

**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
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

ПО ОСНОВНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ: УРОЛОГИЯ

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная.

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

**Ростов-на-Дону
2023**

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Заболевания предстательной железы» обсуждена и одобрена на заседании кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии – андрологии) факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой Коган М.И.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации на тему «Заболевания предстательной железы» (далее - Программа) 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 Михаил Иосифович*.

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

ГЛОССАРИЙ

ДПО - дополнительное профессиональное образование;
ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт
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;
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.

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)

- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – урология,

1.3. Цель реализации программы

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

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 и квалификационными характеристиками

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

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к разработке плана диагностики и лечения заболевания предстательной железы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	A/01.8 A/02.8
	<p>Должен знать:</p> <p>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.</p> <p>2. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.</p> <p>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>	
	<p>должен уметь:</p> <p>1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов</p> <p>4. Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих мужских половых органов.</p> <p>2. Оценивать анатомо-функциональное состояние почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в норме, при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов</p> <p>5. Разрабатывать тактику лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи</p> <p>должен владеть:</p> <p>методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с инфекциями почек, мочевых путей и половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;</p>	
ПК-2	<p>готовность к разработке плана диагностики и лечения заболеваний предстательной железы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.</p> <p>должен знать:</p>	A/01.8 A/02.8

	<p>1. Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов</p> <p>2. Методика сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</p> <p>3. Методика полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>4. Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>должен уметь:</p> <p>1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию</p> <p>2. Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>3. Обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента</p> <p>4. Обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам</p> <p>5. Составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.</p> <p>6. Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с лечения инфекций почек, мочевых путей и половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;</p>	

1.5 Форма обучения

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

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации на тему «Заболевания предстательной железы»
в объеме 36 часов

№ п/п	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР				
1	Модуль 1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы															
1.1	Этиология и патогенез	2	2	-	2	-		-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
1.2	Диагностика.	3	2	-	2	-		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
1.3	Консервативная терапия	4	3	-	1	2		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
1.4	Хирургическое лечение	5	4	-	2	2		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
2	Модуль 2. Воспалительные заболевания предстательной железы															
2.1	Острый простатит. Этиология, патогенез.	1	1	-	1	-		-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
2.2	Острый простатит. Лечение.	3	2	-	2	-		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
2.3	Хронический простит. Патогенез. Этиология. Диагностика. Лечение.	3	2	-	2	-		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
3	Модуль 3. Синдром хронической тазовой боли															
3.1	Этиология. Патогенез.	2	2	-	1	1		-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
3.2	Диагностика.	4	3	-	2	1		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
3.3	Лечение.	3	2	-	2	-		1	1	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
4	Модуль 4. Обучающий симуляционный курс															
4.1	Диагностическая цистоскопия	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
4.2	Трансуретральная резекция простаты	3	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2	
	Итоговая аттестация	2														Экзамен
	Всего часов по программе	36	27	-	21	6	-	7	7	-	-	-	-	-		

2.2. Календарный учебный график.

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

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: **Доброкачественная гиперплазия предстательной железы**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1.1	Этиология и патогенез
1.2	Диагностика.
1.3	Консервативная терапия
1.4	Хирургическое лечение

МОДУЛЬ 2

Название модуля: **Воспалительные заболевания предстательной железы**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
2.1	Острый простатит. Этиология, патогенез.
2.2	Острый простатит. Лечение.
2.3	Хронический простит. Патогенез. Этиология. Диагностика. Лечение.

МОДУЛЬ 3

Название модуля: **Синдром хронической тазовой боли**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
3.1	Этиология. Патогенез.
3.2	Диагностика.
3.3	Лечение.

МОДУЛЬ 4

рабочая программа обучающего симуляционного курса

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
4.1	Диагностическая цистоскопия
4.2	Трансуретральная резекция простаты

Обучающий симуляционный курс

Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование	Расходные материалы	Задачи симуляции
Выполнение диагностической цистоскопии	В/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности.	Рабочая станция: симулятор для виртуальных трансуретральных процедур, оснащенный модулем по диагностической цистоскопии	нет	Получение навыков введения инструмента в мочевой пузырь по уретре, обучение алгоритму осмотра мочевого пузыря, оценке анатомических структур нижних мочевых путей.
Выполнение трансуретральной резекции предстательной железы	В/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности.	Рабочая станция: симулятор для виртуальных трансуретральных процедур, оснащенный модулем по трансуретральной резекции предстательной железы	нет	Получение навыков оценки анатомии уретры и мочевого пузыря при ДГПЖ. Обучение мануальным навыкам выполнения электрорезекции ткани простаты. Получение навыков действий при развитии осложнений во время трансуретральной хирургии простаты

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится в виде итоговой аттестации (ИА).

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

Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена, который проводится посредством: тестового контроля – письменно и/или на площадке ДО с использованием дистанционных технологий, собеседования и/или решения одной ситуационной задачи письменно, и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-уролога. В соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов. 2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся *удостоверение о повышении квалификации установленного образца*.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ 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 ОЦЕНКИ 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.	1. 9 корпус, 2 этаж, конференц-зал кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО РостГМУ. 2. УЛК-2, 5 этаж, Центр симуляционного обучения 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
2.	Учебная симуляционная станция-тренажер для отработки навыков эндоскопической хирургии нижних мочевых путей с модулями диагностической цистоскопии и трансуретральной резекции простаты

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.	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».
3.	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.
4.	Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. — М. : ГЭОТАР- Медиа, 2016. — 496 с.
	Дополнительная литература
1.	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Клинические

	рекомендации РОУ, одоюоренные МЗ РФ. 2022г.
2.	Урология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей / под ред. Н.А. Лопаткин. – М.: Е-нота, 2013. – 544 с.
3.	Хронический рецидивирующий цистит. Патогенез. Диагностика. Лечение: учеб. пособие / Х.С. Ибишев, А.В. Ильяш / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 96 с
4.	Коган М.И., Ибишев Х.С., Белоусов И.И., Набока Ю.Л. Простатит и заболевания - иммитаторы. Клинические разборы. – М.: Медконгресс, 2019. - 300 с.

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/opaсg/
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 итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-

андрологии) факультета повышения квалификации.

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

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

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

Профессорско-преподавательский состав программы

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий**

к дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей «Заболевания предстательной железы» со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Урология».

Модуль 1

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	Белоусов Игорь Иванович
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru
7	Моб. Телефон	+79289043090
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	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
15	Тема	1.1; 1.2; 1.3; 1.4.
16	Подтема	
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	Single
19	Источник	-

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	Белоусов Игорь Иванович

	составитель	
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru
7	Моб. Телефон	+79289043090
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	Воспалительные заболевания предстательной железы
15	Тема	2.1; 2.2; 2.3.
16	Подтема	
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	Single and multiple
19	Источник	-

Модуль 3

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	Белоусов Игорь Иванович
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru
7	Моб. Телефон	+79289043090
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	Синдром хронической тазовой боли
15	Тема	3.1; 3.2; 3.3
16	Подтема	
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	Single and multiple
19	Источник	-

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 составитель	Белоусов Игорь Иванович
6	Е-mail	belrost_dept@mail.ru
7	Моб. Телефон	+79289043090
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	Обучающий симуляционный курс
15	Тема	4.1; 4.2.
16	Подтема	
17	Количество вопросов	
18	Тип вопроса	
19	Источник	-

Список тестовых заданий

			1 модуль		
1	1	1			
1			Какой из указанных препаратов оказывает гормональное влияние на предстательную железу:		
			Бетта-3-адреномиметики		
			Альфаблокаторы		
	*		Ингибиторы 5 α-редуктазы		
			Блокаторы фосфодиэстеразы 5 типа		
			Десмопрессин		
1	1	2			
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		
1	1	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		
1	1	5			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
	*		урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		
1	1	6			
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		
1	1	7			
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 аденомэктомией / ТУР простаты		
			трансуретральная электрорезекция простаты		
			Открытая или пункционная цистостомию		
1	1	8			
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		
1	1	9			
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 цистостомию		
			Открытая эпицистостомию		
	*		Уретральное дренирование мочевого пузыря эластическим		

			катетером		
			Капиллярная пункция мочевого пузыря		
			Уретроцистоскопия, ТУР мочевого пузыря		
1	1	10			
1			У больного 65 лет множественные камни мочевого пузыря на фоне ДГПЖ. Ему следует рекомендовать		
			ДУВЛ		
			Открытую аденомэктомию, цистолитотомию, цистостомию		
			Трансуретральную литотрипсию первым этапом, ТУР простаты - вторы		
			Химический литолиз на фоне медикаментозной терапии ДГП		
	*		Одномоментное эндоскопическое вмешательство: цистолитотрипсия + ТУР простаты		
			2 модуль		
1	1	1			
1			Цефалоспорины IV поколения являются:		
			Цефаклор		
	*		Цефиксим		
			Цефипим		
			Цефотаксим		
			Цефоперазон		
1	1	2			
1			При бактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
	*		нейтрофилами		
			лимфоцитами		
			моноцитами		
			эпителиальными клетками		
			плазмоцитами		
1	1	3			
1			При абактериальном простатите в большинстве случаев лейкоциты представлены:		
			нейтрофилами		
	*		лимфоцитами		
			моноцитами		
			эпителиальными клетками		
			макрофагами		
1	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;		
1	1	5			
1			При хроническом простатите препаратами выбора		

			являются:		
			аминогликозиды		
			цефалоспорины		
			карбопенемы		
			нефторированные хинолоны		
	*		фторированные хинолоны		
3	2	6			
			При бессимптомной бактериурии антибактериальная терапия показана:		
	*		при наличии осложняющих факторов со стороны мочевых путей		
			при наличии наличие колоний бактерий $\geq 10^5$ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов		
			наличие колоний бактерий $\geq 10^3$ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов		
			наличие колоний бактерий $\geq 10^1$ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов		
1	1	7			
1			Длительный мышечно-тонический синдром приводит к:		
	*		мышечной дисфункции с развитием миофасциального синдрома		
			мышечной дисфункции		
			фасциальным нарушениям		
			нарушениям ЦНС		
1	1	8			
1			Центры контроля и регуляции активности органов малого таза находятся в:		
	*		стволе головного и спинном мозге		
			стволе головного мозга		
			мозжечке		
			головном мозге		
			головном мозге и мозжечке		
1	1	9			
1			При психогенной боли у больного отмечают:		
	*		Сенестопатии		
			эндокринопатии		
			полинейропатии		
			Пудендопатию		
			вертебрпатию		
1	1	10			
1			В секрете предстательной железы в норме содержатся:		
	*		лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты;		
			макрофаги и амилоидные тельца;		
	*		лецитиновые зерна;		
			эпителиальные		
			гигантские клетки		
1	1	1			
1			При СХТБ у пациента регистрируют:		
	*		боль в области таза		

	*		сексуальные нарушения		
	*		дисфункцию мочевых путей		
	*		кишечную дисфункцию		
			нарушение менструального цикла		
1	1	2			
1			При хроническом простатите / СХТБ ШБ формы препаратами выбора являются:		
	*		Альфа-адреноблокаторы		
	*		Нестероидные противовоспалительные препараты		
			Ингибиторы 5-альфа редуктазы		
			Фитотерапия		
1	1	3			
1			При хроническом простатите / СХТБ ШБ формы в качестве методов лечения могут применяться:		
	*		Магнитотерапия		
	*		Иглорефлексотерапия		
	*		Бальнеологические методы		
	*		Цветоритмотерапия		
1	1	4			
1			При СХТБ невротического генеза применяют:		
	*		Противосудорожные препараты		
	*		Невропатические анальгетики		
	*		Трициклический антидепрессанты		
	*		Фитотерапия		
	*		Опиоиды		
1	1	5			
1			При СХТБ невротического генеза препаратами выбора являются:		
	*		Антидепрессанты		
			Опиоиды		
			Простые анальгетики		
			Невропатические анальгетики		
			Нестероидные противовоспалительные препараты		
1	1	6			
1			Избыточная ноцицептивная афферентация при СХТБ обусловлена:		
	*		снижением активности нисходящих от периакведуктальных ядер симпатических путей		
			повышением возбудимости сегментарных структур спинного мозга		
			снижением возбудимости сегментарных структур спинного мозга		
			правильно а) и в)		
			правильно а) и б)		
1	1	7			
1			Проба Мирса-Стеми это:		
			микроскопия и бактериологическое исследование секрета простаты после массажа;		
			микроскопия первой и второй порции мочи, а также		

			микроскопия мочи после массажа простаты;		
			бактериология первой и второй порции мочи, а также бактериология мочи после массажа простаты		
			микроскопия секрета простаты после массажа простаты;		
	*		микроскопия и бактериологическое исследование всех трех порций мочи и секрета простаты после массажа		
1	1	8			
1			Уровень доказательности применения НПВС при СХТБ является:		
			1a		
	*		1b		
			2a		
			2b		
			3b		
1	1	9			
1			При СХТБ ингибиторы 5-альфа редуктазы назначаются при наличии:		
	*		Доброкачественная гиперплазия предстательной железы		
			Эректильной дисфункции		
			Синестопатий		
			Хронического бактериального простатита		
1	1	10			
1			Опиоиды при СХТБ назначаются как часть:		
	*		Мультимодальной терапии		
			Противовоспалительной терапии		
			Поддерживающей терапии		
			Патогенетической терапии		

2. Оформление фонда ситуационных задач

Ситуационные задачи:

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

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

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: Эритро.- $6,1 \times 10^{12}/\text{л}$, MCV- 68, MCH- 22, Hb- 72 г/л, Тромб- $324 \times 10^9/\text{л}$, Лейк- $17,7 \times 10^9/\text{л}$: П/я- 12%, С/я- 51%, Лимф.- 32%, М- 5%.

Биохимический анализ крови: общ Билирубин- 18 (норма < 21) мкмоль/л; Креатинин- 73 (норма 59-104) мкмоль/л; Мочевина- 4,2 (норма 2,76-8,07) ммоль; Щелоч Фосфатаза- 422 (норма 20-140) ЕД.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Острый простатит; *
 - b. Хронический простатит стадия обострения;
 - c. СХТБ;
 - d. Острый аппендицит;
 - e. Острый Холецистит.
2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:
- a. УЗИ простаты; *
 - b. МРТ малого таза;
 - c. Микроскопия СПЖ;
 - d. Бактериологическое исследование СПЖ.
3. Перечислите возможные методы терапии:
- a. Назначение антибактериальных препаратов парентерально; *
 - b. Назначение антибактериальных препаратов перорально;
 - c. Фитопрепараты; *
 - d. альфа-адреноблокаторы; *
4. Предположительный прогноз:
- a. Благоприятный; *
 - b. Неблагоприятный;
 - c. Сомнительный

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

Жалобы на умеренные боли в промежности, в надлонной области тупого ноющего характера, периодически носящие интенсивный характер. Боли при семяизвержении, сохраняющиеся в течение 2-х часов после полового акта, повышенная раздражительность, снижение работоспособности, снижение концентрации внимания. Периодическая учащенность мочеиспускания. Анкетирование: Шкала IPSS- 10 баллов, Опросник NIH-CPSI- 20 баллов.

Результаты физикального осмотра: Половой член и органы мошонки безболезненны, пигментация мошонки сохранена. Оволосение надлонной области по мужскому типу. Наружное отверстие уретры не гиперемированно, визуально не изменено. При ректальном пальцевом осмотре сфинктер прямой кишки в тонусе, без рубцовых изменений, ампула прямой кишки свободна, простата незначительно увеличена, незначительно болезненна при пальпации, туго-эластичной консистенции, патологических образований не пальпируется, слизистая над предстательной железой подвижна.

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: НЬ-149 г/л, Эритро- $4,4 \times 10^{12}/л$, ЦП- 0,93, Лейк- $8,1 \times 10^9$, Э- 3%, Б- 0%, П/я- 2%, С/я- 56%, Лф- 31%, М- 8%, СОЭ- 25 мм/час.

ОАМ: Кол-во- 40 мл, Цвет - сол/желтый, прозрачность неполная, Уд. Вес-1020, реакция кислая, Белок- нет, Сахар- нет, Эпителий почек- нет, Цилиндры- нет, Эритро.- нет, Эпителий мочевых путей- плоский, 1-3 в поле зрения, Лейк.- 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: Билирубин общий- 16,5 мкм/л (прямой- 4,5 мкмоль/л), Мочевина- 6,6 ммоль/л, Креатинин- 79,0 мкмоль/л, Глюкоза- 4,5 ммоль/л, Аст- 19 ммоль/л, АлТ- 23 ммоль/л, Общ. белок- 71 г/л., общ. ПСА- 0,31 нг/мл, общ. Тестостерон- 19,4 нмоль/л.

Микроскопия секрета простаты: кол-во- 0,2 мл, плотность- мало материала, запах специфический, цвет- белесоватый, рН- 7,0, Лейк. 5-7 в поле зрения, Эритро.- нет,

Амилоидные тельца- нет, слизь- нет, Лецитиновые зерна- большое кол-во, Эпителий плоский- 2-3 в поле зрения.

Бактериоскопия отделяемого из уретры: кокки, небольшое количество.

Бактериология секрета простаты: *S. lentus* 10¹ КОЕ/мл, *S. saprophyticus* 10¹ КОЕ/мл.

Проба Мирса – Стеми: Микроскопия: **1. Моча.** Кол-во- 50 мл, цвет желтый, прозрачность неполная, Уд. вес- 1015, рН- 7.0, Белок- нет, Эритроц.- нет, Эпителий мочевых путей- плоский 0-1 в поле зрения, Лейк.- 5-6 в поле зрения. Соли – аморфные фосфаты – большое количество. **2. Моча.** Кол-во- 50 мл. Цвет желтый, прозрачность неполная, Уд. вес 1005, рН - 6,5, Белок – нет, Эритроц.- нет, эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, Лейк.- 4-6 в поле зрения. **Секрет простаты** Лейк.- 15-20 в поле зрения, Эритроц.- нет, Амилоидные тельца – нет, Лецитиновые зерна – большое кол-во в поле зрения, Эпителий 4-6 в поле зрения. Слизь – большое количество. **3. Моча.** Кол-во- 50 мл. Цвет желтый, прозрачность неполная, Уд. вес- 1015, рН -6.0, Белок 0,5 г/л, Эритроц. 25-30 в поле зрения, Эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, Лейк.- 12-15 в поле зрения, Лецитиновые зерна в большом кол-ве в поле зрения.

Бактериологическое исследование: Моча. I. *S. lentus* 10¹ КОЕ/мл. II. Моча. *S. lentus* 10¹ КОЕ/мл. III. Секрет предстательной железы: *S.lentus* 10¹ КОЕ/мл. VI. *S.lentus* 10¹ КОЕ/мл.

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

УЗИ мочевого пузыря, простаты: Мочевой пузырь размерами 83x49x95 мм, объем 270,0 мл. Форма правильная. Контуры четкие, ровные. Стенка 6 мм, просвет свободен, содержимое однородное. Остаточная моча 9 мл. Простата 45x29x52 мм, объем 34,0 см³. Форма обычная, контуры ровные, четкие, структура диффузно-неоднородная. Эхогенность повышена. Семенные пузырьки справа 13 мм, слева 11 мм, обычных размеров, эхоструктура однородная.

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

Восходящая уретрография – уретра проходима, патологии нет.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. Острый простатит;
 - b. Хронический бактериальный простатит стадия обострения;
 - c. СХТБ; *
 - d. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника;
2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:
 - a. Комплексное уродинамическое исследование;
 - b. Консультация невролога;
 - c. Консультация психотерапевта; *
 - d. Консультация эндокринолога.
3. Перечислите возможные методы терапии:
 - a. Назначение антибактериальных препаратов перорально; *
 - b. Назначение антидепрессантов; *
 - c. Фитопрепараты;
 - d. альфа-адреноблокаторы; *
4. Предположительный прогноз:
 - a. Благоприятный; *
 - b. Неблагоприятный;
 - c. Сомнительный

Задача 3: пациент С., 25 лет. Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с жалобами на боли в левой паховой области, в левом яичке и промежности тупого ноющего характера. Боли в половом члене, не связанные с актом мочеиспускания. Боли резко усиливаются при физической нагрузке. Слабую струю мочи, ощущение неопорожденного мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, постмикционное подкапывание мочи. Снижение утренних спонтанных эрекций, снижение удовольствия от оргазма, снижение объема эякулята, снижение скорости выброса эякулята.

Результаты анкетирования: шкала IPSS- 28 баллов, опросник NIH-CPSI- 26 баллов, опросник Гамильтона- 19 баллов.

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

Результаты лабораторного обследования:

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: Цилиндры (гиалиновые, зернистые), Эритроциты и микроорганизмы не обнаружены. 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- 317 мкмоль/л, НбА1с- 4.8%, Глюкоза- 4,3 ммоль/л, общ. ПСА- 1,18 нг/мл. Тестостерон общ.- 14.19 нмоль/л, ГСПГ- 23.7 нмоль/л.

Микроскопическое исследование секрета простаты: Лейк.- 1-2, Эритроц. нет, Амилоидные тельца – нет, Лецитиновые зерна – незначительное кол-во.

Проба Мирса – Стеми: Микроскопия: **1. Моча.** Кол-во- 30 мл, цвет желтый, прозрачность неполная, Уд. вес- 1010, рН- 7.1, Белок- нет, Эритроц.- 0-1, Эпителий мочевых путей- плоский 0-1 в поле зрения, Лейк.- 0-1 в поле зрения. Соли – нет. **2. Моча.** Кол-во- 40 мл. Цвет желтый, прозрачность неполная, Уд. вес 1010, рН - 7,0, Белок – нет, Эритроц.- нет, эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, Лейк.- 0-1 в поле зрения. **Секрет простаты** Лейк.- большое кол-во, Эритроц.- нет, Амилоидные тельца – нет, Лецитиновые зерна – незначительно. Гонококки, трихомонады, кристаллы Беттхера, дрожеподобные грибы, макрофаги не обнаружены. **3. Моча.** Кол-во- 30 мл. Цвет желтый, прозрачность неполная, Уд. вес- 1010, рН -6.8, Белок 0,5 г/л, Эритроц. 0-0-1 в поле зрения, Эпителий мочевых путей – плоский 0-1 в поле зрения, Лейк.- 0-1 в поле зрения, Лецитиновые зерна - единичные.

Бактериологическое исследование: 1 Моча: S. saprophyticus 10^2 КОЕ/мл. 2 Моча: S. saprophyticus 10^3 КОЕ/мл, S.lentus 10^2 КОЕ/мл. 3. Секрет простаты: S. saprophyticus 10^3 КОЕ/мл. 4 Моча: S. saprophyticus 10^3 КОЕ/мл.

Сонографическое исследование нижних мочевых путей: УЗИ признаки диффузных изменений в предстательной железе. Диффузные изменения в семенных пузырьках.

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

МР-венография нижней полой вены: Нижняя полая вена, правая общая подвздошная, наружные подвздошные и внутренние подвздошные не изменены, МР-сигнал от

кровотока по ним однородный. Нижняя полая вена на уровне бифуркации размерами до 24 x 13.5 мм. Левая ОПВ отходит от НПВ под углом 108 градусов. Отмечается стеноз до 6 мм проксимальной части левой ОПВ на уровне правой ОПА на протяжении до 10 мм, дистальнее – диаметр сосуда до 13 мм. Справа диаметр вены на симметричном участке до 12 мм. НарПВ диаметром до 11 мм, ВПВ, вместе их впадения, 9 мм. Коллатеральных перетоков нет. В верхнем полюсе правой почки отмечается киста округлой формы с четкими контурами и с однородным содержимым до 9 мм в диаметре. Заключение: МР-признаки стеноза проксимальной части левой ОПВ. С учётом клинических данных, может соответствовать проявлениям синдрома Мея-Тернера.

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

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.
 - a. СХТБ. Хронический бактериальный простатит стадия обострения;
 - b. СХТБ. Синдрома Мея-Тернера; *
 - c. СХТБ. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.
2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:
 - a. Сосудистого хирурга; *
 - b. Консультация невролога;
 - c. Консультация психотерапевта;
 - d. Консультация эндокринолога.
3. Перечислите возможные методы лечения:
 - a. Физиолечение;
 - b. Антибактериальная терапия;
 - c. Мануальная терапия;
 - d. Хирургическое лечение; *
4. Предположительный прогноз:
 - a. Благоприятный; *
 - b. Неблагоприятный;
 - c. Сомнительный

Задача 4: Пациент 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

Задача 5: 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 6. Пациент 72 лет, 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) Троакарная 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