

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено
на засіданні кафедри
дитячої хірургії з
травматологією
та ортопедією
протокол № 1 від 28.08.2020р.
Зав. кафедри _____
доц. Пелипенко О.В.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РАБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС
ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ТА НА ЗАНЯТТІ**

Навчальна дисципліна	Дитяча хірургія
Модуль	№ 5
Тема заняття	Вади розвитку сечостатевої системи
Курс	VI
Факультет	Медичний № 2

ВАДИ РОЗВИТКУ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ.

1. Актуальність теми.

Вади розвитку сечової та статеві системи відносяться до найбільш частих аномалій розвитку дитячого віку. За даними Campbella (1951), Пителя А.Я. (1969) вони складають 35-40% всіх вроджених аномалій. Складність ембріогенезу сечостатевої системи зумовлює широкий діапазон морфологічних і функціональних змін, які можуть тривалий час не проявлятися, або становлять загрозу для життя вже в період новонародженості. Аномалії розвитку сечової системи призводять до порушення уродинаміки та зумовлюють стаз сечі, який може ускладнюватися інфікуванням, атрофією ниркової паренхіми, нирковою недостатністю та артеріальною гіпертензією. Частість розповсюдження та тяжкість ускладнень потребує своєчасної діагностики та здійснення раціональної лікувальної тактики і вимагає великої уваги лікарів та необхідних для цього знань.

2. Конкретні цілі заняття:

1. Засвоїти перелік вад розвитку сечостатевої системи, які спричиняють порушення уродинаміки та акту сечовипускання.
2. Визначити показання до консервативного та оперативного лікування хворих із вадами розвитку сечостатевої системи.
3. Діагностика аномалій розвитку яєчка
4. Лікувальна тактика при вадах розвитку яєчка
5. Володіти принципами реабілітації дітей після оперативних втручань, вміти оцінювати прогноз життя, можливі порушення після усунення патології сечостатевої системи.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми:

(міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отримані знання та навички
1.	Нормальна анатомія	Знати анатомічні особливості сечостатевої системи у дітей.
2.	Нормальна фізіологія	Володіти знаннями про фізіологічні процеси в нирках та особливості фізіології у дітей.
3.	Патологічна фізіологія	Ідентифікувати патофізіологічні процеси, які виникають в нирках у дітей при порушенні відтоку сечі.
4.	Мікробіологія	Володіти знаннями про нормальний склад мікрофлори сечі.
5.	Кафедра дитячих хвороб	Визначити основні клінічні симптоми, характерні для вад розвитку сечостатевої системи та продемонструвати володіння навичками догляду за дітьми з порушенням сечовиділення.
6.	Урологія	Володіти знаннями та застосувати основні методи обстеження (лабораторні, сонологічні, інструментальні та рентгенологічні) урологічних хворих.
7.	Кафедра фармакології	Визначити та застосувати симптоматичну терапію при вадах розвитку сечостатевої системи та при наданні невідкладної допомоги.
8.	Соціальна медицина та організація охорони здоров'я	Застосовувати знання про структуру медико-санітарної допомоги дитячому населенню з вадами розвитку сечостатевої системи.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

№	Термін	Визначення
1.	Вади розвитку та захворювання сечостатевої системи у дітей.	Це ряд вроджених аномалій внутрішніх сечо-статевих органів з їх анатомічними змінами, функціональними порушеннями, ускладненнями.
2.	Екстрофія сечового міхура	Ця патологія характеризується наявністю дефекту передньої черевної стінки, відсутністю передньої стінки сечового міхура та його порожнини, тотальною гіпоспадією та незрощенням лонних кісток.
3	Епіспадія.	Це вроджена вада розвитку, яка характеризується частковою чи повною відсутністю передньої стінки сечовипускного каналу.
4	Гіпоспадія .	Це вада розвитку передньої уретри при якій, відсутня її задня стінка, а зовнішній отвір уретри звужений та зміщений проксимально і відкривається на вентральній поверхні голівки статевого члена чи промежини. Статевий член деформований, зігнутий донизу у вигляді крючка.
5	Фімоз.	Звуження отвору крайньої плоті, при якому голівка статевого члена не виводиться.

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Алгоритм дії лікаря при визначенні вроджених вад розвитку та тактика ведення хворого перших місяців життя.
2. Алгоритм дії дитячого хірурга при визначенні вродженої вади розвитку сечового міхура та сечівника та тактика ведення хворого.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1. Зібрати скарги, анамнез життя та захворювання, диференціювати ваду розвитку
2. Продемонструвати огляд, обстеження дитини с формуванням попереднього діагнозу, та розробити план обстеження хворої дитини.
3. Оволодіти додатковими методами дослідження та інтерпретувати дані лабораторних та допоміжних методів діагностики.

а) цистографія — проста або мікційна — дає уявлення про форму та контури сечового міхура, міхурово-сечовідно-мисковий рефлюкс, уретру. 10%- розчин контрастної речовини вводиться у сечовий міхур до появи позиву до сечовиділення: 2-річній дитині — 25—50 мл, 6-річній — 75—100 мл, 10—15-річній — 100—150 мл. Знімки виконуються в момент тугого наповнення та при сечовиділенні;

б) уретрографія (висхідна та низхідна).

Методи радіоізотопної діагностики (урофлоуметрія, сканування).

Інструментальні методи дослідження:

а) цистоскопія;

б) урефлоуметрія — визначення об'ємної швидкості сечовиділення (Rehfish, 1897).

Небезпека інструментальних методів: травма, інфікування, гострий уросепсис.

4. Тракувати загальні принципи лікування: консервативна та оперативна тактика ведення хворих із вадами розвитку сечостатевої системи.

5. Використовуючи допоміжні методи діагностики, сформулювати показання до проведення оперативного лікування.

6. Характеризувати склад сечі при вадах розвитку сечо-статевої системи.
7. Розв'язання ситуаційних задач.

Зміст теми

Широкий діапазон вад розвитку і захворювань сечо-статевої системи визначають необхідність індивідуального підходу при діагностиці аномалій розвитку та при визначенні показань до проведення консервативного чи оперативного лікування.

Аномалії сечостатевої системи складають 35-40% всіх вроджених аномалій розвитку.

Вади розвитку сечівника та сечового міхура.

Частість вад розвитку сечостатевої системи та ускладнення, які виникають внаслідок цієї патології, визначають необхідність своєчасного виявлення та лікування цієї патології.

Аномалії розвитку сечового міхура призводять до порушення уродинаміки та навіть обструкції. За класифікацією А. Є. Соловйова:

Аномалії кількості:

- а) агенезія сечового міхура;
- б) подвоєння сечового міхура.

Аномалії структури:

- а) гіпоплазія сечового міхура;
- б) дивертикул сечового міхура;
- в) екстрофія сечового міхура.

Аномалії із норицями:

- а) повна пупково-сечова нориця;
- б) міхурово-прямокишечна нориця;
- в) міхурово-піхвова нориця.

Аномалії будови сечівника, його часткова або повна відсутність стінки сечівника, викривлення статевого члену, меатостеноз спочатку викликають порушення акту сечовипускання, в подальшому призводять до порушень уродинаміки. Частість таких вад розвитку, як клапан задньої уретри, епіспадія, гіпоспадія, фімоз, парафімоз дуже різноманітна, але своєчасна його діагностика та визначення тактики лікування – важлива діагностична та відповідальна проблема.

Допоміжні методи діагностики (екскреторна урографія, цистографія, уретероцистоскопія) допомагають в постановці діагнозу. При обстеженні дітей із розладом акта сечовипускання дуже важливо провести цистометрію, уретеротометрію, урофлометрію та дати їм оцінку.

Ускладнення:

1. Інфравезикальна обструкція призводить до підвищення внутрішньомискового тиску та порушенню роботи нирки; венозного та лімфатичного обігу, загибелі паренхіми нирки.

2. Розлади акту сечовипускання призводять до інфікування сечі, яка висхідним шляхом надходить до миски нирки, викликає її запалення, а в подальшому рубцювання ниркової тканини.

3. Визначення показань до консервативного чи оперативного лікування проводиться на основі загальних принципів лікування дітей із вадами розвитку сечо-статевої системи. Метод оперативного втручання обґрунтовується вадю розвитку, віком дитини та змінами, які наступили внаслідок захворювання.

При розладах сечовиділення, затримці сечі - неможливість самотійного спорожнювання сечового міхура, сильні і марні позиви до сечовипускання, переповнення, розтягання сечового міхура, сильні болі внизу живота, рефлексорне загальмування діяльності кишечника необхідно провести диференціальну діагностику затримки сечі та анурії. Зміст і ціль першої допомоги при затримці сечі складається в спорожнюванні сечового міхура шляхом катетеризації, яку потрібно завжди починати з застосування м'якого гумового

катетера. Калібр уретральних катетерів характеризується особливими номерами (шкала Шарьєра). Номер катетера - це довжина його окружності (у міліметрах 2 Пг). Види катетерів: катетер Нелатона, катетер Тімана, катетер Фоля, металевий катетер.

Техніка катетеризації. Якщо ввести металевий катетер неможливо, безпечніше відмовитися від подальших старань і зробити надлонну пункцію сечового міхура ("капілярна пункція"). Виконують її в положенні хворого на спині. Після обробки надлобкової ділянки стерильною голкою в строго перпендикулярному чи напрямку під кутом 450°, відкритим донизу, проколюють передню черевну стінку по середній лінії на 2 см вище лобка.

Екстрофія сечового міхура характеризується наявністю дефекту передньої черевної стінки, відсутністю передньої стінки сечового міхура та його порожнини, тотальною гіпоспадією, незрощенням лонних кісток. Частість цієї патології у дітей 1 із 40000-50000 новонароджених. У хлопчиків ця патологія зустрічається в 3 рази частіше, ніж у дівчаток. Дана вада розвитку часто сполучається із незарощенням та недорозвиненням статевих губ та піхви у дівчаток, недорозвиненим статевим членом, крипторхізмом чи пахвинною грижею, випадінням прямої кишки - у хлопчиків.

Клінічна картина специфічна: в нижній частині живота над лобком через округлий дефект передньої черевної стінки вибухає слизова оболонка сечового міхура, його задня стінка, яка збільшується під час крику та при натужуванні. Пупок відсутній або розташовується над верхнім краєм дефекту. Слизова оболонка болісна і кровоточить. Розміри сечоміхурної пластинки 3-7 см в діаметрі, на ній знаходиться трикутник л'єто та вустя сечоводів. Сеча витікає постійно, викликає мацерацію шкіри стегон та промежини.

Наявність контакту сечоводів із зовнішньою середою призводить до розвитку висхідного пієлонефриту.

Лікування хворих із екстрофією сечового міхура дуже проблематичне, пов'язане із великими труднощами. Оптимальний термін для оперативного втручання вік після 1 року.

Епіспадія - це вроджена вада розвитку, яка характеризується частковою чи повною відсутністю передньої стінки сечовипускного каналу. Часткість цієї патології - 1 із 50000 новонароджених, у хлопчиків в 5 разів частіше. При епіспадії статевий член недорозвинений, деформований, голівка його сплюснена та роздвоєна. Крайня плоть його розвинена надмірно і розташована тільки на вентральній поверхні.

В залежності від ступеня розщеплення уретри виділяють три форми епіспадії у хлопчиків:

а) епіспадію голівки; б) епіспадію статевого члена, в) повну (тотальну) епіспадію. У дівчаток виділяють кліторну субсімфізну та повну (тотальну) епіспадію. Тотальна епіспадія зустрічається в 3 рази частіше, чим інші форми.

Епіспадія голівки характеризується сплюсненням голівки, розщепленням крайньої плоти зверху, зміщенням отвору уретри до рівня вінуевої борозди.

При епіспадії статевого члена спостерігається викривлення статевого члена, голівка розщеплена, від неї по спинці члена тягнеться полоска смугової оболонки до дистопованого отвору уретри. Отвір уретри має форму лійки. Сфінктер сечового міхура, як правило, слабкий та частково розщеплений, тому при кашлю, сміхові та фізичному навантаженні відмічається неутримання сечі. Акт сечовипускання порушений. Хворий може помочитися сидячи, відтягуючи крайню плоть статевого члена дозад, сеча розбризкується. Статевий член скорочений та підтягнутий до живота внаслідок розходження ніжок прямих м'язів живота, які кріпляться до лонних кісток. Лонні кістки незрощені.

Повна епіспадія характеризується недорозвиненим статевим членом, який має вигляд крючка, підтягнутий доверху. Кавернозні тіла розщеплені, вхід в сечовий міхур має форму лійки. Сфінктерне кільце розщеплене, тому відмічається повне неутримання сечі. Великий діастаз між лонними кістками призводить до "качиної ходи". При цій ваді розвитку можуть спостерігатися вади розвитку нирок та сечоводів, крипторхізм, ектопія яєчок та передміхурової залози.

Епіспадія у дівчаток. Ця вада розвитку характеризується меншими анатомічними порушеннями, тому її важче діагностувати. При тотальній епіспадії верхня стінка уретри

відсутня на всьому протязі і сечовипускний канал має вигляд жолоба. Шийка сечового міхура та симфіз розщеплені. Сеча витікає постійно назовні, викликаючи маceraцію.

При субсимфізарній епіспадії виявляється повне розщеплення клітора, зовнішній отвір уретри відкривається над ним в вигляді лійки. Для цієї патології характерне повне чи часткове нетримання сечі.

Кліторна форма характеризується розщепленням клітора, зміщенням зовнішнього отвору уретри допереду та доверху. Сечовипускання не порушене.

Лікування заключається в тому, щоб добитися утримання сечі та сформувати недостаючу частину уретри.

Головчата форма епіспадії та кліторна у дівчат лікування не потребує. Інші оперативні втручання проводяться не раніше 4-5 років.

Гіпоспадія - це вада розвитку передньої уретри, при якій відсутня її задня стінка, а зовнішній отвір уретри звужений та зміщений проксимально і відкривається на вентральній поверхні голівки статевого члена (голівчата гіпоспадія) чи промежини (промежинна форма гіпоспадії). Статевий член деформований, зігнутий донизу в вигляді "крючка". Ця вада розвитку зустрічається у одного на 300-1200 новонароджених. Гіпоспадія частіше зустрічається у хлопчиків, чим у дівчаток. Зовнішній отвір уретри у дівчаток відкривається в піхву. Може спостерігатися неутримання сечі при розщепленні сфінктера сечового міхура.

Гіпоспадія у 40% випадків сполучується з другими аномаліями розвитку, серед яких перше місце посідає крипторхізм. Необхідно проводити повне клінічне обстеження таких дітей.

А.Є. Соловйов виділяє 3 форми гіпоспадії у дівчат: вестибулярна (часткова), вестибулопідхвинна (субтотальна), пахвинна (тотальна).

Оперативні втручання виконуються в один та більше етапів. При меатостенозі - меатопластика виконується незалежно від віку. Показанням має бути запобігання вторинних змін. Розтинання звуженого зовнішнього отвору уретри може бути виконане і амбулаторно. Лікування гіпоспадії залежить від форми і виконується в декілька етапів. Оптимальний термін виконання першого етапу 1,5-2 роки, уретропластику виконують в віці 6-7 років.

Фімоz. Звуження отвору крайньої плоті, при якому голівка статевого члена не виводиться у дітей зустрічається часто і називається фімозом. У немовлят та дітей раннього віку спостерігається злипання зовнішнього листка крайньої плоті та голівки статевого члена, що не дозволяє відкрити крайню плоть. На протязі перших 3-х років життя це явище називається "фізіологічним" і не потребує лікування.

Вродженим фімозом називають неможливість ретракції крайньої плоті та виведення голівки статевого члена в віці старше 3х років. Набутий фімоз розвивається внаслідок інфікування препуціального мішка та запалення по краям отвору (рубцевий фімоз).

При фімозі діти скаржаться на біль при сечовипусканні та зуд в ділянці статевого члена. При огляді отвір шкіри дуже вузький, через нього видний тільки зовнішній отвір сечовипускного каналу, відтягти крайню плоть доверху та відкрити голівку неможливо. При сечовипусканні відмічається роздування препуціального мішка. Ця патологія може призвести до розширення верхніх сечових шляхів, ускладнюватися парафімозом, баланітом. У дітей раннього віку при скаргах на зуд та біль при сечовипусканнізначається консервативне лікування: сидючи теплі ванни, змазування вазеліновим маслом крайньої плоті. При відсутності ефекту проводять роз'єднання синехій крайньої плоті пуговичним зондом, голівку змазують вазеліновим маслом, продовжують ванночки з ромашкою.

В випадках природженого чи набутого фімозу у дітей старшого віку при наявності баланиту та затримці сечовипускання проводиться оперативне втручання - кругове обрізання крайньої плоті.

Баланит (баланопастит) - запалення крайньої плоті та голівки статевого члена. Це захворювання частіше всього виникає при вродженому фімозі. Скупчення смегми та сечі в препуціальному мішці, ссаднення призводять до розвитку запального процесу.

Хворий скаржиться на зуд та різі при сечовипусканні. При об'єктивному огляді визначається локально подразнення слизової оболонки, легка гіперемія та набряк. Такі

характерні симптоми катарального баланиту. При проведеному правильному лікуванні ці всі явища проходять, але можуть повторюватися.

При недостатньому догляді за дитиною та невиконанні правил особистої гігієни гнояка може попасти до препуціального мішка. Розвивається гнійна інфекція голівки статевого члену. Гній скупчується в препуціальному мішці, визиває сильне подразнення, біль, і навіть затримку сечовипускання.

При гнійному процесі розвивається набряк крайньої плоті та статевого члену, який стає булавовидно потовщеним. На шкірі можна побачити ділянки гіперемії, які чередувалися із нормальною окраскою (лімфангіт). Голівка покрита крайньою плоттю, визначається флюктуація.

Лікування. При катаральному баланіті проводяться сидячі ванни із антисептиками 2 рази на добу до стихання запалення. При гнійному запаленні необхідно провести хірургічне втручання. Отвір крайньої плоті необхідно розширити зажимом чи пінцетом, останню змістити доверху і відкрити голівку. За допомогою пуговчатого зонду злуки роз'єднуються. Виділяється гнійна маса, голівку очищають та змазують вазеліновим маслом, крайню плотть насують. Проводяться ванни до повного стихання запального процесу. Якщо баланіт повторюється, то необхідно провести кругове обрізання крайньої плоті в холодному періоді.

Парафімоз - це стан, коли виникає защемлення голівки статевого члена в отворі крайньої плоті. Це явище частіше зустрічається при фімозі, а також як результат опанування чи неправильної поведінки дитини, коли відведена крайня плотть не може опуститися із-за вузькості отвору. Кільце отвору попадає в венечну борозду і здавлює, защемляє голівку статевого члену. Венозний застій розвивається дуже швидко, вона набрякає та збільшується в розмірах. В подальшому набрякає весь статевий член.

Клінічна картина характеризується ярко вираженими локальними змінами. Дитина скаржиться на сильну біль, стоїть із розставленими ногами та накліном тулуба допереду. Статевий член збільшений та деформований, голівка синюшна. Над венечною бороздою розташована різко набрякла та гіперемована крайня плотть, яка має вигляд двох циркулярних валиків, розділених глибокою бороздою.

При пальпації - різка біль, можливе затруднене сечовипускання.

При несвоєчасному наданні допомоги через 3-4 доби із моменту защемлення можливий некроз шкіри в ділянці защемленого кільця, в тяжких випадках - омертвіння голівки.

Лікування. Необхідно провести одномоментне вправлення голівки через защемляюче кільце та переміщення крайньої плоті на звичайне місце. В дуже запущених випадках та в неспокійних дітей ця маніпуляція проводиться під наркозом.

Аномалії розвитку яєчка

Гіпоплазія яєчка.

Результат порушення кровопостачання, найчастіше при крипторхізмі. При двобічній локалізації - ендокринні порушення, адіпозогенітальное ожиріння, затримка статевого розвитку.

Лікування - компетенція ендокринолога.

Монорхізм

Наявність одного яєчка, пов'язане з порушенням ембріогенезу, нерідко поєднується з солітарною ниркою. Відповідна половина калитки гіпоплазірована.

Лікування. При монархізму - імплантація протеза із силікону. При гіпоплазії єдиного яєчка - замісна гормональна терапія.

Анорхізм

Відсутність обох яєчок. Обумовлено відсутністю закладки статевої залози. Лікування. Призначення гормонів.

Поліорхізм

Наявність додаткового яєчка. Зазвичай воно гіпоплаоване та позбавлене придатка.

Аномалії положення яєчка

При наявності коротких судин або перешкоди по ходу пахового каналу яєчкотримкується біля входу або в його просвіті - істинний крипторхізм. Якщо затримка сталася в черевній порожнині - абдомінальна ретенція. Затримка в паховому каналі - інвагінальна ретенція. Ектопія - відхилення яєчка від шляху прямування в калитку - лонная, пахова, стегова, промежинна.

Діагностика: за даними огляду та пальпації (при ектопії пальпується в підшкірній клітковині, малорухливий, відповідна половина калитки недорозвинена; при крипторхізмі - або не вдається про пальпувати або виявляється в паховому каналі).

Дослідження проводять в горизонтальному положенні. Лікар однією рукою знизу захоплює калитку, а долонею іншої проводить уздовж пахового каналу та від кореня калитки донизу.

Дапомагає в діагностиці УЗД дослідження, МРТ, лапароскопія (показання до її застосування є двобічний абдомінальний крипторхізм, що потребує диференціації з анорхізмом та монорхізмом).

Лікування. Операція зведення яєчка після 1 року (Торека - Герцена, Щюллера, лапароскопічна орхіпексія за Фовлером-Стефансонсом).

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

Ситуаційні завдання

Задача 1. У хлопчика 6 років має місце збільшення розмірів правої половини калитки. Пальпується м'яко-еластичне утворення, безболісне. Перкусія дає тупий звук. Мати відмічає збільшення утворення при фізичному навантаженні.

1. Ваш діагноз.
2. Тактика лікування.
3. Який додатковий інструментальний метод допомагає в діагностиці?
4. До якого віку дітей з такою патологією не оперують?
5. Диференціальна діагностика.

Задача 2. У хлопчика 8 років скарга на звуження крайньої плоті, неможливість виведення голівки статевого члена.

В анамнезі – запалення в цій ділянці. Крайня плоть рубцево змінена, голівка не виводиться.

1. Ваш діагноз.
2. Ваша тактика?
3. План обстеження.
4. План лікування.
5. Чи можливе ефективне консервативне лікування, без операції?

Задача 3. У хлопчика 4 років - припухлість та гіперемія шкіри крайньої плоті, гноєвиділення. Голівка статевого члена не відкривається, крайня плоть звужена.

1. Ваш діагноз.
2. Вірогідна етіологія.
3. Ваша тактика?
4. Суть консервативної терапії.
5. Найчастіше ускладнення при виведенні голівки статевого члена у дитини з фімозом.

Задача 4. У хлопчика 2 років – атипове розташування зовнішнього отвору уретри, в ділянці стовбура статевого члена, викривлення статевого члену. Під час сечовипускання дитина напружується.

1. Ваш діагноз.

2. Ваша тактика.
3. Назвіть оптимальний термін меатотомії.
4. Що є основною визначною ознакою гіпоспадії?
5. Яка гіпоспадія не потребує оперативного втручання?

Тестові завдання

1. При огляді новонародженого хлопчика акушерка звернула увагу на зміни статевого члена. Головка розплющена, підтягнута до мошонки. Мошонка розплющена. Шкіра препуціального мішка та тилі. Зовнішній отвір уретри знаходиться по середній лінії розплющеної мошонки. Який діагноз?

- A. Мошонкова форма гіпоспадії.
- B. Епіспадія.
- C. Екстрофія сечового міхура.
- D. Фістула урахуса.
- E. Промежинна форма гіпоспадії.

2. Батьки дитини, 4-х років, звернулись до хірурга із скаргами на часте запалення крайньої плоті та наявність болючого сечовипускання при цьому. При огляді – крайня плоть подовжена, гіпертрофована, виведення голівки статевого члена утруднене та болюче. Який метод лікування застосовуємо в даному випадку?

- A. Операція Шлоффера.
- B. Циркумцізію.
- C. Операція Розера.
- D. Операція Соколова.
- E. Операція Роса.

3. У лікарню надійшов хлопчик, 7 років, із скаргами на гостру затримку сечі. У анамнезі часті баланопастити, затримка сечовипускань, млявий струмінь сечі. При огляді статевих органів відмічається різке звуження зовнішнього отвору мішка, головка статевого члена не виводиться за зовнішній отвір препуціального мішка, роздування препуціального мішка при сечовипусканні. Який метод лікування необхідно застосувати?

- A. Циркумцізію.
- B. Операція Розера.
- C. Операція Шлоффера.
- D. Роз'єднання сінехій.
- E. Консервативне лікування.

4. Народився хлопчик вагою 3100 гр. При огляді дитини визначається недорозвинення мошонки праворуч, при пальпації та сонологічно – відсутність правого яєчка. Ліве яєчко пальпується в ділянці зовнішнього отвору пахового каналу. До якого вигляду аномалій розвитку відноситься природжена відсутність яєчка?

- A. Монорхізм.
- B. Гіпоплазія яєчка.
- C. Агенезія яєчка.
- D. Анорхізм.
- E. Крипторхізм.

5. При огляді хірургом хлопчика 6 місяців виявлено асиметрію мошонки зліва, відсутність лівого яєчка, при пальпації – в паховій ділянці безболісне, еластичне пухлиноподібне утворення. Який оптимальний вік для лікування рекомендовано хірургом батькам дитини?

- A. 2,5 – 3 роки.
- B. До 1 року.
- C. К 2-м рокам.
- D. 5-7 років.

Е. Старше 10 років.

Перелік контрольних питань

1. Назвіть аномалії, що призводять до порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів.
2. Що необхідно враховувати при призначенні антибактеріальної терапії, як оцінити ступінь її ефективності?
3. Яка лікувальна тактика при крипторхізмі

Практичні завдання.

1. Вміти виявити синдром ниркової коліки, провести пальпацію поперекової ділянки та надати лікарську допомогу при гострому раптовому порушенні відтоку сечі з верхніх сечових шляхів.
2. Провести диференціальну діагностику затримки сечі й анурії, при необхідності випорожнення сечового міхура провести катетеризацію або зробити надлонну пункцію сечового міхура.

Рекомендована література

1. Н.А. Лопаткин, А.В. Люлько. Аномалии мочеполовой системы. – К., «Здоровье». – 1987. – 416 с.
2. А.В.Люлько, Д.Д. Мурванидзе, А.Ф. Возианов. Основы практической урологии детского возраста. К., Вища школа, 1984. – 286 с.
3. «Хирургические болезни у детей» под ред. Ю.Ф. Исакова. – М. «Медицина». – 1998. – 243-334 с.
4. Хірургія дитячого віку (ред. В.І. Сушко). К. «Здоров'я». 2009. - 804 с.
5. Розлади акту сечовипускання. Навчально-методичний посібник. Під загальної ред.. В.І. Сушко, Дніпропетровськ. – 2005. – 125 С.

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено
на засіданні кафедри
дитячої хірургії
« » _____ 2019 р.
протокол № _____ від _____
Проф. кафедри _____
Ксьонз І. В.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РАБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС
ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ТА НА ЗАНЯТТІ**

Навчальна дисципліна	Дитяча хірургія
Модуль	№9
Тема заняття	Вади розвитку сечостатевої системи
Курс	VI
Факультет	Медичний № 2

Полтава 2019

