

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Кафедра урології та нефрології**

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА**  
практичного заняття для студентів

Тема заняття: Аномалії розвитку верхніх сечової системи. Нефроптоз.

Гідронефроз.

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. \_\_\_\_\_

**1. Актуальність теми:** Актуальність вивчення студентами даного розділу урології визначається тим, що 10-14% дітей народжуються з різними аномаліями сечостатевих органів. 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.

**2. Тривалість заняття:** \_\_\_ 2 \_\_ (год.)

**3. Навчальна мета (конкретні цілі):**

**Студент повинен знати:**

**1. Аномалії розвитку нирок.**

3. 1. Аномалії розвитку нирок.
4. - аномалії розташування і форми нирок(дистопії, ротація);
5. - аномалії взаєморозташування (підковоподібна, L-подібна, галетоподібна),
6. - аномалії структури - дисплазія (проста, кіркова, олігомеганефронія, сегментарна), кісти нирок (мультикістоз, полікістоз, солітарна кіста, навколомискова, чашкова, мискова);
7. - аномалії мікроструктури:
8. —тубулопатія з нефролітіазом (цистинурія, гліцинурія, ксантинурія, нефрокальциноз, оксалоз).
9. — тубулопатія з поліурією (ниркова мелітурія, нефрогенний нецукровий діабет);
10. — нефрит із втратою солі;
11. — нирковий тубулярний ацидоз (с-м Лайтвуда, с-м Батлера-Олбрайта);
12. - поєднані аномалії нирок (з міхуровосечовідним рефлюксом, інфравезікальною обструкцією, з аномаліями інших органів та систем);
13. 2. Аномалії розвитку сечоводів:
14. - аномалії кількості (аплазія, подвоєння, потроєння, повне, неповне);
15. - аномалії структури (гіпоплазія, стріктура, клапан, дивертикул, уретероцеле, нервово-м'язова дисплазія, ахалазія, мегауретер, гідроуретеронефроз);
16. - аномалії форми (кільцеподібний, штопороподібний);
17. - аномалії розташування (ретрокавальний, ретроліакальний, ектопія отвору сечовода).
18. 3. Нефроптоз.
19. Причини виникнення;
20. Класифікація;
21. Клінічні прояви;
22. Ускладнення;
23. Методи лікування.
24. 4. Гідронефроз.
25. Причини виникнення;
26. Класифікація;
27. Клінічні прояви;
28. Ускладнення;
29. Методи лікування.

**2. Аномалії розвитку сечового міхура.**

- - аномалії розвитку сечової протоки (міхурово-пупкова нориця, пупкова нориця, кіста урахусу);
- - агенезія сечового міхура;
- - подвоєння сечового міхура (повне, поперечне, повздовжнє);
- - уроджена гіпертрофія детрузора;
- - дивертикули сечового міхура;
- - екстрофія сечового міхура;

- - аномалії міхурово-сечівникового сегмента (гіпертрофія міжсечовідної складки, мегатрикутник, надмірність слизової оболонки сеч. трикутника);
- - контрактура шийки сечового міхура.

### **3. Аномалії розвитку сечівника.**

4. - клапани сечівника;
5. - гіпертрофія сім'яного горбика;
6. - звуження зовнішнього отвору сечівника;
7. - облітерація сечівника;
8. - подвоєння сечівника;
9. - дивертикули сечівника;
10. - гіпоспадія, епіспадія;
11. - кіста сечівника;
12. - випадіння слизової оболонки сечівника.

### **Аномалії статевих органів.**

- аномалії статевого члена (відсутність, прихований, ектопія, подвоєння, перетинчастий, фімоз, коротка уздечка);
- аномалії яєчок (анорхізм, монорхізм, поліорхізм, синорхізм, гіпоплазія);
- крипторхізм;
- водянки (гідроцеле, фунікулоцеле); кісти;
- варикозне розширення вен сім'яного канатика;
- аномалії передміхурової залози (аплазія, гіпоплазія, атрофія, ектопія).

### **Студент повинен вміти:**

- а) отримати вичерпну інформацію про захворювання від хворого або оточуючих його родичів чи на основі аналізу медичної документації, що мається в розпорядженні;
- б) провести пальпацію органів сечостатевої системи у всіх положеннях в повному обсязі;
- в) оцінити данні об'єктивного та різних лабораторних рентгенологічних методів дослідження;
- г) вірно призначити, виконати забір матеріалу для лабораторних досліджень, оцінити дані різних лабораторних, інструментальних, функціональних, методів та тестів;
- д) встановити попередній діагноз основного та супровідного захворювання, їх ускладнень.
- е) призначити необхідну консервативну терапію;
- ж) визначити покази до оперативного втручання.

### **Студент повинен опанувати практичні навички:**

- визначити необхідність та послідовність спеціальних методів дослідження /лабораторних, інструментальних, рентгенологічних, радіоізотопних, функціональних та ін./, виконати їх та дати правильну їх оцінку;
- оцінювати результати біохімічних досліджень крові, функціональних ниркових тестів;
- провести диференційну діагностику основних урологічних захворювань в різних вікових групах, обґрунтувати клінічний діагноз;
- обґрунтувати схему, план та тактику ведення хворих, показання та протипоказання до операції.

### **4 Базові знання, вміння, навички, що необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)**

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
----------------------------	------------------

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анатомія людини.</li> <li>2. Гістологія.</li> <li>3. Фізіологія.</li> <li>4. Патологічна анатомія.</li> <li>5. Патологічна фізіологія.</li> <li>6. Променева діагностика.</li> <li>7. Догляд за хворими.</li> </ol>	<p>Знати будову та функції органів сечової системи, патологічну анатомію та фізіологію сечової системи, правила догляду за дітьми із захворюваннями органів сечової системи, правила медичної етики та деонтології. Оцінити зміни функціонування органів сечової системи, що свідчать про порушення стану дитини, проводити об'єктивне обстеження хворої дитини для виявлення симптомів та синдромів, що свідчать про ураження органів сечової системи та стан важкості дитини. Проводити підготовку дітей до інструментальних, функціональних та лабораторних методів дослідження органів сечової системи. Вміти проводити інтерпретації результатів додаткових радіологічних методів діагностики органів сечової системи, доглядати за дитиною із захворюваннями органів сечової системи.</p>
---	---

## 5 Поради студенту.

### 5.1. Зміст теми:

Аномалії сечостатевої системи зустрічаються у 10-14% новонароджених. Деякі з них можуть не проявлятися на протязі усього життя, інші призводять до інвалідизації з раннього віку. Ми розглянемо деякі аномалії сечостатевої системи. Враховуючи їх велику кількість, ми зупинимось тільки на таких, що зустрічаються найчастіше та мають найбільше практичне значення. На початку заняття згадаємо головні етапи ембріогенезу нирок, без яких неможливо розуміння цієї теми.

#### Аномалії нирок

поділяються на аномалії кількості, величини, структури, розташування, взаєморозміщення (зрощення) та аномалії ниркових судин.

Серед усіх аномалій нирок зупинимось на наступних.

#### Подвоєння нирок

Ця патологія є чи не найбільш розповсюдженою та відноситься до аномалій кількості. Необхідно розрізняти власне подвоєння нирок та додаткову нирку. У першому випадку подвоєна нирка дещо більше звичайної, дві її половини часто розділяються більш-менш вираженою борозною, мають окреме кровопостачання, венозний та лімфатичний відток, але анатомічно це єдиний орган. Додаткова нирка є абсолютно окремим органом, який може розміщуватись на різних рівнях і не пов'язаний з двома іншими нирками.

Розрізняють повне та неповне подвоєння нирок. При повному подвоєнні існують дві порожнинні системи (верхня, як правило, недорозвинена), які дають початок двом сечоводам. Достатньо часто провести межу між гілчастою, розгалуженою верхньою чашечкою та неповним подвоєнням нирки (вірніше, ЧМС нирки).

Клінічно у більшості випадків ця аномалія не проявляється. У частини хворих виникають явища застою сечі у верхній половині нирки, що пов'язано із звуженням у місці злиття сечоводів, виникненням сечовідно-ниркового та внутрішньониркового рефлюксу. Така ситуація призводить до появи хронічного запального процесу, каменеутворення, гідронефрозу верхньої половини нирки.

У більшості хворих лікування консервативне. Операцію проводять тільки при неефективності консервативного лікування ускладнень, що виникли. Полягає вона у гемірезекції верхньої половини нирки, рідше у пластиці сечоводу.

#### Дистопія нирки

Полягає у порушенні ембріогенезу нирок на стадії їх міграції з тазової ділянки (де вони формуються) до поперекової ділянки (де вони розташовані у дорослих). Впродовж цього процесу відбуваються дві головних зміни у нирках:

Зміна положення нирки.

Ротація нирки (поворот нирки з сагітальної площини у фронтальну).

При дистопії може спостерігатись порушення як одного з цих процесів, так і обох. Відповідно до рівня розташування нирки дистопія може бути тазова, здухвинна, поперекова, торакальна та перехресна. Усі види дистопії (крім поперекової) можуть супроводжуватись чи не супроводжуватись неповною ротацією. Поперекова дистопія полягає у нормальному розташуванні нирки, але її ротація обов'язково не закінчена (інакше це вже буде нормальна нирка).

#### Зрощення нирок

Полягає у наявності тісного анатомічного контакту між двома існуючими нирками, внаслідок чого їх практично неможливо відокремити одна від одної. Складають близько 15% усіх випадків АН. Розрізняють підковоподібну нирку, S-, L-подібну та галетоподібну нирку. До 90% усіх випадків зрощення нирок припадає на підковоподібну нирку. До 60% хворих мають крім того аномалії інших органів.

#### Полікістоз нирок

Відноситься до аномалій будови нирок та складає 15-17% усіх АН. Це важка спадкова аномалія, яка характеризується наявністю великої кількості різних за розмірами кіст в обох нирках. Причиною їх утворення є порушення процесу формування паренхіми, коли не виникає з'єднання між прямими та звитими каналцями нефронів. Утворена у клубочках сеча не має шляху відтоку і накопичується вигляді великої кількості кіст. У той же час, частина нефронів формується нормально, за рахунок чого і залишається часткова функція нирок.

Розрізняють два різновиди полікістозу нирок – полікістоз новонароджених та полікістоз дорослих. При першому варіанті типовим є значне ураження паренхіми обох нирок, що поєднується із закладкою великої кількості кіст у печінці, легенях, рідше підшлунковій та виличковій залозах. Передається ця аномалія по аутосомно-рецесивному типу. Такі діти з народження мають ознаки порушення функції не тільки нирок, а і печінки, легенів, і, як правило, гинуть у перше роки життя.

Клінічні прояви полікістозу нирок виникають внаслідок приєднання ускладнень, які можна поділити на наступні групи:

Урологічні – хронічна ниркова недостатність, пієлонефрит, СКХ, нефрогенна гіпертензія, крововиливи та нагноєння кіст, зменшення рівню кальцію.

Ураження серцево-судинної системи внаслідок гіпертензії, патології судинної стінки, диселектролітемії (крововиливи, тромбози).

Неврологічні ускладнення, які також виникають за вищеназваних причин – інсульт, поліневропатії.

Діагностика захворювання базується на даних УЗД, рентгенологічного та радіонуклідного обстеження. У складних випадках проводять комп'ютерну томографію.

Загальні принципи лікування базуються на попередженні прогресування ниркової недостатності, загострення хронічного пієлонефриту, лікуванні інших ускладнень. Головними напрямками є дезінтоксикаційна та протизапальна терапія, стимуляція імунітету та кровообігу у нирках. У будь-якому випадку хворі з полікістозом нирок

пожиттєво знаходяться під контролем лікаря та потребують практично постійного лікування. Консервативна терапія урологічних ускладнень більш детально розглянута у відповідних лекціях.

Оперативне лікування використовується тільки по чітким показам, враховуючи велику вірогідність інтра- та післяопераційних ускладнень. Головними показами для операції є наявність конкрементів, великі кісти, які можливо пунктувати для зменшення тиску на паренхіму, а також нагноєння кіст. Найчастіше виконують ігніпунктуру та ігнірезекцію. Перша полягає у пункції кіст (при можливості – черезшкірній), друга – у висіченні стінок кіст, особливо які локалізуються близько до мисково-сечовідного сегменту та перешкоджають відтоку сечі.

#### Солітарна (проста) кіста нирки

Також є різновидом дисплазії (порушення будови) паренхіми нирок. Солітарна кіста нирки (СКН) зустрічається на аутопсії у 3-5% випадків, та приблизно у половини урологічних хворих. За етіологією розрізняють два головний види кіст: вроджені та набуті. У виникненні перших головну роль надають невірному з'єднанню каналців нефронів (по такому же принципу, як і при полікістозі нирок). Головним чинником надбаних кіст вважають порушення відтоку сечі від нирки, особливо у поєднанні із ішемією паренхіми.

#### Додаткові ниркові судини

Одна з найбільш частих аномалій нирок. Існує багато варіантів додаткових судин нирок, з яких найбільше значення має додаткова ниркова артерія (ДНА) та внутрішньониркова судина (ВНС).

Головний метод діагностики – внутрішньовенна урографія. Типовою ознакою цієї аномалії є перерив контрасту у ділянці МСС, що часто поєднується з явищами гідронефрозу.

Лікування призначається у випадку приєднання ускладнень. Операція проводиться при прогресуванні їх, яке небезпечне втратою функції нирки.

#### Уретероцеле

Відноситься до аномалій сечоводу. Цей патологічний стан можна назвати килою термінального відділу сечоводу – тобто коли виникає випинання його у порожнину сечового міхура. Причинами захворювання вважають стеноз вічка сечоводу або вроджена недорозвинутість його м'язової оболонки чи нервового апарату термінального відділу сечоводу.

#### ***Гіпоспадія та епіспадія уретри***

Відносно рідкі аномалії, що полягають у відсутності задньої (епіспадія) чи передньої (гіпоспадія) стінки уретри у її дистальній частині. Проявляється це тим, що зовнішній отвір уретри відкривається не на звичному місці, а на нижній чи верхній частині прутня. В залежності від того, наскільки тривалий дефект уретри, зовнішній отвір розсташовується на головці (частіше усього) або на тілі прутня. Значно рідше уретра відкривається на калитці чи промежині (при гіпоспадії) чи на лобку (при епіспадії).

#### ***Фімоz***

Являє собою звуження отвору шкірочки прутня, внаслідок чого неможливо оголити головку прутня. У хлопчиків віком до 3-5 років можливо існування так званого фізіологічного фімоzu, який у більш старшому віці ліквідується самостійно. Якщо ж до

явищ фізіологічного фімозу приєднується запалення шкірочки прутня (баланопостит), то виникають анатомічні зміни, які роблять неможливим редукцію фімозу.

Клінічні прояви фімозу (крім власне неможливості оголення головки) залежать від появи можливих ускладнень внаслідок порушення відтоку сечі – запальних змін шкірочки, хронічної інфекції сечових шляхів, явищ гідронефрозу тощо. Саме ці ускладнення і визначають головне клінічне значення вродженого фімозу. У більш зрілому віці вроджений чи надбаний фімоз статистично вірогідно асоціюється із збільшенням ризику виникнення інфекцій, що передаються статевим шляхом та з раком прутня (за рахунок застою смегми у препурціальному мішку). Тому вчасна ліквідація фімозу призводить також до зменшення ризику виникнення перелічених захворювань.

Лікування фімозу тільки оперативне. Головним методом лікування є циркумцизіо – тобто кругове висічення шкірочки. Як відомо, ця операція виконується також не тільки по медичним, а і по релігійним приводам – вона є обов'язковою для мусульман та іудеїв. Проводиться вона, як правило, священослужителями у певний час, без знеболення та антисептики. Використовуються для цього спеціальні апарати, які накладаються ззовні на шкірочку, відтісняючи головку. Власне обрізання проводиться одним елегантним рухом. За статистикою, такий варіант циркумцизіо призводить до ускладнень (кровотеча, запалення) у 15-20% випадків.

У медичних установах обрізання, як правило, проводиться під загальним знечуленням та з дотриманням усіх вимог щодо оперативних втручань. Це дозволяє зменшити ризик ускладнень до мінімуму. У деяких країнах (приміром, США), обрізання проводиться у перші дні життя більшості хлопчиків і вважається звичайною гігієнічною процедурою.

### ***Крипторхізм***

Відноситься до аномалій яєчка та полягає у затримці їх опускання. Він визначається у 30% новонароджених та у 2-4% хлопчиків у віці 15 років.

Безпосередніми факторами затримки яєчка є механічні перешкоди – недорозвиток піхвового відростку очеревини, судинної ніжки яєчка чи *m.cremaster*, присутністю фіброзних зрощень, вузьким паховим каналом тощо.

Крипторхізм може бути одно- чи двобічним, паховим чи внутрішньоочеревинним. Від крипторхізму необхідно відрізнити ектопію яєчка, при якій воно знаходиться поза звичним шляхом опускання (приміром, на під шкірою передньої черевної стінки, стегна).

Головним негативним фактором, що впливає на неопущене яєчко, є збільшення температури (на 2-8С°) порівняно з калиткою та порушення його кровопостачання. Це призводить до дистрофічних змін паренхіми, що проявляється гормональною недостатністю, порушенням сперматогенезу, а також збільшеним ризиком виникнення злоякісних пухлин яєчка.

Діагностика крипторхізму часто складна. Якщо яєчко не вдається пропальпувати, то використовують УЗД, КТ, скінтиграфію яєчка. Але і з використанням усіх названих методів іноді не вдається віддиференціювати крипторхізм та вроджену відсутність одного яєчка.

Лікування крипторхізму залежить від віку хворого у і його тактиці немає повної згоди. Натепер найбільш розповсюдженою точкою зору є необхідність призначення гормонотерапії одразу після встановлення діагнозу при віці дитини до 2-3 років. Найчастіше використовують хоріонічний гонадотропін, токоферолу ацетат, аскорбінову кислоту. Якщо до 2-3 років опускання яєчка не виникло, або захворювання вперше виявлено пізніше, то показано проведення оперативного лікування – орхіпексії. Операція полягає у виділення яєчка та сім'яного мотузочка, їх низведенні та фіксації у калитці. В залежності від висоти розсташування яєчка операція може проводитись у 1, 2 чи 3 етапи.

Якщо ж патологія виявлена у віці після 16-18 років, то показано проведення орхектомії. Проспективне спостереження за такими хворими показало, що до цього віку,

як правило, виникають незворотні зміни паренхіми яєчка і його низведення не веде до виразного покращання функції, а ризик появи у майбутньому пухлини яєчка значно зростає.

### **5.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості нирок.
2. Вміти зібрати скарги і анамнез захворювання.
3. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи дослідження в діагностиці аномалій сечостатевої системи.
4. Принципи патогенетичної і симптоматичної терапії, методи операцій.
5. Основні симптоми нефроптозу і гідронефрозу.
6. Класифікація нефроптозу і гідронефрозу.
7. Консервативне лікування нефроптозу.
8. Покази до оперативного лікування при нефроптозі, види нефропексій.
9. Типи оперативних втручань при гідронефрозі.
10. Анатомо-фізіологічні особливості нижніх сечових шляхів.
11. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи дослідження в діагностиці аномалій сечостатевої системи.
12. Принципи патогенетичної і симптоматичної терапії, методи операцій.
13. Анатомо-фізіологічні особливості нижніх сечових шляхів.
14. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи дослідження в діагностиці аномалій сечостатевої системи.
15. Принципи патогенетичної і симптоматичної терапії, методи операцій.
- 16.

### **5.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

Робота 1. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого. Проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки нефроптозу, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. Які основні симптоми нефроптозу?
2. Які Ви знаєте ускладнення нефроптозу?
3. Яка класифікація нефроптозу?
4. Які основні методи обстеження хворих з нефроптозом?

Робота 2. Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з нефроптозом.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які покази до оперативного лікування при нефроптозі?
3. Які Ви знаєте види нефропексій?

Робота 3. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання та життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні симптоми гідронефрозу, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. Які клінічні симптоми гідронефрозу?
2. Яка класифікація гідронефрозу?
3. Який об'єм діагностичних заходів потрібно провести хворому з гідронефрозом?

Робота 4. Проведення диференціального діагнозу.



Студент, на основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, УЗД, рентгенологічних та лабораторних досліджень, проводить диференціальний діагноз хворого з гідронефрозом.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. З якими захворюваннями Ви будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яка лікувальна тактика ведення хворих з гідронефрозом?
3. Види оперативних втручань при гідронефрозі.

Робота 5. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого. Проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки нефроптозу, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

Робота 6. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого. Проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки нефроптозу, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. Які основні симптоми крипторхізму?
2. Які Ви знаєте ускладнення крипторхізму?
3. Яка класифікація крипторхізму?
4. Які основні методи обстеження хворих з крипторхізму?

Робота 7. Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з крипторхізмом.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які покази до оперативного лікування при крипторхізмі?
3. Які Ви знаєте види орхопексій?

Робота 8. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання та життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні симптоми гідроцеле, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. Які основні симптоми крипторхізму?
2. Які Ви знаєте ускладнення крипторхізму?
3. Яка класифікація крипторхізму?
4. Які основні методи обстеження хворих з крипторхізму?

Робота 6. Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з крипторхізмом.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які покази до оперативного лікування при крипторхізмі?
3. Які Ви знаєте види орхопексій?

Робота 7. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання та життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні симптоми гідроцеле, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. Які клінічні симптоми гідроцеле?
2. Яка класифікація гідроцеле?
3. Який об'єм діагностичних заходів потрібно провести хворому з гідроцеле?

*Робота 8.* Проведення диференціального діагнозу.

Студент, на основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, УЗД, рентгенологічних та лабораторних досліджень, проводить диференціальний діагноз хворого з гідроцеле.

*Запитання, на які повинен відповісти студент:*

1. З якими захворюваннями Ви будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яка лікувальна тактика ведення хворих з гідроцеле?
3. Види оперативних втручань при гідроцеле.

#### **5.4. Матеріали для самоконтролю:**

##### **А. Питання для самоконтролю:**

1. Які види аномалій розвитку судин нирки зустрічаються частіше?
2. Чим відрізняється рудиментарна нирка від карликової?
3. Що таке перехресна дистопія нирки?
4. Яким чином віддиференціювати дистопію нирки від нефроптозу?
5. Що відноситься до аномалії розташування нирок?
6. Які аномалії взаєморозташування нирок розрізняють?
7. Що таке підковоподібна нирка?
8. Чим мультикістоз відрізняється від полікістозу?
9. Які види тубулопатій розрізняють?
10. Які аномалії кількості сечоводів існують?
11. Чим ускладнюються ті чи інші аномалії структури сечовода (гіпоплазія, стріктура, клапан, дивертикул, уретероцеле, нервово-м'язова дисплазія, ахалазія, мегауретер, гідроуретеронефроз)?
12. Які варіанти ектопії отвору сечовода можливі?
13. В чому причина виникнення гідронефрозу?
14. Які ступені гідронефрозу існують?
15. Які види подвоєння сечового міхура існують?
16. Чим проявляються дивертикули сечового міхура?
17. Що таке екстрофія сечового міхура?
18. Як лікуються клапани сечівника?
19. Які види гіпоспадії існують?
20. Коли виконують операцію при епіспадії?
21. Які аномалії статевого члена зустрічаються найчастіше?
22. Чим небезпечний фімоз?
23. У чому різниця між ектопією яєчка та крипторхізмом?
24. У якому віці проводять оперативну корекцію крипторхізму?
25. Які причини гідроцеле та фунікулоцеле?
26. Що таке варикозне розширення вен сім'яного канатика?

##### **Б. Задачі для самоконтролю**

1. Молода особа, яка після лікувального голодування схудла на 14 кг, почала відмічати тупий біль в правому підребер'ї і в попереку справа після фізичного навантаження та у вертикальному положенні тіла. Про яке захворювання треба думати? Необхідне обстеження для диференціації з дистопією нирки?
2. У хворого К., 26 років, на екскреторній урографії виявлено значне розширення правої миски і чашечок із звуженням пієлоуретерального

сегмента. Хворіє на протязі 5 років, коли вперше почав відмічати тупий біль в попереку справа. Яка аномалія найчастіше призводить до такого ускладнення? Лікувальна тактика?

3. У хворої М. 45 років під час УЗД випадково виявлено наявність солітарної кісти нижнього полюса правої нирки 2x2 см. За даними ізотопної ренографії секреторно-екскреторна функція нирок не порушена. У загальному аналізі сечі патологічних змін не виявлено. Яка тактика лікування?

1. Динамічне спостереження.
2. Пункція кісти під рентгеноконтролем.
3. Відкрите оперативне втручання.
4. Пункція кісти під УЗД контролем.
5. Склеротерапія.

4. На екскреторних урограмах у хворого С. нирка ниркова миска знаходиться на рівні L5, повернута латерально. Про яку аномалію йдеться? Який головний метод лікування?

1. Поперекова дистопія нирки.
2. Нефроптоз.
3. Гідронефроз.
4. Полікістоз.
5. Губчаста нирка.

5. У хворого при обстеженні з приводу болю в поперековій ділянці, періодичного підвищення артеріального тиску виявлено: при УЗД права нирка 7,3 x 3,2 см, товщина паренхіми 0,6 см. Структура нирки не змінена. На екскреторних урограмах права нирка зменшена в розмірах, ЧМС не змінена, функція нирки не зменшена. Патології з боку лівої нирки не виявлено. Діагноз? Який головний метод лікування?

6. У хворої, 19 років, при напрузі з пупка виділяється рідина з запахом сечі, слиз. Хворіє на протязі всього життя. При фістулографії контраст, уведений через норицю в ділянці пупка, попадає в сечовий міхур. Діагноз? Лікування?

7. Хворий, 29 років, скаржиться на періодичний біль у поперековій ділянці справа, значне підвищення артеріального тиску. При УЗД у верхньому полюсі правої нирки виявлено гідрофільне округле утворення, 7,5 x 6,5 см, верхня група чашечок деформована. Діагноз? Чи є покази до оперативного лікування?

8. Жінка 46 років потрапила до клініки зі скаргами на загальну слабкість, швидку втомлюваність, сухість у роті, спрагу. Шкіряні покрови бліді. АТ 180/110 мм рт. ст. Пальпуються збільшені, горбисті нирки. Сироваточна концентрація залишкового азоту 105 ммоль/л, добове коливання відносної питомої ваги сечі 1010-1012. Відомо, що бабуся хворої померла у віці 43

років від невідомого захворювання нирок. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

1. Полікістоз нирок.
2. Солітарні кісти нирок.
3. Двобічний гідронефроз.
4. Туберкульоз нирок.
5. Пухлини нирок.

9. У годовалої дитини мати при купанні знайшла пухлиноподібне утворення черевної порожнини зліва. Дитина бліда, черво збільшене, турбує дизурія. При рентгенологічному обстеженні виявлено розширення чашко-лоханкової системи лівої нирки. Попередній діагноз - гідронефроз. Яка із нижче наведених ознак не є типовою для гідронефрозу?

1. Жовтяниця.
2. Пухлиноподібне утворення черевної порожнини.
3. Дизуричні розлади.
4. Рентгенологічно: розширення чашко-лоханкової системи.
5. Збільшення черева.

10. Хворий 55 років. Скарги на слабкість, спрагу, нудоту, головний біль, постійний біль в попереку з обох сторін. Шкірні покрови бліді, сухі. Пальпуються обидві збільшені нирки: щільні, бугристі, помірно болісні. Назвіть попередній діагноз.

1. Полікістоз нирок.
2. Сечокам'яна хвороба.
3. Довготривалий пієлонефрит.
4. Пухлина нирки.
5. Туберкульоз нирок.

## ВІДПОВІДІ

Відповідь 1: Нефроптоз зправа. Хворій необхідно виконати екскреторну ортостатичну урографію (другий знімок після введення контрасту слід виконати в положенні лежачи).

Відповідь 2: Додаткова нижньополярна судина. Хворому показана операція.

Відповідь 3: Динамічне спостереження.

Відповідь 4: Поперекова дистопія нирки. Динамічне спостереження.

Відповідь 5: гіпоплазія правої нирки. Динамічне спостереження.

Відповідь 6: незарощення урахуса. Лікування оперативне – висічення нориці.

Відповідь 7: солітарна кіста правої нирки. Так, у випадку неконтрольованої артеріальної гіпертензії.

Відповідь 8: Полікістоз нирок.

Відповідь 9: Дизуричні розлади.

Відповідь 10: Полікістоз нирок.

1. У новонародженого над лобком спостерігається дефект шкіри з дном червоного кольору, округлої форми, при огляді визначається, що сеча виділяється кидками з двох отворів, розташованих у нижній частині цього утворення. Як називається ця аномалія розвитку? В якому віці і яку пластичну операцію можна виконати?

2. Хлопчик 2 років, неспокійний при кожному сечовипусканні, сечовипускання з натугою. При цьому в ділянці голівки статевого члена виникає булавоподібне розширення. У хлопчика в анамнезі часті запальні процеси (баланіти, баланопостити). Ваш діагноз? Які ускладнення даної вади розвитку? Оптимальний метод лікування?

3. Хворий Б., 16 років. З анамнезу в пацієнта сечовипускання супроводжується тупим ниючим болем у поперековій ділянці, який посилюється при напружуванні. Про яку патологію можна думати?

1. Дивертикул сечового міхура.
2. Міхурово-сечовідний рефлюкс.
3. Нейрогенне ураження міхура.
4. Камінь сечового міхура.
5. Хронічний цистит.

4. Як змінюється фізіологія статевого акту, якщо у хворого спостерігається аплазія передміхурової залози?

1. Статевий акт неможливий.
2. Прискорена еякуляція.
3. Статевий акт супроводжується болем в яєчках.
4. Після статевого акту порушується сечовипускання.
5. Статевий акт практично не змінюється.

5. Яка патологія може виникнути в іншому органі внаслідок підвищеного венозного тиску в нирці?

1. Кіста яєчка.
2. Гідроцеле.
3. Варикоцеле.
4. Гіпоплазія яєчка.
5. Пухлина яєчка.

6. Яка найбільш часта аномалія зовнішнього отвору сечівника? Як її діагностувати?

7. У хворого 2 років встановлено діагноз лівобічного крипторхізму. Інших порушень не виявлено. Вкажіть на характер та терміни лікування.

8. В поліклініку звернулись батьки хлопчика 2-х років зі скаргами на відсутність у дитини в калитці правого яєчка. При огляді виявляється гіпоплазія правої половини калитки, яєчко при пальпації відсутнє. Воно зменшене в розмірах, пальпується над лобком, в калитку не виводиться. Який діагноз? Лікування?

## ВІДПОВІДІ

Відповідь 1: Екстрофія сечового міхура. Оперативне лікування у віці 1 рік чи пізніше. Пластика сечового міхура та передньої черевної стінки.

Відповідь 2: Фімоз. Ускладнення - парафімоз, баланіт, баланопостит, хронічний цистопієлонефрит, іноді уретерогідронефроз. Лікування оперативне - кругове висічення крайньої плоти (циркумцизію).

Відповідь 3: Міхурово-сечовідний рефлюкс.

Відповідь 4: Статевий акт неможливий.

Відповідь 5: Варикоцеле.

Відповідь 6: Меатостеноз. Огляд пацієнта.

Відповідь 7: лікування оперативне – опущення яєчка; термін лікування – одразу після відповідного дообстеження.

Відповідь 8: Ектопія правого яєчка, лобкова форма. Оперативне лікування.

**В. Тестові завдання для самоконтролю:**

Аномалії верхніх сечових шляхів

- 1. Який з приведених фактів, що виявлені при рентгенобстеженні, свідчить про дистопію нирки та проти нефроптозу?**
  1. Короткий сечовід.
  2. Розширення порожнинної системи нирки.
  3. Подовження судин ниркової ніжки.
  4. Збільшення розмірів нирки.
  5. Звитий сечовід.
- 2. Який з термінів НЕ відноситься до класифікації дистопії нирки?**
  1. Черевна дистопія.
  2. Поперекова дистопія.
  3. Перехресна дистопія.
  4. Грудна дистопія.
  5. Тазова дистопія.
- 3. Гіпоплазія нирки відноситься до аномалій:**
  1. Величини.
  2. Кількості.
  3. Взаємовідношення.
  4. Будови.
  5. Розташування.
- 4. Полікістоз нирок - це спадкове захворювання, яке пов'язане з:**
  1. Невірним з'єднанням каналців та збиральних трубок.
  2. Недорозвитком паренхіми нирок.
  3. Закладенням великої кількості кіст у паренхімі.
  4. Недорозвитком порожнинної системи нирок.
  5. Патологією судин нирки.
- 5. Найбільш частим проявом полікістозу є:**
  1. Хронічний пієлонефрит.
  2. Ниркова колька.
  3. Сечокам'яна хвороба.
  4. Макрогематурія.
  5. Гідронефроз.
- 6. Агенезія (аплазія) нирки характеризується:**
  1. Відсутністю зародку нирки.
  2. Недорозвитком нирки.
  3. Різким зниженням функції нирки.
  4. Невірним розташуванням нирки.
  5. Зменшенням розмірів нирки.
- 7. Лікування при подвоєнні нирки в себе вміщує:**
  1. Частіше лікування не потребує.
  2. Негайне оперативне втручання.
  3. Сечогінні трави, діуретики.
  4. Курси лікування уросептиками.
  5. Гормонотерапія.
- 8. До аномалії взаємовідношення нирок відносяться:**

1. Підковоподібна нирка.
  2. Полікістоз нирок.
  3. Додаткова нирка.
  4. Аплазія нирки.
  5. Дистопія нирки.
- 9. Хронічна ниркова недостатність частіше всього ускладнює:**
1. Полікістоз нирок.
  2. Дистопію нирки.
  3. Мультикістоз нирки.
  4. Підковоподібну нирку.
  5. Солітарну кісту нирки.
- 10. Уретероцеле - це аномалія розвитку сечової системи, яка характеризується:**
1. Килоподібним випинанням інтрамурального відділу сечоводу у порожнину сечового міхура.
  2. Розширенням сечоводу по усій довжині.
  3. Розширення нижньої третини сечоводу.
  4. Нервово-м'язовою дисплазією сечоводу.
  5. Розширенням початкового відділу уретри.
- 11. Головним проявом ектопії вічка сечоводу частіше усього є:**
1. Нетримання сечі при збереженні нормального сечовипускання.
  2. Розвиток хронічного пієлонефриту.
  3. Неутримання сечі.
  4. Утруднене сечовипускання.
  5. Затримка сечі.
- 12. Оперативне лікування додаткової нижньополярної ниркової артерії полягає у:**
1. Уретероуретероанастомозі.
  2. Пересіченні артерії.
  3. Пластиці артерії.
  4. Уретерокутанеостомії.
  5. Нефректомії.
- 13. Фібромускулярний стеноз ниркової артерії проявляється частіше :**
1. Симптоматичною гіпертензією.
  2. Хронічним пієлонефритом.
  3. Гідронефрозом.
  4. Сечокам'яною хворобою.
  5. Хронічною нирковою недостатністю.
- 14. Додаткові ниркові вени часто призводять до:**
1. Порушення відтоку сечі.
  2. Сечокам'яної хвороби.
  3. Хронічної ниркової недостатності.
  4. Венозного стазу у нирці.
  5. Порушення кровопостачання нирки.
- 15. Для нефроптозу на в/в урографії характерно:**
1. Вигини сечоводу.
  2. Збільшення нирки.
  3. Деформація нирки.
  4. Зменшення нирки.
  5. Порушення ходу судин нирки.
- 16. Нефроптоз може ускладнюватись:**
1. Усім вищенаведеним.
  2. Симптоматичною гіпертензією.
  3. СКХ, пієлонефритом.

4. Форнікальною кровотечею.
  5. СКХ, гідронефрозом.
- 17. Для остаточної диференціації нефроптозу та дистопії нирки необхідно провести:**
1. Ангіографію.
  2. Ретроградну урографію.
  3. Нефросцинтиграфію.
  4. Комп'ютерну томографію.
  5. УЗД.
- 18. Найчастішою причиною вродженого гідронефрозу є:**
1. Додаткові ниркові судини.
  2. СКХ.
  3. Полікістоз нирки.
  4. Хронічний пієлонефрит.
  5. Агенезія нирки.
- 19. Який вид пластики мисково-сечоводного сегменту використовується найчастіше?**
1. За Андерсоном-Хайнесом.
  2. За Рівуаром.
  3. За Каковським-Адісом.
  4. За Альбараном.
  5. За Ходсоном.
- 20. Чим характеризується II стадія гідронефрозу?**
1. Розширенням миски та чашечок.
  2. Розширенням нирки.
  3. Розширенням порожнинної системи та сечоводу.
  4. Розширенням миски.
  5. Мішкоподібним розширенням усієї порожнинної системи.
- 21. При подвоєнні нирок, як правило (знайдіть невірне):**
1. Виникає хронічна ниркова недостатність.
  2. Рано виникають порушення уродинаміки.
  3. Часто виражений больовий синдром.
  4. Верхня половина нирки недорозвинена.
  5. Нирка зменшена в об'ємі.
- 22. При полікістозі нирок, як правило:**
1. Виникає хронічна ниркова недостатність.
  2. Немає пієлонефриту.
  3. Рідко виникають порушення уродинаміки.
  4. Розміри нирок асиметричні.
  5. Нирки зменшені в об'ємі.
- 23. Клінічні прояви подвоєння нирок полягають, як правило, у:**
1. Клінічних проявів часто немає.
  2. Хронічному пієлонефриті.
  3. Хронічній нирковій недостатності.
  4. Гідронефрозі.
  5. Усьому переліченому.
- 24. При дистопії нирки типовою ознакою є:**
1. Незавершення ротації.
  2. Хронічний пієлонефрит.
  3. Хронічна ниркова недостатність.
  4. Зменшення розмірів нирки.
  5. Вигини сечоводу.
- 25. Головним методом лікування подвоєння нирки є:**



1. Динамічний нагляд.
  2. Ендоскопічна корекція.
  3. Гемодіаліз.
  4. Антибіотикотерапія.
  5. Оперативний.
- 26. Головним методом лікування солітарної кісти нирки є:**
1. Динамічний нагляд.
  2. Ендоскопічна корекція.
  3. Гемодіаліз.
  4. Антибіотикотерапія.
  5. Оперативний.
- 27. Який термін НЕ відноситься до зрошення нирок:**
1. Р-подібна нирка.
  2. Підковоподібна нирка.
  3. S-подібна нирка.
  4. L-подібна нирка.
  5. Галетоподібна нирка.
- 28. Найчастішим варіантом зрошення нирок є:**
1. Підковоподібна нирка.
  2. S-подібна нирка.
  3. Р-подібна нирка.
  4. L-подібна нирка.
  5. Галетоподібна нирка.
- 29. Для підковоподібної нирки характерно:**
1. З'єднання нижніх полюсів нирок.
  2. Кістозні зміни паренхіми.
  3. Хронічна ниркова недостатність.
  4. З'єднання верхніх полюсів нирок.
  5. З'єднання обох полюсів нирок.
- 30. Для підковоподібної нирки НЕ характерно:**
1. Часто необхідна термінове оперативне лікування.
  2. Наявність перешийку між нирками.
  3. Часто виникають ускладнення.
  4. Тиск на аорту та порожнисту вену.
  5. Підковоподібна нирка розташована нижче звичайної.
- 31. Полікістоз нирок відноситься до аномалій:**
1. Структури.
  2. Кількості.
  3. Величини.
  4. Форми.
  5. Розташування.
- 32. Аплазія нирки відноситься до аномалій:**
1. Кількості.
  2. Величини.
  3. Структури.
  4. Форми.
  5. Розташування.
- 33. Підковоподібна нирка відноситься до аномалій:**
1. Взаєморозташування.
  2. Кількості.
  3. Величини.
  4. Структури.

5. Розташування.
- 34. Дистопія нирок відноситься до аномалій:**
  1. Розташування.
  2. Кількості.
  3. Величини.
  4. Структури.
  5. Форми.
- 35. Розрізняють полікістоз нирок (знайти невірне):**
  1. Одно- та двобічний.
  2. Вроджений та надбаний.
  3. Повний та неповний.
  4. Ізольований та комбінований.
  5. Новонароджених та дорослих.
- 36. Розрізняють подвоєння нирок:**
  1. Повне та неповне.
  2. Вроджене та надбане.
  3. Моно- та поліфокальне.
  4. Ізольоване та комбіноване.
  5. Новонароджених та дорослих.
- 37. Для полікістозу нирок НЕ характерно:**
  1. Гостра ниркова недостатність.
  2. Гіпертензія.
  3. Нагноєння кіст.
  4. Диселектролітемія.
  5. Поліневропатія.
- 38. Найчастішою операцією при полікістозі нирок є:**
  1. Ігніпунктура.
  2. Пієлолітотомія.
  3. Резекція нирки.
  4. Нефректомія.
  5. Нефростомія.
- 39. Головним методом діагностики солітарної кісти нирки є:**
  1. УЗД.
  2. Внутрішньовенна урографія.
  3. Ангіографія.
  4. Ізотопна ренографія.
  5. Доплерографія.
- 40. Операцією вибору при додатковій нижньополярній судині є:**
  1. Уретеро-уретероанастомоз.
  2. Пієлолітотомія.
  3. Резекція нирки.
  4. Нефректомія.
  5. Нефростомія.
- 41. Симптом Fraley типовий для:**
  1. Внутрішньониркової судини.
  2. Подвоєння нирки.
  3. Полікістозу.
  4. Підковоподібної нирки.
  5. Дистопії нирки.
- 42. Яка група ускладнень *нетипова* для полікістозу нирок:**
  1. Гормональні ускладнення.
  2. Серцево-судинні ускладнення.

3. Неврологічні ускладнення.
  4. Урологічні ускладнення.
  5. Усі перелічені групі типові.
- 43. Операцією вибору при уретероцеле є:**
1. Трансуретральне розсічення кили.
  2. Резекція сечового міхура.
  3. Уретеро-уретероанастомоз.
  4. Резекція міхурово-сечовідного сегмента.
  5. Нефростомія.
- 44. До причин виникнення міхурово-сечовідного рефлюксу НЕ відноситься:**
1. Подвоєння міхурово-сечовідного сегмента.
  2. Анатомічні зміни міхурово-сечовідного сегмента.
  3. Нейрогенний сечовий міхур.
  4. Інфравезикальна обструкція.
  5. Клапани уретри.
- 45. Головним методом діагностики міхурово-сечовідного рефлюксу є:**
1. Цистографія.
  2. УЗД.
  3. Внутрішньовенна урографія.
  4. Ангіографія.
  5. Ізотопна ренографія.
- 46. Операцією вибору при міхурово-сечовідному рефлюксі є:**
1. Трансуретральна ін'єкція вічка.
  2. Трансуретральна резекція вічка.
  3. Резекція сечового міхура.
  4. Уретеро-уретероанастомоз.
  5. Відкрита резекція міхурно-сечовідного сегмента.
- 47. Головними напрямками консервативного лікування полікістозу нирок є (знайти невірне):**
1. Гормональна терапія.
  2. Дезінтоксикаційна терапія.
  3. Стимуляція кровообігу в нирках.
  4. Антибактеріальна терапія.
  5. Імунотерапія.
- 48. До типових ускладнень уретероцеле відноситься (знайти невірне):**
1. Гострий пієлонефрит.
  2. Хронічний пієлонефрит.
  3. Хронічна ниркова недостатність.
  4. Гідронефроз.
  5. Сечокам'яна хвороба.
- 49. Для міхурово-сечовідного рефлюксу характерно (знайти невірне):**
1. МСР добре діагностується при УЗД.
  2. МСР може бути вродженим та надбаним.
  3. Частіше зустрічається у дітей.
  4. Часто призводить до хронічного пієлонефриту.
  5. Його причиною може бути інфравезикальна обструкція.
- 50. Фібромускулярний стеноз ниркової артерії найчастіше проявляється:**
1. Артеріальною гіпертензією.
  2. Хронічним пієлонефритом.
  3. Нирковою недостатністю.
  4. Гідронефрозом.
  5. Усім вище перерахованим.

Аномаліх нижніх сечових шляхів

- 1. Які головні симптоми дивертикула сечового міхура?**
  1. Сечовипускання в 2 етапи, странгурія.
  2. СКХ, нетримання сечі.
  3. Полакіурія, странгурія.
  4. Полакіурія, ніктурія.
  5. СКХ, сечовипускання у 2 етапи.
- 2. Екстрофія сечового міхура - це:**
  1. Відсутність передньої стінки сечового міхура.
  2. Значне зменшення сечового міхура.
  3. Відсутність сечового міхура.
  4. Атипове його розташування.
  5. Відсутність функції сечового міхура.
- 3. Які аномалії НЕ ВИКЛИКАЮТЬ інфравезикальну обструкцію?**
  1. Мегалоуретер.
  2. Мегатракутник.
  3. Клапани уретри.
  4. Конtrakтура шийки сечового міхура.
  5. Стеноз уретри.
- 4. Гіпоспадія - це:**
  1. Відсутність задньої стінки уретри.
  2. Відсутність уретри.
  3. Атипове розташування яєчок.
  4. Відсутність передньої стінки уретри.
  5. Розташування уретри нижче нормального.
- 5. Який термін НЕ відноситься до класифікації гіпоспадії?**
  1. Лобкова.
  2. Гіпоспадія прутня.
  3. Калиткова.
  4. Пенальна.
  5. Промежинна.
- 6. Коли проводять операцію при гіпоспадії?**
  1. При порушенні сечовипускання.
  2. Одразу при встановленні діагнозу.
  3. При бажанні хворого.
  4. При наявності циститу.
  5. При ускладненнях, що не лікуються консервативно.
- 7. Меатопластика виконується при:**
  1. Стриктурах передньої уретри.
  2. Епіспадії.
  3. Стриктурах задньої уретри.
  4. Мегалоуретері.
  5. Екстрофії сечового міхура.
- 8. Епіспадія - це:**
  1. Відсутність передньої стінки уретри.
  2. Відсутність уретри.
  3. Розташування уретри нижче звичайного.
  4. Відсутність задньої стінки уретри.
  5. Невірне розташування яєчок.
- 9. Який термін НЕ відноситься до класифікації епіспадії?**
  1. Калиткова.
  2. Кліторна.

3. Лобкова.
  4. Епіспадія головки.
  5. Тотальна.
- 10. Клінічними проявами фімозу є:**
1. Странгурія, тонкий струмінь сечі.
  2. Полакіурія, странгурія.
  3. Нетримання сечі.
  4. Гематурія, піурія.
  5. Поліурія, болі при сечовипусканні.
- 11. Крипторхізм НЕ буває:**
1. Калитковим.
  2. Надбанним.
  3. Хибним.
  4. Черевним.
  5. Пахвинним.
- 12. Головною причиною виникнення крипторхізму вважається:**
1. Гормональні зсуви.
  2. Запальні процеси у додатках матері.
  3. Порушення пологів.
  4. Недоношеність.
  5. Захворювання під час вагітності.
- 13. Крипторхізм - це :**
1. Затримка опускання яєчок.
  2. Відсутність яєчок.
  3. Відсутність одного яєчка у калитці.
  4. Відсутність формування одного яєчка.
  5. Атипове розташування яєчок.
- 14. Який термін НЕ відноситься до класифікації ектопії яєчка?**
1. Скротальна.
  2. Промежинна.
  3. Перехресна.
  4. Лобкова.
  5. Стегнова.
- 15. Який головний метод лікування крипторхізму?**
1. Операція після 2 років.
  2. Консервативний.
  3. Гормонотерапія.
  4. Операція одразу при встановленні діагнозу.
  5. Операція після 10 років.
- 16. При крипторхізмі найчастіше проводять:**
1. Орхіпексію.
  2. Мобілізацію яєчка.
  3. Орхітомію.
  4. Орхіектомію.
  5. Декапсуляцію яєчка.
- 17. Причиною вродженого гідроцеле є:**
1. Незарощення піхвового відростка очеревини.
  2. Травма при пологах.
  3. Гормональні порушення.
  4. Захворювання матері.
  5. Недоношеність.

- 18. В чому полягає головна особливість операції при вродженому гідроцеле у порівнянні з надбаним?**
1. Необхідно роз'єднати піхвовий відросток очеревини та черевну порожнину.
  2. Обов'язкове висічення частини піхвової оболонки.
  3. Вивертання піхвової оболонки назовні.
  4. Інший доступ.
  5. Обов'язкова пластика пахвинного каналу.
- 19. При варикоцеле виконують операцію:**
1. Іванісевича.
  2. Вінкельмана.
  3. Бергмана.
  4. Русакова.
  5. Кохера.
- 20. Головним негативним наслідком варикоцеле є розвиток:**
1. Олігоспермії.
  2. Хронічного орхоепідидиміту.
  3. Пухлини яєчка.
  4. Поширення варикозу на вени нирки.
  5. Висхідної інфекції.
- 21. Дисфункціональний сечовий міхур може бути:**
1. Вродженим та надбаним.
  2. Одно- та двобічним.
  3. Ізольованим та комбінованим.
  4. Новонароджених та дорослих.
  5. Повним та неповним.
- 22. Головною причиною виникнення дисфункціонального сечового міхура у дітей є:**
1. Незрілість нервової системи.
  2. Подвоєння уретри.
  3. Аномалії розвитку нирок.
  4. Аномалії розвитку простати.
  5. Дистопія сечового міхура.
- 23. Головною причиною виникнення дисфункціонального сечового міхура у дорослих є:**
1. Хронічний цистит.
  2. Аномалії розвитку нирок.
  3. Аномалії розвитку простати.
  4. Незрілість нервової системи.
  5. Гіперплазія простати.
- 24. Одним із найважливіших методів діагностики дисфункціонального сечового міхура є:**
1. Уродинамічні методи.
  2. УЗД.
  3. Внутрішньовенна урографія.
  4. Ангіографія.
  5. Цистографія.
- 25. На виникненні нічного нетримання сечі не впливає:**
1. Кількість випитої рідини.
  2. Незрілість нервової системи.
  3. Глибокий сон.
  4. Незрілість психіки.
  5. Сечова інфекція.
- 26. Гіпертонус детрузора полягає у:**

1. Появі позавольових скорочень.
  2. Підвищенні тиску у його судинах.
  3. Збільшенні кількості сечі у міхурі.
  4. Збільшенні сили його скорочень.
  5. Спазміванні його судин.
- 27. Головними напрямками лікування нічного нетримання сечі є (знайти невірне):**
1. Антидепресанти.
  2. Адреноблокатори.
  3. Десмопресин.
  4. Холіноміметики.
  5. Психотерапія.
- 28. Уродинамічні методи відіграють головну роль у діагностиці:**
1. Дисфункціонального сечового міхура.
  2. Екстрофії сечового міхура.
  3. Дистопії уретри.
  4. Епіспадії.
  5. Вродженої стриктури уретри.
- 29. Головним методом лікування дисфункціонального сечового міхура є:**
1. Консервативний.
  2. Цистостомія.
  3. Пластика сечового міхура.
  4. Пластика уретри.
  5. Ендоскопічна ін'єкція вічка сечоводу.
- 30. Дисфункціональний сечовий міхур часто веде до:**
1. Міхурово-сечовідного рефлюксу.
  2. Однобічного гідронефрозу.
  3. Гострої ниркової недостатності.
  4. Нефрогенної гіпертензії.
  5. СКХ.
- 31. УЗД відіграє найбільшу роль у діагностиці:**
1. Жодної з цих аномалій.
  2. Міхурово-сечовідного рефлюксу.
  3. Дисфункціонального сечового міхура.
  4. Стенозу ниркової артерії.
  5. Епіспадії.
- 32. Для нічного енурезу характерно (знайти невірне):**
1. Обов'язково супроводжується іншими дизуричними розладами.
  2. Часте поєднання з іншими аномаліями.
  3. Редукція частоти з віком.
  4. Часто виникає при дисфункціональному сечовому міхурі.
  5. Обов'язкова консультація невропатолога.
- 33. Ускладненням гіпоспадії може бути:**
1. Усе перелічене.
  2. Хронічна затримка сечі.
  3. Хронічний цистит.
  4. Порушення ерекції.
  5. Хронічний уретрит.
- 34. Головним методом діагностики гіпоспадії є:**
1. Огляд хворого.
  2. УЗД.
  3. Цистографія.
  4. Цистоскопія.

5. Уретроскопія.
- 35. Дослідження графіку спонтанних сечовипускань має велику роль у діагностиці:**
  1. Міхурово-сечовідного рефлюксу.
  2. Епіспадії.
  3. Нічного нетримання сечі.
  4. Стриктур уретри.
  5. Меатостенозу.
- 36. При епіспадії виконують:**
  1. Пластику уретри.
  2. Резекцію сечового міхура.
  3. Пластику калитки.
  4. Резекцію уретри.
  5. Меатотомію.
- 37. Найявністю фімозу збільшує ризик виникнення:**
  1. Усього вище Хронічного циститу.
  2. Ішурії.
  3. Інфекції, що передається статевим шляхом.
  4. Раку прутня.
  5. перерахованого.
- 38. Головним методом лікування фімозу є:**
  1. Циркумцизію.
  2. Фізіопроцедури.
  3. Інстиляції уретри.
  4. Резекція прутня.
  5. Бужування уретри.
- 39. Крипторхізм НЕ може бути:**
  1. Стегновим.
  2. Однобічним.
  3. Двобічним.
  4. Паховим.
  5. Черевним.
- 40. Головним негативним фактором, який діє на неопущене яєчко є:**
  1. Підвищена температура.
  2. Механічні впливи ззовні.
  3. Гормональні впливи.
  4. Порушення венозного відтоку.
  5. Тиск сусідніх структур.
- 41. Крипторхізм значно збільшує ризик появи:**
  1. Пухлини яєчка.
  2. Сечової інфекції.
  3. Хронічного пієлонефриту.
  4. Гідронефрозу.
  5. Ниркової недостатності.
- 42. Пластику сечового міхура виконують при:**
  1. Екстрофії сечового міхура.
  2. Меатостенозі.
  3. Гіпоспадії.
  4. Міхурово-сечовідному рефлюксі.
  5. Дисфункціональному сечовому міхурі.
- 43. Орхіпексію проводять при:**
  1. Крипторхізмі.
  2. Анорхізмі.



3. Орхоепідидиміті.
  4. Водянці оболонки яєчка.
  5. Орхоптозі.
- 44. Парафімоз виникає на тлі:**
1. Звуження шкірочки прутня.
  2. Гіпоспадії.
  3. Стриктур уретри.
  4. Хронічного циститу.
  5. Усього вищенаведеного.
- 45. Неповне зарощення урахуса найчастіше проявляється:**
1. Виділеннями з пупка.
  2. Гідронефрозом.
  3. Нирковою недостатністю.
  4. Виділеннями з уретри.
  5. Нетриманням сечі.
- 46. При кісті урахуса новоутворення пальпується у ділянці:**
1. В жодному з цих місць.
  2. Попереку.
  3. Бокової частини черевної стінки.
  4. Промежини.
  5. Калитки.
- 47. Ектопований сечовід найчастіше відкривається в:**
1. Піхву.
  2. Тонку кишку.
  3. Інший сечовід.
  4. Сечовий міхур.
  5. Простату.
- 48. Головним методом лікування ектопії сечоводу є:**
1. Уретероцистоанастомоз.
  2. Резекція сечоводу.
  3. Пластика сечоводу.
  4. Бужування сечоводу.
  5. Пластика сечового міхура.
- 49. Консервативне лікування крипторхізму проводиться при:**
1. У дітей до 2-3 років.
  2. Однобічному крипторхізмі.
  3. Двобічному крипторхізмі.
  4. Неповному крипторхізмі.
  5. У дітей після 3 років.
- 50. Оперативне лікування крипторхізму проводиться при:**
1. У дітей після 3 років.
  2. Однобічному крипторхізмі.
  3. Двобічному крипторхізмі.
  4. Неповному крипторхізмі.
  5. У дітей до 2-3 років.

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-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/>