



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная
программа высшего образования
Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Актуальные вопросы
детской урологии- андрологии»
Методические указания для обучающихся

- 1 -

Методические указания для обучающихся



Тематический план практических занятий (и/или семинаров и т.д.)

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	Объем по семестрам	
		3	4
	2	3	4
1.	Тема № 1. Крипторхизм у детей. Клиника, диагностика, лечение. Часть 1.	11	1,5
2.	Тема № 1. Крипторхизм у детей. Клиника, диагностика, лечение. Часть 2.	11	1,5
3.	Тема № 1. Крипторхизм у детей. Клиника, диагностика, лечение. Часть 3.	11	1,5
4.	Тема №2. Острые заболевания яичка у детей. Клиническая картина. Показания к консервативному и хирургическому лечению. Часть 1.	11	1,5
5.	Тема №2. Острые заболевания яичка у детей. Клиническая картина. Показания к консервативному и хирургическому лечению. Часть 2.	11	1,5
6.	Тема №2. Острые заболевания яичка у детей. Клиническая картина. Показания к консервативному и хирургическому лечению. Часть 3.	11	1,5
7.	Тема № 3 Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Клиническая картина. Основные методы диагностики. Современные технологии лечения. Часть 1.	11	1,5
8.	Тема № 3 Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Клиническая картина. Основные методы диагностики. Современные технологии лечения. Часть 2.	11	1,5
9.	Тема № 3 Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Клиническая картина. Основные методы диагностики. Современные технологии лечения. Часть 3	11	1,5
10.	Тема № 4 Гидронефроз у детей. Антенатальная диагностика. Тактика обследования. Показания к хирургическому лечению. Часть 1.	11	1,5
11.	Тема № 4 Гидронефроз у детей. Антенатальная диагностика. Тактика обследования. Показания к хирургическому лечению. Часть 2.	11	1,5
12.	Тема № 4 Гидронефроз у детей. Антенатальная диагностика. Тактика обследования. Показания к хирургическому лечению. Часть 3.	11	2
13.	Тема № 5 Гипоспадия. Синдромальные формы аномалии. Обязательные методы обследования.Сроки и технологии лечения. Часть 1.	11	1,5
14.	Тема № 5 Гипоспадия. Синдромальные формы аномалии. Обязательные методы обследования.Сроки и технологии лечения. Часть 1.	11	1,5
15.	Тема № 5 Гипоспадия. Синдромальные формы аномалии. Обязательные методы обследования.Сроки и технологии лечения. Часть 1.	11	2

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа “Актуальные вопросы детской урологии- андрологии” Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 3 -</p>
--	---	--	--------------

16.	Тема № 6 Интерсексуальные аномалии. Клиническая диагностика. Хирургическое лечение. Часть 1.	11	1,5
17.	Тема № 6 Интерсексуальные аномалии. Клиническая диагностика. Хирургическое лечение. Часть 2	11	1,5
18.	Тема № 6 Интерсексуальные аномалии. Клиническая диагностика. Хирургическое лечение. Часть 3.	11	2
19.	Тема № 7 Варикоцеле у детей и подростков. Диагностика. Выбор тактики лечения. Современные технологии лечения. Часть 1.	11	1,5
20.	Тема № 7 Варикоцеле у детей и подростков. Диагностика. Выбор тактики лечения. Современные технологии лечения. Часть 2.	11	1,5
21.	Тема № 7 Варикоцеле у детей и подростков. Диагностика. Выбор тактики лечения. Современные технологии лечения. Часть 3.	11	1,5
	Итого		34



Занятие № 1

1. Тема занятия: «Вводная лекция. Особенности детской урологии андрологии.»

2. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

3. Продолжительность: 1 час

4. Цель занятия: научить студентов

5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. определение, задачи дисциплины;
2. методы исследования в урологии (лабораторные и инструментальные);
3. клиническую классификацию заболеваний мочевыводящих путей у детей;
4. основные оперативные вмешательства;

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.
2. проводить необходимые обследования;
3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам;
4. интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований;
5. использовать хирургическую тактику и рациональные сроки лечения, указать на показания для оперативного вмешательства.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Определение, основные понятия в урологии-андрологии
2. Задачи дисциплины
3. Классификация заболеваний мочевыводящих путей
5. Современные методы, используемые для диагностики.
6. Основные клинические синдромы
7. Общие принципы лечения. Основные способы операций.

9. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 5 -</p>
--	---	--	--------------

Занятие № 2

7. Тема занятия: «Крипторхизм у детей. Клиника, диагностика, лечение.»

8. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

9. Продолжительность: 2 часа

10. Цель занятия: научить студентов

11. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

12. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. процесс внутриутробного развития и опускания яичка в мошонку, анатомию пахового канала, особенности кровоснабжения яичка;
2. причины, патогенез, патоморфологию крипторхизма;
3. симптомы, клинические проявления и клиническую классификацию крипторхизма у детей;
4. основные и дополнительные методики обследования;
5. сроки проведения оперативных вмешательств;
6. наиболее часто проводимые операции, техника их выполнения;
7. осложнения и исходы.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.
2. проводить необходимые обследования у детей с крипторхизмом;
3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с крипторхизмом
4. интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
5. использовать хирургическую тактику у детей с крипторхизмом и рациональные сроки лечения, указать на показания для оперативного вмешательства, а также ситуации, в которых необходима гормонотерапия.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Эмбриологические аспекты процесса опускания яичка.
2. Анатомия пахового канала у мальчиков. Особенности кровоснабжения яичка.
3. Патофизиологические и структурные изменения в яичке при крипторхизме и варикоцеле.
4. Классификация крипторхизма и варикоцеле.
5. Современные методы, используемые для диагностики крипторхизма и варикоцеле.
6. Клинические проявления неопущенного яичка и варикозного расширения вен семенного канатика.
7. Осложнения, наиболее часто встречающиеся при крипторхизме и варикоцеле.
8. Тактика врача-педиатра при синдроме «непальпируемого» яичка. Особенности ведения пациентов с варикозным расширением вен семенного канатика.
9. Общие принципы лечения крипторхизма и варикоцеле. Основные способы операций.

9. План проведения занятия: ☉

☉ **1-й час:**

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин
2. Постановка цели и задач занятия – 1 мин.
3. Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.
4. Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.
5. Лекция – 45 минут.
6. Самостоятельная работа - 45 мин



10. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

11. Демонстрация:

12. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.

Задача №1

К вам на прием в поликлинику пришла мама с мальчиком 8 лет. При осмотре с учетом жалоб и анамнеза вы диагностировали правосторонний крипторхизм в виде паховой ретенции.

- 1) Какова ваша тактика в ведении этого ребенка (обследование, лечение)
- 2) Ошибки на догоспитальном этапе
- 3) Методы фиксации опущенного яичка.
- 4) Осложнения крипторхизма
- 5) Дифференциальная диагностика.

Задача №2

На приеме мальчик 3-х лет. Мама ребенка жалуется на отсутствие одного яичка в мошонке. При уточнении анамнеза выяснено, что при профилактическом осмотре хирургом в 5 мес. возрасте никаких отклонений выявлено не было.

- 1) Какой диагноз Вы можете предположить?
- 2) Что сделаете для уточнения диагноза?
- 3) Ваша тактика в лечении?
- 4) Причины вызвавшие атрофию яичка.
- 5) В каком возрасте показано протезирование?

Задача №3

В приемный покой доставлен ребенок 1,5 лет, который беспокоится (плачет), держится ручкой за правую половину живота. Из беседы с родителями стало известно, что с 6 месячного возраста у мальчика диагностировали правосторонний крипторхизм в форме паховой ретенции ребенок не лечился. Два часа назад мальчик начал беспокоиться, жаловаться на боли внизу живота справа.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Ваша дальнейшая тактика?
- 3) Какие осложнения у данной патологии?
- 4) Причины, вызвавшие данную патологию?
- 5) Реабилитация.

Задача №4

На прием явился ребенок 2,5 лет у которого имеется паховая ретенция правого яичка. Лечение мальчик не получал. При беседе с мамой выяснилось что ребенок иногда жалуется на боли в правой паховой области, которые самостоятельно исчезают

- 1) Ваша тактика?
- 2) Чем обусловлены боли?
- 3) Методы фиксации неизведенного яичка?
- 4) Возможные осложнения заболевания?
- 5) Реабилитация.



Задача №5

К вам обратились родители мальчика 5 лет, при осмотре которого вы обнаружили отсутствие обоих яичек в мошонке, в паховых областях, а также наличие мошоночной формы гипоспадии.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз,
- 2) Дальнейшие действия?
- 3) Необходимые методы обследования?
- 4) Рекомендации?
- 5) Реабилитация.

Тестовые вопросы.

1) Локализация яичка при ретенции:

- a) лобковая;;
- b) бедренная;;
- c) промежностная;;
- d) перекрестная;;
- e) паховая и брюшная.

2) Локализация яичка при эктопии, кроме:

- a) паховая;;
- b) лобковая;;
- c) бедренная;;
- d) промежностная;;
- e) перекрестная;;
- f) брюшная.

3) В диагностике непальпируемого яичка решающее значение имеет:

- a) осмотр и пальпация наружных половых органов;;
- b) УЗИ органов мошонки, паховой области и брюшной полости;;
- c) ревизия пахового канала и мошонки;;
- d) лапароскопия.

4) В проблеме крипторхизма справедливы все перечисленные положения, кроме

- a) основное осложнение крипторхизма – гипогенитализм и бесплодие;;
- b) крипторхизм – системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;;
- c) лечение крипторхизма начинают с годовалого возраста;;
- d) аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;;
- e) лечение крипторхизма начинают с 3-месячного возраста.

5) У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии.

Оперативное лечение следует рекомендовать

- a) до 6 лет;;
- b) до 10 лет;;
- c) до 12 лет;;
- d) до 16 лет;;



е)проводить безотлагательно.

б)У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе –в течение суток боль в области задержанного яичка, беспокойство ребенка. Ему следует рекомендовать

- а)динамическое наблюдение;;
- б)гормональную терапию;;
- с)безотлагательное оперативное вмешательство;;
- д)оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией;;
- е)динамическое наблюдение в течение 2 лет.

7) У мальчика в возрасте 2 мес обнаружен крипторхизм в форме паховой ретенции в сочетании с клинически выраженной ущемленной грыжей. Ему необходимы

- а)гормональная терапия;;
- б)безотлагательное оперативное вмешательство;;
- с)диспансерное наблюдение;;
- д)оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией;;
- е)активное динамическое наблюдение.

8) Дегенеративные процессы в неопущенных яичках отчетливо прослеживаются

- а)с периода новорожденности;;
- б)с 2 лет;;
- с)с 6 лет;;
- д)с 12 лет;;
- е) с 16 лет.

9)При определении яичка ниже пахового канала у ребенка 1 года целесообразно:

- а)продолжить динамическое наблюдение;;
- б)провести гормональную терапию;;
- с)выполнить операцию Фоулера-Стефенса-1;
- д)выполнить операцию Соколова;;
- е)выполнить операцию Бианки с предварительной гормональной терапией.

10)При определении яичка на уровне пахового канала у ребенка 1 года целесообразно:

- а)продолжить динамическое наблюдение;;
- б)провести гормональную терапию;;
- с)выполнить операцию Фоулера-Стефенса-1;
- д)выполнить операцию Шумакера с предварительной гормональной терапией;;
- е)выполнить операцию Бианки с предварительной гормональной терапией.

11)У ребенка 2 лет при проведении лапароскопии выявлены короткие сосуды яичка, яичко визуально не изменено, размеры соответствуют возрасту. Целесообразно:

- а)завершить операцию и провести гормональную терапию;;
- б)провести орхэктомия;;
- с)выполнить операцию Фоулера-Стефенса-1;
- д)выполнить одноэтапную орхопексию;;
- е)выполнить конверсию с последующей одноэтапной орхопексией.



12) У ребенка 3 лет при проведении лапароскопии выявлены достаточной длины сосуды яичка, яичко визуально не изменено, размеры соответствуют возрасту. Целесообразно:

- а) завершить операцию и провести гормональную терапию;;
- б) провести орхэктомия;;
- с) выполнить операцию Фоулера-Стефенса-1;
- д) выполнить одноэтапную орхопексию;;
- е) выполнить конверсию с последующей одноэтапной орхопексией.

13) У ребенка 3 лет при проведении лапароскопии выявлены короткие сосуды яичка, уменьшенные в диаметре, яичко визуально изменено, размеры более чем в два раза меньше возрастных норм. Целесообразно:

- а) завершить операцию и провести гормональную терапию;;
- б) провести орхэктомия;;
- с) выполнить операцию Фоулера-Стефенса-1;
- д) выполнить одноэтапную орхопексию;;
- е) выполнить конверсию с последующей одноэтапной орхопексией.

14) У ребенка 3 лет при проведении лапароскопии выявлены короткие сосуды яичка, уменьшенные в диаметре, яичко визуально не определяется, семявыносящий проток слепо заканчивается до внутреннего кольца пахового канала. Целесообразно:

- а) завершить операцию;;
- б) провести орхэктомия;;
- с) выполнить операцию Фоулера-Стефенса-1;
- д) выполнить одноэтапную орхопексию;
- е) выполнить конверсию с последующей одноэтапной орхопексией.

15) У ребенка 1 года при наличии пахового крипторхизма до операции целесообразно:

- а) ничего не делать;;
- б) провести гормональную терапию хорионическим гонадотропином в дозировке 250 ЕД в/м №6-8 2 раза в неделю;;
- с) провести гормональную терапию хорионическим гонадотропином в дозировке 500 ЕД в/м №6-8 2 раза в неделю;
- д) провести гормональную терапию хорионическим гонадотропином в дозировке 1000 ЕД в/м №6-8 2 раза в неделю.



Занятие №3

1. **Тема занятия:** «Острые заболевания яичка у детей. Клиническая картина. Показания к консервативному и хирургическому лечению.»

2. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.

3. **Продолжительность:** 2 часа

4. **Цель занятия:** научить студентов

5. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

6. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**

1. этиологию, патогенез и клинику основных заболеваний, проявляющихся синдромом «острой мошонки» у детей.

2. закрепить знания по диагностике и дифференциальной диагностике наиболее частых причин возникновения «острой мошонки».

3. симптомы, клинические проявления и клиническую классификацию крипторхизма у детей;

4. основные и дополнительные методики обследования;

5. сроки проведения оперативных вмешательств;

6. наиболее часто проводимые операции, техника их выполнения;

7. осложнения и исходы.

7. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**

1. собрать хирургический анамнез.

2. проводить необходимые обследования у детей с ОЗЯ;

3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с ОЗЯ.

4. интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.

5. использовать хирургическую тактику у детей с ОЗЯ и рациональные сроки лечения, указать на показания для оперативного вмешательства, а также ситуации, в которых необходима гормонотерапия

8. **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Синдром «острой мошонки» у детей. Определение понятия.

2. Дифференциально-диагностические признаки перекрута яичка.

3. Факторы, определяющие жизнеспособность яичка при его перекруте.

4. Возможные пути проникновения инфекции в придаток яичка.

5. Инструментальный метод исследования, позволяющий определить наличие нарушений кровотока в яичке.

9. **План проведения занятия:** ☺

☺ **1-й час:**

7. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

8. Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

9. Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

10. Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

11. Лекция – 45 минут.

12. Самостоятельная работа - 45 мин

10. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

11. **Демонстрация:**

12. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.



Задача №1

Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка Подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости.

- 1) Какой диагноз Вы можете предположить?
- 2) Что сделаете для уточнения диагноза?
- 3) Ваша тактика в лечении?
- 4) Причины, вызвавшие данную патологию?
- 5) Реабилитация.

Задача №2

Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне, внезапно возникшие боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек и гиперемия мошонки больше справа, яичко на ощупь не изменено, болезненность при пальпации мошонки, температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диатезом.

- 1) Какой диагноз Вы можете предположить?
- 2) Что сделаете для уточнения диагноза?
- 3) Ваша тактика в лечении?
- 4) Причины, вызвавшие данную патологию?
- 5) Реабилитация.

Задача №3

Больной Н., 1 мес. 10 дней, поступил в клинику в конце первых суток заболевания с жалобами на наличие образования в правой паховой области. Заболел остро: без видимых причин внезапно стал беспокойным, дважды возникала рвота. В правой области появилось опухолевидное образование. При поступлении состояние средней степени тяжести, беспокоен. Температура тела 37,9°. В правой паховой области определяется резко болезненное опухолевидное образование, напряженное, плотно-эластичной консистенции, невправляемое в брюшную полость. Оба яичка в мошонке; одинаковой формы и консистенции. Отек и гиперемия мошонки умеренные.

Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – 5,5 x 10¹²/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – 8 x 10⁹/л; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лейкоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Причины развития этого заболевания у детей раннего возраста.
3. Классификация данной нозологии.
4. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология.



5. Показания к консервативному лечению.
6. Особенности консервативного лечения у детей с данной патологией.
7. Особенности оперативного лечения у детей с данной патологией.
8. Послеоперационное лечение.

Тестовые вопросы.

1. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧКА:

- а подострое начало заболевания;
- б темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии;
- в наличие выпота в оболочках яичка;
- г пальпируется болезненное округлое образование на яичке;
- д тяжелая интоксикация и лихорадка.

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЕ ОСТРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯИЧЕК:

- а перекрут гидатиды яичка;
- б перекрут яичка;
- в орхоэпидидимит;
- г флегмона Фурнье;
- д травматический разрыв яичка .

3. ГИПЕРЕМИЯ, СТЕКЛОВИДНЫЙ ОТЕК ТКАНЕЙ МОШОНКИ С БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬЮ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

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

4. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА ВМОШОНКЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- а) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром
- б) внезапное начало, затем светлый промежуток, после отек, гипермия, постепенное нарастание отека
- в) внезапное начало заболевания быстро нарастающий отек мошонки, выраженный болевой синдром, гипермия мошонки
- г) умеренная гипермия и отек мошонки без болевого симптома
- д) симптоматика зависит от возраста

5. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧЕК ПОКАЗАНА:

- а) при кисте семенного канатика;
- б) при перекруте яичка;
- в) при орхоэпидидимите;
- г) при напряженной водянке оболочек яичка;
- д) при идиопатическом отеке мошонки.

6. ДИАФАНОСКОПИЯ НЕ ПОКАЗАНА:

- а) при паховой грыже;
- б) при пахово-мошоночной грыже;
- в) при перекруте яичка;
- г) при остро возникшей кисте элементов семенного канатика;
- д) при бедренной грыже.

7. ОБ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ КИСТЕ СЕМЕННОГО КАНАТИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа “Актуальные вопросы детской урологии- андрологии” Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 13 -</p>
--	---	--	---------------

- а) отсутствие яичка в мошонке;
- б) беспокойство и подъем температуры;
- в) наличие мягко эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии;
- г) гиперемия мошонки;
- д) гиперемия и болезненность в паховой области.

8. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧКА

- а) подострое начало заболевания;
- б) темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии;
- в) наличие выпота в оболочках яичка;
- г) пальпируется болезненное округлое образование на яичке;
- д) тяжелая интоксикация и лихорадка.



Занятие №4

1. Тема занятия: «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Клиническая картина. Основные методы диагностики. Современные технологии лечения.»

2. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

3. Продолжительность: 2 часа

4. Цель занятия: научить студентов

5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. процесс внутриутробного развития и опускания яичка в мошонку, анатомию пахового канала, особенности кровоснабжения яичка;

2. причины, патогенез ПМР;

3. симптомы, клинические проявления и клиническую классификацию ПМР у детей;

4. основные и дополнительные методики обследования;

5. сроки проведения оперативных вмешательств;

6. наиболее часто проводимые операции, техника их выполнения;

7. осложнения и исходы.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.

2. проводить необходимые обследования у детей с ПМР;

3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с ПМР;

4. интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.

5. использовать хирургическую тактику у детей с крипторхизмом и рациональные сроки лечения, указать на показания для оперативного вмешательства.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Какие органы относятся к нижним мочевым путям?

2. Топографическая анатомия уретры у мальчиков

3. Что такое пиелонефрит?

4. Какие изменения характерны в анализе мочи для пиелонефрита?

5. Назовите разновидности острого гнойного пиелонефрита

6. На что будет в первую очередь направлено

лечение вторичного острого пиелонефрита, вызванного нарушением оттока мочи из верхних мочевых путей

9. Общие принципы лечения крипторхизма и варикоцеле. Основные способы операций.

9. План проведения занятия: ☺

☺ **1-й час:**

7. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

8. Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

9. Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

10. Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

11. Лекция – 45 минут.

12. Самостоятельная работа - 45 мин

10. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

11. Демонстрация:

12. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.



Задача №1

В соматическое отделение поступила девочка 3 лет с жалобами на частые атаки пиелонефрита. Больна с грудного возраста, когда впервые повысилась температура до 39° , в анализе мочи выявлено значительное количество лейкоцитов. После назначения уроантисептиков достигнута не длительная ремиссия. В отделении во время цистоскопии выявлено зияние устьев мочеточников, их дистопия на боковые стенки.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Классификация данного заболевания?
4. Принципы лечения заболевания?
5. Реабилитация больных с данной патологией?

Задача №2

В клинику поступила девочка 6 лет по поводу пиелонефрита. Жалуется на боли в поясничной области, затрудненное, болезненное мочеиспускание тонкой вялой струей. При цистографии диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа и слева.

1. Чем можно объяснить возникновение рефлюкса у ребенка.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для выявления причины рефлюкса?
3. Врожденные причины данной патологии?
4. Осложнения данной патологии.
5. Реабилитация больных с данной патологией?

Задача №3

На приеме у педиатра ребенок 8 лет жалуется на периодически повторяющиеся боли в животе, которые беспокоят его в течение года. Боли умеренной интенсивности, уменьшаются после поглаживания живота. Температура тела нормальная. При осмотре ребенок удовлетворительного питания, самочувствие не нарушено. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 78 ударов в одну минуту. Живот мягкий, в левом подреберье пальпируется округлое малоподвижное, эластической консистенции опухолевидное образование размерами 5×6 см. Срочно сделаны анализы. В общем анализе крови – лейкоциты $8,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 118 г/л, формула крови без особенностей. В общем анализе мочи лейкоциты 25-30 в поле зрения, эритроциты 15-18 в поле зрения.

Задания:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Назовите врожденные причины данной патологии?
5. Сформулируйте лечебную тактику?

Задача №4

В клинику детской хирургии поступил мальчик 5 лет с жалобами на стойкую пиурию и микрогематурию. На экскреторной урограмме выявлено снижение секреторной и экскреторной функций правой почки. На отсроченных снимках через 30 минут появляются бесформенные озера контраста в проекции правой почки. Мочеточник справа не виден.



Задания:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Назовите врожденные причины данной патологии?
5. Сформулируйте лечебную тактику?

Задача №5

В урологическую клинику поступила девочка 5 лет с жалобами на боли в левой поясничной области, усиливающиеся во время мочеиспускания.

Объективно: кожные покровы чистые, влажные, вокруг глаз легкая синева, пастозность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 82 удара в одну минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12 ребра сомнительный слева.

Анализ мочи: удельный вес 1015, эпителий плоский единичный в поле зрения, лейкоциты в большом количестве.

Анализ крови без патологии.

Задания:

1. Какое заболевание можно предполагать?
2. Какие методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
3. Классификация данного заболевания.
4. Тактика врача уролога при данной патологии.
5. Какие осложнения данного заболевания возможны и их профилактика?

Тестовые вопросы.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА (ПМР) ПО ЭЙКЕЛЮ-ПАРКУЛАЙНЕНУ (3):

- а) ПМР первичный – врожденная недостаточность устьев мочеточника
- б) ПМР вторичный при воспалении мочевого пузыря
- в) ПМР вторичный при инфравезикальной обструкции
- г) ПМР 1,2 степени
- д) ПМР 3 степени
- е) ПМР 4, 5 степени

2. УКАЖИТЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ (3):

- а) Хайнеса-Андерсена
- б) Политано-Литбеттера
- в) Коэна
- г) Фолея
- д) Грегуара

3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА (3):

- а) Нейромышечная дисплазия мочеточника
- б) Токсическая гипотония мочеточника
- в) Клапан предпузырного отдела мочеточника



г) Стеноз устья мочеточника

4. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА РАЗЛИЧАЮТ ПО ЭЙКЕЛЮ-ПАРКУЛАЙНЕНУ (1)

- а) 3 степени
- б) 4 степени
- в) 5 степеней
- г) 2 степени
- д) 1 степени

5. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ (1):

- а) Обзорная урография, экскреторная урография, микционная цистография
- б) Микционная цистография, экскреторная урография, обзорная урография
- в) Экскреторная урография, обзорная урография, микционная цистография

6. ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА (1):

- а) Экскреторная урография
- б) Микционная цистография
- в) Осадочная цистография
- г) Ретроградная пиелография

7. УКАЖИТЕ, КАКИМИ МЕТОДАМИ ВОЗМОЖНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС (4):

- а) Рентгенологический
- б) Радиоизотопный
- в) Лабораторные
- г) Эндоскопические
- д) Исследование уродинамики

8. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПМР (ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ) (3):

- а) Почечная недостаточность любой стадии, обусловленная двусторонним ПМР
- б) Явления острого гнойного пиелонефрита одно- или двустороннего при ПМР
- в) Рефлюкс II степени
- г) Рефлюкс 4, 5 степени

9. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) незрелость нервно-мышечных структур мочеточника
- б) стеноз устья мочеточника
- в) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- г) несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника
- д) короткий интрамуральный отдел мочеточника
- е) дистопия устья мочеточника

10. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕФЛЕКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 18 -</p>
--	---	--	---------------

- а) Незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника
- б) стеноз устья мочеточника
- в) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- г) несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника
- д) короткий интрамуральный отдел мочеточника
- е) дистопия устья мочеточника

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 19 -</p>
--	---	--	---------------

Тема № 5

1. Тема занятия: «Гидронефроз у детей. Антенатальная диагностика. Тактика обследования. Показания к хирургическому лечению.»

2. Место проведения: учебная комната кафедры детских болезней педиатрического факультета

3. Продолжительность: 4,5 часа

4. Цель занятия: научить студентов диагностики и выбору тактики лечения гидронефроза у детей и подростков.

5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,2

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. симптомы, клинические проявления гидронефроза у детей и подростков.
2. основные и дополнительные методики обследования;
3. сроки проведения оперативных вмешательств.

13. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.
2. проводить необходимые обследования у детей с гидронефрозом
3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с гидронефрозом.
4. использовать хирургическую тактику у детей с гидронефрозом и рациональные сроки лечения.
5. интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и рентгенологических обследований.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Дайте определение гидронефроза
2. Каковы причины гидронефроза у возраста?
3. Назовите классификацию гидронефроза.
4. Какова клиника гидронефроза?
5. Каковы осложнения гидронефроза?
6. Какими методами обследования определяется функциональная способность почек?
7. Какие рентгеновские методы исследования позволяют выявить гид-
8. Консервативное лечение гидронефроза (бужирование, стентирование,)?
9. В чем заключается хирургическое лечение гидронефроза?

9. План проведения занятия: ☺

☺ **1-й час:**

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин
 2. Постановка цели и задач занятия – 1 мин.
 3. Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.
 4. Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.
 5. Лекция – 120 минут.
 6. Самостоятельная работа - 120 мин
- 10. Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.
- 11. Демонстрация:**
- 12. Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи

Задача № 1



У больной 14 лет на экскреторной урографии отсутствует функция левой почки. Жалобы на боли в левой поясничной области.

1. Какие методы исследования и в какой последовательности вы примените для уточнения морфологических изменений и функциональной способности почки?
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика лечения.

Задача № 2

Мальчик 13 лет, обратился к урологу с жалобами на постоянные не интенсивные боли в поясничной области справа. По данным проведенного УЗИ почек имеет место расширение чашечно-лоханочной системы правой почки.

1. Предварительный диагноз.
2. Перечень необходимых исследований.
3. Тактика лечения.

Задача № 3

Девочка 13 лет поступила с жалобами на боль в животе и поясничной области, повышение температуры, рвоту, снижение аппетита. В анамнезе выполнена операция по поводу двустороннего гидронефрозом, осложненного хроническим пиелонефритом. Симптом Пастернацкого положительный. В общем анализе мочи - белок - 0,066 г/л, лейкоциты - 30-40, эритроциты - 1-2 в поле зрения, бактериурия. В биохимическом анализе крови повышенные цифры мочевины и креатинина, при ренографии - снижение функции обеих почек до 70%.

1. Основная причина почечной недостаточности?
2. Какие дополнительные методы лечения уместны в данной клинической ситуации?
3. Какие методы лечения возможно применить?

Задача № 4

В урологическое отделение поступил мальчик 9 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в поясничной области слева, так же окрашивание мочи в бурый цвет. Пальпаторно обнаружена припухлость левой поясничной области. При экскреторной урографии определяются расширение лоханки и чашечек, закругление их форниксов.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные лабораторные методы исследования.
3. Тактика лечения.

Тестовые вопросы:

1. Какие симптомы из перечисленных наиболее характерны для гидронефроза?
 - а) анурия;
 - б) ноющие боли в поясничной области;
 - в) гематурия;
 - г) опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье;
 - д) острая задержка мочи.
2. Какой из перечисленных методов позволит немедленно верифицировать диагноз?
 - а) радиоизотопная ренография;
 - б) обзорная урография;



- в) УЗИ;
- г) экскреторная урография;
- д) ретроградная уретеропиелография.
3. Основная причина гидронефроза:
- а) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника..
- б) нарушение сократительной способности лоханки;
- в) рецидивирующий пиелонефрит;
- г) истончение почечной паренхимы ;
- д) снижение почечного кровотока.
4. Основные методы диагностики гидронефроза:
- а) ультразвуковое сканирование.
- б) экскреторная урография.
- в) цистография
- г) радионуклидное исследование.
- д) КТ.
- е) почечная ангиография.
5. Ведущим симптомом врожденного гидронефроза у новорожденных является:
- а) с-м пальпируемой опухоли.
- б) пиурия
- в) протеинурия
- г) почечная недостаточность
- д) боль
6. При подозрении на гидронефроз ребенку первого месяца жизни показано:
- а) УЗИ почек, мочеточников и мочевого пузыря
- б) внутривенная урография
- в) цистография
- г) ангиография
7. Причиной обструкции мочеточника при гидронефрозе является:
- а) аберрантный сосуд
- б) стеноз мочеточника в прилоханочном отделе
- в) стеноз в дистальном отделе мочеточника
- г) клапан мочеточника в области лоханочно-мочеточникового сегмента
- д) высокое отхождение мочеточника

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 22 -</p>
--	---	--	---------------

Тема № 6

1. Тема занятия: «Гипоспадия. Синдромальные формы аномалии. Обязательные методы обследования. Сроки и технологии лечения.»

2. Место проведения: учебная комната кафедры детских болезней педиатрического факультета

3. Продолжительность: 2 часа

4. Цель занятия: научить студентов диагностики и выбору тактики лечения в гипоспадии у детей и подростков.

5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,2

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. клинические проявления гипоспадии у детей и подростков.
2. основные и дополнительные методики обследования;
3. сроки проведения оперативных вмешательств.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.
2. Выявление сочетанных пороков развития · Определение пола при тяжелых формах гипоспадии.;
3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с гипоспадией.
4. использовать хирургическую тактику у детей с гипоспадией и рациональные сроки лечения.
5. интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и рентгенологических обследований.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Дайте определение гипоспадии.
2. Классификация гипоспадии по Баркэт. (формы)
3. Этиология и патогенез возникновения данной патологии.
4. Классически обнаруживаемые 3 ассоциированных аномалии.
5. Основные методы диагностики гипоспадии.

13. План проведения занятия: ⊕

⊕ **1-й час:**

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин
2. Постановка цели и задач занятия – 1 мин.
3. Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.
4. Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.
5. Лекция – 45 минут.
6. Самостоятельная работа - 45 мин

14. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

15. Демонстрация:

16. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи

Задача №1

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 23 -</p>
--	---	--	---------------

У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное.

1. Предварительный диагноз
2. Тактика обследования.
3. Необходимые методы исследования при данной патологии.

Задача №2

У мальчика 2 лет - атипичное расположение внешнего отверстия уретры, отверстие располагается по задней поверхности ствола полового члена, определяется искривление полового члена. Во время мочеиспускания ребенок напрягается.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика обследования
3. Назовите оптимальный срок меатотомии.
4. Что является основным определяющим признаком гипоспадии?
5. Какая гипоспадия не нуждается в оперативном вмешательстве?

Задача №3

В урологическое отделение поступил мальчик 4 месяцев. При осмотре наружных половых органов мальчика выявлено, что наружное отверстие уретры расположено в области пенокротального угла.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика обследования
3. Назовите оптимальный срок меатотомии.
4. Что является основным определяющим признаком гипоспадии?

Задача №4

В урологическое отделение поступил мальчик 3 лет, с жалобами на затруднение и неправильность акта мочеиспускание. При осмотре имеет место раздражение головки полового члена, кожи мошонки, промежности, так же наблюдается незначительное искривление полового члена. Наружное отверстие мочеиспускательного канала обнаружено на нижней поверхности головки.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика обследования
3. Назовите оптимальный срок меатотомии.

Тестовые вопросы:

1. Гипоспадия – это:
 - а. Искривление полового члена
 - б. порок развития уретры
 - в. Аномальное расположение меатуса
 - г. Расщепление крайней плоти
 - д. Сочетание всех признаков

2. Характеристика головчатой гипоспадии:
 - а. искривление полового члена;
 - б. мочеиспускание по мужскому типу;



- в. наличие рудиментарного влагалища;
- г. меатальный стеноз, часто;
- д. недержание мочи

3. Характеристика стволовой гипоспадии:

- а. искривление полового члена;
- б. мочеиспускание по мужскому типу;
- в. наличие рудиментарного влагалища;
- г. меатальный стеноз;
- д. нормальное расположение меатуса;
- е. недержание мочи.

4. Характеристика мошоночной гипоспадии:

- а. искривление полового члена;
- б. наличие рудиментарного влагалища;
- в. меатальный стеноз;
- г. нормальное расположение меатуса;
- д. недержание мочи;
- е. мочеиспускание по женскому типу.

5. Характеристика при промежностной гипоспадии:

- а. искривление полового члена;
- б. мочеиспускание по мужскому типу;
- в. наличие рудиментарного влагалища;
- г. меатальный стеноз;
- д. нормальное расположение меатуса;
- е. недержание мочи;
- ж. мочеиспускание по женскому типу.

5. Срочного лечения при гипоспадии требует устранение:

- а. Искривление полового члена
- б. Меатостеноз
- в. Аномальное расположение меатуса
- г. Расщепление крайней плоти
- д. Сочетание всех признаков

6. Оптимальным возрастом выполнения I-го этапа пластики по поводу гипоспадии является

- а. новорожденные и грудные дети
- б. 1-2 года.
- в. 3-4 года
- г. 5-6 лет
- д. 7-10 лет

7. Оптимальным сроком выполнения пластики уретры при гипоспадии является

- а. 3-5 лет
- б. 6-7 лет.
- в. 9-10 лет

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 25 -</p>
--	---	--	---------------

г. 12-14 лет

д. 13- 15 лет

8. Оптимальным сроком выполнения меатотомии при гипоспадии у детей является

а. 1-2 года

б. 3-5 лет

в. 6-8 лет

г. по установлении диагноза .

д. в пубертатном периоде

9. Минимальный срок, который необходимо выдержать между выполнением I-го и II-го этапов по поводу гипоспадии (при условии позднего выполнения I-го этапа), составляет

а. до 1 месяца

б. до 3 месяцев

в. до 6 месяцев .

г. до 1 года

д. до 2 лет

10. Показаниями к проведению оперативной коррекции гипоспадии служат:

а. витальные показания

б. косметический дефект

в. меатостеноз

г. комбинированные аномалии развития

д. крипторхизм

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 26 -</p>
--	---	--	---------------

Занятие № 7

1. Тема занятия: «Интерсексуальные аномалии. Клиническая диагностика. Хирургическое лечение»

2. Место проведения: учебная комната кафедры детских болезней педиатрического факультета

3. Продолжительность: 2 часа

4. Цель занятия: научить студентов диагностики и выбору тактики лечения интерсексуальных пороков развития у детей и подростков.

5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Причины формирования интерсексуальных аномалий развития
2. Клинические проявления интерсексуальных аномалий развития
3. Принципы диагностики интерсексуальных аномалий развития
4. Показания к различным видам хирургических операций

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.
2. проводить необходимые обследования у детей и подростков с интерсексуальными аномалиями развития
3. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей интерсексуальными аномалиями развития
4. использовать хирургическую тактику у детей с интерсексуальными аномалиями развития и рациональные сроки лечения.
6. интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и рентгенологических обследований.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Эмбриогенез половой системы
2. Клинические проявления интерсексуальных аномалий
3. Объем обследования при подозрении на интерсексуальные аномалии развития
4. Дисгенезия гонад .Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению
5. Гиперплазия коры надпочечников. Клиническая картина. Диагностика. Показания и сроки феминизирующих пластик.

9. План проведения занятия: ☉

☉ **1-й час:**

Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 45 минут.

10. **Самостоятельная работа** - 45 мин

11. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

12. **Демонстрация:**

13. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задача №1

В отделение интенсивной терапии доставлена девочка в возрасте 3-х недель. Со слов мамы, девочка в течение недели часто срыгивала после кормления, снизился аппетит,



стала вялой, стул участился до 8-9 раз в сутки - жидкий. Накануне и в день поступления отмечалась рвота. Температура не повышалась. Девочка потеряла в массе около 600 г. При осмотре наружных половых органов отмечается гипертрофия клитора, единое мочеполювое отверстие. Гиперпигментация половых губ, сосков. Результаты кариотипирования в роддоме - 46 XX. Лечение ранее не проводилось. Электролиты плазмы: калий - 5,8 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л; глюкоза плазмы - 2,6 ммоль/л. В анализе мочи - сахар отрицательный, ацетон положительный (+ +). Кислотно-щелочное состояние: рН - 7,3, ВЕ = - 4 мэкв/л, рСО₂ - 40 мм рт. ст..

1. Диагноз, его обоснование? 2. Патогенетическая основа заболевания. 3. Назовите формы заболевания в зависимости от выраженности минералокортикоидной недостаточности. 4. Назовите признаки андрогенизации. 5. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты? 6. Неотложные терапевтические мероприятия?

Задача №2 .

Девочка 12 лет обратилась с жалобами на низкий рост, избыточный вес. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам, избыточного питания. Распределение подкожно-жирового слоя неравномерное: лунообразное лицо, избыток на туловище, меньше – на конечностях. На коже живота, груди – широкие красноватофиолетовые стрии. Гиперпигментация, гирсутизм. Артериальное давление – 150/90 мм рт.ст. Вторичные половые признаки отсутствуют.

Наиболее вероятный диагноз?

Задача № 3. В клинику обратились родители ребенка (мальчика) 2 лет с аномальным строением наружных гениталий: гипоспадия уретры, расщепленная мошонка. Объективно: физическое развитие – среднее, гармоничное. Кожа – чистая, умеренно влажная. Щитовидная железа не пальпируется. Наружные гениталии гермафродитного строения. Яички объемом 1 мл пальпируются у входа в мошонку.

Наиболее вероятный вариант гермафродитизма?

1. Секреция гонадотропинов при первичной патологии гонад:

- 1) снижена,
- 2) повышена.

2. При гонадэктомии обратное развитие вторично половых признаков:

- 1) отмечается,
- 2) не отмечается.

3. Для гипогонадизма избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки:

- 1) не свойственно,
- 2) свойственно.

4. При проведении пробы с хорионическим гонадотропином в случае первичного гипогонадизма уровень тестостерона в крови:

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 28 -</p>
--	---	--	---------------

- 1) понижается,
- 2) повышается,
- 3) остается без изменений.

5. Причиной гипергонадотропного гипогонадизма (первичного) может быть:

- 1) ветряная оспа,
- 2) эпидемический паротит,
- 3) краснуха
- 4) корь,
- 5) грипп,
- 7) скарлатина.
- 6) туберкулез,

6. При преждевременном годовом созревании костный возраст;

- 1) соответствует паспортному,
- 2) опережает паспортный,
- 3) отстает от паспортного возраста.

7. Для первичных форм гипогонадизма характерны:

- 1) высокий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов,
- 2) низкий «-----» и «-----»
- 3) низкий «-----» «-----» и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином,
- 4) нормальный уровень гонадотропных гормонов и высокий уровень половых,
- 5) высокий «-----» и нормальный «-----».

8. Для истинного преждевременного полового созревания характерны следующие симптомы:

- 1) ускорение костного возраста,
- 2) резкое повышение уровня лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов в крови,
- 3) пубертатные значения ЛГ и ФСГ в крови,
- 4) гиперплазия одного или двух надпочечников,
- 5) повышение уровня 17-оксипрогестерона в крови,

9. Развитие вторичных половых признаков при истинном преждевременном половом созревании протекает:

- 1) по изосексуальному типу,
- 2) по гетеросексуальному типу.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 29 -</p>
--	---	--	---------------

Занятие № 8

1. Тема занятия: «Варикоцеле у детей и подростков. Диагностика. Выбор тактики лечения. Современные технологии лечения»

2. Место проведения: учебная комната кафедры детских болезней педиатрического факультета

3. Продолжительность: 2 часа

4. Цель занятия: научить студентов диагностики и выбору тактики лечения варикоцеле у детей и подростков.

5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. симптомы, клинические проявления варикоцеле у детей и подростков.
2. основные и дополнительные методики обследования;
3. сроки проведения оперативных вмешательств.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. собрать хирургический анамнез.
2. проводить необходимые обследования у детей и подростков с варикоцеле.
3. организовать транспортировку детей с кишечной непроходимостью;
4. поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с кишечной непроходимостью
5. использовать хирургическую тактику у детей с варикоцеле и рациональные сроки лечения.
6. интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и рентгенологических обследований.

8. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Дайте определение варикоцеле.
2. В каком возрасте данный порок чаще встречается?
3. Как осуществляется венозный отток от яичка?
4. Патогенез развития варикоцеле.
5. Назовите 3 степени варикоцеле. Их клиническое проявление
6. В чем причина нарушения сперматогенеза при варикоцеле?

14. План проведения занятия: ⊕

⊕ **1-й час:**

15. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин
16. Постановка цели и задач занятия – 1 мин.
17. Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.
18. Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.
19. Лекция – 45 минут.
20. Самостоятельная работа - 45 мин
21. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.
22. **Демонстрация:**
23. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.

Задача №1



Мальчик В. 14 лет, с жалобами на увеличение левой половины мошонки, периодические боли в левом яичке после физической нагрузки. Увеличение левой половины мошонки выявлено случайно около года назад.

При объективном исследовании выявлено, что половые органы развиты правильно, левая половина мошонки несколько увеличена, при пальпации по ходу семенного канатика определяется образование, напоминающее «клубок червей».

Определить:

1. Основные симптомы, выделить ведущий
2. Предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования
4. Обоснование и определение клинического диагноза.
5. Лабораторно-инструментальные исследования для подтверждения

Задача №2

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.

Определить:

1. Обоснование и определение клинического диагноза.
2. Оценка полового развития.
3. Значение ультразвукового доплеровского сканирования сосудов левой почки.
4. алгоритм лечения

Задача №3

Мальчик 7 лет, предъявляет на увеличение в размерах левой половины мошонки. Боли могут усиливаться при физической нагрузке и в вертикальном положении тела. При объективном исследовании выявлено, что половые органы развиты правильно, левая половина мошонки несколько увеличена. Пальпаторно обнаружены расширенные вены гроздьевидного сплетения.

1. Обоснование и определение клинического диагноза.
2. Лабораторно-инструментальные исследования для подтверждения
3. Этиология и патогенез.
4. Классификация основного заболевания и осложнений.

Тестовые вопросы

1. Варикоцеле чаще возникает в возрасте:

- А) до 3-х лет
- Б) до 9-10 лет
- В) после 9-10 лет

2. Наиболее частая локализация варикоцеле:

- А) справа
- Б) слева
- В) с двух сторон

3. Градация варикоцеле по степеням:

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Актуальные вопросы детской урологии- андрологии» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 31 -</p>
--	---	--	---------------

- А) 3
- Б) 2
- В) 4

4. Наиболее информативный метод исследования при диагностике варикоцеле:

- А) Скротальная эходоплерография
- Б) Рентгенография
- В) Компьютерная томография

5. Функциональные пробы при диагностировании варикоцеле

- А) проба Троянова-Тренделенбурга
- Б) пробы Иванисевича и Вальсальвы
- В) пробы Земницкого и Реберга

6. Операция Иванисевича заключается в:

- А) высоком лигировании яичковой вены.
- Б) перевязке внутренней семенной вены
- В) лапароскопическом клипировании яичковой вены

7. Операция Паломо заключается в:

- А) высоком лигировании яичковой вены.
- Б) перевязке внутренней семенной вены
- В) лапароскопическом клипировании яичковой вены

8. Наиболее часто возникающие осложнения после проведения оперативного вмешательства:

- А) болевой синдром
- Б) рецидив
- В) лимфостаз



Основная литература

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434970.html>
2. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / Дронов А. Ф. [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Дронов А. Ф. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / Дронов А. Ф., Холостова В. В. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
4. Солонищенко В. Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНЕТИКА И СИНДРОМОЛОГИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / В. Г. Солонищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
5. Неотложная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / М. П. Разин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. Детская урология-андрология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Разин М.П., Галкин В.Н., Сухих Н.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

Дополнительная литература

1. Хирургия живота и промежности у детей [Электронный ресурс] : атлас / под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова. - 2012. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни детского возраста [Электронный ресурс] : учебник для мед. вузов. Т. 1 / Исаков Ю. Ф., Дронов А. Ф., Степанов Э. А., Михельсон В. А. ; под ред. Ю. Ф. Исакова . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2006 . - 579, [5] с. : ил., цв. ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Хирургические болезни детского возраста [Текст] : учебник для мед. вузов : в 2 т. Т. 1 / Ю. Ф. Исаков [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 632 с. : ил., цв. ил.
4. Хирургические болезни детского возраста [Текст] : учебник для мед. вузов : в 2 т. Т. 2 / Ю. Ф. Исаков [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 579, [5] с. : ил.,
5. Топольницкий О. З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. З. Топольницкий, А. Ю. Васильев. - М., 2011. - 264 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей [Электронный ресурс] : руководство / А. Ю. Разумовский, А. Б. Алхасов. - М., 2010. - 200 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
7. Базовая помощь новорождённому - международный опыт [Электронный ресурс] / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих ; науч. ред. Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина - М. : ГЭОТАР-Медиа, .2008. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
8. Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
9. Детская урология [Электронный ресурс] / Пугачев А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>