

**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 № 2

« 14 » 02 2023 г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
« 15 » 02 2023г.
№ 68

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ**

по специальности:

«УРОЛОГИЯ»

Трудоемкость: *576 часа*

Форма освоения: *очная*

Документ о квалификации: *диплом о присвоении квалификации*

Ростов-на-Дону, 2023

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки по специальности «Урология» 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.

Заведующий кафедрой Коган М.И.

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Урология» 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>Коган Михаил Иосифович</i>	д.м.н., профессор	Зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	<i>Ибишев Халид Сулейманович</i>	д.м.н., профессор	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
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
4.	<i>Чибичян Микаел Бедросович</i>	д.м.н., про	профессор 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.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием"
- 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.

Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия" Подготовка в ординатуре по специальности "Урология" или Профессиональная переподготовка по специальности "Урология" при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: "Акушерство и гинекология", "Онкология", "Хирургия".

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющихся квалификаций по урологии, онкологии, хирургии, акушерству и гинекологии, колопроктологии, а именно повышение эффективности диагностики и лечения опухолевых заболеваний мочеполовой системы.

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) в условиях дневного стационара	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза
	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ГФ проф-стандарта,
ПК-1	готовность к разработке плана диагностики и лечения опухолевых поражений мочевой и половой систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	A/01.8 A/02.8
	<p>Должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стандарты оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. 2. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. 3. Механизм действия лекарственных препаратов, применяемых в урологии, медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. 	
	<p>должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов 4. Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих мужских половых органов. 2. Оценивать анатомо-функциональное состояние почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в норме, при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов 5. Разрабатывать тактику лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиниче- 	

	скими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи	
	должен владеть: методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с опухолевыми поражениями мочевой и половой систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;	
ПК-2	готовность к разработке плана диагностики и лечения опухолевых поражений мочевой и половой систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	A/01.8 A/02.8
	должен знать: 1. Собирать жалобы, анамнез жизни и заболевания у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности. 2. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности 3. Методы осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности. 4. План лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями 5. Лекарственные препараты, медицинские изделия и немедикаментозную терапию пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности	
	должен уметь: 1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности. 2. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности 3. Применять методы осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности. 4. Разрабатывать план лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями 5. Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и немедикаментозную терапию пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности	
	должен владеть: методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с опухолевыми поражениями мочевой и половой систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	
ПК-3	готовность к разработке плана диагностики и опухолевых поражений мочевой и половой систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	A/01.8 A/02.8

	<p>должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методики сбора анамнеза жизни и заболевания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями 2. Методика осмотров пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями 3. Методы обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями 	
	<p>должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов при хирургических заболеваниях и (или) состояниях 2. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями 3. Пользоваться следующими методами визуального осмотра и физикального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: пальпация, перкуссия, аускультация при заболеваниях брюшной стенки, органов брюшной полости, почек и мочевыделительной системы; трансректальное пальцевое исследование, бимануальное влагалищное исследование <p>должен владеть:</p> <p>методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с опухолевыми поражениями мочевой и половой систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи</p>	

ПК-4	готовность к разработке плана диагностики и лечения опухолевых поражений органов и систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	<i>A/01.8</i> <i>A/02.8</i>
	<p>Должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Порядок оказания медицинской помощи пациентам по профилю «онкология» 2. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при онкологических заболеваниях 3. Клинические рекомендации по онкологическим заболеваниям 4. Методы лечения пациентов с онкологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи 	
	<p>должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с онкологическими заболеваниями или с подозрением на онкологические заболевания 4. Проводить осмотр и физикальное обследование пациентов с онкологическими заболеваниями или с подозрением на онкологические за- 	

	<p>болевания</p> <p>5. Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с онкологическими заболеваниями или с подозрением на онкологические заболевания</p> <p>6. Проводить дифференциальную диагностику, формулировать, обосновывать и устанавливать диагноз в соответствии с МКБ, МКБ-О, TNM и составлять план лабораторных исследований и инструментальных обследований пациентов с онкологическими заболеваниями или с подозрением на онкологические заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>7. Разрабатывать предварительный план лечения пациента с онкологическим заболеванием в зависимости от состояния пациента, диагноза и стадии заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>8. Направлять пациента с онкологическим заболеванием на консилиум с участием врачей-специалистов для определения плана лечения и принятия решения об оказании специализированной медицинской помощи по профилю «онкология»</p> <p>9. Проводить лечение пациентов с онкологическими заболеваниями с учетом рекомендаций врачей-онкологов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями</p> <p>10. Назначать и применять лекарственные препараты, медицинские изделия и диетотерапию, включая парентеральное питание, у пациентов с онкологическими заболеваниями.</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с опухолевыми поражениями органов и систем человека в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;</p>	

1.5 Форма обучения

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очная	6	6	4 месяца, 16 недель, 96 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план

дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Урология»
в объеме 576 часов

№ №	Наименование модулей	Все го часов	Ча- сы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажи- ровка	Обучающий симуляцион- ный курс	Совер- шенству- емые ПК	Форма кон- троля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	48	48	12	36	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Специальные дисциплины																
2	Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых и репродуктивных органов	58	44	20	18	6	-	14	14	-	-	-	-	-	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА
3	Онкоурология	36	30	2	22	6	-	6	6	-	-	-	-	-	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА
4	Андрология	112	92	30	48	14	-	20	20	-	-	-	-	-	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА
5	Мочекаменная болезнь	108	80	32	36	12	-	28	22	-	-	-	-	6	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА

6	Эндокринная уроан- дрология	38	30	10	14	6	-	8	8	-	-	-	-	-	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА	
7	Эндоурология	82	50	16	18	16	-	32	18	-	-	-	-	14	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА	
8	Дисфункции нижних мочевых путей	40	24	9	11	4	-	16	13	-	-	-	-	3	ПК1 ПК2 ПК3 ПК4	ПА	
9	Всего часов (специ- альные дисциплины)	474	350	119	167	64	-	124	101	-	-	-	-	23			
Смежные дисциплины																	
10	Мобилизационная подготовка и гра- жданская оборона в сфере здравоохране- ния для ПК	48	48	30	18		-	0	-	-	-	-	-	-	-		
Итоговая аттестация		6															Экза- мен
Всего часов по программе		576	446	161	221	64	-	124	101					-	23	-	-

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 месяцев: шести дней в неделю по 6 академических часов в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: **Клиническая анатомия и оперативная хирургия**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия
1.1	Современные аспекты клинической анатомии и оперативной хирургии в урологии
1.2	Клинические аспекты хирургической анатомии передней брюшной стенки и нижнего этажа брюшной полости
1.3	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии поясничной области и забрюшинного пространства, почек и мочеточников
1.4	Клинические аспекты хирургической анатомии малого таза и промежности у мужчин. Оперативная хирургия
1.5	Клинические аспекты хирургической анатомии малого таза и промежности у женщин. Оперативная хирургия
1.6	Оперативная хирургия при неотложных состояниях

МОДУЛЬ 2

Название модуля: **Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых и репродуктивных органов**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
2.1	Хронический простатит- миф или реальность
2.1.1	Хронический простатит. Классификация
2.1.2	Этиология и патогенез простатита
2.1.3	Клиника
2.1.4	Диагностика
2.1.5	Лечение.
2.1.6	Дифференциальная диагностика
2.2	Острый простатит как нозологическая единица.
2.2.1	Острый простатит. Этиология. Патогенез.
2.2.2	Клиника
2.2.3	Диагностика
2.2.4	Лечение.
2.2.5	Дифференциальная диагностика
2.3	Эпидемиология орхита.
2.3.1	Острый орхит. Этиология. Патогенез.

2.3.2	Клиника
2.3.3	Диагностика
2.3.4	Лечение.
2.3.5	Дифференциальная диагностика
2.4	Виды уретритов
2.4.1	Уретрит. Этиология и патогенез
2.4.2	Клиника
2.4.3	Диагностика
2.4.4	Лечение.
2.5	Цистит как социальная проблема
2.5.1.	Острый цистит. Этиология патогенез
2.5.2	Клиника
2.5.3	Диагностика
2.5.4	Лечение.
2.6	Эпидемиология хронического цистита.
2.6.1.	Хронический рецидивирующий цистит. Этиология патогенез
2.6.2	Клиника
2.6.3	Диагностика
2.6.4	Лечение.
2.7	Пиелонефрит. Классификация.
2.7.1.	Острый пиелонефрит. Этиология патогенез
2.7.2	Клиника
2.7.3	Диагностика
2.7.4	Лечение.

МОДУЛЬ 3

Название модуля: **Онкоурология**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
3.1.	Проблемы развития онкоурологии
3.1.1.	Современное состояние онкоурологии
3.1.2.	Статистика онкоурологических заболеваний
3.1.3.	Этиология, эпидемиология и патогенез
3.1.4.	Современная классификация
3.1.5.	Методы современной диагностики
3.1.6.	Особенности опухолей у людей пожилого возраста
3.1.7.	Принципы лечения онкологических больных
3.1.8.	Этика и деонтология
3.1.9.	Экспертиза трудоспособности
3.1.10.	Диспансеризация
3.2.	Опухоли паренхимы почки
3.2.1	Статистика опухолей почек
3.2.2	Этиология и патогенез
3.2.3	Классификации (клиническая, гистологическая). Пути метастазирования
3.2.4	Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни
3.2.5	Диагностический алгоритм: а) анамнез, жалобы, объективные данные б) ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические методы, биопсия

3.2.6	Лечение: а) радикальные операции. Доступы. б) иммунотерапия. в) химиотерапия г) лучевая терапия
3.2.7	Прогноз
3.3	Уротелиальные опухоли верхних мочевых путей
3.3.1.	Статистика
3.3.2.	Этиология и эпидемиология
3.3.3.	Патогенез
3.3.4.	Классификация клиническая и морфологическая. Пути метастазирования
3.3.5.	Клинические симптомы
3.3.6.	Диагностика инструментальная
3.3.7.	Лучевая диагностика (УЗИ, МСКТ, МРТ, Рентгенография)
3.3.8.	Оперативное лечение (открытые и эндоскопические вмешательства)
3.3.9.	Иммуно- и химиотерапия. Прогноз
3.3.10.	Диспансеризация
3.4.	Опухоли забрюшинного пространства (экстраренальные)
3.4.1.	Статистика
3.4.2.	Этиология и патогенез
3.4.3.	Классификация клиническая и морфологическая
3.4.4.	Особенности патофизиологического действия опухолей коры надпочечника и его мозгового вещества
3.4.5.	Клиническая симптоматика
3.4.6.	Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей надпочечника
3.4.7.	Лечение хирургическое
3.4.8	Прогноз
3.5.	Уротелиальные опухоли нижних мочевых путей
3.5.1.	Опухоли мочевого пузыря
3.5.1.1.	Статистика
3.5.1.2.	Этиология и патогенез
3.5.1.3.	Классификация клиническая и морфологическая
3.5.1.4.	Клиническое течение
3.5.1.5.	Инструментальная и лабораторная диагностика
3.5.1.6.	МСКТ и МРТ в диагностике опухолей мочевого пузыря
3.5.1.7.	Эндоскопические (ТУР, в т.ч. повторные отсроченные), паллиативные и радикальные операции
3.5.1.8.	Химиотерапия, иммунотерапия
3.5.1.9.	Лучевая терапия
3.5.1.10.	Диспансерное наблюдение
3.5.2.	Опухоли уретры
3.5.2.1.	Статистика
3.5.2.2.	Этиология и патогенез
3.5.2.3.	Классификация доброкачественных опухолей папилломы, полипы, и др. кондиломы, фибромы
3.5.2.4.	Злокачественные опухоли: рак и саркома
3.5.2.5.	Клиника

3.5.2.6.	Диагностика
3.5.2.7.	Оперативное лечение
3.5.2.8.	Прогноз
3.6.	Опухоли предстательной железы
3.6.1.	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)
3.6.1.1.	Этиология и патогенез
3.6.1.2.	Клиническая классификация
3.6.1.3.	Клиника ДГПЖ и ее осложнений
3.6.1.4.	Диагностика
3.6.1.5.	Диагностический алгоритм ДГПЖ: анамнез и пальцевое реактивное исследование, ультразвуковое, рентгенологическое и радиоизотопное исследование
3.6.1.6.	Лечение консервативное (монотерапия и комбинированный подход)
3.6.1.7.	Эндоурологические методы лечения: ТУР, лазерные и тепловые методики
3.6.1.8.	Методы отведения мочи
3.6.1.9.	Парциальная простатэктомия: чрезузырная, позадилоная, промежностная.
3.6.1.10.	Ранние и поздние осложнения простатэктомии, их профилактика и лечение
3.6.1.11.	Прогноз
3.6.2.	Рак предстательной железы
3.6.2.1.	Этиология. Эпидемиология
3.6.2.2.	Патогенез
3.6.2.3.	Классификация клиническая
3.6.2.4.	Морфология рака
3.6.2.5.	Клиника
3.6.2.6.	Алгоритм диагностики
3.6.2.7.	Кислая и щелочная фосфатазы, ПСА и мультифокальная биопсия
3.6.2.8.	Лабораторные, рентгенологические и радиоизотопные методы диагностики
3.6.2.9.	Комплексное лечение больных раком простаты
3.6.2.10.	Радикальная простатэктомия. Показания и техника (позадилоная и промежностная). Функциональные результаты
3.6.2.11.	Паллиативные операции, ТУР, цистостомия, нефростомия
3.6.2.12.	Гормонотерапия и использование антиандрогенов. Хирургическая кастрация
3.6.2.13.	Химиотерапия
3.6.2.14.	Лучевая терапия
3.6.2.15.	Осложнения
3.6.2.16.	Прогноз
3.7.	Опухоли наружных половых органов
3.7.1.	Опухоли яичка
3.7.1.1.	Этиология, патогенез. Гистологическая классификация
3.7.1.2.	Клиническая классификация семинозных и несеминозных опухолей
3.7.1.3.	Анамнез. Объективный статус
3.7.1.4.	Лабораторная диагностика
3.7.1.5.	Рентген и ультразвуковая диагностика
3.7.1.6.	Оперативное лечение, в т.ч. забрюшинная лимфаденэктомия

3.7.1.7.	Химиотерапия, лучевая терапия. Динамическое наблюдение
3.7.1.8.	Прогноз
3.7.2.	Доброкачественные новообразования полового члена
3.7.2.1.	Папилломы и остроконечные кондиломы
3.7.2.2.	Этиология доброкачественных опухолей
3.7.2.3.	Клиника и диагностика
3.7.2.4.	Лечение оперативное
3.7.2.5.	Лечение консервативное
3.7.3.	Рак полового члена
3.7.3.1.	Этиология, патогенез
3.7.3.2.	Классификация
3.7.3.3.	Клиника
3.7.3.4.	Диагностика
3.7.3.5.	Лечение в I, II, III стадиях
3.7.3.6.	Прогноз

МОДУЛЬ 4

Название модуля: **Андрология**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
4.1.	Андрологические заболевания
4.1.1.	Современные проблемы развития андрологии
4.1.2.	Классификация андрологических заболеваний
4.1.3.	Клинические формы андрологических заболеваний
4.1.4.	Диагностика андрологических заболеваний
4.1.5.	Бесплодие у мужчин
4.1.5.1.	Этиология
4.1.5.2.	Патогенез
4.1.5.3.	Клиника
4.1.5.4.	Диагностика
4.1.5.5.	Лечение консервативное
4.1.5.6.	Лечение оперативное. Микрохирургия
4.1.5.7.	Прогноз
4.2.	Сексопатология
4.2.1.	Этиология и патогенез эректильных дисфункций
4.2.2.	Классификация
4.2.3.	Диагностика эректильных дисфункций
4.2.4.	Приапизм
4.2.5.	Болезнь Пейрони
4.2.6.	Пороки развития полового члена и уретры
4.2.7.	Корректирующая хирургия полового члена
4.2.8.	Реконструктивная хирургия
4.2.9.	Сосудистая и имплантационная хирургия
4.2.10.	Консервативная терапия эректильных дисфункций
4.2.11.	Возрастной андрогенодефицит и тестостеронзаместительная терапия

4.2.12.	Ингибиторы ФДЭ 5 типа
4.2.13.	Симптомы нижних мочевых путей и сексуальная дисфункция
4.2.14.	Лечение ЭД у пациентов после операций на органах малого таза
4.2.15.	Женская сексуальная дисфункция
4.3	Урологическая психосоматика
4.3.1.	10 мифов о психосоматике
4.3.2	Частные проблемы психосоматики
4.3.3	Соматические маски психопатологии.
4.3.4	Клинические случаи
4.3.5	Терапия психосоматических расстройств.
4.3.6.	Трудный больной.

МОДУЛЬ 5

Название модуля: **Мочекаменная болезнь**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
5.1	Этиология. Патогенез.
5.2	Диагностика.
5.2.1	Оценка жалоб, анамнестических данных.
5.2.2	Объективное обследование пациентов
5.2.3	Лабораторная диагностика
5.2.4	Лучевые методы диагностики
5.2.5	Инвазивные диагностические тесты.
5.3	Лечение
5.3.1	Консервативное лечение
5.3.1.1	Принципы химического литолиза конкрементов
5.3.1.2	Литокинетическая терапии
5.3.2	Дистанционная литотрипсия (ДЛТ)
5.3.3	Рентген-интервенционная эндоскопическая хирургия
5.1.4	Виды энергии, используемые в контактной литотрипсии
5.1.5	Дренирующие операции верхних мочевых путей
5.3.6	Лапароскопия в лечении МКБ
5.3.7	Традиционная (открытая) хирургия МКБ
5.3.8	Санаторно-курортное лечение
5.4	Метафилактика мочекаменной болезни.

МОДУЛЬ 6

Название модуля: **Эндокринная уроандрология**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
------------	--

6.1	Эндокриннологические аспекты в урологии.
6.1.1	Дефицит тестостерона. Этиология. Патогенез.
6.1.2	Клиника
6.1.3	Диагностика
6.1.4	Лечение.
6.1.5	Простатит и дефицит тестостерона
6.1.6.	Бесплодие и дефицит тестостерона
6.1.7	СНМП и дефицит тестостерона
6.1.8	Рак простаты и дефицит тестостерона
6.1.9	Показания и противопоказания к заместительной гормональной терапии препаратами тестостерона
6.1.10	Нежелательные явления заместительной гормональной терапии препаратами тестостерона

МОДУЛЬ 7

Название модуля: **Эндоурология**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
7.1	Эндоурология как метод хирургии. Виды эндоурологических операций.
7.2	Оборудование эндоурологической операционной
7.3	Техника безопасности, нормы радиационной нагрузки
7.4	Эндоурологическая хирургия верхних мочевых путей
7.4.1	Перкутанная хирургия
7.4.2	Перкутанная нефроскопия, нефролитотрипсия
7.4.3	Виды и особенности техники нефролитотрипсий: микро-, мини, стандартный перк.
7.4.4	Уретероскопия, уретероскопическая инцизия мочеточника
7.4.5	Ретроградная внутривидеоурологическая хирургия: уретеропиелокаликоскопия.
7.5	Эндоурологическая хирургия нижних мочевых путей
7.5.1	Внутренняя оптическая уретротомия
7.5.2	Уретроцистоскопия
7.5.3	Трансуретральная резекция простаты
7.5.4	Трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря
7.5.5	Трансуретральная резекция мочевого пузыря
7.6	Лапароскопическая хирургия в урологии
7.7	Лапароскопическая робот-ассистированная хирургия в урологии

МОДУЛЬ 8

Название модуля: **Дисфункции нижних мочевых путей**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
8.1	Функциональная анатомия нижних мочевых путей (НМП).

8.2	Патофизиология акта мочеиспускания
8.2.1	Нарушения мочеиспускания. Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) и их классификация.
8.2.2	СНМП. Методы оценки, диагностика
8.3	Дисфункция НМП.
8.3.1	Ненейрогенная дисфункции НМП. Этиология, клиническая картина.
8.3.2	Нейрогенная дисфункции НМП. Этиология, клиническая картина
8.4	Методы оценки дисфункции НМП
8.4.1	Анкетирование, анамнез, объективное обследование.
8.4.2	Лабораторная диагностика, методы лучевой диагностики.
8.4.3	Комплексная уродинамическая диагностика (КУДИ).
8.4.3.1	Понятие о методе. Подготовка пациента к исследованию
8.4.3.2	Методология КУДИ. Составляющие КУДИ.
8.4.3.3	Урофлоуметрия
8.4.3.4	Цистометрия наполнения
8.4.3.5	Цистометрия выделительная, тест «Давление – поток»
8.4.3.6	Профилометрия уретры активная и пассивная
8.4.3.7	Электромиография в составе КУДИ
8.4.3.8	Видеоуродинамическое исследование
8.4.3.9	Интерпретация результатов КУДИ
8.5	Недержание мочи: виды, лечение.
8.5.1	Недержание мочи при напряжении передней брюшной стенки (стресс-инконтиненция).
8.5.2	Лечение стресс-инконтиненции
8.5.3	Императивное недержание мочи
8.5.4	Лечение императивного недержания мочи
8.6	Ведение пациентов с нейродисфункций НМП
8.6.1	Консервативная терапия
8.6.1.1	Поведенческая терапия, механизмы биологической обратной связи
8.6.1.2	М-холинолитики, Бета3-адреномиметики, ингибиторы ФДЭ 5-го типа
8.6.2	Хирургическое лечение
8.6.2.1	Инъекционная терапия: внутримочевыводящих путей, подслизистое введение препарата ботулинического токсина типа А
8.6.2.2	Нейромодуляция и нейростимуляция.
8.6.2.3	Нейромодуляция: принцип метода, его особенности. Показания к применению, техника выполнения.
8.6.2.4	Нейростимуляция: принцип метода, его особенности. Показания к применению, техника выполнения..
8.6.2.5	Аугментация мочевого пузыря

8.6.2.6	Цистэктомия с формированием резервуаров / кондуитов
8.7	Инфекция мочевой системы у пациентов с нейродисфункцией НМП.
8.7.1	Особенности клинического течения
8.7.2	Принципы терапии

Обучающий симуляционный курс

Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование	Расходные материалы	Задачи симуляции
Ретроградное дренирование верхних мочевых путей	В/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями ми и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности.	1. Монитор для отображения эндоскопической картины симуляции 2. Монитор с элементами управления процедурой 3. Рабочий элемент (цистоскоп в сборе): камера с колесом фокусировки; присоединенная к цистоскопу, 4. выходная и входная трубка с клапанами, имитирующими подачу и отвод ирригационной жидкости 5. Корпус симулятора с имитацией наружного отверстия уретры 6. Видеозапись выполнения задания 7. Секундомер для измерения длительности выполнения задания: старт – по введению инструментов, финиш – по извлечению инструментов	Нестерильные перчатки разных размеров Медицинская шапочка Медицинская маска Местный анестетик для уретры – гель на водном растворе с лидокаином (имитация) Антисептик (имитация) корнцанг. Марлевые салфетки Почкообразный лоток Набор для ретроградного стентирования/дренирования верхних мочевых путей (мочеточниковый катетер-стент)	Демонстрация аккредитуемым лицом умения выполнять ретроградное дренирование верхних мочевых путей.
Чрескожная пункция чашечно-лоханочной системы почки под ультразвуковым контролем	В/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями ми и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и	1. Имитация давления, оказываемого кожей поясничной области во время пункции. 2. Имитация поясничной области и ультразвуковой картины почки человека с интегрированной ЧЛС, заполненной жидкостью и возможностью ее	Медицинская шапочка Медицинская маска Перчатки нестерильные разных размеров Пункционная игла 17,5-18Gage	Демонстрация аккредитуемым лицом умения проводить пункцию

	<p>мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности .</p>	<p>получения по игле при правильной пункции. 3. Имитация эхопроводимости тканей при УЗИ, полностью соответствующее реальной. 4. Возможность определить место пункции и понять, на какую среднюю глубину следует ввести пункционную иглу, чтобы пунктировать ЧЛС для дальнейшего проведения струны и установки нефростомы. Наличие УЗ-аппарата для контроля пункции ЧЛС.</p>	<p>Антисептик для обработки кожи пациента (допустима имитация) . Стерильные марлевые салфетки разных размеров Лейкопластырь. Раствор тримекаина 5% 2 мл или новокаина 0,5% 10 мл в ампулах (имитация) Шприц 20 мл с иглами Раствор хлорида натрия 0,9% или вода для инъекций стерильная в ампулах по 10 мл Шовный материал: полифиламентный синтетический (например, викрил или полисорб) 2/0, длиной 75 см на атравматической колющей игле 22-26 мм, ½ окружности Гель для УЗИ</p>	<p>чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки под контролем ультразвукового исследования (УЗИ)</p>
--	---	---	---	--

**Рабочая программа учебного модуля «Смежные дисциплины»
Модуль 9
Мобилизационная подготовка и гражданская оборона
в сфере здравоохранения**

Код	Наименования тем, элементов
9.1	Обороноспособность и национальная безопасность Российской Федерации
9.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
9.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны

9.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
9.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
9.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
9.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно–эвакуационного обеспечения войск
9.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
9.4.	Государственный материальный резерв
9.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
9.5.	Избранные вопросы медицины катастроф
9.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф (СМК)

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – зачёт. Зачет проводится посредством тестового контроля - письменно.
- в виде итоговой аттестации (ИА).
- 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 решения одной ситуационной задачи письменно.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдается *диплом о присвоении квалификации*.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала 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.	Урология: учебник/ М.И.Коган - М.: Практическая медицина, 2022. – 336 с.: ил. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2.	Коган М.И. Рак мочевого пузыря (классика и новации). – Москва: Изд-во Мед-конгресс, 2019. – 288 с.
3.	Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чисова, М.И. Давыдова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 576 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
4.	Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы. Учебное пособие / Коган М.И., Медведев В.Л., Безруков Е.А. Перепечай В.А., Лаптева Т.О., Чибичян М.Б. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 120 с.
5.	Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. — М. : ГЭОТАР- Медиа, 2016. — 496 с.
	Дополнительная литература
1.	Эректильная дисфункция (текущее мнение). / Монография. – под ред. Когана

	М.И., М - 2016. – 159с.
2.	Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., и др. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (10-й выпуск). Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. //Сахарный диабет. – 2023. –№1S – С. 1-148.
3.	Хирургические и урологические стенты: от эксперимента к клинике: монография / Куликовский В.Ф., Коган М.И., Шкодкин С.В. и др.; Министерство образования и науки РФ, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Белгородский государственный национальный исследовательский университет". - Белгород: БелГУ: Белгород, 2016. - 318 с. (и др., всего 23 чел.)
4.	Коган М.И., Ибишев Х.С., Белоусов И.И., Набока Ю.Л.Простатит и заболевания –иммитаторы. Клинические разборы.-Монография. Медконгресс, 2019.–298с.-ЭР.
5.	Преждевременная эякуляция. Учебно-методическое пособие. / Ибишев Х.С., Гусев А.А., Чибичян М.Б.– под ред. Когана М.И. – Ростов на Дону, Изд-во РостГМУ, 2016. – 84 с.
6.	Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. Синдром хронической тазовой боли / Вестник урологии – 2018 г. - №4 – С27-35.
7.	Ростовская шкала интегральной оценки фенотипа мужской сексуальности. Клиническая психометрика: учебное пособие / под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. — 2-е изд, доп. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. — 339 с. Солдаткин В. А., Коган М.И., Киреев А.Ю., Булейко А.А., Вычужина Я. В., Загоруйко Е. Н. и др.
8.	Женская сексология и сексопатология / Коган М.И., Ворник Б.М., Калинин С.Ю., Кришталь Е.В., Ромащенко О.В. Руководство для врачей.2-е издание, переработанное и дополненное. - Москва. - 2017. – 432с.
9.	Тестостерон. От сексуальности к метаболическому контролю /Коган М.И., Воробьев С.В., Хрипун И.А., Белоусов И.И., Ибишев Х.С. Монография.-Ростов-на-Дону. - 2017. – 239с.
10.	Урология. Комментарии к клиническим рекомендациям. / Пушкарь Д.Ю., Алексеев Б.Я., Глыбочко П.В. и др. 2020. - 498с.
11.	Абузарова Г.Р. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных [Электронный ресурс] / Г. Р. Абузарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». - ЭР
12.	Клинические рекомендации. Колопроктология [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Шельгина. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача». – ЭР
13.	Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия. Ч.1: учебное пособие: В 2-х частях / сост.: В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников, Ю.В. Хоронько [и др.]; науч. ред. В.К. Татьянченко. – Ростов н/Д: РостГМУ, 2015. - 359с. : ил. - 2 экз.
14.	Маммология [Электронный ресурс] / под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 469с. - доступ из ЭБС «Консультант врача».- ЭР
15.	Касян Г. Р., Ходырева Л. А., Дударева А. А. и др. Комбинированное лечение симптомов нижних мочевых путей у мужчин. Медицинский совет 2016;5:84–90.
16.	Мартов А. Г., Ергаков Д. В. Патогенетическая терапия доброкачественного объемного увеличения предстательной железы на фоне гиперплазии ее переходной зоны. Эффективная фармакотерапия 2017;34:38–46.
17.	Раснер П. И., Газимиев М. А., Гаджиева З. К. и др. Расстройства мочеиспускания у мужчин: методические рекомендации № 6. М.: ООО «ИД «АБВ-пресс», 2017. 35 с

18.	Пушкарь Д. Ю., Раснер П. И., Котенко Д. В. и др. Особенности симптомов нижних мочевыводящих путей у мужчин Московского региона. Результаты эпидемиологического исследования. Урология 2018;3:20–8.
19.	Ибишев Х.С. Хронический рецидивирующий цистит. Патогенез. Диагностика. Лечение. Учеб. пособие /Х.С.Ибишев, А.В.Ильяш/ - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018 – 90 с.
20.	Патоморфология и клиническая анатомия: учебник / В.К. Татьянченко, Ю.В. Сухая, С.С.Тодоров [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФППО, каф. оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии, патологической анатомии. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2022. – 377 с. ISBN 978-5-7453-0553-5
21.	Аспекты клинической анатомии и оперативной хирургии заболеваний средостения и пищевода с патоморфологическими параллелями : учебное пособие / В. К. Татьянченко, М. Ф. Черкасов, Ю. В. Сухая [и др.] ; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФППО, каф. оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии, патологической анатомии, хир. бол. №4. – Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2023. – 213 с. ISBN 978-5-7453-0547-5
22.	Островерхов Г.Е.: учебник - доступ из ЭБС «Консультант врача» / Г.Е Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий.- Оперативная хирургия и топографическая анатомия.- Москва, АОЗТ «Литера», 2011, – С. 720.- ЭР
23.	Функциональные (эндоскопия) и морфологические параллели с основой клинической анатомии и оперативной хирургии при патологии толстой кишки : учеб. пособие / В.К. Татьянченко, А.А. Яковлев, Ю.В. Сухая [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФППО, каф. оператив. хирургии, клинич. анатомии и патологич. анатомии, каф. пат.анатомии, каф. гастроэнтерологии и эндоскопии – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2022. – 180 с. ISBN 978-5-7453-0568-9
24.	Основы клинической анатомии и оперативной хирургии в акушерско-гинекологической практике: учеб. Пособие / В.К.Татьянченко, А.Ф.Михельсон, Е.Ю. Лебеденко [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, каф. оператив. хирургии, клинич. анатомии и патологич. анатомии, каф. акушерства и гинекологии № 3. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 429 с. ISBN 978-5-7453-0534-4
25.	Татьянченко В.К. Клиническая анатомия, топографическая анатомия и оперативная хирургия: учеб.пособие в 2-х частях. – Изд-во Ростов, РостГМУ, 2015-С. 734

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

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5

1.	<i>Коган Михаил Иосифович</i>	д.м.н., профессор	Зав. кафедрой	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	<i>Белюсов Игорь Иванович</i>	д.м.н., доцент	Профессор	Кафедра название кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	<i>Чибичян Михаил Бедросович</i>	д.м.н., доцент	профессор	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4.	<i>Ибишев Халид Сулейманович</i>	д.м.н., профессор	Профессор	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий

к дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки врачей по специальности «Урология» со сроком освоения 576 академических часов

Модуль 2.

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	E-mail	ibisheb22@mail.ru
7	Моб. телефон	+79287777714
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов
15	Тема	1.1.1;
16	Количество вопросов	100
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 2

1	1	1			
2	1	1	В секрете предстательной железы в норме содержатся:		
	*		лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты;		
			макрофаги;		
			Амилоидные тельца;		
			эпителиальные		
			гигантские клетки		
2	1	2			
1			При бактериальном простатите в		

			большинстве случаев лейкоциты представлены:		
	*		нейтрофилами		
			лимфоцитами		
			моноцитами		
			эпителиальными клетками		
			плазмócитами		
2	1	3			
1			При абактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
			нейтрофилами		
	*		лимфоцитами		
			моноцитами		
			эпителиальными клетками		
			макрофагами		
2	1	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;		
2	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		
2	1	6			
1			При обструктивном простатите леци-		

			тиновые зерна в простате регистрируют:		
			в большом количестве		
			в незначительном количестве		
			отсутствуют		
	*		в сочетании с макрофагами		
			в сочетании с амилоидными тельцами		
2	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		
2	1	8			
1			При хроническом простатите препаратами выбора являются:		
			аминогликозиды		
			цефалоспорины		
			карбопенемы		
			нефторированные хинолоны		
	*		фторированные хинолоны		
2	1	9			
1			При остром простатите препаратами выбора являются:		
			тетрациклины		
	*		цефалоспорины		
			карбопенемы		
	*		фторированные хинолоны		
			нитрофураны		
2	1	10			
1			При остром цистите у мужчин препаратами выбора являются:		
		*	фосфомицина трометамол		
			левофлоксацин		
			нитроксолин		
			цефиксим		
			офлоксацин		
2	5	11			
1			Какой должна быть длительность антибактериальной ХБП		
		*	однократная доза (в 1-й день)		
			короткий курс (2–7 дней)		
			длительный курс (8–14 дней)		
			непрерывная постоянная терапия		
			не требуется		
2	5	12			
1			При бессимптомная бактериурия у женщин постменопаузального воз-		

			раста рекомендуется антибактериальная терапия:		
			однократная доза (в 1-й день)		
			короткий курс (2–7 дней)		
			длительный курс (8–14 дней)		
			непрерывная терапия, до нормализации анализов мочи		
		*	не требуется		
2	5	13			
1			При бессимптомной бактериурии пожилым женщинам, находящимся в домах престарелых, рекомендуется антибактериальная терапия:		
			однократная доза (в 1-й день)		
			короткий курс (2–7 дней)		
			длительный курс (8–14 дней)		
			непрерывная терапия, до нормализации анализов мочи		
		*	не требуется		
2	5	14			
1			Лечение бессимптомной бактериурии показано:		
			женщины постменопаузального возраста		
			пожилые женщины, находящиеся в домах престарелых		
			пациентам перед ортопедическими операциями		
			пациенты после трансплантации почки;		
		*	беременным женщинам		
2	5	15	При выборе антибактериальной терапии следует руководствоваться следующими принципами:		
1			спектр и чувствительность уропатогенов, вызывающих ИМВП		
			эффективность в клинических исследованиях при специальных показаниях		
			переносимость и побочные эффекты		
			нежелательные экологические эффекты		
		*	все ответы верны		
2	5	16			
1			Для лечения цистита при беременности рекомендуется:		
		*	однократная доза (в 1-й день)		

			короткий курс (2–7 дней)		
			длительный курс (8–14 дней)		
			непрерывная терапия (до родов)		
			не требуется		
2	5	17			
1			При лечении цистита у мужчин длительность антибактериальной терапии:		
		*	однократная доза (в 1-й день) не менее 7 дней		
			длительный курс (14 дней)		
			непрерывная терапия, до нормализации анализов мочи		
			не требуется		
2	5	18			
1			Препараты выбора при лечении цистита у мужчин:		
		*	фторхинолоны		
			цефалоспорины		
			карбопенемы		
			тетрациклины		
			нитрофураны		
2	7	19			
1			У больных с почечной недостаточностью выбор препаратов зависит от:		
		*	выраженности снижения функции почек		
			характера сопутствующей патологии		
			характера инфекционного агента		
			причины почечной недостаточности		
			все ответы верны		
2	7	20			
1			У больных с почечной недостаточностью при уровне СКФ >20 мл/мин можно не проводить коррекцию дозы, кроме препаратов:		
		*	аминогликозидов		
			фторхинолонов		
			цефлоспоринов		
			пенициллинов		
			карбопенемов		
2	7	21			
1			Комбинация петлевых диуретиков (фуросемид) и _____ является нефротоксичной		
			аминогликозидов		
			фторхинолонов		
		*	цефлоспоринов		
			пенициллинов		
			карбопенемов		

2	7	22			
1			При СКФ менее 30 мл/мин/1,73м2 противопоказан		
			цефиксим		
			левофлоксацин		
		*	нитрофурантоин		
			фосфомицин трометамол		
			цефтриаксон		
2	6	23			
1			Возрастные факторы риска рецидивирующих ИМВП у молодых женщин		
			половой акт		
			использование спермицидов		
			новый половой партнер		
			анамнез ИМВП у матери		
		*	все ответы верны		
2	6	24			
1			Возрастные факторы риска рецидивирующих ИМВП у женщин постменопаузального возраста		
			недержание мочи		
			атрофический вагинит		
			цистоцеле		
			увеличение объема остаточной мочи		
		*	все ответы верны		
2	6	25			
1			Возрастные факторы риска рецидивирующих ИМВП у молодых женщин		
			анамнез ИМВП в детском возрасте		
			группа крови		
			первичный иммунодефицит		
			дистопия меатуса		
		*	все ответы верны		
2	6	26			
1			Неантибактериальная профилактика при рецидивирующих ИМВП у женщин является:		
			фитотерапия		
			клюквенный сок		
			Д - манноза		
			иммуноактивные препараты		
		*	все ответы верны		
2	6	27			
1			Для иммунопрофилактики рецидивирующих ИМВП у женщин рекомендуется:		
		*	Уро-Ваксома		
			Циклоферонк		
			Неовир		
			Лавамакс		
			все ответы верны		

2	6	28			
1			Для профилактики рецидивирующих ИМВП у женщин постменопаузального возраста рекомендуются:		
		*	вагинальные эстрогены		
			системные эстрогены		
			вагинальные иммунопрепараты		
			системные иммунопрепараты		
			все ответы верны		
2	7	29			
1			К симптомам, позволяющим заподозрить острый пиелонефрит, относят:		
			озноб		
			боль в поясничной области		
			тошнота и рвота		
			фебрильная температура (>38 °С)		
		*	все ответы верны		
2	7	30			
1			К симптомам, позволяющим заподозрить острый пиелонефрит, относят:		
			озноб		
			боль в поясничной области		
			тошнота и рвота		
			фебрильная температура (>38 °С)		
		*	все ответы верны		
2	7	31			
1			Всем пациентам с острым пиелонефритом в дополнение к общему анализу мочи необходимо выполнять:		
			анализ мочи по Нечипоренко		
			цитологический анализ мочи		
			проба Зимницкого		
		*	посев мочи на стерильность с определением чувствительности к антибиотикам		
			все ответы верны		
2	7	32			
1			Первой линией терапии неосложненного пиелонефрита у пациентов, которым не требуется госпитализация, является короткий курс:		
			цефалоспорины		
			нитрофураны		
			аминогликозиды		
		*	фторхинолонов		
			пенициллины		
			все ответы верны		
2	7	33			
1			Пациентам с неосложненным пиелонефритом, которым требуется госпитализация, показана:		

			терапия кортикостероидами		
			фитотерапия		
			пероральная антибактериальная терапия		
		*	внутривенная антибактериальная терапия		
			системная иммунотерапия		
			все ответы верны		
2	7	34			
1			Не показаны для лечения неосложненного пиелонефрита:		
		*	нитрофурантоин		
			левофлоксацин		
			цефиксим		
			цефтриаксон		
			все ответы верны		
			все ответы верны		
2	7	35			
1			Не показаны для лечения неосложненного пиелонефрита:		
		*	Фосфомицин трометамол		
			левофлоксацин		
			цефиксим		
			цефтриаксон		
			все ответы верны		
2	7	36			
1			Не показаны для лечения неосложненного пиелонефрита:		
		*	пивмециллинам		
			левофлоксацин		
			цефиксим		
			цефтриаксон		
			все ответы верны		
2	7	37			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	ципрофлоксацин		
			цефепим		
			пиперациллин/тазобактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			гентамицин		
2	7	38			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефотаксим		
			цефепим		
			пиперациллин/тазобактам		

			цефтолозан/тазобактам		
			гентамицин		
2	7	39			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефотаксим		
			цефепим		
			пиперациллин/тазобактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			гентамицин		
2	7	40			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефтриаксон		
			амикацин		
			гентамицин		
			цефтолозан/тазобактам		
			цефепим		
2	7	41			
1			Вторая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефепим		
			имипенем/циластатин		
			цефтолозан/тазобактам		
			цефтазидим/авибактам		
			цефидерокол		
2	7	42			
1			Вторая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефтолозан/тазобактам		
		*	цефтазидим/авибактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			цефтазидим/авибактам		
			цефидерокол		
2	7	43			
1			Альтернативная терапия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
			имипенем/циластатин		
			меропенем		
			меропенем-ваборбактам		
			плазомицин		

		*	все ответы верны		
2	7	44			
1			Альтернативная терапия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	имипенем/циластатин		
			ииперациллин/газобактам		
			цефепим		
			цефтриаксон		
			амикацин		
2	4	45			
1			Неспецифический уретрит может быть вызван:		
			<i>C. trachomatis</i>		
			<i>Mycoplasma genitalium</i>		
			<i>Ureaplasma urealyticum</i>		
			<i>T. vaginalis.</i>		
		*	все ответы верны		
2	4	46			
1			Частота выявления <i>C. trachomatis</i> при уретрите:		
		*	11–50%		
			6–50%		
			5–26%		
			1–20%		
			2–4%		
2	4	47			
1			Частота выявления <i>Mycoplasma genitalium</i> при уретрите:		
			11–50%		
		*	6–50%		
			5–26%		
			1–20%		
			2–4%		
2	5	48			
1			При нормально протекающей беременности в сыворотке крови повышается:		
	*		прогестерон		
			щелочная фосфатаза		
			лейкоцитарная эстераза		
			общий белок		
			креатинин.		
2	7	49			
1			При необструктивном бактериальном пиелонефрите в сыворотке крови будет повышаться: лейкоциты представлены:		
			прогестерон		
	*		тестостерон		

			лейкоцитарная эстераза		
			общий белок		
			креатинин.		
2	7	50			
			Факторам риска развития острого пиелонефрита у беременных является:		
			хронический гастрит		
	*		сахарный диабет		
			хронический колит		
			гипоплазия почки		
			хронический дуаденит		
2	7	51			
			Пиелонефрит чаще возникает в:		
			I триместре		
			I, II триместре		
	*		II, III триместре		
			I, III триместре		
			III триместре		
2	7	52			
			«Ступенчатая» схема лечения осложненной инфекции мочевыводящих путей у беременных это — это:		
			смена антибактериальной терапии с интервалом в 72 часа		
			использование комбинированной терапии схемы антибактериальной терапии при неэффективности монотерапии в первые 72 часа		
	*		наращивание антибактериального препарата с целью достижения клинического эффекта		
			парентеральное введения препарата с последующим переводом при улучшении состояния на пероральной прием тех же препаратов		
2	7	53			
1			К аминогликозидам не относится:		
			неомицин;		
			нетилмицин;		
			спирамицин;		
	*		эритромицин;		
			Амикацин		
2	7	54			
1			Острый пиелонефрит развивается при первой беременности чаще всего:		
			в 1-2-й месяц беременности;		
			на 2-3-й месяц беременности;		

	*		на 4-5-й месяц беременности;		
			на 6-7-й месяц беременности;		
			на 8-9-й месяц беременности.		
2	7	55			
1			Какой из антибактериальных препаратов, относится к группе антибиотиков, рекомендуемых при беременности, относится к категории - C - caution (с осторожностью):		
	*		гентамицин		
			цефиксим		
			фосфамицин		
			цефтриаксон		
			цефеперазон		
2	7	56			
1			Какой из антибактериальных препаратов, относится к группе антибиотиков, рекомендуемых при беременности, относится к категории - D – dangerous (опасные):		
	*		канамицин		
			цефеперазон		
			джозамицин		
			цефиксим		
			пенициллин		
2	7	57			
1			Какой из антибактериальных препаратов, относится к группе антибиотиков, рекомендуемых при беременности, относится к категории - B - best (лучшие):		
	*		фосфамицин		
			гентамицин		
			амикацин		
			офлоксацин		
			левофлоксацин		
2	7	58			
2			Какой из антибактериальных препаратов, относится к группе антибиотиков, рекомендуемых при беременности, относится к категории - X - (запрещенные):		
	*		ломефлоксацин		
	*		доксациклин		
			джозамицин		
			цефиксим		
			цефтриаксон		
2	7	59			
1			Какие цефалоспорины не рекомендованы в первый триместр беременности:		

	*		цефалексин		
	*		цефтриаксом		
			цефазолин		
			цефаперазон		
			цефиксим		
2	7	60			
1			Какая группа антибиотиков рекомендована в II триместр беременности:		
			цефтриаксон		
			цефаперазон		
	*		цефаклор		
	*		цефуроксим		
			цефиксим		
2	7	61			
1			Какие цефалоспорины не рекомендованы в первый триместр беременности:		
	*		цефалексин		
	*		цефтриаксом		
			цефазолин		
			цефаперазон		
			цефиксим		
2	7	62			
1			Какая группа антибиотиков не рекомендована к применению у беременных:		
	*		фторхинолоны		
			пенициллины		
	*		сульфаниламиды		
			цефалоспорины		
2	7	63			
1			Метронидазол при применении в III триместре беременности может вызвать:		
	*		преждевременные роды;		
	*		кровотечения;		
			тератогенное действие;		
			мутагенное действие;		
2	7	64			
1			Наиболее частый возбудитель неосложненной инфекции верхних мочевых путей у беременных:		
			Bacillus sp.;		
			Enterococcus faecalis;		
			Mobiluncus;		
	*		Escherichia coli;		
			Staphylococcus epidermidis		
2	7	65			
1			Цефалоспорины IV поколения являются:		

			цефаклор		
	*		цефиксим		
			цефипим		
			цефотаксим		
			цефоперазон		
2	7	66			
1			Выбор метода дренирования мочевых путей во время беременности при остром обструктивном пиелонефрите зависит от:		
	*		причин нарушения уродинамики;		
	*		сроков беременности;		
			возраста пациентки;		
			сопутствующей патологии;		
			гормонального статуса		
2	7	67			
1			Бактериофаги у беременных:		
			нельзя применять;		
			применяются, но с осторожностью;		
			применять по жизненным показаниям;		
	*		рекомендованы;		
			применяются, но с обязательной комбинацией с антибиотиками.		
2	7	68			
1			Антибиотики, рекомендуемые для лечения инфекции нижних отделов МВП у беременных (FDA):		
	*		аминопенициллины;		
	*		цефалоспорины I-II-III поколения;		
	*		фосфомицин трометамол;		
			нитрофураны;		
			пенициллины		
2	5	69			
1			Препарат выбора при неосложненной инфекции нижних мочевых путей у беременных относится:		
	*		фосфомицин трометамол		
			левофлоксацин		
			нитрофурантоин		
			пенициллин		
			амоксипенициллин		
2	6	70			
			Препарат выбора при рецидивирующем цистите у беременных относится:		
			цефаклор		
	*		цефиксим		
			цефипим		
			цефотаксим		
			цефоперазон		

			Препарат выбора при рецидивирующем цистите у беременных относится:		
2	6	71			
1			Эмбриотоксическим действием обладают -		
	*		тетрациклины;		
			цефалоспорины;		
			пенициллины;		
			фосфомицин трометамол;		
	*		кабопенемы.		
2	6	72			
1			Беременная с РИНМП, стадия обострения, при культуральном исследовании мочи: Escherichia coli $\geq 10^5$ КОЕ/мл с множественной резистентностью к антибактериальным препаратам, чувствительность секста – бактериофагу, варианты лечения.		
	*		фосфомицин трометамол;		
	*		секста – бактериофагу		
	*		канефрон		
			нитрофурантоин		
			Уро – ваксом		
2	6	73			
1			Какой иммуноактивный препарат можно рекомендовать у беременных с циститом с 14 недели беременности:		
	*		виферон;		
			лавомакс;		
			циклоферон;		
			полиоксидоний;		
			панавир		
2	6	74			
1			Наиболее частый возбудитель неосложненной инфекции нижних мочевых путей у беременных:		
	*		Escherichia coli		
			Enterococcus faecalis;		
			Staphylococcus aureus		
			Staphylococcus lentus		
			Staphylococcus epidermidis		
2	6	75			
1			При РИНМП у беременных нужно выполнить:		
			бактериологическое исследование мочи		
			анализ мочи Нечипоренко		
			анализ мочи по Зимницкому		
			анализ мочи на атипичные клетки		
			общий анализ мочи		

2	6	76			
1			Фосфомицин трометамол обладает фармакокинетическим действием:		
			бактериостатическим		
	*		бактрериоцидным		
			эмбриотоксическим		
			мутагенным		
			тератогенным		
2	1	77			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами первой линии являются:		
			цефалоспорины		
	*		фторхинолоны		
			аминогликозиды		
			карбопенемы		
			нитрофураны		
2	1	78			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами первой линии являются:		
			цефалоспорины		
	*		фторхинолоны		
			аминогликозиды		
			карбопенемы		
			нитрофураны		
2	1	79			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами первой линии являются:		
			цефалоспорины		
	*		фторхинолоны		
			аминогликозиды		
			карбопенемы		
			нитрофураны		
2	1	80			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами длительность антибактериальной терапия:		
			7 дней		
			14 дней		
			21 день		
	*		28 дней		
2	1	81			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами длительность антибактериальной терапия:		
			7 дней		
			14 дней		
			21 день		

	*		28 дней		
			2 мес.		
2	1	82			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами длительность антибактериальной терапия:		
			7 дней		
			14 дней		
			21 день		
	*		28 дней		
			2 мес.		
2	1	83			
1			Ведущим возбудителем острого бактериального простатита является:		
		*	Escherichia coli		
			Enterococcus faecalis		
			Staphylococcus aureus		
			Staphylococcus lentus		
			Staphylococcus epidermidis		
2	1	84			
1			Возбудителями хронического бактериального простатита является:		
			Escherichia coli		
			Enterococcus faecalis		
			Staphylococcus aureus		
			Staphylococcus lentus		
		*	Все перечисленное		
2	1	85			
1			У пациентов с иммунодефицитом или ВИЧ-инфекцией простатит может вызываться:		
			Mycobacterium tuberculosis		
			Candida spp		
			Coccidioides immitis		
			Blastomyces dermatitidis		
		*	Все перечисленное		
2	1	86			
1			У пациентов с иммунодефицитом или ВИЧ-инфекцией простатит может вызываться:		
			Mycobacterium tuberculosis		
			Candida spp		
			Coccidioides immitis		
			Blastomyces dermatitidis		
		*	Все перечисленное		
2	1	87			
1			Ведущими опросником для диагностики хронического простатита является:		
			МИЭФ		
			IPSS		

			опросник Гамильтона		
		*	CPSI		
			Шкала ВАШ		
2	1	88			
1			Массаж ПЖ при остром простатите может привести к :		
		*	уросепсису		
			хроническому простатиту		
			эректильной дисфункции		
			гиперплазии простаты		
			цистит		
2	1	89			
1			Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ позволяет выявлять:		
			абсцессы		
			кальцинаты		
			фиброз		
			кисты		
		*	Все перечисленное		
2	1	90			
1			У пациентов с острым бактериальным простатитом повышен уровень простатического специфического антигена:		
			5%		
			10%		
			20%		
			40%		
		*	60%		
2	1	91			
1			У пациентов с хроническим бактериальным простатитом повышен уровень простатического специфического антигена:		
			5%		
			10%		
		*	20%		
			40%		
			60%		
2	1	92			
1			У пациентов простатитом после проведения антибактериальной терапии уровень простатического специфического антигена снижается в:		
			5%		
			10%		
			20%		
		*	40%		
			60%		
2	1	93			

2			ТРУЗИ рекомендуется для:		
			диагностики острого простатита		
			диагностики хронического простатита		
			диагностики острого и хронического простатита		
		*	узловых образований		
		*	абсцесса		
2	1	94			
1			Чувствительность посева эякулята составляет около:		
			5%		
			10%		
			15%		
			30%		
		*	50%		
2	1	95			
1			При симптомах ОБП для диагностики и планирования лечения рекомендуется выполнять анализ:		
		*	средней порции мочи тест-полоской на нитриты и лейкоциты:		
			Нечипоренко		
			проба Зимняцкого		
			трехстаканная проба		
			проба Meares и Stamey		
2	2	96			
1			Для диагностики ХБП рекомендуется на рутинной основе выполнять только посев:		
		*	секрета простаты		
			мочу		
			эякулят		
			мочу и секрет простаты		
			эякулят и секрет простаты		
2	1	97			
2			При выявлении в качестве этиологического фактора ХБП внутриклеточных патогенов следует назначить препараты группы:		
		*	макролиды		
		*	тетрациклинов		
			цефалоспорины		
			амигликозиды		
			нитрофураны		
2	1	98			
2			При ХБП, вызванном T. vaginalis, показан:		
		*	метронидазол		
		*	орнидазол		

			левофлоксацин		
			цефиксим		
			нитроксалин		
2	2	99			
2			Основные патогены при остром простатите:		
		*	Escherichia coli		
		*	C. trachomatis		
			Staphylococcus aureus		
			Staphylococcus lentus		
			Mycobacterium tuberculosis		
2	1	100			
1			У мужчин, которые совершают анальные половые контакты, или при патологии мочевыводящих путей повышен риск развития простатита, эпидидимита, вызванного:		
		*	Enterobacteriaceae		
			C. trachomatis		
			Mycobacterium tuberculosis		
			Candida spp		
			Coccidioides immitis		

Модуль 3

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).	
2	Факультет	Факультет 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	Белоусов Игорь Иванович	
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru	
7	Моб. Телефон	+79289043090	
8	Кабинет №	5	
9	Учебная дисциплина	Урология	
0	1	Учебный предмет	Урология
1	1	Учебный год составления	2023
2	1	Специальность	Урология
3	1	Форма обучения	Очная
4	1	Модуль	Онкоурология
5	1	Тема	3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7.

6	1	Подтема	
7	1	Количество вопросов	50
8	1	Тип вопроса	Single and multiple
9	1	Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 3

3	1	1			
3			Выберите современные методы диагностики онкологических заболеваний		
		*	Лабораторные		
			Инструментальные		
		*	Лучевые		
			Радионуклидные		
		*	Морфологические		
3	2	2			
1			К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится		
			фиброма;		
			ангиомиолипома		
			аденома		
			лейомиома		
		*	все перечисленные		
3	2	3			
1			Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения		
			аденома почки		
			гипернефрома		
			гипернефроидный рак		
		*	почечно-клеточный рак		
			мелкоклеточный рак		
3	2	4			
1			У больных раком почки наибольшая 5-летняя выживаемость после нефрэктомии наблюдается, если первым клиническим проявлением опухоли было		
			температура		
			гематурия		
			пальпируемая опухоль		
			нефункционирующая почка		
		*	случайное выявление при лучевой диагностике		
3	2	5			
1			Опухоли почечной паренхимы встречаются		
			у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин;		
		*	у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин		
			у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин		
			у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин;		

			частота заболевания одинакова		
3	2	6			
1			Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация		
			С.П.Федорова (1923);		
			Н.А Лопаткина и сотр. (1972);		
		*	TNM объединённого американского комитета по раку (2017);		
			Робсона (1969);		
			Флокса и Кадецкого (1959).		
3	2	7			
1			Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается		
			порокам развития почек и мочевых путей;		
		*	хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме;		
			гормональному дисбалансу;		
			травме почки;		
			гломерулонефриту		
3	2	8			
1			При раке почки чаще поражается		
			верхний сегмент		
			нижний сегмент		
			центральный сегмент		
		*	все сегменты одинаково часто;		
			частота не установлена		
3	2	9			
1			При раке почки метастазы чаще всего наблюдаются		
			в печени		
		*	в легких		
			в контралатеральной почке		
			в головном мозге		
			в надпочечнике		
3	1	10			
1			Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются		
			в средостении		
			в подвздошных лимфоузлах		
			в шейных лимфоузлах		
		*	в парааортальных и паракавальных лимфоузлах		
			в надключичных лимфоузлах		
3	1	11			
1			Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям заболевания отражает:		
			тяжесть состояния больных		
			морфологическую классификацию опухоли		
	*		лечебно-диагностическую тактику		
			общее состояние больных		
			распространенность процесса		
3	1	12			
1			Заболеваемость населения России ЗНО в 2020 году с		

			составляет:		
	*		556 036 случаев		
			335 675 случаев		
			876 777 случаев		
			123 654 случая		
			Нет правильного ответа		
3	2	13			
1			На каких радиологических анатомических характеристиках основана нефрометрическая шкала RENAL?		
			Максимальный диаметр опухоли		
			Экзофитный или эндофитный рост опухоли		
			Близость расположения опухоли к собирательной системе почки или ее синусу		
			Расположение опухоли по передней, задней или не по передней или задней поверхности почки		
			Расположение опухоли по отношению к полюсной линии		
	*		Все ответы верны		
3	2	14			
1			Из каких оцениваемых параметров состоит шкала RADUA?		
			Полюсная локализация		
			Экзофитный или эндофитный характер роста опухоли		
			Отношение к краю почки		
			Поражение почечного синуса		
			Вовлечение собирательной системы		
			Максимальный размер опухоли		
	*		Все ответы верны		
3	2	15			
1			Выполнение какого исследования в качестве скрининга требуется при подозрении у пациента ПКР?		
			Экскреторная урография		
			Обзорная рентгенография		
	*		Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства		
			Компьютерная томография органов забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием		
3	2	16			
1			Какой метод лучевой диагностики является стандартом диагностики ПКР?		
			Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства		
			Экскреторная урография		
	*		МРТ органов забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием		
			МСКТ забрюшинного пространства с внутривенным контрастным болюсным усилением		
3	2	17			
1			Абсолютные показания к резекции почки:		
			Наличие опухоли единственной почки, в том числе		

			единственной функционирующей		
			Двустороннее опухолевое поражение почек		
			Опухоль почечной паренхимы при функционирующей контралатеральной почке у пациентов с сопутствующими заболеваниями		
	*		Верно а и b		
3	2	18			
1			Относительные показания к резекции почки:		
			Наличие опухоли единственной почки, в том числе единственной функционирующей		
			Двустороннее опухолевое поражение почек		
	*		Опухоль почечной паренхимы при функционирующей контралатеральной почке у пациентов с сопутствующими заболеваниями		
			Верно а и b		
3	2	19			
1			В каких случаях рекомендовано динамическое (активное) наблюдение при ПКР?		
			Пациенты старше 75 лет с отягощённым коморбидным статусом		
			Пациенты старше 75 лет с ожидаемой продолжительностью жизни <5 лет		
			Пациенты старше 75 лет с высоким операционным риском		
	*		Пациенты старше 75 лет с ПКР стадии cT1aN0M0 имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, обуславливающие ожидаемую продолжительность жизни <5 лет и/или ассоциированные с высоким операционным риском		
3	3	20			
1			Какое инструментальное диагностическое исследование считается «золотым стандартом» при подозрении у больного опухоли верхних мочевых путей?		
			Экскреторная урография		
			Обзорная рентгенография		
			Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства		
	*		МСКТ забрюшинного пространства с внутривенным контрастным болюсным усилением		
3	3	21			
1			Какой стандарт хирургического лечения у пациента с установленным диагнозом уротелиальный рак верхних мочевых путей?		
	*		Радикальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря		
			Уретероскопия с эндоскопическим лечением		
			Перкутанные лечебные манипуляции		
			Сегментарная резекция мочеточника		
3	5	22			
1			Для диагностики карциномы in situ мочевого пузыря		

			наиболее информативной является:		
			ультразвуковое исследование мочевого пузыря		
	*		флюорисцентная цистоскопия		
			спиральная компьютерная томография малого таза		
			ВТА-тест		
			Все правильно		
3	5	23			
1			Радикальная цистэктомия у женщин включает:		
			удаление мочевого пузыря		
			удаление мочевого пузыря, регионарных лимфатических узлов		
	*		удаление мочевого пузыря, матки с придатками, передней стенки влагалища, уретры и регионарных лимфатических узлов		
			удаление мочевого пузыря, матки с придатками		
			удаление мочевого пузыря, передней стенки влагалища		
3	5	24			
1			Радикальная цистэктомия у мужчин включает:		
			удаление мочевого пузыря		
			удаление мочевого пузыря, предстательной железы		
	*		удаление мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков и регионарных лимфатических узлов		
			удаление мочевого пузыря, регионарных лимфатических узлов		
			удаление мочевого пузыря, предстательной железы и регионарных лимфатических узлов		
3	5	25			
2			Стандартная лимфаденэктомия при радикальной цистэктомии предполагает удаление следующих групп лимфоузлов:		
	*		наружные подвздошные		
	*		внутренние подвздошные		
			пресакральные		
			общие подвздошные		
			паракаваальные, парааортальные до уровня нижнебрыжечной артерии		
3	6	26			
1			Какой из указанных препаратов оказывает гормональное влияние на предстательную железу:		
			Бетта-3-адреномиметики		
			Альфаблокаторы		
	*		Ингибиторы 5 α-редуктазы		
			Блокаторы фосфодиэстеразы 5 типа		
			Десмопрессин		
3	6	27			
1			На развитие ДГПЖ влияет:		
			Сниженной продукции лютеинизирующего гормона передней долей гипофиза		
			Повышенного образования трансформирующего фактора роста (TGF β) в строме предстательной железы		
			Возрастного увеличения соотношения эстрогены/		

			тестостерон		
	*		Превращения тестостерона в дигидротестостерон под влиянием фермента 5α- редуктазы 1 типа		
3	6	28			
1			Простатическую обструкцию можно диагностировать путем:		
			Применения анкеты I-PSS		
			Уретроцистоскопии		
	*		Выполнения уродинамического теста «давление-поток»		
			Определения объема предстательной железы при ТрУЗИ		
			Определения индекса интрапузырной простатической протрузии		
3	6	29			
1			У больного имеется ДГПЖ, осложненная острой задержкой мочеиспускания. Катетеризация мочевого пузыря невозможна. Температура тела 37.9°C. Наиболее целесообразно выполнить пациенту		
			пункцию мочевого пузыря тонкой иглой под УЗИ наведением (капиллярная пункция мочевого пузыря)		
	*		троакарную цистостомию под УЗИ контролем		
			открытую цистостомию		
			чрезпузырную аденомэктомию		
			ТУР простаты		
3	6	30			
1			У больного 70 лет имеется ДГПЖ, осложненная парадоксальной ишурией. По УЗИ - двусторонний уретерогидронефроз. Уровень креатинина сыворотки крови ненамного превышает нормативные значения. Ему показана		
			капиллярная пункция мочевого пузыря		
			чрезпузырная аденомэктомия		
	*		временная катетеризация мочевого пузыря с последующей аденомэктимией / ТУР простаты		
			трансуретральная электрорезекция простаты		
			Открытая или пункционная цистостомию		
3	6	31			
1			Через 10 часов после аденомэктомии у пациента развилось кровотечение из ложа аденомы с исходом в гемотампонаду мочевого пузыря. Последующая терапия включает все перечисленное, кроме		
			Выполнение ОАК		
			Проведение гемостатической терапии		
			Отмывание сгустков крови из мочевого пузыря по эвакуатору		
	*		Установка катетера Нелатона по уретре		
			Экстренная цистоскопия, удаление сгустков крови, электрокоагуляция источника кровотечения		
3	6	32			
1			У пациента ранее была диагностирована ДГПЖ. В настоящий момент развился острый инфаркт миокарда. При этом наступила острая задержка мочи.		

			Необходимо выполнить в экстренно порядке:		
			Троакарная цистостомия		
			Открытая эпицистостомия		
	*		Уретральное дренирование мочевого пузыря эластическим катетером		
			Капиллярная пункция мочевого пузыря		
			Уретроцистоскопия, ТУР мочевого пузыря		
3	7	33			
1			Повышение уровня ХГЧ, АФП, ЛДГ характерно для опухолей:		
	*		яичек		
			предстательной железы		
			почек		
			мочевого пузыря		
			нет правильных вариантов		
3	6	34			
1			Система PI-RADS разработана для оценки вероятности рака:		
			яичек		
			мочевого пузыря		
	*		предстательной железы		
			почек		
			полового члена		
3	5	35			
1			Система VI-RADS разработана для оценки вероятности рака		
			яичек		
	*		мочевого пузыря		
			предстательной железы		
			почек		
			полового члена		
3	6	36			
1			Для оценки агрессивности опухоли простаты по Глиссону используется:		
	*		сумма грейдов, которые встречаются чаще других по частоте и дифференцировке.		
			количество наиболее низкодифференцированных клеток		
			количество вообще недифференцированных клеток		
			количество высоко дифференцированных клеток в поле зрения		
			нет правильных вариантов		
3	6	37			
1			Абсолютное число с впервые выявленными случаями рака простаты в России за 2020 год составляет:		
	*		38223 случая		
			12225 случаев		
			34884 случая		
			15477 случаев		
			Нет правильного ответа		
3	6	38			
1			Наиболее частой локализацией местных метастазов		

			рака простаты являются:		
			кости таза		
			легкие		
			печень		
	*		регионарные лимфатические узлы		
			кости черепа		
3	6	39			
1			Методикой, позволяющей верифицировать рак простаты является:		
			экскреторная урография		
	*		биопсия простаты		
			уретроскопия		
			УЗИ		
3	6	40			
1			При обнаружении в биоптатах предстательной железы ПИН высокой степени показано:		
			сцинтиграфия скелета		
	*		повторная биопсия		
			полная андрогенная блокада		
			радикальная простатэктомия		
			лучевая терапия		
3	6	41			
1			Причинами повышения уровня ПСА могут быть		
			рак простаты		
			воспалительный или инфекционный процесс в простате		
			ДППЖ		
			эякуляция накануне исследования		
	*		Все верно		
3	6	42			
2			При локализованном раке предстательной железы (T1-T2) и ожидаемой продолжительности жизни более 10 лет показано:		
			криодеструкция простаты		
	*		радикальная простатэктомия		
			трансуретральная электрорезекция простаты		
	*		лучевая терапия (брахитерапия)		
3	6	43			
1			Радикальное хирургическое лечение РПЖ заключается в:		
	*		удалении простаты в промежутке между перепончатой уретрой и шейкой мочевого пузыря единым блоком с семенными пузырьками и парапростатической клетчаткой.		
			удалении простаты в промежутке между перепончатой уретрой и шейкой мочевого пузыря с сохранением семенных пузырьков.		
			удалении периферической зоны простаты, где наиболее часто встречается рак		
			удалении гиперплазии простаты, где обнаружен рак		
3	6	44			
3			Тазовая лимфаденэктомия. показания		

	*		дооперационный уровень ПСА >10 нг/мл (независимо от стадии и индекса Глисона)		
	*		индекс Глисона > 7 (независимо от ПСА и стадии опухоли)		
	*		клиническая стадия > 2b (независимо от ПСА и индекса Глисона)		
			РПЖ стадия cT1a-b		
3	6	45			
3			Значимые преимущества робот-ассистированной лапароскопической простатэктомии по сравнению с открытым доступом:		
	*		меньший объем кровопотери,		
	*		более быстрое восстановление пациента,		
	*		более высокие функциональные показатели,		
			более высокие онкологические результаты		
3	6	46			
1			У больного рак предстательной железы T2-3N0M0 нарушено мочеиспускание. остаточная моча 200 мл. ему следует рекомендовать:		
	*		Трансуретральную электрорезекцию		
			трансректальную биопсию простаты		
			цистостомию		
			лучевую терапию		
			простатэктомию		
3	6	47			
3			При невозможно проведения хирургического лечения и лучевой терапии, основное место в лечении рака предстательной железы занимает		
	*		Химиотерапия		
	*		Радиотерапия Стронций - 89		
	*		Гормонотерапия		
			Физиотерапия		
3	7	48			
1			Наиболее часто злокачественные опухоли яичка метастазируют:		
	*		а) в легкие		
			б) в головной мозг		
			в) в печень		
			г) в надпочечники		
			д) в кости		
3	7	49			
1			К опухолям стромы полового тяжа яичка относят:		
	*		а) гранулематозная опухоль		
			б) семинома		
			в) эмбриональный рак		
			г) тератома		
			д) хорионэпителиома		
3	7	50			
1			К герминогенным опухолям яичка относят:		
	*		а) верно б, г		
			б) эмбриональный рак		

			в) гранулематозная опухоль		
			г) семинома		
			д) хорионэпителиома		

Модуль 4

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 со-ставитель	Ибишев Халид сулейманович
6	Е-mail	ibisheb22@mail.ru
7	Моб. телефон	+79287777714
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год состав-ления	2023
12	Специальность	Урология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Андрология
15	Тема	2.2.2;
16	Количество вопросов	100
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Тестовые задания к модулю 4

1	1	1			
4	3	1	Азооспермия - это:		
			отсутствие сперматозоидов в сперме		
			отсутствие эякулята		
			снижения количества сперматозои-дов в сперме		
	*		<15млн. сперматозоидов в 1 мл эяку-лята		
			объем эякулята)< 2 мл		
4	3	2			
1			Аспермия - это:		
			отсутствие эякулята		
	*		отсутствие сперматозоидов в сперме		

			объем эякулята)< 2 мл		
			< 5% сперматозоидов нормального строения		
			< 30% сперматозоидов нормального строения		
4	3	3			
1			Тератоспермия - это:		
			< 20 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята		
			< 10 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята		
			< 5 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята		
			< 30% сперматозоидов нормального строения		
	*		< 4% сперматозоидов нормального строения		
4	3	4			
3			Причины бесплодия:		
			общие		
			локальные		
	*		посттестикулярные		
	*		претестикулярные		
	*		тестикулярные		
4	3	5			
1			Факторы риска бесплодия:		
			курение		
			алкоголь		
			применение стероидов		
			посещение бани		
	*		верны все ответы		
4	3	6			
1			При бесплодии учитывается анамнез:		
			сексуальный		
			социальный		
			семейный		
			фармакологический		
	*		верны все ответы		
4	3	7			
1			Тетрациклин оказывает ингибирующее влияние на:		
			клетки Сертоли		
			клетки Лейдига		
	*		клетки Сертоли и Лейдига		
			макрофаги		
			не требуется		
4	2	8			
1			К не тестикулярным андрогенам относятся:		
	*		дегидроэпиандростерон		
			дегидротестостерон;		

			дегидроэпиандростерон		
			андростерон		
			Хорионический гонадотропин		
4	2	9			
1			Алкоголь тестостерон:		
	*		снижает		
			повышает		
			не влияет		
			временно снижает		
			временно повышает		
4	1	10			
1			При эректильной дисфункции первая линия терапии:		
		*	ингибиторы ФДЭ – 5 типа		
			альфа - адреноблокаторы		
			витамины		
			аминокислоты		
			ингибиторы – 5 – редуктазы		
4	1	11			
1			При эректильной дисфункции психогенного характера показана консультация:		
		*	психиатра		
			эндокринолога		
			невролога		
			психотерапевта		
			кардиолога		
4	1	12			
2			К не тестикулярным андрогенам относятся:		
			тестостерон;		
			эстродиол;		
		*	андростерон;		
			дегидроэпиандростерон		
		*	все вышеперечисленное		
4	1	13			
1			Нормальный уровень тестостерона здорового мужчины?		
		*	>12,1 нмоль/л		
			<12,1 нмоль/л		
			>10 нмоль/л		
			8 нмоль/л		
			8 – 12 нмоль/л		
4	1	14			
1			Тестостерон синтезируется:		
			лимфоцитами		
			макрофагами		
			плазмоцитами		
			Клетками Сертоли		
		*	клетками Лейдига		
4	1	15	Тестостерон может синтезироваться		

			в:		
1		*	яичках		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
			все ответы верны		
4	2	16			
2			Тестостерон может синтезироваться		
		*	в:		
		*	яичках		
		*	простате		
			почках		
			семенных пузырьках		
			печени		
4	2	17			
1			Тестостерон может синтезироваться		
		*	в:		
		*	коре надпочечников		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
		*	простате		
4	2	18			
1			Тестостерон может синтезироваться		
		*	в:		
		*	головном мозге		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
		*	простате		
4	1	19			
1			Эректильная дисфункция может		
			быть:		
			сосудистой		
			нейрогенной		
			психогенной		
			эндокринной		
		*	все ответы верны		
4	2	20			
1			Какие лекарственные препараты		
			способствуют снижению эндогенного		
			Т:		
		*	андрогены		
			фторхинолоны		
			хорионический гонадотропин		
			пенициллины		
			карбопенебыв		
4	2	21			
2			Какие лекарственные препараты		
			способствуют снижению эндогенного		
			Т:		

		*	андрогены		
		*	эстрогены		
			цефлоспорины		
			витамины		
			аминогликозиды		
4	2	22			
2			К гепатотоксичным препаратам тестостерона относится:		
		*	Метилтестостерон		
		*	Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
			Андрогель		
4	2	23			
1			К высокоплацентным препаратам тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
4	2	24			
1			К трансдермальным препаратам тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
4	2	25			
1			К наиболее физиологичным препаратам тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
4	2	26			
1			К препаратам тестостерона не вызывающие супрафизиологические концентрации тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
4	2	27			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	глюкокортикоиды		
			витамины		

			антиоксиданты		
			аминокислоты		
			все ответы верны		
4	2	28			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	глюкокортикоиды		
		*	антимикотики		
			антиоксиданты		
			аминокислоты		
			хорионический гонадотропин		
4	2	29			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	кетаканазол		
			цефазолин		
			амикацин		
			гентамицин		
			цефаперазон		
4	2	30			
1			Какие лекарственные средства повышают синтез тестостерона:		
			глюкокортикоиды		
			антибиотики		
			антимикотики		
			эстрогены		
		*	хорионический гонадотропин		
4	1	31			
1			Ингибиторам ФДЭ – 5 типа относятся:		
			Силденафил		
			Варденафил		
			Тадалафил		
			Уденафил		
		*	все ответы верны		
4	1	32			
1			Основоположник Ростовской школы андрологии:		
		*	Красулин В.В.		
			Русаков В.И.		
			Коган М.И.		
			Сизякин Д.В.		
			Серебренников С.М.		
4	1	33			
1			Автор первой диссертации по эректильной дисфункции в России:		
			Лапаткин Н.А.		
			Лоран О.Б.		
			Пушкарь Д.Ю.		
		*	Коган М.И.		
			Красулин В.В.		

			Аляев Ю. Г.		
4	1	34			
1			Впервые курсовое назначение ингибиторов ФДЭ – 5 типа было предложено в:		
		*	Ростове – на - Дону		
			Париже		
			Москве		
			Берлине		
			Лондоне		
			Санкт – Петербурге		
4	1	35			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена снижением:		
		*	Тестостерона		
			Простат специфического антигена		
			Эстрогенов		
			Фолликулостимулирующего гормона		
			Хорионического гонадотропина		
4	1	36			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена повышением:		
		*	Пролактина		
			Простат специфического антигена		
			тестостерона		
			Фолликулостимулирующего гормона		
			Хорионического гонадотропина		
4	1	37			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена повышением:		
		*	Эстрогенов		
			Простат специфического антигена		
			тестостерона		
			Фолликулостимулирующего гормона		
			Хорионического гонадотропина		
4	2	38			
1			К препаратам тестостерона относятся:		
		*	Тестогель		
			Карнитон		
			Селцинк		
			Медформин		
			Хорионический гонадотропин		
4	2	39			
1			Трасдермальным формам препаратов тестостерона относятся:		
		*	Анрогель		
			Андриол		
			Сустанон		
			Омнадрен		
			Все ответы верны		

4	2	40			
1			Тестостерон метаболизируется в эстрадиол под воздействием:		
		*	5 α -редуктазы		
			ароматазы		
			диэстеразы		
			урокиназы		
			протеазы		
4	2	41			
1			Тестостерон влияет на:		
			белковый обмен		
			минеральный обмен		
			липидный обмен		
			углеводный обмен		
		*	все ответы верны		
4	2	42			
1			Предшественников тестостерона является:		
		*	холестерин		
			альбумин		
			глюкоза		
			креатинин		
			мочевина		
4	2	43			
1			Критерии выбора препарата тестостерона для ЗГТ у мужчин:		
		*	Возможность индивидуального подбора дозы Тс		
			форма лекарственного средства		
			способ введения		
			фармакокинетика		
			все ответы верны		
4	2	44			
1			При дефиците тестостерона преобладают:		
		*	ирритативные симптомы		
			обструктивные симптомы		
			ноктурия		
			затрудненное мочеиспускание		
			редкое мочеиспускание		
4	2	45			
1			Критерии выбора препарата тестостерона для ЗГТ у мужчин:		
		*	Возможность избежать первичного метаболизма в печени		
			форма лекарственного средства		
			способ введения		
			фармакокинетика		
		*	все ответы верны		
4	1	46			

1			Сосудистая эректильная дисфункция может быть:		
		*	атерогенной		
			кавернозной		
			микроциркуляторной		
			всихогенной		
			все ответы верны		
4	1	47			
1			Эректильная дисфункция может быть:		
			сосудистой		
			нейрогенной		
			психогенной		
			эндокринной		
		*	все ответы верны		
4	1	48			
3			Классификация эректильной дисфункции по степени тяжести		
	*		легкая		
	*		умеренная		
	*		тяжелая		
			крайне тяжелая		
			незначительная		
4	1	49			
1			Факторы риска развития эректильной дисфункции:		
			возраст		
			гиподинамия		
			ожирение		
			алкоголизм		
	*		все ответы верны		
4	1	50			
2			Васкулогенные факторы эректильной дисфункции:		
	*		артериальная гипертензия		
	*		сахарный диабет		
			кретрит		
			простатит		
			все ответы верны лицами		
4	1	51			
1			Инструментальные диагностические исследования при артериогенной эректильной дисфункции:		
	*		доплерография сосудов полового члена		
			ТРУЗИ простаты		
			кавернозография		
			КТ полового члена		
			все ответы верны		
4	4	52			
2			Избыточная ноцицептивная аффе-		

			рентация 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)		
4	4	53			
1			При бактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
	*		активными нейтрофилами		
			активными лимфоцитами		
			неактивными нейтрофилами		
			плазмоцитами		
			макрофагами		
4	4	54			
1			При психогенной боли у больного отмечают:		
	*		сенестопатии		
			эндокринопатии		
			полинейропатии		
			пудендопатию		
			вертебрапатию		
4	4	55			
1			В норме секрете простаты присутствуют:		
			Аэробные бактерии		
			Анаэробные бактерии		
	*		Аэробные и анаэробные бактерии		
			Секрет простаты стерилен		
			цефалеразон		
4	4	56			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами выбора являются:		
	*		Джозамицин		
			Цефалексин		
			Фурадонин		
			Цефтриаксон		
			Фосфомицин		
4	4	57			
1			При хроническом абактериальном простатите препаратами выбора являются:		
			альфа-адреноблокаторы		
			НПВС		

			ингибиторы 5-альфа редуктазы		
			фитотерапия		
	*		Все ответы верны		
4	4	58			
2			При хроническом абактериальном простатите методами лечения могут быть :		
			магнитотерапия		
			иглорефлексотерапия		
			бальнеологические методы		
			цветоритмотерапия		
	*		все ответы верны		
4	4	59			
1			При СХТБ невротического генеза препаратами выбора являются:		
			антидепрессанты		
			опиоиды		
			простые анальгетики		
			невропатические анальгетики		
	*		все ответы верны		
4	1	60			
1			Гормональные факторы эректильной дисфункции:		
			гипотериоз		
			гипогонадизм		
			гиперпролактенемия		
			ожирение		
	*		все ответы верны		
4	1	61			
1			Нейрогенные факторы эректильной дисфункции:		
			болезнь Паркинсона		
			новообразования ЦНС		
			рассеянный склероз		
			инсульт		
	*		все ответы верны		
4	4	62			
1			При СХТБ применение альфа-адреноблокаторов является уровнем обоснованности:		
	*		1a		
			1b		
			2a		
			1b		
			3b		
4	4	63			
1			При СХТБ ингибиторы 5-альфа редуктазы назначаются при наличии:		
	*		гиперплазия предстательной железы		
			эректильной дисфункции		

			сенестопатий		
			хронического простатита		
4	3	64			
1			Бесплодие - заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности:		
			после 6 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции		
			после 10 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции		
			после 2 лет регулярной половой жизни без контрацепции		
	*		после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции		
4	3	65			
1			Приблизительно ___ сексуально активных и не предохраняющихся от зачатия пар не достигают беременности в течение года:		
			5%		
	*		15%		
			20%		
			50%		
			60%		
4	3	66			
1			Вероятность зачатия максимальна при частоте половых актов ___ раза в неделю:		
	*		2 - 4		
			1		
			1-2		
			5-6		
			6-7		
4	3	67			
1			При Муковисцидозе регистрируют врожденное двустороннее отсутствие:		
			яичек		
			семенных пузырьков		
			надпочечников		
	*		семявыносящих протоков		
			придатков яичек		
4	3	68			
1			При опухоли яичка повышается:		
			ПСА		
	*		лактатдегидрогеназа		
			глюкоза		
			тромбоциты		
			лимфоциты		
4	1	69			
1			Волюста это:		
	*		сладострастие при фрикциях		

			сладострастие при оргазме		
			сладострастие при эякуляции		
			сладострастие при эрекции		
			Удовлетворенность при половом акте		
4	1	70			
			Волюста снижается при:		
			сахарном диабете		
			дефиците тестостерона		
			ожирении		
			ипертонической болезни		
		*	все ответы верны		
			Препарат выбора при рецидивирующем цистите у беременных относится:		
4	1	71			
1			Причина нарушения Волюста:		
	*		денервация нервов полового члена		
			повышение NO		
			повышение уровня тестостерона		
			снижение кровотока полового члена		
			все ответы верны		
4	4	72			
1			В секрете предстательной железы в норме содержатся:		
	*		лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты;		
	*		лецитиновые зерна;		
			амилоидные тельца;		
			эпителиальные		
			гигантские клетки		
4	4	73			
1			Цистит у мужчин ассоциирован с:		
	*		заболеваниями простаты		
			ЗППП		
			эректильной дисфункцией		
			СХТБ		
			все ответы верны		
4	1	74			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена:		
	*		дефицитом тестостерона		
			сахарным диабетом;		
			снижением уровня пролактина		
			снижением уровня холестерина		
			повышением уровня холестерина		
4	2	75			
1			Пролонгированным препаратам тестостерона относится:		
	*		Тестостерон ундекоанат		
			Сустанон		
			Омнадрен		

			Андрогель		
			Тестотогель		
4	2	76			
1			Комбинированным (эфиры) препаратам тестостерона относится:		
			Тестостерон ундекоанат		
	*		Сустанон		
	*		Омнадрен		
			Андрогель		
			Тестотогель		
4	4	77			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами первой линии являются:		
			цефалоспорины		
	*		фторхинолоны		
			аминогликозиды		
			карбопенемы		
			нитрофураны		
4	4	78			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами первой линии являются:		
			цефалоспорины		
	*		фторхинолоны		
			аминогликозиды		
			карбопенемы		
			нитрофураны		
4	1	79			
1			Эректильной дисфункции ассоциированной с дефицитом тестостерона патогенетической терапии является:		
	*		ЗГТ препаратами тестостерона		
			хорионический гонадотропин		
			витамины		
			аминокислоты		
			ингибиторы ФДЭ 5 типа		
4	5	80			
1			Приапизм это:		
			стойкая эрекция		
			эректильная дисфункция		
			сексуальное нарушение		
	*		болезненная патологическая		
			все ответы верны		
4	5	81			
1			При хроническом бактериальном простатите препаратами длительность антибактериальной терапия:		
			7 дней		
			14 дней		
			21 день		

	*		28 дней		
			2 мес.		
4	5	82			
1			Лечение острой формы приапизма производится введением в кавернозную ткань:		
			альфа-адреноблокаторов		
			спазмолитиков		
			анальгетиков		
	*		альфа-адреномиметиков		
			все ответы верны.		
4	5	83			
1			Интермиттирующий приапизм часто наблюдается при:		
	*		серповидно-клеточной анемии		
			бактериальном простатите		
			уретрите		
			орхите		
			все ответы верны		
4	5	84			
1			При ишемическом приапизме в половой член вводят раствор:		
			папаверина		
			платифилина		
			анальгина		
			дибазола		
	*		фенилэфрина		
4	5	85			
1			Лечение приапизма:		
			Внутрикавернозное введение антикоагулянтов		
			Внутрикавернозное введение адренергических средств		
			пункция кавернозных тел		
			шунтирующие оперативные вмешательства		
	*		Все перечисленное		
4	5	86			
1			Причины приапизма:		
			заболевания нервной системы		
			психогенные заболевания		
			травма		
			после введения в половой член фармакологических препаратов		
	*		Все перечисленное		
4	5	87			
1			Классификация Приапизма в зависимости от механизма развития:		
	*		артериальный		
	*		венооклюзивный		
			метаболический		

			химический		
			все ответы верны		
4	5	88			
1			Классификация Приапизма в зависимости от механизма развития:		
		*	не ишемический		
		*	ишемический		
			метаболический		
			химический		
			все ответы верны		
4	5	89			
1		*	Приапизм – это :		
			патологическая стойкая эрекция		
			патологическая не стойкая эрекция		
			болезненная эрекция		
			нестойкая и болезненная эрекция		
			все перечисленное		
4	6	90			
1			Болезнь Пейрони необходимо дифференцировать с:		
		*	тромбозом поверхностных вен полового члена		
			уретритом		
			туберкулезом		
			кондиломой		
			60%		
4	6	91			
1			Болезнь Пейрони необходимо дифференцировать с:		
		*	лимфангиитом		
			уретритом		
			туберкулезом		
			кондиломой		
			все ответы верны		
4	6	92			
1			Обследование пациента с болезнью Пейрони предполагает:		
			Оценка степени эректильной Деформации (фотографирование)		
			Тесты с ингибиторами ФДЭ 5 типа		
			Оценка антропометрических характеристик полового члена в состоянии эрекции		
			Исследование пенильной гемодинамики (фармакодопплерография)		
		*	все ответы верны		
4	6	93			
2			При диагностике болезни Пейрони ведущим методом диагностики яв-		

			ляется:		
		*	УЗИ полового члена		
			кавернозография		
			кнгиография полового члена		
			урофлоуметрия		
			все ответы верны		
4	6	94			
1			Болезнь Пейрони осложняется :		
		*	эректильной дисфункцией		
			уретритом		
			простатитом		
			бесплодием		
			орхитом		
4	6	95			
1			Болезнь Пейрони осложняется :		
		*	искривлением полового члена		
			уретритом		
			простатитом		
			бесплодием		
			орхитом		
4	6	96			
1			Для диагностики ХБП рекомендуется на рутинной основе выполнять только посев:		
		*	секрета простаты		
			мочу		
			эякулят		
			мочу и секрет простаты		
			эякулят и секрет простаты		
4	6	97			
1			Болезнь Пейрони это фиброз :		
		*	белочной оболочки полового члена		
			кавернозно ткани полового члена		
			головки полового члена		
			мошонки		
			придатка		
4	6	98			
1			Причины болезни Пейрони:		
		*	травма		
			инфекция		
			дефицит тестостерона		
			нарушение гемодинамики		
			все ответы верны		
4	6	99			
1			Болезнь Пейрони сочетается с:		
		*	контрактурой Дюпюитрена		
			простатитом		
			уретритом		
			орхитом		
			дефицитом тестостерона		

4	6	100			
1			Симптомы болезни Пейрони:		
		*	боль при эрекции		
			выделения из уретры		
			боль в промежности		
			СНМП		
			все ответы верны		

Модуль 5

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).	
2	Факультет	Факультет 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	Белоусов Игорь Иванович	
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru	
7	Моб. Телефон	+79289043090	
8	Кабинет №	5	
9	Учебная дисциплина	Урология	
0	1	Учебный предмет	Урология
1	1	Учебный год составления	2023
2	1	Специальность	Урология
3	1	Форма обучения	Очная
4	1	Модуль	Мочекаменная болезнь
5	1	Тема	5.1; 5.2; 5.3; 5.4.
6	1	Подтема	
7	1	Количество вопросов	50
8	1	Тип вопроса	Single and multiple
9	1	Источник	-

Тестовые задания к модулю 5.

5	1	1			
3			Болезни, ассоциированные с камнеобразованием		
			гипертоническая болезнь		

		*	поликистоз почек		
		*	нефрокальциноз		
		*	метаболический синдром		
5	1	2			
1			К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся		
			нарушение фосфорно-кальциевого обмена		
			нарушение обмена щавелевой кислоты		
			нарушение пуринового обмена		
			мочевая инфекция (пиелонефрит)		
		*	все перечисленное		
5	1	3			
1			При щелочной реакции мочи могут образоваться		
			мочекислые (уратные) камни		
			цистиновые камни		
		*	фосфатные камни		
			оксалатные камни		
			щелочная реакция мочи не влияет на характер камней		
5	1	4			
1			Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию		
			цистиновых камней		
			мочекислых камней		
			оксалатных камней		
			фосфатных камней		
		*	Оксалатных и фосфатных камней		
5	1	5			
1			Образованию почечных камней способствуют следующие анатомо-морфологические изменения в почках		
			хронический гломерулонефрит		
		*	внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки		
			венозное полнокровие		
			внепочечная лоханка		
			ренальная артериальная гипертензия		
5	2	6			
1			К рентген-контрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме		
			оксалатов		
			фосфатов		
			смешанных		
		*	уратов		
			уратов и оксалатов		
5	2	7			
1			К рентген-негативным типам камней относятся		
			фосфаты		
			фосфаты и ураты		
			ураты и оксалаты		
		*	ураты (мочекислые)		
			ураты + оксалаты + фосфаты		

5	2	8			
1			Выберите оптимальный вариант последовательности действий в диагностике предполагаемой мочекаменной болезни:		
			1. ультразвуковое сканирование почек		
			2. клинический анализ крови и мочи		
			3. экскреторная урография		
			4. ядерно-магнитный резонанс		
			5. радиоизотопная сцинтиграфия		
			6. почечная венография		
			1,6,5,3,4,2		
			2,1,3		
		*	3,4,1,6,2,5		
			5,4,3,2,1,6		
			6,1,5,4,2,3		
5	2	9			
1			Компьютерная рентгеновская томография целесообразна		
			при коралловидном камне почки		
			при камнях обеих почек (чашечки, лоханка)		
			при уратном камне лоханки почки		
		*	во всех случаях		
			ни в одном случае		
5	2	10			
1			Ретроградная уретеропиелогрфия целесообразна		
			при камне (оксалате) лоханки, почки или мочеточника		
			при камне (урате) мочеточника, лоханки или чашечки		
			при камне (фосфате) чашечки, лоханки, почки или мочеточника		
			во всех случаях		
		*	ни в одном случае		
5	2	11			
1			У больного самостоятельно отходят уратные камни и соли. В диагностике применим необходимые исследования из предложенных:		
			1. общий анализ мочи, мочевая кислота суточной мочи		
			2. трансаминаза крови		
			3. мочевая кислота крови		
			4. МСКТ почек		
			5. ультразвуковое исследование почек		
			6. изотопное сканирование почек и печени		
			1,3,4,5		
		*	1,2,3,4		
			1,2,3,5,6		
			2,3,5,6		
			все виды исследований		
5	3	12			
1			Камень нижней трети мочеточника 3 мм, уретерогидронефроз. Укажите правильный метод лечения		
			1. спазмолитические средства		

			2. НПВС		
			3. водная нагрузка		
			4. УВЧ и электростимуляция мочеоточника		
			5. А-адреноблокаторы		
			1,3,5		
		*	2,3,5		
			1,2,4,5		
			всё правильно		
5	3	13			
1			Анурия в течение 24 часов. В анамнезе отхождение уратных камней и солей. Вариант экстренной помощи:		
			катетеризация мочевого пузыря, лазикс внутривенно 100 мг		
			катетеризация мочеоточников		
			срочная нефростомия		
			внутривенно 1 л физиологического раствора		
		*	катетеризация мочеоточников и инфузионная терапия		
5	2	14			
1			При уратном камне 25x25 мм лоханки почки без нарушения уродинамики наиболее целесообразно выполнить		
		*	химический литолиз		
			дистанционная литотрипсия		
			ретроградная уретеропиелолитотрипсия		
			чрескожная нефролитотрипсия		
			открытая пиелолитотомия		
			санаторно-курортное лечение		
5	3	15			
1			При оксалатном камне лоханки почки 15x16 мм без нарушения уродинамики оптимальным методом лечения является		
			химический литолиз		
			дистанционная литотрипсия		
			ретроградная уретеропиелолитотрипсия		
		*	чрескожная нефролитотрипсия		
			открытая пиелолитотомия		
			санаторно-курортное лечение		
5	3	16			
1			При уратном камне мочевого пузыря 30x25 мм и аденоме предстательной железы следует выполнить		
			литолиз		
			цистолитотомию и цистостомию		
			ДЛТ		
		*	цистолитотомию, аденомэктомию		
			вмешательство не показано		
5	3	17			
1			В качестве метода лечения пациентов с камнями почек размером >2 см рекомендуется выполнение		
			экстренной нефрэктомии		
			гибкой уретерореноскопии		
		*	перкутанной нефролитотомии		
			дистанционной литотрипсии		

5	3	18			
2			В качестве метода лечения первой линии пациентам с камнями мочеточника при наличии показаний и отсутствии противопоказаний рекомендуется		
			консервативная терапия		
			антеградная перкутанная уретеролитотрипсия		
			лапароскопическая уретеролитотомия		
		*	дистанционная литотрипсия		
		*	уретерореноскопия		
5	3	19			
1			При камне в уретероцеле размерами 12x12 мм и ненарушенной уродинамике наиболее целесообразно:		
			вмешательство не производить		
			иссечение уретероцеле трансвезикально электроножом (коагулятором)		
		*	рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом (коагулятором)		
			ударно-волновая литотрипсия		
			уретероцистоанастомоз		
5	3	20			
3			В качестве методов лечения пациентов с камнями почек размером <2 см рекомендуется выполнение		
			экстренной нефрэктомии		
		*	гибкой уретерореноскопии		
		*	дистанционной литотрипсии		
		*	перкутанной нефролитотомии		
			открытой пиелолитотомии		
5	3	21			
1			При камне лоханки почки 25x25 мм и камне юкставезикального отдела мочеточника 12x9 мм с той же стороны показаны		
			1 этап - перкутанная нефролитотрипсия, 2 этап - уретеролитотрипсия		
		*	одномоментно нефролитотрипсия и уретеролитотрипсия из положения Вальдивия-Гальдакао		
			1 этап - уретеролитотрипсия, 2 этап - перкутанная нефролитотрипсия		
			лапароскопическая уретеролитотомия и пиелолитотомия одновременно		
			1 этап - уретеролитотомия, 2 этап - пиелолитотомия		
5	3	22			
1			При уратном (рентгенонегативном) камне средней трети мочеточника, размером 15x9 мм показано		
			химический литолиз		
			ДЛТ		
		*	уретеролитотрипсия		
			лапароскопическая уретеролитотомия		
			открытая уретеролитотомия		
5	3	23			
2			Выполнение перкутанной нефролитотомии у пациентов		

			с камнями почек рекомендуется в положении пациента на		
		*	спине		
		*	животе		
			левом боку		
			правом боку.		
			позиция Вальдивиа - Гальдакао		
5	2	24			
1			Для диагностики мочекаменной болезни у беременных пациенток методом второй линии является		
			ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
			спиральная компьютерная томография по низкодозовому протоколу		
		*	магнитно-резонансная томография		
			спиральная компьютерная томография по стандартному протоколу		
5	3	25			
1			При стойкой уратурии лечение включает:		
			1 молочную диету		
			2 растительную диету		
			3 мясную диету		
			4 диурез 2-2,5 л		
			5 диурез менее 1 л		
			6 цитратные препараты		
			7 блокаторы пуринового обмена (аллопуринол, хипурик и др.)		
			правильно все перечисленное		
			правильно все, кроме 1,3,5		
			правильно все, кроме 1,2,3 и 4		
			правильно все, кроме 1,3,4 и 6		
		*	правильно все, кроме 3 и 5		
5	3	26			
1			Уретеролитоэкстракция возможна		
		*	у женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 5 мм, при неосложненном течении		
			у мужчин в той же ситуации		
			при камнях средней трети мочеточника до 5 мм у мужчин и женщин		
			при двусторонних камнях верхней трети мочеточника		
			во всех случаях		
5	3	27			
1			При постренальной анурии (камни мочеточников) показана экстренная помощь		
			внутривенно большие дозы лазикса, инфузионная терапия		
		*	катетеризация мочеточников		
			двусторонняя нефростомия одновременно		
			ударно-волновая литотрипсия		
			Стентирование мочеточников и ДЛТ		
5	2	28			
1			Для диагностики мочекаменной болезни у беременных пациенток методом первой линии является		

			спиральная компьютерная томография по низкодозовому протоколу		
			спиральная компьютерная томография по стандартному протоколу		
			магнитно-резонансная томография почек		
		*	ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
5	2	29			
1			При камнях обоих мочеточников до 5 мм и вызванной ими суточной анурии следует применить		
			внутривенно лазер, инфузионную терапию		
			срочную двустороннюю нефростомию		
		*	срочную катетеризацию мочеточников		
			двустороннюю пункционную нефростомию		
			двустороннюю экстренную уретеролитотомию		
5	2	30			
1			При камне мочеточника 5 мм единственной почки, сопровождающимся 12-и часовой анурией следует применить		
			внутривенно лазер		
			экстренную нефростомию		
			пункционную нефростомию		
		*	катетеризацию мочеточника		
			равноценные варианты б), в) и г)		
5	2	31			
1			Для диагностики мочекаменной болезни у беременных пациенток методом третьей линии является		
			спиральная компьютерная томография по стандартному протоколу		
			ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
			магнитно-резонансная томография почек		
		*	спиральная компьютерная томография по низкодозовому протоколу		
5	3	32			
1			Для увеличения эффективности перкутанной нефролитотомии рекомендуется выполнять пункцию чашечно-лоханочной системы под		
			ультразвуковым контролем		
			рентгеновским контролем		
			визуальным контролем		
		*	сочетанным ультразвуковым и рентгеновским контролем		
			пункция по анатомическим ориентирам		
5	3	33			
1			Лапароскопическая или открытая операция у пациентов с камнями почек выполняется, если		
		*	неоднократные эндоурологические операции оказались неэффективными		
			есть риск послеоперационных осложнений		
			позволяет соматический статус пациента		
			желание пациента		
			возможно выполнение только минимально-инвазивного лечения		

5	2	34			
1			Наиболее информативным и чувствительным диагностическим методом при мочекаменной болезни является		
			обзорная урография		
			спиральная компьютерная томография с контрастным усилением		
		*	спиральная компьютерная томография без контрастного усиления		
			ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
			ретроградная уретеропиелография		
5	3	35			
1			Пациентам после перенесенной операции по поводу мочекаменной болезни		
		*	специфическая реабилитация не применяется		
			применяется специфическая реабилитация		
			применяется психосоциальная реабилитация		
			применяется общая реабилитация		
5	3	36			
2			Пациентам с вколоченным камнем верхней трети мочеточника при наличии показаний и отсутствии противопоказаний в качестве альтернативных методов дистанционной литотрипсии и уретерореноскопии рекомендуется выполнение		
			дистанционной литотрипсии		
			уретерореноскопии		
		*	лапароскопической уретеролитотомии		
		*	антеградной перкутанной уретеролитотрипсии		
5	3	37			
1			Пациентам с камнями почек после выполнения перкутанной нефролитотомии с целью снижения риска инфекционных осложнений рекомендуется		
			специфическая реабилитация		
			сокращение времени пребывания пациента в стационаре		
			вакцинация		
		*	антибактериальная профилактика		
			применяется психосоциальная реабилитация		
5	2	38			
2			Пациентам с мочекаменной болезнью в качестве метода диагностического контроля отхождения камня рекомендуется выполнение		
			спиральной компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей		
			компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием		
		*	ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих		
		*	обзорной урографии		
			нефросцинтиграфии		
5	3	39			
1			Пациентам с мочекаменной болезнью для выявления бактериурии перед выполнением плановой операции с		

			целью профилактики и выбора эффективного метода лечения интра- и послеоперационных инфекционных осложнений рекомендуется выполнять		
			микробиологическое исследование мочи на бактериальные патогены без определения чувствительности к антибиотикам		
		*	микробиологическое исследование мочи на бактериальные патогены с определением чувствительности к антибиотикам		
			микробиологическое исследование мочи		
			биохимическое исследование мочи		
			оценка СРБ, прокальцитонина		
5	2	40			
1			Пациентам с мочекаменной болезнью с целью выявления косвенных признаков инфекции мочевых путей рекомендуется выполнение		
			биохимического анализа крови		
		*	общего (клинического) анализа мочи		
			общего (клинического) анализа крови		
			микробиологическое исследование мочи		
5	3	41			
1			Пациентам, находящимся на пероральном хемоллизе, рекомендуется активное удаление уратных камней мочеточника при отсутствии положительной динамики в виде уменьшения размера конкремента через		
			14 дней проведения терапии		
		*	30 дней проведения терапии		
			7 дней проведения терапии;		
			56 дней проведения терапии		
5	3	42			
3			Перед выполнением гибкой уретерореноскопии рекомендуется установка катетера-стента в верхние мочевые пути пациентам с камнями почек с целью		
		*	облегчения проведения вмешательства		
		*	снижения частоты осложнений		
		*	повышения показателя полного удаления камней		
			активной дилатации мочеточника		
			возможности введения петли-экстрактора параллельно уретероскопу		
5	3	43			
3			Показания для плановой госпитализации пациентов с мочекаменной болезнью		
		*	социальный статус пациента, требующий удаления бессимптомных камней мочевой системы		
			инфекционные осложнения мочекаменной болезни		
		*	камни почек, требующие оперативного вмешательства		
		*	камни мочеточников, требующие оперативного вмешательства		
			необходимость проведения литокинетической терапии под врачебным контролем (коморбидность)		
5	3	44			
3			Показания для экстренной госпитализации пациентов с мочекаменной болезнью		

		*	некупируемый болевой синдром, вызванный камнями мочевой системы		
			социальный статус пациента, требующий удаления бессимптомных камней мочевой системы		
		*	полная обструкция верхних мочевых путей камнем		
		*	инфекционные осложнения мочекаменной болезни		
5	2	45			
1			При обследовании пациентов с мочекаменной болезнью и индексом массы тела <30 кг/м² с целью снижения лучевой нагрузки рекомендуется применять		
		*	бесконтрастную спиральную компьютерную томографию почек и верхних мочевыводящих путей в низкодозном режиме		
			бесконтрастную спиральную компьютерную томографию почек и верхних мочевыводящих путей в стандартном режиме		
			ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
			обзорную урографию		
			внутривенную урографию		
5	3	46			
1			При проведении мини перкутанной нефролитотомии предпочтение должно отдаваться		
		*	лазерной литотрипсии		
			ультразвуковой литотрипсии		
			пневматической литотрипсии		
			электрогидравлической		
			механической		
5	3	47			
2			Рекомендуется медикаментозная литокинетическая (камнеизгоняющая) терапия лекарственными препаратами пациентам с камнями мочеточника размерами в поперечном размере		
		*	до 7 мм		
		*	от 7 до 10 мм		
			от 10 до 15 мм		
			от 15 до 25 мм		
			от 20 до 25 мм		
5	3	48			
1			С целью снижения риска повреждения мочеточника перед установкой коужа рекомендуется выполнять предварительное стентирование на		
			1–2 дня		
		*	5–14 дней		
			21 день;		
			28 дней		
			2 месяца		
5	2	49			
4			Стратификация мочекаменной болезни может осуществляться по		
		*	рентгенконтрастности камней		
		*	химическому составу камня		

			патогенезу камнеобразования		
		*	локализации камней		
		*	этиологии камнеобразования		
5	3	50			
3			Установка мочеточникового стента после уретерореноскопии показана		
		*	пациентам с единственной почкой		
			при уверенности в полном удалении камня		
		*	при удалении крупных вколоченных камней		
			при отсутствии аномалий мочеточника		
		*	травме мочеточника		

Модуль 6

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	ibisheb22@mail.ru
7	Моб. телефон	+79287777714
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология,
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Эндокринная уроандрология
15	Тема	3.3.3;
16	Количество вопросов	50
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Тестовые задания к модулю 6

1	1	1			
6	1	1	Нормальный уровень тестостерона здорового мужчины?		
1	*		>12,1 нмоль/л		
			<12,1 нмоль/л		
			>10 нмоль/л		
			8 нмоль/л		
			8 – 12 нмоль/л		
6	1	2			

1			К не тестикулярным андрогенам относятся:		
	*		тестостерон;		
			эстродиол;		
			андростерон;		
			дегидроэпиандростерон		
			все вышеперечисленное		
6	1	3			
1			Тестостерон синтезируется:		
			лимфоцитами		
			макрофагами		
			плазмоцитами		
			Клетками Сертоли		
	*		клетками Лейдига		
6	1	4			
1			Тестостерон может синтезироваться в:		
	*		яичках		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
			все ответы верны		
6	1	5			
2			Тестостерон может синтезироваться в:		
	*		коре надпочечников		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
	*		простате		
6	1	6			
1			Тестостерон может синтезироваться в:		
	*		головном мозге		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
			верны все ответы		
6	1	7			
1			Какие лекарственные препараты способствуют снижению эндогенного Т:		
	*		андрогены		
			фторхинолоны		
			хорионический гонадотропин		
			пенициллины		
			карбопенымы		
6	2	8			
1			К не тестикулярным андрогенам относятся:		
	*		дегидроэпиандростерон		
			дегидротестостерон;		
			дегидроэпиандростерон		
			андростерон		
			Хорионический гонадотропин		
6	2	9			
1			Алкоголь тестостерон:		

	*		снижает		
			повышает		
			не влияет		
			временно снижает		
			временно повышает		
6	1	10			
1			При эректильной дисфункции первая линия терапии:		
		*	ингибиторы ФДЭ – 5 типа		
			альфа - адреноблокаторы		
			витамины		
			аминокислоты		
			ингибиторы – 5 – редуктазы		
6	1	11			
1			При эректильной дисфункции психогенного характера показана консультация:		
		*	психиатра		
			эндокринолога		
			невролога		
			психотерапевта		
			кардиолога		
6	1	12	Пролонгированным препаратам тестостерона относится:		
1		*	Тестостерон ундекоанат		
			Сустанон		
			Омнадрен		
			Андрогель		
			Тестотогель		
			Все ответы верны		
6	1	13	Комбинированным (эферы) препаратам тестостерона относится:		
2			Тестостерон ундекоанат		
		*	Сустанон		
		*	Омнадрен		
			Андрогель		
			Тестотогель		
6	1	14	При гиперпролактенемии повышается уровень		
1			тестостерона		
			эстрогена		
			эстридиола		
			ПСА		
		*	пролактина		
6	1	15	Рак простаты чаще регистрируют у мужчин		
1		*	гипогонадных		
			гипергонадных		
			эугонадных		
			нет связи		
6	1	16	Противопоказания к ЗГТ препаратами тестостерона:		
2			Тестостерон может синтезироваться в:		
		*	рак простаты		
		*	молочной железы		
			гиперплазия простаты		

			почечная недостаточность		
			все ответы верны		
6	1	17	Противопоказания к ЗГТ препаратами тестостерона:		
1			СНМП		
		*	Активное желание иметь детей		
			простатит		
			обструктивная болезнь легких		
			все ответы верны		
6	1	18	Оценка клинического ответа и побочных эффектов ЗГТ препаратами тестостерона проводится через:		
1			1, 2 и 3 мес.		
		*	3, 6 и 12 мес.		
			1 год		
			6 мес.		
			12 мес.		
			18 мес.		
6	1	19	Оценка уровня тестостерона на фоне ЗГТ препаратами тестостерона у мужчин проводится через:		
1			1, 2 и 3 мес.		
		*	3, 6 и 12 мес.		
			1 год		
			6 мес.		
			12 мес.		
			18 мес.		
6	1	20	Оценка состояния простаты на фоне ЗГТ препаратами тестостерона у мужчин проводится через:		
1			1, 2 и 3 мес.		
		*	3, 6 и 12 мес.		
			1 год		
			6 мес.		
			12 мес.		
			18 мес.		
6	1	21			
2			Какие лекарственные препараты способствуют снижению эндогенного Т:		
		*	андрогены		
		*	эстрогены		
			цефлоспорины		
			витамины		
			аминогликозиды		
6	1	22			
2			К гепатотоксичным препаратам тестостерона относится:		
		*	Метилтестостерон		
		*	Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
			Андрогель		
6	1	23			
1			К высококомплаентным препаратам тестостерона относится:		

			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
6	1	24			
1			К трансдермальным препаратам тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
6	1	25			
1			К наиболее физиологичным препаратам тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
6	1	26			
1			К препаратам тестостерона не вызывающие супрафизиологические концентрации тестостерона относится:		
			Метилтестостерон		
			Андриол		
			Тестостерона ципионат		
			Тестостерона энантат		
		*	Андрогель		
6	1	27			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	глюкокортикоиды		
			витамины		
			антиоксиданты		
			аминокислоты		
			все ответы верны		
6	1	28			
2			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	глюкокортикоиды		
		*	антимикотики		
			антиоксиданты		
			аминокислоты		
			хорионический гонадотропин		
6	1	29			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	кетаканазол		
			цефазолин		
			амикацин		
			гентамицин		
			цефалеперзон		
6	1	30			

1			Какие лекарственные средства повышают синтез тестостерона:		
			глюкокортикоиды		
			антибиотики		
			антимикотики		
			эстрогены		
		*	хорионический гонадотропин		
6	1	31			
1			Оценка уровня ПСА на фоне ЗГТ препаратами тестостерона у мужчин проводится через:		
			1, 2 и 3 мес.		
		*	3, 6 и 12 мес.		
			1 год		
			6 мес.		
			12 мес.		
			18 мес.		
6	1	32			
1			На фоне ЗГТ улучшение либидо отмечают через:		
		*	3 – 6 недель		
			2 мес.		
			3 мес.		
			4 мес.		
			6 мес.		
6	1	33			
1			Рак молочной железы чаще наблюдается у мужчин с:		
			болезнью Паркинсона		
			болезнью Пейрони		
			синдром Кальмана.		
		*	синдромом Клайнфельтера		
			гипогонадизмом		
			все ответы верны		
6	1	34			
1			Впервые в России ЗГТ применял профессор:		
		*	Воронов С. А.		
			Пирогов Н.И.		
			Вишневский А.В.		
			Лопаткин А.Н.		
			Сеченов И.М.		
			Санкт – Петербурге		
6	1	35			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена снижением:		
		*	Тестостерона		
			Простат специфического антигена		
			Эстрогенов		
			Фолликулостимулирующего гормона		
			Хорионического гонадотропина		
6	1	36			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена повышением:		
		*	Пролактина		

			Простат специфического антигена		
			тестостерона		
			Фолликулостимулирующего гормона		
			Хорионического гонадотропина		
6	1	37			
1			Эндокринная эректильная дисфункция обусловлена повышением:		
		*	Эстрогенов		
			Простат специфического антигена		
			тестостерона		
			Фолликулостимулирующего гормона		
			Хорионического гонадотропина		
6	1	38			
1			К препаратам тестостерона относится:		
		*	Тестогель		
			Карнитон		
			Селцинк		
			Медформин		
			Хорионический гонадотропин		
6	1	39			
1			Трасдермальным формам препаратов тестостерона относится:		
		*	Анрогель		
			Андриол		
			Сустанон		
			Омнадрен		
			Все ответы верны		
6	1	40			
1			Тестостерон метаболизируется в эстрадиол под воздействием:		
		*	5 α -редуктазы		
			ароматазы		
			диэстеразы		
			урокиназы		
			протеазы		
6	1	41			
1			Тестостерон влияет на:		
			белковый обмен		
			минеральный обмен		
			липидный обмен		
			углеводный обмен		
		*	все ответы верны		
6	1	42			
1			Предшественников тестостерона является:		
		*	холестерин		
			альбумин		
			глюкоза		
			креатинин		
			мочевина		
6	1	43			
1			Критерии выбора препарата тестостерона для ЗГТ у мужчин:		
		*	Возможность индивидуального подбора дозы Тс		

			форма лекарственного средства		
			способ введения		
			фармакокинетика		
			все ответы верны		
6	1	44			
1			При дефиците тестостерона преобладают:		
		*	ирритативные симптомы		
			обструктивные симптомы		
			ноктурия		
			затрудненное мочеиспускание		
			редкое мочеиспускание		
6	1	45			
1			Критерии выбора препарата тестостерона для ЗГТ у мужчин:		
		*	Возможность избежать первичного метаболизма в печени		
			форма лекарственного средства		
			способ введения		
			фармакокинетика		
		*	все ответы верны		
6	1	46			
1			Сосудистая эректильная дисфункция может быть:		
		*	атерогенной		
			кавернозной		
			микроциркуляторной		
			всехогенной		
			все ответы верны		
6	1	47			
1			Эректильная дисфункция может быть:		
			сосудистой		
			нейрогенной		
			психогенной		
			эндокринной		
		*	все ответы верны		
6	1	48			
3			Классификация эректильной дисфункции по степени тяжести		
	*		легкая		
	*		умеренная		
	*		тяжелая		
			крайне тяжелая		
			незначительная		
6	1	49			
1			Факторы риска развития эректильной дисфункции:		
			возраст		
			гиподинамия		
			ожирение		
			алкоголизм		
	*		все ответы верны		
6	1	50			
2			Васкулогенные факторы эректиль-		

			ной дисфункции:		
	*		артериальная гипертензия		
	*		сахарный диабет		
			кретрит		
			простатит		
			все ответы верны льцами		

Модуль 7

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).	
2	Факультет	Факультет 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	Белоусов Игорь Иванович	
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru	
7	Моб. Телефон	+79289043090	
8	Кабинет №	5	
9	Учебная дисциплина	Урология	
0	1	Учебный предмет	Урология
1	1	Учебный год составления	2023
2	1	Специальность	Урология
3	1	Форма обучения	Очная
4	1	Модуль	Эндоурология
5	1	Тема	7.1; 7.2; 7.3; 7.4; 7.5; 7.6; 7.7.
6	1	Подтема	
7	1	Количество вопросов	30
8	1	Тип вопроса	Single and multiple 17139
9	1	Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 7

5	5	1			
1			Простатическую обструкцию можно диагностировать		

			путем		
			Применения анкеты I-PSS		
			Уретроцистоскопии		
		*	Выполнения уродинамического теста «давление-поток»		
			Определения объема предстательной железы при ТрУЗИ		
			Определения индекса интрапузырной простатической протрузии		
5	5	2			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотометрия		
			сфинктерометрия		
5	1	3			
1			Ноктурия – это:		
		*	увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени		
			учащение ночного мочеиспускания		
			перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные		
			дневная олигурия		
			правильно 1 и 4		
5	5	4			
1			Какова максимальная допустимая продолжительность ТУР		
			30-40 мин		
			40-50 мин		
		*	50-60 мин		
			до 1,5 ч		
			до 2,0 ч		
5	7	5			
3			Значимые преимущества робот-ассистированной лапароскопической простатэктомии по сравнению с открытым доступом:		
		*	меньший объем кровопотери,		
		*	более быстрое восстановление пациента,		
		*	более высокие функциональные показатели,		
			более высокие онкологические результаты		
5	4	6			
3			Перед выполнением гибкой уретерореноскопии рекомендуется установка катетера-стента в верхние мочевые пути пациентам с камнями почек с целью		
		*	облегчения проведения вмешательства		
		*	снижения частоты осложнений		
		*	повышения показателя полного удаления камней		

			активной дилатации мочеточника		
5	4	7			
1			При проведении мини перкутанной нефролитотомии предпочтение в выборе вида энергии литотрипсии должно отдаваться		
		*	Лазерной		
			Ультразвуковой литотрипсии		
			Пневматической литотрипсии.		
			Электрогидравлической		
			Сочетание ультразвуковой и пневматической		
5	4	8			
1			При проведении стандартной перкутанной нефролитотомии предпочтение в выборе вида энергии литотрипсии должно отдаваться		
			Лазерной		
			Ультразвуковой литотрипсии		
			Пневматической литотрипсии.		
			Электрогидравлической		
		*	Сочетание ультразвуковой и пневматической		
5	4	9			
1			С целью снижения риска повреждения мочеточника перед установкой кожуха рекомендуется выполнять предварительное стентирование на		
			28 дней		
			21 день		
			1–2 дня		
		*	5–14 дней		
5	4	10			
3			Установка мочеточникового катетера-стента рекомендуется		
		*	при травме мочеточника		
			при полном удалении камней		
		*	беременным пациенткам		
		*	пациентам с единственной почкой		
5	4	11			
2			Установка мочеточникового катетера-стента после уретероскопии показана		
		*	пациентам с единственной почкой		
			при уверенности в полном удалении камня		
		*	при удалении крупных вколоченных камней		
			при отсутствии аномалий мочеточника		
5	7	12			
3			Значимые преимущества робот-ассистированной лапароскопической простатэктомии по сравнению с открытым доступом:		

		*	меньший объем кровопотери,		
		*	более быстрое восстановление пациента,		
		*	более высокие функциональные показатели, более высокие онкологические результаты		
5	5	13			
1			Длительное назначение финастерида в дозе 5мг приводит к:		
			значительному снижению детрузорного давления при мочеиспускании		
			значительным изменениям уродинамики в течение 3 месяцев		
			отсутствию обструкции у всех мужчин по результатам номограммы Абрамса-Гриффитса		
			улучшению уродинамики, сравнимому с результатами ТУР простаты		
		*	нет правильного ответа		
5	5	14			
1			Какой из указанных методов лечения ДГП, как правило, приводит к немедленному улучшению мочеиспускания сразу после удаления катетера?		
		*	Резекция гольмиевым лазером		
			Интестинальная лазерная коагуляция		
			Трансуретральная термотерапия		
			Трансуретральная игольная абляция		
5	5	15			
1			Какие из указанных тканевых компонентов вовлекаются в процесс в предстательной железе при ДГП:		
			Гладкомышечная и соединительная ткань		
			Железистые элементы и гладкие мышцы		
			Железистые элементы и соединительная ткань		
		*	Гладкие мышцы, железистая и соединительная ткань		
5	5	16			
1			Развитие ДГП зависит от:		
			Сниженной продукции лютеинизирующего гормона передней долей гипофиза		
			Повышенного образования трансформирующего фактора роста (TGF β) в строме предстательной железы		
			Возрастного увеличения соотношения эстрогены / тестостерон		
			Превращения тестостерона в дигидротестостерон под влиянием фермента 5 α -редуктазы 1 типа		
		*	Все ответы правильные		
5	5	17			
1			Простатическую обструкцию можно диагностировать путем:		

			Применения IPSS (международной шкалы симптомов простаты)		
			Уретроцистоскопии		
		*	Исследования манометрии потока		
			Определения объема предстательной железы при УЗИ		
5	4	18			
2			Какое утверждение справедливо относительно стентов типа JJ?		
			Дренаж всегда осуществляется через стент		
			Они никогда не забиваются детритом и слизью		
		*	Новейшие стенты имеют малое отношение внутреннего к наружному диаметру		
		*	Установка двух стентов в один мочеточник может быть показана при злокачественной обструкции		
5	5	19			
1			Какой из следующих факторов не влияет на уменьшение продолжительности операции ТУР простаты?		
			Опыт хирурга		
		*	Время анестезии		
			Размеры и форма простаты		
			Резекция в постоянном потоке		
5	4	20			
3			Показаниями к уретероскопии:		
		*	Камней лоханочно-мочеточникового сегмента		
		*	Steinstrasse (каменная дорожка)		
		*	Фиксированные камни нижнего отдела мочеточника		
			Удаление сломанных или мигрировавших стентов		
5	5	21			
2			Что означает трабекуляция мочевого пузыря?		
		*	Гипертрофию гладкой мускулатуры		
		*	Обструкцию выходного мочевого отверстия пузыря		
			Присутствие дивертикула		
			Присутствие в детрузоре коллагена		
5	5	22			
1			Какое лекарство неактивно для нижних мочевых путей?		
			Альфүзозин		
			Мирабегрон		
		*	Аллопуринол		
			Солифенацин		
5	5	23			
1			У пациентов с ДГПЖ, пролечиваемых стентом «Urolume»:		
			Стенты покрываются эпителием в течение 1 месяца		
			Инкрустация обратно пропорциональна эпителизации стента		

		*	Ирритативные симптомы могут персистировать, если пациент имеет выраженную нестабильность детрузора		
			Наименьший процент пациентов имеет частое и императивное мочеиспускание от 1 до 3 месяцев		
5	3	24			
1			При нормальном мочеиспускании шейка мочевого пузыря открывается когда:		
			Уретра укорачивается		
		*	Детрузор сокращается		
			Расслабляются мышцы тазовой диафрагмы		
			Интраабдоминальное давление растёт		
5	5	25			
1			Лечение ДГПЖ с помощью высокоэнергетичной трансуретральной микроволновой термотерапии лучше:		
			у пациентов с большой простатой и минимальными симптомами		
			у пациентов с малой простатой и минимальными симптомами		
			у пациентов с большой простатой и симптомами от средних до тяжелых		
		*	даёт лучший результат в снижении уровня СНМП, чем низкоэнергетичная трансуретральная микроволновая термотерапия		
5	5	26			
1			ТУР-синдром может развиваться после ТУР простаты. Какие клинические признаки характерны при этом осложнении?		
		*	Беспокойство		
			Гипотония		
			Гипертермия		
			Гипонатриемия		
5	5	27			
3			Инконтиненция после ТУР простаты наиболее вероятно связана с:		
		*	плохой видимостью во время операции из-за кровотечения		
		*	чрезмерной резекцией передней части в дистальном направлении		
			слишком большой простатой, потребовавшей удлинения времени операции		
		*	термической травмой сфинктера, обусловленной поломкой электрической цепи		
5	4	28			
1			Когда манжета искусственного сфинктера уретры (AUS) помещается вокруг шейки мочевого пузыря, то		
			искусственный сфинктер работает лучше		
			он может быть активирован немедленно		

			хирургическая процедура просты		
		*	замещение мочевого пузыря кишкой не проводится одномоментно		
5	5	29			
1			Который из следующих факторов не имеет отношения к сокращению времени операции ТУР простаты?		
			Хирургические навыки		
		*	Тип анестезии		
			Размер и форма простаты		
			Резекция с непрерывным потоком		
5	4	30			
1			Ретроградная интратенальная хирургия целесообразна у пациентов с:		
			коралловидными камнями почек		
			единичными крупными камнями лоханки		
		*	единичными некрупными конкрементами чашечно-лоханочной системы		
			камнями дивертикулов чашечек		

Модуль 8

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).	
2	Факультет	Факультет 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	Белоусов Игорь Иванович	
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru	
7	Моб. Телефон	+79289043090	
8	Кабинет №	5	
9	Учебная дисциплина	Урология	
0	1	Учебный предмет	Урология
1	1	Учебный год составления	2023
2	1	Специальность	Урология
3	1	Форма обучения	Очная
4	1	Модуль	Дисфункции нижних мочевых путей

5	1	Тема	8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5.
6	1	Подтема	
7	1	Количество вопросов	30
8	1	Тип вопроса	Single and multiple
9	1	Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 8

8	4	1			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		
8	2	2	Ноктурия – это:		
1			увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени		
		*	учащение ночного мочеиспускания		
			перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные		
			дневная олигурия		
			правильно 1 и 4		
8	3	3			
1			Простатическую обструкцию можно диагностировать путем:		
			Применения анкеты I-PSS		
			Уретроцистоскопии		
		*	Выполнения уродинамического теста «давление-поток»		
			Определения объема предстательной железы при ТрУЗИ		
			Определения индекса интрапузырной простатической протрузии		
8	6	3			
1			Пациенту с симптомами нижних мочевых путей, эффективно купированными доксазолином, предъявляющего жалобы на эректильную дисфункцию добавление к терапии какого препарата из группы И-ФДЭ-5 типа возможно?		
			Низких доз силденафила		
			Низких доз варденафила		

		*	Низких доз тадалафил		
			Алпростатида		
			Совместное применение И-ФДЭ-5 типа с альфа-адреноблокатором противопоказано		
8	4	4			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		
8	5	5			
1			При стрессовом недержании:		
			Частота мочеиспускания не является важным фактором		
			"Симптом" стрессового недержания является неспецифическим		
		*	Ухудшение функции уретрального сфинктера в старости приводит к повышенной частоте недержания		
			Терапия сосуществующей нестабильности детрузора может привести к устранению всех симптомов		
8	6	6			
1			К препаратам из группы холинолитиков относятся все, кроме		
			Солифенацина		
			Троспиума хлорида		
			Оксибутинаина		
			Толтероидина		
		*	Мирабегрона		
8	6	7			
1			Значительное различие между толтероидом и другими антихолинергическими медикаментами состоит в том, что толтероид: (выбрать наиболее верный ответ)		
			Эффективен только в отношении детрузора		
			Более эффективен в отношении детрузора		
		*	Менее эффективен в отношении слюнных желез		
			Эффективен в дозах менее 0,1 мг		
8	6	8			
1			Нейромодуляция задних крестцовых корешков - возможный метод лечения при:		
			Интерстициальном цистите		
		*	Нестабильности детрузора		
			Перерастяжении мочевого пузыря		
			Обструкции шейки мочевого пузыря		

8	3	9			
1			Термин «гиперактивный мочевого пузыря»:		
			Уродинамический диагноз		
			Предполагает общую этиологию гиперрефлексии и нестабильности		
		*	Общее обозначение гиперрефлексии и нестабильности детрузора		
			Обозначает, что механизмы С-волокон лежат в основе неотложных позывов и частого мочеиспускания		
8	6	10			
1			У девочки 7 лет со spina bifida в анамнезе рецидивирующая инфекция мочевого тракта и недержание мочи. Отмечается гиперрефлексия и низкая растяжимость мочевого пузыря с объемом 150 мл. (объем остаточной мочи > 60 мл.) Пузырно-уретеральный рефлюкс III стадии при нормальной нефросцинтиграмме. После терапии инфекции мочевого тракта, какой метод предпочтёте в качестве лучшего способа лечения?		
			Периодическая катетеризация и антихолинэргическая терапия		
			Увеличивающая цистопластика и периодическая катетеризация		
			Увеличивающая цистопластика с созданием искусственного уретрального сфинктера и периодическая катетеризация		
		*	Периодическая катетеризация, антихолинэргическая терапия и долгосрочное профилактическое назначение антибактериальных препаратов в малых дозах до достижения стерильности мочи		
8	5	11			
1			Женщина 45 лет предъявляет жалобы на недержание мочи через 9 месяцев после позадилобковой уретропексии. При видеоуродинамическом исследовании выявляется нормальная растяжимость мочевого пузыря, стабильность детрузора и плохой поток мочи. При цистоскопии – высоко фиксированный за лобком мочеиспускательный канал. Какова дальнейшая тактика?		
			Гипердилатация уретры		
		*	Трансвагинальный уретролизис		
			Уретролизис и подвешивание с помощью иглы		
			Назначение антихолинэргических препаратов и периодическая катетеризация		
8	6	12			
1			Нейромодуляция задних крестцовых корешков - возможный метод лечения при:		
			Интерстициальном цистите		
		*	Нестабильности детрузора		

			Перерастяжении мочевого пузыря		
			Обструкции шейки мочевого пузыря		
8	4	13			
1			Внутрипузырное максимальное давление удержания мочи		
			Не полезно у женщин		
			Не интерпретируется у детей		
			Прогностический фактор повреждений верхних отделов мочевого тракта		
		*	Не может быть оценено без измерения внутриректального давления		
8	6	14			
2			Селективная блокада α-1 адренорецептора в течение 3-х месяцев и более:		
		*	Приводит к длительному клиническому улучшению		
		*	Приводит к ретроградной эякуляции более чем в 50% случаев		
			Не сопровождается снижением максимального давления мочеиспускания		
			Не является необходимой, т.к. более короткие курсы дают такие же результаты		
8	6	15			
1			Рост ткани при доброкачественной гиперплазии развивается преимущественно в следующей зоне простаты		
		*	Центральная зона		
			Периферическая зона		
			Переходная зона		
			Периферическая зона и Переходная зона		
8	6	16			
1			В случаях сниженной активности детрузора какое из следующих лекарств следует использовать?		
			Празозин		
			Имипрамин		
			Индометацин		
		*	Бетанехол хлорид		
8	1	17			
1			Двигательное обеспечение мочевого пузыря исходит из:		
			S2,3,4 симпатический		
			T10 - L1 симпатический		
		*	S2,3,4 парасимпатический		
			T10 - L1 парасимпатический		
8	6	18			
1			В лечении детрузорной нестабильности лекарствами:		
			Оксибутинин действует селективно на M ₃ рецепторы моче-		

			вого пузыря		
			Дарифенацин – селективный антагонист М3 рецепторов мочевого пузыря		
			Импипрамин – более мощный антимускариновый агент чем оксибутинин		
		*	Запор – наиболее частое показание к отмене терапии оксибутинином		
8	4	19			
1			Какой уродинамический параметр позволит наиболее точно установить причину затруднённого мочеиспускания у мужчины страдающего гиперплазией предстательной железы и нейропатией, вызванной сахарным диабетом?		
			Максимальная скорость потока мочи		
			Остаточный объём мочи		
			Внутрипузырное давление в момент максимального потока		
		*	Детрузорное давление в момент максимального потока		
			Абдоминальное давление в момент максимального потока		
8	4	20			
1			На протяжении оптимального мочеиспускания у мужчины фактическое давление детрузора математически зависит от:		
			Детрузорное давление открытия, поток и длина простаты при уретральной профилометрии		
			Детрузорное давление открытия, поток и поперечное сечение зоны, контролирующей поток		
		*	Максимальное давление детрузора, поток и поперечное сечение зоны потока		
			Давление детрузора при Q max, средний поток и поперечное сечение зоны потока		
8	6	21			
1			Антимускариновая терапия противопоказана мужчинам с симптомами нижних мочевых путей/ доброкачественной гиперплазией предстательной железы?		
			Да, во всех случаях		
		*	Нет, только пациентам с большим объёмом остаточной мочи		
			Нет, если в сочетании с приёмом альфа-адреноблокатора		
			Только при значительном увеличении объёма предстательной желез		
			Нет, она показана во всех случаях с симптомами гиперактивного мочевого пузыря		
8	4	22			
1			Наиболее часто при уродинамическом исследовании нижних мочевых путей у пациентов с рассеянным склерозом регистрируется:		
		*	Гиперактивность детрузора		

			Детрузор-сфинктерная диссенергия		
			Аконтрактильность детрузора		
			Гиперактивность детрузора ассоциированная с детрузор-сфинктерной диссенергией		
8	6	23			
1			Плохое опорожнение мочевого пузыря после абдоминопери-неальной экцизии прямой кишки у пожилого мужчины		
			Является совпадением		
			Требует назначения бетанехола		
			Во всех случаях оптимальной терапией является ТУР простаты		
		*	Требует уродинамического исследования, поскольку может быть повреждено тазовое сплетение		
8	5	24			
1			45-летняя женщина жалуется на императивное недержание через 9 месяцев после ретролобковой уретропексии. Видеоуродинамическое исследование показывает нормальную податливость мочевого пузыря, отсутствие гиперактивности детрузора, и слабый поток мочи; цистоскопия показывает высокое постоянное позадилонное положение уретры. Следующим шагом должно быть:		
			Гипердилатация уретры		
		*	Трансвагинальный уретролиз		
			Уретролиз и игольная суспензия		
			Назначение антихолинергических агентов и периодической катетеризации		
8	1	25			
1			На каком позвоночном уровне расположен "центр мочеиспускания" в спинном мозге?		
			Шейном 5-6		
			грудном 7-8		
			Поясничном 5 - Крестцовом 1		
		*	Грудном 12 - Поясничном 1		
8	6	26			
1			Эффективными медикаментами для уменьшения сверхактивности детрузора являются:		
			альфа-блокаторы		
			бета-блокаторы		
		*	антимускариновые агенты		
			миорелаксанты		
8	6	27			
1			Выберите наиболее верный вариант ответа: значительное различие между солифенацином и другими антихолинергическими медикаментами состоит в том, что солифенацин:		
			Эффективен только в отношении детрузора		

			Более эффективен в отношении детрузора		
		*	Менее эффективен в отношении слюнных желез		
			Эффективен в дозах менее 0,1 мг		
8	2	28			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		
8	5	29			
1			Выберете наиболее точное утверждение о стрессовом недержании мочи:		
			Происходит только во время кашля		
			Не сопровождается ургентным позывом к мочеиспусканию		
			Сочетается с гиперактивностью детрузора		
		*	Происходит при внезапном повышении внутрибрюшного давления, без ургентного позыва к мочеиспусканию и отсутствия гиперактивности детрузора		
			Проявляется потерей мочи при резком повышении внутрибрюшного давления, которому предшествует ургентный позыв к мочеиспусканию на фоне гиперактивности детрузора		
8	2	30			
2			Что не относится к клиническим признакам синдрома гиперактивного мочевого пузыря?		
			Учащенное мочеиспускание		
			Малообъемное мочеиспускание		
		*	Боль в надлобковой области		
		*	Болезненное мочеиспускание		
			Ургентность		

Ситуационные задачи:

Задача 1: пациент К., 47 лет. Профессиональных вредностей нет. Обратил внимание на примесь крови в моче. Госпитализирован в урологическое отделение. На момент осмотра жалоб нет. При обследовании по данным УЗИ выявлено образование мочевого пузыря 20 мм. Лабораторные показатели крови в пределах нормы. В ОАМ эритроцитурия за счет свежих, лейкоцитурия.

Результаты физикального осмотра: состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Слизистые чистые. Живот мягкий, безболезненный. Per rectum: сфинктер прямой кишки в тонусе, простата резко увеличена. безболезнена при пальпации .

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: Эритро.- $6,1 \times 10^{12}/л$, MCV- 68, MCH- 22, Hb- 72 г/л, Тромб- $324 \times 10^9/л$, Лейк- $8,1 \times 10^9/л$: П/я- 6%, С/я- 55%, Лимф.- 32%, М-7%.

Биохимический анализ крови: общ Билирубин- 18 (норма < 21) мкмоль/л; Креатинин- 130 (норма 59-104) мкмоль/л; Мочевина- 12 (норма 2,76-8,07) ммоль;

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Камень мочевого пузыря;
- b. Образование неопределенного характера мочевого пузыря *
- c. Злокачественное новообразование мочевого пузыря;
- d. Сгусток крови;
- e. Гиперплазия простаты, кровотечение из подслизистых вен.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. Уретроцистоскопия; *
- b. МРТ малого таза;
- c. МСКТ мочевой системы;
- d. ПЭТ-КТ с галием.

3. Перечислите возможные методы терапии:

- a. Назначение гемостатической терапии
- b. Проведение интрапузырной химиотерапии;
- c. БЦЖ-терапия
- d. ТУР мочевого пузыря с образованием *

4. Предположительный прогноз:

- a. Благоприятный; *
- b. Неблагоприятный;
- c. Сомнительный

Задача 2: Пациент 45 лет. В анамнезе – нефрэктомия справа по поводу почечно-клеточного рака.

Общий анализ крови – НЬ-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 – 112,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль / л, Аст – 19 ммоль/л, АлТ – 23 ммоль/л, общий белок – 71 г/л.

По данным КТ с болюсным усилением обнаружена опухоль, подозрительная на почечно-клеточный рак (ПКР) размером 5 см в верхнем полюсе единственной левой почки и одиночные очаги до 2 см, подозрительный на метастазы, в нижних отделах левого легкого.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. T1N0Mx;
- b. T1bNxM1; *
- c. T2N0Mx;
- d. T1aNxM1.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. МРТ почек;
- b. Биопсия опухоли;
- c. Дополнительных исследований не требуется; *
- d. ПЭТ-КТ почек.

3. Предложите лечебную тактику.

- a. Начальная таргетная терапия, затем резекция почки;
- b. Резекция почки, затем таргетная терапия;
- c. Поэтапная резекция почки, а затем лобэктомия левого легкого;
- d. Одновременная резекция почки и лобэктомия левого легкого. *

Задача 3. Пациент К., 48 лет. Обратился с жалобами на: невозможность полного отведения крайней плоти, уплотнение, прощупываемое сверху на головке пениса под крайней плотью, уплотнение крайней плоти, затруднение и рези при мочеиспускании, изменением формы струи мочи, болезненную эрекцию, прощупываемое уплотнение в паху справа.

Из анамнеза заболевания установлено: затруднения при отведения крайней плоти и болезненные эрекции стал отмечать около 7 месяцев назад во время сексуальных контактов, пациент связывал это последствиями приема препаратов для улучшения эрекции; несколько позже при самообследовании отметил появление уплотнения на крайней плоти и на головке сверху, отведение крайней плоти стало затруднительным и болезненным, а в настоящее время полное оголение головки невозможно; при детальном опросе установлено, что нарушения мочеиспускания возникли чуть более года назад, в виде затруднения при мочеиспускании, постепенного ухудшения и истончения струи мочи, появления сначала дискомфорта при мочеиспускании, а затем рези в течение всего акта мочеиспускания; 3 недели назад отметил появление болезненного выраженного уплотнения в паху справа; за медицинской помощью ранее по данному поводу не обращался ввиду нахождения в особенностей рабочего графика.

Из анамнеза жизни установлено: хронические/перенесенные заболевания — хронический гастродуоденит, хронический бронхит, левосторонняя внебольничная пневмония, герпес-вирусная инфекция, хламидийная инфекция, папиллома-вирусная инфекция; операции и травмы: удаление (криодеструкция) остроконечных кондилом на головке и теле пениса, в надлонной области (3 и 7 лет назад), перелом лучевой кости слева (13 лет назад), левосторонний торакоцентез (22 года назад), герниопластика правосторонней паховой грыжи (34 года назад); ВИЧ-и, гепатиты, сифилис отрицает; сексуально-репродуктивный анамнез — разведен, более 20 половых партнеров в течение жизни, 1 ребенок; аллергические реакции на лекарственные препараты, сезонные/иные аллергические реакции отрицает; лекарственный анамнез: периодически принимает Ацикловир (при обострении герпес-вирусной инфекции), Тадалафил; курит — стаж курения 29 лет, предпочитает трубочный табак и сигары, употребление алкоголя — умеренное; профессиональный анамнез: механик машинного отделения океанского сухогруза; записано со слов, медицинская документация — консультативный прием уролога от 2019 года, диагноз: специфический уретрит умеренной степени активности (Ch. trachomatis), остроконечные кондиломы головки и тела полового члена, верифицированная папиллома-вирусная инфекция (HPV 6, 18, 54 типы); операции — криодеструкция остроконечных кондилом (4 см²)

Результаты осмотра и физикального обследования: рост – 186 см, масса тела — 74 кг, ИМТ = 21,4 кг/м², АД: 125/70 мм.рт.ст., ЧСС: 65 уд/мин, ЧДД: 17 дд/мин; кожные покровы физиологической окраски, без элементов сыпи; слизистые чистые, бледно-розовые; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут, перитонеальная симптоматика не определяется, на передней брюшной стенке и в правой паховой области визуализированы п/о рубцы, стул регулярный (со слов), ПЖК не выражена; локальный статус: пальпация в поясничных областях безболезненная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпация в надлонной области безболезненная, пальпация в паховых областях — слева: безболезненная, справа —

определяется п/о рубец, на границе нижней и средней трети паховой связки определится плотно-эластическое подвижное умеренно-болезненное округлое образование размерами около 3 x 3 см; наружные половые органы — сформированы правильно, половой член нормативного размера, крайняя плоть от 10 до 3 часов УЦ уплотнена деформирована, визуализация головки затруднена, после топического обезболивания проведена попытка отведения — на доступной обзору части визуализировано на головке к уретро-меатусу по верхней гемисфере, определяется возвышающееся над поверхностью плотно-эластичное мелкобугристое образование красноватого оттенка с белесоватым налётом, дорсально практически на 1/3 перекрывающее просвет уретро-меатуса, головка болезненная при пальпации; органы мошонки — без особенностей, яички-придатки нормативных размеров, безболезненные при пальпации; пальцевое ректальное исследование: ампула ректума свободная, тонус сфинктера в норме, простата незначительно увеличена, V-образной формы, симметричная, незначительно болезненная, срединная борозда определяется, плотно-эластической консистенции, включения не определяются, слизистая ректума смещаемая, семенные пузырьки недостижимы.

Предварительный диагноз: С60.1 ЗНО головки полового члена сТхNхMх. С60.2 ЗНО тела полового члена сТхNхMх.

ВОПРОСЫ:

1. С учётом установленного предварительного диагноза предложите из перечисленных методы первой линии диагностики для верификации диагноза (выберите несколько вариантов):

- *А) МРТ пениса с/без контрастного усиления
- Б) УЗИ паховых областей
- *В) МРТ малого таза с контрастным усилением
- *Г) циркумцизия + биопсия первичного поражения
- *Д) МРТ паховых областей с контрастным усилением
- Е) ПЭТ-КТ с 18-ФДГ

2. По данным МРТ пениса с контрастным усилением, согласно результатам биопсии первичного неопластического поражения (бородавчато-базалоидный тип) определено сТ3 поражение головки и тела полового члена с инвазией в уретру и правое кавернозное тело, размерами 38 x 32 x 29 мм. По данным МРТ паховых областей с контрастным усилением обнаружено увеличение двух лимфатических узла справа до 28 и 42 мм, слева — одного до 17 мм. Для верификации метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов предложите наиболее предпочтительные методы менеджмента паховых лимфатических узлов (выберите несколько вариантов):

- А) ПЭТ-КТ с 18-ФДГ
- *Б) МСКТ брюшной полости с контрастным усилением
- *В) двухсторонняя чрескожная/открытая биопсия лимфатических узлов
- *Г) МСКТ грудной клетки с контрастным усилением
- *Д) МРТ малого таза с контрастным усилением
- Е) МСКТ забрюшинного пространства без контрастного усиления

3. На основании данных поведенного комплексного обследования установлен клинический диагноз: С60.1 ЗНО головки полового члена. С60.2 ЗНО тела полового члена сТ3N1Mo, ВПЧ-ассоциированное. Клиническая стадия III. Клиническая группа II. Пациенту разъяснены исходы и риски, связанные с применением различных модальностей терапии. Пациент согласен на проведение радикального лечения. Предложите наиболее приемлемые хирургические методы лечения, которые могут быть применены в данном кейсе (выберите один или несколько вариантов):

- А) микрографическая хирургия Moh's
- Б) широкое иссечение + реаппроксимация / кожная пластика
- В) скальпирование головки + реаппроксимация / кожная
- Г) глансэктомия + формирование неомеатуса + кожная пластика
- *Д) ампутация пениса + формирование неомеатуса + кожная пластика

4. Учитывая T-стадию первичного поражения, pN1-стадию по данным биопсии (внутриузловые метастазы в 2 лимфатических узлах справа без экстранодулярного метастазирования, слева — отрицательно) и отсутствием данных за поражение лимфатических узлов по данным МРТ малого таза предложите соответствующую ей наиболее рациональную тактику первичного менеджмента лимфатических узлов в данном клиническом случае (выберите несколько вариантов ответа):

- А) односторонняя стандартная пахово-бедренная лимфодиссекция
- *Б) двухсторонняя стандартная пахово-бедренная лимфодиссекция
- В) двухсторонняя модифицированная пахово-бедренная лимфодиссекция
- Г) неоадьювантная терапия не требуется
- *Д) неоадьювантная химиотерапия: TTP (паклитаксел, ифосфамид, цисплатина)
- Е) неоадьювантная химиотерапия: цетуксимаб

Задача 4: Пациент 69 лет, поступил во второй половине дня в приемное отделение БСМП с развившейся 8-часовой острой задержкой мочи, возникшей впервые. Моча была в приемном отделении эвакуирована эластичным катетером (550 мл), после чего самостоятельное мочеиспускание восстановилось. Пациент был госпитализирован.

При обследовании установлено: жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час. Относительная плотность мочи 1.010. Содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови на верхних границах нормы. При ультразвуковом исследовании верхних мочевых путей патологии не выявлено, простаты увеличена до 60 см³.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

- а) Гиперплазия простаты, острая задержка мочи на фоне хронической неполной. *
- б) Гиперплазия простаты + нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей на фоне распространенного остеохондроза с поражением грудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника, хроническая неполная задержка мочи.
- в) Гиперплазия простаты, хроническая неполная задержка мочи

2. Тактика ведения пациента?

- а). Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной терапии (альфа-адреноблокаторы). При восстановлении мочеиспускания - амбулаторное лечение с дообследованием для определения вида хирургического лечения.
- б) Постановка временного уретрального катетера, подготовка пациента в течение 1-2 дней к операции и выполнение хирургического лечения осложненной гиперплазии простаты.
- в) Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной терапии (альфа-адреноблокаторы). Дообследование в объеме комплексного уродинамического исследования, МРТ позвоночника, консультации невролога. По совокупности результатов - решение о виде лечения. *

3. Возможно ли выполнение хирургического лечения ДГПЖ в данном случае непосредственно при поступлении пациента в стационар?

а). Невозможно. Показания для хирургического лечения абсолютные, однако не известен соматический статус больного, пациент находится в экстренной ситуации, в связи с чем радикальное лечение основного заболевания имеет высокий риск послеоперационных осложнений. Необходима подготовка пациента и детальная оценка текущего соматического статуса. *

б). Возможно. В данном случае восстановление функции нижних мочевых путей маловероятно. Имеются абсолютные показания к хирургическому лечению. Следует применить временное уретральное дренирование мочевого пузыря, после чего выполнить ТУР предстательной железы.

в) Пациенту не следует применять хирургический метод лечения. Вероятно, что нарушения мочеиспускания носят временный характер, ранее больной не получал никакого лечения по поводу гиперплазии простаты, размер гиперплазии предстательной железы небольшой. В данном случае следует проводить сочетанную терапию альфа-адреноблокаторами и ингибиторами 5альфаредуктазы. Пациент должен находиться под наблюдением уролога.

Задача 5. Пациент 72 года, поступил в отделение в порядке оказания неотложной помощи с жалобами на затруднение мочеиспускания естественным путем, режущие боли в надлонной области в течение 3-х дней, гипертермию до 38⁰С. в течение последних 3-х часов. Накануне заболевания принимал алкоголь. Ранее, в течение последних 3-х лет отмечал учащенное мочеиспускание малыми объемами, ослабление струи мочи, ноктурию до 2–3 раз за ночь, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. К врачу не обращался.

Объективно: при осмотре над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном осмотре простата увеличена в размерах, борозда не определяется, консистенция мягко-эластичная, простата болезненная при осмотре.

ВОПРОСЫ

Диагноз?

а) Острый простатит на фоне имеющейся симптомной гиперплазии простаты, осложнившийся острой задержкой мочи. *

б) Гиперплазия простаты, осложнившаяся острой задержкой мочи. На фоне этого состояния развился острый пиелонефрит.

в) У пациента имеется вирусный энцефаломиелит, осложнившийся острой задержкой мочи.

Что послужило причиной острой задержки мочи?

а) Отек железы на фоне приема алкоголя. Имеющая место хроническая инфекция в простате при хронической инфравезикальной обструкции за счет гиперплазии простаты привела к развитию острого простатита. *

б) Прогрессирующая симптомная гиперплазия простаты на фоне приема алкоголя осложнилась острой задержкой мочи, развилась ретенция мочи в верхних мочевых путях, осложнившаяся острым пиелонефритом.

в) Неврологическая патология привела к нейродифункции нижних мочевых путей. Прием алкоголя – случайное совпадение.

Какова тактика ведения пациента?

а) Трояркая цистостомия под УЗИ-наведением, лечение инфекции. Хирургическое лечение обструктивной гиперплазии через 4 недели после излечения острого простатита. *

б) Уретральное дренирование мочевого пузыря на время проведения антибактериальной терапии с последующим удалением и восстановлением самостоятельного мочеиспускания. В последующем показана оценка состояния нижних мочевых путей, при необходимости разработка тактики лечения

в) Открытая эпицистостомия с последующими лечебно-диагностическими мероприятиями по поиску причины развития данного состояния

Задача 6: пациент С., 25 лет. Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с жалобами на боли в надлонной области и промежности тупого ноющего характера. Боли резко усиливаются при физической нагрузке. Отмечает слабую струю мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, постмикционное подкапывание мочи. Снижение утренних спонтанных эрекций, преходящие краткосрочные расстройства зрения.

Результаты анкетирования: шкала IPSS- 23 балла, преимущественно за счет ирритативных симптомов, опросник NIH-CPSI- 11 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, без видимых изменений. Мочевой пузырь пальпируется в виде туго-эластичного образования в надлонной области. Простата при ректальном осмотре – без патологических знаков.

Результаты лабораторного обследования: ОАК, биохимия, ОАМ – физиологическая норма. Сонографическое исследование НМП: остаточная моча 160 мл, иной патологии не выявлено.

МСКТ органов забрюшинного пространства: без патологических изменений.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- Дисфункциональное мочеиспускание;
- Детрузорно-сфинктерная диссинергия
- Синдром гиперактивного мочевого пузыря
- Нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей. *

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- Сосудистого хирурга
- Консультация невролога; *
- Консультация психотерапевта;
- Консультация нейрохирурга.

3. Перечислите необходимые диагностические тесты:

- МРТ позвоночника,
- МРТ головного мозга *
- МСКТ позвоночника;
- Уродинамическое исследование *

4. Предположительный прогноз:

- Благоприятный
- Неблагоприятный; *
- Сомнительный

Задача 7: Пациент А., 77 лет. Пришел на амбулаторный прием уролога с жалобами на натуживание при мочеиспускании, вялую струю мочи, ноктурию (4-5 раз). Развитие симптомов отмечает за последние 3 месяца.

При пальцевом ректальном исследовании простата увеличена, междолевая борозда не определяется, границы железы четкие, пальпация безболезненна.

При ТрУЗИ размер железы 70 см³. Остаточной мочи - 60 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7,8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи без отклонений от физиологической нормы. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет.

ВОПРОСЫ

1. Диагноз?

- а) Гиперплазия предстательной железы
- б) Сердечная недостаточность.
- с) Хронический простатит
- д) Верно а) и б) *

2. Необходимые методы диагностики?

- а) Дневник мочеиспусканий, индекс здоровья простаты или общий ПСА, Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), оценка пациента кардиологом. *
- б) Дневник мочеиспусканий, индекс здоровья простаты, урофлоуметрия, уровень общего тестостерона сыворотки.
- в) Общий ПСА, МСКТ таза, оценка объема остаточной мочи, УЗИ сердца

3. Тактика ведения пациента.

- а) Инициальная терапия препаратами из группы альфа-адреноблокаторов до результатов КУДИ; возможная коррекция терапии после КУДИ; терапия, назначенная кардиологом. *
- б) Альфа-адреноблокаторы + ингибиторы 5 альфа-редуктазы + М-холинолитики
- в) Альфа-адреноблокаторы + М-холинолитики
- в) Альфа-адреноблокаторы + бетта3-адреномиметики

4. Предположительный прогноз:

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

Задача 8: Пациент 72 года, поступил в приемное отделение БСМП с развившейся 8-часовой острой задержкой мочи, возникшей впервые. Случайно упомянуто, что за день до обращения пациент упал с высоты 2 м на ягодичную область, после чего отметил выраженный болевой синдром. Моча была в приемном отделении эвакуирована эластичным катетером (520 мл), после чего самостоятельное мочеиспускание восстановилось. Пациент был госпитализирован.

При обследовании установлено: жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час. Относительная плотность мочи 1.010. Содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови на верхних границах нормы. При ультразвуковом исследовании верхних мочевых путей патологии не выявлено, простаты увеличена до 60 см³.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

- а) Гиперплазия простаты, острая задержка мочи
- б) Гиперплазия простаты + нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей на фоне распространенного остеохондроза с поражением грудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника, хроническая неполная задержка мочи.

в) Травматическое повреждение, возможно компрессионный перелом, в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с развитием острой задержки

2. Тактика ведения пациента?

а). Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной терапии (альфа-адреноблокаторы). При восстановлении мочеиспускания - амбулаторное лечение с дообследованием для определения вида хирургического лечения.

б) Постановка временного уретрального катетера, подготовка пациента в течение 1-2 дней к операции и выполнение хирургического лечения осложненной гиперплазии простаты.

в) Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной терапии (альфа-адреноблокаторы). Дообследование в объеме комплексного уродинамического исследования, МРТ позвоночника, консультации невролога. По совокупности результатов - решение о виде лечения. *

3. Возможно ли выполнение хирургического лечения ДГПЖ в данном случае непосредственно при поступлении пациента в стационар?

а). Невозможно. Показания для хирургического лечения абсолютные, однако не известен соматический статус больного, пациент находится в экстренной ситуации, в связи с чем радикальное лечение основного заболевания имеет высокий риск послеоперационных осложнений. Необходима подготовка пациента и детальная оценка текущего соматического статуса.

б). Возможно. В данном случае восстановление функции нижних мочевых путей маловероятно. Имеются абсолютные показания к хирургическому лечению. Следует применить временное уретральное дренирование мочевого пузыря, после чего выполнить ТУР предстательной железы.

в) Пациенту не следует применять хирургический метод лечения. Высокая вероятность связи нарушения мочеиспускания с травматическим фактором. В данном случае следует дообследовать пациента с обязательным осмотром невролога/нейрохирурга, после чего следует определить лечебную тактику *

Задача 9: Пациент Г, 62 лет. Длительное время страдает сахарным диабетом 1 типа. Жалобы на несколько затрудненное и учащенное мочеиспускание, ночные мочеиспускания до 6 раз. Нарушения мочеиспускания отмечает около 8 лет. Оценка жалоб по шкале IPSS – 15, качества жизни – 3. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа увеличена, в отсальном без патологических знаков. Максимальная объемная скорость потока мочи 11 мл/сек. При УЗИ: почки не изменены, объем простаты 56 см³.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

- а) Симптомная гиперплазия простаты.
- б) Нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей
- в) Синдром гиперактивного мочевого пузыря

2. Тактика ведения пациента?

- а) Медикаментозная терапия альфа-адреноблокаторами с последующей оценкой жалоб
- б) Консультация эндокринолога, невролога

в) Дневник мочеиспускания, уродинамическая диагностика, пробная медикаментозная терапия.

3. Ожидаемые уродинамические паттерны?

а) Гиперсенсорность, гиперактивность детрузора, детрузорно-сфинктерная диссинергия.

б) Изолированные нарушения чувствительности,

в) Детрузорная гиперактивность, детрузорно-сфинктерная диссинергия,

Задача 10: Пациент 79 лет, поступил в приемное отделение БСМП с суточной острой задержкой мочи, возникшей впервые. Моча в приемном отделении эвакуирована эластичным катетером (1200 мл), самостоятельное мочеиспускание не восстановилось. Пациент госпитализирован.

При обследовании установлено: жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, СОЭ - 15 мм в час. Содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови в три раза выше нормы. При ультразвуковом исследовании верхних мочевых путей патологии не выявлено, простаты не увеличена.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

а) Гиперплазия простаты, острая задержка мочи на фоне хронической неполной.

б) Гиперплазия простаты + нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей на фоне распространенного остеохондроза с поражением грудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника, хроническая неполная задержка мочи. *

в) Гиперплазия простаты, хроническая неполная задержка мочи

2. Тактика ведения пациента?

а). Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной терапии (альфа-адреноблокаторы). При восстановлении мочеиспускания - амбулаторное лечение с дообследованием для определения вида хирургического лечения.

б) Постановка временного уретрального катетера, подготовка пациента в течение 1-2 дней к операции и выполнение хирургического лечения для постоянного отведения мочи в виде эпицистостомии.

в) Дообследование в объеме комплексного уродинамического исследования, МРТ и МСКТ позвоночника, консультации невролога, нейрохирурга. Периодическая катетеризация мочевого пузыря. По совокупности результатов - решение о виде лечения. *

Задача 11: Женщина 38 лет. Жалоб не предъявляет. При плановом обследовании выполнено УЗИ, а затем КТ с болюсным усилением? Выявлена простая многокамерная киста правой почки размером 10 x 12 см без компликации полостной системы.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

а. Киста Босняка II *

б. Киста Босняка IIF;

с. Киста Босняка III;

д. Киста Босняка IV

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. МРТ почек;
- b. Доплер УЗИ почек;
- c. Дополнительных исследований не требуется; *
- d. ПЭТ-КТ почек.

3. Предложите лечебную тактику.

- a. Радикальная нефрэктомия
- b. Резекция почки
- c. Декортикация кисты почки *
- d. Пункция кисты с внутривещным введением спирта

4. Выберите оптимальный хирургический метод лечения

- a. Открытая хирургия
- b. Лапароскопический подход *
- c. Лапароскопический робот-ассистированный подход
- d. Минимально инвазивная тактика – пункция кисты под рентген-контролем, химический некроз эпителия, временное чрескожное дренирование полости кисты

5. Предположительный прогноз:

- a. Благоприятный; *
- b. Средний;
- c. Плохой.

Задача 12: Пациент 69 лет, поступил во второй половине дня в приемное отделение БСМП с развившейся 8-часовой острой задержкой мочи, возникшей впервые. Моча была в приемном отделении эвакуирована эластичным катетером (650 мл), после чего самостоятельное мочеиспускание восстановилось. Пациент был госпитализирован.

При обследовании установлено: жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час. Относительная плотность мочи 1.010. Содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови на верхних границах нормы. При ультразвуковом исследовании верхних мочевых путей патологии не выявлено, простаты увеличена до 60 см³.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

- a) Гиперплазия простаты, острая задержка мочи на фоне хронической неполной. *
- б) Гиперплазия простаты + нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей на фоне распространенного остеохондроза с поражением грудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника, хроническая неполная задержка мочи.
- в) Гиперплазия простаты, хроническая неполная задержка мочи

2. Тактика ведения пациента?

- a). Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной терапии (альфа-адреноблокаторы). При восстановлении мочеиспускания - амбулаторное лечение с дообследованием для определения вида хирургического лечения.
- б) Постановка временного уретрального катетера, подготовка пациента в течение 1-2 дней к операции и выполнение хирургического лечения осложненной гиперплазии простаты.
- в) Наблюдение пациента в стационаре в течение 1-2-х дней для оценки восстановления функции нижних мочевых путей с одновременным проведением медикаментозной

терапии (альфа-адреноблокаторы). Дообследование в объеме комплексного уродинамического исследования, МРТ позвоночника, консультации невролога. По совокупности результатов - решение о виде лечения. *

3. Возможно ли выполнение хирургического лечения ДГПЖ в данном случае непосредственно при поступлении пациента в стационар?

а). Невозможно. Показания для хирургического лечения абсолютные, однако не известен соматический статус больного, пациент находится в экстренной ситуации, в связи с чем радикальное лечение основного заболевания имеет высокий риск послеоперационных осложнений. Необходима подготовка пациента и детальная оценка текущего соматического статуса. *

б). Возможно. В данном случае восстановление функции нижних мочевых путей маловероятно. Имеются абсолютные показания к хирургическому лечению. Следует применить временное уретральное дренирование мочевого пузыря, после чего выполнить ТУР предстательной железы.

в) Пациенту не следует применять хирургический метод лечения. Вероятно, что нарушения мочеиспускания носят временный характер, ранее больной не получал никакого лечения по поводу гиперплазии простаты, размер гиперплазии предстательной железы небольшой. В данном случае следует проводить сочетанную терапию альфа-адреноблокаторами и ингибиторами 5альфаредуктазы. Пациент должен находиться под наблюдением уролога.

4. Предположительный прогноз:

- а. Благоприятный; *
- б. Средний;
- с. Плохой.

Задача 13: Пациент А., 77 лет. Пришел на амбулаторный прием уролога с жалобами на натуживание при мочеиспускании, вялую струю мочи, ноктурию (4-5 раз). Развитие симптомов отмечает за последние 3 месяца.

При пальцевом ректальном исследовании простата увеличена, междолевая борозда не определяется, границы железы четкие, пальпация безболезненна.

При ТрУЗИ размер железы 70 см³. Остаточной мочи - 60 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7,8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи без отклонений от физиологической нормы. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет.

ВОПРОСЫ

1. Диагноз?

- а) Гиперплазия предстательной железы
- б) Сердечная недостаточность.
- с) Хронический простатит
- д) Верно а) и б) *

2. Необходимые методы диагностики?

- а) Дневник мочеиспусканий, индекс здоровья простаты или общий ПСА, Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), оценка пациента кардиологом. *
- б) Дневник мочеиспусканий, индекс здоровья простаты, урофлоуметрия, уровень общего тестостерона сыворотки.
- в) Общий ПСА, МСКТ таза, оценка объема остаточной мочи, УЗИ сердца

3. Тактика ведения пациента.

а) Инициальная терапия препаратами из группы альфа-адреноблокаторов до результатов КУДИ; возможная коррекция терапии после КУДИ; терапия, назначенная кардиологом. *

б) Альфа-адреноблокаторы + ингибиторы 5 альфа-редуктазы + М-холинолитики

в) Альфа-адреноблокаторы + М-холинолитики

г) Альфа-адреноблокаторы + бетта3-адреномиметики

4. Предположительный прогноз:

а. Благоприятный; *

б. Средний;

в. Плохой.

Задача 14. Пациент 72 года, поступил в отделение в порядке оказания неотложной помощи с жалобами на затруднение мочеиспускания естественным путем, режущие боли в надлонной области в течение 3-х дней, гипертермию до 38⁰С. в течение последних 3-х часов. Накануне заболевания принимал алкоголь. Ранее, в течение последних 3-х лет отмечал учащенное мочеиспускание малыми объемами, ослабление струи мочи, ноктурию до 2–3 раз за ночь, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. К врачу не обращался.

Объективно: при осмотре над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном осмотре простата увеличена в размерах, борозда не определяется, консистенция мягко-эластичная, простата болезненная при осмотре.

ВОПРОСЫ:

Диагноз?

а) Острый простатит на фоне имеющейся симптомной гиперплазии простаты, осложнившийся острой задержкой мочи. *

б) Гиперплазия простаты, осложнившаяся острой задержкой мочи. На фоне этого состояния развился острый пиелонефрит.

в) У пациента имеется вирусный энцефаломиелит, осложнившийся острой задержкой мочи.

Что послужило причиной острой задержки мочи?

а) Отек железы на фоне приема алкоголя. Имеющая место хроническая инфекция в простате при хронической инфравезикальной обструкции за счет гиперплазии простаты привела к развитию острого простатита. *

б) Прогрессирующая симптомная гиперплазия простаты на фоне приема алкоголя осложнилась острой задержкой мочи, развилась ретенция мочи в верхних мочевых путях, осложнившаяся острым пиелонефритом.

в) Неврологическая патология привела к нейродифункции нижних мочевых путей. Прием алкоголя – случайное совпадение.

Какова тактика ведения пациента?

а) Троярная цистостомия под УЗИ-наведением, лечение инфекции. Хирургическое лечение обструктивной гиперплазии через 4 недели после излечения острого простатита. *

б) Уретральное дренирование мочевого пузыря на время проведения антибактериальной терапии с последующим удалением и восстановлением самостоятельного мочеиспускания. В последующем показана оценка состояния нижних мочевых путей, при необходимости разработка тактики лечения

в) Открытая эпицистостомия с последующими лечебно-диагностическими мероприятиями по поиску причины развития данного состояния

4. Предположительный прогноз:

- a. Благоприятный;
- b. Средний; *
- c. Плохой.

Задача 15. Пациент 72 года, поступил в отделение в порядке оказания неотложной помощи с жалобами на общую слабость, периодические боли в левой поясничной области, затрудненное мочеиспускание малыми порциями, до 20 раз в стуки, ночью до 6 раз, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Периодически в моче примесь крови, в течение последних двух суток - постоянно. В последние сутки отмечает гипертермию тела до 38,5⁰С. За последние три месяца резкая потеря веса. 5 лет назад был оперирован по поводу гиперплазии простаты. После выписки из стационара медицинские документы не забрал, к врачам более не обращался. в течение 2-х лет отмечает ухудшение мочеиспускания.

Объективно: Одышка, тахикардия, аритмичный пульс. Ослаблено дыхание над всей поверхностью легких. Живот без особенностей. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При осмотре над лоном пальпируется туго эластичное образование, болезненное при пальпации. Из уретры визуализируется сгусток крови. При ректальном осмотре полость таза выполнена образованием деревянистой плотности, дифференциации анатомических структур нет.

При лабораторном исследовании: ОАК – анемия 2 ст, гиперлейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево. Биохимия – креатинин повышен в 5 раз, глюкоза в 2 раза. Печеночные пробы резко повышены.

УЗИ мочевого системы: двусторонний гидронефроз, мочевого пузырь заполнен плотным содержимым, дифференциация невозможна.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

- a) Острая задержка мочи на фоне хронической неполной
- b) Хроническая полная задержка мочи
- b) Гемотампонада мочевого пузыря с развитием острой задержки мочи. *
- г) Атония мочевого пузыря на фоне инфравезикальной обструкции

Что послужило причиной острой задержки мочи?

- a) Местнораспространенный рак простаты, кровотечение из расширенных сосудов слизистой при венозном стазе в тазу *
- b) Местнораспространенный рак мочевого пузыря, осложненный кровотечением.
- b) Камень мочевого пузыря, осложненный кровотечением
- г) Стеноз шейки мочевого пузыря, кровотечение из расширенных сосудов слизистой при венозном стазе в тазу.

Какова тактика ведения пациента?

- a) Диагностическая цистоскопия с остановкой кровотечения, дренирование мочевого пузыря посредством троакарной цистостомы *
- b) Троакарная цистостомия, лечение инфекции. Хирургическое лечение злокачественного образования в отсроченном порядке.
- b) Первый этап – цистотомия, визуальная диагностика, биопсия, цистостомия. Второй этап – после стабилизации жизненных функций - оценка верхних мочевых путей, дренирование при необходимости, определение дальнейшей тактики лечения.

г) Одномоментная двусторонняя перкутанная нефростомия, цистоскопия, остановка кровотечения, троакарная цистостомия.

4. Предположительный прогноз:

- а. Благоприятный
- б. Средний
- в. Плохой *

Задача 16: пациент С., 31 год. Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с жалобами на боли в левой паховой области, в левом яичке и промежности тупого ноющего характера, тошноту, рвоту. Боли носят резкий характер.

Результаты физикального осмотра: Кожа поясничной области без особенностей. Почки не пальпируются. левая поясничная область умеренно болезненна. симптом Пастернацкого сомнителен слева, отрицательный справа. 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, патологических знаков не выявлено.

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: Нб- 144 г/л. Эритроц.- $4,95 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты- 221×10^9 /л, СОЭ- 14 мм/час, Лейк.- $6,8 \times 10^{12}$ /л. Лейкоцитарная формула соответствует нормативным значениям.

ОАМ: Эритроциты свежие до 100. Лейк.- 0-1 в поле зрения, Эпителий плоский – 1-3 в поле зрения..

Биохимический анализ крови: АлТ- 23.2 МЕ/л, АсТ- 17.2 МЕ/л, Билирубин- 7.1 мкмоль/л, Мочевая кислота- 715 мкмоль/л, НбА1с- 11,3%, Глюкоза- 10,9 ммоль/л, общ. ПСА- 1,18 нг/мл. Тестостерон общ.- 14.19 нмоль/л, ГСПГ- 23.7 нмоль/л.

УЗИ: Сонографические признаки дилатации ЧЛС левой почки.

МСКТ органов брюшинного пространства: размеры почек и толщина паренхимы в пределах нормативных значений. ЧЛС с обеих сторон не расширена, конкремент дистального отдела левого мочеточника до 10 мм.

ВОПРОСЫ

1.Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- а. МКБ. Камень левого мочеточника.
- б. МКБ, камень левого мочеточника, левосторонняя почечная колика
- в. МКБ, камень левого мочеточника, уретерогидронефроз слева, левосторонняя почечная колика.

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- а. Сосудистого хирурга;
- б. Консультация невролога;
- в. Консультация психотерапевта;
- г. Консультация эндокринолога. *

3. Перечислите возможные методы лечения:

- а. Медикаментозная терапия (литокINETическая);
- б. Медикаментозная терапия (химический литолиз);
- в. Дистанционная литотрипсия;
- г. Уретеролитотрипсия; *

4. Предположительный прогноз:

- а. Благоприятный; *
- б. Неблагоприятный;

с. Сомнительный

Задача 17: пациентка М., 23 года, первобеременная. Срок беременности 34 недели. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в поясничной области без иррадиации, сухость во рту, жажду, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание. Отмечает усиление симптоматики к концу дня.

Из анамнеза: данные симптомы разной степени выраженности отмечает на протяжении последнего месяца. Периодически выполняет УЗИ почек, отмечается стабильное расширение ЧЛС обеих почек в динамике.

Результаты физикального осмотра: Кожа поясничной области без особенностей. Почки не пальпируются, умеренная болезненность с обеих сторон при пальпации почек. Симптом Пастернацкого сомнительный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется, надлонная область при пальпации болезненная.

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: НЬ- 115 г/л. Эритроц.- $3,95 \times 10^{12}$ л, Тромбоциты- 112×10^9 л, СОЭ- 26 мм/час, Лейк.- $9,9 \times 10^{12}$ л. Лейкоцитарная формула со сдвигом влево.

ОАМ: Эритроциты свежие до 3. Лейк.- 5-7-9 в поле зрения, Эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, белок 0,033г/л,

Биохимический анализ крови: в пределах физиологической нормы

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- МКБ, двусторонняя обструкция мочетоников.
- Двусторонний гидронефроз как следствие беременности 34 недели. *
- Хронический гестационный пиелонефрит
- Двусторонний пузырно-лоханочный рефлюкс.

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- Сосудистого хирурга;
- Консультация невролога;
- Консультация психотерапевта;
- Консультация эндокринолога. *

3. Перечислите возможные методы лечения:

- Медикаментозная терапия (литокинетическая);
- Медикаментозная терапия (химический литолиз);
- Дистанционная литотрипсия;
- Уретеролитотрипсия; *

4. Предположительный прогноз:

- Благоприятный; *
- Неблагоприятный;
- Сомнительный

Задача 18: пациент М., 79 лет. Доставлен приемное отделение БСМП с жалобами: на отсутствие невозможность самостоятельного мочеиспускания в течение 18 часов, боли в животе, тошнота, рвота однократно. Длительно страдает гипертонической болезнью, распространенным атеросклерозом сосудов, ИБС, дважды перенес инфаркт миокарда.

Результаты физикального осмотра: состояние пациента средней степени тяжести, обусловлено выраженным болевым синдромом. Ожирение 3 ст. Гипертермия тела $37,9^{\circ}\text{C}$. Тахикардия, тенденция к гипотонии (АД 85-90/55-65). Кожные покровы бледные. Слизистые чистые. Живот мягкий, болезненный в эпи-мезогастрии по средней линии, симптомы перитонизма. Осмотр мочеполовой системы без особенностей.

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: анемия 1 ст., лейкоцитоз ($10,9 \times 10^9/\text{л}$) с палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Биохимия сыворотки крови: Билирубин 83 мкмоль/л; Амилаза – 200, Креатинин- 423 мкмоль/л;

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. Острый холангит
 - b. Острый панкреатит; *
 - c. ИБС, абдоминальная форма инфаркта миокарда; *
 - d. Преренальная анурия; *
 - e. Гиповолемический шок.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:
 - a. УЗИ брюшной полости, мочевой системы; *
 - b. МРТ живота и забрюшинного пространства; *
 - c. МСКТ органов брюшной полости и почек с в/венным контрастным болюсным усилением
 - d. ЭКГ, Тредмил-тест *
 - e. Все предложенное верно

3. Кто из специалистов необходим для первичного осмотра пациента:
 - a. Кардиолог, хирург, уролог *
 - b. Кардиолог, сосудистый хирург, уролог
 - c. Кардиолог, специалист по эфферентной терапии, нефролог
 - d. Хирург, уролог, реаниматолог
 - e. Хирург, уролог

4. Наиболее вероятный диагноз:
 - a. Гиповолемический шок с развитием преренальной анурии;
 - b. Острый инфаркт миокарда
 - c. Камни ЛМС обеих почек с развитием субренальной анурии
 - d. Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты*
 - e. Острый холангит, панкреонекроз.

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

Задача 19: пациент С., 49 лет. Обратился в приемное отделение многопрофильной скорпомощной больницы с жалобами на острые приступообразные боли в правой поясничной области с иррадиацией в правое яичко, промежность, тошноту, многократную рвоту, учащенное мочеиспускание малыми порциями. Боли носят резкий характер.

Результаты физикального осмотра: Кожа поясничной области без особенностей. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа, симптомы раздражения брюшины не вызываются. Почки не пальпируются. левая поясничная область умеренно болезненна справа, симптом Пастернацкого сомнителен слева, положителен справа. 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 несколько увеличена, контуры четкие, шарообразной формы, левая доля плотнее правой, патологических образований в простате не определяется.

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: Нв- 144 г/л. Эритроц.- $4,95 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты- 221×10^9 /л, СОЭ- 25 мм/час, Лейк.- $10,8 \times 10^{12}$ /л. Лейкоцитарная формула – умеренный сдвиг влево.

Биохимический анализ крови: АлТ- 23.2 МЕ/л, АсТ- 17.2 МЕ/л, Билирубин- 22.1 мкмоль/л, Мочевая кислота- 715 мкмоль/л, Креатинин – 134 мкмоль/л, Глюкоза- 13,9 ммоль/л, общ. ПСА- 7,18 нг/мл.

ОАМ: Эритроц. - нет. Лейк.- 0-1 в поле зрения, Эпителий плоский – 0 - 1 в поле зрения..

УЗИ почек: дилатация полостной системы правой почки.

ВОПРОСЫ

1.Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- МКБ. Камень дистального отдела правого мочеточника
- Ретроцекальный аппендицит
- Сахарный диабет
- Образование предстательной железы неизвестного характера
- Все ответы верные *

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- Кардиолога
- Эндокринолога
- Хирурга *
- Онколога

3. Перечислите необходимые диагностические тесты:

- Диагностическая лапароскопия
- Оценка инсулина и гликированного гемоглобина сыворотки крови
- Биопсия простаты;
- МСКТ забрюшинного пространства и органов живота *
- МСКТ забрюшинного пространства и органов живота с в/венным контрастным болюсным усилением.

4. Перечислите возможные методы лечения:

- Медикаментозная терапия (литокINETическая) *
- Контактная уретеролитотрипсия *
- Дистанционная литотрипсия
- Уретеролитотомия

5. Предположительный прогноз:

- Благоприятный; *
- Неблагоприятный;
- Сомнительный

Задача 20: У больной 23 лет имеются острые боли в левой подвздошной области. Анализ мочи без патологии. При обзорной урографии выявлена тень, подозрительная на конкремент, в проекции малого таза слева размером 12 x 16 мм. Известно, что пациентка имеет аллергическую реакцию на йод. В ОАК: анемия 1 ст, без воспалительных изменений, Биохимия – физиологическая норма, ОАМ: Эритроц. - 2-3 в поле зрения; Лейк – до 20 в поле зрения, Белок – 0,033г/л.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- a. МКБ. Камень дистального отдела левого мочеточника
- b. Острый аднексит слева
- c. Разрыв кисты левого яичника
- d. Острый колит

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- a. Гинеколога *
- b. Эндокринолога
- c. Хирурга
- d. Онколога

3. Перечислите необходимые диагностические тесты:

- a. Диагностическая лапароскопия
- b. Пункция заднего свода влагалища
- c. МСКТ забрюшинного пространства и органов живота *
- d. МСКТ забрюшинного пространства и органов живота с в/внным контрастным болюсным усилением

4. Перечислите возможные методы лечения:

- a. Медикаментозная терапия (литокинетическая)
- b. Контактная уретеролитотрипсия *
- c. Дистанционная литотрипсия
- d. Уретеролитотомия

5. Предположительный прогноз:

- a. Благоприятный; *
- b. Неблагоприятный;
- c. Сомнительный

Контрольные вопросы

1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: эпидемиология, этиология, патогенез.
2. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: Методы диагностики.
3. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: Виды лечения: консервативный, хирургический. Показания к лечению.
4. Рак предстательной железы: симптоматология, диагностические методы.
5. Рак предстательной железы: стадирование заболевания.
6. Локальный рак предстательной железы: принципы и методы лечения.
7. Местнораспространенный рак предстательной железы: принципы и методы лечения.
8. Радикальная простатэктомия: виды операций, выбор метода хирургии.
9. Рак мочевого пузыря: этиология, диагностические подходы.
10. Рак мочевого пузыря: классификация, стадирование.
11. Рак мочевого пузыря: лечение немышечно-инвазивного рака.
12. Рак мочевого пузыря: виды лечения мышечно-инвазивного рака.
13. Уротелиальные опухоли верхних мочевых путей: классификация, диагностика, лечение. Опухоли почки
14. Доброкачественные опухоли почки: тактика ведения.
15. Злокачественные опухоли паренхимы почки. Классификация, диагностика, лечение

16. Симптомы со стороны нижних мочевых путей. Классификация. Диагностика
17. Классификация дисфункций нижних мочевых путей.
18. Спинальный шок: определение, длительность, клинические признаки.
19. Комплексное уродинамическое исследование. Виды. Показания. Подготовка пациента, выполнение.
20. Урофлоуметрия. Методика, интерпретация результатов.
21. Цистометрия. Методика, интерпретация результатов.
22. Тест Давление – поток. Методика, интерпретация результатов.
23. Нейрофизиологическая диагностика. Показания, методика подготовки пациента.
24. Понятие о нейромодуляции. Показания к выполнению.
25. Понятие о биофидбэк – терапии. Методики.
26. Сакральная стимуляция. Понятие о методе, виды применения.
27. Острая и хроническая сакральная стимуляции. Контингент, показания. Методика, интерпретация.
28. Нормальная и патологическая физиология акта мочеиспускания.
29. Медикаментозная коррекция СНМП
30. Интрапузырная терапия препаратами ботулинического токсина типа А

31. Цистоскопия. Показания, условия выполнения.
32. Катетеризация мочеточников. Показания, техника выполнения.
33. Возможности использования альфа-блокеров и бета3-адреномиметиков в коррекции функционального состояния нижних мочевых путей?
34. Возможно ли проведение эндоскопического исследования уретры и мочевого пузыря для оценки функционального состояния нижних мочевых путей? Каковы показания к этому?
35. Показания для выполнения уретеропиелокаликоскопии, необходимое оборудование, техника выполнения.
36. Сравнительный анализ эффективности лапароскопической и лапароскопической робот-ассистированной хирургии при операциях на забрюшинном пространстве.
37. Минимально инвазивная терапия гиперплазии простаты. Характеристика методик, сравнительный анализ.
38. Показания и противопоказания к эндоскопическим исследованиям чашечно-лоханочной системы почки и мочеточника
39. Роль фиброэндоскопов в диагностике и лечении заболеваний верхних мочевых путей.
40. Трансуретральная хирургия простаты: кому, когда и каким образом.
41. Использование лазерной энергии при трансуретральной хирургии простаты. Показания, особенности техники операции,
42. Использование лазерной энергии при трансуретральной хирургии мочевого пузыря. Показания, особенности техники операции.
43. Использование уретральных стентов и баллонной дилатации при гиперплазии простаты.
44. Предоперационная подготовка, технические особенности и эффективность эндоскопических операций при стриктуре уретры.
45. Осложнения эндоскопических операций при раке мочевого пузыря, их профилактика и терапия.

46. Теории камнеобразования.
47. Почечная колика: патогенез, клиника, диагностика
48. Коралловидный нефролитиаз: патогенез, клиника, диагностика.

49. Клинические особенности мочекаменной болезни при расположении камней в чашках, лоханке и различных отделах мочеточников
50. Характеристика рентгенологических методов диагностики, применяемых при уролитиазе.
51. Показания к ретроградной уретеропиелографии.
52. Показания к мультиспиральной компьютерной томографии и магниторезонансной томографии при мочекаменной болезни
53. Дифференциальная диагностика при камнях верхних мочевых путей.
54. Чрескожное дренирование верхних мочевых путей: показания, техника, методы визуализации.
55. Хирургические методы удаления мочевых камней
56. Контактная литотрипсия: виды энергии, принципы использования, эффективность, безопасность.
57. Консервативное лечение: литокинетическая терапия, химический литолиз, метафилактика и профилактика уролитиаза
58. рН-метрия мочи. При каком химическом составе камня возможно его растворение лекарственными средствами?
59. Что такое Steintrasse (каменная дорожка)?
60. Каковы показания к госпитализации пациента с камнем мочеточника?