

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
для студентов 5 курса  
педиатрического факультета  
по проведению самостоятельной работы  
при подготовке  
к занятиям по детской урологии,  
детской андрологии**

**ТЕМА: ГИДРОНЕФРОЗ, УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.**

(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

**Цель занятия:** изучить клиническую картину гидронефроза, уретерогидронефроза у детей различных возрастных группах, особенности диагностики, программу обследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения, диспансерное наблюдение.

**Задачи:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику, особенности течения обструктивных уропатий у детей различных возрастных групп.
2. Знать особенности диагностики и программу обследования.
3. Иметь представление о принципах оперативного лечения, возможных осложнениях, диспансерном наблюдении.

Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.
3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
4. Лекции кафедры.
5. Гнойные заболевания почек и паранефрального пространства у детей: учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов педиатрического факультета /А.Е.Соловьев [и др. ]; ФГБОУ ВО РязГМУ

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

- 1.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
- 2.Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
- 3.[www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
- 4.[www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) -электронные медицинские книги
- 5.[www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

**Под гидронефрозом** понимают стойкое и прогрессирующее расширение собирательной системы (чашечек и лоханки) почки, вызванное препятствием к оттоку мочи в области пиелoureтерального соустья (ПУС). Частота его примерно 1 на 500 новорожденных; чаще — у мальчиков и слева. Двустороннее поражение встречается, по данным разных авторов, у 10–40 % больных; иногда гидронефроз сочетается с другими аномалиями почки.

Препятствие к оттоку мочи в области ПУС может быть обусловлено различными причинами анатомического и функционального характера: стриктурой или клапаном мочеточника (внутренние причины), сдавлением мочеточника добавочным сосудом или эмбриональными спайками, а также высоким его отхождением от лоханки (внешние причины), непериостальтирующим соустьем или неспособностью его и лоханки функционировать синхронно (функциональные причины). Возможно и сочетание этих причин.

**При уретерогидронефрозе** кроме расширения ЧЛС почки имеется и расширение мочеточника из-за обструкции в уретеро-везикальном (пузырно-мочеточниковом) соустье (УВС). По клинической картине уретерогидронефроз не отличается от гидронефроза.

Близким, но не идентичным гидронефрозу является так называемый мегауретер. Этот термин обозначает расширение мочеточника, но не обязательно по причине препятствия в области УВС. По сравнению с уретерогидронефрозом это более тяжелая патология.

**Вопросы для самоконтроля знаний:**

Гидронефротическая трансформация почек.

Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к различным методам оперативного вмешательства. Нефрэктомия. Органосохраняющие операции. Методы послеоперационного дренирования.

Послеоперационное ведение. Осложнения. Удвоение верхних мочевых путей. Классификация. Клинические проявления. Диагностика

## Тесты

Беспокойство, температура без катаральных явлений, частые мочеиспускания являются проявлениями инфекции мочевых путей при:

- а) цистите
- б) пузырно-мочеточниковый рефлюксе
- в) мегауретере
- г) гидронефрозе
- д) клапане задней уретры
- е) вульвите (баланите)
- ж) мультикистозе почки

Беспокойство, температура без катаральных явлений, частые мочеиспускания требуют начать обследование с

- а) однократного анализа мочи
- б) осмотра половых органов
- в) повторных анализов мочи
- г) анализа мочи по Нечипоренко
- д) анализа крови
- е) ритма мочеиспускания

При выявлении рецидивирующей инфекции мочевых путей необходимо провести первичное обследование:

- а) ритм суточных спонтанных мочеиспусканий
- б) посев мочи на стерильность
- в) клинический анализ крови
- г) УЗИ почек с наполненным и опорожненным мочевым пузырем

Выявленные на УЗИ расширение чашечек и лоханки более 10 мм., истончение паренхимы почки, мочеточник не расширен - характерно для:

- а) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- б) гидронефроз
- в) пиелэктазия
- г) мегауретер
- д) поликистоз почек
- е) мультикистоза почки

Выявленные на УЗИ расширение лоханки, чашечек и мочеточника характерно для:

- а) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- б) гидронефроз
- в) пиелэктазия
- г) мегауретер
- д) поликистоз почек

е) мультикистоза почек

При подозрении на пузырно-мочеточниковый рефлюкс необходимо провести обследование:

- а) УЗИ почек и мочевого пузыря
- б) микционную цистографию
- в) экскреторную урографию, КТ
- г) диагностическую цистoureтероскопию
- д) радиоизотопное исследование почек
- е) функции мочевого пузыря

При подозрении на гидронефроз, мегауретер необходимо провести обследование:

- а) УЗИ почек с доплером
- б) микционную цистографию
- в) экскреторную урографию, КТ
- г) диагностическую цистoureтероскопию
- д) радиоизотопное исследование почек

На рентгенограмме мочевой пузырь правильной формы контуры его ровные и четкие, контрастируется левый мочеточник и коллекторная системы левой почки. Укажите метод исследования:

- а) экскреторная урография
- б) микционная цистография
- в) цистометрия
- г) антеградная пиелография
- д) ретроградная пиелография



На рентгенограмме мочевой пузырь правильной формы контуры его ровные и четкие, контрастируется левый мочеточник и коллекторная система левой почки, что характерно для

- а) пузырно-мочеточникового рефлюкса слева 2-3 степени
- б) гидронефроз слева

- в) дивертикул мочевого пузыря
- г) стенозирующего мегауретера слева



На рентгенограмме отмечается контрастирование расширенной и деформированной коллекторной системы левой почки. Левый мочеточник не визуализируется. Справа коллекторная система не изменена. Укажите метод исследования.

- а) экскреторная урография
- б) цистография
- в) цистометрия
- г) ретроградная пиелография
- д) ретроградная пиелография



На рентгенограмме отмечается контрастирование расширенной и деформированной коллекторной системы левой почки. Левый мочеточник не визуализируется. Справа коллекторная система не изменена, что характерно для

- а) пузырно-мочеточникового рефлюкса слева 2-3 степени

- б) гидронефроз слева
- в) дивертикул мочевого пузыря
- г) стенозирующего мегауретера
- д) мультикистоза почки



На представленной рентгенограмме контрастируется значительно расширенная и деформированная коллекторная система правой почки, расширенный, коленообразный правый мочеточник на всем протяжении. Слева коллекторная система не изменена. Укажите метод исследования.

- а) экскреторная урография
- б) цистография
- в) цистометрия
- г) антеградная пиелография
- д) ретроградная пиелография



На урограмме контрастируется значительно расширенная и деформированная коллекторная система правой почки, расширенный, коленообразный правый мочеточник на всем протяжении. Слева коллекторная система не изменена, что характерно для

- а) пузырно-мочеточниковый рефлюкса справа 5 степени

- б) гидронефроза справа
- в) уретерогидронефроз справа.
- г) уретероцеле справа
- д) мультикистоза справа



При выявлении на УЗИ почек дилатации мочевых путей участковый педиатр должен назначить:

- а) амбулаторное консервативное лечение
- б) наблюдение в динамике
- в) консультацию уролога в срочном порядке

### Ситуационные задания

#### Клинический кейс

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

#### Клинический кейс

Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточки.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?.

#### Клинический кейс

У мальчика 10 дней с рождения отмечается увеличение размеров живота за



счет пальпируемого в левой половине неподвижного, безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размером 8х6х4см. При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?.

### **Клинический кейс**

Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?.

### **Клинический кейс**

У физически нормально развивающейся девочки 2 лет с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?.

### **Клинический кейс**

Девочка 3 лет часто жалуется на боли в правой половине живота. Периодически отмечается лейкоцитурия до 10-30 в п/зр. На УЗИ выявлено значительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, паренхима истончена, мочеточник не прослеживается.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?.

## **ТЕМА: ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.**

(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

**Цель занятия:** изучить клиническую картину пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей различных возрастных группах, особенности диагностики, программу обследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения, диспансерное наблюдение.

### **Задачи:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику, особенности течения обструктивных уропатий у детей различных возрастных групп.
2. Знать особенности диагностики и программу обследования детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.
3. Иметь представление о принципах оперативного лечения, возможных осложнениях, диспансерном наблюдении.

### Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

### Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.
3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
4. Лекции кафедры.
5. Гнойные заболевания почек и паранефрального пространства у детей: учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов педиатрического факультета / А.Е.Соловьев [и др. ]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.- Рязань: ОТСиОП, 2018.- 48 с.

## **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollelib.ru](http://www.medcollelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) -электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

**Пузырно-мочеточниковый рефлюкс** (пузырно-мочеточниковая регургитация мочи) встречается у 35% детей, больных пиелонефритом. ПМР вызывает нарушение уродинамики и относится к функциональным обструктивным уропатиям.

13 октября 1882 г. В.И. Земблинов в эксперименте на собаке впервые получил ток мочи из мочевого пузыря в почку и, тем самым, положил начало изучению пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Широкая распространенность ПМР и тяжелые осложнения, вызываемые данным патологическим состоянием (хронический пиелонефрит, нефрогенная гипертензия, хроническая почечная недостаточность), служат причиной пристального внимания к его изучению во многих странах мира до настоящего времени.

### **Вопросы для самоконтроля знаний:**

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Классификация. Клиника  
Диагностика. Значение микционной цистоуретрографии и функциональных методов исследования в диагностике ПМР.

Показания к консервативным и оперативным методам лечения.

Хирургические методы лечения и выбор метода.

Оперативная техника при экстра- и интравезикальных вмешательствах.

Принципы послеоперационного ведения, дренирование

### **Тесты**

**ПЕРВИЧНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС ВЫЗВАН:**

- а коротким интрамуральным отделом мочеточника
- б клапаном задней уретры
- в детрузорно-сфинктерной диссенергией
- г латеропозиция устья мочеточника

д наличие уретероцеле

#### ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ:

- а острый пиелонефрит
- б нефроптоз
- в нефрогенная артериальная гипертензия
- г нефросклероз
- д метастазирование
- е хроническая почечная недостаточность

#### ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЫПОЛНЯЮТСЯ:

- а. Микционная цистоуретрография
- б. Радиоизотопная ренография
- в. УЗИ + доплерография
- г. Ангиография
- д. Цистоскопия

#### ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЫПОЛНЯЮТСЯ:

- а. Микционная цистоуретрография
- б. Радиоизотопная ренография
- в. УЗИ + доплерография
- г. Ангиография
- д. Цистоскопия

#### ИНФРАВЕЗИКАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ С ПОМОЩЬЮ:

- а. УЗИ + доплерографии
- б. Микционной цистоуретрографии
- в. Калибровки уретры
- г. Экскреторной урографии
- д. Радиоизотопной ренографии

#### ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- а УЗИ
- б экскреторная урография
- в урофлоуметрия
- г цистография

- д радиоизотопное исследование
- е цистоскопия

**ВЫПОЛНЕНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ВОЗМОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ**

- а биохимии мочи
- б анализа мочи по Зимницкому
- в биохимия крови
- г посева мочи на стерильность
- д радиоизотопного исследования

**В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПИЕЛОНЕФРИТ ОБЫЧНО**

- а обструктивный
- б необструктивный
- в гнойный

**ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ**

- а лейкоцитурия
- б бактериурия
- в протеинурия
- г растройства мочеиспускания

**В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а антибактериальная терапия
- б лечение уросептиками
- в устранение обструктивного компонента

**ЧАЩЕ БОЛЕВОЙ СИМПТОМ У УРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:**

- а в поясничной области;
- б в наружном крае прямых мышц;
- в в надлобковой области;
- г в промежности;
- д в эпигастрии.

**МАКРОГЕМАТУРИЮ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:**

- а мочекаменная болезнь;
- б гидронефроз;
- в острый гломерулонефрит ;
- г опухоль почки ;
- д парпельвикальная киста почки.

## МЕТОД МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

- а нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря ;
- б гидронефроза;
- в пороков уретры и ПМР;
- г удвоения верхних мочевых путей;
- д нефроптоза.

## ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ НЕОТЛОЖНОМ СОСТОЯНИИ:

- а острым пиелонефрите
- б травме почки;
- в почечной колике;
- г анурии;
- д макрогематурия

### Ситуационные задания

#### Клинический кейс

Девочка 2,5 лет с 5 мес. постоянно лечится по поводу рецидивирующего пиелонефрита. При УЗИ выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз, план обследования?

#### Клинический кейс

Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключён. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

#### Клинический кейс

Девочка 3 лет часто жалуется на боли в правой половине живота. Периодически отмечается лейкоцитурия до 10–30 в поле зрения. На УЗИ выявлено значительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, паренхима почки истончена, мочеточник не прослеживается.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

#### Клинический кейс

Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но ребёнка в стационаре не обследовали. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое

обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

### **Клинический кейс**

Проводя цистографию мальчику 6 мес, страдающему хроническим пиелонефритом, вы обнаружили наличие расширенных извитых мочеточников и увеличенных лоханок с двух сторон.

Ваш предварительный диагноз?

## **ТЕМА: ИНФРАВЕЗИКАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

### **Цель занятия:**

Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой, особенностями течения инфравезикальной обструкции у детей различных возрастных групп, программой обследования, принципами лечения, диспансерным наблюдением.

### **Задачи:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику, особенности течения у детей различных возрастных групп.
2. Освоить программу обследования.
3. Знать принципы лечения, варианты оперативных вмешательств, возможные осложнения. Диспансерное наблюдение.

### **Вопросы для самоконтроля знаний:**

Инфравезикальная обструкция. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения и диспансерного наблюдения.

Рубцовый фимоз, стеноз наружного отверстия уретры при венечной форме гипоспадии у мальчиков, клапаны задней уретры, меатальный стеноз у девочек, детрузорно-сфинктерная диссинергия.

### Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

### Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.



3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.

4. Лекции кафедры.

5. Гнойные заболевания почек и паранефрального пространства у детей: учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов педиатрического факультета / А.Е. Соловьев [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - Рязань: ОТСиОП, 2018. - 48 с.

### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал

3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект

4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) -электронные медицинские книги

5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

### **Инфравезикальная обструкция (шейки мочевого пузыря и уретры)**

может быть вызвана разными причинами. Изменения в мочевом пузыре и верхних мочевых путях зависят не столько от причины обструкции, сколько от ее выраженности и длительности. Стенка пузыря при этом гипертрофирована, трабекулярна, иногда имеются мелкие дивертикулы. При вовлечении в эти процессы треугольника пузыря возникает ПМР, при его появлении высокое давление в пузыре передается на почку. Утолщение и гипертрофия стенки пузыря могут привести и к явной обструкции УВС, а она — к вторичным изменениям в мочеточнике и почке.

У новорожденных инфравезикальная обструкция проявляет себя увеличением живота за счет пальпирующегося над лоном увеличенного мочевого пузыря. С рождения отмечаются и различной степени выраженности нарушения мочеиспускания — от вялой струи до отхождения мочи по каплям (парадоксальной ишурии), которые с возрастом прогрессируют. Наиболее частой причиной инфравезикальной обструкции у мальчиков являются клапаны задней уретры.

### **Тесты**

**КЛАПАН ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ДОСТОВЕРНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:**

- А. инфузионной урографией
- Б. исследованием с ЭОП на фоне экскреторной урографии;
- В. микционной цистоуретрографии;

- Г. урофлоуметрии;
- Д. цистометрии.

**К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПРИЧИНАМ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТНОСЯТСЯ**

- а гипертрофия семенного бугорка;
- б клапан задней уретры
- в полип уретры;
- г меатостеноз
- д склерозом шейки мочевого пузыря.

**АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН ПРИ**

- а при цистоскопии;
- б при антеградной урографии;
- в при микционной цистоуретрографии;
- г при урофлоуметрии;
- д при цистометрии.

**ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕФЛЕКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеоточника
- б стеноз устья мочеоточника
- в пузырно-мочеоточниковый рефлюкс
- г несостоятельность клапанного механизма устья мочеоточника
- д короткий интрамуральный отдел мочеоточника
- е дистопия устья мочеоточника

**ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеоточника
- б стеноз устья мочеоточника
- в пузырно-мочеоточниковый рефлюкс
- г несостоятельность клапанного механизма устья мочеоточника
- д короткий интрамуральный отдел мочеоточника
- е дистопия устья мочеоточника

Острая задержка мочи является осложнением

- а) меатального стеноза
- б) рубцового фимоза
- в) эктрофии мочевого пузыря
- г) клапана задней уретры
- д) нейрогенного мочевого пузыря
- е) баланита

ж) разделения синехий крайней плоти

В случае затрудненного мочеиспускания необходимо

- а) осмотреть степень проходимости отверстия крайней плоти
- б) осмотреть диаметр меатуса
- в) провести пробу Вальсальвы
- г) провести диафаноскопию
- д) провести пробу с водной нагрузкой

Затрудненное мочеиспускание при нормальном строении наружного отверстия мочеиспускательного канала и крайней плоти является показанием для обследования:

- а) наблюдения в динамике
- б) цистоуретроскопии
- в) цистографии
- г) выполнения УЗИ мочевых путей

### **Ситуационные задания**

#### **Клинический кейс**

В районную больницу доставлен ребенок 6 лет после автомобильной катастрофы с переломом костей таза. Состояние его тяжелое, шок, из уретры геморрагические выделения, катетер ввести в мочевой пузырь не удается. Живот мягкий, явления раздражения брюшины отсутствуют. Вы заподозрили повреждение уретры, самостоятельно ребенок не мочится, мочевой пузырь определяется на уровне пупка, ребенок нетранспортабелен. Какая должна быть в данной ситуации лечебная тактика?

#### **Клинический кейс**

В клинику доставлен ребенок через 30 минут после того, как был сбит автомобилем. Состояние крайне тяжелое, бледен, пульс нитевидный, АД 40/0 mm Hg. Справа в поясничной области обширная поверхностная ссадина, припухлость, резкая болезненность. В моче – гематурия. Живот умеренно вздут, резко болезненный в области правого подреберья. Ваш предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

#### **Клинический кейс**

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

### **Клинический кейс**

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

**ТЕМА: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ЭПИДИДИМИТ. ОРХИТ. ЭПИДИДИМООРХИТ. ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА И ЕГО ГИДАТИД. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВКИ И КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ПРОСТАТИТ. ЮВЕНИЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ.**  
(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

**Цель занятия:**

Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, основными причинами вызывающими острые воспалительные заболевания мужских половых органов.

**Задачи:**

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику, особенности течения острых воспалительных заболеваний мужских половых органов.
2. Ознакомить студентов с клиническими картинами таких заболеваний как, орхит, орхоэпидимит, ювенильный простатит, заболеваниями головки полового члена и крайней плоти.
3. Знать принципы лечения, варианты оперативных вмешательств, возможные осложнения в работе репродуктивной системы.

**Вопросы к занятию:**

Острые заболевания органов мошонки. Синдром отёчной и гиперемированной мошонки

Воспалительные заболевания половых желез и их придатков

Эпидидимит. Орхит. Эпидидимоорхит. Основные инфекции. Исходы воспаления (атрофия, рубцевание, нарушение гемато-тестикулярного барьера, аутоиммунная реакция и др.)

Перекрут яичка и его гидатид

Воспалительные заболевания собственно мошонки (фурункул, гангрена)

Воспалительные заболевания полового члена. Этиология, распространение воспалительного процесса. Клиническая картина. Исходы воспаления.

Показания к хирургическому лечению

Заболевания головки и крайней плоти полового члена. Постит. Баланит.

Фимоз. Парафимоз. Баланопостит

Воспалительные заболевания семенных пузырьков и предстательной железы

Простатит. Ювенильный простатит. Ювенильная простатопатия.

Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика

Патофизиология infertility после перенесенного воспаления половых желез. Профилактика расстройств фертильности.

## Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

## Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.
3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
4. Лекции кафедры.

### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>, [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) -электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

**Орхит** - воспаление яичка, возникающее чаще всего вследствие его инфицирования гематогенным или лимфогенным путем при гриппе, бруцеллезе, туберкулезе, тифе, эпидемическом паротите (свинке), хламидийной инфекции и других заболеваниях. Туберкулезный орхит, а также орхит у ослабленных детей может возникнуть вследствие перехода воспаления с придатка на яичко.

Провоцирующим моментом для орхита может быть также травма яичка. Заболевание может протекать остро или хронически.

**Эпидидимит** - воспаление придатка яичка. Инфекция в придаток попадает гематогенным путем при гриппе, паротите, тифе, пневмонии, сепсисе. Но может иметь место и восходящий путь по просвету семявыносящего протока, при инфекции мочевыводящих путей, при уретритах различного генеза, а также контактный путь из пораженного яичка. Важную роль в развитии эпидидимитов может сыграть травма мошонки, переохлаждение, физическое напряжение, затрудненное мочеиспускание (фимоз, стриктуры уретры), а иногда причиной может оказаться эндоскопическое обследование. Как правило, эпидидимит бывает односторонним. Двусторонний процесс наблюдается у 10-20 % пациентов.

По характеру течения различают острый и хронический эпидидимит

**Простатит** - воспаление предстательной железы. Наиболее часто простатит встречается в возрасте 18-40 лет. Основной причиной заболевания является инфекция, попадающая непосредственно в предстательную железу: стафилококк, стрептококк, кишечная палочка и др.; вирусы; микоплазмы; хламидии; кандиды; гонококк; трихомонады; микобактерии туберкулеза и др. Чаще всего путем проникновения инфекции в предстательную железу является восходящий путь из задних отделов мочеиспускательного канала (при уретритах, пиелонефритах). Попадание инфекции в простату может произойти при проведении уретроцистоскопии или при бужировании. Возможно проникновение инфекции в предстательную железу гематогенным или лимфогенным путями при наличии инфекционных заболеваний (грипп, туберкулез, сифилис и др.) или из очагов инфекции (при фурункулезе, ангине, воспалении геморроидальных узлов).

**Баланит и баланопостит.** Баланит – воспаление головки полового члена, постит – воспаление внутреннего листка крайней плоти. Эти заболевания, как правило, существуют вместе и имеют название баланопостит. Общепринятой считают классификацию на основании этиологического фактора заболевания. Различают две группы факторов (или причин) возникновения баланопостита.

Первая группа объединяет инфекционные виды баланопостита; во вторую группу включены собственно заболевания кожи и другие неинфекционные причины.

В литературе обсуждают значение различных факторов, способствующих развитию баланопостита: уретрит, местное применение различных контрацептивов или препаратов для профилактики инфекций, передаваемых половым путем, химическое воздействие смегмы, удлиненная крайняя плоть, нарушение правил личной гигиены, эндокринопатии.

## Тесты

Возникновение резких болей в области мошонки характерно для:

- а) неосложненная пахово-мошоночная грыжа
- б) киста семенного канатика
- в) орхоэпидидимит

- г) некроз гидатиды яичка
- д) перекрут яичка
- е) травма яичка

Резкая боль в половине мошонки, появившаяся внезапно, подтянутое к корню мошонки болезненное яичко характерно для:

- а) перекрут яичка
- б) остро возникшая водянка оболочек яичка
- в) некроз гидатиды яичка
- г) аллергический отек мошонки
- д) орхоэпидидимит

Постепенно нарастающие боли в половине мошонки с гиперемией и отеком кожи мошонки, болезненная пальпация у верхнего полюса яичка характерны для:

- а) перекрут яичка
- б) остро возникшая водянка оболочек яичка
- в) некроз гидатиды яичка
- г) аллергический отек мошонки
- д) орхоэпидидимит

Нарастающие боли в половине мошонки с гиперемией, отеком, увеличением яичка и придатка, болезненность при пальпации характерно для:

- а) перекрут яичка
- б) остро возникшая водянка оболочек яичка
- в) некроз гидатиды яичка
- г) аллергический отек мошонки
- д) орхоэпидидимит

Гиперемия, стекловидный отек тканей мошонки с безболезненной пальпацией яичек характерны для:

- а) перекрут яичка
- б) остро возникшая водянка оболочек яичка
- в) некроз гидатиды яичка
- г) аллергический отек мошонки
- д) орхоэпидидимит

При возникновении острой боли в области мошонки необходимо провести обследование:

- а) осмотр мошонки
- б) пальпация органов мошонки
- в) диафаноскопию мошонки
- г) пробу Вальсавы
- д) определение диаметра вен гроздевидного сплетения
- е) УЗИ органов мошонки с определением кровотока



Выявленные на УЗИ изменения: увеличенное в размерах яичко у корня мошонки, повышенной эхогенности, неоднородной структуры, с резко обедненным кровотоком – характерны для:

- а) крипторхизм
- б) водянка оболочек яичка
- в) варикоцеле
- г) перекрут яичка
- д) орхоэпидидимит

При перекруте яичка показано:

- а) экстренная операция
- б) наблюдение в динамике
- в) консервативное лечение
- г) операция в плановом порядке

При некрозе гидатиды яичка показано:

- а) экстренная операция
- б) наблюдение в динамике
- в) консервативное лечение
- г) оперативное лечение в плановом порядке

При орхоэпидидимите показано:

- а) экстренная операция
- б) консервативное лечение
- в) оперативное лечение в плановом порядке
- г) блокада семенного канатика

## Ситуационные задания

### Клинический кейс

У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий, воспитывающегося по мужскому типу яички не пальпируются, гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46XY. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии - наполненный контрастом мочевого пузырь, сзади которого видно образование больших размеров, заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлиненной формы размерами 5.0×2.0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1.0×0.5 см, рудиментарная матка с трубами.

Вопрос: Ваша тактика?

### **Клинический кейс**

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка.

Вопрос: С каким видом грыжи вы встретились?

Каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

### **Клинический кейс**

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую оболочку полого органа.

Вопрос: О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае? Какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

### **Клинический кейс**

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней.

Вопрос: Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 1 года через 6 часов появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Живот ассиметричен, правая половина его выбухает, где определяется видимая на глаз перистальтика. На обзорной рентгенограмме множественные разнокалиберные уровни жидкости.

Вопрос: Какое осложнение возникло у ребенка?

Каковы, предположительно, могут быть его причины?

Ваша лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

Вопрос: Ваш диагноз и тактика?

**ТЕМА: Врожденные пороки развития полового члена.**

**Врожденное истинное недоразвитие полового члена. Микропенис.**

**Врожденное ложное недоразвитие полового члена. Скрытый половой член. Заболевания крайней плоти. Фимоз как патологическое и физиологическое явление.**

(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

**Цель занятия:**

Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, классификацией пороков развития полового члена.

**Задачи:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию пороков развития полового члена.

2. Ознакомиться с клинической картиной заболевания, программой обследования, принципами лечения, диспансерным наблюдением.

**Вопросы к занятию:**

Врожденное истинное недоразвитие полового члена. Микропенис.

Врожденное ложное недоразвитие полового члена.

Скрытый половой член

Перепончатый пенис

Ретрактивный пенис

Эректильные девиации кавернозных тел

Ротация кавернозных тел полового члена

Заболевания крайней плоти. Фимоз как патологическое и физиологическое явление.

Сочетание пороков развития полового члена с пороками развития мочевого тракта.

#### Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.

2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

#### Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.

2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.
3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
4. Лекции кафедры.
5. Гнойные заболевания почек и паранефрального пространства у детей: учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов педиатрического факультета / А.Е. Соловьев [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - Рязань: ОТСиОП, 2018. - 48 с.

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) -электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

**Скрытый половой член** относится к сравнительно редкому и малоизученному пороку развития наружных половых органов, оставаясь до недавнего времени неразрешимой проблемой пациентов, страдающих этой патологией. Более того, само определение скрытого полового члена как нозологической единицы появилось только в 1954 г., когда М. Ф. Campbell впервые использовал этот термин. Определение скрытого полового члена сформулировал В. S. Crawford в 1977 г.: «Скрытый половой член – это редкая врожденная аномалия, при которой ствол полового члена имеет нормальные размеры, соответствующие возрасту, но скрыт окружающими тканями мошонки и подкожно-жировой клетчатки лонной области». Долгие годы для пациентов со скрытым половым членом основной рекомендацией врачей считалось – дождаться полового созревания (пубертатного периода), когда заболевание якобы само собой излечится. Однако при истинном скрытом половом члене имеется порок связочного аппарата и с возрастом не происходит перемен с внешним видом полового члена, погруженного в окружающие ткани.

**Перепончатый половой член** – возможно, не совсем удачное название, так как при этой аномалии он практически нормальный, только соединен с

мошонкой кожной перемычкой. В наиболее выраженных случаях отсутствует свободная часть полового члена, который образует с мошонкой как бы единое целое. При этой аномалии кожа мошонки отходит от середины или даже от головки полового члена (парусовидная мошонка). Данная патология встречается довольно часто, однако диагностируется, как правило, в подростковом возрасте. Обращение к специалисту обусловлено затруднением полового сношения при начале половой жизни.

**Микропенис** диагностируют в тех случаях, когда длина полового члена более чем на 2.5SD меньше средних показателей у мальчиков того же возраста. Микропенис может быть изолированным или, гораздо чаще, одним из симптомов гипогонадизма. Следует помнить, что нередко ошибочно предполагают микропенис при аномалиях мошонки («шалеовидная мошонка», «парусовидная мошонка»), фимозе, ожирении, скрытом половом члене.

**Короткая уздечка полового члена** как патология может встречаться самостоятельно или сопутствовать фимозу и синехиям. Головка полового члена обхватывается крайней плотью, состоящей из двух листков – внутреннего и наружного, образующих препуциальный мешок. На дорсальной поверхности головки полового члена крайняя плоть (левая и правая половины) смыкается, образуя уздечку. При короткой уздечке эрекция создает «удавку» для головки полового члена. Нормальная уздечка – тонкая, эластичная, часто из нескольких складок, с хорошо растягивающейся кожей. Короткая уздечка препятствует полному освобождению головки полового члена из препуциального мешка, вызывая его искривление с возможным болезненным ощущением при эрекции и фрикциях.

## Тесты

В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

- А) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки
- Б) гиперемия, болезненность в области мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
- В) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
- Г) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах

Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:

- А) патологическим состоянием, необходимо срочное лечение

- Б) вариантом нормы, лечение не показано до наступления препубертатного возраста
- В) условно патологическим состоянием, показано регулярное разделение синнехий
- Г) патологическим состоянием, требующим лечения после 1 года

Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу дистальной гипоспадии (без искривления кавернозных тел) является:

- А) новорожденные и грудные дети
- Б) 6 месяцев – 1 год
- В) 0 – 3 месяца
- Г) 5 – 6 лет

Ребенку с гипоспадией показано комплексное обследование в возрасте

- а) после 1 месяца
- б) после 1 года
- в) после 3 лет
- г) после 5 лет

Комплексное клинико-инструментальное обследования при передних формах гипоспадии включает:

- а) осмотр и пальпация половых органов, паховых областей
- б) УЗИ мочевых путей, простаты
- в) консультацию эндокринолога
- г) консультацию генетика
- д) цистографию
- е) калибровку отверстия уретры

Комплексное клинико-инструментальное обследования при задних формах гипоспадии включает:

- а) осмотр и пальпация половых органов, паховых областей
- б) УЗИ мочевых путей, простаты
- в) консультация эндокринолога
- г) консультация генетика
- д) цистография при расширении верхних мочевых путей
- е) калибровку отверстия уретры

При выявлении меатального стеноза у ребенка грудного возраста показано:

- а) наблюдение до 1 года
- б) оперативное лечение – меатотомия в ближайшие сроки
- в) бужирование

Сроки оперативного лечения детей с гипоспадией:

- а) до 3 месяцев жизни
- б) 12-14 лет

- в) 5-7 лет
- г) 1-2 года.

Смещение наружного отверстия уретры, расщепление крайней плоти, искривление полового члена характерно для:

- а) гипоспадии
- б) рубцового фимоза
- в) парафимоза
- г) эписпадии

Наружное отверстие уретры смещено по вентральной поверхности, крайняя плоть полового члена расщеплена, что характерно для:

- а) гипоспадии
- б) рубцового фимоза
- в) экстрофии мочевого пузыря
- г) эписпадии
- д) парафимоза

### **Ситуационные задания**

#### **Клинический кейс**

Ребенок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отек и гиперемию кожи. Левое яичко в мошонке увеличено в размере, болезненно при пальпации. Травму ребенок отрицает.

Ваш диагноз и тактика?

#### **Клинический кейс**

Вы врач педиатр родильного дома. Внутриутробно, на 32 неделе, при ультразвуковом обследовании плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14мм. После рождения этот диагноз был подтвержден. Анализ мочи нормальный.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?

#### **Клинический кейс**

У мальчика 3 лет постоянные жалобы на затрудненное, прерывистое тонкой струйкой мочеиспускание. В анализах мочи – лейкоциурия (20-30 в п/зр).

Ваш предварительный диагноз? План обследования и лечения?

### **Клинический кейс**

Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?.

### **Клинический кейс**

У мальчика 10 дней с рождения отмечается увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного, безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размером 8х6х4см. При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

### **Клинический кейс**

Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

### **Клинический кейс**

У физически нормально развивающейся девочки 2 лет с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?



**ТЕМА: Нейрогенный мочевой пузырь, энурез. Этиопатогенез, классификация, клиника, программа обследования, лечение, диспансерное наблюдение.**

(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

**Цель занятия:**

Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, классификацией вариантов нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

**Задачи занятия:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию причин, приводящих к недержанию мочи.
2. Изучить клинические проявления, особенности течения у детей различных возрастных групп.
3. Освоить программу обследования.
4. Ознакомиться с клинической картиной заболевания, программой обследования, принципами лечения, диспансерным наблюдением.

**Вопросы к занятию:**

Расстройства функции детрузора. Сфинктерная недостаточность.

Детрузорно-сфинктерная диссенергия.

Клиника. Основные синдромы расстройств мочеиспускания

Императивное недержание мочи. Стрессовое недержание

Недержание мочи от переполнения. Тотальное недержание мочи

Редкие мочеиспускания.

Методы диагностики

Ритм мочеиспускания (дневник)

Рентгенологические методы. Уродинамические методы

Регистрация внутрипузырного давления при естественном наполнении .

Урофлоуметрия. Эндоскопические методы. Ультразвуковые методы

Основные формы дисфункций мочевого пузыря.

Гиперактивность мочевого пузыря

Гипорелекторный мочевой пузырь

Арефлекторный мочевой пузырь

Рефлекторный мочевой пузырь

Лечение. Консервативное лечение. Медикаментозное лечение. Физиотерапевтическое лечение

Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.

2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

#### Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.

2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.

3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Ришук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.

4. Лекции кафедры.

5. Гнойные заболевания почек и паранефрального пространства у детей: учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов педиатрического факультета / А.Е.Соловьев [и др. ]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.- Рязань: ОТСиОП, 2018.- 48 с.

#### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал

3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект

4. [www.medicbooks.info/paediatics](http://www.medicbooks.info/paediatics) -электронные медицинские книги

5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

#### **Тесты**

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЭНУРЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ :**

- а порок развития органов мочевыделительной системы;
- б слабость сфинктера мочевого пузыря;
- в спинномозговая грыжа;
- г нарушение корковой регуляции;
- д новообразования мочевого пузыря.

ОЦЕНКА РЕЗЕРВУАРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

- а. регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий
- б. цистоскопии
- в. урофлоуметрии
- г. ретроградной цистометрии
- д. ЭМГ мышц промежности

ОЦЕНКА ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

- а. регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий
- б. цистоскопии
- в. урофлоуметрии
- г. ретроградной цистометрии
- д. ЭМГ мышц промежности

В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ  
ВХОДИТ:

- а. R-снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника
- б. ритм спонтанных мочеиспусканий
- в. анализ мочи
- г. радиоизотопная ренография
- д. экскреторная урография

БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАМП:

- а. антидепрессанты
- б. физиолечение
- в. М-холинолитики
- г. антидиуретический гормон
- д. ноотропы

ПРИ ПЕРВИЧНОМ МОНОСИМПТОМНОМ ЭНУРЕЗЕ БАЗОВЫМ  
ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

- а. оксибутинина
- б. адиуретина
- в. пикамилаона
- г. антидепрессантов
- д. ноотропов

БОЛЬНОМУ С ЖАЛОБАМИ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ  
НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- а снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника
- б экскреторную урографию
- в регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий

- г УЗИ почек
- д цистографию
- е общий анализ мочи
- ж биохимический анализ мочи

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ**

- а гиперрефлекторный адаптированный
- б гипорефлекторный неадаптированный
- в гиперрефлекторный неадаптированный
- г гипорефлекторный адаптированный

**ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ**

- а урофлоуметрию
- б экскреторную урографию
- в цистографию
- г цистометрию

### **Ситуационные задания**

#### **Клинический кейс**

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

#### **Клинический кейс**

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

#### **Клинический кейс**

Вы врач педиатр родильного дома. Внутриутробно, на 32 неделе, при ультразвуковом обследовании плода диагностировано расширение чашечно-

лоханочной системы обеих почек до 14мм. После рождения этот диагноз был подтвержден. Анализ мочи нормальный.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?

### **Клинический кейс**

У мальчика 3 лет постоянные жалобы на затрудненное, прерывистое тонкой струйкой мочеиспускание. В анализах мочи – лейкоциурия (20-30 в п/зр).

Ваш предварительный диагноз? План обследования и лечения?

### **Клинический кейс**

Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

### **Клинический кейс**

У мальчика 10 дней с рождения отмечается увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного, безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размером 8х6х4см. При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

**ТЕМА: Аномалии развития органов мошонки.**

**Анорхизм. Полиорхидиния. Атрофия, гипотрофия, гипоплазия, яичка.**

**Аномалии положения яичек. Абдоминальная форма крипторхизма.**

**Ложный крипторхизм, синдром повышенной подвижности.**

**Сперматоцеле. Варикоцеле.**

(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

**Цель занятия:**

Ознакомить студентов с вариантами аномалий развития органов мошонки (анорхизм, полиорхидиния, атрофия, гипотрофия, гипоплазия, яичка). Этиологией, патогенезом, диагностикой, клинической картиной варикоцеле и сперматоцеле.

**Задачи занятия:**

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, причины задержки низведения яичка в мошонку.
2. Изучить клинические проявления, диагностику абдоминальной формы крипторхизма, ложного крипторхизма, синдрома повышенной подвижности.
3. Ознакомиться с клинической картиной сперматоцеле, диагностикой, принципами наблюдения и лечения.

**Вопросы к занятию:**

Анорхизм. Полиорхидиния.

Атрофия, гипотрофия, гипоплазия, яичка. Терминология. Этиология, патогенез, симптоматика, принципы лечения.

Аномалии положения яичек. Эктопия яичек. Паховая дистопия яичка. Промежностная дистопия яичка. Бедренная дистопия яичка. Задержка опускания яичка. Задержка яичка в паховом канале. Абдоминальная форма крипторхизма.

Ложный крипторхизм, синдром повышенной подвижности.

Аплазия, гипоплазия, гипотрофия придатка яичка

Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Сперматоцеле

Варикоцеле.

Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

## Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.
3. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
4. Лекции кафедры.
5. Гнойные заболевания почек и паранефрального пространства у детей: учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов педиатрического факультета / А.Е. Соловьев [и др. ]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - Рязань: ОТСиОП, 2018. - 48 с.

### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatics](http://www.medicbooks.info/paediatics) – электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) – электронная медицинская библиотека

**Крипторхизм** как аномалия положения яичка. Порок развития, характеризующийся отсутствием яичка/яичек в мошонке. В процессе эмбриогенеза яички закладываются вместе с первичной почкой, и к концу 3-го месяца они мигрируют в подвздошную область. При смещении яичко вдавливается в брюшную полость, отодвигая перед собой брюшину, которая образует две складки. Краниальная складка образует влагалищный отросток брюшины и покрывает задним своим листком направительный тяж, который состоит в основном из гладкомышечных волокон. К концу 7-го месяца яичко подходит к внутреннему кольцу пахового канала, куда до этого проникает направительный тяж. Сократительная способность направительного тяжа, напряжение мышц живота и повышение внутрибрюшинного давления играют активную роль в перемещении яичка в мошонку. На 8-м месяце яичко проходит паховый канал, при этом просвет влагалищного отростка брюшины широко сообщается с брюшной полостью. На 9-м месяце яичко опускается в мошонку.

Направительный тяж редуцируется, превращаясь в связку, соединяющую каудальный полюс яичка с дном мошонки. Влагалищный отросток брюшины облитерируется в проксимальном отделе, и брюшная полость отграничивается от межболобочечного синуса яичка.

Крипторхизм определяется у 10-20 % новорожденных, у 2-3 % годовалых детей, у 1 % детей в пубертатном периоде и лишь у 0,2-0,3 % взрослых мужчин. Такая статистика обусловлена

тем, что незавершение опущения яичка у новорожденных в большинстве случаев ликвидируется в первые недели внеутробного развития. По достижении 1 года самостоятельное опущение яичка отмечается еще у 70 % детей, страдающих крипторхизмом. В дальнейшем возможность самостоятельного смещения яичек в мошонку существует до периода половой зрелости.

**Семенная киста (сперматоцеле).** Сперматоцеле (гр. sperma – семя, kele – выбухание, вздутие) – объемное образование округлой формы, содержащее жидкость, иногда с примесью сперматозоидов и сперматоцитов, окруженное, как и любая киста, плотной фиброзной оболочкой или капсулой.

Семенные кисты развиваются из гидатид без ножки - остатков мюллерова протока, расположенных на верхнем полюсе яичка. Кисты представляют собой округлые образования, соединяющиеся широким основанием с поверхностью яичка. Гидатиды состоят из соединительной ткани, богатой кровеносными сосудами. Внутри кисты находится слепой каналец, выстланный цилиндрическим эпителием.

Семенная киста, как правило, связана с яичком или его придатком и представляет собой соединительнотканную полость, связанную или отшнуровавшуюся от него. Изнутри она выстлана цилиндрическим эпителием. Возникновение кисты связано с повреждением семенных путей.

Этиологическими факторами, приводящими к этим повреждениям и ретенции секрета, являются травма и воспаление. Семенные кисты чаще всего развиваются из эмбриональных зачатков. Кисты без ножки, расположенные у верхнего полюса яичка, происходят из остатков ducti paramesonephrici. Кисты на ножке, связанные с головкой придатка, развиваются из остатков mesonephros, часто из paradidymis - удлиненного образования в семенном канатике, состоящего из нескольких замкнутых семенных каналцев. Могут возникать довольно часто в любом возрасте. Среди патологии мошонки на долю семенной кисты приходится около 7 %.

Различают врожденные и приобретенные семенные кисты.

## Тесты

Отличие операции Иванисевича от операции Паломо состоит:

- А) в перевязке артерий и вен семенного канатика
- Б) в сохранении лимфатических сосудов
- В) в сохранении тестикулярной артерии



Г) только в паховом доступе к яичковым сосудам

Показанием к проведению консервативной терапии при крипторхизме считают:

- А) крипторхизм в форме паховой ретенции
- Б) крипторхизм в форме паховой эктопии
- В) крипторхизм в форме брюшной ретенции
- Г) двусторонний крипторхизм

Проведение терапии хориогонином при крипторхизме направлено на:

- А) самостоятельное низведение яичка
- Б) улучшение функции клеток Лейдига
- В) стимуляцию сперматогенеза
- Г) стимуляцию созревания яичка

Какой из перечисленных этапов не содержит операция низведения яичка:

- А) обработка вагинального отростка
- Б) полная скелетизация сосудов яичка
- В) выделение яичка единым блоком
- Г) туннелизация мошонки

Основным принципом орхопексии является:

- А) низведение яичка без натяжения его элементов
- Б) надежная фиксация яичка к перегородке мошонки
- В) пересечение мышцы, поднимающей яичко
- Г) создание условий для постоянной тракции и вытягивания элементов семенного канатика

Для паховой эктопии яичка характерно:

- А) яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала
- Б) яичко расположено под кожей и смещается к бедру
- В) яичко не пальпируется
- Г) яичко определяется на промежности

Какие из перечисленных состояний не могут быть причиной орхиоэпидидимита:

- А) инфекция мочевыделительной системы
- Б) клапан задней уретры
- В) аномалии впадения семявыносящих протоков
- Г) водянка оболочек яичка

Отсутствие яичка в мошонке является основным признаком

- а) крипторхизм
- б) эктопия яичка
- в) ложный крипторхизм

- г) паховая грыжа
- д) водянка оболочек яичка
- е) монорхизм



При отсутствии яичка в недоразвитой мошонке и выявлении пальпаторно округлого, малоподвижного, б/болезненного образования в паховом канале можно думать о

- а) крипторхизме, паховой форме
- б) варикоцеле
- в) перекруте яичка
- г) монорхизме
- д) ложном крипторхизме



При отсутствии яичка в мошонке и выявлении пальпаторно округлого, подвижного, б/болезненного образования в области промежности можно думать о

- а) крипторхизм, паховая форма
- б) паховая эктопия яичка
- в) промежностная эктопия яичка.
- г) перекрут яичка
- д) монорхизме
- е) ложный крипторхизм



При отсутствии яичек в недоразвитой мошонке и паховом канале можно думать о

- а) крипторхизм, паховая форма
- б) анорхизме
- в) абдоминальном крипторхизме
- г) перекрут яичка
- д) монорхизме
- е) ложный крипторхизм

У ребенка 1-3 месяцев с крипторхизмом показано обследование

- а) осмотр и пальпация органов мошонки и паховых областей
- б) УЗИ мошонки, паховых каналов.
- в) УЗИ брюшной полости.
- г) диагностическая лапароскопия
- д) консультация эндокринолога
- е) диафаноскопия

Консультация генетика, эндокринолога, исследование гормонального профиля при патологии яичек показаны у детей с

- а) односторонним крипторхизмом
- б) ложным крипторхизмом
- в) двусторонним крипторхизмом
- г) абдоминальным крипторхизмом
- д) анорхизмом
- е) монорхизмом
- ж) эктопией яичка

Исследования гормонального профиля позволяют дифференцировать двусторонний абдоминальный крипторхизм и анорхизм в возрасте

- а) до 6 месяцев
- б) с 6 до 12 месяцев

в) после года

При паховом крипторхизме необходимо обследование:

- а) осмотр и пальпация органов мошонки и паховых областей
- б) УЗИ мошонки, паховых каналов.
- в) УЗИ брюшной полости.
- г) диагностическая лапароскопия
- д) консультация эндокринолога
- е) диафаноскопия

При абдоминальном крипторхизме, монорхизме, анорхизме необходимо обследование:

- а) осмотр и пальпация органов мошонки и паховых областей
- б) УЗИ мошонки, паховых каналов.
- в) УЗИ брюшной полости.
- г) диагностическая лапароскопия
- д) консультация эндокринолога.
- е) консультация генетика,
- ж) определение полового кариотипа

Тактика лечения недоношенного ребенка с односторонним крипторхизмом на первом году жизни

- а) наблюдение
- б) гормональное лечение
- в) оперативное лечение

### **Ситуационные задания**

#### **Клинический кейс**

Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

Ваш диагноз и тактика?

#### **Клинический кейс**

Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся два часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненное, малоподвижное. Кожа мошонки гиперемирована.

Ваш диагноз и тактика?

### **Клинический кейс**

У ребенка 11 лет жалобы на увеличение левой половине мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении ребенка. Яички в мошонке.

Ваш диагноз и тактика?

### **Клинический кейс**

У мальчика 1 месяца отмечается отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они и по ходу пахового канала. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Мошонка гипоплазирована.

Ваш диагноз и тактика?