

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра урології та нефрології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття для студентів

Тема заняття Травматичні пошкодження нирок та верхніх сечових шляхів.

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 заняття: Травматичні пошкодження нирок та верхніх сечових шляхів – 2 год.

2. Актуальність теми.

В зв'язку з урбанізацією, науково-технічною революцією рівень побутового та виробничого травматизму високий і серед причин смертності травматизм займає друге або третє місце(чергуючись з онкозахворюваннями).

Пошкодження нирок нерідко поєднується з пошкодженням органів черевної порожнини або інших. Розпізнавання пошкодження нирок або рішення питання про наявність супутних пошкоджень інших органів інколи буває важкою проблемою. При пошкодженні нирки може бути подразнення очеревини, наявність притуплення в бокових відділах живота, обмеженість екскурсій грудної клітки, ознаки внутрішньої кровотечі. Особливо важка діагностика в тих випадках, коли хворий знаходиться без свідомості внаслідок шоку, алкогольного сп'яніння. Старанно зібраний анамнез механізму травми, дослідження сечі дозволяють лікарєві, частіш за все хірургу, швидко зорієнтуватись і запросити для консультації уролога, а ще краще своєчасно виконати ексреторну урографію.

В ряді випадків пошкодження нирок хірург знаходить на операційному столі під час виконання хворому лапаротомії в зв'язку з передбаченим (або супутнім) пошкодженням органів черевної порожнини і “гострому животі”. В цій ситуації при відсутності уролога хірург повинен вирішити, що робити і оптимально зробити все потрібне.

Пошкодження нирки досить часто супроводжується переломом ребер. При переломі X, XI, XII ребер лікар-травмотолог або хірург-пульмонолог повинен з'ясувати стан нирки.

Переломи кісток тазу нерідко поєднуються з позаочеревним пошкодженням сечового міхура та сечівника. Першу допомогу хворому в таких ситуаціях частіше виконує травматолог, який при відсутності уролога повинен вміти виконати ретроградну уретрографію або цистографію, прооперувати хворого.

Лише неповний перелік цих ситуацій показує необхідність вивчення теми студентами і лікарями широкого кола професій.

3. Цілі заняття:

3. Загальні цілі:

3.1. Загальні цілі- Студент повинен ознайомитись:

- з рівнем травматизму в Україні та в регіоні; частотою травматизму нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів;
- шляхами скорочення травматизму і інвалідизації

3.2. Виховні цілі:

- під час заняття розвивати думку про залежність долі хворого (протяжність лікування, вірогідність інвалідизації чи даже смерті) від знання клінічних ознак і вміння вжити термінових заходів при травмі сечостатевих органів;
- сформуванню уяву про необхідність вміння провести і оцінити рентгенологічне обстеження хворого з підозрою на пошкодження сечостатевих органів;
- відзначити внесок вітчизняних військових лікарів під час Другої Світової Війни в діагностику та лікування сечостатевої травми. Роль вітчизняної медичної науки в розробці диспансеризації та реабілітації хворих після травм.

У слухачів розвивати думку, що під час стихійного лиха, виробничих аварій і катастроф та військових дій збільшується частота травматичних пошкоджень

сечостатевих органів, а значить знання їх діагностики та лікування необхідні лікарям усіх спеціальностей, в їхнім патріотичним обов'язком.

3.3. Конкретні цілі- Студент повинен знати:

- механізми пошкоджень нирки, сечоводу, сечового міхура;
 - класифікацію пошкоджень нирок;
 - клінічні ознаки в залежності від ступеня травми нирки;
 - діагностику пошкодження і диференційну діагностику комбінованої травми нирки;
 - консервативне і хірургічне лікування пошкоджень нирки;
 - види пошкоджень сечоводу, їх клінічні ознаки;
 - діагностику і лікування пошкоджень сечоводу;
 - класифікацію і клінічні ознаки пошкоджень сечового міхура;
 - діагностику, диференційну діагностику і лікування пошкоджень сечового міхура
- механізм пошкоджень і їх класифікація при травмі сечівника;
клінічні ознаки та діагностика пошкоджень сечівника;
лікування травм уретри;
стриктура сечівника: причини, діагностика та методи ендоскопічного, консервативного і хірургічного лікування;
механізми пошкоджень статевого члена, їх класифікація та клінічні ознаки;
діагностика і лікування пошкоджень статевого члена;
класифікація і клінічні ознаки пошкоджень мошонки і її органів;
діагностику і лікування пошкоджень мошонки і яєчок.

3.4. Студент повинен вміти:

1. Виявити основні клінічні ознаки закритих травм нирок і сечоводів.
2. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.
3. Скласти програму додаткових методів обстеження.
4. Провести диференціальну діагностику.
5. Обґрунтувати медикаментозне лікування і покази до оперативного лікування.
6. Вміти читати рентгенограми хворих з травмами нирок і сечоводів.

Засвоїти практичні навички:

1. отримати вичерпну інформацію про захворювання від хворого або оточуючих його родичів чи на основі аналізу медичної документації, що мається в розпорядженні;
2. оцінити важкість стану хворого, причину цього стану, вжити необхідних засобів для виведення хворого з цього стану, визначити об'єм та послідовність реанімаційних заходів;
3. надати необхідну невідкладну допомогу: штучне дихання, масаж серця, іммобілізацію кінцівки при переломах, зупинку кровотечі, перев'язку та тампонаду рани, катетеризацію сечового міхура при гострій затримці сечі.

. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція).

Предмет	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Анатомія 2) топографічна анатомія з оперативною хірургією	4..1.1. нирка: форма, будова, топографія заочеревного простору і взаємовідношення із сусідніми органами; 42.1. анатомія і топографія сечоводу, особливості топографії в тазовому відділі 4.2.2. сечовий міхур: анатомія, особливості топографічного відношення до черевної порожнини та органів тазу. 4.2.3.1топанатомія сечівника (будова, кровообіг та інервація), мошонки, яєчок і придатків, статевого члена. 4.2.4 техніка хірургічних втручань на сечівнику та зовнішніх статевих органах.	4.1.2.1. дренування тазової клітковини по Буяльському-Мак-Уортеру; 4.1.2.2. новокаїнова блокада по Школьникову.
3) пропедевтика внутрішніх хвороб	4.3.1. клінічні симптоми (скарги і фізикальне обстеження) та лабораторні ознаки захворювань і пошкоджень нирок і сечового міхура.	
Послідуючі дисципліни		
Хірургія, травматологія	3.3. рентгенологічні ознаки пошкоджень сечівника. 3.4. показання до хірургічного лікування органів мошонки при пошкодженні.	3.3.1. виконати ретроградну уретрограму; 3.3.2. виконати операцію ревізії, дренування гематоми мошонки та операцій на яєчках.

5.Зміст теми. Граф логічної структури заняття

У зв'язку з анатомічними особливостями, нирки часто пошкоджуються разом з органами черевної порожнини. Усі пошкодження підрозділяють на відкриті та закриті. До закритих пошкоджень належать: навколониркова гематома і розрив капсули нирки; підкапсулярний розрив паренхіми; пошкодження паренхіми, які не супроводжуються

порушенням цілості ниркової миски й чашечок і з їх пошкодженням; розчавлення нирки; відрив судинної ніжки нирки; забій нирки.

Найчастіше при пошкодженні нирки виявляють слідуючі ознаки: біль у поперековій ділянці, тотальна макро- або мікрогематурія, припухлість у навколонирковій ділянці (урогематома), ознаки внутрішньої кровотечі.

Діагностика пошкодженнь нирки складається з анамнезу (вказівка на пошкодження), хромоцистоскопії (визначення джерела кровотечі та функції кожної нирки окремо), екскреторної урографії (стан пошкодженої та контрлатеральної нирки). Найбільш чіткі данні про характер пошкодження можливо отримати за допомогою ниркової артеріографії. Ретроградна пієлографія повинна застосовуватися лише у тих випадках, коли екскреторна урографія не відповіла на поставлені запитання, а для проведення ангиографії відсутні необхідні умови.

Консервативну терапію проводять у разі задовільного стану хворого, відсутності профузної гематурії та ознак зростаючої внутрішньої кровотечі, невеликій і не зростаючій навколонирковій гематомі. Вона передбачає суворий постільний режим, призначення холоду (пузир з льодом) на поперекову ділянку на відповідну половину живота, антибактеріальну та гемостатичну терапію. Таке лікування проводиться обов'язково у стаціонарі з постійним контролем за гемодинамікою та ступенем гематурії

Операційне лікування проводять при ознаках внутрішньої кровотечі, зростаючої уrogематоми, її нагноювані, макрогематурії, що призводить до анемізації хворого. Види оперативного лікування: ушивання розривів з дрениванням (нефростомія, пієлостомія), резекція нирки, нефректомія, спорожнення навколониркової гематоми.

Пошкодження сечового міхура розділяють на внутрішньоочеревинні, позаочеревинні та змішані. Позаочеревинні найчастіше супроводжують переломи кісток тазу, внутрішньоочеревинні можливі як наслідок прямої дії сили на переповнений сечовий міхур (гідростатичний удар). В патогенезі останніх немаловажливу роль відіграє стан алкогольного сп'яніння.

Симптоми позаочеревинного розриву: неможливість самостійного сечовипускання, у разі наявності частих позивів, які супроводжуються виділенням незначної кількості сечі, забарвленої кров'ю, біль у надлобковій ділянці. Пізніше з'являються ознаки сечових затьоків. Внутрішньоочеревинним розривам притаманні: неможливість самостійного сечовипускання, наявність позивів, ознаки подразнення очеревини. Наявність у черевній порожнині великої кількості рідини (сечі).

Основним методом діагностики розривів сечового міхура є ретроградна цистографія, при цьому велике значення має поліпозиційна цистографія, "відстрочена цистографія" та після звільнення сечового міхура від рентгенконтрастної речовини.

Лікування позаочеревинних розривів: оголення сечового міхура, ушивання розривів, цистостомія, дренивання клітковини тазу за Буяльским-Мак-Уортером, або Куприяновим (через сіднично-прямокишковий простір) та інш. Внутршньоочеревинних: лапаротомія, осушення та дренивання черевної порожнини, ушивання розриву, цистостомія. У жінок у разі невеликих розривів замість цистостоми можливе використання післяопераційного дренажа сечового міхура (постійного катетера), проведеного уретрою.

Пошкодження сечівника

Механізм пошкодженнь

Перелом кісток тазу – за рахунок фіксації зв'язками до симфізу або зламами кісток (46-52%). Удар по промежині. Родова травма, буж, цистоскоп.

Класифікація

Закриті, відкриті. Повні і неповні. Травма задньої помежинної та передньої уретри (часто відкриті).

Клініка

Уретрорагія, біль при сечовипусканні, інколи затримка сечовипускання, гематома промежини (урогематома). Клінічні прояви залежать від

	характеру, локалізації пошкоджень і інтенсивності сечової інфільтрації, вплоть до флегмони і уросепсису.
<i>Діагноз</i>	Анамнез і огляд: механізм травми, уретрорагія, порушення сечовипускання, гематома. Основний метод вияву місця і обширності пошкоджень – ретроградна урографія 30% 10-30 мл контрастом.
<i>Лікування</i>	Неповні – консервативно, при затримці сечі – троакарна епіцистостомія. Первинний шов до 6 годин. При переломі кісток тазу – виводять із шоку, епіцистостома (див. травми сечового міхура). При пізній госпіталізації – фістула, дренивання затьоків. При травмі сечівника і прямої кишки – надлобкова фістула і сігмостома.
<i>Стриктуря сечівника</i>	Причини. Діагностика: уретрографія, буж, уретроскопія. Ендоскопічне і хірургічне лікування (методи Хольцова, Соловова, Русакова. Бужування.
Пошкодження статевого члена	
<i>Механізми і класифікація</i>	Ізольовані і поєднані, закриті й відкриті. Термічні – опіки, відмороження. Закриті: забій, перелом, вивих. Відкриті: рвано-забиті, колото-різані, вогнестрільні.
<i>Клініка</i>	Забій: під шкірою масивні крововиливи, утруднене або повна затримка сечовипускання. Перелом: тяжке пошкодження; різкий біль під час ерекції, яка припиняється, а член швидко збільшується, стає ціанотичним, викривленим. Може пошкодитись і сечівник – уретрорагія, затримка сечі, сечові затьоки. Вивих: переміщення кореня члена під шкіру лобкової ділянки, промежини, мошонки чи стегна. Ущемлення внаслідок його перев'язування, надягання предметів.
<i>Діагностика і лікування</i>	Діагностика витікає із анамнезу і клініки Забій: перші дні холодні компреси, постільний режим, антибіотики; з 3-4 доби – теплі ванни, розсмоктувальні засоби. При розриві кавернозних тіл операція виділення і зашивання дефекту білочної оболонки. Вивих: оголення кореня статевого члена, зупинка кровотечі, вправлення кореня, накладання швів на розірвані зв'язки. При відкритих пошкодженнях хірургічна обробка, ушивання, зупинка кровотечі (прошивання магістральних судин). При ампутації з часом фалопластика (Богораз-Маят, Шап-Годвун).
Пошкодження мошонки та її органів	
<i>Механізм і класифікація</i>	Закриті і відкриті: рвано-забиті, колоті, різані й вогнестрільні та поєднані. Пошкодження в зв'язку: удару, падіння, їзда на велосипеді чи конях, автомобільна комбінована травма.
<i>Клініка і діагностика</i>	Крововилив із збільшенням мошонки, гематома може поширюватись на статевий член, промежину, стегна, передню стінку живота, навіть незначний забій яєчка характеризується гострим болем, нерідко шок. Поступово картина орхоепідидиміту. У хлопчиків часто перекут яєчка, придатка або гідатида яєчка (набрякання і почервоніння). Діагностика шляхом огляду, ехосканування.

Лікування

При легкій травмі: постільний режим, тугі плавки холодні компреси, новокаїнова блокада, через тиждень теплові процедури.

При важкій травмі: боротьба з шоком, а «при підозрі на підшкірний розрив яєчка – негайна операція. Всі гострі процеси в органах мошонки і травми є показанням до операції» (О.Ф.Возіанов, В.О.Лютько) Об'єм залежить від ступення та характеру травми. Видаляють нежиттєздатну паренхіму, яєчко лише при розчавленні або відриві.

Аутоантитіла та імунодепресанти. При відриві мошонки яєчка тимчасово розміщують під шкірою стеген або надлобкової ділянки.

6. Матеріали методичного забезпечення заняття.

6.1.1. Питання для контролю вихідного рівня знань.

1. Механізми пошкоджень нирок.
2. Класифікація пошкоджень нирок.
3. Клінічні ознаки травм нирок в залежності від тяжкості травм(по класифікації).
4. Діагностика та диференційна діагностика травм нирок.
5. Консервативне лікування та методи хірургічного лікування важких травм нирок.
6. Ускладнення травм нирок та їх попередження.
7. Класифікація і механізми пошкоджень сечоводів.
8. Клініка пошкоджень сечоводу.
9. Діагностика травм сечоводу.
10. Лікування травм сечоводу.
11. Механізми пошкоджень сечового міхура, роль гідравлічного удару.
12. Класифікація і клініка пошкоджень сечового міхура.
13. Діагностика, диференційна діагностика комбінованих травм сечового міхура.
14. Лікування пошкоджень сечового міхура.
1. Механізм пошкоджень і їх класифікація при травмі сечівника.
2. Клінічні ознаки та діагностика пошкоджень сечівника.
3. Лікування травм уретри.
4. Стриктуря сечівника: причини, діагностика та методи ендоскопічного, консервативного і хірургічного лікування;
5. Механізми пошкоджень статевого члена, їх класифікація та клінічні ознаки.
6. Діагностика і лікування пошкоджень статевого члена.
7. Класифікація і клінічні ознаки пошкоджень мошонки і її органів.
8. Діагностика і лікування пошкоджень мошонки і яєчок.

6.1.2. Тести контролю вихідного рівня знань.

Знайдіть одну або декілька правильних (або найбільш вірогідних) відповідей із запропонованих до запитань.

1. В приймальне урологічне відділення звернувся хворий 25 років, у якого після падіння на спину із висоти з'явилась кров в сечі. Яка причина гематурії?
 - a) ушкодження сечового міхура;
 - b) ушкодження сечівника;
 - c) ушкодження сечівного каналу;
 - d) ушкодження нирки;
 - e) ушкодження передміхурової залози.

2. Першочерговість дії лікаря при ушкодженні нирки і розвитку позачеревної урогематоми:

- a) антибактеріальна терапія;
- b) патогенетична терапія;
- c) стентування по сечівнику миски нирки;
- d) оперативне втручання (люмботомія, зшивання розриву нирки);
- e) симпатичне лікування.

3. Найбільш важливий метод діагностики закритої травми сечового міхура:

- a) цистоскопія;
- b) ультразвукове дослідження (УЗД);
- c) тристаканний аналіз сечі;
- d) уретеропієлографія;
- e) ретроградна цистографія.

4. Ушкодження сечоводу:

- a) видільна урографія;
- b) ретроградна уретеропієлографія;
- c) ні те, ні інше.

5. Найбільш доступний і інформативний метод діагностики закритої травми сечового міхура:

- a) тазова артеріографія;
- b) ретроградна цистографія;
- c) цистоскопія;
- d) УЗД сечового міхура;
- e) пальпація і перкусія живота.

6. Що вірно при травмі сечового міхура?

- a) гематурія;
- b) странгурія;
- c) полакіурія;
- d) олігоанурія;
- e) нічого з перерахованого.

7. Травма нирки:

- a) інфільтрація тканин над лоном;
- b) урогематома;
- c) симптоми подразнення очеревини;
- d) набряк мошонки;
- e) дизурія.

8. Травма сечового міхура внутрішньоочеревинна:

- a) інфільтрація в надлобковій області;
- b) прогресуючий перитоніт;
- c) ні те, ні інше.

9. Причини ятрогенних ушкоджень сечоводів:

- a) екстракція каменю екстрактором Дорміа;
- b) установка сечовідного стента;
- c) ендоскопічна уретеролітотріпсія;
- d) оперативні втручання на жіночих статевих органах;

е) ніщо з перерахованого.

10. Симптоми відриву нирки:

- а) зниження артеріального кров'яного тиску;
- б) нитковидний пульс;
- в) наростаюча урогематома;
- г) гематурія;
- е) ніщо з перерахованого.

11. Доставлено хворого з підозрою на травму нирки. Ваші дії?

- а) люмботомія;
- б) паранефральна блокада;
- в) консервативна терапія;
- г) обстеження з наступним планом лікування;
- е) ніщо з перерахованого.

12. Травма сечового міхура позачеревинна.

- а) інфільтрація в надлобковій області;
- б) гематурія;
- в) і те, і інше.

13. Все з перерахованого відзначається при травмі нирки, за винятком:

- а) гематурія;
- б) болю;
- в) уретрорагії;
- г) урогематоми;
- е) анемії.

14. Що вірно при травмі сечового міхура?:

- а) гематурія;
- б) странгурія;
- в) полакіурія;
- г) оліоанурія;
- е) нічого з перерахованого.

15. Який із перерахованих симптомів найчастіше зустрічається при пошкодженні нирки?

- а) зниження артеріального тиску;
- б) припухлість у поперековій ділянці;
- в) гематурія;
- г) ниркова колька;
- е) гіпертермія.

16. Що обов'язково повинно бути у потерпілого при травмі для внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура?

- а) перелом кісток тазу;
- б) випорожнений сечовий міхур;
- в) травма нижньої половини живота;
- г) переповнений сечовий міхур;
- е) тонка стінка м'язів детрузора.

17. В зв'язку з хронічним пієлонефритом вагітної в активній фазі, ХНН – II стадія, гестоз у жінки в термін вагітності 38 тижнів виконана операція кесаревого розтину.

Після завершення операції катетером виведено із сечового міхура 250 мл сечі кольору “м’ясних помиїв”. Яке дослідження повинне бути виконане першим до консультації уролога?

- a) цистоскопія;
- b) аналіз сечі по Зимницькому;
- c) цистографія;
- d) проба Зельдовича;
- e) екскреторна урографія з відстроковою цистограмою.

18. Які два діагностичних методи з перелічених найбільш інформативні для пошуку і виявлення травми нирки?

- a) обзорна урограма;
- b) ехосканування;
- c) ретроградна уретеропієлографія;
- d) хромоцистоскопія;
- e) інфузійна урографія.

19. Що таке субкапсулярний розрив нирки?

- a) пошкодження паренхіми нирки з надривом капсули;
- b) урогематома;
- c) пошкодження нирки із збереженням поверхневої капсули;
- d) пошкодження судинної ніжки нирки;
- e) множинні пошкодження паренхіми, чашково-мискової системи та капсули.

20. Хворий 25 років, доставлений в лікарню в зв’язку з біллю в поперековій ділянці справа, макрогематурія. За годину одержав удар твердим предметом. Пульс 80 уд.в 1 хвилину, АТ 120/70 мм рт.ст. Пальпаторно, за даними УЗД і екскреторної урографії виявлена урогематома. Яка повинна бути лікувальна тактика?

- a) постільний режим;
- b) амбулаторне лікування;
- c) нефректомія;
- d) люмботомія, зшивання розриву, нефростомія;
- e) спокій, призначення гемостатиків та антибіотиків.

21. Дренування навколоміхурової клітковини за Буяльським-Мак-Уортером виконують з метою:

- a) зупинки кровотечі;
- b) перетворення закритого пошкодження кісток тазу у відкритий;
- c) попередження появи сечової нориці;
- d) ревізії шийки сечової нориці;
- e) випорожнення урогематоми для попередження розвитку тазової флегмони.

22. Що слід вважати найбільш важливим для вирішення питання про можливість нефректомії при травмі?

- a) ступінь крововтрати;
- b) функція контрлатеральної нирки;
- c) наявність урогематоми;
- d) вираженість пошкодження нирки;

- e) загальний стан хворого.

23. Яке з перелічених досліджень є найбільш важливим в діагностиці розриву сечового міхура?

- a) поліцистографія;
- b) УЗД;
- c) осадова цистографія;
- d) цистографія в прямій і боковій проекціях;
- e) оглядова і екскреторна урографія.

24. Хворий П., 21 рік, прибув до приймального відділення лікарні із скаргами на болі в животі, більше справа в крижово-підчеревній ділянці, нудоту, блювання одноразово. Під час військової служби хворів гострим гломерулонефритом. За 2 години до госпіталізації перед вильотом літаком пив вино з товарищами в значній кількості. З прибуттям в аеропорт оступився і впав. В приймальному відділенні лікарні виділив сечу 250 мл інтенсивно рожевого кольору з декількома невеликими згустками. Який діагноз найбільш вірогідний?

- a) загострення гломерулонефриту;
- b) гострий аппендицит;
- c) перфораційна виразка шлунку;
- d) гострий цистит;
- e) внутрішньоочеревне пошкодження сечового міхура.

25. При якому з комбінованих пошкоджень необхідно підозрювати травму нирки?

- a) перелом ребер;
- b) перелом ключиці;
- c) перелом кісток тазу;
- d) перелом кінцівок;
- e) перелом хребта.

26. Яка лікувальна тактика краща при субкапсулярному пошкодженні нирки?

- a) нагляд за хворим в амбулаторних умовах;
- b) термінова операція;
- c) динамічний нагляд в стаціонарі, дотримання постільного режиму на протязі 8 днів;
- d) масивна гемостатична і антибактеріальна терапія;
- e) виключення фізичних напружень на протязі 3 місяців.

27. Хворий 42 років, знаходиться в травматологічному відділенні, куди доставлений 2 години тому після важкої шляхової травми в шоківому стані. Після виведення із шоку (АТ 115/60 мм рт.ст.) зроблено рентгенограму кісток тазу – перелом лобкових і сідничних кісток справа. Самостійно не мочиться, пальпаторно сечовий міхур на 5 см вище лобка. Стан хворого важкий. Яка операція показана хворому?

- a) троакарна цистостома;
- b) катетеризація трьохходовим катетером Фолі;
- c) первинний шов уретри і цистостома;
- d) цистостомія;
- e) цистостомія з проведенням катетера Фолі по уретрі.

28. До відділення поступає хворий після дорожньої травми, гематурія. Тактика обстеження:

- a) цистоскопія;

- b) аналіз сечі по Зімницькому;
- c) екскренорна урографія;
- d) ізотопна ренографія;
- e) хромоцистоскопія.

29. Після удару в нижню половину живота хворий скаржиться на біль в надлобковій ділянці, зменшення сечовиділення, гематурію. Тактика обстеження:

- a) цистоскопія;
- b) екскреторна урографія;
- c) ретроградна пієлографія;
- d) цистографія;
- e) ізотопна ренографія.

30. У хворого з переломом тазових кісток відмічається гостре затримання сечовиділення. Про яку травму органів сечовиділення слід подумати?

- a) травму нирок;
- b) внутришньочеревний розрив сечового міхура;
- c) позачеревний розрив сечового міхура;
- d) розрив сечоводу;
- e) гостра ниркова недостатність.

31. Найбільш характерні симптоми пошкодження нирки:

- a) лейкоцитоз;
- b) артеріальна гіпертензія;
- c) наявність урогематоми;
- d) ниркова коліка;
- e) гіпертермія.

32. Показання для ургентної операції при пошкодженні нирок:

- a) комбінована травма нирки з пошкодженням внутришніх органів;
- b) наростання ознак внутришньої кровотечі;
- c) збільшення урогематоми;
- d) інтенсивна гематурія;
- e) відкрите пошкодження нирки;
- f) ознаки запального процесу в пошкодженій нирці або в паранефрії;
- g) все, що вище перераховане.

33. При закритому повному розриві сечового міхура потрібно:

- a) встановити постійний катетер на 7 днів;
- b) ургентне оперативне лікування;
- c) призначити антибіотики, анальгетики і спазмолітики.

В приймальне урологічне відділення звернувся хворий

25 років, у якого після падіння на спину із висоти з'явилась кров в сечі. Яка причина гематурії?

ушкодження сечового міхура;

ушкодження сечівника;

ушкодження сечівного каналу;

ушкодження нирки;

ушкодження передміхурової залози.

2. В приймальне урологічне відділення направлений хворий Ю., 42 років, з діагнозом – травматичний розрив уретри. Укажіть основний симптом повного розриву уретри:

болі в спині;
уретрорагія;
затримка сечі;
підвищення температури тіла;
неутримання сечі.

3. Ушкодження уретри:
видільна урографія;
ретроградна уретеропієлографія;
ні те, ні інше.

4. Для встановлення джерела гематурії варто зробити:
цистоскопію;
аналіз сечі;
видільну урографію;
провокацію преднізолоном;
нічого з перерахованого.

5. Які препарати рекомендуються після ушивання ушкодженого яєчка?
антибіотики;
глюкокортикоїди;
анальгетики;
протизапальні засоби;
ніякі з перерахованих.

6. Укажіть, яке дослідження дозволяє визначити джерело гематурії:
тристаканна проба;
аналіз сечі по Амбурже;
проба Зимницького;
проба Рапопорта;
проба Фольгарда.

7. Перелом статевого члена характеризується:
різким болем;
великою гематомою;
появою хрускоту під час статевого контакту;
посилення ерекції;
нічого з перерахованого.

8. В яких випадках необхідне дронування черевної порожнини?
при явищах перетониту;
при всіх внутрішньо-черевних пошкодженнях сечового міхура;
при наявності крові в черевній порожнині;
при спорідненні пошкодження сечового міхура з травмою кишки;
якщо внутрішньочеревне пошкодження сечового міхура відбулось більше 24 годин назад.

9. Які два основні симптоми розриву сечівника?
уретрорагія;

гематурія;
 біль в промежині;
 анурія;
 гостра затримка сечовипускання.

10. Яка хірургічна тактика у хворого з пристінковим, непроникним закритим пошкодженням сечівника?

епіцистостомія;
 вичікувальна тактика з капілярними пункціями сечового міхура;
 спроба ввести постійний катетер;
 термінова операція - первинний шов сечівника;
 троакарна епіцистостомія.

11. Хворий 18 років, одержав удар ногою ділянки правої половини мошонки за добу до звернення до лікаря. При огляді права половина мошонки розміром в два чоловічих кулаки (150x80 мм), інтенсивно-синього кольору, яєчко справа пальпаторно не диференціюється. Хворому запропонована операція ревізії органів мошонки. Яке основне пізні ускладнення являється підставою для хірургічного лікування?

нагноєння гематоми;
 статева дисфункція;
 тривала тимчасова непрацездатність;
 аутоімунне беспліддя;
 загроза піхвово-мошонкової грижі.

12. Серед відкритих пошкоджень статевого члена частіш за все зустрічається:

укушена рана;
 різана рана;
 колота рана;
 ровриви і надриви вуздечки статевого члена.

13. В рамках якого часу можливо при розриві сечівника провести первинний шов (первинну пластику)?

перші 2 години;
 перші 24 години;
 2 дні;
 3-4 дні;
 1 тиждень.

14. Хворий 42 років, знаходиться в травматологічному відділенні, куди доставлений 2 години тому після важкої шляхової травми в шоківому стані. Після виведення із шоку (АТ 115/60 мм рт.ст.) зроблено рентгенограму кісток тазу – перелом лобкових і сідничих кісток справа. Самостійно не мочиться, пальпаторно сечовий міхур на 5 см вище лобка. Стан хворого важкий. Яка операція показана хворому?

троакарна цистостома;
 катетеризація трьохходовим катетером Фолі;
 первинний шов уретри і цистостома;
 цистостомія;
 цистостомія з проведенням катетера Фолі по уретрі.

15. До відділення поступає хворий з травмою калитки. При огляді ліва половина калитки збільшена, відмічається гіперемія. Органи калитки чітко не визначаються. Тактика лікування:

суспензорій і холод на калитку;
блокада за Лорен-Епштейном;
оперативне лікування;
антибактеріальна терапія, динамічний нагляд;
компрес на калитку.

16. До віділення поступає хворий після дорожньої травми, гематурія. Тактика обстеження:
цитоскопія;
аналіз сечі по Зимницькому;
екскреторна урографія;
ізотопна ренографія;
хромоцистоскопія.

17. Після удару ногою в промежину хворий скаржиться на біль при сечовиділенні, гематурію. Тактика обстеження:
екскреторна урографія;
уретрографія;
цистоскопія;
ізотопна ренографія;
комп'ютерна томографія.

18. Хворий, 34 років, звернувся із скаргами на часті сечовипускання з біллю. За рік до цього була травма промежини, була операція в зв'язку з травмою сечівника. Останні 3-4 місяці утрудненне сечовипускання, витончення струї. Який інструмент може допомогти в діагностиці та лікуванні хворого?
цистоскоп;
урофлоуметр;
катетер Фолі;
ехосканер;
бужі.

19. Яке з перелічених нижче досліджень протипоказане після травми промежини з уретрорагією?
уретрографія;
екскреторна урографія з відстрокованою цистографією;
уретроцистоскопія;
УЗД нирок і сечового міхура;
ізотопна ренографія.

6.3. Орієнтуюча карта роботи студентів з навчальною літературою.

Механізм пошкодження нирок і їх класифікація:

А) Урологія за ред. С.П. Пасечнікова.- Вінниця: Нова книга,2013, 242-249

Б) Люлько О.В. Урологія: підручник/ О.В.Люлько, О.Ф.Возіанов.-вид 3-те випр.-К;іів ,2013 664с..

6,4,2. Клінічна картина травм нирок:

А) 243-244

Б)137-139

6,4,3. Діагностика та диференційна діагностика пошкоджень нирок:

- А) 244246
 Б) 139-142,147-149
 6,4,4., лікування та можливі ускладнення травм нирок
 А) 246-248,
 Б)142-147,149-150
 6,4,5. Механізми пошкоджень, класифікація і симптоми пошкоджень сечоводу:
 А)249- 250,333-334
 Б) 150-151,152
 6,4,6. Діагностика і лікування травм сечоводу.
 А)250-253
 Б)151-142,152-153
 6,4,7. Механізми і класифікація пошкоджень сечового міхура:
 А) 252-254
 Б) 154-157,162
 6,4,8. Клініка і діагностика травм сечового міхура:
 А)254-257
 Б) 157-160, 163
 6,4.9. Лікування травм сечового міхура:
 А) 257-258
 Б)160-162,163-164
 6,4.10. Механізм пошкодження сечівника і їх класифікація.
 А)259-261
 Б) 164-172
 6,4.11. Клінічні ознаки та діагностика пошкоджень сечівника:
 А) 260-262
 Б) 164-172
 6,4,.12. Лікування травм уретри:
 А)262-263
 Б) 164-172
 6,4,13Стриктура сечівника: причини, діагностика та методи консервативного ,
 ендоскопічного і хірургічного лікування:
 А) 262-263
 Б)172-176
 6,4.14. Механізм пошкоджень статевого члена, їх класифікація та клінічні
 ознаки:
 А) 269-273
 Б) 178-180
 6,4.15. Діагностика і лікування пошкоджень статевого члена:
 А)273-275
 Б) 178-180
 6,4,.16. Класифікація та клінічні ознаки пошкоджень мошонки і її органів:
 А) 263-265
 Б) 176-178
 6,4.17. Діагностика і лікування пошкоджень мошонки і яєчок:
 А) 266-269
 Б) 176-178

8. Перелік практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:

- оволодіти методикою обстеження хворого (анамнез, огляд нирок в трьох положеннях, пальпація і перкусія сечового міхура сечівника та зовнішніх статевих органів чоловіків;

- ,);
- вміти розпізнавати на рентгенограммах ознаки травми нирки, сечоводу, сечового міхур травми сечівника а, ;
- вміти виконати ретроградну цистографію, ретроградну уретрографію ;
- скласти план обстеження, схему консервативної терапії і обґрунтувати необхідність і обсяг хірургічного лікування хворого з травмою нирки, сечового міхура при пошкодженнях сечівника, статевого члена та мошонки і її органів.

, .

9. Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

9.1. Методи виконання роботи, етапи виконання

Завдання	Послідовність дій	Вказівки до виконання
Катетерізація сечового міхура	<p>У жінок:</p> <p>А-1 положення хворої на гінекологічному кріслі лежачи на спині із розведеними і підігнутими стегнами.</p> <p>А-2 Підготовка “операційного поля” – уретри.</p> <p>А-3 Введення катетера в сечовий міхур</p> <p>А-4 Відмивання сечового міхура.</p> <p>А-5 Інстіляція сечового або введення 15% розчину контрастної речовини для ретроградної</p>	<p>А-2.1. промежину і лобок, а також передвер’я піхви обробляють один раз 1% розчином йоду і один раз 70° спиртом;</p> <p>А-2.2. розводять малі статеві губи в сторони 1-м і 2-м пальцями лівої руки, що дає можливість побачити зовнішній отвір сечівника;</p> <p>А-2.3. тампоном, змоченим дезрозчином, протирають зовнішній отвір сечівника;</p> <p>А-3.1. правою рукою стерильним пінцетом беруть стерильний катетер (конусовидний) на 2-3 см вище бокового віконця;</p> <p>А-3.2. другий кінець катетера держить медсестра (асистент маніпуляції) або катетер згинають і кінець держать між 4-м і 5-м пальцями тієї ж правої руки (звертати увагу, щоб катетером не доторкатись до нестерильних предметів!);</p> <p>А-3.3. катетер хорошо зволожити чи помазати стерильним (!) вазелином або гліцерином, поліміксиновою чи іншою мазью (в тубах для ран, слизових оболонок);</p> <p>А-3.4. правою рукою катетер проводять по сечівнику на глибину 5-8 см до витікання сечі;</p> <p>А-4.1. в шприц 20 мл або шприц Жане набирають 20-50 мл фізіологічного розчину і вводять в сечовий міхур. Повторюють декілька разів до чистого розчину.</p> <p>А-5.1. після відмивання сечового міхура шприцем по катетеру для бактеріцидної дії вводять 20 мл антибіотика, ектерициду, мікроциду чи іншої лікувальної рідини. Для рентгенограми вводять 200-250 мл контрастної рідини (кожну ампулу 20 мл розводять фізрозчином або дистильованою водою до 100 мл).</p>

	цистограми	
	У чоловіків: Б-1 теж, що й А-1. Б-2 теж, що й А-2 Б-3 теж, що й А-3 Б-4-5 теж, що й А-4-5	Б-2.1. беруть статевий член третім і червертим пальцями лівої руки, а великим і вказівним пальцями тієї ж руки розкривають губки наружного отвору сечівника. оловку дезрозчином. Б-3.1-3. теж, що й А-2.1-3 Б-3.4. катетер проводять до сечового міхура (20-25 см). Якщо із-за спазму сфінктера промежини зустрінете перепону, подождіть декілька хвилин, запропонуйте хворому зробити декілька вдохів Б-4-5 теж, що й А-4-5
Курація хворого	Скарги	<ol style="list-style-type: none"> 1. Характер та локалізація болю (в попереку, очеревина, над лоном, в ділянці промежини). 2. Наявність гематурії, уретрорагії. 3. Характер сечовипускання (частота, біль при сечовипусканні, почуття спорожнення сечового міхура, кількість виділеної сечі при кожному сечовипусканні та з моменту травми). 4. Скарги, що обумовлені пошкодженням інших органів.
	Анамнез захворювання і життя	<ol style="list-style-type: none"> 1. Момент (години) травми, її характер, сила і напрямок. 2. Відчуття в перші хвилини і в динаміці після травми, ким і яка допомога здійснювалась. 3. Чи були раніше захворювання нирок та сечових шляхів? 4. Час появи гематурії, уретрорагії, їх характер. 5. Коли після травми з'явився перший поклик до сечовипускання?
	Об'єктивне обстеження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний стан хворого (шок, колапс, алкогольне сп'яніння та інше.) 2. Положення хворого (змушене, психо-симптом, положення жаби, симптом "ваньки-встаньки", сколіоз). 3. Колір шкіри, слизових, наявність царапин, садін, крововиливів, пухлин темно-фіолетового кольору 4. Наявність деформації (вибухання поперекової ділянки, з боку живота, над лоном, в ділянці промежини, мошонки чи статевого члена, крепітації (підшкірна емфізема). 5. Стан кістково-суглобової системи (хребет, ребра, таз). 6. Шляхом пальпування живота визначити ознаки подразнення очеревини, наявність рідини в черевній порожнині, набряків і утворень в підребер'ї за рахунок параренальної гематоми.

		<p>Пальпують надлобкову ділянку, уретру, промежину.</p> <p>7. Аускультативно: наявність легеневих шумів, перистальтики кишок.</p> <p>Макроскопічний огляд сечі.</p>
	Аналіз рентгенологічних досліджень	<ol style="list-style-type: none"> 1. На оглядовій рентгенограмі сечової системи оцінюють стан кісток, скелету (наявність переломів, сколіозу і ін.), відсутність контурів нирки з постраждалої сторони, зникнення контуру поперекового м'язу за рахунок урогематоми. 2. На екскреторній урограмі виявляють можливі ознаки пошкоджень нирок (слабке і пізнє заповнення контрастом мисково-чашкової системи, позаниркове затікання контрасту, відсутність виділення контрастної речовини на стороні пошкодження). 3. Знайти на артеріограмі ознаки пошкодження. 4. При підозрі на травму сечового міхура чи сечівника проводять ретроградну цисто- чи уретрограму. При позаочеревних розривах виявляють затікання рентгенконтрастної речовини за контури органу в вигляді негомогенної маси.
	Оцінка лабораторних досліджень	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові 2. Біохімічні дослідження, обсяг яких залежить від стану хворого і необхідності хірургічного лікування. <p>Аналіз сечі.</p>
	Оцінка інструментальних обстежень	<ol style="list-style-type: none"> 1. при підозрі на травму нирки – хромоцистоскопія. 2. При підозрі на розрив сечового міхура його катетеризація. <p>При підозрі на розрив уретри інструментальні дослідження протипоказані.</p>
I. ретроградна уретрографія (інстиляція уретри)	<p>положення хворого на рентгеновському столі, ліва нога витянута, права – відведена латерально, її п'ята в підколінній ямці лівої ноги. Тазове кільце бажано злегка підняти зліва-направо.</p> <p>Підготовка “операційного поля” – уретри.</p> <p>Введення рідини в сечівник.</p> <p>Уретрограма</p>	<p>при відсутності пошкоджень кісток тазу. Використовується при пошкодженнях і сриктурі сечівника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Беруть статевий член третім і четвертим пальцями лівої руки, а великим і вказівним пальцями тієї ж руки розкривають губки наружного отвору сечівника. 2.2. Добре протирають зовнішній отвір і головку

		<p>члена дезрозчином.</p> <p>3.1. Розчин перед введенням підігріти до температури тіла. Для уретрографії беруть 10-20 мл розчину, розведеного 1:2.</p> <p>3.2. На канюлю шприца для, герметичного введення рідини «одягають» кусок катетера (клювидного) довжиною біля 5 см.</p> <p>3.3. Катетер добре помазати стерильним вазелином або гелем іншого лікарського засобу (в тубах для ран або слизових оболонок).</p> <p>3.4. Катетер вводять на 3-4 см в сечівник. Статевий член підтягують паралельно осі стегнової кістки.</p> <p>3.5. Вводять розчин в сечівник без тиску, не потрібно викликати больової реакції.</p> <p>4.1. Рентгенівський знімок роблять під кінець введення 20 мл розчину, в момент введення. Не забудьте одягти для зменшення променевого навантаження (перед маніпуляцією) просвинцьований фартух.</p>
Курація хворого	Скарги	<p>Характер та локалізація болю (в попереку, очеревина, над лоном, в ділянці промежини. Наявність гематурії, уретрорагії.</p> <p>Характер сечовипускання (частота, біль при сечовипусканні, почуття спорожнення сечового міхура, кількість виділеної сечі при кожному сечовипусканні та з моменту травми).</p> <p>Скарги, що обумовлені пошкодженням інших органів.</p>
	Анамнез захворювання і життя	<p>Момент (години) травми, її характер, сила і напрямок.</p> <p>Відчуття в перші хвилини і в динаміці після травми, ким і яка допомога здійснювалась.</p> <p>Чи були раніше захворювання нирок та сечових шляхів?</p> <p>Час появи гематурії, уретрорагії, їх характер.</p> <p>Коли після травми з'явився перший поклик до сечовипускання?</p>
	Об'єктивне обстеження	<p>Загальний стан хворого (шок, колапс, алкогольне сп'яніння та інше.)</p> <p>Положення хворого (змушене, псоас-симптом, положення жаби, симптом "ваньки-встаньки", сколіоз).</p> <p>Колір шкіри, слизових, наявність царапин, садин, крововиливів, пухлин темно-фіолетового кольору</p> <p>Наявність деформації (вибухання поперекової</p>

		ділянки, з боку живота, над лоном, в ділянці промежини, мошонки чи статевого члена, крепітації (підшкірна емфізема). Стан кістково-суглобової системи (хребет, ребра, таз). Шляхом пальпування живота визначити ознаки подразнення очеревини, наявність рідини в черевній порожнині, набряків і утворень в підребер'ї за рахунок параренальної гематоми. Пальпують надлобкову ділянку, уретру, промежину. Аускультативно: наявність легневих шумів, перистальтики кишок. Макроскопічний огляд сечі.
	Аналіз рентгенологічних досліджень	На оглядовій рентгенограмі сечової системи оцінюють стан кісток скелету (наявність переломів, сколіозу і ін.), відсутність контурів нирки з постраждалої сторони, зникнення контуру поперекового м'язу за рахунок урогематоми. На екскреторній урограмі виявляють можливі ознаки пошкодження нирок (слабке і пізньє заповнення контрастом мисково-чашкової системи, позаниркове затікання контрасту, відсутність виділення контрастної речовини на стороні пошкодження). 3. Знайти на артеріограмі ознаки пошкодження. При підозрі на травму сечового міхура чи сечівника проводять ретроградну цисто- чи уретрограму. При позаочеревних розривах виявляють затікання рентгенконтрастної речовини за контури органу в вигляді негомогенної маси.
	Оцінка лабораторних досліджень	Загальний аналіз крові Біохімічні дослідження, обсяг яких залежить від стану хворого і необхідності хірургічного лікування. Аналіз сечі.
	Оцінка інструментальних обстежень	При підозрі на травму нирки – хромоцистоскопія. При підозрі на розрив сечового міхура його катетеризація. При підозрі на розрив уретри інструментальні дослідження протипоказані.

10. Матеріали для самоконтролю оволодіння знаннями, вміннями, навичками, передбаченими даною роботою

10.1 Тести різних рівнів

1. Який із перерахованих симптомів найчастіше зустрічається при пошкодженні нирки?

- A зниження артеріального тиску
- B припухлість у поперековій ділянці
- +C гематурія

- D ниркова колька
- E гіпертермія

2. Який діагностичний метод з перелічених нижче найбільш інформативний для пошуку і виявлення травми нирки?

- A обзорна урограма
- B пальпація
- C ретроградна уретеропієлографія
- D хромоцистоскопія
- +E екскреторна урографія

3. Що таке субкапсулярний розрив нирки?

- A пошкодження паренхіми нирки з надривом капсули
- B урогематома
- +C пошкодження нирки із збереженням поверхневої капсули
- D пошкодження судинної ніжки нирки
- E множинні пошкодження паренхіми, чаааашково-мискової системи та капсули

4. При якому з перелічених пошкоджень можлива ниркова коліка?

- A відрив ниркової ніжки
- B множинні розриви паренхіми і капсули
- C забій нирки
- +D субкапсулярне пошкодження нирки
- E гематома біля ниркової клітковини

5. Хворий 25 років, доставлений в лікарню в зв'язку з біллю в поперековій ділянці справа, макрогематурією. За годину одержав удар твердим предметом. Пульс 80 ударів за 1 минуту, АТ 120/70 мм рт. ст. Пальпаторно, за даними УЗД і екскреторної урографії виявлена урогематома. Яка повинна бути лікувальна тактика?

- A постільний режим
- B амбулаторне лікування
- C нефректомія
- +D люмботомія, зшивання розриву, нефростомія
- E спокій, призначення гемостатиків та антибіотиків

6. Що слід вважати найбільш важливим для вирішення питання про можливість нефректомії при травмі?

- A ступень крововтрати
- +B функція контрлатеральної нирки
- C наявність урогематоми
- D вираженість пошкодження нирки
- E загальний стан хворого

7. Що обов'язково повинно бути у потерпілого при травмі, для можливості внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура?

- A перелом кісток тазу
- B випорожнений сечовий міхур
- C травма нижньої половини живота
- + D переповнений сечовий міхур
- E тонка стінка м'язів детрузора

8. В зв'язку з хронічним пієлонефритом вагітної в активній фазі, (ХНН –2 стадія, гестоз у жінки в терміні вагітності 38 тижнів), виконана операція кесаревого розтину. Після завершення операції катетером виведено із сечового міхура 250 мл сечі кольору м'ясних помиїв. Яке дослідження повинне бути виконане першим до консультації уролога?

- A цистоскопія
- B аналіз сечі по Зимницькому
- C цистографія
- + D проба Зельдовича
- E екскреторна урографія з відстроковою цистограмою

9. Хворий П., 21 рік, прибув до приймального відділення лікарні із скаргами на болі в животі, більше справа в крижово-підчеревній ділянці, нудоту, блюванню одноразово. За 2 години до госпіталізації пив пиво з товаришами. Після чого оступився і впав. В приймальному відділенні лікарні виділив сечу 250 мл інтенсивно рожевого кольору з декількома невеликими згустками. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A загострення гломерулонефриту
- B гострий апендицит
- C перформаційна виразка шлунку
- D гострий цистит
- +E внутрішнечеревне пошкодження сечового міхура

10. У хворого З., 37 років при УЗД дослідженні діагностовано субкапсулярний розрив нирки. Яка лікувальна тактика при цій патології?

- A нагляд за хворим в амбулаторних умовах
- B термінова операція
- +C динамічний нагляд в стаціонарі, дотримання постільного режиму на протязі 8 днів
- D масивна гемостатична і антибактеріальна терапія
- E виключення фізичних напружень на протязі 3 місяців
Ушкодження уретри і зовнішніх статевих органів

1. Хворий 18 років, одержав удар ногою в ділянку правої половини калитки за добу до звернення до лікаря. При огляді права половина калитки розміром в два чоловічих кулака (150x80 мм), інтенсивно-синього кольору, яєчко справа пальпаторно не диференціюється. Хворому запропонована операція ревізії органівкалитки. Яке основне пізніше ускладнення являється підставою для хірургічного лікування?

- A нагноєння гематоми
- B статева дисфункція
- C тривала тимчасова непрацездатність
- +D аутоімунне беспліддя
- E загроза піхвово-мошонкової грижі

2. Хворий, 42 років, знаходиться в травматологічному відділенні в шоківому стані, куди доставлений 2 години тому після важкої травми. Після виведення із шоку (АТ 115/60 мм ртутного стовба) зроблено рентгенограму кісток кульші– перелом лобкових і сідничних кісток справа. Самостійно не мочиться, пальпаторно сечовий міхур на 5 см вище лобка. Стан хворого важкий. Яка операція показана хворому?

- A троакарна цистостома
- B катетеризація трьохходовим катетером Фолі
- C первинний шов уретри і цистостома
- D цистостомія
- +E цистостомія з проведенням катетера Фолі по уретрі

3. Яка хірургічна тактика у хворого з пристінковим непроникни закритим пошкодженням сечівника?

- A епіцистомія
- +B вичікувальна тактика після капілярної пункції сечового міхура
- C спроба ввести постійний катетер
- D термінова операція – первинний шов сечівника
- E троакарна епіцистомія

4. В рамках якого часу можливо при розриві сечівника провести первинний шов (первинну пластику)?

- A перші 2 години
- +B перші 24 години
- C 2 дні
- D 3-4 дні
- E 1 тиждень

5. Хворого 42 років госпіталізовано через 1,5 години після падіння та ушкодження краєм металеві арматури. Скаржиться на затримку сечі, уретрорагію. Яке дослідження дозволить вірогідно встановити локалізацію, ступінь та характер ймовірного ушкодження уретри?

- A загальний аналіз сечі
- B катетеризація уретри
- C уретроскопія
- +D ретроградна уретрографія
- E рентгенограма кісток кульші

6. Хворого 50 років госпіталізовано в зв'язку з проникним ушкодженням уретри 2 – денної давнини. Яке невідкладне хірургічне втручання абсолютно показане хворому?

- A первинний уретероуретероанастомоз
- +B цистостомія
- C первинна хірургічна обробка
- D меатотомія
- E тунелізація уретри

7. Хворого 20 років госпіталізовано у зв'язку із травмою правої половини калитки із скаргами на болі у її проекції, збільшення її розмірів та наявність підшкірної гематоми. Яке дослідження допоможе встановити клінічний діагноз?

- A пальпація органів калитки
- B радіоізотопне сканування яєчок
- C діафаноскопія
- D доплерографія тканини яєчок

+Е УЗД органів калитки

8. Хворого 70 років госпіталізовано із скаргами на значний набряк статевого прутеня, неможливість сечовиділення, різкий біль в корені статевого прутеня, що виникли після надівання на прутень металевого кільця, з метою запобігти нетриманню сечі. Який лікувальний засіб найбільш ефективний?

- А меатотомія
- В проти набрякова терапія
- С аналгетики
- +D руйнування ущільнюючого кільця
- Е бужування уретри

9. Хворого 39 років госпіталізовано у вкрай тяжкому стані до реанімаційного відділення у зв'язку з осколковим переломом кісток кульші, розривом бульбозної частини уретри, черепно-мозковою травмою. Яке єдине трування показане хворому з метою відведення сечі?

- А цистостомія
- В уретероуретероанастаоз
- +С капілярна пункція сечового міхура
- Д дренажування урогематоми
- Е катетеризація сечового міхура

10. Хворого 26 років госпіталізовано із розривом кавернозного тіла статевого прутеня. Виконано ушивання дефекту білкової оболонки, дренажування гематоми, признаена антибактеріальна терапія. Яким лікувальним засобом абсолютно необхідно доповнити терапію ?

- А десенсебілізуючими
- +В седативними, що пригнічують ерекцію
- С вазодилататорами
- Д гормональними
- Е протеолітичними ферментами

Розробники:

зав. кафедри урології та нефрології, професор Ф.І. Костєв
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. Красиліук
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. Пасєчніков; Урологія: підручник/ под ред. С. П. Пасєчнікова, С. А. Возіанов, В. Н. Лесовий [и др.]. – Вид. 3-є. – Вінниця : Нова Книга, 2019.

2. Пасечніков С.П. Сучасні пароблеми урології: [посібник]: довідник лікаря/ С.П. Пасечніков, В.І. Зайцев. - Київ: Б-ка Здоров'я України; 2017.
3. Стусь В.П. Урологія (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-е видання. Пороги. Днепропетровск. - 2012р.
6. "Урологія (Методичні розробки практичних занять для студентів)" за редакцією професора В.П. Стуся, видання друге, доповнене. / А.П. Стусь. Моїєєінко 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. Урологія : учебник для студ. высших мед. учебн. заведений : перевод с укр. издания / С.П. Пасечников, С.А. Возианов, В.Н. Лесовой, Ф.И. Костев, В.П. Стусь, и др./ Под ред. С.П. Пасечников - Изд.2. - Винница : 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. Бібліотека студента медика. Урологія. За ред.. Ф.І. Костева. - Одеса, 2004. - 296с.
6. Урологія / 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/>