

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Вищий державний навчальний заклад України**  
**«Українська медична стоматологічна академія»**

Затверджено на засіданні  
кафедри урології з судовою  
медициною  
“29” серпня 2016 р.  
протокол № 1 від 29.08.16  
Завідувач кафедри,  
д.мед.н., проф. \_\_\_\_\_ Саричев Л.П.

**Методичні рекомендації для викладачів**

Навчальна дисципліна	Урологія
Модуль №	1
Тема заняття	Піонефроз, гострий паранефрит
Курс	IV
Факультет	Медичний №1, 2

1. **Конкретні цілі** (описуються у термінах професійної діяльності з врахуванням системи класифікації цілей відповідних рівнів пізнавальної, емоційної та психомоторної сфер):

- Визначати основні клінічні прояви піонефрозу, паранефриту.
- Розуміти причини та механізми розвитку піонефрозу, паранефриту.
- Створювати схеми діагностики та лікування типових випадків при піонефрозі та паранефриті, запропоновувати плани лікувальних заходів у залежності від клінічного перебігу патологічного процесу.
- Аналізувати та інтерпретувати результати клінічних та лабораторних методів дослідження.
- Створювати диференційно-діагностичні критерії основних клінічних проявів піонефрозу, паранефриту.
- Оцінювати прогноз щодо видужання та відновлення функцій у хворих на піонефроз, паранефрит.

## 2. Базовий рівень підготовки

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія	Знати анатомію заочеревинного простору та малого тазу
2. Апаратні методи дослідження	Інтерпретувати дані рентгенологічного, УЗ-методів обстеження
3. Хірургія	Визначати шляхи поширення гнійного процесу в заочеревинному просторі та малому тазу Вибирати метод доступу до заочеревинного простору. Диференціювати гнійні процеси у нирках з первинними та вторинними запальними процесами у паранефрії та за очеревинному просторі
4. Гінекологія	Диференціювати запальні процеси у малому тазу з аномаліями сечових шляхів,
5. Онкологія	гінекологічною патологією та онкологічними ураженнями малого тазу

## 3. Організація змісту навчального матеріалу.

### Граф логічної структури теми.

Учбові елементи		
I порядку	II порядку	III порядку
<b>Піонефроз</b>		

Клініка та діагностика	Біль Пальпація нирки  Інтоксикація  Хромоцистоскопія  Оглядова, екскреторна урографія  УЗД	Постійного, ниючого характеру Нирка збільшена, гладка, малорухлива При порушенні прохідності сечоводу Виділення гною з вічка сечоводу, індигокармін не виділяється Щільна тінь збільшеної нирки. Функція нирки відсутня або значно знижена Значне зменшення товщини паренхіми, деформація ЧМС
Лікування	Оперативне	Нефректомія
<b>Паранефрит</b>		
Етіопатогенез	Набуті фактори  Запальні процеси в навколо нирковій клітковині	Гострі та хронічні запальні процеси в нирках Осередки інфекції в нирках Інфільтративно-набрякові зміни – нагноєння – рубцевий склероз
Клініка	Загально інфекційна симптоматика Біль у попереку Зміни крові Зміни сечі	Зв'язок із фізичним навантаженням
Діагностика	Рентгеноскопія  Оглядова, екскреторна урографія УЗД	Амплітуда екскурсії діафрагми, наявність випоту в плевральному синусі Функціональна здатність нирок  Характер та ступінь змін навколониркової клітковини
Лікування	Консервативне Оперативне	Показання. Види операцій, умови застосування малоінвазійних втручань.

**Піонефроз** – термінальна стадія специфічного або неспецифічного гнійно-деструктивного пієлонефриту. Частіше є результатом калькульозного пієлонефриту, тривалих обструктивних процесах у верхніх сечових шляхах. Діагноз ґрунтується на даних ультразвукового та рентгенологічного методів обстеження. Лікування – планова або термінова нефректомія.

**Паранефрит** – запалення навколо ниркової клітковини. Буває первинним та вторинним. Первинний паранефрит виникає внаслідок гематогенного занесення інфекції з позаниркового гнійного вогнища, вторинний є ускладненням гнійно-запальних процесів у нирці. Симптомами гострого

паранефриту є: висока температура, озноб, біль у попереку, сколіоз з викривленням у бік здорової нирки, лейкоцитоз, при нейрогенному – піурія, при гематогенному – протеїнурія, циліндрурія, мікрогематурія. Види паранефриту: інфільтративний, гнійний, склерозуючий. Притзатягуванні процесу гній поширюється у бік поперекової ділянки.

Хронічний паранефрит є наслідком недолікованого гострого паранефриту або ускладненням калькульозного піелонефриту. Діагностика ґрунтується на даних рентгенологічних методів обстеження: стертий контур поперекового м'яза, зниження функції нирки. При УЗД – порожнина з рідиною біля нирки, з капсулою або без неї. Лікування гострого паранефриту оперативне, хронічного – консервативне.

**Заочеревинний фіброз хвороба Ормонда)** – може бути одно- або двобічним. Склерозування заочеревинної клітковини призводить до розвитку уретерогідронефрозу, піелонефриту, ниркової недостатності. Діагностика ґрунтується на даних рентгенологічного обстеження. На початкових стадіях проводиться консервативне лікування. При прогресуванні гідронефрозу – оперативне.

#### 4. План і організаційна структура навчального заняття з дисципліни

№№ /зп	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	<b>Підготовчий етап</b>	12 хв.		
1.1	Організаційні питання.	1 хв.		Академічний журнал
1.2	Формування мотивації.	1 хв.		Методичні рекомендації
1.3	Контроль початкового рівня підготовки: 1) етіопатогенез піонефрозу; 2) дагностика піонефрозу; 3) лікування піонефрозу; 4) класифікація паранефриту; 5) діагностика, лікування паранефриту	10 хв.	Фронтальне усне опитування	Контрольні питання
2.	<b>Основний етап</b> Формування професійних умінь та навичок: оволодіти методикою 1) курація хворих; 2) інтерпретація	52 хв.	Практичний тренінг, рішення завдань на диференційну діагностику Індивідуальне усне опитування	Хворі, підручник, методичні рекомендації Завдання III рівня

	отриманих результатів, призначення необхідного дообстеження; 3) встановлення діагнозу, лікування, прогноз		Рішення завдань III рівня	
3.	<b>Заключний етап</b>	16 хв.		
3.1.	Контроль кінцевого рівня підготовки.	12 хв.	Індивідуальне усне опитування	Контрольні запитання
3.2.	Загальна оцінка навчальної діяльності студента.	3 хв.		Академічний журнал
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.	1 хв.		Перелік запитань з наступної теми заняття

\* у конкретних методичних рекомендаціях з дисципліни розподіл часу доцільно дати у хвилинах;

\*\* форми контролю і засоби навчання конкретно визначаються кафедрою для кожного з етапів заняття; засоби контролю теоретичної та практичної підготовки студентів повинні бути стандартизованими.

## 5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті

**5.1. Підготовчий етап.** Запальні захворювання нирок та заочеревинного простору зустрічаються у практиці лікарів різного фаху. В багатьох випадках ці захворювання перебігають безсимптомно, або під видом іншого запального процесу. При несвоєчасній діагностиці та неадекватному лікуванні можливий розвиток загрози життя хворому. Це обумовлює важливість даної теми. Метою заняття є оволодіння студентами симптоматологією, діагностикою та методами лікування хворих на піонефроз та паранефрит. Студенти повинні визначати основні клінічні прояви піонефрозу, паранефриту, розуміти причини та механізми їх розвитку, створювати схеми діагностики та лікування типових та нетипових форм піонефрозу та паранефриту.

**5.2. Основний етап.** Самостійна практична робота студентів (під керівництвом викладача) з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретної мети заняття.

Перед початком курації викладач в навчальній кімнаті проводить інструктаж студентів, при цьому звертає увагу на правила лікарської етики. Потім студенти малими групами, по 2-3 чоловіки, обстежують тематичних хворих, проводять об'єктивне обстеження, знайомляться з даними додаткових досліджень, визначають характер та можливі чинники патологічного процесу, призначають необхідні додаткові методи обстеження. Після курація хворих проводиться клінічний розбір.

Проводиться вирішення ситуаційних задач. Завдання виконуються письмово і перевіряються викладачем під час заняття з наступним обговоренням результатів.

**5.3. Заключний етап.** Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться індивідуальне усне опитування студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Тема наступного заняття – Цистит, простатит, уретрит, каверніт, епідидиміт

## **6. Додатки. Засоби для контролю:**

### **Питання для контролю початкового рівня знань**

1. Чинники піонефрозу
2. Класифікація піонефрозу.
3. Клінічні прояви піонефрозу.
4. Діагностика піонефрозу
5. Лікування піонефрозу.
6. Паранефрит: етіологія, класифікація.
7. Клініка гострого паранефриту.
8. Діагностика паранефриту.
9. Лікування паранефриту.

### **Ситуаційні задачі**

1. Хворий Ц., 48 років, при амбулаторному обстеженні виявлений коралоподібний камінь лівої нирки. На екскреторних урограмах - значне зниження функції лівої нирки. Чашечково-мискова система останньої розширена, паренхіма нирки витончена. Мисково-сечовідний сегмент звужений. Аналіз сечі – білок 0,165%, лейкоцити суцільно вкривають поле зору, еритроцити 30-40 в п/з. Назвіть ускладнення сечокам'яної хвороби?

Калькульозний піонефроз.

Термінальний гідронефроз.

Хронічний пієлонефрит.

Абсцес нирки.

Паранефрит.

2. Хворий 56 років, госпіталізований зі скаргами на біль у правій половині живота, поперековій ділянці, підвищення температури тіла до 39,9°C, лихоманку. Хворіє близько 12 діб. В анамнезі цукровий діабет. Аналіз крові – лейкоцитоз. Аналіз сечі: цукор – 1,2 г/л, білок – 0,33% г/л, лейкоцити - 20-30 у полі зору, еритроцити – свіжі - 2-4 у полі зору. При УЗД: нирки звичайних розмірів та структури. У навколонирковій клітковині справа візуалізується гіпоехогенне утворення без чітких контурів 80x60 мм. Попередній діагноз: Паранефральний абсцес. Оптимальна лікувальна тактика?

Перкутанне дренування паранефрального абсцесу.  
Люмботомія.  
Катетеризація нирки.  
Консервативна антибактеріальна терапія.  
Видалення абсцесу.

3. Хворий А., 25 років, госпіталізований в ургентному порядку з приводу підвищення температури тіла до 38,9 °С, болю у поперековій ділянці та череві справа. Аналіз крові – лейкоцитоз. Аналіз сечі – без змін. Під час пальпації м'язи у поперековій ділянці та правій половині живота напружені. Праве стегно підведене до живота. На оглядовій урограмі справа стертий контур поперекового м'яза? Найбільш вірогідний діагноз?

Гострий паранефрит.  
Гострий пієлонефрит.  
Попереково-крижовий радикуліт.  
Гострий міозит.  
Гострий апендицит.

4. Хворий 66 років, госпіталізований зі скаргами на біль у правій половині живота, поперековій ділянці, підвищення температури тіла до 38,9°С, лихоманку. Хворіє близько 6 діб. В анамнезі цукровий діабет, 2 тижня поспіль оперований з приводу паратонзиллярного абсцесу. М'язи живота у підчеревній та поперековій ділянках справа напружені. Аналіз крові – лейкоцитоз. Аналіз сечі: білок 0,033% г/л, лейкоцити - 10-12 у полі зору, еритроцити – свіжі - 2-4 у полі зору. При УЗД: нирки звичайних розмірів та структури. У навколонирковій клітковині справа візуалізується гіпоехогенне утворення без чітких контурів 82×66 мм. Попередній діагноз?

Паранефральний абсцес.  
Піонефроз.  
Гнійний пієлонефрит.  
Гострий апендицит.  
Абсцес нирки.

5. Хворий К., 28 років, звернувся у лікарню з приводу підвищеної температури з ознобом на протязі 3 діб, болю у поперековій ділянці, який посилюється при диханні. Раніше спостерігалися приступи болю у поперековій ділянці, але ж без лихоманки. Аналіз крові – лейкоцитоз. Аналіз сечі – без змін. Під час пальпації м'язи у поперековій ділянці та у підчеревній ділянці справа напружені. Симптом Пастернацького справа різко позитивний. При УЗД зниження дихальної рухомості правої нирки. Який вірогідний діагноз?

Гострий паранефрит.  
Гострий пієлонефрит.  
Гостра пневмонія.  
Гострий плеврит.  
Гострий апендицит.

6. Чоловік 45 років, госпіталізований зі скаргами на гіпертермію до 38,9 °С, приступи болю у поперековій ділянці та череві зліва, часті поклики на сечовипускання. Пальпаторно визначається збільшена, болюча ліва нирка. Симптом Пастернацького позитивний зліва. У загальному аналізі крові кількість лейкоцитів –  $9 \times 10^9$ /л, паличкоядерних форм - 7%. В сечі - піурія. На екскреторних урограмах зліва - "біла нирка" 16×12×8 см. Який із перелічених методів дозволяє уточнити причину піонефрозу?

КТ.

Хромоцистоскопія.

Радіоізотопна ренографія.

УЗД.

Оглядова урографія.

7. Хворий 55 років госпіталізований зі скаргами на тупий біль у поперековій ділянці ліворуч, підвищення температури тіла до 39,2°С, лихоманку впродовж 12 днів. В сечі піурія. З анамнезу: 3 роки поспіль виявлений коралоподібний камінь лівої нирки. При УЗД: нирка збільшена до 182×89×72 мм, товщина паренхіми 3-4 мм, у гіпоехогенному вмісті візуалізується коралоподібний конкремент розмірами 52×41 мм. Лікувальна тактика?

Перкутанна нефростомія.

Консервативна антибактеріальна терапія.

Катетеризація нирки.

Нефректомія.

Пієлолітотомія, нефростомія.

8. В приймальне відділення поступив хворий 45 років зі скаргами на тупий біль у поперековій ділянці ліворуч, підвищення температури тіла до 39,2°С, лихоманку на протязі 6 днів. Із анамнезу відомо, що декілька разів пропонувалось оперативне лікування гідронефрозу. В сечі піурія. При УЗД нирка збільшена до 180×90×78 мм, товщина паренхіми 2-3 мм. На оглядовій урограмі тіней конкрементів не виявлено. На відстрочених екскреторних урограмах функція лівої нирки відсутня. Попередній діагноз?

Піонефроз.

Термінальний гідронефроз.

Гострий пієлонефрит.

Абсцес нирки.

Паранефрит.

9. Хвора М., 74 років, скаржиться на головний біль, слабкість, втрату апетиту, нудоту. З 60 років лікується з приводу цукрового діабету. Оперована з приводу гострого гнійного пієлонефриту. При обстеженні АТ до 160/110 мм рт.ст. Креатинін крові – 475 мкмоль/л. Ан. сечі: щільність - 1005 - 1009, цукор 0,3%, білок - 1,32 г/л, лейкоцитів - 3-5 в полі зору. Добовий діурез - 1850 мл. Ймовірна причина ХНН?

Діабетична нефропатія.

Паранефрит.



Хронічний пієлонефрит.  
Нефротичний синдром.  
Гіпертонічна хвороба.

**10.** Хвора О., 28 років, 3 доби тому, після переохолодження, з'явився біль в поперековій ділянці справа, який посилюється при диханні, підвищення температури тіла до 38,8°C. У крові лейкоцитоз  $13,9 \times 10^9$ /л, зсув лейкоцитарної формули вліво. В ан. сечі: білок - 0,033 г/л, еритроцити 1-2 в полі зору, лейкоцити 4-6 в полі зору. При УЗД: зниження дихальної рухомості правої нирки. Найбільш ймовірний діагноз?

Гострий паранефрит.  
Гострий апендицит.  
Гостра пневмонія.  
Гострий плеврит.  
Гострий міозит.

**11.** Хворий Н., 33 років. Після переохолодження - підвищення температури тіла до 39,9 °С, лихоманка, загальна слабкість, біль у попереку зліва, що посилюється при диханні. Хворіє біля тижня. Без ефекту лікувався в районній лікарні з приводу пневмонії. В ан. сечі - піурія. З анамнезу: 5 років назад був виявлений лівобічний гідронефроз. Від запропонованого оперативного лікування відмовився. На серії екскреторних урограм функція правої нирки не порушена, зліва - відсутня. При УЗД: у ділянці лівої нирки гіпоехогенне неоднорідне утворення з горизонтальним рівнем розмірами 18×12×8 см. Найбільш вірогідний діагноз?

Піонефроз зліва.  
Термінальний гідронефроз.  
Пневмонія.  
Абсцес нирки.  
Паранефральний абсцес.

**12.** У хворого М., 68 років, скарги на загальну слабкість, втомлюваність, субфебрильну температуру тіла впродовж останнього року, періодично - тупий біль у правій половині живота. Хворіє на СКХ 22 роки. Біля року тому виявлений коралоподібний камінь правої нирки. На оглядовій та серії екскреторних урограм: права нирка 18×12×10 см, в проекції нирки - тінь коралоподібного конкремента, функція різко знижена, чашечково-мискова система розширена, паренхіма витончена до 2-4 мм, підвищеної щільності. Функція лівої нирки не порушена. Аналіз сечі: білок 1,6 г/л, лейкоцити суцільно вкривають поле зору, еритроцити 30-40 в п/з. Лікувальна тактика?

Нефректомія.  
Перкутанна нефростомія.  
Пієлолітотомія.  
Антибактеріальна терапія.  
Дезінтоксикаційна терапія.

**Контрольні питання.**

1. Піонефроз: симптоматика, діагностика, лікування.
2. Гострий паранефрит: визначення, шляхи проникнення інфекції, симптоматика, діагностика, лікування.
3. Шляхи прориву гною при паранефриті.

### **Перелік питань з наступної теми заняття**

1. Що таке інфекція сечових шляхів?
2. Класифікація циститу.
3. Клініка циститу.
4. Діагностика циститу.
5. Лікування циститу.
6. Класифікація простатиту.
7. Клініка і діагностика простатиту.
8. Лікування простатиту.
9. Запалення зовнішніх статевих органів.
10. Етіологічні чинники цисталгії.
11. Клінічні прояви, діагностика цисталгіх.
12. Принципи діагностики цисталгії.

### **7. Рекомендована література**

1. Люлько О. В. Урологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації / О. В. Люлько, О. Ф. Возіанов. – вид. 3-е, випр. – К. : Медицина, 2011. – 663 с.
2. Урологія : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [С. П. Пасечніков, С. О. Возіанов, В. М. Лісовий та ін. ] ; за ред. С. П. Пасечнікова. – Вінниця : Нова книга, 2013. – 432 с.
3. Урологія : національний підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / [С. П. Пасечніков, С. О. Возіанов, В. М. Лісовий та ін. ] ; за ред. С. П. Пасечнікова. – Вінниця : Нова книга, 2015. – 438 с.
4. Урология : учеб.-метод. пособие для студентов высш. мед. учреждений IV уровня аккредитации / [В. П. Стусь, А. В. Люлько, Н. Н. Моисеенко и др.]. – Днепропетровск : Акцент ПП, 2013. – 225 с.
5. Урологія (практичні навички) : навч.-метод. посіб. / [В. П. Стусь, О. В. Люлько, М. М. Моїсеєнко та ін. ] ; за ред. В. П. Стуся. – Дніпропетровськ : Акцент ПП, 2014. – 141 с.
6. 2. Возіанов, А. Ф. Атлас-руководство по урологии : в 3 т. / А. Ф. Возіанов, А. В. Люлько. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Днепропетровск : Днепр-VAL, 2001. – 3 т.
7. Урологія : навч. посіб. для студ. вищ. мед. учб. закл. III-IV рівнів акредитації / [Ф. І Костєв, М. І. Ухаль, О. В. Борисов та ін.] ; за ред. Ф. І. Костєва. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2008. – 294 р. : іл. – (Бібліотека студента-медика).
8. Урология : национальное руководство / под ред. Н. А. Лопаткина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
9. Шуляк О. В. Урологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / О. В. Шуляк, С. О. Возіанов, О. Б. Баніра. – вид. 2-е, доп. – Львів : Кварт, 2011. – 582 с.
10. [http://www.umsa.edu.ua/kafhome/urology/kaf\\_urology\\_materialnazavan](http://www.umsa.edu.ua/kafhome/urology/kaf_urology_materialnazavan)

t.html – Матеріали для завантаження / Сайт ВДНЗУ «УМСА», Кафедра урології з судовою медициною;

11. <http://www.inurol.kiev.ua/> – ДУ «Інститут урології» НАМН України;
12. <http://ukraine.uroweb.ru/> – Український інформаційний портал урологів;
13. <http://uro.tv/> – Урологическое ТВ;
14. <http://uroedu.ru/> – UROEDU : Портал дистанционного образования урологов;
15. <http://escuro.ru/>– Экспериментальная и клиническая урология : журнал;
16. [mrj-urology.ru](http://mrj-urology.ru) – міжнародний реферативний журнал сервер не знайдено
17. <http://forumurology.ru/> – Интернет форум урологов;
18. <http://urolog-spb.ru/> – Санкт-Петербургский научно-практический центр урологии.