

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВА-
ТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕР-
СИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРА-
ЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 6

«17» 06 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛЕВЫЕ
ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ ЧЕЛОВЕКА**

ПО ОСНОВНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ: УРОЛОГИЯ
**по смежным специальностям: онкология, акушерство и ги-
некология, хирургия, колопроктология**

Трудоемкость: 144 часа.

Форма освоения: очная.

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации на тему *«Доброкачественные и злокачественные опухолевые поражения мочевой и половой систем человека»* 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.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

Ведущий научный сотрудник

Заведующий отделением онкоурологии

ФГБУ «НМИЦ онкологии»

Минздрава России, д.м.н., профессор

Шевченко А.Н.

Заведующий кафедрой оперативной хирургии

и топографической анатомии

ФГБОУ ВО «РостГМУ»

Минздрава России, д.м.н., профессор

Хоронько Ю.В.

Дополнительная профессиональная программа повышения на тему «Доброкачественные и злокачественные опухолевые поражения мочевой и половой систем человека» 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>Митусов Валерий Викторович</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

3.	<i>Белоусов Игорь Иванович</i>	д.м.н., доцент	Профессор кафедры названия 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 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
5.	<i>Перепечай Вадим Анатольевич</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
6.	<i>Васильев Олег Николаевич</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

7.	<i>Гусев Андрей Анатольевич</i>	к.м.н., доцент	Доцент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Мин- здрава России
8.	<i>Ахохов За- лимхан Муа- едович</i>	к.м.н.	Ассистент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Мин- здрава России
9.	<i>Исмаилов Рус- лан Самедович</i>	к.м.н.	Ассистент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Мин- здрава России
10.	<i>Пипченко Олег Иванович</i>	к.м.н.	Доцент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Мин- здрава 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)
- Профессиональный стандарт «Врач акушер – гинеколог» (Министерства труда и социальной защиты РФ от 19 апреля 2021 г. N 262 н Регистрационный N 1435).
- ФГОС ВО по специальности 31.08.01 акушерство и гинекология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2025 №6
- Профессиональный стандарт «Врач – колопроктолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11.02.2019 г. N 69н, регистрационный номер №1245).
- ФГОС ВО по специальности «Колопроктология» утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1098.
- *Профессиональный стандарт «Врач - онколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 2 июня 2021 г. N 360н, регистрационный номер 1436).*
- *ФГОС ВО по специальности «Онкология», утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" от 25.08.2014 N 1100.*
- Профессиональный стандарт «Врач хирург» (Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743 н регистрационный N 1224).

- ФГОС ВО по специальности 31.08.67 хирургия, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1110 Регистрационный N 34417).
- 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

Дополнительная специальность – онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющихся квалификаций по урологии, онкологии, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология, а именно повышение эффективности диагностики и лечения опухолевых заболеваний мочеполовой системы.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области урологии, онкологии, хирургии, акушерства и гинекологии, колопроктологии.

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 насе-	А/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояния почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление

лению по профилю «урология» в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара		диагноза
	A/02.8	Назначения лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояние почек, мочевыводящих путей и мужской половых органов, контроль его эффективности и безопасности

Профессиональный стандарт 2: «Врач – акушер-гинеколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 19 апреля 2021 г. N 262 н регистрационный номер 1435).

ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара
	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

Профессиональный стандарт 3: «Врач-хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743 н регистрационный N 1224

ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия"	A/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	A/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или)

		состояниями, контроль его эффективности и безопасности
--	--	--

Профессиональный стандарт 4«Врач – колопроктолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11.02.2019 г. N 69н, регистрационный номер №1245).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара по профилю "колопроктология "	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области
	А/02.8	Лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, контроль его эффективности и безопасности.
	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов

Профессиональный стандарт 5: «Врач - онколог» (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 02 июня 2021 № 360н).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание медицинской помощи по профилю «онкология» в	А/01.8	Диагностика в целях выявления онкологического заболевания, его прогрессирования

амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	A/02.8	Лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
--	--------	--

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ 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
	Должен знать: 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.	
	должен уметь: 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 по-	

	чек, 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 клиническими 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 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 ин-	A/01.8 A/02.8

	формацию 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	<i>A/01.8</i> <i>A/02.8</i>
	должен знать: 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	
	должен уметь: 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	
	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-4	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также, направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания должен знать Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах. Методики осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области. Этиологию, патогенез заболеваний и (или) состояний, заболеваний заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области Этиопатогенез заболеваний диагностика заболеваний заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области у взрослых пациентов и детей. должен уметь и владеть. проведением профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с острыми хирургическими, урологическими и гинекологическими состояниями, сочетающимися с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой	A/01.8
-------------	---	--------

	области и проводить дифференциальную диагностику. Обосновывать необходимость и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Стандарты медицинской помощи взрослым с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области - аускультация при заболеваниях толстой кишки; - сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки; - визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки - сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки; - визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки; - пальпация при патологии сигмовидной и прямой кишки; - трансректальное пальцевое исследование; - бимануальное влагалищное исследование; - бимануальное ректоабдоминальное исследование; - аноскопия; - ректороманоскопия; - сфинктерометрия	
ПК-5	готовность к ведению и лечению пациентов с колопроктологическими заболеваниями, нуждающихся в оказании амбулаторной медицинской помощи готовность к назначению и проведению лечения пациентам с колопроктологическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности. должен знать: порядок оказания медицинской помощи по профилю "колопроктология" Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области Классификации, симптомы и синдромы заболеваний и (или) состояний, в том числе	A/02.8 A/03.8

	заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области Методы клинической и параклинической диагностики заболеваний заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области должен уметь и владеть: разрабатывать план лечения пациентов с колопроктологическими заболеваниями, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к амбулаторному хирургическому лечению пациентов с колопроктологическими заболеваниями; Назначать и выполнять хирургическое лечение амбулаторным пациентам; назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с колопроктологическими заболеваниями; Назначать немедикаментозное лечение: физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру и лечебное питание пациентам с колопроктологическими заболеваниями; Оценивать эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у пациентов; Оценивать эффективность и безопасность амбулаторного хирургического лечения пациентов с колопроктологическими заболеваниями; Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических манипуляций, хирургического лечения, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; Выполнять лечебные хирургические манипуляции и операции пациентам амбулаторно: Обосновывать необходимость направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических манипуляций у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области	
--	--	--

	Применять необходимую медицинскую аппаратуру в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
--	---	--

ПК-6	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>
	Должен знать: 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	
	должен уметь: 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 заболевания 5. Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с онкологическими заболеваниями или с подозрением на онкологические заболевания 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	

	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 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» 9. Проводить лечение пациентов с онкологическими заболеваниями с учетом рекомендаций врачей-онкологов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями 10. Назначать и применять лекарственные препараты, медицинские изделия и диетотерапию, включая парентеральное питание, у пациентов с онкологическими заболеваниями.	
	должен владеть: 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;	

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	4 недели, 24 дня

--	--	--	--

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации на тему «Доброкачественные и злокачественные опухолевые поражения мочевой и половой систем человека», в объеме 144 часа.

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	12	12	4	8			0								
Специальные дисциплины																
2	Проблемы развития онкоурологии	6	4	2	2			2	2						ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
3	Опухоли паренхимы почки и верхних мочевых путей	6	4	2	2			2	2						ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
4	Неорганические опухоли забрю-	6	4	0	4			2	2						ПК1 ПК2	ПА

	шинного пространства. Опухоли надпочечников														ПК3 ПК4 ПК5	
5	Опухоли мочевого пузыря	36	34	4	18	12		2	2						ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
6	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)	14	14	2	8	4		0							ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
7	Рак предстательной железы	36	34	4	18	12		2	2						ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
8	Опухоли яичка	6	6	2	2	2		0							ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
9	Опухоли полового члена	4	4		2	2		0							ПК1 ПК2 ПК3 ПК4 ПК5	ПА
	Всего часов	114	104	16	56	32		10	10							

	(специальные дисциплины)															
Смежные дисциплины																
10	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения для ПК	12	12	8		4		0								
	Итоговая аттестация	6														экзамен
	Всего часов по программе	144	128	28	64	36		10	10							

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 недель: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

Рабочая программа учебного модуля «Фундаментальные дисциплины»

Модуль 1. Клиническая анатомия и оперативная медицина

Код	Наименования тем, элементов
1.1	«Клиническая анатомия и оперативная хирургия»
1.1.1	Современные аспекты клинической анатомии и оперативной урологии
1.1.2	Клинические аспекты хирургической анатомии передней брюшной стенки и нижнего этажа брюшной полости
1.1.3	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии поясничной области и забрюшинного пространства, почек и мочеточников
1.1.4	Клинические аспекты хирургической анатомии малого таза и промежности у мужчин
1.1.5	Клинические аспекты хирургической анатомии малого таза и промежности у женщин. Оперативная хирургия
1.1.6	Оперативная хирургия при неотложных состояниях

Рабочие программы учебных модулей «Специальные дисциплины»

МОДУЛЬ 2

Название модуля: Проблемы развития онкоурологии

1.1.1	Современное состояние онкоурологии
1.1.2	Этиология, эпидемиология и патогенез онкоурологических заболеваний
1.1.3	Современная классификация
1.1.4	Методы современной диагностики
1.1.5	Особенности опухолей у детей
1.1.6	Особенности опухолей у людей пожилого возраста
1.1.7	Принципы лечения онкологических больных
1.1.8	Этика и деонтология
1.1.9	Российские и Европейские клинические рекомендации (КР).

МОДУЛЬ 3

Название модуля: **Опухоли паренхимы почки и верхних мочевых путей**

1.2.1	Эпидемиология опухолей почек
1.2.2	Этиология и патогенез
1.2.3	Пути метастазирования
1.2.4	Классификации (клиническая, морфологическая (ВОЗ, 2016г), TNM, 8 пересмотр 2017 г.)
1.2.5	Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни
1.2.6	Лучевая диагностика: ультразвуковое исследование, КТ, ангиография, МРТ а) анамнез, жалобы, объективные данные б) ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические методы, биопсия
1.2.7	Оперативное лечение (открытая хирургия, эндоскопические вмешательства – лапароскопические, роботические)
1.2.8	Органосохраняющая хирургия - резекция почки
1.2.9	Радикальная нефрэктомия (в т.ч. с тромбэктомией), циторедуктивная нефрэктомия
1.2.10	Альтернативы хирургическому лечению первичной опухоли
1.2.11	Таргетная терапия
1.2.12	Канцерспецифическая выживаемость
1.2.13	Прогноз и мониторинг.
1.2.14	Российские КР, КР EAU.
1.2.16	Эпидемиология опухолей верхних мочевых путей
1.2.17	Этиология и патогенез
1.2.18	Классификация (клиническая и морфологическая (ВОЗ, 2016г.), TNM, 8 пересмотр 2017г) Пути метастазирования
1.2.19	Клинические симптомы
1.2.20	Диагностика (цитологическая, эндоскопическая- цистоскопия, уретеропиелоскопия с биопсией)
1.2.21	Лучевая диагностика – ультразвуковое исследование, ретроградная уретеропиелография, КТ.)
1.2.22	Оперативное лечение (открытые и эндоскопические вмешательства- лапароскопические и роботические)
1.2.23	Консервативное лечение – таргетная терапия.
1.2.24	Канцерспецифическая выживаемость
1.2.25	Прогноз и мониторинг.
1.2.26	Российские КР, КР EAU.

МОДУЛЬ 4

Название модуля: **Неорганные опухоли забрюшинного пространства. Опухоли надпочечников**

1.3.1	Эпидемиология, этиология и патогенез
1.3.2	Классификация клиническая и морфологическая (ВОЗ, 4-й пересмотра, 2013 г)
1.3.3	Стадирование по системе TNM 7-го издания (2011)
1.3.4	Клиническая симптоматика
1.3.5	Лабораторная диагностика опухолей забрюшинного пространства
1.3.6	Лучевая диагностика: ультразвуковое исследование, КТ, МРТ а) анамнез, жалобы, объективные данные б) ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические методы, биопсия
1.3.7	Дифференциальная диагностика
1.3.8	Хирургическое лечение
1.3.9	Лекарственная терапия резектабельных забрюшинных неорганных сарком
1.3.10	Лекарственная терапия нерезектабельных и диссеминированных забрюшинных неорганных сарком. Симптоматическая терапия.
1.3.11	Особенности патофизиологического действия опухолей коры надпочечника и его мозгового вещества
1.3.12	опухолей надпочечника
1.3.13	Лабораторная диагностика опухолей надпочечников
1.3.14	Лучевая диагностика: ультразвуковое исследование, КТ, МРТ а) анамнез, жалобы, объективные данные б) ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические методы, биопсия
1.3.15	Дифференциальная диагностика
1.3.16	Хирургическое лечение
1.3.17	Лекарственная терапия опухолей надпочечников
1.3.18	Мониторинг и прогноз
1.3.19	Российские КР, КР EAU.

МОДУЛЬ 5

Название модуля: **Опухоли мочевого пузыря**

1.4.1	Доброкачественные опухоли мочевого пузыря
1.4.2	Уротелиальный рак
1.4.3	Эпидемиология
1.4.4	Этиология и патогенез
1.4.5	Возникновение, рецидивирование и распространение
1.4.6	Классификация клиническая и морфологическая, классификация TNM

	8-й пересмотр (2017 г.).
1.4.7	Гистологическая классификация ВОЗ, 2004 г.
1.4.8	Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (Ta, T1, Tis).
1.4.9	Стадирование
1.4.10	Клиническое течение
1.4.11	Эндоскопическое хирургическое лечение, осложнения трансуретральной резекции (ТУР) опухоли мочевого пузыря, реТУР мочевого пузыря, рандомная биопсия
1.4.12	Лазерная терапия
1.4.13	Флюорисцентная цистоскопия
1.4.14	Иммунотерапия
1.4.15	Лечение рефрактерного низкодифференцированного рака
1.4.16	Факторы прогноза и наблюдение
1.4.17	Мышечно-инвазивный и метастатический рак мочевого пузыря.
1.4.18	клинические проявления, диагностика, гистология, клиническое и патологическое стадирование, ошибки стадирования, стадирование опухоли мочевого и уретры, оценка регионарного и отдаленного метастазирования.
1.4.19	Хирургическое лечение - радикальная цистэктомия и билатеральная лимфаденэктомия
1.4.20	Неoadъювантная и адъювантная химиотерапия
1.4.21	Органосохраняющие и мультимодальные методы лечения
1.4.22	Управление метастатическим раком мочевого пузыря. Лучевая терапия, системная химиотерапия.
1.4.23	Деривация мочи после цистэктомии.
1.4.24	Опухоли уретры
1.4.25	Этиология и патогенез
1.4.26	Классификация доброкачественных опухолей папилломы. полипы, и др. кондиломы, фибромы
1.4.27	Злокачественные опухоли: рак и саркома
1.4.28	Классификация TNM, 8 издание, 2017 г.
1.4.29	Клиника Диагностика Оперативное лечение
1.4.30	Российские КР, КР EAU.

МОДУЛЬ 6

Название модуля: **Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)**

1.5.1	Определение заболевания или состояния. Эпидемиология.
1.5.2	Этиология и патогенез
1.5.3	Клиническая классификация
1.5.4	Клиника ДГПЖ и ее осложнений
1.5.5	Диагностика

1.5.6	Диагностический алгоритм ДППЖ: жалобы, анамнез и физикальное обследование, опросники, ультразвуковое, лабораторное обследование, КУДИ. рентгенологическое и радиоизотопное исследование
1.5.7	Лечение консервативное (монотерапия и комбинированный подход)
1.5.8	Хирургические методы лечения: открытая/лапароскопическая аденомэктомия, ТУР, лазерные и тепловые методики
1.5.9	Методы отведения мочи
1.5.10	Ранние и поздние осложнения аденомэктомии, их профилактика и лечение
1.5.11	Мониторинг Прогноз
1.5.12	Российские КР, КР EAU.

МОДУЛЬ 7

Название модуля: Рак предстательной железы

1.6.1	Этиология. Эпидемиология
1.6.2	Патогенез
1.6.3	Классификация гистологическая
1.6.4	Морфология рака, классификация ISUP
1.6.5	Стадирование, классификация TNM 8-й пересмотр (2017 г.).
1.6.6	Клиника
1.6.7	Алгоритм диагностики
1.6.8	ПСА, индекс здоровья простаты и другие маркеры РПЖ
1.6.9	Методы визуализации – ультразвуковое исследование, КТ, мультипараметрическая МРТ, PI-RADS, сцинтиграфия скелета
1.6.10	Биопсия простаты – систематическая и таргетная, повторная биопсия-ная
1.6.11	Активное наблюдение
1.6.12	Радикальная простатэктомия. Показания и техника (позадилонная и промежностная, лапароскопическая, роботическая.). Тазовая лимфаденэктомия. Функциональные и онкологические результаты. Осложнения.
1.6.13	Лучевая терапия – наружная и интраорганный
1.6.14	Паллиативные операции, ТУР, цистостомия, нефростомия
1.6.15	Гормонотерапия и использование антиандрогенов.
1.6.16	Локальное лечение первичной опухоли при впервые выявленном метастатическом заболевании. Терапия метастазов.
1.6.17	Лечение впервые выявленной гормончувствительной местнораспространенной опухоли простаты
1.6.18	Лечение кастрационно-резистентного РПЖ (КРРПЖ)
1.6.19	Химиотерапия при гормон чувствительном РПЖ и КРРПЖ.
1.6.20	Осложнения терапии КРРПЖ.
1.6.21	Канцерспецифическая и безрецидивная выживаемость

1.6.22	Мониторинг
1.6.23	Российские КР, КР EAU.

МОДУЛЬ 8

Название модуля: **Опухоли яичка**

1.7.1	Эпидемиология. Этиология, патогенез.
1.7.2	Гистологическая классификация. ВОЗ, 2016
1.7.3	Стадирование опухолей яичка по системе TNM 8-го пересмотра, 2017г.
1.7.4	Клиническая классификация семинозных и несеминозных опухолей
1.7.5	Жалобы, физикальное обследование
1.7.6	Лабораторная диагностика
1.7.7	КТ, МРТ и ультразвуковая диагностика
1.7.8	Оперативное лечение, в т.ч. забрюшинная лимфаденэктомия
1.7.9	Химиотерапия, лучевая терапия. Динамическое наблюдение
1.7.10	Российские КР, КР EAU.

МОДУЛЬ 9

Название модуля: **Опухоли полового члена**

1.8.1	Доброкачественные новообразования полового члена
1.8.2	Папилломы и остроконечные кондиломы
1.8.3	Этиология доброкачественных опухолей
1.8.4	Клиника и диагностика Лечение
1.8.5	Рак полового члена
1.8.6	Эпидемиология, этиология, патогенез
1.8.7	Гистологическая классификация опухолей полового члена, ВОЗ, 2016 г.
1.8.8	Не-ВПЧ-ассоциированный плоскоклеточный рак
1.8.9	ВПЧ-ассоциированный плоскоклеточный рак:
1.8.10	Стадирование в соответствии с классификацией TNM 8-го пересмотра, 2017г.
1.8.11	Клиника
1.8.12	Диагностика – УЗИ, МРТ, биопсия
1.8.13	Хирургическое лечение, лазерная абляция, лучевая терапия.
1.8.14	Лечение пациентов с регионарными метастазами
1.8.15	Химиотерапия
1.8.16	Прогноз и мониторинг
1.8.17	Российские КР, КР EAU.

**Рабочая программа учебного модуля
«Смежные дисциплины»**

Модуль 10

Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения

Код	Наименования тем, элементов
10.1	Обороноспособность и национальная безопасность Российской Федерации
10.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
10.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны
10.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
10.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
10.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
10.3.1	Специальные формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск
10.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
10.4	Государственный материальный резерв
10.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
10.5	Избранные вопросы медицины катастроф
10.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф
10.6	Хирургическая патология в военное время
10.6.1	Комбинированные поражения
10.7	Терапевтическая патология в военное время
10.7.1	Заболевания внутренних органов при травматических повреждениях

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. Зачёт 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 решения одной ситуационной задачи письменно.

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

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного 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,	Низкая способность анализировать ситуа-	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

	предъявляе- мые к зада- нию, не вы- полнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	цию		
--	--	-----	--	--

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 здраво- охранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
2	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России...	2 этаж, конференс зал, перевязочная и смотро- вой кабинет урологиче- ского отделения клини- ки 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..
1.	Основная литература
	Коган М.И., Лоран О.Б., Петров С.Б. Радикальная хирургия рака предстательной железы. М.: ИД «ГЭОТАР-Медиа-М» 2006; 352 с. [Kogan M.I., Loran O.B., Petrov S.B. Radical surgery for prostate cancer. Moscow: Publishing House «GEOTAR-Media-M» 2006; 352 s. (In Russian)].
2.	Коган М.И. Рак мочевого пузыря (классика и новации). – Москва: Изд-во Медконгресс, 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».
	Дополнительная литература
1	«Клиническая онкоурология» / Монография. под ред. Б.П. Матвеева. М.; 2011 936с. (In Russian)].
2.	Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств человека. – Москва, 2010, – С. 173.
3.	Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – Москва, АОЗТ «Литера», 2011, – С. 720.

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/opacg/

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>Митусов Валерий Викторович</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>Белусов 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
4.	<i>Перепечай Вадим Анатольевич</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
5.	<i>Чибичян Микаел Бедросович</i>	д.м.н., доцент	Доцент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

6.	<i>Васильев Олег Николаевич</i>	д.м.н., доцент	Доцент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
7.	<i>Гусев Андрей Анатольевич</i>	к.м.н., доцент	Доцент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
8.	<i>Пипченко Олег Иванович</i>	к.м.н.	Доцент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

9.	<i>Ахохов За- лимхан Муае- дович</i>	к.м.н.	ассистент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии- андрологии), фа- культета повыше- ния квалификации и переподготовки специали- стов.ФГБОУ ВО РостГМУ Мин- здрава России
10.	<i>Исмаилов Рус- лан Самедович</i>	к.м.н.	ассистент	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии- андрологии), фа- культета повыше- ния квалификации и переподготовки специалистов. ФГБОУ ВО РостГМУ Мин- здрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Доброкачественные и злокачественные
опухолевые поражения мочевой и половой систем человека» со сроком освое-
ния 144 академических часов по специальности «Урология», онкологи, хирур-
ги, акушерство и гинекологи, колопроктология

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	Чибилян Микаел Бедросович
6	Е-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Проблемы развития онкоурологии
15	Тема	1.1.1;
16	Количество вопросов	35
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	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	Чибилян Микаел Бедросович
6	E-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Опухоли паренхимы почки и верхних мочевых путей
15	Тема	1.2.1-1.2.26
16	Количество вопросов	21
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	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	Чибилян Микаел Бедросович

6	Е-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Неорганные опухоли забрюшинного пространства. Опухоли надпочечников
15	Тема	1.3.1-1.3.19
16	Количество вопросов	10
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Модуль 5

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	Чибилян Микаел Бедросович
6	Е-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная

14	Модуль	Опухоли мочевого пузыря
15	Тема	1.4.1-1.4.30
16	Количество во-просов	25
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

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	Чибилян Микаел Бедросович
6	Е-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)
15	Тема	1.5.1-1.5.12
16	Количество во-просов	24
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Модуль 7

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	Чибилян Микаел Бедросович
6	E-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Рак предстательной железы
15	Тема	1.6.1-1.6.23;
16	Количество вопросов	25
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Модуль 8

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	Чибилян Микаел Бедросович
6	E-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869

8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Опухоли яичка
15	Тема	1.7.1-1.7.10
16	Количество вопросов	30
17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

Модуль 9

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	Чибилян Микаел Бедросович
6	Е-mail	michel_dept@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282267869
8	Кабинет №	6
9	Учебная дисциплина	Урология
10	Учебный предмет	Урология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Урология, онкологи, хирурги, акушерство и гинекологи, колопроктология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Опухоли полового члена
15	Тема	1.8.1-1.8.17
16	Количество вопросов	20

17	Тип вопроса	Single and multiple
18	Источник	-

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые вопросы к модулю 2

1	1	1			
1			Антиген UBC определяется по анализу:		
	*		мочи		
			крови		
			плазмы эякулята		
			правильно а),в)		
			правильно а),б)		
1	1	2			
1			Концентрация антигена UBC (рака мочевого пузыря) в норме составляет:		
			< 5 мкг/л		
	*		< 35 мкг/л		
			< 50 мкг/л		
			< 100 мкг/л		
			< 200 мкг/л		
1	1	3			
1			Повышение уровня ХГЧ, АФП, ЛДГ характерно для опухолей:		
	*		яичек		
			предстательной железы		
			почек		
			мочевого пузыря		
			нет правильных вариантов		
1	1	4			
1			Основные способы подтверждения онкологического процесса в мочевом пузыре:		
			цитологическое исследование мочи на АК		
			УЗИ,КТ или МРТ органов малого таза		
			цистоскопия в белом свете, флуо-		

			ресцент - ная цистоскопия		
			гистологическое исследование би- оптатов опухоли		
	*		правильно все		
1	1	5			
1			Фазы контрастирования при СКТ:		
			Артериальная, венозная		
			паренхиматозная		
			экскреторная		
			лимфатическая		
	*		правильно все кроме г)		
1	1	6			
1			Задержка начала нефрографиче- ской фазы СКТ указывает на:		
			опухоль почки больших размеров		
			опухоль в области ворот почки		
			опухолевый тромб в почечной вене		
	*		нарушение функции почек		
			правильно все		
1	1	7			
1			В паренхиматозную фазу СКТ возможно обнаружение:		
			опухолевых метастазов		
			конкрементов в контрлатеральной почке		
	*		паренхиматозных опухолей		
			аномальных сосудов		
			правильно все		
1	1	8			
1			MPT – метод диагностики осно- ванный на получении изображе- ний при создании:		
	*		магнитного поля и радиоволн		
			ионизированного излучения		
			радиоизотопного излучения		
			магнитного поглощения		
			нет правильных вариантов		
1	1	9			
1			Система PI-RADS разработана для оценки вероятности рака:		
			яичек		

			мочевого пузыря		
	*		предстательной железы		
			почек		
			полового члена		
1	1	10			
1			Система VI-RADS разработана для оценки вероятности рака		
			яичек		
	*		мочевого пузыря		
			предстательной железы		
			почек		
			полового члена		
1	1	11			
1			При какой категории VI-RADS, самая высокая вероятность МИРМП:		
	*		VI-RADS 5		
			VI-RADS 6		
			VI-RADS 8		
			VI-RADS 9		
			VI-RADS 10		
1	1	12			
1			Какой РФП наиболее часто используется для проведения ПЭТ-КТ		
	*		18F-фтордезоксиглюкоза		
			99mTc		
			молибден-99		
			все правильно		
			нет правильных вариантов		
1	1	13			
1			Для оценки агрессивности опухоли простаты по Глиссон 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		

1	1	14			
1			Циторедуктивные операции выполняют:		
			при стандартном лечении окобольных		
			при ранних стадиях заболевания		
			при неадекватной химиотерапии		
			при профузных кровотечениях		
	*		при метастатической стадии рака		
1	1	15	К какому виду облучения относится Брахитерапия:		
			внутриполостному		
	*		внутриканевому		
			аппликационному		
			системному		
			нет правильных вариантов		
1	1	16	К основным принципам хирургического лечения ЗНО относят соблюдение:		
			радикальности		
			абластичности		
			антибластичности		
			зональности		
	*		Всех перечисленных		
1	1	17	К расширенным операциям относят:		
			удаление опухоли в пределах здоровых тканей		
			удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером		
	*		удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером при которых увеличивается объем удаления зон регионарного метастазирования за счет смежных анатомических областей		
			удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый		

			процесс		
			правильного ответа нет		
1	1	18	К антибластике не относится:		
	*		удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей		
			неадьювантная лучевая терапия		
			использование электрохирургического метода		
			применение химиопрепаратов		
			правильного ответа нет		
1	1	19	Стадия заболевания определяет:		
	*		выбор методики лечения		
			планируемый объем операции		
			прогноз		
			все ответы верные		
			правильные ответы а) и б)		
1	1	20	Принципы зональности и футлярности при хирургическом лечении ЗНО включают:		
	*		обеспечение антибластики		
			обеспечение абластики		
			снижение риска оперативного вмешательств		
			максимальное сохранение функции органа		
			все ответы верные		
1	1	21	Факторы, влияющие на объем операции:		
			стадия заболевания		
			возраст пациента		
			сопутствующая патология		
			правильные ответы а) и б)		
	*		все ответы верные		
1	1	22	Термин «неoadьювантная химиотерапия» включает:		
			послеоперационную химиотерапию		
			профилактическую химиотерапию		
			химиотерапию ударными дозами		
	*		предоперационную химиотерапию		
			терапию таргетными препаратами		

1	1	23	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		
1	1	24	Производственные канцерогенные факторы:		
			Контакт с асбестом, сажей, производство резины.		
			работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями		
			деревообрабатывающая и мебельная промышленность		
	*		правильно а) и б)		
			все ответы правильные		
1	1	25	«Т» в классификации TNM используют для обозначения:		
			первичной опухоли		
			регионарных лимфатических узлов		
			метастазов в отдаленные органы		
			отсутствия метастазов		
			нет правильных ответов		
1	1	26	Дифференцировка клеток в ЗНО:		
			не нарушается		
	*		нарушена часто		
			нарушена редко		
			нарушена всегда		
			Не имеет значения		
1	1	27	Радиоизотопное исследования в онкологии применяются:		
			для визуализации первичной опухоли		
			для оценки распространенности злокачественного процесса		
			для определения функционального состояния некоторых внутренних органов		
			правильные ответы а) и б)		
	*		все ответы правильные		

1	1	28	Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в России является:		
	*		рак легких		
			рак желудка		
			рак предстательной железы		
			рак прямой кишки		
			Рак яичка		
1	1	29	Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:		
			предопухолевых состояний		
			доброкачественных опухолей		
	*		злокачественных новообразований		
			правильно б) и в)		
			нет правильного ответа		
1	1	30	Методом морфологической верификации опухоли является:		
			рентгеноскопия		
	*		биопсия опухоли		
			СКТ с контрастированием		
			термография		
			диафаноскопия		
1	31	Заболеваемость населения России ЗНО в 2020 году составляет:			
*		556 036 случаев			
		335 675 случаев			
		876 777 случаев			
		123 654 случая			
		Нет правильного ответа			
1	32	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			
1	33	Абсолютное число с впервые выявленными случаями рака яичка в России за 2020 год составляет:			
		38223 случая			
*		1382 случая			

		12225 случаев		
		15477 случаев		
		Нет правильного ответа		
1	34	Абсолютное число с впервые выявленными случаями рака почки в России за 2020 год составляет:		
*		11922 случая		
		15477 случаев		
		12225 случаев		
		38223 случая		
		1382 случая		
1	35	Абсолютное число с впервые выявленными случаями рака мочевого пузыря в России за 2020 год составляет:		
		12225 случаев		
		1382 случая		
*		11903 случая		
		1382 случая		
		15477 случаев		

Тестовые вопросы к модулю 3

1	1	1			
1			Доказанные этиологические факторы образа жизни при ПКР включают:		
			Курение		
			Артериальная гипертензия		
			Ожирение		
			Ожирение		
	*		Все ответы верны		
1	1	2			
1			В России в структуре злокачественных новообразований ПКР в 2021г составляет:		
			3,5%		
	*		3,8%		

			4%		
			4,2%		
1	1	3			
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		
1	1	4			
1			Из каких оцениваемых параметров состоит шкала PADUA?		
			Полюсная локализация		
			Экзофитный или эндофитный характер роста опухоли		
			Отношение к краю почки		
			Поражение почечного синуса		
			Вовлечение собирательной системы		
			Максимальный размер опухоли		
	*		Все ответы верны		
1	1	5			
1			Из чего складывается клиническая картина ПКР?		
			Проявлений первичной опухоли		
			Метастазов		
			Паранеопластических симптомов		
	*		Все ответы верны		
1	1	6			
1			Из чего состоит «классическая		

			триада симптомов ПКР»?		
	*		Пальпируемое образование, боль, гематурия		
			Гематурия, варикоцеле, отеки нижних конечностей		
			Пальпируемое образование, расширенные подкожные вены на передней брюшной стенке («голова медузы»), боль		
			Боль, пальпируемое образование, отеки нижних конечностей		
1	1	7			
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		
1	1	8			
1			Какое инструментальное исследование является стандартом диагностики ПКР?		
			Экскреторная урография		
			Магнитно-резонансная томография органов забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием		
			Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства		
	*		Компьютерная томография органов забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием		

1	1	9			
1			Какая тактика при кистозных образованиях почки III по Босняку		
			Наблюдение, так как это доброкачественные кисты		
			Необходимо наблюдение больного. Иногда возможно злокачественное перерождение		
	*		Показано хирургическое иссечение или наблюдение в динамике. Более чем в 50 % случаев кисты III категории бывают злокачественными		
			Рекомендуется хирургическое удаление. В основном это злокачественные новообразования		
1	1	10			
1			Какая тактика при кистозных образованиях почки IV по Босняку		
			Наблюдение, так как это доброкачественные кисты		
			Необходимо наблюдение больного. Иногда возможно злокачественное перерождение		
			Показано хирургическое иссечение или наблюдение в динамике. Более чем в 50 % случаев кисты III категории бывают злокачественными		
	*		Рекомендуется хирургическое удаление. В основном это злокачественные новообразования		
1	1	11			
1			Абсолютные показания к резекции почки:		
			Наличие опухоли единственной почки, в том числе единственной функционирующей		
			Двустороннее опухолевое поражение почек		
			Опухоль почечной паренхимы при функционирующей контралате-		

			ральной почке у пациентов с сопутствующими заболеваниями		
	*		Верно а и b		
1	1	12			
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		
1	1	13			
1			Элективные 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		
	*		Пациенты с клинически локализованным ПКР (стадии cT1- T2N0M0) с интактной второй почкой		
1	1	14			
1			Показания к цНЭ: наличие технически удалимой первичной опухоли у пациентов с ПКР, способных перенести хирургическое вмешательство, относящихся к:		
			Группе хорошего прогноза IMDC		
			Группе промежуточного прогноза MSKCC и получавших индукционную таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы (TKI) с эффектом		

			Любой прогностической группе при наличии симптомов первичной опухоли, угрожающих жизни, или высокого риска развития жизнеугрожающих осложнений со стороны первичной опухоли (некупируемая гематурия, флотирующий опухолевый венозный тромб и др.);		
			Любой прогностической группе при наличии потенциально удалимых солитарных или единичных метастазов.		
	*		Все ответы верны		
1	1	15	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 тяжёлые сопутствующие или конкурирующие заболевания, обуславливающие ожидаемую продолжительность жизни <5 лет и/или ассоциированные с высоким операционным риском		
1	1	16	Комбинация каких лекарственных препаратов рекомендуется в качестве 1-й линии терапии с ПКР группы хорошего прогноза IMDC?		
	*		Пембролизумаба с акситинибом		
			Авелумаба с акситинибом		
			Бевацизумаба с ИФН-α		
			Ленватиниба с эверолимусом		

	1	17			
1			Наиболее распространенным симптомом опухолей верхних мочевых путей является макро- или микрогематурия, выявляемая в:		
			40-50 % случаев		
			50-60 % случаев		
			60-70 % случаев		
	*		70-80 % случаев		
1	1	18			
			Критерии установления диагноза/состояния опухолей верхних мочевых путей:		
			данные анамнеза		
			данные физикального обследования		
			данные лабораторных исследований		
			данные инструментального обследования		
			данные морфологического исследования		
	*		Все ответы верны		
1	1	19			
			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		
	*		Мультиспиральная компьютерная томографическая урография с контрастным усилением		
1	1	20			
			Какой стандарт хирургического лечения у пациента с установлен-		

			ным диагнозом уротелиальный рак верхних мочевых путей?		
	*		Радикальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря		
			Уретероскопия с эндоскопическим лечением		
			Перкутанные лечебные манипуляции		
			Сегментарная резекция мочеточника		
1	1	21			
			Какие правила нужно соблюдать, чтобы избежать диссеминации опухоли при лапароскопической операции:		
			Следует избегать нарушения целостности мочевыводящих путей		
			Следует избегать прямого контакта инструментов с опухолью		
			Для извлечения удаленного препарата следует пользоваться специальными контейнерами		
			Почка и мочеточник должны удаляться единым блоком с резецированной стенкой мочевого пузыря в области устья		
			Инвазивные, большие (T3–4 и/или N+/M+) или мультифокальные опухоли являются противопоказанием к лапароскопической РНУ		

	*		Все ответы верны		
--	---	--	------------------	--	--

Тестовые вопросы к модулю 4

1	1	1			
1			Как часто феохромоцитома надпочечников протекает бессимптомно и является находкой при аутопсии :		
			до 5%		
			10 -15%		
	*		20 – 25%		
			Более 25%		
1	1	2			
1			Наиболее значимый диагностический критерий при подтверждении наличия феохромоцитомы:		
			концентрации катехоламинов в плазме крови		
			определение суточного уровня ванилилминдальной кислоты и норадреналина мочи		
			Холтер мониторинг АД в течение суток		
	*		клофеллиновый тест		
1	1	3			
1			Какие методы диагностики следует применить для определения локализации феохромоцитомы:		
			Осмотр и анализ лабораторных данных		
	*		УЗИ забрюшинного пространства		
	*		КТ забрюшинного пространства		
	*		МРТ забрюшинного пространства		
1	2	4			
1			Перед операцией по удалению феохромоцитомы необходима терапия α-адреноблокатором феноксибензамином. Как долго она должна проводиться?:		
			3 – 5 дней		
	*		1 – 2 недели		

			до 1 месяца		
			более 1 месяца		
1	1	5			
1			Наиболее характерный возраст выявления у ребенка нейробластомы:		
			до 1 года		
	*		1,5 – 2 года		
			3 – 5 лет		
			старше 5 лет		
1	1	6			
1			Наиболее типичная локализация нейробластомы:		
	*		мозговое вещество надпочечников		
			симпатические нервные стволы и ганглии		
			в грудной полости		
			в полости малого таза		
1	1	7			
1			После какого вида диагностики удастся заподозрить наличие нейробластомы:		
	*		Объективного обследования (пальпации)		
			УЗИ		
			Мультиспиральной КТ		
			МРТ		
1	3	8			
1			Современная концепция лечения нейробластомы:		
			Хирургическое лечение		
			Хирургическое лечение + лучевая терапия		
	*		Хирургическое лечение + химиотерапия		
			Сочетание всех методов		
1	3	9			
1			Прогноз лечения тератомы зависит от:		
	*		варианта гистологического строения опухоли		
	*		первичной локализации опухоли		

			выбора метода хирургического лечения		
			сроков начала проведения химио- и лучевой терапии		
1	1	10			
1			Укажите какие новообразования забрюшинного пространства относятся к злокачественным:		
	*		Липосаркома		
			Липома		
	*		Лейомиосаркома		
			Лейомиома		

Тестовые вопросы к модулю 5

1	1.1	1			
1			Какой метод лучевой диагностики РМП применяется первым:		
	*		Трансабдоминальная ультрасонография		
			СКТ органов малого таза		
			МРТ органов малого таза		
			цистоскопия в белом свете		
			флюорисцентная цистоскопия		
1	1.1	2			
1			Для проведения флюорисцентной цистоскопии используют:		
			индигокармин		
			бриллиантовую зеленую		
	*		5-аминолевулиновую кислоту		
			доксорубицин		
			Правильно а) б) г)		
1	1.2	3			
1			Для диагностики карциномы in situ мочевого пузыря наиболее информативной является:		
			ультразвуковое исследование мочевого пузыря		
	*		флюорисцентная цистоскопия		
			спиральная компьютерная томография малого таза		

			ВТА-тест		
			Правильно а) б) в) г)		
1	1.2	4			
1			Чувствительность метода выявления опухоли мочевого пузыря путем УЗИ составляет:		
			40-50%		
	*		68-98%		
			25-62%		
			30-40%		
			10-20%		
1	1.3	5			
1			В каком проценте случаев при УЗИ выявляются увеличенные лимфатические узлы при обследовании больных с РМП:		
			10-20%		
			25-30%		
			50% и более		
			до 10%		
	*		не выявляются		
2	2.1	6			
1			РМП на СКТ (МРТ)-граммах определяется в виде объемного образования:		
	*		гипо- и гиперинтенсивного		
			гипо- и изоинтенсивного		
			только гипоинтенсивного		
			только гиперинтенсивного		
			правильно а), б)		
2	2.1	7			
1			Экзофитные папиллярные опухоли при цистоскопии выявляются у:		
	*		70-90% пациентов		
			5-10% пациентов		
			20-40% пациентов		
			50-60% пациентов		
			не выявляются		
2	2.2	8			
1			Радикальная цистэктомия у женщин включает:		
			удаление мочевого пузыря		
			удаление мочевого пузыря, регионар-		

			ных 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		
2	2.2	9			
1			При инвазивном раке мочевого пузыря в стадии Т3 показана:		
	*		Радикальная цистэктомия		
			Трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с опухолью		
			Лучевая терапия		
			Адьювантная химиотерапия		
			Неoadьювантная химиотерапия		
2	2.3	10			
1			Противопоказаниями для цистэктомии являются:		
			Анемия		
			Сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации;		
			Множественные опухоли мочевого пузыря;		
	*		Общее состояние больного		
			Все перечисленное;		
2	2.3	11			
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		
2	2.3	12			
1			Адекватным считается срок нахож-		

			дения катетера в уретре после цистэктомии:		
			25 дней		
	*		14 дней		
			18 дней		
			21 день		
			30 дней		
2	2.3	13			
1			Наиболее оптимальным методом деривации мочи после радикальной цистэктомии считается:		
	*		создание необладера из подвздошного отдела тонкого кишечника или создание илеокондуита по Брикеру		
			2-х сторонняя нефростомия		
			2-х сторонняя уретерокутанеостомия		
			пересадка мочеточников в непрерывный кишечник (уретеросигмоанастомоз)		
			ни один из вышеперечисленных методов		
2	2.3	14			
2			Нервсберегающая цистэктомия при ортотопической цистопластикой у мужчин имеет своей целью:		
	*		улучшение удержания мочи		
	*		сохранение эрекции		
			сохранение либидо		
			сохранение функции анального сфинктера		
			сохранение чувствительности головки полового члена		
2	2.3	15			
2			Стандартная лимфаденэктомия при радикальной цистэктомии предполагает удаление следующих групп лимфоузлов:		
	*		наружные подвздошные		
	*		внутренние подвздошные		
			пресакральные		
			общие подвздошные		
			паракаваальные, парааортальные до уровня нижнебрыжеечной артерии		

2	3.1	16			
1			Применение NBI при выполнении ТУР мочевого пузыря снижает риск рецидива в течение года на:		
			90%		
			60%		
			30%		
			40-50%		
	*		10%		
3	3.1	17			
1			Чувствительность Романовской спектроскопии при РМП составляет:		
			1-5%		
			10-20%		
			30-40%		
			50-60%		
	*		90-95%		
3	3.1	18			
1			При оптической когерентной томографии возможно получение изображения в инфракрасном диапазоне глубины:		
			1 мм		
	*		2-3 мм		
			5-7 мм		
			10 мм		
			15 мм и более		
3	3.1	19			
1			К ортотопическим методам деривации мочи относят:		
			деривация мочи по Studer		
			деривация мочи по Hautmann		
			деривация мочи по Brikker		
			уретерокутанеостомия		
			Правильно а) б)		
3	3.1	20			
1			Наиболее оптимальным методом деривации мочи после радикальной цистэктомии считается:		
	*		создание необладера из подвздошного отдела тонкого кишечника или создание илеумкондуита по Брикеру		

			2-х сторонняя нефростомия		
			2-х сторонняя уретерокутанеосто		
			пересадка мочеточников в непрерывный кишечник (уретеросигмоанастомоз		
			ни один из вышеперечисленных методов		
3	3.2	21			
1			Какой длины берут отрезок подвздошной кишки при выполнении инвертирующей ортотопической цистопластики:		
			70 см		
			60 см		
	*		80 см		
			55 см		
			75 см		
3	3.2	22			
1			Какой вид деривации мочи выполняется при коротких сосудах брыжейки кишок:		
			деривация мочи по Brikker		
			деривация мочи по Studer		
			деривация мочи по Hautmann		
	*		инвертирующая энтероцистопластика		
3	3.2	23			
1			Какие сшивающие аппараты используют при выполнении ортотопической энтероцистопластики:		
			линейные сшивающие аппараты		
			поперечные сшивающие аппараты		
			циркулярные сшивающие аппараты		
	*		Правильно а) б)		
			Правильно б) в)		
3	3.2	24			
1			Адекватным считается срок нахождения катетера в уретре после ортотопической энтероцистопластики:		
			25дней		
	*		14дней		
			18дней		
			21 день		
			30 дней		
3	3.3	25			

1			Мочеточниковые дренажи после ортотопической неоцистопластики удаляют на:		
	*		8-12 сутки		
			5-7сутки		
			16-18сутки		
			21 сутки		
			30 суток		

Тестовые вопросы к модулю 6

1	1	1			
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		
1	1	2			
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	3			
1			Какой из указанных методов хирургии ДГПЖ приводит к немедленному улучшению мочеиспускания сразу после удаления катетера?		
			Гольмиевая резекция		
			Интерстициальная лазерная абляция		
			Трансуретральная термотерапия		
			Трансуретральная игольчатая абляция		
	*		Моно- / биполярная трансуретральная резекция		
1	1	4			
1			На развитие ДГПЖ влияет:		
			Сниженной продукции лютеинизирующего гормона передней долей гипофиза		
			Повышенного образования трансформирующего фактора роста (TGF β) в строме предстательной же-		

			лезы		
			Возрастного увеличения соотношения эстрогены/ тестостерон		
	*		Превращения тестостерона в дигидротестостерон под влиянием фермента 5α- редуктазы 1 типа		
1	1	5			
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	6			
1			При ДГПЖ гиперплазия развивается преимущественно в следующей зоне простаты		
	*		Центральная зона		
			Переходная зона		
			Периферическая зона		
			Центральная и периферическая		
			Сфинктер из поперечнополосатой мускулатуры		
1	1	7			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
	*		урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		
1	1	8			
1			У больного имеется ДГПЖ, осложненная острой задержкой мочеиспускания. Катетеризация мочевого пузыря невозможна. Температура тела 37.9°С. 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	9			
1			У больного 70 лет имеется ДГПЖ, осложненная парадоксальной ишурией. По УЗИ - двусторонний уретерогидронефроз. Уровень креатинина сыворотки крови незначительно 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 цистостомия		
1	1	10			
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	11			
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		
1	1	12			
1			У больного 65 лет множественные камни мочевого пузыря на фоне ДГПЖ. Ему следует рекомендовать		
			ДУВЛ		
			Открытую аденомэктомию, цистолитотомию, цисто-		

			стомию		
			Трансуретральную литотрипсию первым этапом, ТУР простаты - вторы		
			Химический литолиз на фоне медикаментозной терапии ДГП		
	*		Одномоментное эндоскопическое вмешательство: цистолитотрипсия + ТУР простаты		
1	1	13			
1			Противопоказания для ТУР простаты при ДГПЖ		
			Острые воспалительные процессы мочевыводящих путей		
	*		Анкилоз тазобедренного сустава		
			Ожирение III ст		
			Наличие цистостомического дренажа		
			Наличие психических заболеваний		
1	1	14			
1			Какая масса аденоматозных тканей является предельной для типичной ТУР ДГПЖ:		
			40-60 г		
	*		60-80 г		
			80-90 г		
			90-100 г		
			100-120 г		
1	1	15			
1			Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме		
			Атрезии наружного отверстия уретры		
			Нейрогенной дисфункции мочевого пузыря		
	*		Обструкции мочеточников		
			Гиперплазии предстательной железы		
1	1	16			
1			Какова максимальная допустимая продолжительность ТУР		
			30-40 мин		
			40-50 мин		
	*		50-60 мин		
			до 1,5 ч		
			до 2,0 ч		
1	1	17			
1			Катетеризация является противопоказанием при острой задержке мочи, вызванной:		
	*		фимозом		
			опухолью мочевого пузыря		

			камнем уретры		
			разрывом уретры		
			камнем мочевого пузыря		
1	1	18			
1			Кровоснабжение предстательной железы осуществляют		
			нижне-пузырные артерии		
			средне-прямокишечные артерии, запираательные артерии		
			нижне-ягодичные артерии		
	*		правильно 1) и 2)		
1	1	19			
1			Противопоказаниями к бужированию уретры являются все перечисленные, кроме		
			аденомы предстательной железы		
			острого эпидидимита		
			острого цистита и простатита		
	*		хронического простатита и цистита		
			острого уретрита		
1	1	20			
1			Для функции верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов		
			субвезикальный		
			интравезикальный		
			диффузный		
	*		субтригональный		
			смешанный		
1	1	21			
1			Перед чрезпузырной простатэктомией необходимо сделать следующие лабораторные исследования крови		
			клинический анализ крови		
			протромбиновый индекс		
			определение группы крови и резус-фактора		
			определение времени свертывания крови и кровотока		
	*		все перечисленные		
1	1	22			
1			Длительное назначение финастерида в дозе 5мг		
			Приводит к значительному снижению детрузорного давления при мочеиспускании		
			Приводит к значительным изменениям уродинамики в течение 3 месяцев		

			Приводит к отсутствию обструкции у всех мужчин по результатам номограммы Абрамса-Гриффитса.		
			Приводит к улучшению уродинамики, сравнимому с результатами ТУР простаты		
	*		Приводит к снижению сексуальной функции		
1	1	23			
1			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		
			Значимо снижает артериальное давление, поэтому требуется коррекция в дозе гипотензивных препаратов		
1	1	24			
1			Довольно досадным осложнением после урологических операций является невозможность опорожнить баллон уретрального катетера Фолея. Каков первый шаг для опорожнения баллона?		
			Пункция баллона через надлонную введенную иглу		
			Введение 2-5 мл хлороформа по каналу для наполнения баллона		
	*		Дополнительное введение 10-15 мл стерильной воды через канал наполнения баллона		
			Отрезать сосок канала наполнения баллона около входа в основной элемент катетера и провести проволочный стилет для пункции баллона		
1	1	24			
1			50 – летний мужчина жалуется на слабый поток мочи и натуживание при мочеиспускании при хорошем общем здоровье. Физикальное обследование выявляет умеренно увеличенную ДГПЖ. Каким из следующих лекарств следует улучшить клиническую ситуацию?		
			Нифедипин		
	*		Тамсулозин		
			Десмопрессин		
			Имипрамин гидрохлорида		
			Солифенацин		

Тестовые вопросы к модулю 7

1	1.1	1			
			Для рака предстательной железы характерна консистенция органа:		
			эластичная		
			туго- эластичная		
			мягкая		
	*		хрящевидная / деревянистая		
	*		плотная		
1	1.1	2			
			Наиболее частой локализацией метастазов рака простаты являются:		
			кости таза		
			легкие		
			печень		
	*		регионарные лимфатические узлы		
			кости черепа		
1	1.1	3			
			Методом подтверждения рака простаты являются:		
			экскреторная урография		
	*		биопсия простаты		
			уретроскопия		
			УЗИ		
1	1.1	4			
			Остеобластические метастазы в костях:		
			рака паренхимы почки		
			рака лоханки почки		
			рака мочевого пузыря		
	*		рака простаты		
			рака яичка		
1	1.2	5			
			Признаками рака простаты являются		
	*		боли в костях таза		
	*		повышение содержания простат специфического антигена в крови		
	*		нарушение мочеиспускания		
	*		плотная бугристая простата при пальцевом исследовании через прямую кишку		
	*		повышение уровня кислой фосфатазы в крови		
1	1.2	6			
1			Диагноз «рак простаты» устанавливается по		

			результатам:		
			пальцевого ректального исследования		
			исследования содержания простат специфического антигена в крови		
			трансректального УЗИ простаты		
	*		биопсии простаты		
			экскреторной урографии		
1	1.1	7			
1			Радикальны лечением рака простаты Т 1-2 является		
	*		радикальная простатэктомия		
	*		лучевая терапия		
			гормонотерпия		
			ТУР простаты		
			Химиотерпия		
1	1.2	8			
1			Адекватным лечением рака простаты Т3,4N1M1 является:		
			антиандрогенная терапия		
	*		лучевая терапия		
			химиотерапия		
			простатэктомия		
			цистостомия		
1	1.2	9			
1			При обнаружении в биоптатах предстательной железы ПИН высокой степени показано:		
			сцинтиграфия скелета		
	*		повторная биопсия		
			полная андрогенная блокада		
			радикальная простатэктомия		
			лучевая терапия		
1	1.2	10			
1			Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить:		
			осмотр и пальпация наружных половых органов		
			пальпация предстательной железы		
			цистоскопия		
	*		биопсия предстательной железы		
			биопсия костного мозга		
1	1.2	11			
1			Причинами повышения уровня простат специфического антигена могут быть		

			рак простаты		
			воспалительный или инфекционный процесс в простате		
			ДГПЖ		
			эякуляция накануне исследования		
	*		Все верно		
1	1.2	12			
1			Для определения локализованного рака предстательной железы необходимы следующие исследования, кроме:		
			биопсия предстательной железы под ультразвуковым наведением		
			исследования ПСА сыворотки крови		
	*		радиоизотопная сцинтиграфия скелета		
			ТРУЗИ		
1	1.2	13			
1			При ДГПЖ объемом 80 см³, ПСА 9 нг/ мл и ПИН низкой степени в биоптатах простаты показано:		
			повторная биопсия		
			динамическое наблюдение		
			простатэктомия		
	*		лечение альфа- блокаторами и ингибиторами 5-альфаредуктазы		
			полная андрогенная блокада		
1	1.2	14			
			При локализованном раке предстательной железы (T1-T2) и ожидаемой продолжительности жизни более 10 лет показано:		
			криодеструкция простаты		
	*		радикальная простатэктомия		
			трансуретральнаяэлектрорезекция простаты		
	*		лучевая терапия (брахитерапия)		
1	1.2	15	Во время профосмотра у больного 55 лет пальпаторно трансректально выявлено небольшое увеличение простаты. в одной доле плотный узел. ему показана:		
			простатэктомия		
			трансуретральнаяэлектрорезекция простаты		
			исследование ПСА		
	*		трансректальная мультифокальная биопсия		
1	1.2	16	Для местнораспространенного рака предстательной железы характерны следующие при-		

			знаки:		
	*		гематурия		
	*		пальпируемое образование (плотный узел)		
	*		недержание мочи		
	*		боли в промежности		
	*		боли в области крестца		
1	1.2	17			
1			Для локализованного рак предстательной железы характерны следующие показатели свободного и общего ПСА, кроме:		
			свободный 10 нг/ мл		
	*		отношение свободного к общему выше 15%		
			отношение свободного к общему ниже 15%		
			общий ПСА 50 нг/мл		
1	1.2	18			
1			Частота рака предстательной железы среди всех злокачественных опухолей человека составляет примерно:		
			1%		
			2%		
	*		5%		
			10%		
			20%		
1	1.2	19			
1			В предстательной железе чаще встречаются		
			рак		
	*		аденома		
			фиброма		
			лейомиома		
			саркома		
1	1.2	20			
1			Рак предстательной железы возникает в следствии:		
			вирусного заболевания		
	*		гормональных нарушений		
			хронического воспаления		
			Аденомы		
			экзогенных канцерогенных веществ		
2	2.2	21			
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		
2	2.2	22			
1			Локальный РПЖ промежуточного риска соответствует:		
	*		стадии cT2b–T2c, или индекс Глисона 7, или уровень ПСА 10–20 нг/мл		
			стадии cT3a, или индекс Глисона 8–10, или уровень ПСА > 20 нг/мл		
			стадии cT1a-b, или индекс Глисона <7, или уровень ПСА < 10 нг/мл		
			стадии cT4, любой индекс Глисона, или любой уровень ПСА		
2	2.2	23			
			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		
2	2.2	24			
			Техники радикальной лапароскопической простатэктомии		
	*		трансперитонеальная антеградная простатэктомия		
	*		трансперитонеальная ретроградная простатэктомия		
	*		экстраперитонеальная антеградная простатэктомия		
	*		экстраперитонеальная ретроградная простатэктомия		
			трансвезикальная простатэктомия		

2	2.2	25			
			Предстательная железа получает артериальное кровоснабжение из		
	*		предстательно-пузырной артерии		
			верхней мочепузырной артерии		
			нижней мочепузырной артерии		
			средней прямокишечной артерии		
			нижней прямокишечной артерии		
2	2.2	26			
			Показания к промежностной простатэктомии:		
	*		локализованный рак простаты низкого онкологического риска (стадия T1c-T2aN0M0, уровень ПСА<10 нг/мл, сумма баллов по шкале Глисона≤6 баллов).		
	*		локализованный рак простаты умеренного онкологического риска (стадия T2bN0M0, или уровень ПСА 10-20 нг/мл, или сумма баллов по шкале Глисона =7 баллов) при отсутствии показаний для выполнения - лимфаденэктомии по данным номограмм и МРТ с контрастированием		
			объем предстательной железы>60 см ³		
	*		выраженное ожирение		
2	2.1	27			
1			Лапароскопическая радикальная простатэктомия выполняется:		
	*		экстрафасциально		
	*		интерфасциально		
	*		интрафасциально		
			субфасциально		
2	2.1	28			
1			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		
2	2.2	29			
1			Предстательная железа располагается:		

			в брюшной полости		
			в забрюшинном пространстве		
	*		в подбрюшинном этаже малого таза,		
			под мочеполовой диафрагмой		
2	2.2	30			
			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		
1	1.2	31			
1			Основным методом лечения больных с диссеминированной формой РПЖ является		
	*		Гормонотерапия		
	*		Химиотерапия		
			Хирургическое лечение		
	*		Лучевая терапия		
2	2.2	32			
1			Источники андрогенов в организме		
	*		Надпочечники		
			Хвост поджелудочной железы		
	*		Яички		
			Щитовидная железа		
			Околоушная слюнная железа		
2	2.2	33			
1			Через какой период времени отмечается появление гормонорезистентной формы заболевания		
			12 месяцев		
			6 месяцев		
			24 месяца		
			36 месяцев		
	*		18 месяцев		
2	2.2	34			
			В лечении ККРПЖ используется		
			Бикалутамид 50 мг		
	*		Энзалутамид		
	*		Паллиативная лучевая терапия		
	*		Химиотерапия		

	*		Абиратерона ацетат		
2	2.2	35			
			Рекомендованная дозировка препарата (энзалутамид)		
	*		160 мг		
			40 мг		
			120 мг		
			80 мг		
			200 мг		
2	2.2	36			
			С целью гормональной терапии рака предстательной железы используются		
	*		Агонисты ЛГРГ		
			L-тироксин		
	*		Антагонисты ЛГРГ		
			Тамоксифен		
	*		Антиандрогены		
2	2.2	37			
			Неблагоприятным первоначальным ответом на терапию агонистами ЛГРГ у 4-63% пациентов бывает		
	*		тестостероновая «вспышка»		
			резкое снижение тестостерона		
			повышение кортизола		
			развитие пангипопитуитаризма		
2	2.1	38			
1			Критерии гормнорезистентного рака предстательной железы		
	*		Кастрационный уровень тестостерона в сыворотке крови (<1,7 нмоль/л или <50 нг/дл).		
	*		Рост ПСА на фоне кастрационной терапии и/или появление новых метастазов.		
			Снижение ПСА на фоне кастрационной терапии		
			Улучшение общего самочувствия		
2	2.1	39			
1			При невозможно проведения хирургического лечения и лучевой терапию, основное место в лечении рака предстательной железы занимает		
	*		Химиотерапия		
	*		Радиотерапия Стронций - 89		
	*		Гормонотерапия		

			Физиотерапия		
2	2.2	30			
1			С целью гормональной терапии рака предстательной железы используются		
	*		Агонисты ЛГРГ		
			L-тироксин		
	*		Антагонисты ЛГРГ		
			Тамоксифен		

Тестовые вопросы к модулю 8

1	1	1			
1			К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка относятся:		
			а) половое воздержание или половые излишества, онанизм		
			б) травма органов мошонки		
			в) эпидидимит на почве вирусной инфекции		
			г) крипторхизм		
	*		д) правильно б и г		
1	1	2			
1			Наиболее часто злокачественные опухоли яичка метастазируют:		
	*		а) в легкие		
			б) в головной мозг		
			в) в печень		
			г) в надпочечники		
			д) в кости		
1	1	3			
1			К опухолям стромы полового тяжа яичка относятся:		
	*		а) гранулематозная опухоль		
			б) семинома		
			в) эмбриональный рак		
			г) тератома		
			д) хорионэпителиома		
1	1	4			
1			К герминогенным опухолям яичка относят:		
	*		а) верно б, г		
			б) эмбриональный рак		
			в) гранулематозная опухоль		
			г) семинома		
			д) хорионэпителиома		
1	1	5			

1			Противопоказаниями для орхофуникулэктомии служат:		
	*		а) тяжесть состояния больного		
			б) метастазы в легкие		
			в) метастазы в забрюшинные лимфоузлы		
			г) все перечисленное		
			д) метастазы в костях		
1	1	6			
1			Показаниями к забрюшинной лимфаденэктомии служат:		
	*		а) при несеминомных опухолях ii стадия		
			б) при несеминомных опухолях – iii стадия		
			в) при семиноме – ii стадия		
			г) при семиноме - i стадия		
			д) при несеминомных - i стадия		
1	1	7			
1			Обоснованием для проведения орхофуникулэктомии больным с диссеминированной опухолью яичка является:		
	*		а) правильные ответы в, г		
			б) установление стадии заболевания		
			в) установление морфологического варианта опухоли		
			г) резистентность первичной опухоли		
			д) данные УЗИ исследования		
1	1	8			
1			Символ т2 для злокачественных опухолей яичка означает:		
	*		а) опухоль распространяется на белочную оболочку или придаток		
			б) опухоль ограничена телом яичка, включая сплетение		
			в) опухоль распространяется на семенной канатик		
			г) опухоль распространяется на семенной канатик с наличием или без наличия сосудистой/лимфатической инвазии		
			д) правильного ответа нет		
1	1	9			
1			К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме:		
			а) рака яичка		
			б) семиномы		
			в) тератобластомы		
	*		г) метастатического рака яичка		

			д) хорионэпителиомы		
1	1	10			
1			Наиболее часто злокачественные опухоли яичка встречаются в возрасте:		
			а) от 15 до 20 лет		
			б) от 20 до 40 лет		
			в) от 40 до 60 лет		
			г) от 60 до 80 лет		
	*		д) старше 80 лет		
1	1	11			
1			Для диагностики опухоли яичка необходимы исследования, кроме:		
	*		а) тазовой артериографии		
			б) ультразвукового исследования яичек		
			в) экскреторной урографии		
			г) рентгенографии органов грудной клетки		
			д) компьютерной томографии		
1	1	12			
1			Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка:		
			а) теиноме		
			б) тератоме		
			в) эмбриональной карциноме		
			г) тератобластоме		
	*		д) верно в и г		
1	1	13			
1			К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек:		
	*		а) семинома		
			б) хорионэпителиома		
			в) тератома		
			г) тератобластома		
			д) эмбриональная карцинома		
1	1	14			
1			При семиноме в стадии t2n0m0 показана:		
			а) операция дюкена		
			б) химиотерапия до операции		
	*		в) орхиэктомия с химиотерапией после операции		
			г) лучевая терапия до операции		
			д) операция шевассю		
1	1	15			

1			При тератоме яичка показаны следующие виды лечения:		
			а) лучевая терапия		
			б) химиотерапия		
	*		в) орхиэктомия		
			г) комбинированное лечение - орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия		
			д) симптоматическая терапия		
1	1	16			
1			При семиноме в стадии t3nxm0 показаны следующие виды лечения:		
			а) дооперационная химио- и лучевая терапия		
			б) послеоперационная лучевая терапия		
			в) орхиэктомия		
			г) операция шевассю		
	*		д) орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия		
1	1	17			
1			При несеминомной опухоли яичка применяют следующие операции:		
			а) удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика		
			б) удаление забрюшинных лимфоузлов		
			в) эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек)		
			г) орхифуникулоэпидидимэктомию		
	*		д) правильно б и г		
1	1	18			
1			Для первичной диагностики опухоли яичка целесообразно использовать следующий метод диагностики:		
			а) ПЭТ-КТ		
	*		б) УЗИ мошонки		
			в) МСКТ органов малого таза		
			г) рентгенография таза с в/в контрастированием		
			д) МРТ органов малого таза		
1	1	19			
1			Если пациент перенес операцию по низведению яичка, регионарными лимфоузлами при опухоли низведенного яичка следует считать:		
			а) забрюшинные		
			б) надключичные		
	*		в) паховые		
			г) подмышечные		
			д) тазовые		

1	1	20			
1			Перед началом пхт при герминогенных опухолях всем пациентам детородного возраста следует рекомендовать:		
			а) кт головного мозга		
			б) кт органов грудной клетки		
			в) мрт забрюшинного пространства		
	*		г) криоконсервацию спермы		
			д) мрт органов малого таза		

Тестовые вопросы к модулю 9

1	1	1			
1			Укажите НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ(ЫЕ) анатомическую локализацию(ии) поражения при новообразованиях пениса:		
			А) головка		
			Б) корень		
			В) крайняя плоть		
			Г) тело		
	*		Д) верно а), в)		
1	1	2			
1			Какое из нижеперечисленных поражений пениса обычно НЕ АССОЦИИРОВАНО с вирусной инфекцией:		
			А) Condyloma acuminatum		
	*		Б) Lichen sclerosus/BXO		
			В) Molluscum contagiosum		
			Г) Боуэноидный папулёз		
			Д) Саркома Kaposi		
1	1	3			
1			Что из перечисленного ниже НЕ ОТНОСИТСЯ к фактору риска развития плоскоклеточного рака пениса:		
	*		А) герпес-вирусная инфекция		
			Б) табакокурение		
			В) фимоз		
			Г) инфекция вируса папилломы человека (HPV)		
			Д) баланопостит		
1	1	4			
1			Какая из следующих инфекций ЯВЛЯЕТСЯ фактором риска развития PeIN:		
			А) инфекция вируса иммунодефицита человека		

			(HIV)		
			Б) герпес-вирусная инфекция (HHV)		
			В) гонококковая инфекция		
	*		Г) инфекция вируса папилломы человека (HPV)		
			Д) поксвирусная инфекция		
1	1	5			
1			Какие из нижеперечисленных типов вирусов папилломы человека (HPV) НЕ АССОЦИИРОВАНЫ с высоким канцерогенным потенциалом:		
			А) типы 16, 18		
			Б) типы 51, 52		
	*		В) типы 6, 11		
			Г) типы 31, 35		
			Д) типы 39, 45		
1	1	6			
1			Какие из нижеперечисленных форм ОТНОСЯТСЯ к пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN):		
			А) дифференцированная форма		
			Б) плоскоклеточная форма		
			В) недифференцированная форма		
			Г) умеренно-дифференцированная форма		
	*		Д) верно А), В)		
1	1	7			
1			Какой из гистологических паттернов НЕ ОТНОСИТСЯ к HPV-ассоциированной пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN):		
			А) базалоидный		
			Б) бородавчатый		
	*		В) плеоморфный		
			Г) педжетоидный		
			Д) смешанный		
1	1	8			
1			Какой из гистологических паттернов НЕ ОТНОСИТСЯ к HPV-неассоциированной пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN):		
			А) гиперпластический		
	*		Б) бородавчатый		
			В) плеоморфный		
			Г) классический		
			Д) плеоморфно-дифференцированный		
1	1	9			
1			Типовые диагностические критерии: экспрессия какого из основных иммуногистохимического мар-		

			керов ПОЗВОЛЯЕТ дифференцировать HPV-ассоциированную и неассоциированную пенильную интраэпителиальную неоплазию (PeIN):		
			А) Ki-67		
			Б) p53		
			В) GATA3		
	*		Г) p16		
			Д) p63		
1	1	10			
1			К опциональным (необязательным) методам диагностики пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN) ОТНОСИТСЯ:		
			А) УЗИ/УЗ-доплерография пениса		
			Б) Биопсия поражения		
			В) УЗИ паховых областей		
			Г) опрос/осмотр/физикальное обследование		
	*		Д) дерматоскопия		
1	1	11			
1			Вторичная экстрамаммарная болезнь Paget с пеноскротальным поражением у мужчин наиболее часто АССОЦИИРОВАНА с:		
			А) колоректальным раком		
			Б) уротелиальным раком		
			В) меланомой		
			Г) раком простаты		
	*		Д) верно Б), Г)		
1	1	12			
1			Типовые диагностические критерии: экспрессия какого из основных иммуногистохимического маркеров ПОЗВОЛЯЕТ идентифицировать экстрамаммарную болезнь Paget (генитальное поражение):		
	*		А) CK7		
			Б) p63		
			В) AE1/AE3		
			Г) p16		
			Д) S100		
1	1	13			
1			Для топической медикаментозной терапии пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN) РЕКОМЕНДОВАНО использовать:		
			А) блеомицин		
			Б) 5-фторурацил 5%		
	*		В) имихимод 5%		

			Г) 5% уксусная кислота		
			Д) 20% 5-аминолевулиновая кислота		
1	1	14			
1			Для топической лазерной терапии пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN) РЕКОМЕНДОВАНО использовать:		
			А) CO ₂ -лазер		
			Б) KTP-Nd:YAG-лазер		
			В) Er:YAG-лазер		
			Г) Nd:YAG-лазер		
	*		Д) верно А),Г)		
1	1	15			
1			К основным хирургическим методам лечения пенильной интраэпителиальной неоплазии (PeIN) согласно НЕ ОТНОСИТСЯ:		
			А) циркумцизия		
			Б) скальпирование головки		
			В) широкое иссечение		
	*		Г) микрографическая хирургия Moh's		
			Д) глансэктомия		
1	1	16			
1			Основным методом лечения неинвазивной экстрамаммарной болезни Paget (генитального поражения) ЯВЛЯЕТСЯ:		
			А) топическая медикаментозная терапия		
	*		Б) микрографическая хирургия Moh's (Мооса)		
			В) радиотерапия		
			Г) широкое иссечение		
			Д) фотодинамическая терапия + 5-ALA		
1	1	17			
1			Для топической медикаментозной терапии неинвазивной экстрамаммарной болезни Paget (генитального поражения) РЕКОМЕНДОВАНО использовать:		
			А) 5% уксусная кислота		
			Б) 5-фторурацил 5%		
			В) 20% 5-аминолевулиновая кислота		
			Г) блеомицин		
	*		Д) имихимод 5%		
1	1	18			
1			Наиболее часто ВЕРИФИЦИРУЕМЫЙ гистологический тип ЗНО пениса:		
	*		А) плоскоклеточный, обычный тип		
			Б) веррукозный		

			В) бородавчатый		
			Г) бородавчато-базалоидный		
			Д) псевдогиперпластический		
1	1	19			
1			Какой из прогностических факторов выживаемости при ЗНО пениса ЯВЛЯЕТСЯ наиболее значимым:		
			А) степень (grade) первичной опухоли		
			Б) стадия (stage) первичной опухоли		
			В) сосудистая инвазия первичной опухоли		
			Г) лимфоваскулярная инвазия		
	*		Д) поражение паховых лимфатических узлов		
1	1	20			
1			Какое из следующих утверждений является ИСТИННЫМ в отношении развития ЗНО пениса?		
			А) метастазы первичной опухоли часто поражают легкие, печень, или кости		
			Б) метастазы часто первоначально распространяются из кавернозных тел в тазовые лимфатические узлы		
			В) метастазы первоначально поражают паховые лимфатические узлы под fascia lata		
	*		Г) метастазы первоначально поражают паховые лимфатические узлы над fascia lata		
			Д) лимфатический дренаж от первичной опухоли является в большинстве случаев ипсилатеральным		
1	1	21			
1			Оценка поражения лимфатических узлов в паховых областях и последующее стадирование настоятельно рекомендуется при всех следующих условиях, КРОМЕ:		
			А) пальпируемая аденопатия		
	*		Б) Тa стадия первичной неоплазии		
			В) T1b стадия первичной неоплазии		
			Г) верифицированная сосудистая инвазия первичной неоплазии		
			Д) преимущественно high-grade изменения первичной неоплазии		
1	1	22			
1			Основные методы лечения пациентов с ЗНО пениса T1 G1-2:		
			А) аппликации имихимода 5%		
			Б) лазерная абляция		
			В) хирургическое лечение		
			Г) лучевая терапия		

	*		Д) верно Б), В), Г)		
1	1	23			
1			Первичная тактика лечения у пациентов с ЗНО пениса и непальпируемыми паховыми лимфатическими узлами при первичной неоплазии > T1a, >G1 ВКЛЮЧАЕТ:		
			А) стандартная двухсторонняя паховая лимфодиссекция		
			Б) модифицированная двухсторонняя паховая лимфодиссекция		
			В) химиолучевая терапия		
			Г) двухсторонняя тазовая лимфодиссекция		
			Д) верно А), Б)		
1	1	24			
1			Первичная тактика лечения у пациентов с ЗНО пениса и увеличенными тазовыми лимфатическими узлами (потенциально удалимыми) ВКЛЮЧАЕТ:		
			А) односторонняя тазовая лимфодиссекция		
			Б) неоадьювантная химиотерапия		
			В) дистанционная лучевая терапия		
			Г) двухсторонняя тазовая лимфодиссекция		
	*		Д) верно Б), Г)		
1	1	25			
1			В первой линии системной химиотерапии у кандидатов для цитотоксического лечения с ЗНО пениса НЕ РЕКОМЕНДОВАНО использовать режимы:		
			А) цисплатин, фторурацил		
			Б) паклитаксел, ифосфамид, цисплатин		
			В) монотерапия паклитакселом		
			Г) монотерапия цетуксимабом		
	*		Д) верно В), Г)		
1	1	26			
1			Пациентам с ЗНО пениса и непальпируемыми паховыми лимфоузлами, относящимся к группе низкого риска метастазирования в паховые лимфоузлы (Ta, Tis, T1aG1) первично РЕКОМЕНДОВАНО выполнить:		
			А) открытую биопсию сторожевого лимфоузла		
			Б) одностороннюю стандартную паховую лимфодиссекцию		
			В) стандартную тонкоигольную аспирационную биопсию сторожевого лимфоузла		
	*		Г) динамическую биопсию сторожевого лимфоузла		
			Д) одностороннюю модифицированную паховую		

			лимфодиссекцию		
1	1	27			
1			Пациентам с ЗНО пениса, имеющим пальпируемые паховые лимфоузлы (или пациентам с ожирением, имеющим паховые лимфоузлы ≥ 10 мм, по данным УЗИ), с целью оценки состояния регионарных лимфоузлов РЕКОМЕНДОВАНО выполнить:		
			А) ПЭТ-КТ с 18-ФДГ		
			Б) МРТ/КТ таза		
			В) МРТ/КТ паховых областей		
			Г) остеосцинтиграфию		
	*		Д) верно Б), В)		
1	1	28			
1			Пациентам с ЗНО пениса, имеющим первичное поражение пениса T1-T2 размерами < 4 см, в качестве лечебной модальности ВОЗМОЖНО применение дистанционной лучевой терапии до суммарной очаговой дозы (СОД):		
	*		А) 65 – 70 Гр		
			Б) 45 – 50.4 Гр		
			В) 45 – 60 Гр		
			Г) 52 – 65 Гр		
			Д) 38 – 45 Гр		
1	1	29			
1			Пациентам с ЗНО пениса, после удаления первичного поражения, при обнаружении неопластических клеток в хирургическом крае РЕКОМЕНДОВАНО выполнение адъювантной дистанционной лучевой терапии до суммарной очаговой дозы (СОД):		
			А) 65 – 70 Гр		
			Б) 45 – 50.4 Гр		
	*		В) 45 – 60 Гр		
			Г) 52 – 65 Гр		
			Д) 38 – 45 Гр		
1	1	30			
1			Пациентам с ЗНО пениса T3-4 стадии после экстирпации полового члена РЕКОМЕНДОВАНО формирование:		
			А) цистостомии		
			Б) промежностной уретростомы		
			В) неофаллоса		
	*		Г) промежностной уретростомы, при невозможности — цистостомия		

			Д) формирование неомеатуса в пено-скротальном углу		
1	1	31			
1			Наблюдение пациентов с ЗНО пениса после первичного радикального хирургического в течение первых 5 лет, с учётом конкретной клинической ситуации, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:		
			А) не менее 3 раза в год		
	*		Б) 1 – 4 раза в год		
			В) 3 – 6 раз в год		
			Г) 4 раза в год		
			Д) 2 – 3 раза в год		

2. Оформление фонда ситуационных задач

Ситуационные задачи к модулю 1

Задача №1

Пациент Б., 79 лет. Жалобы при поступлении: слабую струю мочи, дискомфорт над лоном

Сопутствующие заболевания: ИБС. Артериальная гипертония 2 ст. Риск 3. Статус при поступлении: мочеиспускание затрудненное, безболезненное, малыми порциями.

Per rectum: предстательная железа умеренно увеличена в размерах, тугоэластической консистенции, с очаговым уплотнением в правой доле, с четкими границами, пальпация безболезненная, слизистая кишки над железой подвижна.

Анамнез болезни: Наблюдается урологом с 2019 г. по поводу гиперплазии предстательной железы, иногда отмечал субфебрильную температуру. При плановом контроле ПСА общий от 2019 года 6,62 нг/мл, ПСА свободный=1,004 нг/мл, индекс ПСА 15,17. При повторном анализе от 2020 г.: ПСА общий =5,44 нг/мл, ПСА свободный 0,94 нг/мл, индекс ПСА=13,28. При МРТ органов малого таза, в правой доле предстательной железы, в периферических отделах, в заднелатеральном сегменте (на 8-11 часах условного циферблата), определяется участок сниженного МР-сигнала, активно накапливающий контрастное вещество. На уровне данных изменений отмечаются нечеткие контуры капсулы

а ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

а. Острый простатит, абсцесс простаты;

б. Хронический простатит стадия обострения;

- c. Новообразование предстательной железы;*
- d. Острый цистит;
- e. Киста предстательной железы.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. УЗИ простаты;
- b. СКТ малого таза;
- c. Микроскопия СПЖ;
- d. Биопсия предстательной железы*

3. Перечислите возможные методы терапии:

- a. Назначение антибактериальных препаратов парентерально;
- b. Назначение антибактериальных препаратов перорально;
- c. Лучевая терапия; *
- d. Радикальная простатэктомия

4. Предположительный прогноз:

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

Задача 2:

Пациент 63 года.

Жалобы: На учащенное мочеиспускание, периодическое недержание мочи.

Анамнез болезни: Считает себя больным с 2015 года, когда стало беспокоить учащенное мочеиспускание, ночная поллакиурия до 2 раз за ночь. При обследовании у уролога по месту жительства было выявлено ПСА до 11,2 нг/мл. В ноябре 2015 года, производилась трансректальная биопсия простаты, тогда же производилась ТУР шейки мочевого пузыря. В 2016 г. была произведена троакарная цистостомия. Далее была выполнена трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под УЗИ-контролем. Патогистологическое заключение: в каждом из доставленных кусочков простаты – мелкоацинарная низкодифференцированная аденокарцинома. Сумма баллов по Глиссону – 10. В 2016 г. произведена радикальная простатэктомия, по данным гистологического исследования положительный край резекции в области шейки мочевого пузыря, проксимального отдела уретры. При контрольном обследовании: ПСА общ: 0,09 нг/мл, ПСА св 0,04 нг/мл. По данным УЗИ в области послеоперационных рубцовых изменений с распространением на стенку мочевого пузыря (на все слои) в области шейки и треугольника мочевого пузыря, больше справа, определяется дополнительное мягкотканное образование с активным кровотоком. Мочевой пузырь равномерно заполнен, содержимое его однородное и соответствует жидкости. Параве-

зикальное пространство сзади с признаками рубцовых послеоперационных изменений.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. Рак мочевого пузыря с инвазией в паравезикальную клетчатку;
 - b. Хронический язвеннонекротический цистит;
 - c. Хронический парапроктит
 - d. Рецидив рака простаты с инвазией в стенку мочевого пузыря; *

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:
 - a. ПЭТ-КТ;
 - b. Консультация проктолога;
 - c. Цистоскопия;
 - d. мпМРТ таза. *

3. Перечислите возможные методы терапии:
 - a. Назначение антибактериальных препаратов перорально;
 - b. Радикальная цистэктомия
 - c. Фитопрепараты;
 - d. Лучевая терапия; *

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

Задача 3: Больной 70 лет, наблюдался у уролога по м/жительства с симптомами затрудненного мочеиспускания, принимал альфаблокаторы. В течение 2-х месяцев стал отмечать образование в правом подреберье, постоянные боли в грудной клетке, кашель с гнойной мокротой, прожилками крови, одышку при незначительной физической нагрузке. При осмотре больной резко истощен, перкуторно справа - коробочный звук, слева в нижних отделах - резко притуплен. Слева дыхание везикулярное с единичными сухими хрипами, справа - не выслушивается.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.
 - a. правосторонняя пневмония, ДГПЖ;
 - b. рак предстательной железы, ОЗМ
 - c. новообразование правой почки с метастатическим поражением легких. *
 - d. системный туберкулез, ДГПЖ.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. Бронхоскопия, внутрисветная биопсия;
- b. УЗИ почек, СКТ почек и легких - можно без контрастирования, т.к. полученной информации будет достаточно для определения тактики.
- c. УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты, СКТ легких, СКТ почек с болюсным контрастным усилением. *
- d. Торокоскопия с биопсией

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

Ситуационные задачи к модулю 2

Задача 1: Пациент 45 лет. В анамнезе – нефрэктомия справа по поводу терминального гидронефроза.

Общий анализ крови – Hb-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 2: У мужчины 76 лет по данным КТ выявлена центрально расположенная без клинических проявлений (инцидентальная) опухоль правой почки, размером до 3 см. Других очаговых поражений в брюшной и грудной полостях не выявлено.

Общий анализ крови – Hb-139 г/л, эр- $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,92, лейкоциты – $7,1 \times 10^9$, Э – 3,0%, Б – 0,0%, П – 2,0 %, С – 56,0 %, Л – 31,0 %, М – 8,0%, СОЭ – 15 мм / час.

Общий анализ мочи - Кол. – 50 мл, Цвет. – сол/желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1019, реакция – кислая, белок – нет, сахар – нет, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – нет, эпителий мочевых путей – плоский 1-3 в поле зрения, лейкоциты – 0 – 2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови – билирубин: общий – 15,5 мкм/л, прямой – 5,5 мкмоль/л, мочевины – 6,6 ммоль/л, креатинин – 102,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль / л, Аст – 22 ммоль/л, АлТ – 21 ммоль/л, общий белок – 69 г/л.

В анамнезе - инфаркт миокарда (6 лет назад).

ВОПРОСЫ

1. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза:

- a. МРТ почек;
- b. Биопсия опухоли; *

- с. Доплер-сканирование почек;
- д. Дополнительных исследований не требуется.

2. Предложите лечебную тактику.

- а. Радикальная нефрэктомия;
- б. Резекция почки;
- с. Чрескожная термоабляция;
- д. Наблюдение с последующей визуализацией почек через 6–12 мес. *

3. Предположительный прогноз:

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

Задача 3: Мужчина 64 лет, по данным КТ с болюсным усилением в воротах правой почки обнаружено плотное, накапливающее контрастное вещество неоднородное образование размером 6,0х5,8х5,6 см, межаортокавальные лимфатические узлы увеличены до 2,5 см; контралатеральная почка в норме. По данным рентгенограммы грудной клетки и изотопной остеосцинтиграфии патологических очагов не выявлено.

В анамнезе значимой сопутствующей патологии нет.

Общий анализ крови – Нb-139 г/л, эр- $4,1 \times 10^{12}$ /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 – 97,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,6 ммоль / л, Аст – 19 ммоль/л, АлТ – 23 ммоль/л, общий белок – 71 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза:

- а. Дополнительных исследований не требуется; *
- б. Биопсия опухоли;

- c. Биопсия увеличенных лимфоузлов;
- d. МРТ почек.

2. Предложите лечебную тактику.

- a. Исследование брюшной полости, забор увеличенных лимфатических узлов и, возможно, радикальная нефрэктомия в ожидании анализа замороженных срезов;
- b. Правосторонняя радикальная нефрэктомия и регионарная или расширенная диссекция лимфатических узлов; *
- c. Чрескожная термоабляция с последующей таргетной терапией;
- d. Системная таргетная терапия с последующей радикальной нефрэктомией.

3. Предположительный прогноз:

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

Задача 4: Мужчине 55 лет в связи с гематурией выполнена КТ с болюсным усилением – в правой почке солидное образование распространяющееся на НПВ до уровня диафрагмы, интенсивно накапливающее контрастное вещество

В анамнезе у пациента значимой сопутствующей патологии нет.

Общий анализ крови – Hb-119 г/л, эр- $3,7 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,90, лейкоциты – $9,1 \times 10^9$, Э – 3,0%, Б – 0,0%, П – 2,0 %, С – 56,0 %, Л – 31,0 %, М – 8,0%, СОЭ – 45 мм / час.

Общий анализ мочи - Кол. – 40 мл, Цвет. – темно/желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1020, реакция – кислая, белок – нет, сахар – нет, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – 30-55 в поле зрения, эпителий мочевых путей – плоский 1-3 в поле зрения, лейкоциты – 2 – 4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови – билирубин: общий – 18,5 мкм/л, прямой – 6,5 мкмоль/л, мочевины – 6,8 ммоль/л, креатинин – 98,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,6 ммоль / л, Аст – 19 ммоль/л, АлТ – 23 ммоль/л, общий белок – 68 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. T2NxMx;
 - b. T3bNxMx; *
 - c. T3cNxMx;
 - d. T3NxMx.

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. Радиочастотная абляция опухоли;
- d. Криоабляция опухоли.

Задача 5: Женщина 45 лет. Жалоб не предъявляет.

При плановом обследовании выполнено УЗИ, а затем КТ с болюсным усилением - сложная киста правой почки, с солидным компонентом внутри 10мм, накапливающая контрастное вещество.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Киста Босняка II;
- b. Киста Босняка II^F;
- c. Киста Босняка III;
- d. Киста Босняка IV – кистозный ПКР. *

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.

4. Предположительный прогноз:

- a. Благоприятный; *

- b. Средний;
- c. Плохой.

Задача 6: Мужчина 62 лет обратился к урологу с жалобами на гематурию. Выполнена КТ почек без контрастирования – гидронефроз правой почки.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. Почечно-клеточный рак;
 - b. Непроходимость мочевыводящих путей (гидронефроз справа);
 - c. Уротелиальная карцинома; *
 - d. Лимфома почки.
2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:
 - a. МРТ почек;
 - b. Доплер УЗИ почек;
 - c. Цитология мочи при отдельной катетеризации мочеточников; *
 - d. КТ почек с болюсным усилением.
3. Предложите лечебную тактику.
 - a. Радикальная нефрэктомия и забрюшинная лимфаденэктомия;
 - b. Резекция почки;
 - c. Радикальная нефруретерэктомия;
 - d. Цистоскопия, резекция устья мочеточника, нефруретерэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия. *

Ситуационные задачи к модулю 4

Задача 1. Больной М. 68 лет обратился в урологическую клинику с жалобами на периодическую примесь крови в моче. При дообследовании выполнено УЗИ малого таза: образование мочевого пузыря 25х30 мм. МСКТ малого таза не выявила поражения л/у. Выполнена цистоскопия: по правой боковой стенке визуализируется ворсинчатое образование на широком основании 3х4 см., выполнена ТУР-биопсия новообразования. Гистологическое

исследование выявило низкодифференцированный уротелиальный рак с инвазией мышечного слоя.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз по системе TNM можно установить?
 - a. Рак мочевого пузыря T2N0M0G3;*
 - b. Рак мочевого пузыря T1N0M0G2;
 - c. Рак мочевого пузыря T3N0M0G3;
 - d. Рак мочевого пузыря T4N0M0G1.
2. Какое лечение рекомендуется выполнить?
 - a. Резекция мочевого пузыря с уретеронеоцистоанастомозом;
 - b. Радикальная цистэктомия с ортотопической деривацией мочи;*
 - c. Трансуретральная резекция мочевого пузыря;
 - d. Системная химиотерапия.
3. Какие показания к этому лечению?
 - a. мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря без регионарного метастазирования; *
 - b. мышечно-инвазивный рак с регионарным метастазированием;
 - c. местно-распространенный рак мочевого пузыря с вовлечением шейки;
 - d. метастатический рак мочевого пузыря.

Задача 2. Больной С. 56 лет поступил в урологическое отделение городской больницы с диагнозом ми-РМП T2bNxM0. Запланировано выполнение радикальной цистэктомии с илеоцистопластикой по Studer. Выполнена тазовая лимфаденэктомия, операционный материал отправлен на срочное гистологическое исследование, которое выявило метастатическое поражение 2-х запирательных лимфатических узлов.

ВОПРОСЫ

1. Как изменится диагноз в соответствии с системой TNM?
 - a. Рак мочевого пузыря T2bN1M0;*
 - b. Рак мочевого пузыря T3aN2M0;
 - c. Рак мочевого пузыря T2bN2M0;
 - d. Рак мочевого пузыря T3bN1M0.
2. Как изменится оперативное вмешательство с учетом новых данных?
 - a. Радикальная цистэктомия с гетеротопической деривацией мочи; *
 - b. Радикальная цистэктомия с уретерокутанеостомией;
 - c. Резекция мочевого пузыря с последующей системной химиотерапией;
 - d. Лучевая терапия таза.

3. Объясните свой выбор

- a. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов является противопоказанием к выполнению ортотопической энтероцистопластики; *
- b. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов требует проведения адъювантной химиотерапии; *
- c. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов требует проведения лучевой терапии на органы таза;
- d. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов требует проведения лучевой терапии на органы таза с системной химиотерапией.

Задача 3. Больной К. 63 лет, обратился с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, дважды выделение крови с мочой на протяжении последних двух месяцев. У уролога не наблюдается. В последние 2 недели отметил ухудшение состояния в виде нарастания выше указанных симптомов. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа гладкая, не увеличена, безболезненная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. По анализам крови - анемия, эозинофилия, в моче - микрогематурия. ПСА крови – 2,4 нг/мл. За время пребывания в клинике однократная макрогематурия.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Новообразование мочевого пузыря; *
- b. Геморрагический цистит;
- c. Эозинофильный цистит;
- d. Новообразование предстательной железы.

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. МРТ органов малого таза; *
- b. Уретроцистоскопия, биопсия мочевого пузыря; *
- c. Полифокальная пункционная биопсия предстательной железы;
- d. СКТ почек. *

3. Перечислите возможные методы терапии:

- a. ТУР мочевого пузыря; *
- b. Радикальная цистэктомия при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря; *
- c. Радикальная простатэктомия;
- d. Резекция мочевого пузыря.

Ситуационные задачи к модулю 5

Задача 1: 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 2: Пациент 69 лет, поступил во второй половине дня в приемное отделение БСМП с развившейся 8-часовой острой задержкой мочи, воз-

никшей 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 3

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) Троеканальная 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

Ситуационные задачи к модулю 6

Пациент А., 74 года Профессиональных вредностей нет. Обратился в консультативную поликлинику с диагнозом: Гиперплазия предстательной железы.

Жалобы на дискомфорт во время мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда впервые стал отмечать вышеуказанные жалобы. Состояние больного на момент осмотра удовлетворительное, температура тела 36,8⁰С, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, тургор кожи сохранен, пациент нормостенического типа телосложения; периферические л/у не увеличены. Кожа поясничной области без особенностей. Почки пальпации недоступны. Пальпация в поясничных областях безболезненная с обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Мочевой пузырь не пальпируется. Осмотр предстательной железы (per rectum): размер железы увеличен, плотно-каменистая, с неоднородными включениями, умеренно болезненная при пальпации.

ОАК: Нб - 149 г/л; Эр. – 5.06 млн/мкл., Лейк. $4,9 \times 10^9$ /л; Э. 4%, Б 1%, Лимф 28%, М 10%, С/я – 59%, П/я – 2%, Тромбоциты 159 тыс/мкл;

ОАМ: цвет -желтый; прозрачность - полная, рН - 5; уд.вес. 1020, глюкоза – нет, белок-нет, лейкоц. - 2 в п/зр., эритроц. 2 п/зр.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 13; глюкоза 4,7 ммоль/л; О/б 74 г/л; мочевины 6,6 ммоль/л; креатинин 169 мкмоль/л; АЛАТ 16 Ед/л ; АсАТ 13 Ед/л

ПСА: 42.06 нг/мл.

ЭКГ: Заключение: Ритм синусовый с ЧСС до 70 уд/мин. ЭОС – отклонена влево. Нарушение внутрипредсердной проводимости.

УЗИ почек: левосторонняя пиелокаликоуретероэктазия.

УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы: мочевой пузырь: объем: 150 мл., остаточная моча: до 100 мл., предстательная железа: объем 76 см³.

КТ брюшной полости: КТ-признаки левостороннего уретерогидронефроза, образования мочевого пузыря, гиперплазии предстательной железы.

МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием: Заключение: МР признаки инфильтративного неопластического поражения предстательной железы с распространением за пределы капсулы железы (5 категория по PIRADS): на семенные пузырьки, дорзальную и латеральные стенки мочевого пузыря слева (включая зону устья мочеточника с его полной обтурацией).

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- a. Гиперплазия простаты*
- b. Рак простаты
- c. Мочекаменная болезнь

2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. Комплексное уродинамическое исследование
- b. Биопсия простаты *
- c. Уретроцистоскопия
- d. Консультация нефролога

3. Перечислите возможные методы терапии:

- a. Назначение антибактериальных препаратов пероральн
- b. нефростомия; *
- c. Фитопрепараты;
- d. альфа-адреноблокаторы *

4. Предположительный прогноз:

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

Задача 2: Пациент: Ш., 62 г.

Обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Впервые дизурические расстройства стал отмечать около шести лет назад, которые постепенно нарастали/ Состояние больного на момент осмотра удовлетворительное, температура тела 36,90С, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, тургор кожи сохранен, пациент нормостенического типа телосложения; периферические л/у не

увеличены. Кожа поясничной области без особенностей. Почки пальпации недоступны. Пальпация в поясничных областях безболезненная с обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Мочевой пузырь не пальпируется. Осмотр предстательной железы (per rectum): размер железы увеличен, плотная, с неоднородными включениями в правой доле, безболезненная при пальпации.

ОАК: Нб - 140 г/л; Эр. – 5.06 млн/мкл., Лейк. $5,77 \times 10^9$ /л; Э. 3%, Б 1%, Лимф 25%, М 11%, С/я – 57%, П/я – 3%, Тромбоциты 170 тыс/мкл;

ОАМ: цвет -желтый; прозрачность - полная, рН 5; уд.вес. 1023, глюкоза – нет, белок-нет, лейкоц. - 1 в п/зр., эритроц. 1 п/зр.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 11,5; глюкоза 5,7 ммоль/л; О/б 72 г/л; мочевины 6,3 ммоль/л; креатинин 90 мкмоль/л; АлАТ 14 Ед/л ; АсАТ 15 Ед/л .

УЗИ почек: норма

УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы: мочевой пузырь: объем: 350 мл., остаточная моча: 80 мл., предстательная железа: объем 60 см³.

МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием: МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием Заключение - предстательная железа увеличена, размерами 41х32х56мм. Переходные зоны с четкими контурами справа на уровне средней и нижней трети (PZpm) выявлен размерами 9-4.5-14мм с ограничением ДВИ и карты ИКД. Очаг близко прилежит к капсуле железы накапливает контрастное вещество в артериальный период (60-90%) с последующим выходом на плато (PIRADS-3).

Биопсия простаты: гистологическое заключение - в биоптатах из правой доли предстательной железы фокусы ацинарной аденокарциномы ИГ6(3+3), занимающие не менее 40% площади биоптата

ЭКГ: Ритм синусовый, регулярный, ЧСС 67 уд/мин. Групповая наджелудочковая экстрасистолия.

Эхокардиографическое исследование: Небольшое увеличение ЛП и корня аорты. Незначительная гипертрофия МЖП. Глобальная сократимость и систолическая функция левого желудочка не изменены. Диастолическая дисфункция левого желудочка не выявлена. Движение клапанов сердца обычное, патологических потоков на них не выявлено. Сброса крови на перегородках не определяется. Дуга аорты сужений не имеет. Легочная гипертензия не выявлена.

СКТ брюшной полости: КТ-признаки кисты VI сегмента печени; жирового гепатоза I ст; кисты II категории по Bosniak левой почки, простой кисты пра-

вой почки; гиперплазии единичного л/узла брюшной полости; гиперплазии предстательной железы.

Консультация кардиолога: ГКМП септальная, без обструкции ВЖТ. Расширение левого предсердий и корня аорта. НРС по типу групповой наджелудочковой экстрасистол. ХСН 0 ФК0.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- a. Атипичная пролиферация простаты
- b. Рак простаты cT2aNxMx*
- c. Рак простаты cT1cNxMx

2. Консультация какого специалиста необходима для дальнейшего лечения:

- a. Консультация анестезиолога; *
- b. Консультация гастроэнтеролога;
- d. Консультация эндокринолога.

3. Перечислите возможные методы лечения:

- a. Лучевая терапия*
- b. Трансуретральная резекция простаты;
- c. Позадилонная аденомэктомия;
- d. Радикальная простатэктомия *

4. Предположительный прогноз:

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

Задача 3: Больной Н. 67 лет, в условиях онкодиспансера получает лучевую терапию по поводу рака предстательной железы cT3aNxMx*. Гистологически у больного низкодифференцированная аденокарцинома. При спиральной компьютерной томографии и остеосцинтиграфии выявлены метастазы в кости таза и позвоночник. PSA больше 30 нг/л. Лучевое лечение переносит удовлетворительно.

ОАК: Нб - 127 г/л; Эр. – 4.06 млн/мкл., Лейк. $4,8 \times 10^9$ /л; Э. 3%, Б 1%, Лимф 25%, М 11%, С/я – 53%, П/я – 2%, Тромбоциты 190 тыс/мкл;

ОАМ: цвет -желтый; прозрачность - полная, рН 6; уд.вес. 1020, глюкоза – нет, белок-нет, лейкоц. - 1 в п/зр., эритроц. 1 п/зр.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 12,5; глюкоза 5,1 ммоль/л; О/б 70 г/л; мочевины 5,3 ммоль/л; креатинин 82 мкмоль/л; АЛТ 13 Ед/л ; АсАТ 14 Ед/л .

УЗИ почек: норма

УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы: мочевой пузырь: объем: 300 мл., остаточная моча: 100 мл., предстательная железа: объем 65 см³.

МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием: Заключение: МР признаки инфильтративного неопластического поражения предстательной железы с распространением за пределы капсулы железы (4 категория по PIRADS): на семенные пузырьки. Мочевой пузырь и прямая кишка интактны. Регионарные лимфотические узлы увеличена до 25 мм.

Биопсия простаты: гистологическое заключение - в биоптатах предстательной железа фокусы ацинарной аденокарциномы ИГ8 (4+4), занимающие не менее 90% площади биоптата

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный основной клинический диагноз.

- a. Рак простаты cT3aN1M1*
- b. Рак простаты cT2aNxMx
- c. Рак простаты cT1cNxMo

2. Перечислите возможные методы дополнительного лечения:

- a. Агонисты аналогов релизинг гормонов.*
- b. Золедроновая кислота *
- c. Доцетаксел *
- d. Касодекс

3. Предположительный прогноз

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

Ситуационные задачи к модулю 7

Задача 1

На консультацию к урологу обратился пациент 20 лет с жалобами на дискомфорт в правой половине мошонки, увеличение ее в размерах. В анамнезе: в возрасте 6 лет перенес оперативное лечение по поводу пахового крипторхизма (правостороннюю орхипексию). При пальпации органов мошонки правое яичко увеличено, умеренно болезненное, плотной консистенции, изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. Левое яичко без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Основным скрининговым методом лучевой диагностики новообразования яичка, является:
 - a) УЗИ органов мошонки; *
 - b) ПЭТ-КТ;
 - c) МСКТ органов малого таза без контрастирования;
 - d) МСКТ органов малого таза с контрастированием;
2. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае:
 - a) Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия) *
 - b) МРТ органов мошонки с контрастированием
 - c) МСКТ органов малого таза с контрастированием
 - d) Не требуется дополнительное исследование
3. Больной с выявленной опухолью яичка, после хирургического лечения, должен быть под постоянным, динамическом контролем в течение:
 - a) 1-2 года; *
 - b) 3 года;
 - c) 4 года;
 - d) 5 лет;

Задача 2

Мужчина 37 лет обратился к урологу с жалобами на пальпируемое, безболезненное образование в левом яичке. По данным УЗИ органов мошонки с доплерографией: в средней трети левого яичка лоцируется субкапсулярное гипоехогенное образование с не ровными контурами размерами 8х6х6 мм, при ЦДК с единичными сосудами по капсуле.

Общий анализ крови – Нб-139 г/л, эр- $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,92, лейкоциты – $7,1 \times 10^9$, Э – 3,0%, Б – 0,0%, П – 2,0 %, С – 56,0 %, Л – 31,0 %, М – 8,0%, СОЭ – 10 мм / час.

Общий анализ мочи - Кол. – 50 мл, Цвет. – сол/желтый, прозрачность – неполная, уд. вес – 1019, реакция – кислая, белок – нет, сахар – нет, эпителий почек – нет, цилиндры – нет, эритроциты – нет, эпителий мочевых путей – плоский 1-3 в поле зрения, лейкоциты – 0 – 2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови – билирубин: общий – 15,5 мкм/л, прямой – 5,5 мкмоль/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, креатинин – 80,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль / л, Аст – 22 ммоль/л, АлТ – 21 ммоль/л, общий белок – 72 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза:
 - a) МРТ органов мошонки с контрастированием; *
 - b) МСКТ органов малого таза;
 - c) АФП, ХГЧ, ЛДГ; *
 - d) Дополнительных исследований не требуется.
2. Исследованием, которое необходимо для уточнения стадии N и M по классификации TNM при опухоли яичка, является:
 - a) КТ органов грудной клетки и брюшной полости; *
 - b) МСКТ органов мошонки;
 - c) ПЭТ-КТ с глюкозой;
 - d) МСКТ органов малого таза с контрастированием;
3. Предложите лечебную тактику.
 - a) Хирургическое лечение; *
 - b) Химиотерапия;
 - c) Лучевая терапия;
 - d) Динамическое наблюдение.

Задача 3

Мужчина 38 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологом не наблюдался. Жалобы: на дискомфорт в правой половине мошонки, увеличение ее в размерах, наличие плотного образования в правом яичке. Около 2-х недель назад стал отмечать боль в мошонке во время физических нагрузок. Спустя какое-то время боль стала постоянной. Объективный статус: Мошонка отечна, при пальпации болезненна, отмечается увеличение правого яичка. В яичке пальпируется плотное образование до 2 см. яичко неподвижное спаяно с кожей мошонки. Паховые лимфоузлы не пальпируются.

ВОПРОСЫ:

1. Для подтверждения диагноза и определения стадии первичной опухоли (pT) необходимо провести:
 - a) орхфуникулэктомию с морфологическим исследованием; *
 - b) ПЭТ-КТ;

- c) МСКТ органов мошонки;
 - d) МРТ органов мошонки;
2. Исследованием, которое необходимо для уточнения стадии N и M по классификации TNM при опухоли яичка, является:
- a) Асцинтиграфия костей скелета; *
 - b) МСКТ органов мошонки;
 - c) ПЭТ-КТ с глюкозой;
 - d) МСКТ органов малого таза с контрастированием;
3. Сохранение повышенного уровня маркёров после орхифуникулэктомии через 5-7 дней может свидетельствовать о:
- a) наличии субклинических метастазов; *
 - b) наличие резидуальной ткани;
 - c) Наличие опухоли в контралатеральном яичке;
 - d) биохимическом рецидиве;

Ситуационные задачи к модулю 8

Задача 1

Пациент М., 61 год.

Обратился с **жалобами на**: наличие умеренно-болезненного образования на головке полового члена, периодическими выделениями из данного образования, периодическими дискомфортом при эрекции, изменением формы струи мочи.

Из анамнеза заболевания установлено: данное образование пациент выявил около 2 лет назад, к специалистам за медицинской помощью не обращался; лечился самостоятельно различными мазями и кремами (не уточняет какими); отмечает, что покраснение вокруг дефекта при длительном нанесении и дискомфорт при прикосновении к дефекту исчезали, однако, полностью образование никогда не исчезало; в течение последних 4 месяцев пациент отметил относительно значимое увеличение образования, появление изъязвлений.

Из анамнеза жизни установлено: хронические/перенесенные заболевания — сахарный диабет 2 типа, выявленный 10 лет назад, неконтролируемый; гипертоническая болезнь 2 ст., 2 стад., риск 4, достигнут целевой уровень АД, ХСН 2, ФК 2; подагра; операции и травмы: круговое иссечение крайней плоти (циркумцизио) по поводу рецидивирующего баланопостита (в 34 года); холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита (в 56 лет); заболевания, передаваемые половым путем, ВИЧ-и, гепатиты, сифилис отрицает, сексуально-репродуктивный анамнез — женат, имел около 7-ми половых партнеров в течение жизни, 3 детей от 2 браков; аллергические реакции на лекарственные препараты, сезонные/иные аллергические реакции отрицает; лекарственный анамнез: периодически принимает Метфор-

мин, постоянно — Небиволол, Тромбоасс; курит — стаж курения 45 лет, 20 – 30 сигарет/день, употребление алкоголя — умеренное; профессиональный анамнез: водитель тяжелой аграрной техники; записано со слов, медицинскую документацию не предоставил.

Результаты осмотра и физикального обследования: рост – 178 см, масса тела — 94 кг, ИМТ = 29,7 кг/м², АД: 140/75 мм.рт.ст., ЧСС: 75 уд/мин, ЧДД: 19 дд/мин; кожные покровы физиологической окраски, без элементов сыпи; слизистые чистые, бледно-розовые; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут, стул регулярный (со слов), перитонеальная симптоматика не определяется, на передней брюшной стенке визуализированы п/о рубцы; избыточное отложение ПЖК на передней брюшной стенке и груди; локальный статус: пальпация в поясничных областях безболезненная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпация в надлонной области безболезненная, пальпация в паховых областях безболезненная, уплотнения пальпаторно не обнаруживаются; наружные половые органы — сформированы правильно, половой член нормативного размера, крайняя плоть удалена, на головке в непосредственной близости к уретро-меатусу (на 7 часах УЦ), определяется возвышающееся над поверхностью (на 8 мм) плотно-эластичное мелкопапиллярное образование размерами 17 x 32 мм (д x ш) с жёлто-белым оттенком (бляшка), окруженное кольцом гиперемии, с несколькими непростяженными изъязвлениями на поверхности, незначительно болезненное при пальпации; органы мошонки — без особенностей, яички-придатки нормативных размеров, безболезненные при пальпации; пальцевое ректальное исследование: ампула ректума свободная, тонус сфинктера в норме, простата умеренно увеличена, V-образной формы, симметричная, незначительно болезненная, срединная борозда рострально сглажена, плотно-эластической консистенции, включения не определяются, слизистая ректума смещаемая, семенные пузырьки недостижимы.

На основании данных опроса, анамнеза заболевания и жизни, осмотра и физикального обследования установлен *предварительный диагноз*: С60.1 ЗНО головки полового члена сТхNxМо.

Вопросы:

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

*А) УЗИ-УЗД / МРТ пениса

*Б) УЗИ паховых областей

В) МРТ малого таза без контрастного усиления

*Г) Биопсия первичного поражения

Д) МСКТ забрюшинного пространства с контрастным усилением

2. При ультразвуковом исследовании паховых областей обнаружено увеличение одного лимфатического узла слева до 13 мм. Для верификации метастатического поражения лимфатического узла предложите дополнительные методы диагностики (*выберите несколько вариантов*):

А) исследование на SCC Ag

*Б) МРТ мягких тканей: паховых областей

*В) динамическая биопсия сторожевого лимфатического узла

*Г) МРТ малого таза с контрастным усилением

Д) ПЭТ-КТ с 18-ФДГ

3. На основании данных проведенного комплексного обследования (дополнительно: по данным биопсии + МРТ пениса — определена инвазия в губчатое тело и уретру; КТ ЗБП / ОГК — без признаков метастатического поражения) с патоморфологической верификацией (биопсия образования — плоскоклеточный рак, обычный тип, без койлоцитоза, p16-негативный, G2; первичная биопсия лимфатического узла — без инвазии, pNo) неопластического поражения установлен клинический диагноз: C60.1 ЗНО головки полового члена cT2NoMo, не-ВПЧ-ассоциированное. Клиническая стадия II. Клиническая группа II. Пациенту разъяснены исходы и риски, связанные с применением различных модальностей терапии. Пациент настаивает на проведении хирургического лечения с возможным восстановлением копулятивной функции в последующем. Предложите наиболее приемлемые методики оперативного вмешательства, которые могут быть применены в данном кейсе (*выберите несколько вариантов*):

*А) глансэктомия + формирование неомеатуса + кожная пластика

Б) широкое иссечение + реаппроксимация / кожная пластика

*В) ампутация пениса + формирование неомеатуса + кожная пластика

Г) скальпирование головки + реаппроксимация / кожная

Д) микрографическая хирургия Moh's

4. Учитывая T-стадию первичного поражения и pNo, определите группу риска потенциального регионарного метастазирования в паховые лимфатические узлы 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, при обнаружении признаков лимфоваскулярной инвазии первичного опухолевого поражения и/или участков G3-4 (*выберите и сопоставьте два варианта ответа*):

А) группа низкого риска

Б) группа промежуточного риска

*В) группа высокого риска

Г) односторонняя стандартная пахово-бедренная лимфодиссекция

Д) двухсторонняя стандартная пахово-бедренная лимфодиссекция

*Е) двухсторонняя модифицированная пахово-бедренная лимфодиссекция

Задача 2

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 отведении 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.

На основании данных опроса, анамнеза заболевания и жизни, осмотра и физикального обследования установлен *предварительный диагноз*: С60.1 ЗНО головки полового члена сTxNxMx. С60.2 ЗНО тела полового члена сTxNxMx.

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 сТЗ 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 узлов 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 проведенного 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: T1P (паклитаксел, ифосфамид, цисплатина)

Е) неоадьювантная химиотерапия: цетуксимаб

Задача 3

Пациент С, 35 лет.

Обратился с **жалобами на**: покраснение на головке полового члена, дискомфорт в головке полового члена, изменение структуры головки, болезненность и дискомфорт при сексуальных контактах, жжение в головке при мочеиспускании.

Из анамнеза заболевания установлено: возникновение вышеуказанных изменений пациент отмечает в течение года, изменения постепенно нарастали с течением времени, первоначально наиболее беспокоило жжение при мочеиспускании в проекции головки пениса, ранее проходил лечение у уролога в поликлинике по месту жительства по поводу неспецифического уретрита (со слов, медицинской документации не предоставил, диагноз точно не установлен), принимал назначенные препараты: Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки – 7 дней, Флюкостат 150 мг однократно, с незначительным позитивным клиническим эффектом; 3 месяца назад обратил внимание на изменение вида головки полового члена, ее «побледнение» вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, около 2 месяцев назад выявил наличие безболезненного покраснения на головке, самостоятельно наносил мазь — Акридерм ГК 2 раза в сутки в течение 2 недель — отметил наличие клинического эффекта в виде уменьшения ощущения дискомфорта в головке полового члена, однако участки покраснения визуально стали более обширными; в связи с этим обратился за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни установлено: хронические/перенесенные заболевания — рецидивирующий баланопостит, фимоз, аутоиммунный тиреоидит — гипотиреоз, метаболический синдром — нарушение толерантности к углеводам, абдоминально-конституциональное ожирение по смешанному типу; операции и травмы: круговое иссечение крайней плоти (в 23 года), ринопластика (в 19 лет); заболевания, передаваемые половым путем, ВИЧ-и, гепатиты, сифилис отрицает; сексуально-репродуктивный анамнез — женат, около 4 половых партнеров в течение жизни, детей нет; аллергические реакции на лекарственные препараты, сезонные/иные аллергические реакции отрицает; лекарственный анамнез: периодически принимает Левотироксин натрия 100 мкг ежедневно; курит — стаж курения 14 лет, 10 – 20 сигарет в день, употребление алкоголя — отрицает; профессиональный анамнез: программист; записано со слов, медицинская документация не предоставлена

Результаты осмотра и физикального обследования: рост – 172 см, масса тела — 94 кг, ИМТ = 34,2 кг/м², АД: 130/72 мм.рт.ст., ЧСС: 75 уд/мин, ЧДД: 18 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, выраженное отложение ПЖК на передней брюшной стенке; локальный статус: пальпация в поясничных областях безболезненная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпация в надлонной области безболезненная, выраженная ПЖК в данной области, пальпация в паховых областях безболезненная, без особенностей; наруж-

ные половые органы — сформированы правильно, пенис нормативного размера, крайняя плоть удалена, кожный покров на головке изменен, циркулярно гипопигментирован вокруг уретро-меатуса (60% объема головки), текстура кожа в области гипопигментации изменена, уплотнена, при пальпации безболезненная, на 3 и 8 часах УЦ определяется эритематозных аффекта размерами 11 x 15 мм и 7 x 6 мм с нечеткими контурами на расстоянии 8 и 11 мм от уретро-меатуса, соответственно, единичные эрозии по верхним краям аффектов, уретро-меатус изменен, несколько сужен, в просвете слизистые выделения; органы мошонки — без особенностей, яички пальпаторно несколько уменьшены относительно возрастной нормы, безболезненные при пальпации, придатки без особенностей; пальцевое ректальное исследование: ампула ректума свободная, тонус сфинктера в норме, простата не увеличена, V-образной формы, симметричная, незначительно болезненная, срединная борозда определяется, плотно-эластической консистенции, включения не определяются, слизистая ректума смещаемая, семенные пузырьки недостижимы.

Вопросы:

1. На основании данных опроса, анамнеза заболевания и жизни, осмотра и физикального обследования предложите *предварительный диагноз (выберите один или несколько вариантов ответа)*:

- А) ЗНО головки полового члена
- Б) Lichen planus / Плоский лишай
- В) Экстрамаммарная болезнь Paget (генитальное поражение)
- *Г) Lichen sclerosus / ВХО / Склерозирующий лишай
- *Д) PeIN / Пенильная интраэпителиальная неоплазия
- Е) Эритроплазия Queyrat
- *Ж) Меатальный стеноз / стриктура головчатой уретры

2. С учётом установленного предварительного диагноза предложите методы первой линии диагностики для верификации диагноза (*выберите несколько вариантов*):

- *А) УЗИ-УЗД пениса
- Б) МРТ пениса
- *В) УЗИ паховых областей
- Г) Бактериологическое / вирусологическое исследование мазков-отпечатков
- *Д) Биопсия первичного поражения
- *Е) Восходящая уретрография / микционная цистоуретрография

3. По данным патоморфологического и гистологического исследования биоптатов верифицированы изменения характерные для Дифференцированной PeIN (Tis), не-HPV-ассоциированной (гиперпластический плоский эпителий с паракератозом и гиперкератозом; отсутствие койлоцитоза; атипичные сквамозные клетки в базальном слое, ИГХ(-) на p16) и Lichen sclerosus

/ ВХО / Склерозирующего лишая (ортокератоз, гиперкератоз с фолликулярными изменениями, атрофия мальпигиева слоя). По данным УЗИ-УЗДГ пениса отсутствуют УЗ-признаки инвазивного роста в головке пениса, УЗИ паховых областей — без особенностей, нет реакции со стороны региональных лимфоузлов. Пациент согласен на любой вид терапии, актуальной состоянию. По данным восходящей уретрографии / микционной цистоуретрографии определено незначительное сужение (протяженностью 4 мм) в головчатой уретре. Предложите наиболее рациональную тактику лечения в данном клиническом случае (*выберите один или несколько вариантов*):

- *А) скальпирование головки + реаппроксимация / пластика слизистой щеки
- Б) широкое иссечение + реаппроксимация / кожная пластика
- В) лазерная терапия с использованием Nd:YAG-лазера
- Г) топическая терапия Имиходом 5%
- Д) микрографическая хирургия Moh's
- *Е) меатопластика (в отсроченном периоде местно — бетаметазон)

4. По данным постоперационного гистологического исследования подтверждено наличие Дифференцированной PeIN (Tis), не-HPV-ассоциированной и Lichen sclerosus / ВХО / Склерозирующего лишая. Данных за инвазивный процесс нет. Данных за поражение лимфатических узлов нет. Определите дальнейшую тактику наблюдения пациента (*выберите несколько вариантов*):

- *А) 1 – 2 год: каждые 3 мес, 3 – 5 год: каждые 6 мес., 5 – 10 лет: каждый год
- Б) 1 – 2 год: каждые 6 мес., 3 – 5 год: каждый год, 5 – 10 лет: не требуется
- *В) осмотр и физикальное обследование
- Г) УЗИ-УЗДГ пениса (опционально)
- Д) ребиопсия головки пениса
- *Е) УЗИ паховых областей (опционально)