

Документ подписан простой электронной подписью
 Информация о владельце:
 Фамилия Имя Отчество: Мухомов Михаил Владимирович
 Должность: ректор
 Дата подписания: 21.10.2025 14:42:02
 Уникальный программный ключ:
 e3a68f3eaa1e62674b544998099d3d6bfdcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ: ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ-АНДРОЛОГИЯ

Код направления подготовки	31.08.16 Детская хирургия
Направленность (профиль)	Детская хирургия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Хирургических болезней
Выпускающая кафедра	Хирургических болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ 1 СЕМЕСТР

Примерные темы рефератов:

1. Организация работы врача – детского уролога-андролога поликлиники. Диагностические возможности амбулаторного обследования. Диспансерное наблюдение;
2. Семиотика заболеваний мочевыделительной системы;
3. Повреждения органов мочевыделительной системы;
4. Уродинамические методы исследования в практике врача – детского уролога-андролога;
5. Пороки развития нижних мочевых путей. Аномалии мочеточников, мочевого пузыря. Уретероцеле;
6. Эктопия устья мочеточника;
7. Дивертикул мочевого пузыря;
8. Тактика лечения новорожденных с уретерогидронефрозом;
9. Гипоспадия: способы одномоментной коррекции;
10. Энурез – проблема на стыке специальностей;

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ЗАЧЕТ

Примерные вопросы к зачету:

1. Методы обследования детей с урологической патологией;
2. Аномалии положения и формы почек;
3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
4. Врожденный гидронефроз;
5. Уретерогидронефроз;
6. Инфравезикальная обструкция;
7. Экстрофия мочевого пузыря.
8. Гипоспадия;
9. Киста почки;
10. Мультикистоз почки;
11. Поликистоз почек;
12. Нейрогенный мочевой пузырь;
13. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря;
14. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, уретрит;
15. Уролитиаз;
16. Водянка оболочек яичка;
17. Аномалии развития и опускания яичка у детей;
18. Синдром отечной мошонки;
19. Заболевания крайней плоти у детей.

Примерные тестовые задания к зачёту:

1. Энурез – это
 - a. ночное недержание мочи
 - b. учащенное мочеиспускание
 - c. болезненное мочеиспускание
 - d. редкое мочеиспускание
2. При проведении микционной цистографии контраст вводится
 - a. внутривенно
 - b. внутриартериально
 - c. в мочевой пузырь

- d. в желудок через зонд
3. Какое исследование не проводят беременным женщинам?
- УЗИ
 - МРТ
 - КТ
4. 3А стадия гидронефротической трансформации по Н.А. Лопаткину
- гидронефроз, характеризующийся пиелэктазией без развития значимого гидрокалика и нарушения функции почки
 - гидронефроз, при котором расширение ЧЛС сопровождается ухудшением функции почки
 - гидронефроз, характеризующийся значительным расширением чашечно-лоханочной системы и существенным снижением почечной функции; потенциально изменения обратимы
 - гидронефроз, характеризующийся значительным расширением чашечно-лоханочной системы и существенным снижением почечной функции; паренхима атрофируется; потенциально изменения необратимы
5. Осложнения гидронефроза
- свищи
 - пиелонефрит
 - пузырно-мочеточниковый рефлюкс
6. Виды дистопии почки
- торакальная
 - поясничная
 - брюшная
 - паховая
 - тазовая
7. Причина врождённого гидроцеле
- незаращение вагинального отростка брюшины
 - повышенная продукция серозной жидкости оболочками яичка
 - нарушение лимфооттока
8. Наиболее частая локализация варикоцеле
- справа
 - слева
 - с обеих сторон
9. Виды ретенции яичка при крипторхизме
- грудная ретенция
 - абдоминальная ретенция
 - паховая ретенция
 - подкожная ретенция
 - промежностная ретенция
 - надлобковая ретенция
10. Какое оперативное вмешательство проводят при рубцовом фимозе
- орхидопексия
 - циркумцизию
 - операция Росса
 - операция Бергмана

Ответы на тестовые задания:

№ вопроса	Ответ
1.	А
2.	В
3.	В
4.	В
5.	Б
6.	А, Б, Г, Д
7.	А
8.	Б
9.	Б, В
10.	Б

Примерные задачи к зачёту:

1. Задача №1

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 15 лет с жалобами на боли в животе, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей, вялость.

Анамнез заболевания: со слов мамы, около 3 часов назад у ребенка появились боли в правом боку и правой подвздошной области. Спустя 1 час появилась тошнота, была однократно рвота съеденной пищей без патологических примесей.

Объективный статус: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом, интоксикационным синдромом. Температура тела 37,2 С. Ребёнок лежит на правом боку, при повороте на левый бок боль усиливается. При ходьбе – шадит правую половину туловища. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 100/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Моча жёлто-красная. Диурез не нарушен.

Локальный статус: Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно - мягкий, умеренно болезненный в правых отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” положительный справа, отрицательный слева.

Ректально: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $338 \times 10^9/\text{л}$.

С-реактивный белок – 31 мг/л.

ОАМ: цвет желто-красный, прозрачная, pH – 5,0, относительная плотность – 1028, белок – отрицательный, билирубин – отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты сплошь.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

2. Задача №2

В приёмное отделение больницы самостоятельно обратилась мама с грудным ребёнком

Жалобы со стороны мамы отношении ребёнка на отёчную мошонку

Anamnesis morbi: со слов мамы, около 40 минут назад перед купанием обнаружила отёчную мошонку. Вчера поменяла фирму подгузников.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,1 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 40/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 136/мин. АД 88/58 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят

Локальный статус: наружные половые органы развиты по мужскому типу, сформированы правильно. Головка полового члена не выводится из препуция. Мошонка увеличена, ткани пастозны, кожа правой и левой половин ярко красного цвета. При пальпации яички в мошонке, правильной формы, мягко-эластичной консистенции, безболезненные

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $8,7 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $338 \times 10^9/\text{л}$.

С-реактивный белок – 6 мг/л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность – 1015, белок – отрицательный, билирубин – отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

3. Задача №3

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 15 лет

Жалобы: боли в мошонке

Anamnesis morbi: около 4 часов назад появились боли в мошонке после того, как выбежал из бани и прыгнул в сугроб снега.

Самолечение не проводилось.

Status praesens: Состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом. Температура тела 36,5 С. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 92/мин, АД 116/75 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные с обеих сторон. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Моча жёлтая, прозрачная. Диурез не нарушен.

Status localis: наружные половые органы развиты по мужскому типу, сформированы правильно. Головка полового члена свободно выводится из препуция. Меатус не сужен. Левая половина мошонки несколько отёчная, кожа гиперемирована. При пальпации левое яичко подтянуто к корню мошонки, плотное, резко болезненное, неподвижное. Правое яичко интактно.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $9 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $338 \times 10^9/\text{л}$.

С-реактивный белок – 45 мг/л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность – 1028, белок – отрицательный, билирубин – отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

Ответы к задачам:

1. Уролитиаз. Почечная колика справа

Показано проведение лабораторных методов исследования: биохимического анализа крови, суточная потеря белка с мочой, цитраты мочи, натрий, магний в моче, суточная экскреция солей (фосфор, кальций, мочевиная кислота, оксалаты), бак посев мочи с чувствительностью, паратгормон, витамин D, коагулограмма. Показано проведение инструментальных методов исследования: УЗИ почек и мочевыводящих путей, дуплексное сканирование артерий почек, обзорная урография, ЭУГ или КТ (низкодозная мультиспиральная), МРТ, радионуклидное исследование почек.

Консервативная терапия: антибактериальная терапия, применение спазмолитических, нестероидных противовоспалительных и антигистаминных препаратов, препаратов регулирующих pH мочи, инфузионная терапия, применение физиолечения: ЭВТ + ДДТ с водной нагрузкой. При неэффективности консервативной терапии – оперативное лечение с экстренно-отсроченном порядке.

2. Аллергический отёк мошонки.

Показано проведение УЗИ органов мошонки (при аллергическом отёке мошонки яички не изменены, жидкость скапливается между оболочками).

Тактика ведения совместно с аллергологом. Назначение местных и пероральных антигистаминных средств.

3. Перекрут левого яичка

Показано лабораторное и инструментальное обследование: биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, УЗИ органов мошонки с доплерографией (наличие кровотока, жидкости между оболочками и яичком, изменение положения оси яичка, спиралевидный вид семенного канатика и синдром «улитки», увеличение яичка и его придатка, яичко приобретает округлую форму, яичко неоднородной структуры и сниженной эхогенностью, утолщение стенки мошонки).

Оперативное лечение в экстренном порядке – ревизия мошонки с решением вопроса о дальнейшем объеме оперативного вмешательства: деторсия яичка, при сомнительной жизнеспособности – согревание и блокада семенного канатика. При неэффективности (отсутствие пульсации сосудов семенного канатика, неизменный цвет: тёмно-бурый, фиолетовый, черный; отсутствие кровотока при рассечении белочной оболочки, некроз) – первичная орхэктомия.