

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра урології та нефрології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття для студентів

Тема заняття Травматичні пошкодження нижніх сечової системи та органів чоловічої статеві системи. Сечостатеві нориці у жінок.

Курс 4, факультет медичний №2

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

Зав. кафедрою професор Костєв Ф.І. _____

Одеса – 2023 р.

1. Актуальність теми: Пошкодження сечостатевих органів зустрічаються досить часто, іноді супроводжуються ушкодженням інших внутрішніх органів. Своєчасне розпізнавання цієї патології допоможе лікарю будь-якої спеціальності надати кваліфіковану допомогу і допоможе запобігти помилок при визначенні тактики лікування.

2. Тривалість заняття: __2__ (год.)

3. Навчальна мета (конкретні цілі):

Студент повинен знати:

1. Класифікацію травм нирок і сечоводів.
2. Симптоматологію і перебіг травм нирок і сечоводів.
3. Діагностику травм нирок і сечоводів.
4. Диференціальну діагностику травм нирок і сечоводів.
5. Лікування травм нирок (консервативне).
6. Оперативне лікування травм нирок і сечоводів.
7. Класифікацію травм сечового міхура і уретри.
8. Симптоматологію та клінічний перебіг закритих пошкоджень сечового міхура і уретри.
9. Діагностику закритих пошкоджень сечового міхура і уретри.
10. Проба Зельдовича при закритих пошкодженнях сечового міхура.
11. Диф.діагностику закритих травм сечового міхура.
12. Лікування закритих травм сечового міхура і уретри та їх ускладнень.
13. Невідкладну допомогу при розриві уретри.

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.

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

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

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

5 Поради студенту.

5.1. Зміст теми:

Пошкодження нирок

Пошкодження нирки, як і інших внутрішніх органів, можуть бути закритими - без порушення цілості зовнішніх покривів і відкритими - при ураженні останніх. В мирний час найбільш часті закриті пошкодження нирки. Вони можуть бути викликані ударом, поштовхом, здавленням, сильним ознобом. Травми нирок бувають виробничі, спортивні та побутові.

Закриті пошкодження нирок

по важкості ділять на шість ступенів: 1/ забій нирки, 2/ підкапсульний розрив нирки, 3/ розрив капсули і паренхіми нирки, які не доходять до чашок і миски, 4/ розрив паренхіми нирки, який проникає до чашок і миски, 5/ розчавлення нирки, 6/ відрив магістральних ниркових судин або сечоводу.

До перших трьох груп належать пошкодження, які не супроводжуються порушенням цілості ниркової миски і чашок. До 4-ї і 5-ї з їх пошкодженням, до 6-ї належать травми, при яких спостерігається відрив судинної ніжки нирки.

Клінічна картина закритого пошкодження нирок залежить від його ступеня.

Основними симптомами травми нирок є біль, по-друге - припухлість ниркової ділянки за рахунок гематоми або ж урогематоми, третій симптом - гематурія.

Болі при травмах нирок найчастіше тупі, постійні, підсилюються при пальпації ниркової ділянки. Можуть спостерігатись також і гострі болі типу ниркової кольки, коли відбувається закупорка сечоводу згустком крові.

Припухлість в нирковій ділянці внаслідок гематоми і урогематоми є важливою ознакою. В нирковій ділянці визначається тістуватої консистенції утворення, інколи дуже великих розмірів, яке вказує на наявність скопичень в навколонирковій клітковині або заочеревинному просторі крові чи крові з сечею. Цей симптом менш важливий при добре розвинутій мускулатурі. Крім того, при поєднаних пошкодженнях, коли є пошкодження очеревини або плеври, кров може вилитись в черевну або грудну порожнину і тоді припухлість в нирковій ділянці не утворюється.

Найбільш частою ознакою травми нирок є гематурія. Гематурія при травматичних пошкодженнях нирки спостерігається в 90-95% випадків. Гематурія може бути відсутня тоді, коли має місце відрив сечоводу, за закупорки сечоводу згустком крові, а також за пошкодження судин нирки. Інтенсивність гематурії різна. Може спостерігатись мікрогематурія, але частіше має місце макрогематурія, причому вона завжди тотальна. Крім цих основних ознак травми нирки, існують інші ознаки: нудота, блювота, напруження м'язів поперекової ділянки. Найбільш небезпечними є шок і колапс, які наступають безпосередньо після травми. В цих випадках хворі бліді, покриті холодним потом, байдужі до оточуючих, пульс частий, слабого наповнення, артеріальний тиск понижений.

Діагноз закритого пошкодження нирки ґрунтується на вказаних вище симптомах. Важливе значення надається анамнезу. Якщо до вас звертається хворий у якого є гематурія, а з анамнезу дізнається, що була травма, то передусім потрібно думати про пошкодження нирки.

Для діагностики проводиться передусім цистоскопія, але потрібно пам'ятати, що цистоскопію необхідно проводити тільки після виведення хворого із шокового стану, так як інструментальне дослідження може поглибити шок.

Проводиться одночасно і рентгенологічне дослідження. Рентгенологічними ознаками пошкодження нирки є слабе і пізње заповнення рентгеноконтрасним розчином її чашково- мискової системи, підкапсульне та позаниркове затікання рентгенконтрасної речовини, деформація чашок та ниркової миски. На ангиограмах виявляється порушення артеріального і венозного кровотоку при крайових пошкодженнях, затікання рентгенконтрасної речовини в навколонишкову клітковину внаслідок травмування гілок ниркової артерії.

Диференціальна діагностика. Ізольоване пошкодження нирки

Лікування. При підозрі на травму нирки хворий повинен бути негайно госпіталізований в лікувальний заклад. Навіть травми, що спочатку здаються легкими, в подальшому можуть набрати тяжкий перебіг. Перша допомога полягає в боротьбі з шоком - спокій, тепло, переливання крові.

Переважає більшість хворих з ізольованою травмою нирок - майже 70-80%, підлягають консервативному лікуванню. Необхідно мати на увазі, що сама по собі інтенсивна гематурія не може служити показом до оперативного втручання, якщо загальний стан хворого задовільний - наповнення пульсу залишається задовільним, артеріальний тиск не падає, анемізація не прогресує. За наявності мікрогематурії і неінтенсивній макрогематурії показане консервативне лікування: дотримання хворим ліжкового режиму впродовж 10-15 днів, болетамуючі, гемостатичні засоби, антибіотики.

Пошкодження сечоводів

Закриті або підшкірні розриви сечоводів зустрічаються досить рідко. Завдяки еластичності і рухливості сечовід завжди зміщується при травмі. Основним симптомом закритого пошкодження сечоводу є наявність сечових запливів в заочеревинному просторі. Для діагностики застосовується катетеризація сечоводів з введенням контрасної речовини.

Лікування тільки оперативне - зшивання сечоводу на введеному сечовідному катетері, дренивання навколонишкового простору, нерідко і нирки. Необхідно мати на увазі, що пошкодження сечоводів можуть мати місце під час операції на органах малого тазу і насамперед при гінекологічних операціях, які проводять з приводу раку матки або великих інтралігаментарних пухлин. В цих випадках, якщо пошкодження сечоводу виявили під час операції, проводять первинний шов сечоводу на введеному сечовідному катетері і одночасне дренивання заочеревинного простору. Якщо ж поранення сечоводу не відмічено під час операції, то виникають сечові запливи, флегмона клітковини, перитоніт, сечовідно- вагінальні нориці. В цих випадках необхідно провести позаочеревинний розріз - поперековий або клубовий, і широко дренивати клітковину, дати відтік сечі, яка вилілась, а також провести нефростомію. Якщо в подальшому виникає пієлонефрит або

апостематозний нефрит, то це зставляє вдаватись до видалення нирки. Якщо ж цих ускладнень не наступає, в у подальшому можна провести пластику сечоводу. Пластику проводять відрізком тонкої кишки або червоподібним паростком.

Пошкодження сечового міхура

Пошкодження сечового міхура поділяють на закриті і відкриті, ізолювані й поєднані, внутрішньоочеревинні, позаочеревинні та змішані.

Внутрішньоочеревинні пошкодження

виникають при переповненому сечовому міхурі, переважно при алкогольному сп'янінні, коли знижується чутливість сечового міхура. Тоді позиви до сечовипускання появляються пізно, сечовий міхур переповнений і навіть невелика травма, удар в нижню частину живота, здавлення, падіння, і т. д., або різке, раптове перенапруження м'язів живота, призводять до розриву верхівки сечового міхура, що покрита очеревиною.

Внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура супроводжується своєрідною клінічною картиною. В момент травми хворий відчуває гостру біль внизу живота, нерідко при цьому настає шок, хворий блідне, вкривається холодним потом, з'являється нудота, блювота. Одночасно хворий відчуває часті позиви на сечовипускання. В одних хворих за такого позиву виділяється лише декілька капель кровянистої сечі. Раніше цей симптом називали кровавою анурією. В інших хворих при частих позивах до сечовипускання зовсім не виділяється сеча - це так звана несправжня анурія.

Лікування внутрішньоочеревинних пошкоджень сечового міхура тільки оперативне. Чим раніше буде проведене втручання, тим сприятливіші результати. Операція складається із лапаротомії, ревізії черевної порожнини, звільнення черевної порожнини від сечі і крові, ушивання місця розриву двохповерховими вузловими швами і накладання позачеревної цистостоми. Після таких операцій сечовий міхур повинен бути надійно дренований. Накладанні швів першого ряду повинно проводитись без захвату слизової, щоб виключити інкрустацію солями і утворення каменів.

Позаочеревинні пошкодження сечового міхура

За цього виду пошкоджується стінка міхура, не покрита очеревиною - найчастіше спереду, в ділянці лобкових кісток при їх переломі. За позаочеревинного пошкодження відбувається сечова інфільтрація оточуючих тканин ретцієвого простору, клітковини тазу; через паховий канал сеча проникає в калитку, через запиральний отвір - на стегно.

Клінічно позаочеревинний розрив супроводжується різким болем і явищами шоку, є позиви до сечовипускання, але при натужуванні хворий з труднощами виділяє лише декілька капель сечі з домішками крові. Хворий оберігає живіт при диханні, нижній відділ передньої черевної стінки дещо напружений і болючий при пальпації. Перкуторно над лобком визначається тупість без чітких границь. Дослідження пальцем через пряму кишку або піхву дозволяє виявити інколи пастозність, нависання і болючість передньої стінки прямої кишки або склепінь піхви. За пізнього звертання /через 2-3 дні після травми/ на передній черевній стінці в ділянці симфізу, в пахових ділянках, на внутрішній поверхні стегон може з'явитись почервоніння і набряклість як наслідок розвитку сечового затіку і запального процесу. Сечова інфільтрація майже завжди супроводжується інфекцією - з'являється висока температура, частий пульс, сухий язик, блювота. Якщо таким хворим провести катетеризацію сечового міхура - виділяється кров або небагато кров'янистої сечі. Тут же проводиться ретроградна цистографія. За позаочеревинних розривів затік контрастної речовини визначаються у вигляді неоформлених плям і смужок за межами тіні сечового міхура.

Лікування позаочеревинних розривів тільки оперативне. Операцію необхідно проводити зразу ж, як тільки встановлено діагноз і хворий виведений з шокowego стану.

Операція полягає в ушиванні рани сечового міхура, накладанні надлобкової нориці, а також дренажу навколومیхурової клітковини. Передміхурова клітковина може бути дренована за допомогою марлево-гумових дренажів, які вводять через операційну рану над лобком. Це можливо за умов невеликого проміжку часу з моменту травми і сечовий затік не є поширеним. За наявності значної сечової інфільтрації малого тазу необхідно широко дреновати затік через промежину або запіральний отвір. Найбільш поширеним є метод дронування через запіральний отвір по Буяльському-Мак-Уортеру. Для цього поперечним розтинном довжиною 3-4 см на внутрішній поверхні стегна, відступаючи на 1 поперечний палець від пахової складки, оголяють привідні м'язи стегна. Тупо їх розшаровуючи, підходять до запірального м'яза, його теж розшаровують до запірального отвору, після чого проникають в порожнину малого тазу і вводять дренажну трубку.

5.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомо-фізіологічні особливості сечовидільної системи.
2. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи дослідження в діагностиці закритих травм нирок і сечоводів.
3. Застосування середників патогенетичної і симптоматичної терапії та різні методи оперативного лікування.
4. Основні симптоми травматичного пошкодження нирок і сечоводів.
5. Класифікація травматичного пошкодження нирок.
6. Покази до оперативного лікування закритих пошкоджень нирок і сечоводів.

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 закритих травм нирок і сечоводів, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. Які клінічні симптоми закритих травм нирок і сечоводів?
2. Якій об'єм діагностичних заходів потрібно призначити хворому з закритою травмою нирки?
3. Яка тактика ведення хворих з закритою травмою нирок і сечоводів?

Робота 2. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки закритих травм сечового міхура і уретри, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. Які клінічні симптоми закритих травм сечового міхура і уретри?
2. Який об'єм діагностичних заходів потрібно призначити хворому з закритою травмою сечового міхура і уретри?
3. Що таке проба Зельдовича?
4. Яка лікувальна тактика ведення хворих з закритою травмою сечового міхура і уретри?

5.4. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Ведення хворих з забійом нирки?
2. Яка тактика при проникаючих пошкодженнях нирок?
3. Які групи пошкоджень відносять до легкого, середнього, важкого ступеню важкості?
4. Яка діагностична цінність урогематоми?
5. Яка клініка відриву нирки від судинної ніжки?
6. Які ятрогенні пошкодження сечоводів найчастіші?
7. Що таке проба Зельдовича? с-м Зельдовича?
8. Куди поширюються сечові набряки при позаочеревинному розриві сечника?

9. Як методи дренивання клітковини тазу ви знаєте?
10. Які відділи сечівника пошкоджуються найчастіше?
11. Які головні причини виникнення стріктур уретри?
12. Як методи дренивання клітковини тазу ви знаєте?
13. Який механізм ятрогенних пошкоджень сечника?
14. Коли виникає внутрішньоочеревинний розрив сечника?
15. Яка тактика при поєднаних пошкодженнях сечового міхура та кісток таза?
16. У чому особливості клініки внутрішньоочеревинного та позаочеревинного пошкодження?
17. Які ознаки відрізняють ці види при виконанні цистографії?
18. Які методи оперативного лікування використовуються при пошкодженнях сечового міхура?
19. Після якого часу з момента травми сечівника немає змісту виконувати пластичне оперативне втручання?

Б. Задачі для самоконтролю

1. Машиною швидкої допомоги в лікарню доставлений потерпілий, який був побитий невідомими. У лівій поперековій ділянці обширна гематома, сеча забарвлена кров'ю. Пульс 94 за 1 хв, ритмічний, АТ- 105/70 мм рт.ст. Про яке захворювання слід думати? Необхідні обстеження?

Відповідь. Про закриту травму лівої нирки. Слід виконати УЗД і екскреторну урографію.

2. Хворий К., 34 роки, був збитий автомобілем. У приймальному відділенні діагностовано перелом кісток таза. З уретри краплями виділяється кров. Як називається даний симптом? Про яке захворювання можна думати? Яке обстеження необхідно виконати для уточнення діагнозу?

Відповідь. Уретрорагія. Підозра на розрив уретри. Необхідно виконати ретроградну уретроцистографію.

3. Яка тріада симптомів найчастіше трапляється при пошкодженні нирки?

Відповідь. Біль у поперековій ділянці, гематурія, урогематома.

4. Хворий К., 25 років, доставлений до лікарні в зв'язку з болем у поперековій ділянці справа, макрогематурією. Годину тому одержав удар твердим предметом. Пульс 80 ударів за 1 хв, АТ 120/70 мм рт. ст. Пальпаторно, за даними УЗД і екскреторної урографії виявлена урогематома. Яка повинна бути лікувальна тактика?

Відповідь. Спокій, призначення гемостатиків та антибіотиків.

5. Яку передумову слід вважати найбільш важливою для вирішення питання про можливість нефректомії при травмі?

Відповідь. Функцію контрлатеральної нирки .

6. У зв'язку з хронічним пієлонефритом вагітної в активній фазі (ХНН2, гестоз у жінки в терміні вагітності 38 тижнів), виконана операція кесаревого розтину. Наступного дня після операції відзначається значна дизурія, болі при сечовипусканні, катетером виведено із сечового міхура 250 мл сечі кольору «м'ясних помиїв». Який попередній діагноз? Яке дослідження повинно бути виконане першим (до консультації уролога)?

Відповідь. Інтраопераційне пошкодження сечового міхура. Проба Зельдовича.

7. Хворий П., 21 рік, прибув до приймального відділення лікарні зі скаргами на біль у животі, більше справа внизу живота, нудоту, блювання одноразово. За 2 години до госпіталізації пив пиво з товаришами, після чого оступився і впав. Гемодинаміка стабільна. У приймальному відділенні лікарні виділив сечу (150 мл) інтенсивно рожевого кольору з декількома невеликими згустками. Який діагноз найбільш вірогідний? Як тактика лікування?

Відповідь. Внутрішньочеревне пошкодження сечового міхура. Негайна операція.

8. Хворий О., 18 років, одержав удар ногою в ділянку правої половини мошонки за добу до звернення до лікаря. При огляді права половина мошонки розміром у два чоловічих кулаки (150x80 мм), інтенсивно-синього кольору, яєчко справа пальпаторно не диференціюється. Тактика лікування? Яке основне пізніше ускладнення може виникнути?

Відповідь. Операція - ревізії органів мошонки. Нагноєння гематоми.

9. Хворий М., 42 роки, знаходиться в травматологічному відділенні в шоківому стані, куди доставлений 2 години тому після тяжкої травми. Після виведення із шоку (АТ- 115/60 мм рт. ст.) виконано рентгенограму кісток – перелом лобкових і сідничних кісток справа. Самостійно не мочиться,

пальпаторно сечовий міхур на 5 см вище лобка. Стан хворого тяжкий. Яка операція показана хворому?

Відповідь. Троакарна цистостома.

10. Яка хірургічна тактика у хворого з пристінковим непроникним закритим ушкодженням сечівника внаслідок травматичної катетеризації при гострій затримці сечі?

Відповідь. Троакарна цистостома.

11. Хворого С., 42 роки, госпіталізовано через 1,5 години після падіння на промежину та ушкодження краєм металеві арматури. Скаржиться на затримку сечі, уретрорагію. Яке дослідження дозволить вірогідно встановити локалізацію, ступінь та характер імовірного ушкодження уретри? Яка тактика лікування?

Відповідь. Ретроградна уретрографія. Первинний уретроуретроанастомоз.

12. Хворого А., 20 років, госпіталізовано через 3 доби після травми правої половини мошонки зі скаргами на біль у її проекції та збільшення її розмірів. Яке дослідження допоможе встановити клінічний діагноз? З чим слід диференціювати?

Відповідь. УЗД органів мошонки. З орхоепідидимітом.

13. Хворого Д., 70 років госпіталізовано зі скаргами на значний набряк статевого члена, неможливість сечовиділення, різкий біль у корені статевого члена, наявність на члені металевого кільця (з метою запобігти нетриманню сечі). Який лікувальний засіб найбільш ефективний?

Відповідь. Руйнування ущемлюючого кільця.

14. Хворого Л., 39 років, госпіталізовано у вкрай тяжкому стані до реанімаційного відділення у зв'язку з уламковим переломом кісток тазу, розривом бульбозної частини уретри, черепно-мозковою травмою. Яке втручання показане хворому з метою відведення сечі?

Відповідь. Цистостомія.

15. Хворого Ж., 26 років, госпіталізовано з розривом кавернозного тіла статевого члена. Виконано ушивання дефекту білкової оболонки, дренивання гематоми, призначена антибактеріальна терапія. Яким лікувальним засобом абсолютно необхідно доповнити терапію?

Відповідь. Седативними, що пригнічують ерекцію.

16. Хворий Т., 43 роки, доставлений до клініки з приводу болю в лівій половині поперекової ділянки, що виник після падіння з висоти 2 м. Після травми під час сечовипускання двічі відмітив наявність макрогематурії. Стан середньої тяжкості. АТ і пульс – норма. З боку органів грудної клітки і черевної порожнини патологічних змін не виявлено. Є невелика болісна припухлість у лівій поперековій ділянці. Вкажіть попередній діагноз і тактику лікування.

Відповідь. Травма лівої нирки. Спокій, призначення гемостатиків та антибіотиків.

17. Хворий С., 25 років, доставлений до клініки з приводу болю в правій поперековій ділянці, макрогематурії зі згустками. Годину тому отримав удар твердим предметом у праву поперекову ділянку. Положення вимушене: виражений сколіоз на хворий бік. У ділянці правого підребер'я визначається болісна припухлість. Пульс- 120 уд/хв. АТ- 85/50 мм рт. ст. Ознак перитоніту немає. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається. На екскреторних урограмах ліва нирка звичайних розмірів, чашечко-мискова система не змінена. Пасаж рентгеноконтрастної речовини вздовж сечоводу не порушений. Справа контрастна рідина в проекції нирки та сечових шляхів не визначається. Хромоцистоскопія: із вічка правого сечоводу – струм крові, індигокарміну не визначалося протягом 12 хв спостереження. Зліва - сеча, забарвлена індигокарміном з'явилася на 7-й хвилині. Ваш діагноз? Лікувальна тактика? Чи необхідно виконання іншого допоміжного дослідження?

Відповідь. Травма правої нирки. Негайна операція. Ні.

В. Тестові завдання для самоконтролю:

1. **Яка із перелічених груп пошкоджень нирки не входить до їх класифікації?**
 1. Розчавлення нирки.
 2. Розрив капсули.
 3. Забій нирки.
 4. **Перекрут судинної ніжки.**
 5. Відрив судинної ніжки.
2. **При якому виді травми нирки не буде гематурії?**
 1. Забій нирки.
 2. **Відрив судинної ніжки.**
 3. Розчавлення нирки.
 4. Підкапсулярний розрив паренхіми.
 5. Розрив капсули.
3. **При якому обстеженні можливо пошкодження нирки?**
 1. Екскреторна урографія.
 2. Нефросцинтиграфія.
 3. Катетеризація сечового міхура.
 4. Перкусія нирки.
 5. **Ретроградна пієлографія.**
4. **При якій лікувальній процедурі можливо пошкодження нирки (знайти невірне)?**
 1. Дистанційна літотрипсія.
 2. Пункція кісти нирки.
 3. Катетеризація нирки.
 4. **Цистолітотрипсія.**
 5. Встановлення стенту.
5. **Перед оперативним втручанням з приводу пошкодження нирки необхідно зробити:**
 1. **Хромоцистоскопію.**
 2. Нефросцинтиграфію.
 3. Катетеризацію нирки.
 4. УЗД нирки.
 5. Ретроградну пієлографію.
6. **Яка тріада симптомів найбільш характерна для травми нирки?**
 1. Біль, протеїнурія, гематурія.
 2. **Біль, гематурія, урогематома.**
 3. Гематурія, піурія, біль.
 4. Урогематома, протеїнурія, гематурія.
 5. Гематурія, біль, гіпертермія.
7. **Патогномонічним симптомом пошкодження нирки є:**
 1. Збільшення нирки.
 2. Випинання контуру нирки.
 3. Відсутність її функції.
 4. Зміна положення нирки.
 5. **Вихід контрасту за її межі.**

8. Протипоказом для оперативного лікування при травмі нирки є:

1. Поєднання з пошкодженням органів черевної порожнини.
2. Похилий вік хворого.
3. Гектична температура.
4. Єдина нирка.
5. **Жоден з них.**

9. Протипоказом для нефректомії при травмі нирки є:

1. Поєднання з пошкодженням органів черевної порожнини.
2. Похилий вік хворого.
3. Пошкодження судинної ніжки.
4. **Єдина нирка.**
5. Розчавлення нирки.

10. Показом для нефректомії при травмі нирки є:

1. Поєднання з пошкодженням органів черевної порожнини.
2. Пошкодження сечоводу.
3. Розрив паренхіми нирки.
4. Єдина нирка.
5. **Розчавлення нирки.**

11. Оперативне лікування при травмі нирки показано при:

1. **Поєднанні із пошкодженням органів черевної порожнини.**
2. Макрогематурії.
3. Гектичній температурі.
4. Наявності єдиної нирки.
5. Урогематомі.

12. Оперативне лікування при травмі нирки показано при:

1. Бактеріотоксичному шоку.
2. Макрогематурії зі згортками.
3. **Геморагічному шоку.**
4. Наявності єдиної нирки.
5. Вираженому больовому синдрому.

13. Найбільш небезпечним раннім ускладненням травми нирки є:

1. **Геморагічний шок.**
2. Макрогематурія.
3. Гектична температура.
4. Відсутність функції нирки.
5. Сечові затіки.

14. Гостра ниркова недостатність як раннє ускладнення травми нирки найчастіше виникає при:

1. **Травмі єдиної нирки.**
2. Макрогематурії зі згортками.
3. Пухлині протилежної нирки.
4. Травмі нефункціонуючої нирки.
5. В усіх цих випадках.

15. Навколониркива гематома утворюється при:

1. Підкапсульному розриві.

2. **Розчавленні нирки.**
 3. Забої нирки.
 4. Перекруті судинної ніжки.
 5. Відриві сечоводу.
- 16. При закритому пошкодженні нирки найчастіше тактика полягає у:**
1. Негайній операції.
 2. **Консервативній терапії.**
 3. Нефректомії.
 4. Катетеризації нирки.
 5. Нефростомії.
- 17. При відкритому пошкодженні нирки найчастіше тактика полягає у:**
1. **Негайній операції.**
 2. Консервативній терапії.
 3. Активній інфузійній терапії.
 4. Катетеризації нирки.
 5. Нефростомії.
- 18. При пошкодженні нирки консервативна терапія полягає у призначенні (знайти невірне):**
1. Антибіотикотерапії.
 2. Знеболюючих.
 3. Постільному режимі.
 4. **Антикоагулянтів.**
 5. Уроантисептиків.
- 19. При пошкодженні нирки тривалість постільного режиму в середньому:**
1. 3-5 днів.
 2. 1 тиждень.
 3. **10-15 днів.**
 4. До 1 місяця.
 5. До зупинки макрогематурії.
- 20. Як запобігти травмі сечоводу при його катетеризації у хворого з нефроптозом?**
1. Вводити катетер не глибше 10 см.
 2. Вводити менше контрасту.
 3. Використовувати найтонший катетер.
 4. Попередньо провести пробу на переносимість контрасту.
 5. **Попередньо виконати в/в урографію.**
- 21. Найчастіше сечовід травмується при:**
1. Сечокам'яній хворобі.
 2. **Медичних маніпуляціях.**
 3. Тупій травмі черева.
 4. Відкритих пошкодженнях.
 5. Пієлонефриті.
- 22. При підозрі на пошкодження сечоводу необхідно виконати:**
1. **В/в урографію.**

2. Інфузійну урографію.
3. Нефросцинтиграфію.
4. УЗД.
5. Сканування нирки.

23. При пошкодженні тазового відділу сечоводу найчастіше виконують:

1. Нефректомію.
2. Уретероцистонеостомію.
3. Резекцію нирки.
4. Уретерокутанеостомію.
5. Кишечну пластику сечоводу.

24. Внутрішньоочеревинні пошкодження сечового міхура виникають при:

1. Відкритій травмі.
2. Переломах кісток тазу.
3. Автоаваріях.
4. Переповненому сечовому міхурі.
5. Сечокам'яній хворобі.

25. Внутрішньоочеревинні пошкодження сечового міхура, як правило, не виникають при:

1. Відкритій травмі.
2. Падінні з висоти.
3. Пустому сечовому міхурі.
4. Ударі в живіт.
5. ТУР сечового міхура.

26. Позаочеревинні розриви сечового міхура виникають при:

1. Відкритій травмі.
2. Переломах кісток тазу.
3. Автоаваріях.
4. Переповненому сечовому міхурі.
5. Сечокам'яній хворобі.

27. Масивна гематурія при травмі сечового міхура, як правило, виникає при:

1. Внутрішньоочеревинному розриві сечового міхура.
2. Множинних розривах дна міхура.
3. Множинних розривах тіла міхура.
4. Розривах шийки міхура.
5. Переповненому сечовому міхурі.

28. Особливістю перитоніту при внутрішньоочеревинному розриві сечового міхура (на відміну від банального) є:

1. Швидкий початок.
2. Інтенсивний біль.
3. Торпідний перебіг.
4. Масивна гематурія.
5. С-ми інтоксикації.

29. Патогномонічним для позаочеревинного розриву сечового міхура є:

1. Перитоніт.
2. Біль.
3. Гематурія.
4. Блювота.

5. Підшкірні сечові затіки.

30.Проба Зельдовича позитивна при:

1. Домішках крові у введеній рідині.
2. Згортках крові у введеній рідині.
3. Домішках сечі у введеній рідині.
4. **Дефіциті введеної рідини.**
5. Усьому наведеному.

31.Проба Зельдовича дозволяє діагностувати:

1. Перитоніт.
2. Внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура.
3. Позаочеревинний розрив сечового міхура.
4. **Будь-який розрив сечового міхура.**
5. Усе наведене.

32.Для виконання проби Зельдовича використовують:

1. Цистоскоп.
2. Зонд.
3. **Катетер.**
4. Стент.
5. Дренажну трубку.

33.Для виконання проби Зельдовича використовують:

1. **Фурацилін.**
2. Спирт.
3. Р-н йоду.
4. Індигокармін.
5. Хлогексидин.

34.Сечові затіки при позаочеревинному розриві сечового міхура найчастіше розповсюджуються на:

1. Матку.
2. **Калитку.**
3. Стегно.
4. Передню черевну стінку.
5. Бічну черевну стінку.

35.Для діагностики пошкоджень сечового міхура найбільш інформативною є:

1. В/в урографія.
2. **Цистографія.**
3. Цистоскопія.
4. УЗД.
5. Комп'ютерна томографія.

36.Патогномонічним для внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура є:

1. **Перитоніт.**
 2. Біль.
 3. Гематурія.
 4. Блювота.
 5. Підшкірні сечові затіки.
- 37. При пошкодженні сечового міхура тактика полягає у:**
1. **Негайній операції.**
 2. Нагляді лікаря.
 3. Призначенні антибіотиків.
 4. Катетеризації сечового міхура.
 5. Нефростомії.
- 38. При позаочеревинному пошкодженні сечового міхура операція полягає у:**
1. Резекції стінки, цистостомії, дрениванні порожнини тазу.
 2. Ушиванні стінки, цистостомії, дрениванні черевної порожнини.
 3. Катетеризації сечового міхура, цистостомії, дрениванні черевної порожнини.
 4. **Ушиванні стінки, цистостомії, дрениванні порожнини тазу.**
 5. Резекції стінки, цистостомії, дрениванні черевної порожнини.
- 39. При внутрішньоочеревинному пошкодженні сечового міхура операція полягає у:**
1. Резекції стінки, цистостомії, дрениванні порожнини тазу.
 2. **Ушиванні стінки, цистостомії, дрениванні черевної порожнини.**
 3. Катетеризації сечового міхура, цистостомії, дрениванні черевної порожнини.
 4. Ушиванні стінки, цистостомії, дрениванні порожнини тазу.
 5. Резекції стінки, цистостомії, дрениванні черевної порожнини.
- 40. Яка тріада симптомів найбільш характерна для травми уретри?**
1. Гостра затримка сечі, гематурія, біль.
 2. Біль, гематурія, урогематома.
 3. Уретрорагія, біль, хронічна ішурія.
 4. Урогематома, гостра затримка сечі, гострий цистит.
 5. **Гостра затримка сечі, уретрорагія, біль.**
- 41. Для діагностики пошкоджень уретри не можна використовувати:**
1. В/в урографію.
 2. Низхідну цистографію.
 3. **Катетеризацію сечового міхура.**
 4. УЗД.
 5. Уретрографію.
- 42. Для діагностики пошкоджень уретри найбільш інформативною є:**
1. В/в урографія.
 2. **Уретрографія.**
 3. Уретроскопія.
 4. УЗД.
 5. Комп'ютерна томографія.

43. При переломах кісток тазу з пошкодженням уретри по можливості використовують:

1. Консервативні засоби.
2. Остесинтез.
3. Первинну пластику уретри.
4. Епіцистостомію.
5. Катетеризацію сечового міхура.

44. Первинна пластика при пошкодженні уретри полягає в:

1. Анастомозі уретри „кінець в кінець”.
2. Пластиці за допомогою м'язів.
3. Анастомозі уретри „кінець в бік”.
4. Анастомозі уретри „бік в бік”.
5. Пластиці за допомогою шкіри.

45. Первинна пластика при пошкодженні уретри неможлива при:

1. Важкому стані хворого.
2. Множинних переломах кісток тазу.
3. Значному діастазі кінців уретри.
4. Більше 12 годин від моменту травми.
5. Будь-якій з цих умов.

46. Найчастіше до пошкодження уретри призводить невміле виконання:

1. Уретрографії.
2. Низхідної цистографії.
3. Катетеризації сечового міхура.
4. Антеградної цистографії.
5. Блокади сім'яного мотузочка.

47. При стриктурах уретри часто використовують операцію:

1. Волковича.
2. Буяльського.
3. Школьникової.
4. Лорін-Епштейна.
5. Русакова.

48. Які симптоми найбільш характерні для ендоеуретральної травми простати?

1. Гостра затримка сечі, гематурія.
2. Біль, гематурія, урогематома.
3. Уретрорагія, цистит.
4. Урогематома, хронічна затримка сечі.
5. Гостра затримка сечі, уретрорагія.

49. Який вид пошкодження прутня не існує:

1. Перелам.
2. Вивих.
3. Тріщина.
4. Забій.
5. Зашемлення.

50. При забої яєчка тактика полягає у:

1. **Постільному режимі.**
2. Дренуванні калитки.
3. Пластиці яєчка.
4. Резекції яєчка.
5. Видаленні яєчка.

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. 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. 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 пароблеми 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. 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. Урология : 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 урології. 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/>