

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 5

« 12 » 01 2022 г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
« 18 » 01 2022г.
№ 220

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
УРОЛОГИЯ**

на тему

**СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

по основной специальности: урология

Трудоемкость: 36 часов.

Форма освоения: очная.

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2022

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по специальности «Урология» на тему «Синдром хронической тазовой боли и заболевания предстательной железы» обсуждена и одобрена на заседании кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии – андрологии) факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 01 от 13 января 2022 г.

Заведующий кафедрой Коган М.И.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по специальности «Урология» на тему «Синдром хронической тазовой боли и заболевания предстательной железы» разработана рабочей группой сотрудников кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии – андрологии), факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Коган М.И.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	<i>Ибишев Халид Сулейманович</i>	д.м.н., доцент	Профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	<i>Чибичян Микаел Бедросович</i>	д.м.н., доцент	Доцент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	<i>Белоусов Игорь Иванович</i>	д.м.н., доцент	Профессор кафедры название кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - уролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 марта 2018 г. N 137 н регистрационный номер 1121).
- ФГОС ВО по специальности урология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014г. №1111.
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – урология

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющихся квалификаций по специальности «Урология», а именно повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний предстательной железы.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области урологии

Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: «Врач - уролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 марта 2018 г. N 137 н регистрационный номер 1121).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю «урология» в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояния почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза
	A/02.8	Назначения лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояние почек, мочевыводящих путей и мужской половых органов, контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к разработке плана диагностики и лечения синдрома хронической тазовой боли с учетом симптомов и синдромов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.	A/01.8
	должен знать: алгоритм диагностики и лечение синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) ассоциированный с заболеваниями простаты.	A/02.8
	должен уметь: интерпретировать анализировать информацию, полученную от пациентов с синдромом хронической тазовой боли ассоциированного с заболеваниями простаты; использовать методы осмотра и обследования; интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования; проводить дифференциальную диагностику СХТБ ассоциированного с заболеваниями простаты; формулировать предварительный диагноз и составлять план лабораторных и инструментальных обследований; обосновать необходимость и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с СХТБ ассоциированного с заболеваниями простаты.	
	должен владеть: методиками осмотра и обследования пациентов с СХТБ ассоциированного с заболеваниями простаты; разработкой плана лечения пациентов с СХТБ в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам	

	оказания медицинской помощи;	
--	------------------------------	--

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очно	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Урология» на тему «Синдром тазовой боли и заболевания предстательной железы», в объеме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Модуль – 1 – Синдром хронической тазовой боли и заболевания предстательной железы															
1.1	Методы диагностики СХТБ	12	8		6	2		4	4						ПК – 1	
1.2	Дифференциальная диагностика СХТБ	10	8		6	2		2	2						ПК – 1	
1.2.1	СХТБ ассоциированный с ХБП	4	3		2	1		1	1							
1.2.2	СХТБ ассоциированный с хроническим абактериальным простатитом	4	3		2	1		1	1							
1.2.3.	СХТБ ассоциированный с хроническим простатитом на фоне дефицита тестостерона	2	2		2	0		0	0							
1.3	Методы лечения СХТБ	12	8		6	2		4	4						ПК – 1	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	24		18	6		10	10						ПК – 1	
	Итоговая аттестация	2														экзамен
	Всего часов по программе	36	24		18	6		10	10							

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1.1.	Методы диагностики СХТБ
1.1.1	Сбор анамнеза и физикальный осмотр
1.1.2.	Функциональные методы
1.1.3.	Лабораторные методы
1.1.4.	Эндоскопические методы
1.1.5.	Лучевые методы
1.2.	Дифференциальная диагностика СХТБ
1.3.	Методы лечения урологического СХТБ
1.3.1.	Консервативная терапия
1.3.1.1.	Лекарственная терапия
1.3.1.2.	Физиотерапия
1.3.1.3.	Мануальная терапия
1.3.2.	Хирургическое лечение.

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП).

Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля – письменно и /или на площадке ДО с использованием дистанционных технологий, собеседования и/или, решения одной ситуационной задачи письменно.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся *удостоверение о повышении квалификации установленного образца.*

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного ма-

териала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
2	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России...	2 этаж, конференс зал, перевязочная и смотровой кабинет урологического отделения клиники ФГБОУ ВО РостГМУ

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Персональный компьютер с операционной системой windows 10

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Коган М.И., Ибишев Х.С., Белоусов И.И., Набока Ю.Л. Простатит и заболевания - иммитаторы. Клинические разборы. – М.: Медконгресс, 2019. -300 с.
	Дополнительная литература
1	Крючкова М.Н., Солдаткин В.А.. Синдром хронической тазовой боли / Вестник урологии. – 2017. - № 1. – Стр. 52-63.
2.	Круглов В.А., Асфандияров Ф.Р., Выборнов С.В., Сеидов К.С. Лечение больных с синдромом хронической тазовой боли в одиночном центре. Вестник урологии. – 2018. - №4.- С.27-35.
3.	Есин Р.Г, Федоренко А.И., Горобец Е.А. Хроническая неспецифическая тазовая боль у женщин / Медицинский альманах. – 2017. - № 5. – Стр. 97-101.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	http:// www.rosminzdrav.ru
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
4.	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opac/
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система.	http://www.consultant.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной и итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии факультета повышения квалификации.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по урологии, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100 %.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100 %.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет более 10%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Коган Михаил Иосифович	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО РостГМУ/урологическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ
2	Ибишев Халид Сулейманович	Д. м. н, профессор	Профессор	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО РостГМУ/урологическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ
3	Чибичян Микаэл Бедросович	Д. м. н, доцент	Доцент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО РостГМУ/урологическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ
4	Белоусов Игорь Иванович	Д. м. н, доцент	Профессор	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья

				человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО РостГМУ/урологическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ
--	--	--	--	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Синдром хронической тазовой боли и
заболевания предстательной железы» со сроком освоения 36 академических
часов по специальности «Урология».

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов- на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный составитель	Ибишев Халид Сулейманович
6	Е-mail	Ibishev22@mail.ru
7	Моб. телефон	+79287777714
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Урология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Синдром хронической тазовой боли и заболевания предстательной железы
15	Тема	1.1; 1.2; 1.3.
16	Подтема	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4; 1.1.5; 1.3.1.1; 1.3.1.2;
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	Single and multiple
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			В секрете предстательной железы в норме содержатся:		
	*		лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты;		
			макрофаги ;		
			Амилоидные тельца;		
			эпителиальные		
			гигантские клетки		
1	1	2			
1			При бактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
	*		нейтрофилами		
			лимфоцитами		
			моноцитами		
			эпителиальными клетками		
			плазмócитами		
1	1	3			
1			При абактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
			нейтрофилами		
	*		лимфоцитами		
			моноцитами		
			эпителиальными клетками		
			макрофагами		
1	2	4			
1			Проба Мирса-Стеми это:		
			микроскопия и бактериологическое исследование секрета простаты после массажа;		
			микроскопия первой и второй порции мочи, а также микроскопия мочи после массажа простаты;		
			бактериология первой и второй порции мочи, а также бактериология мочи после массажа простаты		
			микроскопия секрета простаты после массажа простаты;		
	*		микроскопия и бактериологическое исследование всех трех порций мочи и секрета простаты после массажа;		
1	1	5			
1			При дефиците тестостерона лецитиновые зерна в простате регистрируют:		
			в большом количестве		

	*		в незначительном количестве		
			отсутствуют		
			в сочетании с макрофагами		
			в сочетании с амилоидными тельцами		
1	1	6			
1			При обструктивном простатите лецитиновые зерна в простате регистрируют:		
			в большом количестве		
			в незначительном количестве		
			отсутствуют		
	*		в сочетании с макрофагами		
			в сочетании с амилоидными тельцами		
1	1	7			
1			При простатите, ассоциированном с гиперплазией простаты лецитиновые зерна в простате регистрируют:		
			в большом количестве		
			в незначительном количестве		
			отсутствуют		
			в сочетании с макрофагами		
	*		в сочетании с амилоидными тельцами		
1	3	8			
1			При хроническом простатите препаратам выбора являются:		
			аминогликозиды		
			цефалоспорины		
			карбопены		
	*		нефторированные хинолоны		
	*		фторированные хинолоны		
1	3	9			
1			Избыточная ноцицептивная афферентация при СХТБ обусловлена:		
	*		снижением активности нисходящих от периакведуктальных ядер симпатических путей		
			повышением возбудимости сегментарных структур спинного мозга		
			снижением возбудимости сегментарных структур спинного мозга		
			правильно а) и в)		
			правильно а) и б)		
1	1	10			
1			Длительный мышечно-тонический синдром приводит к:		
	*		мышечной дисфункции с развитием миофасциального синдрома		
			мышечной дисфункции		
			фасциальным нарушениям		
			нарушениям ЦНС		

1	1	11			
1			Центры контроля и регуляции активности органов малого таза находятся в:		
	*		стволе головного и спинном мозге		
			стволе головного мозга		
			мозжечке		
			головном мозге		
			головном мозге и мозжечке		
1	1	12			
1			При бактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
	*		активными нейтрофилами		
			активными лимфоцитами		
			неактивными нейтрофилами		
			плазмоцитами		
	*		макрофагами		
1	1	13			
1			При психогенной боли у больного отмечают:		
	*		сенестопатии		
			эндокринопатии		
			полинейропатии		
			пудендопатию		
			вертобрапатию		
1	1	14			
1			При СХТБ у пациента регистрируют:		
	*		боль в области таза		
	*		сексуальные нарушения		
	*		дисфункцию мочевых путей		
	*		кишечную дисфункцию		
	*		Нарушение менструального цикла		
1	1	15	Синдром хронической тазовой боли – это:		
	*		постоянная или периодически повторяющаяся боль в течение, по крайней мере 3 месяцев		
			постоянная или периодически повторяющаяся боль в течение 1 месяца		
			постоянная или периодически повторяющаяся боль в течение 1 года		
			постоянная или периодически повторяющаяся боль в течение, по крайней мере 2-3 месяцев		
1	1	16	В норме секрете простаты присутствуют:		
			Аэробные бактерии		
			Анаэробные бактерии		

	*		Аэробные и анаэробные бактерии		
			Секрет простаты стерилен		
1	3	17			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами выбора являются:		
	*		Джозамицин		
			Цефалексин		
			Фурадонин		
			Цефтриаксон		
			Фосфомицин		
1	3	18			
1			При хроническом абактериальном простатите препаратами выбора являются:		
	*		Альфа-адреноблокаторы		
	*		Нестероидные противовоспалительные препараты		
	*		Ингибиторы 5-альфа редуктазы		
	*		Фитотерапия		
1	3	19			
1			При хроническом абактериальном простатите методами лечения могут быть :		
	*		Магнитотерапия		
	*		Иглорефлексотерапия		
	*		Бальнеологические методы		
	*		Цветоритмотерапия		
1	3	20			
1			При СХТБ невротического генеза применяют:		
	*		Противосудорожные препараты		
	*		Невропатические анальгетики		
	*		Трициклический антидепрессанты		
	*		Фитотерапия		
	*		Опиоиды		
1	3	21			
1			При СХТБ невротического генеза препаратами выбора являются:		
	*		Антидепрессанты		
			Опиоиды		
			Простые анальгетики		
			Невропатические анальгетики		
			Нестероидные противовоспалительные препараты		
1	3	22			
1			При СХТБ невротического генеза препаратом выбора являются:		
	*		Амитриптилин		

			флуоксетин		
			мапротилин		
			миансерип		
1	3	23			
1			При СХТБ невротического генеза препаратами антидепрессантом выбора являются:		
	*		Амитриптилин		
			флуоксетин		
			мапротилин		
			миансерип		
1	3	24			
1			При СХТБ применение альфа-адреноблокаторов является уровнем обоснованности:		
	*		1a		
			1b		
			2a		
			1b		
			3a		
1	3	25			
1			При СХТБ применение нестероидных противовоспалительных препаратов уровнем обоснованности:		
			1a		
	*		1b		
			2a		
			2b		
			3b		
1	3	26			
1			При СХТБ ингибиторы 5-альфа редуктазы назначаются при наличии:		
	*		Доброкачественная гиперплазия предстательной железы		
			Эректильной дисфункции		
			Синестопатий		
			Хронического бактериального простатита		
1	3	27			
1			Опиоиды при СХТБ назначаются как часть:		
	*		Мультимодальной терапии		
			Противовоспалительной терапии		
			Поддерживающей терапии		
			Патогенетической терапии		
1	3	28			
1			Большинству пациентов с СХТБ необходима терапия:		
			Антибактериальная		
	*		Мультимодальная		

			Этиотропная		
			Фитотерапия		
			Бальнеологическая		
1	3	29			
1			Уровнем обоснованности фитотерапия:		
			1a		
	*		1b		
	*		2a		
	*		2b		
	*		3		
1	3	30			
1			Среди фитопрепаратов при СХТБ связанная с заболеванием чаще применяется:		
			Канефрон Н		
	*		Пермиксон		
			Фитолизин		
			Уролесан		

2. Оформление фонда ситуационных задач

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача 1: пациент К., 47 лет. Профессиональных вредностей нет. Госпитализирован в урологическое отделение с жалобами: боли в надлонной области, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 39 С. На фоне недавнего респираторного заболевания. При обследовании выявлено повышение уровня лейкоцитов в крови $17,7 \times 10^9/\text{л}$, с палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы, повышенный уровень лейкоцитов в общем анализе мочи до 100 в поле зрения.

Результаты физикального осмотра: состояние пациента средней степени тяжести, обусловлено выраженным интоксикационным синдромом. Кожные покровы бледные. Слизистые чистые. Живот мягкий, безболезненный. Rectum: сфинктер прямой кишки в тонусе, увеличена, резко болезненная.

Результаты лабораторного обследования:

В общем анализе крови: эр. – $6,1 \times 10^{12}/\text{л}$, MCV – 68, MCH – 22, Hb – 72 г/л, тромб. – $324 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц. – $17,7 \times 10^9/\text{л}$: п/я – 12, с/я нейтрофилы – 51, лимфоциты – 32, моноциты – 5%.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 18 (норма < 21) мкмоль/л; креатинин – 73 (норма 59-104) мкмоль/л; Мочевина – 4,2 (норма 2,76-8,07) ммоль; Щелочная фосфатаза – 422 (норма 20-140) ЕД.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. Острый простатит; *
 - b. Хронический простатит стадия обострения;
 - c. СХТБ;
 - d. Острый аппендицит;
 - e. Острый Холецистит.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:
 - a. УЗИ простаты; *
 - b. МРТ малого таза;
 - c. Микроскопия СПЖ;
 - d. Бактериологическое исследование СПЖ.

3. Перечислите возможные методы терапии:
 - a. Назначение антибактериальных препаратов парентерально; *
 - b. Назначение антибактериальных препаратов перорально;
 - c. Фитопрепараты; *
 - d. альфа-адреноблокаторы; *

4. Предположительный прогноз:
 - a. Благоприятный; *
 - b. Неблагоприятный;
 - c. Сомнительный

Задача 2: пациент П., 38 лет. Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с диагнозом: хронический бактериальный простатит, стадия обострения.

Жалобы:

на умеренные боли в промежности, в надлонной области тупого ноющего характера, периодически носящие интенсивный характер. Боли при семяизвержении, сохраняющиеся в течение 2-х часов после полового акта, повышенная раздражительность, снижение работоспособности, снижение концентрации внимания. Периодическая учащенность мочеиспускания.

Анкетирование по шкале IPSS – 10 баллов, по опроснику NIH-CPSI – 20 баллов.

Результаты физикального осмотра:

Половой член и органы мошонки безболезненны, пигментация мошонки сохранена. Оволосение надлонной области по мужскому типу. Наружное от-

верстие уретры не гиперемированно, визуально не изменено. При ректальном пальцевом осмотре сфинктер прямой кишки в тонусе, без рубцовых изменений, ампула прямой кишки свободна, простата незначительно увеличена, незначительно болезненна при пальпации, туго-эластичной консистенции, патологических образований не пальпируется, слизистая над предстательной железой подвижна.

Результаты лабораторного обследования:

Общий анализ крови – Нв-149 г/л, эр- $4,4 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,93, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$, Э – 3,0%, Б – 0,0%, П – 2,0 %, С – 56,0 %, Л – 31,0 %, М – 8,0%, СОЭ – 25 мм / час.

Общий анализ мочи - Кол. – 40 мл, Цвет. – сол/желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1020, реакция – кислая, белок – нет, сахар – нет, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – нет, эпителий мочевых путей – плоский 1-3 в поле зрения, лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови – билирубин: общий – 16,5 мкм/л, прямой – 4,5 мкмоль/л, мочевины – 6,6 ммоль/л, креатинин – 79,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль / л, Аст – 19 ммоль/л, АлТ – 23 ммоль/л, общий белок – 71 г/л.

Иммунологический анализ крови: ПСА – 0,31 нг/мл, Тестостерон общий – 19,4 нмоль/л.

Микроскопическое исследование секрета простаты: микроскопическое исследование секрета простаты: количество – 0,2 мл, плотность – мало материала, запах специфический, цвет – белесоватый, рН – 7,0, лейкоциты – 5 – 7 в поле зрения, эритроциты - нет, амилоидные тельца – нет, слизи – нет, лецитиновые зерна – большое количество, эпителий плоский 2 – 3 в поле зрения.

Бактериоскопическое исследование отделяемого из уретры: кокки – большое количество.

Бактериологическое исследование секрета простаты: *S. lentus* 10^1 КОЕ/мл, *S. saprophyticus* 10^1 КОЕ/мл.

Проба Мирса - Стеми Микроскопическое исследование: I. Моча. Количество – 50 мл. Цвет – желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1015, рН -7.0, белок – нет, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – нет, эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 5 – 6 в поле зрения. Соли – аморфные фосфаты – большое количество. II. Моча. Количество – 50 мл. Цвет – желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1005, рН - 6,5, белок – нет, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – нет, эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 4 - 6 в поле зрения. Соли – нет. III. Секрет предстательной железы. Лейкоциты – 15 –

20 в поле зрения, эритроциты – нет, амилоидные тельца – нет, лецитиновые зерна – большое количество в поле зрения, эпителий 4-6 в поле зрения. Слизь – большое количество. VI. Моча. Количество – 50 мл. Цвет – желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1015, рН -6.0, белок – 0,5 г/л, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – 25 – 30 в поле зрения, эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 12 – 15 в поле зрения. Лецитиновые зерна – большое количество в поле зрения.

Бактериологическое исследование: Моча. I. S. lentus 10^1 КОЕ/мл. II. Моча. S. lentus 10^1 КОЕ/мл. III. Секрет предстательной железы: S.lentus 10^1 КОЕ/мл. VI. S.lentus 10^1 КОЕ/мл.

Цитологическое исследование секрета простаты – лимфоциты большое количество, нейтрофилы единичные, макрофагов нет, атипичных клеток нет.

Сонографическое исследование мочевого пузыря, простаты: Мочевой пузырь – размер 83 x 49 x 95 мм, объем 270,0 мл. Форма правильная. Контуры четкие, ровные. Стенка 6 мм, просвет свободен, содержимое – однородное. Остаточная моча – 9 мл. Простата 45 x 29 x 52 мм. Объем 34,0 куб. см. Форма обычная. Контуры ровные, четкие, структура диффузно-неоднородная. Эхогенность повышена. Семенные пузырьки справа 13 мм, слева 11 мм, обычных размеров, эхоструктура однородная. Заключение: Умеренные диффузные изменения паренхимы простаты.

МРТ позвоночника и органов малого таза: структурных изменений не выявлено.

Восходящая уретрография – уретра проходима, патологии нет.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Острый простатит;
- b. Хронический бактериальный простатит стадия обострения;
- c. СХТБ; *
- d. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника;

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. Комплексное уродинамическое исследование;
- b. Консультация невролога;
- c. Консультация психотерапевта; *
- d. Консультация эндокринолога.

3. Перечислите возможные методы терапии:

- a. Назначение антибактериальных препаратов перорально; *
- b. Назначение антидепрессантов; *
- c. Фитопрепараты;
- d. альфа-адреноблокаторы; *

4. Предположительный прогноз:

- а. Благоприятный; *
- б. Неблагоприятный;
- с. Сомнительный

Задача 3: пациент С., 25 лет. Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с жалобами:

На боли в левой паховой области, в левом яичке и промежности тупого ноющего характера. Боли в половом члене, не связанные с актом мочеиспускания. Боли резко усиливаются при физической нагрузке. Слабую струю мочи, ощущение неопорожденного мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, постмикционное подкапывание мочи. Снижение утренних спонтанных эрекций, снижение удовольствия от оргазма, снижение объема эякулята, снижение скорости выброса эякулята.

Результаты анкетирования:

по шкале IPSS – 28 баллов, по опроснику NIH-CPSI – 26 баллов, по опроснику Гамильтона – 19 баллов.

Результаты физикального осмотра:

Кожа поясничной области без особенностей. Почки не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Половой член и органы мошонки безболезненны при пальпации. Левая половина мошонки увеличена за счет расширенных вен гроздевидного сплетения. Мочевой пузырь не пальпируется. При ректальном осмотре: сфинктер прямой кишки в тонусе, ампула свободная, без патологических образований, обращает на себя внимание асимметрия предстательной железы за счет умеренного увеличения левой доли и ее резкая болезненность, правая доля не увеличена и безболезненна, срединная борозда сохранена.

Результаты лабораторного обследования:

Общий анализ крови – Hb – 144 г/л. Эритроциты – $4,95 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты – 221×10^9 /л, СОЭ - 14 мм/час, лейкоциты – $6,8 \times 10^{12}$ /л. Лейкоцитарная формула – соответствовала нормативным значениям.

Общий анализ мочи - Цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, эритроциты, и бактерии не обнаружены, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эпителий плоский – в поле зрения..

Биохимический анализ крови – АЛТ – 23.2 МЕ/л, АСТ – 17.2 МЕ/л, билирубин – 7.1 мкмоль/л, мочевая кислота – 317 мкмоль/л, HbA1c – 4.8 %, глюкоза 4,3 ммоль/л.

Иммунологический анализ крови: ПСА - 0,34 нг/мл. Тестостерон общий – 14.19 нмоль/л, глобулин, связывающий половые гормоны – 23.7 нмоль/л.

Микроскопическое исследование секрета простаты: Лейкоциты – 1 – 2, эритроциты – нет, амилоидные тельца – нет, лецитиновые зерна – незначительное количество.

Проба Мирса - Стеми Микроскопическое исследование: I Моча. Кол. – 30 мл, реакция – кислая, белок – нет, эритроциты – 0 - 1 в поле зрения, эпителий мочевых путей – плоский 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты – 0 -1 в поле зрения. II. Моча. Кол. – 50 мл, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. III. Секрет предстательной железы. Лейкоциты – большое количество в поле зрения, эритроциты – нет, амилоидные тельца – нет, лецитиновые зерна – незначительное количество. Гонококки, трихомонады, кристаллы Беттхера, дрожеподобные грибы, макрофаги не обнаружены. VI. Моча. Кол. – 30 мл, эритроциты – 0-0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Лецитиновые зерна - единичные в препарате. Бактериологическое исследование: Моча. I. Моча. *S. saprophyticus* 10² КОЕ/мл. II. Моча. *S. saprophyticus* 10³ КОЕ/мл, *S. lentus* 10² КОЕ/мл. III. Секрет предстательной железы: *S. saprophyticus* 10³ КОЕ/мл. VI. *S. saprophyticus* 10³ КОЕ/мл.

Сонографическое исследование мочевого пузыря, простаты: УЗИ предстательной железы и семенных пузырьков: Заключение: УЗИ признаки диффузных изменений в предстательной железе. Диффузные изменения в семенных пузырьках.

МСКТ органов брюшинного пространства: Заключение: размеры почек и толщина паренхимы в пределах нормативных значений. Очаговых образований в паренхиме почек при нативном исследовании не выявлено. ЧЛС с обеих сторон не расширена, конкрементов нет. Мочеточник не расширен, конкрементов в проекции мочеточников не выявлено.

МР венография нижней полой вены: Нижняя полая вена, правая общая подвздошная, наружные подвздошные и внутренние подвздошные не изменены, МР-сигнал от кровотока по ним однородный. Нижняя полая вена на уровне бифуркации размерами до 24 x 13.5 мм. Левая ОПВ отходит от НПВ под углом 108 градусов. Отмечается стеноз до 6 мм проксимальной части левой ОПВ на уровне правой ОПА на протяжении до 10 мм, дистальнее – диаметр сосуда до 13 мм. Справа диаметр вены на симметричном участке до 12 мм. НарПВ диаметром до 11 мм, ВПВ, вместе их впадения, 9 мм. Коллатеральных перетоков нет. В верхнем полюсе правой почки отмечается киста округлой формы с четкими контурами и с однородным содержимым до 9 мм в диаметре. Заключение: МР-признаки стеноза проксимальной части левой

ОПВ. С учётом клинических данных, может соответствовать проявлениям синдрома Мея-Тернера.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: поясничный лордоз выпрямлен. Вертикальная ось не искривлена. Соотношение позвонков нормальное, листеза позвонков не отмечено. Высота и форма тел позвонков не изменены. Края замыкательных пластинок минимально деформированы за счёт краевых остеофитов. Патологической перестройки костного мозга не выявлено. Отмечается неровность краниальной замыкательной пластины L3 позвонка за счёт наличия мелких дефектов Шморля. Минимально снижена гидратация межпозвонковых дисков, без выраженного снижения их высоты. В сегментах L3-L4, L4-L5, L5-S1 определяются дорзальные пролабирования межпозвонковых дисков, выступающие в просвет позвоночного канала до 2,5 мм с незначительной компрессией дурального мешка. Межпозвонковые отверстия не сужены. Сагиттальный размер позвоночного канала на уровне пролабирующих дисков составляет не менее 18,5 мм. Позвоночный канал: нормальной ширины, патологических образований в нём не выявлено. Спинальный мозг нормальной толщины, однородной структуры. Конус спинного мозга определяется на уровне L1 позвонка, очагов патологического МР-сигнала в структуре конуса спинного мозга и конского хвоста не выявлено. Дугоотростчатые суставы - без особенностей. Паравертебральные мягкие ткани - без видимой патологии. Заключение: дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника: начальные признаки остеохондроза, небольшое пролабирование межпозвонковых дисков L3-L4, L4-L5, L5-S1 в просвет позвоночного канала.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- a. СХТБ. Хронический бактериальный простатит стадия обострения;
- b. СХТБ. Синдрома Мея-Тернера; *
- c. СХТБ. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- a. Сосудистого хирурга; *
- b. Консультация невролога;
- c. Консультация психотерапевта;
- d. Консультация эндокринолога.

3. Перечислите возможные методы лечения:

- a. Физиолечение;
- b. Антибактериальная терапия;
- c. Мануальная терапия;

d. Хирургическое лечение; *

4. Предположительный прогноз:

a. Благоприятный; *

b. Неблагоприятный;

c. Сомнительный

Задача 4: пациент Д., 35 лет. Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с жалобами:

на боли в паховой области, более выражены слева, тупого ноющего характера, усиливающиеся в ночное время, периодические боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, надлонной области, и в левом яичке, эмоциональную лабильность, периодическую депрессию.

Результаты анкетирования:

по шкале IPSS – 26 баллов, по опроснику NIH-CPSI – 24 баллов, по опроснику Гамильтона – 32 баллов.

Результаты физикального осмотра:

Кожа поясничной области без особенностей. Почки не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Половой член и органы мошонки безболезненны при пальпации. Мочевой пузырь не пальпируется. При ректальном осмотре: сфинктер прямой кишки в тонусе, ампула свободная, без патологических образований, простата увеличена, незначительно болезненна.

Результаты лабораторного обследования:

Общий анализ крови – Hb – 142 г/л. Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты – 180×10^9 /л, СОЭ - 5 мм/час, лейкоциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л. Лейкоцитарная формула – соответствовала нормативным значениям.

Общий анализ мочи - Цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, эритроциты, и бактерии не обнаружены, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эпителий плоский – в поле зрения.

Биохимический анализ крови – АЛТ – 18.4 МЕ/л, АСТ – 15.5 МЕ/л, билирубин – 8.8 мкмоль/л, мочевая кислота – 124 мкмоль/л, глюкоза - 5,6 ммоль/л.

Иммунологический анализ крови: ПСА - 0,11 нг/мл. Тестостерон общий 19.1 нмоль/л, глобулин.

Микроскопическое исследование секрета простаты: Лейкоциты – 1 – 2, эритроциты – нет, амилоидные тельца – нет, лецитиновые зерна незначительное количество.

Проба Мирса - Стеми Микроскопическое исследование: I Моча. Кол. – 20 мл, реакция – кислая, белок – нет, эритроциты – 0 - 1 в поле зрения, эпителий мочевых путей – плоский 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты – 0 -1 в поле

зрения. II. Моча. Кол. – 50 мл, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. III. Секрет предстательной железы. Лейкоциты – 10 – 20 в поле зрения, эритроциты – нет, амилонидные тельца – нет, лецитиновые зерна – незначительное количество. Гонококки, трихомонады, кристаллы Беттхера, дрожеподобные грибы, макрофаги не обнаружены. VI. Моча. Кол. – 30 мл, эритроциты – 0-0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Лецитиновые зерна - единичные в препарате. Бактериологическое исследование: Моча. I. Моча. *S.epidermidis* 10^3 КОЕ/мл, *S.lentus* 10^2 КОЕ/мл. II. Моча. *S.epidermidis* 10^3 КОЕ/мл, *S.lentus* 10^2 КОЕ/мл. III. Секрет предстательной железы: *S.lentus* 10^5 КОЕ/мл. VI. *S.lentus* 10^5 КОЕ/мл.

Сонографическое исследование мочевого пузыря, простаты: ТРУЗИ предстательной железы: Объем 32,19 мл. Форма обычная. Контур четкие, неровные, структура неоднородная, границы зон сглажены, эхогенность снижена, центральная область 28 x 22 см, с множественными гиперэхогенными включениями до 4 x 2,5 мм, по задней поверхности. Семенные пузырьки увеличены, слева - 18 мм, справа - 19 мм, структура диффузно неоднородная.

R – графия пояснично-крестцового отдела позвоночника – признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Консультация и осмотр невролога: Неврологический статус: сухожильные рефлексы с рук - D = S, с ног - коленный рефлекс слева снижен, ахилловы рефлексы сохранены. ЧН без особенностей. Нистагма нет. Пальценосовую и пяточно-коленные пробы выполняет правильно, без интенции. В позе Ромберга устойчив с закрытыми и открытыми глазами. Чувствительные нарушения - гипестезия в зоне L 2 корешка слева. Дефанс паравертебральных мышц, больше слева. Симптом натяжения (Вассермана слева) - положительный.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: Грыжа диска L2-L3, с компрессией L2 корешка слева

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.
 - a. СХТБ. Хронический бактериальный простатит стадия обострения;
 - b. СХТБ. Синдрома Мея-Тернера; *
 - c. СХТБ. Остехондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Грыжа диска L2-L3, с компрессией L2 корешка слева
2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:
 - a. Сосудистого хирурга;
 - b. Консультация невролога; *
 - c. Консультация психотерапевта;

d. Консультация эндокринолога.