

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра урології та нефрології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття для студентів

Тема заняття: Симптоми урологічних захворювань. Особливості структури хвороб сечостатевої системи в Одеській області.

Курс 4, факультет медичний

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено
на методичній нараді кафедри
28. 08. 2023.
Протокол № 1

Зав. кафедрою професор Костєв Ф.І. _____

Тема практичного заняття: «Симптоми урологічних захворювань. Особливості структури хвороб сечостатевої системи в Одеській області» - 2 год.

1. **Актуальність теми:** Велика кількість та різноманітність симптомів та патологічних ситуацій, які можуть бути пов'язані з сечостатевою системою, лікарям загальної практики доводиться спостерігати велику кількість пацієнтів, проблеми яких пов'язані з розладами в діяльності сечостатевої системи. Тому актуальність теми визначена необхідністю знання найбільш часто зустрічаючихся симптомів урологічних захворювань, принципів діагностики і вірної інтерпретації діагностичних тестів.

2. Цілі заняття:

2.1. Загальні цілі:

вивчити найбільш поширені симптоми захворювань нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів (біль, розлади сечовипускання, кількісні та якісні зміни сечі), уяснити причини і механізми їх виникнення для вірного збору анамнезу, цілеспрямованого проведення об'єктивного дослідження та інтерпретації аналізів сечі.

2.2. Виховні цілі:

навчити студентів краще розуміти сучасні методи діагностики урологічних захворювань та чітко розрізняти ситуації, коли йому особисто слід розпочати лікування хворого (в якості лікаря загальної практики), а коли необхідно направити пацієнта на консультацію та лікування до спеціаліста.

3.3. Конкретні цілі:

- **знати:**

1. Визначення і клінічне значення симптомів урологічних захворювань, наведених у графологічній структурі заняття;
2. Різницю симптомів гострої затримки сечі та анурії, гематурії та уретрорагії;
3. Види анурії залежно від етіологічного фактору;
4. Види гематурії залежно від джерела кровотечі;
5. Відміну гематурії від гемоглобінурії;
6. Діагностичне значення кількісних та якісних змін у сечі.

3.4. На основі теоретичних знань з теми:

• **оволодіти методиками (вміти):**

1. Вірно та цільоспрямовано збирати анамнез у хворих на урологічну патологію;
2. Проводити пальпацію нирки у різних положеннях хворого;
3. Проводити пальпацію та перкусію сечового міхура;
4. Проводити пальпацію яєчок, придатків, сім'яного канатика (освоєння пальпації предміхурової залози передбачено у занятті “Пухлини предміхурової залози”);
5. Проводити інтерпретацію результатів загального аналізу сечі та трьохсклянкової проби.

4. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція).

№	Дисципліни	Знати	Вміти
	Попередні дисципліни:		
1	Нормальна анатомія	- нефрон, як структурна одиниця нирки	
2	Нормальна фізіологія	- фізіологію сечоутворення	
3	Біохімія	- коливання у вмісті азотистих компонентів плазми крові та окремих складових частин осаду сечі, залежно від фізіологічного стану організму і патології; - патологічні складові частини сечі, протеїнурія, гематурія, гемоглобінурія.	- оцінити аналізи
4	Пропедевтика внутрішніх хвороб	- розлади сечовипускання: частішане, болісне, утруднене сечовипускання, невтримання сечі, затримка сечі; порушення сечовідділення, анурія, олігоурія, полакіурія, ніктурія, протеїнурія, піурія, бактеріурія, трьохсклянкова проба	- пальпація; - перкусія.
5	Топографічна анатомія	- топографію органів сечостатевої системи, нирок, ниркових цебер та чашечок, сечоводів, сечового міхура, сечівника, предміхурової залози й органів мошонки.	
	Наступні дисципліни		
1	Урологія	- уросеміотику	- інтерпретувати отримані дослідження
	Внутрішньопредметна		

	інтеграція	
1 2 3 4	Неврологія. Хірургія. Гінекологія. Ендокринологія.	Симптоми, що спостерігаються у хворих на урологічну патологію, можуть бути провідними при ряді терапевтичних, хірургічних, гінекологічних та інших захворюваннях. Біль у поперекової дільниці, що має місце у неврологічних хворих, які хворіють на остеохондроз із вторинним попереково – крижним радікулітом, часто трактується як біль ниркового характеру, у зв'язку з чим хворі приймають різноманітні медикаменти. З іншого боку, біль при захворюваннях нирок симулює різноманітні радікулопатії, отже урологічні хворі можуть тривалий час лікуватися від припущеного радікуліта, в той час, як хвороба нирок прогресує. Жорстокі радікулоалгії спостерігаються при метастазуванні раку нирки чи предміхурової залози у кістки таза чи хребта. Всі хворі, які доглядаються невропатологом з приводу сакроілеїтів незрозумілої етіології, радікулітів, повинні бути оглянуті урологом для виключення захворювань нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів. Важливе значення надається при цьому пальпації нирок, предміхурової залози, інтерпретації результатів загального аналізу сечі. При наявності в ній патологічних змін, хворому призначається комплексне урологічне обстеження, що дозволяє встановити справжню причину болю. Необхідно також знати, що численні розлади сечовипускання, навіть парадоксальна ішурія, можуть бути зумовлені дисфункціями сечового міхура, що пов'язані з уродженими та набутими захворюваннями і травмами спинного мозку (гіпер- та гіпоректорний сечовий міхур). Мікро- чи макрогематурія далеко не завжди є симптомами урологічного захворювання. Вона настає при порушенні згортання крові. Дефіцит вітаміна С або К також може викликати появу крові в сечі. Також може викликати появу крові в сечі. Її причиною можуть

5. Зміст заняття.

Скарги хворих з захворюваннями нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів характеризуються больовим синдромом, розладом сечовипускання, кількісними та якісними змінами сечі. Особливу групу хворих складають пацієнти, які скаржуться на відділення з сечівника та розлади статевої функції (копулятивної та репродуктивної).

Для кожного студента, який закінчив медичний університет, найбільше значення має знання симптомів першої зазначеної групи.

Ниркова коліка – один з найбільш поширених симптомів багатьох урологічних захворювань (камінь нирок і сечоводів, сечокислий діатез, пухлина нирок, сечоводів,

гідронефроз, нефроптоз та інш.). Хворі на ниркову коліку звертаються, насамперед, до лікаря загального профілю (дільничного терапевта, хірурга, лікаря швидкої допомоги), який повинен, перед тим, як почати боротьбу з больовим нападом, переконатися у вірності діагнозу. Звідси випливає, що знання симптоматики ниркової коліки, її диференціальної діагностики обов'язково для лікаря будь – якої спеціальності. Кожний хворий, страждаючий на ниркову коліку, повинен бути обстежений лікарем – урологом для встановлення її причин, тобто діагнозу захворювання.

Серед розладів сечовипускання невідкладної допомоги потребує гостра затримка сечі. Лікар повинен розібратися в причинах її виникнення, щоб надати вірну допомогу. В теперішній час, з урахуванням госпітальної інфекції, треба більш суворо підходити до катетеризації сечового міхура. З точки зору профілактики інфекції сечових шляхів при наданні невідкладної допомоги і за відсутністю ефекта від консервативних заходів, перевага віддається надлобкової пункції сечового міхура, після чого хворий повинен бути справлений до уролога.

При визначенні залишкової сечі треба ширше користуватися рентгенологічними і радіоізотопними методами дослідження, ніж катетеризацією сечового міхура після акту сечовипускання.

Невтримання та нетримання сечі – симптоми з різними механізмами виникнення. Клінічне оцінювання їх допомагає запідозрити ряд захворювань, що локалізуються у ділянці шийки сечового міхура, а також вад розвитку органів сечової і статеві системи.

Кількісні зміни сечі (поліурія, олігоурія, анурія), як і зміни її щільності у хворих на урологічну патологію, свідчать про порушення функції нирок (хронічна або гостра недостатність нирок). При наданні допомоги хворому, який має анурію, необхідно, насамперед, встановити її вид (аренальна, преренальна, ренальна чи постренальна). Інакше лікування буде невірним.

При наявності у хворого вираженої протеїнурії, особливо за умов нормального чи нерізкого підвищення вмісту в сечі формених елементів крові (лейкоцитів та еритроцитів), треба насамперед обстежити хворого на наявність гломерулонефриту.

Піурія та бактеріурія – ознаки запального процесу сечостатевої системи у чоловіків та сечової у жінок. Аналіз сечі дозволяє не тільки запідозрити чи виявити запальний процес (пієліт, пієлонефрит, уретрит, цистит, простатит, везикуліт та інші), але й контролювати процес лікування.

Гематурія також може бути ознакою запального процесу, але насамперед, вона повинна розцінюватись як ознака деструктивного процесу (ушкодження слизової оболонки конкрементом, пухлина). При цьому будь – який процес, що викликав

гематурію, може викликати і мікрогематурію. Незалежно від ступеню виразності гематурії, клініцист повинен провести обстеження хворого. Інтерпретація ініціальної, тотальної і термінальної гематурії є першим пунктом обстеження хворого з метою встановлення діагнозу.

Мікрогематурія у дорослих, за відсутністю інших симптомів, найчастіше є ознакою пухлини сечового міхура. Макрогематурія і невизначене відчуття дискомфорту або припухлості в поперековій ділянці повинні спрямувати обстеження хворого на пошуки пухлини нирки.

Основи орієнтувальної діяльності студентів.

При зборі анамнеза у хворого з гострим нападом ниркової коліки необхідно з'ясувати:

1. Де почався біль (в поперековій ділянці чи в животі)?
2. Як виник біль (раптово чи поступово)?
3. Локалізацію і характер болю.
4. Куди ірадіює біль?
5. Чим він супроводжується (частіше сечовипускання, блювання, нудота, підвищення температури тіла).

При об'єктивном дослідженні такого хворого здійснюється пальпація ділянки нирок, визначається наявність симптома Пастернацького і, для виключення гострих хірургічних захворювань черевної порожнини, перитонеальних симптомів. З лабораторних методів дослідження терміново проводяться загальні аналізи крові та сечі.

У кожного хворого на урологічну патологію необхідно з'ясувати характер сечовипускання. При наявності почастишаного сечовипускання (полакіурія), встановлюється, в який період доби вона виникає. Денна полакіурія характерна для каміня сечового міхура та цисталгії, нічна – для початкових проявів аденоми предміхурової залози, постійна – для органічних захворювань сечового міхура (цистит, пухлина та інші). При наявності утрудненого сечовипускання (странгурії) з'ясовується характер струменя сечі (в'ялий, тонкий, переривчастий).

При гострій затримці сечі встановлюється час її настання, причина (рефлекторна, захворювання і пошкодження спинного мозку, пухлина предміхурової залози, стріктура сечівника, інтравезікальна обструкція). Збільшений сечовий міхур при затримці сечі виявляється при огляді, пальпації, а у повних пацієнтів – при перкусії. Для хронічної затримки сечі характерна присутність залишкової сечі, методи визначення якої будуть розглянути на наступних заняттях. У випадку мимовільного відходження сечі, студент повинен визначити, який з двох симптомів має місце у наданому конкретному випадку –

нетримання (справжнє чи удаване) або нетримання сечі. Для парадоксальної ішурії характерно нетримання сечі при переповненому сечовому міхурі. При зборі анамнеза хворих, які скаржаться на зміни кількості виділеної сечі, необхідно точне вимірювання її кількості за добу та визначення кількості випитої хворим рідини. При цьому вимірюється щільність сечі, що збільшена при цукровому діабеті (гіперстенурія), знижена при нецукровому діабеті, а також при хронічних двосторонніх захворюваннях нирок (гіпостенурія). Монотонна й низька питома вага (ізогіпостенурія) свідчать про виражену функціональну недостатність нирок, зокрема про порушення функції ниркових каналців. При значній нирковій недостатності, щільність сечі відповідає щільності фільтрату плазми крові.

У тих випадках, коли хворий відзначає олігоурію (виділення за добу менш, ніж 500 мл сечі), студент повинен з'ясувати чим вона зумовлена (зниження ниркового кровообігу, хронічні захворювання нирок, часткова обструкція сечоводів, поєднання цих причин). Такому хворому необхідно вимірювати артеріальний тиск, який може бути настільки низьким, що ниркова перфузія буде мінімальною. Якщо систолічний тиск становить менш, ніж 80 мм. рт. ст. розвивається олігоурія або анурія. При хронічних захворюваннях нирок анурія не зустрічається. Тому саме, якщо у хворого встановлюється цей небезпечний симптом, студент повинен насамперед встановити його причину, зокрема визначити, чи не зв'язана вона з обструкцією сечовода, що може бути зумовлено конкрементами, непередбаченою перев'язкою сечовода під час гінекологічних операцій, ретроперітонеальним фіброзом, здавленням або проростанням сечоводів злоякісними новоутвореннями. Цей вид анурії розцінюється як постренальна (екскреторна). До секреторної анурії відносяться наступні її види: аренальна (ренопривна), преренальна та ренальна.

При об'єктивному обстеженні студент повинен розцінювати не тільки стан сечостатевої системи, але й інші системи. Наприклад, при нирковій недостатності виявляються зміни з боку шкіряних покривів, органів дихання, серцево – судинної системи, шлунково – кишкового тракту. При огляді хворого студент повинен враховувати, що припухлість у поперековій ділянці може спостерігатись при паранефриті, пухлинах нирки, зачервненого простіра, а над лоном – часто свідчить про переповнення сечового міхура при гострій або хронічній затримці сечі. Огляд зовнішніх статевих органів у дітей, особливо у хлопчиків, дозволяє діагностувати ряд захворювань і аномалій розвитку, таких, як баланопостит, фімоз, парафімоз, коротка вуздечка крайної плоті, гіпоспадія, епіспадія сечівника, водянка яєчка, його пухлини та інші. Пальпація нирок повинна

проводитись у різних положеннях хворого (горизонтальному, на спині та на здоровому боці, у вертикальному положенні).

При цьому необхідно враховувати, що нирки пальпуються при їх збільшенні (гідронефроз, піонефроз, кістозна дегенерація, пухлини), опущенні (нефроптоз) або аномалії положення (дістопія), а також у осіб астеничної конституції. Огляд зовнішніх статевих органів обов'язково доповнюється їх пальпацією. Необхідно звертати увагу на наявність обох яєчок у мошонці.

Студент повинен пояснити хворому методику збору сечі для аналізу, тому, що невірно зібрана сеча, особливо у дівчаток та жінок, може стати причиною невірної діагностики, що зв'язано з помилковим виявленням піурії та бактеріурії. Це трапляється внаслідок забруднення сечі з піхви, прямої кишки та зовнішніх статевих органів. Єдино вірним методом отримання сечі у осіб жіночої статі є збір середньої порції сечі після оброблення великих та малих статевих губ, преддвір'я піхви й зовнішнього отвору уретри розчином антисептика (3% розчин борної кислоти) і розводження статевих губ. У чоловіків та хлопчиків, перед тим, як брати середню порцію сечі для дослідження, голівку прутня, після відведення крайньої плоті, слід також обробити антисептичним розчином.

Клінічна оцінка якісних змін сечі передбачає інтерпретацію протеїнурії. При цьому студенти повинні знати, що вміст від 50 до 150 мг білка в добовій сечі вважається нормальним, і це не повинно викликати занепокоєння. Слід пам'ятати, що при макрогематурії та піурії, протеїнурія може бути удаваною, тобто не зв'язаною з захворюванням ниркових клубочків. Найчастішою причиною патологічної (справжньої) протеїнурії є патологія ниркових клубочків, яка спостерігається при гострому та хронічному гломерулонефриті, коли крізь клубочки фільтрується велика кількість білків плазми крові. При урологічних захворюваннях (пієлонефрит) протеїнурія, як правило, буває удаваною і менш вираженою кількісно, ніж при гломерулонефриті, коли в добовій сечі міститься від 8 до 10 г білка.

Інтерпретація вмісту лейкоцитів у осаді сечі дозволяє встановити наявність запального процесу сечових шляхів. Вміст більше, ніж 3-6 лейкоцитів у полі зору при великому збільшенні ($\times 400$) має бути розцінене як патологічне явище. Менша їх кількість не виключає присутності запального процесу тому, що при ряді захворювань (хронічний пієлонефрит) лейкоцитурія (піурія) буває прихованою. На цих питаннях студенти повинні фіксувати свою увагу при вивченні відповідної патології. При явній лейкоцитурії студенти призначають хворому трьохсклянкову пробу. При цьому вони інструктують хворого про необхідність на початку акту сечовипускання збирати сечу в першу склянку (достатньо 30 мл), середню порцію – у другу склянку, а останню – у третю склянку. Вміст

лейкоцитів, так само, як і бактерій, в першій склянці вказує на наявність уретриту. У другій склянці містяться всі патологічні елементи міхурової сечі. Виявлення в ній патологічних елементів вказує на локалізацію патологічного процесу вище від шийки сечового міхура, тобто в сечовому міхурі, сечоводах або нирках. Підвищення вмісту лейкоцитів у третій порції сечі характерно для ураження простатичної частини сечівника або шийки сечового міхура. Лейкоцити при цьому потрапляють у сечу під час різкого скорочення шийки наприкінці акту сечовипускання.

При встановленні у хворого гематурії (більш, ніж 2 еритроцита у полі зору мікроскопа) треба по аналогії з лейкоцитурією за допомогою двохсклянокової проби встановити її вид – ініціальна, термінальна, або тотальна. При ініціальній гематурії кров виявляється у сечі на початку акту сечовипускання (сторонній предмет, пухлина уретри, уретрит). При тотальній гематурії кров міститься у сечі на протязі усього акту сечовипускання (пухлина сечового міхура, сечовода чи нирки, сечокам'яна хвороба, туберкульоз нирки та інші). При термінальній гематурії джерелом кровотечі є простатичний відділ уретри і шийка сечового міхура. Треба знати, що окрім почервоніння сечі за рахунок еритроцитів, воно може бути викликано гемаглобінурією, внаслідок судинного гемоліза, а також прийома фенолфталеїну, вживання у їжу буряку або ревеню. Основи орієнтувальної діяльності студентів при наявності у хворого бактеріурії надані при розгляді теми “Пієлонефрит”.

6. Матеріали методичного забезпечення заняття.

6.1. Завдання для самоперевірки вихідного рівня знань – вмінь.

1. Чи можливо пропальпувати нирки у здорової людини?
2. Яка локалізація болю при патологічних змінах в нирках?
3. Який об'єм сечі дозволяє пропальпувати сечовий міхур при клінічному огляді?
4. Які зовнішні ознаки гіпоспадії?
5. В яких випадках слід проводити пальцеве ректальне дослідження у чоловіків?
6. Про що може свідчити наявність пальпуемого утворення в яєчках?
7. Яку інформацію дає аналіз сечі?
8. Яке значення рН сечі в нормі?
9. Яким чином можна отримати чисту порцію сечі для мікроскопічного дослідження?
10. Назвіть найбільш широко розповсюдженні функціональні нирки проби.

Еталони відповідей:

1. Праву нирку можливо пропальпувати у дітей та дорослих астеничного типу. Ліву нирку пропальпувати майже неможливо, оскільки вона розтошована вище правої в позаочеревному просторі.
2. Болісні відчуття при патології нирок пов'язані з наявністю запалення або обструкцією сечовивідних шляхів і подають з себе локалізоване відчуття дискомфорту в поперековій ділянці.
3. В нормі сечовий міхур дорослої людини містить менш 150 мл сечі і його неможливо визначити при пальпації або перкусії. Для визначення розтегнення сечового міхура необхідно зробити перкусію. У хворих з виразною затримкою сечі, сечовий міхур може бути розтягнений до рівня пупка та визначається візуально.
4. Зовнішній отвір уретри розташований ненормально і може відчинятись на вентральній частині поверхні прутня, мошонці або промежини.
5. Слід проводити раз на рік, починаючи з 40 років, а також у всіх випадках звертання пацієнтів – чоловіків в урологічний стаціонар.
6. В більшості випадків наявність щільного утворення свідчить про злякисну пухлину герминогенного походження.
7. Аналіз сечі є одним із найбільш поширених лабораторних тестів в медичній практиці. Він дозволяє встановити рН сечі, її питому вагу, наявність домішок крові, білка, лейкоцитів, а також зробити більшість інших досліджень, таких як визначення вмісту глюкози, кетонів, білірубіна, уробіліногена.
8. В нормі показники рН сечі коливаються від 5 до 8, в залежності від багатьох факторів.
9. Жінкам слід провести туалет зовнішніх статевих органів та развести статеві губи так, щоб струм сечі для аналізу попадав безпосередньо в лабораторну склянку. Чоловікам перед началом акту сечовипускання слід переместити крайню плоть за голівку прутня.
10. До них відносяться визначення питомої ваги сечі, рівня креатинину в сироватці крові, сечовини крові, електролітів крові та повної формули крові.

6.2. Інформацію, необхідну для формування знань – вмінь можна знайти:

- Пасечніков С.П., Возіанов С.О., Лісовий В.М. та ін./ За ред. С.П.Пасечнікова. Урологія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації // Вид. 2-ге, випр. і доповн.- Вінниця: Нова книга, 2019.- С 327-344.
- Стусь В.П., Пасечніков С.П. Урологія (практичні навички для лікарів-інтернів) / Навчально-методичний посібник.- Дніпропетровськ: ТОВ «Акцент ПП», 2015.- 282

- Сучасні проблеми урології : [посібник} : довідник лікаря / С. П. Пасечніков, В. І. Зайцев. – Київ : Б-ка “Здоров’я України”, 2017. – 218 с.

7. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

Питання для самоконтролю:

1. На які групи можна розділити комплекс симптомів урологічних захворювань?
2. Що таке “ниркова коліка”?
3. Які можуть бути причини ниркової коліки?
4. Що таке ніктурія?
5. Чим розрізняються нетримання та невтримання сечі?
6. Що таке енурез?
7. Назвіть кількісні зміни сечі.
8. Назвіть якісні зміни сечі.
9. Що таке анурія? Яка вона може бути за походженням?
10. Що таке гематурія? Яка вона може бути?
11. Чим відрізняється гематурія від гемоглобінурії?
12. Про що може свідчити біль в ділянці сечового міхура?
13. Про що може свідчити біль при сечовипусканні?

Тести для самоконтролю:

1. Біль при урологічних захворюваннях може бути:
 - а) гострою;
 - б) тупою;
 - в) з іррадіацією;
 - г) всі відповіді вірні.

2. Ниркову коліку викликають:
 - а) конкременти нирки та вірхніх сечових шляхів;
 - б) накопичення піску після каменедробління;
 - в) конгломерати солей, які відходять з сечою;
 - г) всі відповіді вірні.

3. Ниркову коліку слід диференціювати від:
 - а) серцевого нападу;
 - б) гострого апендицита;

в) гострого панкреатита;

г) а і б

д) б і в.

4. Біль, яка виникає в поперековій ділянці під час сечовипускання є ознакою:

а) гострого холециститу;

б) перекрута кісти яєчника;

в) міхурово – мискового рефлюкса;

г) радікулопатії.

5. Енурез – це наслідок...

а) невротичних станів;

б) інтоксикацій після інфекцій;

в) все вірно;

г) все невірно.

6. Ніктурія – це...

а) переважання денного діуреза над нічним;

б) переважання нічного діуреза над денним;

в) рівновага денного та нічного діурезів;

г) все невірно.

7. Невтримання сечі може виникнути при...

а) гострому циститі;

б) поразке шийки сечового міхура пухлиною;

в) аденомі предміхурової залози;

г) все вірно.

8. До кількісних змін сечі належать:

а) гематурія;

б) піурія;

в) опсоурія;

г) гемоглобінурія.

9. Гіпостенурія – це...

- а) наявність білка в сечі;
- б) наявність еритроцитів в сечі;
- в) один з видів анурії;
- г) зниження відносної щільності сечі.

10. Тотальна гематурія може бути ознакою:

- а) пухлини нирки;
- б) туберкульоза нирок;
- в) ендометріозу;
- г) всього зазначеного.

11. Гідатидурія – це...

- а) домішок лімфи в сечі;
- б) наявність ліпідів в сечі;
- в) виділення з сечею газів;
- г) присутність в сечі пухирців ехінокока.

Задачі для самоконтролю.

1. Хворий, 32 роки, скаржиться на гострий біль у правій половині живота, нудоту. Двічі спостерігалось блювання. Захворів дві години тому, коли з'явився біль у правій поперековій ділянці, який невдовзі перемістився до відповідної половини живота. Був доставлений у приймальний покій каретою швидкої медичної допомоги. Об'єктивно: температура тіла – 36,9° С, пульс – 62 у 1 хвилину, ритмічний. Права половина живота відстає у акті дихання. Симптом Пастернацького праворуч слабопозитивний. При пальпації живота відзначається локальна болісність у правій підвіддохній ділянці. Перитонеальних симптомів немає. Сечовипускання почащено, малими порціями. Про які захворювання можна гадати і чому? Які дослідження слід негайно провести для уточнення діагнозу?

2. Мати скаржиться, що дитина 5-ти років сечується під час сну. Об'єктивно й при дослідженні сечі патологічних змін не виявлено. Яку назву носить захворювання? У кого воно зустрічається частіше, у хлопчиків чи у дівчаток? Який механізм його виникнення?

3. У хворого 23 років виражене помутнішення сечі внаслідок домішок лейкоцитів і бактерій, однак невідома локалізація запального процесу. Яку просту і загальнодоступну методику слід вжити?

4. Хвора 23 роки, одружена 6 тижнів. До заміжжя статевим життям не жила. Скаржиться на почащене сечовипускання з імперативними покликами. Захворіла 4 дні тому. Звичайно сечується 1-2 рази протягом дня, однак від початку захворювання сечовипускання стало різко почащеним, а 2 дні тому навіть болісним. Відчувала необхідність посечуватися, але відділялася дуже невелика кількість сечі. Минулої ночі біль став дуже сильним, а сьогодні вранці вона помітила невелику кількість крові на туалетному папері після сечовипускання. Не пам'ятає, чи опорожняє сечовий міхур після статевого акту. Об'єктивно відзначається болісність під час глибокої пальпації у надлобковій ділянці. Ознак збільшення сечового міхура під час перкусії немає. Аналіз сечі: колір темно – жовтий, рН – 6,0; щільність 1019, еритроцитів 60-80, лейкоцитів 40-50 у великому полі зору. Який діагноз можна встановити на основі вказаних симптомів? З чим слід зв'язати виникнення захворювання? Які шляхи його профілактики у наданому конкретному випадку?

5. Хворий 74 роки. Протягом 2-х років відзначає потруднене сечовипускання, сечувався натужуючись, в'ялим струменем, що нерідко переривався. При надходженні до лікарні відзначає нетримання сечі, постійний розпираючий біль над лобком. Тут є видиме випинання, верхній край якого знаходиться на рівні пупка. Перкуторно в цій ділянці відзначається тупість. Сеча протягом кількох днів відділяється самовільно по краплинах. Який вид розладу сечовипускання присутній у хворого? Про наявність якого захворювання слід гадати і чому?

6. У хворій 18-ти років, незаміжній, раптово виникли болі у лівій поперековій ділянці. Температура тіла в нормі. Відзначається нудота, поклики на блювання. Сечовипускання не порушено. Під час бімануальної пальпації біль ліворуч посилюється (праворуч пальпація нирки безболісна). Нирки не пальпуються. Про яке захворювання слід думати? З якими захворюваннями його слід диференціювати?

7. Хворий, 34 роки. Скаржиться на гострий біль у ділянці промежини, що віддає у крижі, над лобком. Температура тіла 38,3° С. Захворів 2 дні тому, коли водночас з

біллю з'явилося потруднене сечовипускання. Сьогодні вранці трапилась гостра затримка сечі. З чого слід починати обстеження, якщо пам'ятати бути ніжним?

8. Хвора, 28 років, одружена. Два роки тому хворіла на сальпінгофоріт. З того часу відзначає періодичне (навесні і восени) почашене, часом болісне сечовипускання, переважно у днівний час, біль у надлобковій ділянці. Вночі поклики до сечовипускання не занепокоюють. Перед відвідуванням уролога, була оглянута гінекологом, який не виявив жодних захворювань з боку жіночих статевих органів. Неодноразові аналізи сечі – без патологічних змін. Про яке захворювання слід подумати? Яка причина його виникнення?

9. Хвора, 36 років, надійшла до клініки зі скрагами на напдоподібні болі у правій поперековій ділянці, появу крові у сечі після нападу болю. Раніше в осаді сечі знаходила піщинки брунатного кольору. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького праворуч позитивний. При дослідженні сечі виявлена мікрогематурія, уратурія. Про яке захворювання можуть свідчити вказані симптоми?

10. Жінка, 48 років, скаржиться на те, що втрачає сечу при будь – якій нарузі – кашлю, підніманні ваги. Більше ніяких розладів сечовипускання немає. Про який симптом іде мова? У чому принципова різниця між нетриманням сечі та неутриманням її?

Еталони відповідей до ситуаційних задач.

1. Раптовий початок гостої болі в поперековій ділянці та дізурія характерні для ниркової коліки. Однак локальний біль у правій підвіддохній ділянці не виключає можливості наявності гострого апендіциту. Необхідно провести загальний аналіз крові та сечі. Для гострого апендіциту характерний підвищений лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво. В аналізі сечі при нирковій коліці, як правило, відзначається збільшена кількість еритроцитів в осаді, а у випадку інфекції сечових шляхів, ще й лейкоцити (еритроцитурія та лейкоцитурія).

2. Дитина хворіє на енурез, що частіше зустрічається у хлопчиків. Причинами його виникнення є: а) порушення нервово - м'язової рівноваги між інервацією та скороченням детрузора; б) патологічні зміни сечостатевого тракту; в) емоційні та психічні розлади.

3. Для встановлення джерела лейкоцитурії (так само, як і гематурії), найбільш простим і досить інформативним методом дослідження є трьохсклянка проба.
4. Хвора має гострий цистит. У наданому випадку є зв'язок між статевим життям та інфекцією сечових шляхів, що залежить від анатомічних особливостей жіночої сечостатевої системи. Враховуючи причину, слід з профілактичною метою порадити необхідність сечовипускання до і після статевого акту. Іншою причиною виникнення захворювання може бути дуже рідке опорожнювання сечового міхура. Звідси необхідність режиму частих сечовипускань – кожні 2 години.
5. Хворий має парадоксальну ішурію (нетримання сечі при переповненому сечовому міхурі). Враховуючи вік, поступове прогресування захворювання, слід пам'ятати про пухлини предміхурової залози.
6. Раптовий початок болю, болісність при пальпації лівої нирки характерні для ниркової коліки. Необхідно провести диференціальний діагноз з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.
7. Клінічна картина характерна для гострого простатита. Слід провести дослідження предміхурової залози через пряму кишку. Грубе дослідження може стати причиною шокowego стану.
8. Хвора має цисталгію. Причиною захворювання у наданому конкретному випадку може бути раніше перенесене запальне захворювання органів малого тазу.
9. Послідовність появи болю та гематурії, кристалурія дозволяє думати, насамперед, про сечокам'яну хворобу.
10. Хвора має відносно нетримання сечі під час фізичної напруги. У відміну від нетримання сечі, воно не зв'язано з покликом до акту сечовипускання.

Розробники:

зав. кафедри урології та нефрології, професор Ф.І. Костев

професор кафедри урології та нефрології Ю.М. Дехтяр

професор кафедри урології та нефрології М.І. Ухаль

доцент кафедри урології та нефрології І.В. Рачок

доцент кафедри урології та нефрології Л.І. Красилюк

доцент кафедри урології та нефрології М.В. Шостак

доцент кафедри урології та нефрології Р.В. Савчук

асистент кафедри урології та нефрології С.В. Богацький

асистент кафедри урології та нефрології О.М. Кваша

Рекомендована література.

Основна:

1. С. П. Пасечніков; Урологія: підручник/ под ред. С. П. Пасечнікова, С. А. Возіанов, В. Н. Лесовий [и др.]. – Вид. 3-е. – Вінниця : Нова Книга, 2019.
2. Пасечніков С.П. Сучасні параблеми урології: [посібник]: довідник лікаря/ С.П. Пасечніков, В.І. Зайцев. - Київ: Б-ка Здоров'я України; 2017.
3. Стусь В.П. Урология (практические навыки для врачей-интернов) / Стусь В.П., Пасечников С.П. Учебно-методическое пособие.- Днепропетровск: ООО «Акцент ПП», 2016.
4. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. Для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019.
5. О.В, Люлько, О.Ф. Возіанов Підручник "Урологія" 3-є видання. Пороги. Днепропетровск. - 2012р.
6. "Урологія (Методичні розробки практичних занять для студентів)" за редакцією професора В.П. Стуса, видання друге, доповнене. / А.П. Стусь. Моїєєнко М.М., Фрідберг А.М., Поліон М.Ю., Бараннік К.С., Суварян А.Л., Краснов В.М., Крижанівський О.Ю. - Дніпро:ТОВ"Акцент". - 2018. - 336с.
7. Урология : учебник для студ. высших мед. учебн. заведений : перевод с укр. издания / С.П. Пасечников, С.А. Возіанов, В.Н. Лесовой, Ф.И. Костев, В.П. Стусь, и др./ Под ред. С.П. Пасечников - Изд.2. - Вінниця : Новая Книга, 2015. - 456 с.: ил.
8. Urology:textbook for students of higher medical education Institutions /S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.);ed. by Pasechnikov. / S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.) - Vinnytsia: Nova Knyha, 2016. - 400 p.
9. EAU Guidelines, edition presented at the 28th EAU Annual Congress, Milan 2021. ISBN 978-90-79754-71-7. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

Додаткова:

1. Бойко М.І., Пасечніков С.П., Стусь В.П. та інш. Клінічна андрологія // Довідник лікаря «Андролог».- К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», 2013.- 222 с.
2. Саричев Л. П. Клінічна анатомія і фізіологія органів сечової і чоловічої статеві системи : метод. рек. для викладачів / уклад. Л. П. Саричев, С. А. Сухомлин, С. М. Супруненко. – Полтава, 2019. – 11 с.
3. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019.

– 14 с.

4. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф. Возианова, А.В. Люлько. Днепропетровск, 2002.-Т. 1,2,3.
5. Библиотека студента медика. Урология. За ред.. Ф.І. Костева. - Одеса, 2004. - 296с.
6. Урология / За ред. проф. О.С. Федорука – Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2011. – 344с.

13. Інформаційні ресурси

Сайт університету <https://onmedu.edu.ua>

Бібліотека <library.odmu.edu.ua>

1. <https://uroweb.org/>
2. <https://www.nccn.org/>
3. <https://www.auanet.org>
4. <https://www.inurol.kiev.ua/>
5. <https://www.souu.org.ua/>