування. У які терміни показана операція:

Впродовж першого року життя дитини.
Впродовж 3-5 років.
У юнацькому віці.
При появі менструації або перших статевих ознак.
Після досягнення статевої зрілості.

12. Хворий 18 р. звернувся із скаргами на ускладнене сечовипускання, роздмухування препуціального мішку при сечовипусканні. При огляді голівка статевого члена не оголюється внаслідок різкого звуження зовнішнього отвору препуціального мішка. Ваш діагноз?

Фімоz.
Парафімоz.
Камінь висячого відділу уретри.
Стриктурa зовнішнього отвору уретри.
Гострий баланопостит.

Контрольні питання.

1. Основні рентгенологічні ознаки поперекової дістопії нирки.
2. Аномалії положення нирок і взаємовідношення.

3. Аномалії структури нирок.
4. Аномалії сечоводів.
5. Аномалії сечового міхура.
6. Аномалії урахуса.
7. Аномалії сечівника.
8. Аномалії яєчок.
9. Фімоз, парафімоз.
10. Провести диференційну діагностику полікістозу нирок з солітарною кістою нирки.
11. Що можна побачити при цистоскопії при повному подвоєнні сечоводу?

Перелік запитань з наступної теми заняття.

1. Вкажіть частоту пієлонефриту в залежності від віку: а) у дітей, б) в зрілому віці, в) в літньому та старечому віці.
2. Назвіть фактори патогенезу пієлонефриту.
3. Назвіть мікроорганізми – збудники пієлонефриту.
4. Назвіть шляхи проникнення патогенної флори в нирку.
5. Дайте класифікацію пієлонефриту: а) за етіопатогенезом, б) за клінічним перебігом, в) за локалізацією.
6. Назвіть характерну тріаду симптомів гострого пієлонефриту.
7. Назвіть загальні симптоми гострого пієлонефриту.
8. Назвіть зміни сечі при гострому пієлонефриті.
9. Яка картина крові при гострому пієлонефриті.
10. Визначте показники індігокармінової проби при гострому пієлонефриті: а) первинному, б) вторинному.
11. Назвіть ознаки гострого пієлонефриту на оглядовій урограмі.
12. Назвіть ознаки гострого пієлонефриту на екскреторній урограмі.
13. Назвіть патологоанатомічні форми гострого пієлонефриту.
14. Назвіть класифікацію гнійного пієлонефриту.
15. Назвіть чинники переходу гострого пієлонефриту в хронічний.
16. Назвіть фази перебігу хронічного пієлонефриту.
17. Що є характерним для анамнезу хворих хронічним пієлонефритом?
18. У якій кількості хворих на хронічний пієлонефрит визначається явна лейкоцитурія?
19. Назвіть методи дослідження прихованої лейкоцитурії.
20. В якій фазі хронічного пієлонефриту виявляється патологічно значима бактеріурія?
21. При яких титрах в реакції аутоаглютинації до виділених з сечі мікроорганізмів їх можна характеризувати в якості збудників пієлонефриту?
22. Назвіть рентгенологічні ознаки хронічного пієлонефриту.
23. Назвіть діагностичні можливості радіоізотопних методів дослідження у хворих на хронічний пієлонефрит.
24. Назвіть основні лікувальні заходи при консервативному лікуванні хворих на гострий пієлонефрит.
25. В чому полягають правила застосування антибактеріальних препаратів при гострому пієлонефриті?

26. Назвіть групи препаратів, найбільш ефективних при лікуванні запальних захворювань сечової системи.
27. В чому суть першого заходу при лікуванні гострого вторинного пієлонефриту?
28. Назвіть показання для катетеризації сечоводу при гострому пієлонефриті.
29. Назвіть показання для оперативного лікування хворих на гострий пієлонефрит.
30. Які оперативні втручання застосуються при гострому пієлонефриті?
31. В чому полягають основні заходи при лікуванні хронічного пієлонефриту?
32. Яка тривалість первинного курсу антибактеріального лікування хронічного пієлонефриту?
33. Яка тривалість наступного курсу антибактеріального лікування хронічного пієлонефриту?
34. Назвіть найбільш відомі курорти для лікування хворих на пієлонефрит.
35. Перерахуйте шляхи профілактики пієлонефриту.

7. Рекомендована література

1. Люлько О. В. Урологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації / О. В. Люлько, О. Ф. Возіанов. – вид. 3-е, випр. – К. : Медицина, 2011. – 663 с.
2. Урологія : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [С. П. Пасечніков, С. О. Возіанов, В. М. Лісовий та ін.] ; за ред. С. П. Пасечнікова. – Вінниця : Нова книга, 2013. – 432 с.
3. Урологія : національний підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / [С. П. Пасечніков, С. О. Возіанов, В. М. Лісовий та ін.] ; за ред. С. П. Пасечнікова. – Вінниця : Нова книга, 2015. – 438 с.
4. Урологія : учеб.-метод. пособие для студентов высш. мед. учреждений IV уровня аккредитации / [В. П. Стусь, А. В. Люлько, Н. Н. Моисеенко и др.]. – Днепропетровск : Акцент ПП, 2013. – 225 с.
5. Урологія (практичні навички) : навч.-метод. посіб. / [В. П. Стусь, О. В. Люлько, М. М. Моїсеєнко та ін.] ; за ред. В. П. Стуся. – Дніпропетровськ : Акцент ПП, 2014. – 141 с.
6. Возіанов, А. Ф. Атлас-руководство по урологии : в 3 т. / А. Ф. Возіанов, А. В. Люлько. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Днепропетровск : Днепр-VAL, 2001. – 3 т.
7. Урологія : навч. посіб. для студ. вищ. мед. учб. закл. III-IV рівнів акредитації / [Ф. І Костєв, М. І. Ухаль, О. В. Борисов та ін.] ; за ред. Ф. І. Костєва. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2008. – 294 р. : іл. – (Бібліотека студента-медика).
8. Урологія : национальное руководство / под ред. Н. А. Лопаткина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
9. Шуляк О. В. Урологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / О. В. Шуляк, С. О. Возіанов, О. Б. Баніра. – вид. 2-е, доп. – Львів : Кварт, 2011. – 582 с.
10. http://www.umsa.edu.ua/kafhome/urology/kaf_urology_materialnazavan

t.html – Матеріали для завантаження / Сайт ВДНЗУ «УМСА», Кафедра урології з судовою медициною;

11. <http://www.inurol.kiev.ua/> – ДУ «Інститут урології» НАМН України;
12. <http://ukraine.uroweb.ru/> – Український інформаційний портал урологів;
13. <http://uro.tv/> – Урологическое ТВ;
14. <http://uroedu.ru/> – UROEDU : Портал дистанционного образования урологов;
15. <http://escuro.ru/>– Экспериментальная и клиническая урология : журнал;
16. mrj-urology.ru – міжнародний реферативний журнал сервер не знайдено
17. <http://forumurology.ru/> – Интернет форум урологов;
18. <http://urolog-spb.ru/> – Санкт-Петербургский научно-практический центр урологии.