

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**А.В. Гудков, Я.В. Шикунова,  
В.С. Бощенко, С.П. Селиванов, С.Н. Исаева**

**ОБЩАЯ И ДЕТСКАЯ  
УРОЛОГИЯ-АНДРОЛОГИЯ  
СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ  
И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

**ТОМСК  
Издательство СибГМУ  
2020**

УДК 616.6  
ББК 56.9  
О 280

Авторы:  
**А.В. Гудков, Я.В. Шikuнова,  
В.С. Бощенко, С.П. Селиванов, С.Н. Исаева**

**Общая и детская урология-андрология. Сборник тестовых заданий и ситуационных задач : учебное пособие / А.В. Гудков [и др.]. – Томск : Издательство СибГМУ. – 2020. – 66 с.**

Сборник предназначен для самоконтроля знаний студентов медицинских вузов и базируется на основных учебниках, европейских и российских клинических рекомендациях, и учебных пособиях по урологии. Включает в себя тестовые задания с вариантами ответов, ситуационные задачи и ответы к ним по всем темам блока модуля «Урология».

Пособие подготовлено по блоку модуля «Урология» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов 4 курса, обучающихся по основным образовательным программам – программам специалитета по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия».

**УДК 616.6  
ББК 56.9**

**Рецензент:**

**Г.В. Слизовский** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детских хирургических болезней ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

*Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 1 от 22.11.19.).*

© Гудков А.В., Шikuнова Я.В., Бощенко В.С.,  
Селиванов С.П., Исаева С.Н., 2020  
© Издательство СибГМУ, 2020

# СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
<b>ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ</b> .....	6
<b>ТЕМА 1. Общая урология</b> .....	6
<b>Занятие 1.</b> Симптомы урологических заболеваний .....	6
<b>Занятие 2.</b> Обследование урологического больного.....	9
<b>ТЕМА 2. Частная урология</b> .....	12
<b>Занятие 3.</b> Аномалии развития почек .....	12
<b>Занятие 4.</b> Аномалии развития наружных половых органов у мальчиков .....	14
<b>Занятие 5.</b> Мочекаменная болезнь .....	17
<b>Занятие 6.</b> Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевого пузыря .....	20
<b>Занятие 7.</b> Неспецифические воспалительные заболевания мужских половых органов .....	23
<b>Занятие 8.</b> Опухоли почек, мочеточников и мочевого пузыря .....	25
<b>Занятие 9.</b> Опухоли мужских половых органов. Аденома предстательной железы. Рак предстательной железы. Рак полового члена и яичек.....	28
<b>Занятие 10.</b> Повреждения мочеполовых органов.....	36
<b>ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ</b> .....	40
<b>СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ</b> .....	44
<b>ТЕМА 2. Частная урология</b> .....	44
<b>Занятие 3.</b> Аномалии развития почек .....	44
<b>Занятие 4.</b> Аномалии развития наружных половых органов у мальчиков .....	45

<b>Занятие 5.</b> Мочекаменная болезнь .....	46
<b>Занятие 6.</b> Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевого пузыря .....	46
<b>Занятие 7.</b> Неспецифические воспалительные заболевания мужских половых органов .....	48
<b>Занятие 8.</b> Опухоли почек, мочеточников и мочевого пузыря .....	48
<b>Занятие 9.</b> Опухоли мужских половых органов. Аденома предстательной железы. Рак предстательной железы. Рак полового члена и яичек.....	49
<b>Занятие 10.</b> Повреждения мочеполовых органов.....	52
<b>ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ.....</b>	54
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....</b>	62
<b>ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА .....</b>	63
<b>РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .....</b>	65

## ВВЕДЕНИЕ

Блок модуля «Урология» изучает основы этиологии, патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения часто встречающихся урологических заболеваний у взрослых и детей.

Целью изучения блока модуля является формирование компетенций у студентов в общей и детской урологии, а именно:

- готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;
- способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

В задачи изучения блока модуля входит:

- освоение теоретических основ диагностики основных урологических заболеваний, ознакомление с методами и средствами проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, а также результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;
- изучение и использование алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней (МКБ);
- формирование навыков назначения лечения (консервативного и оперативного) в соответствии с выставленным диагнозом, выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с урологическими заболеваниями.

# ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

## ТЕМА 1

### ОБЩАЯ УРОЛОГИЯ

#### ЗАНЯТИЕ 1. Симптомы урологических заболеваний

*Выберите один правильный ответ.*

1. ПОЧКИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ
  - а) не определяются в норме
  - б) определяются только стоя
  - в) определяются у края IX ребра
  - г) определяются справа, не определяется слева
  
2. ПАЛЬПАЦИЯ ПРОСТАТЫ
  - а) невозможна
  - б) осуществляется трансабдоминально
  - в) осуществляется трансректально
  - г) возможна только при её увеличении
  
3. МЕАТУС У МУЖЧИН В НОРМЕ
  - а) визуализируется только при проведении уретроскопии
  - б) расположен апикально на головке
  - в) расположен на венечной борозде
  - г) может располагаться в любом месте головки полового члена
  
4. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ
  - а) всегда пальпируется в надлобковой области
  - б) пальпируется только на боку
  - в) пальпируется только стоя
  - г) пальпируется в надлобковой области при его сильном наполнении
  
5. СТРАНГУРИЯ – ЭТО
  - а) недержание мочи во время сна
  - б) задержка мочи

- в) частое мочеиспускание малыми порциями
- г) болезненное, затруднённое выделение мочи по каплям

6. ИШУРИЯ – ЭТО

- а) недержание мочи во время сна
- б) задержка мочи
- в) частое мочеиспускание малыми порциями
- г) болезненное, затруднённое выделение мочи по каплям

7. ЭНУРЕЗ – ЭТО

- а) недержание мочи во время сна
- б) задержка мочи
- в) частое мочеиспускание малыми порциями
- г) болезненное, затруднённое выделение мочи по каплям

8. ПАЛЛАКИУРИЯ – ЭТО

- а) недержание мочи во время сна
- б) задержка мочи
- в) частое мочеиспускание малыми порциями
- г) болезненное, затруднённое выделение мочи по каплям

9. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ – ЭТО

- а) терминальное подкапывание мочи или выделение капель мочи после мочеиспускания
- б) непроизвольное подкапывание мочи на фоне невозможности акта мочеиспускания
- в) большее выделение мочи по сравнению с поступающей в организм жидкостью
- г) большее выделение мочи во вторую половину суток по сравнению с днём

10. МАКРОГЕМАТУРИЯ – ЭТО

- а) выделение крови из мочеиспускательного канала
- б) видимое для глаз выделение крови с мочой
- в) выделение большого количества мочи
- г) наличие в моче порфирина

### 11. НИКТУРИЯ – ЭТО

- а) терминальное подкапывание мочи или выделение капель мочи после мочеиспускания
- б) непроизвольное подкапывание мочи на фоне невозможности акта мочеиспускания
- в) увеличение образования мочи
- г) большее выделение мочи во вторую половину суток по сравнению с днём

### 12. ПОЛИУРИЯ – ЭТО

- а) терминальное подкапывание мочи или выделение капель мочи после мочеиспускания
- б) непроизвольное подкапывание мочи на фоне невозможности акта мочеиспускания
- в) большее выделение мочи по сравнению с поступающей в организм жидкостью
- г) большее выделение мочи во вторую половину суток по сравнению с днём

### 13. НОКТУРИЯ – ЭТО

- а) прерывание сна несколько раз за ночь для опорожнения мочевого пузыря при обычном питьевом режиме
- б) отсутствие позыва на мочеиспускание
- в) непроизвольное выделение мочи вне акта мочеиспускания
- г) недержание мочи во время сна

### 14. УРЕТРОРРАГИЯ – ЭТО

- а) наличие крови в моче
- б) моча цвета «мясных» помоев
- в) выделение крови из уретры вне акта мочеиспускания
- г) наличие крови в сперме

### 15. ГИПОСТЕНУРИЯ – ЭТО

- а) прерывистое, длительное мочеиспускание
- б) снижение скорости потока мочи
- в) уменьшение суточного количества мочи
- г) уменьшение плотности суточной мочи



## ЗАНЯТИЕ 2. Обследование урологического больного

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. НОРМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО
  - а) до 2000
  - б) до 1000
  - в) до 20
  - г) до 20 млн
  
2. НОРМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПРОБЕ ПО АДДИС–КАКОВСКОМУ
  - а) до 2000
  - б) до 1000
  - в) до 20
  - г) до 20 млн
  
3. РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ВАРИАНТЫ СБОРА АНАЛИЗА МОЧИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА
  - а) в мочеприёмник
  - б) путём уретральной катетеризации
  - в) путём надлобковой пункции
  - г) в стерильную баночку свободной струёй мочи
  
4. ОБЪЁМ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ В НОРМЕ
  - а) не более 30% от объёма мочевого пузыря
  - б) индивидуален
  - в) не более 10% от объёма мочевого пузыря
  - г) определить невозможно
  
5. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЛУЧЕВЫМИ
  - а) УЗИ
  - б) КТ
  - в) экскреторная урография
  - г) МРТ с контрастированием

6. ВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ВОЗМОЖНО ИССЛЕДОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ
  - а) КТ
  - б) КТ с контрастированием
  - в) статическая нефросцинтиграфии
  - г) динамической нефросцинтиграфии
  
7. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ КОНТРАСТ
  - а) внутривенно
  - б) через надлобковую пункцию
  - в) трансуретрально
  - г) перорально
  
8. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ СОНОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
  - а) повышенную водную нагрузку
  - б) лазикс
  - в) индигокармин
  - г) омнипак
  
9. ВОСХОДЯЩАЯ ПИЕЛОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ
  - а) оценить расположение почки
  - б) оценить экскреторную функцию почки
  - в) оценить форму и размеры чашечно-лоханочной системы и мочеточника
  - г) оценить концентрационную функцию почки
  
10. МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ ВЫБРОСЫ ФИКСИРУЮТСЯ
  - а) по данным УЗИ почек
  - б) по данным УЗИ мочевого пузыря
  - в) по данным цистографии
  - г) по данным статической нефросцинтиграфии
  
11. ЦИСТОМЕТРИЯ НАПОЛНЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
  - а) функцию замыкательного аппарата уретры
  - б) сократительную способность детрузора
  - в) скорость тока мочи
  - г) давление в лоханке

12. ПРОФИЛОМЕТРИЯ УРЕТРЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
- а) функцию замыкательного аппарата уретры
  - б) сократительную способность детрузора
  - в) скорость тока мочи в уретре
  - г) давление в лоханке
13. УРОФЛОУМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
- а) функцию замыкательного аппарата уретры
  - б) сократительную способность детрузора
  - в) скорость тока мочи
  - г) давление в лоханке
14. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПРОВОДЯТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
- а) урофлоуметрия
  - б) цистоманометрию
  - в) цистоскопия
  - г) исследование «давление-поток»
15. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПРОВОДЯТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
- а) цистоскопия
  - б) КТ почек
  - в) МРТ почек
  - г) УЗИ почек

## ТЕМА 2

### ЧАСТНАЯ УРОЛОГИЯ

#### ЗАНЯТИЕ 3. Аномалии развития почек

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. ЭТИОЛОГИЯ ВРОЖДЁННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ
  - а) исход хронического воспалительного процесса
  - б) травма
  - в) врождённая внутренняя или внешняя обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента
  - г) врождённая дисплазия Мальпигиевых клубочков
  
2. ОСНОВНОЙ СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА
  - а) УЗИ
  - б) КТ
  - в) биопсия почки
  - г) внутривенная урография
  
3. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИДРОНЕФРОЗА
  - а) невозможна
  - б) возможна в срок 16–28 неделя
  - в) не имеет смысла
  - г) возможна в срок 10–12 неделя
  
4. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ МОЧИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
  - а) всегда присутствуют
  - б) типична макрогематурия
  - в) возникают только при присоединении осложнений
  - г) типична микроальбуминурия
  
5. ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ФАРМАКОСОНОГРАФИЯ – ЭТО
  - а) рентгенологический метод обследования
  - б) ультразвуковая оценка почечного кровотока

- в) эхоскопическая пиелометрия в течении 60 мин после введения лазикса
- г) УЗИ исследование почек во время мочеиспускания

6. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- а) уретеропиелопластика
- б) бужирование пиелоуретрального сегмента
- в) неоимплантация мочеточника по Политано–Лидбеттеру
- г) резекция почки

7. ОСЛОЖНЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА

- а) пиелонефрит
- б) атрофия паренхимы почки
- в) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- г) свищи

8. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ДВУХ УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЦИСТОСКОПИИ ИСКЛЮЧАЕТ ДИАГНОЗ АПЛАЗИИ ПОЧКИ

- а) да
- б) нет

9. ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ДОБАВОЧНОЙ ПОЧКИ

- а) удаление
- б) удаление только при развитии осложнений
- в) желательно сохранить даже при развитии осложнений
- г) удаляются обе почки на стороне удвоения

10. ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ ПОЧКА

- а) удаляется при обнаружении
- б) восстанавливает нормальные размеры и функцию при адекватной терапии
- в) верифицируется только при биопсии
- г) удаляется только при развитии тяжёлых осложнений при сохранной контрлатеральной почки

11. ВИДЫ ДИСТОПИИ ПОЧЕК

- а) торакальная
- б) поясничная

- в) паховая
- г) тазовая

12. ПРИ ТАЗОВОЙ ДИСТОПИИ ПОЧКА

- а) как правило нормальных размеров
- б) гипоплазирована
- в) имеет длинные сосуды и мочеточник
- г) имеет короткие сосуды и мочеточник

13. ПРИ ГЕТЕРОЛАТЕРАЛЬНОЙ ДИСТОПИИ

- а) дистопированная почка расположена ниже интактной
- б) дистопированная почка расположена выше интактной
- в) устье мочеточника дистопированной почке расположено контрлатерально
- г) устье мочеточника дистопированной почке расположено в обычном месте

14. ПРИ S-ОБРАЗНОЙ ПОЧКЕ

- а) происходит сращения нижних полюсов почки
- б) происходит сращение верхнего полюса одной почки с нижним полюсом другой
- в) ворота одной почки обращены медиально, а другой – латерально
- г) ворота обеих почек обращены медиально

15. ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ

- а) патологический процесс локализуется в одной почке
- б) патологический процесс локализуется в обеих почках
- в) отмечается аутосомно-рецессивный путь наследования
- г) новорождённые всегда нежизнеспособны

**ЗАНЯТИЕ 4. Аномалии развития  
наружных половых органов у мальчиков**

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЁННОЙ ВОДЯНКИ ЯИЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- а) нарушение лимфооттока от яичка

- б) гиперпродукция оболочками яичка жидкости
- в) не зарощённый вагинальный отросток брюшины
- г) снижение процессов реабсорбции оболочками яичка

2. ВОЗРАСТ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ ВОДЯНКИ ЯИЧКА

- а) 6 мес.
- б) 2 года
- в) 6 лет
- г) сразу при обнаружении

3. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- а) справа
- б) слева
- в) с двух сторон одновременно
- г) одинаково часто справа и слева

4. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) 2–3 степень варикоцеле
- б) боль
- в) орхопатия в динамике
- г) патоспермия в динамике

5. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

- а) операция Росса
- б) операция Вилькельмана
- в) операция Мармара
- г) наложение венозного анастомоза

6. ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ ПОКАЗАНЫ

- а) во всех случаях
- б) только если возникает искривление полового члена
- в) только при проксимальных формах
- г) только при развитии меатостеноза

7. ВОЗРАСТ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ

- а) 6–24 мес.

- б) 6 лет
- в) 12 лет
- г) старше 18 лет

8. КРАЙНЯЯ ПЛОТЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ

- а) иссекается в обязательном порядке из-за своей порочности
- б) может являться пластическим материалом при формировании неоуретры
- в) не иссекается
- г) иссекается при желании родителей

9. ВИДЫ КРИПТОРХИЗМА

- а) поясничный
- б) абдоминальный
- в) паховый
- г) бедренный

10. САМЫЙ ТОЧНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕПАЛЬПИРУЕМОМ ЯИЧКЕ

- а) МРТ
- б) сцинтиграфия
- в) вазография сосудов яичка
- г) лапароскопия

11. РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ВОЗРАСТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КРИПТОРХИЗМА

- а) 1 мес.
- б) 2 года
- в) 6–18 мес.
- г) старше 6 лет

12. ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ КРИПТОРХИЗМА

- а) яичко всегда удаляется
- б) рассматривается вопрос орхэктомии у пациентов старше 10 лет с сохраненным контрлатеральным яичком
- в) удаётся низвести только до пахового канала во всех случаях из-за короткого семенного канатика



г) при одностороннем характере фертильность не снижается, но уменьшаются показатели отцовства

13. ПОВЫШЕННЫЙ КРЕМАСТЕРНЫЙ РЕФЛЕКС У МАЛЬЧИКОВ

- а) требует хирургического лечения
- б) требует назначения гормональной терапии ЧХГТ
- в) требует назначения гормональной терапии тестостероном
- г) не требует лечения

14. ВОЗРАСТ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЁННОГО ФИМОЗА

- а) 6 мес.
- б) 6 лет
- в) перед началом половой жизни
- г) старше 18 лет

15. ПАРАФИМОЗ – ЭТО

- а) воспаление крайней плоти
- б) сдавление головки полового члена констриктивным кольцом крайней плоти
- в) невозможность вывести головку полового члена из препуция
- г) гипертрофия крайней плоти

## **ЗАНЯТИЕ 5. Мочекаменная болезнь**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. СИНОНИМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- а) нефросклероз
- б) уролитиаз
- в) гидронефроз
- г) холелитиаз

2. ОКСАЛАТЫ КАЛЬЦИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) инфекционными камнями
- б) неинфекционными камнями

- в) лекарственными камнями
- г) камнями, образованными вследствие генетических дефектов

3. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ КАМНЯ В МВС ВЫДЕЛЯЮТ

- а) камни паранефральной клетчатки
- б) камни паренхимы
- в) камни чашечек
- г) камни лоханки

4. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» В ДИАГНОСТИКЕ МКБ

- а) УЗИ
- б) экскреторная урография
- в) мультиспиральная КТ
- г) МРТ с контрастированием

5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ НЕ ТОЛЬКО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ КОНКРЕМЕНТ, НО И ОЦЕНИТЬ РАСШИРЕНИЕ ЧЛС

- а) обзорная рентгенография
- б) экскреторная урография
- в) мультиспиральная КТ без контрастирования
- г) УЗИ

6. РЕНТГЕННЕГАТИВНЫЕ КАМНИ СОДЕРЖАТ

- а) мочевую кислоту
- б) ксантин
- в) оксалат кальция
- г) фосфат кальция

7. НА КТ НЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ КАМНИ, СОДЕРЖАЩИЕ

- а) мочевую кислоту
- б) ксантин
- в) индинавир
- г) апатит

8. МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ КАМНЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО ОЦЕНИВАТЬ ПО ДАННЫМ

- а) мультиспиральной КТ

- б) анализа химического состава конкремента
- в) биохимического анализа крови
- г) биохимического анализа мочи

9. ПЕРВЫЙ ЭТАП КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

- а) антибиотикотерапия
- б)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- в) мочегонные травы
- г) НПВС

10. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕКУПИРУЕМОЙ КОНСЕРВАТИВНЫМИ СПОСОБАМИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

- а) открытая пиелолитотомия
- б) чрескожная пункционная нефростомия
- в) установка внутреннего мочеточникового стента
- г) дистанционная литотрипсия

11. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ЭКСПУЛЬСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- а) антибиотикотерапия
- б)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- в) нифедипин
- г) НПВС

12. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ХЕМОЛИЗ ПОКАЗАН ПРИ КАМНЯХ ИЗ

- а) мочевой кислоты
- б) оксалата кальция
- в) фосфата кальция
- г) ксантина

13. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ХЕМОЛИЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) канефрон
- б) цитратные смеси
- в) двууглекислый натрий
- г) омник

14. ОСНОВНОЙ ЭФФЕКТ ПЕРОРАЛЬНОГО ХЕМОЛИЗА

- а) спазмолитический

- б) антибактериальный
- в) мочегонный
- г) ощелачивание мочи

15. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАР-  
НОВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

- а) размер камня менее 2 см
- б) размер камня более 2 см
- в) блок почки
- г) отсутствие обструкции МВС

**ЗАНЯТИЕ 6. Неспецифические  
воспалительные заболевания почек и мочевого пузыря**

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. ПИЕЛОНЕФРИТ – ЭТО

- а) воспаление лоханки почки
- б) воспаление паренхимы почки
- в) воспаление интерстициальной ткани почки
- г) всё выше перечисленное

2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВИДЫ ПИЕЛОНЕФРИТА

- а) серозный
- б) гнойный
- в) катаральный
- г) геморрагический

3. ВИДЫ ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- а) гангренозный
- б) апостематозный
- в) карбункул почки
- г) абсцесс почки

4. БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- а) возникает редко
- б) является облигатным симптомом
- в) локализуется в поясничной области и животе
- г) всегда возникает при мочеиспускании

5. ГИПЕРТЕРМИЯ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
- а) указывает на развитие деструктивной формы
  - б) возникает при несвоевременном лечении пиелонефрита
  - в) возникает при осложнении уросепсисом
  - г) является клиническим проявлением заболевания
6. ПИУРИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
- а) является одним из основных проявлений заболевания
  - б) возникает только при деструктивных формах
  - в) может отсутствовать при обструктивном пиелонефрите
  - г) позволяет дифференцировать серозный от гнойного пиелонефрита
7. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ БАКТЕРИУРИИ ПРИ ПРОЯВЛЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СЧИТАЮТ
- а) более  $10^3$  КОЕ/мл
  - б) более  $10^4$  КОЕ/мл
  - в) более  $10^5$  КОЕ/мл
  - г) более  $10^6$  КОЕ/мл
8. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР
- а) носит эмпирический характер
  - б) назначается только при гипертермии
  - в) назначается только согласно чувствительности по результатам посева мочи
  - г) не показана у беременных
9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) деструктивная форма пиелонефрита
  - б) серозная форма пиелонефрита
  - в) наличие конкремента в лоханке
  - г) наличие обструкции почки
10. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ВЗРОСЛЫХ СЧИТАЮТ
- а) амоксиклав
  - б) монурал

- в) фторхинолон
- г) цефалоспорин III поколения

11. ОПЕРАЦИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА

- а) не проводится у беременных
- б) показана только при угрозе уросепсиса
- в) должна носить обязательный экстренный характер
- г) не проводится при единственной почке

12. УЗИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

- а) мало информативно
- б) применяется, в основном, для исключения опухоли и камней мочевого пузыря
- в) является ключевым методом диагностики
- г) противопоказано

13. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЁННОГО ЦИСТИТА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) амоксилав
- б) монурал
- в) фторхинолон
- г) цефалоспорин III поколения

14. ИММУННЫЙ ПРЕПАРАТ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЦИСТИТОВ

- а) генферон
- б) уроваксом
- в) ликопид
- г) рибомунил

15. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) амоксилав
- б) монурал
- в) фторхинолон
- г) цефалоспорин III поколения

## **ЗАНЯТИЕ 7. Неспецифические воспалительные заболевания мужских половых органов**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. САМАЯ ЧАСТАЯ ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА
  - а) тромбоз вен
  - б) инфекции, передающиеся половым путём
  - в) андрогенная активность
  - г) *Escherichiacoli*
  
2. ТИПИЧНЫЙ ВОЗРАСТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА
  - а) пубертат
  - б) 35–50 лет
  - в) старше 50 лет
  - г) старше 70 лет
  
3. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА
  - а) старческий возраст
  - б) повышенное содержание тестостерона
  - в) внутрипростатический рефлюкс мочи
  - г) острый уретрит
  
4. ВИДЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА
  - а) катаральный
  - б) фолликулярный
  - в) паренхиматозный
  - г) гангренозный
  
5. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА
  - а) абсцесс простаты
  - б) аденома простаты
  - в) рак простаты
  - г) инфаркт простаты
  
6. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПРОСТАТИТЕ
  - а) простатические железы всей простаты

- б) интерстициальная ткань
- в) слизистая и подслизистая выводных протоков простатических желёз, открывающихся в заднюю часть уретры
- г) парапростатическая клетчатка

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА

- а) протекает бессимптомно
- б) ноктурия
- в) дизурия
- г) боли в промежности

8. ФЕБРИЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ

- а) является характерным клиническим проявлением
- б) возникает только при развитии абсцесса простаты
- в) возникает только при развитии острой задержки мочи
- г) возникает только у пациентов с синдромом приобретённого иммунодефицита

9. РЕКТАЛЬНОЕ ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ

- а) не информативно
- б) выявляет увеличенную, резко болезненную простату
- в) выявляет безболезненное уплотнение предстательной железы
- г) может выявить увеличенную, асимметричную простату с локальной флюктуацией

10. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПРОСТАТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- а) ТРУЗИ простаты
- б) трансабдоминальное УЗИ простаты
- в) анализ секрета простаты
- г) ОАМ

11. ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА ПОКАЗАНА

- а) установка уретрального катетера
- б) антибиотикотерапия
- в) пункционная цистостомия
- г) пункционная нефростомия



12. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЁННОГО ПРОСТАТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- а)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- б) массаж простаты
- в) антибиотикотерапию
- г) ингибиторы  $5\alpha$ -редуктазы

13. ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПРОСТАТЫ

- а) экстренное оперативное вмешательство – дренирование абсцесса
- б) только консервативная терапия: антибиотики, инфузионная терапия, НПВС
- в) ТУР простаты
- г) простатэктомия

14. ПРОГНОЗ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА

- а) высокая летальность
- б) возможно полное излечение
- в) возможен переход в хроническую форму
- г) частая инвалидизация больных

15. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА

- а) развитием уросепсиса
- б) развитием бактериального шока
- в) малигнизацией
- г) инфарктом миокарда

**ЗАНЯТИЕ 8. Опухоли почек, мочеточников и мочевого пузыря**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. САМАЯ РАСПРОСТРАНЁННАЯ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ

- а) аденокарцинома
- б) аденома
- в) онкоцитома
- г) ангиомиолипома

2. ВИДЫ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЧКИ
  - а) железистый
  - б) светлоклеточный
  - в) папиллярный
  - г) хромофобный
  
3. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ
  - а) инфекции мочевыводящей системы
  - б) врождённый гидронефроз
  - в) курение
  - г) семейный анамнез
  
4. СКРИНИНГ РАКА ПОЧКИ
  - а) ПЦР сыворотки крови
  - б) СОЭ
  - в) биопсия почки
  - г) скрининга не существует
  
5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ
  - а) гематурия
  - б) дизурия
  - в) гипертермия
  - г) боль в поясничной области
  
6. ДИАГНОСТИК РАКА ПОЧКИ
  - а) цистоскопия
  - б) ретроградная пиелография
  - в) УЗИ
  - г) КТ с контрастированием
  
7. БИОПСИЯ ПОЧКИ
  - а) проводится для гистологической верификации рака почки
  - б) проводится при обнаружении любой опухоли почки
  - в) не проводится при подозрении на рак почки, чтобы избежать диссеминации процесса
  - г) не проводится при предположении о наличие доброкачественной опухоли
  
8. ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ
  - а) радикальная нефрэктомия

- б)резекция почки
- в)химиотерапия
- г) лучевая терапия

9. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

- а)БЦЖ-терапия
- б)терапия цитокинами
- в)таргетная терапия
- г)гормонотерапия

10. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

- а)брахитерапия
- б)радиочастотная абляция
- в)ТУР
- г)криоабляция

11. СРЕДНЯЯ ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

- а)5,5%
- б)11,3%
- в)46,6%
- г)98%

12. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- а)болезненное мочеиспускание
- б)гематурия
- в)неудержание мочи
- г)затруднённое, прерывистое мочеиспускание

13. ОСНОВНОЙ МЕТОД ВЕРИФИКАЦИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- а)УЗИ
- б)цистография
- в)сцинтиграфия
- г)цистоскопия с биопсией

14. ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
- а) ТУР мочевого пузыря
  - б) дистанционная лучевая терапия
  - в) брахитерапия
  - г) БЦЖ-терапия
15. СТАНДАРТНЫЙ РАДИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЭТО –
- а) брахитерапия
  - б) БЦЖ-терапия
  - в) внутривезикулярная химиотерапия
  - г) радикальная цистэктомия

## **ЗАНЯТИЕ 9. Опухоли мужских половых органов**

### **Аденома предстательной железы**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. СИНОНИМЫ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
- а) узловатая гиперплазия простаты
  - б) доброкачественная гиперплазия простаты
  - в) рак предстательной железы
  - г) простатит
2. ВОЗРАСТ НАЧАЛА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АДЕНОМА ПРОСТАТЫ
- а) 20–25 лет
  - б) старше 40 лет
  - в) пубертат
  - г) в любом возрасте
3. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ
- а) уротелий простатической части уретры
  - б) периферическая зона простаты
  - в) капсула простаты
  - г) парауретральные железы простаты

4. КОЛИЧЕСТВО СТАДИЙ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ
- а) 2
  - б) 3
  - в) 4
  - г) 5
5. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ
- а) повышенная сексуальная активность
  - б) возраст (старение)
  - в) нормальное функциональное состояние яичек
  - г) курение
6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ
- а) имеют прямую связь с её размером
  - б) имеют обратную связь с её размером
  - в) не всегда коррелируют
  - г) имеют прямую связь с выраженностью капсулы простаты
7. ИРРИТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ
- а) гиперактивностью  $\alpha$ -адренорецепторов
  - б) гиперактивностью детрузора в ответ на обструкцию
  - в) инфравезикальной обструкцией
  - г) сдавлением мочеиспускательного канала увеличенной простатой
8. ОБСТРУКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ
- а) гиперактивностью  $\alpha$ -адренорецепторов
  - б) гиперактивностью детрузора в ответ на обструкцию
  - в) инфравезикальной обструкцией
  - г) сдавлением мочеиспускательного канала увеличенной простатой
9. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ
- а) ноктурия
  - б) никтурия
  - в) полиурия
  - г) вялая струя мочи

10. ШКАЛА IPSS – ЭТО

- а) международный индекс симптомов при заболеваниях простаты
- б) классификация аденомы простаты в зависимости от локализации узлов
- в) градация аденом простаты по степеням злокачественности
- г) разделение аденом простаты по степеням в зависимости от андрогенной активности

11. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ

- а) определяется её увеличение и деформация
- б) определяется резкая болезненность и флюктуация
- в) определяется каменистая плотность железы
- г) затруднительно её обнаружить

12. ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

- а) урофлоуметрия
- б) ТРУЗИ простаты
- в) биопсия простаты
- г) микционная цистоуретрография

13. КОНСЕРВАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

- а) массаж простаты
- б) физиопроцедуры – ректальный лазер
- в) антибиотикотерапия
- г) блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов

14. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, УМЕНЬШАЮЩИЕ ОБЪЁМ ПРОСТАТЫ ПРИ ЕЁ АДЕНОМЕ

- а) блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов
- б) М-холинолитики
- в) аналоги вазопрессина
- г) ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы

15. СПОСОБЫ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

- а) ТУР простаты

- б) открытая аденомэктомия
- в) баллонная дилатация
- г) простатическое стентирование

## **Рак предстательной железы**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. **РАК ПРОСТАТЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ**
  - а) в периферической зоне
  - б) в центральной зоне
  - в) в капсуле
  - г) в переходной зоне
  
2. **ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**
  - а) аденома предстательной железы
  - б) простатическая интраэпителиальная неоплазия
  - в) аденокарцинома
  - г) камни простаты
  
3. **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
  - а) голодание
  - б) сахарный диабет
  - в) рак простаты у близких родственников
  - г) употребление в пищу большого количества животных жиров
  
4. **КЛАССИФИКАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РАКА ПРОСТАТЫ**
  - а) Глисона
  - б) по системе TNM
  - в) шкала IPSS
  - г) шкала QOL
  
5. **ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЁРЫ РАКА ПРОСТАТА**
  - а) уровень тестостерона
  - б) уровень ПСА в сыворотке крови
  - в) ПСА3 в моче
  - г) уровень  $\alpha$ -фетопротеина в крови

6. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ
- а) всегда определяется значительное её увеличение и деформация
  - б) определяется резкая болезненность и флюктуация
  - в) определяется участок железы хрящевой или каменистой плотности
  - г) данное исследование для диагностики рака простаты не применяют
7. ПРИ ТРУЗИ ПРИЗНАКАМИ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) гипоэхогенный участок с ровными контурами
  - б) участки разнородной эхогенности без чётких границ и очертаний с потерей структурности
  - в) увеличение размера простаты более 50 см<sup>3</sup>
  - г) утолщение капсулы
8. ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА РАК ПРОСТАТЫ ОСНОВАНА НА
- а) пальцевом ректальном исследовании
  - б) ТРУЗИ простаты
  - в) биопсии простаты
  - г) МРТ с эндоректальной катушкой
9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ МИНИМУМ
- а) 3 забора ткани
  - б) 6–12 заборов ткани
  - в) 8 заборов ткани
  - г) 16 заборов ткани
10. УРОВЕНЬ ПСА, ПРИ КОТОРОМ ПОКАЗАНА ПЕРВИЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ
- а) больше 4 мг/мл (у пациентов моложе 50 лет больше 2,5 нг/мл)
  - б) больше 10 мг/мл (у пациентов моложе 50 лет больше 8,5 нг/мл)
  - в) больше 2 мг/мл (у пациентов моложе 50 лет больше 0,5 нг/мл)
  - г) больше 4 мг/мл (у пациентов моложе 50 лет больше 6,5 нг/мл)
11. СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ
- а) ТУР простаты



- б) радикальная простатэктомия
- в) биопсия простаты
- г) энуклеация простаты

12. БРАХИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТАТЫ – ЭТО

- а) использование массажа простаты
- б) использование гормональных средств
- в) имплантация радиоактивных источников в ткань простаты
- г) криоабляция ткани простаты

13. ГОРМОНАЛЬНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА

- а) двухсторонней орхидэктомией
- б)  $\alpha$ -адреноблокаторами
- в) агонистами и антагонистами ЛГРГ
- г) М-холинолитиками

14. УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА, КОТОРЫЙ СООТВЕТСТВУЕТ КАСТРАЦИОННОМУ

- а) 0 нг/дл
- б) 5 нг/дл
- в) 50 нг/дл
- г) 500 нг/дл

15. ОТСРОЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ (АКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ ПОКАЗАНО

- а) при тяжёлых интеркурентных заболеваниях
- б) у пациентов старше 70 лет
- в) при сохранении эректильной функции
- г) при гормонрефрактерном раке простате

**Рак полового члена и яичек**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА РЕЖЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ
- а) в Китае
  - б) в африканских странах

- в) в мусульманских странах
- г) в славянских странах

2. ЧАЩЕ ВСЕГО РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- а) на головке полового члена
- б) на крайней плоти
- в) на венечной борозде
- г) на стволе полового члена

3. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ К РАЗВИТИЮ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- а) фимоз
- б) частые воспаления с обильным выделением смегмы
- в) нерегулярная половая жизнь
- г) курение

4. САМЫЙ РАСПРОСТРАНЁННЫЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- а) злокачественная меланома
- б) базальноклеточный рак
- в) саркома Капоши
- г) плоскоклеточный рак

5. ВНЕШНИЙ ВИД ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- а) бляшка в области белочной оболочки
- б) пигментированное или депигментированное пятно
- в) сосочковое, узловое в виде язвы или плоское образование с фибриновой или гнойной корочкой
- г) ярко красное кистозное образование, бледнеющее при надавливании

6. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ИСПОЛЬЗУЮТ БИОПСИЮ

- а) инцизионную
- б) эксцизионную
- в) мультифокальную
- г) под УЗИ навигацией

7. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ТA-T1A (G1-2) МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ
- а) органосохраняющие операции
  - б) полную ампутацию полового члена или эмаскуляцию
  - в) неоадьювантную химиотерапию и/или лучевую терапию
  - г) радикальную лимфаденкэктомию
8. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА Т3,4 С РЕГИОНАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ВКЛЮЧАЕТ
- а) органосохраняющие операции
  - б) полную ампутацию полового члена или эмаскуляцию
  - в) неоадьювантную химиотерапию и/или лучевую терапию
  - г) радикальную лимфаденкэктомию
9. ОПЕРАЦИЯ ЭМАСКУЛЯЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
- а) в частичной резекции полового члена
  - б) в ампутации головки полового члена
  - в) в проведении циркумцизио
  - г) в полном удалении полового члена с мошонкой и её органами
10. САМАЯ РАСПРОСТРАНЁННАЯ ОПУХОЛЬ ЯИЧКА У ВЗРОСЛЫХ
- а) семинома
  - б) эмбриональный рак
  - в) тератома
  - г) опухоль желточного мешка
11. САМАЯ РАСПРОСТРАНЁННАЯ ОПУХОЛЬ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ
- а) семинома
  - б) эмбриональный рак
  - в) тератома
  - г) опухоль желточного мешка
12. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЯИЧКА
- а) курение
  - б) алкоголизм
  - в) крипторхизм
  - г) травма яичка

13. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА ЯИЧКА

- а) может протекать бессимптомно
- б) возможна боль в яичке
- в) эректильная дисфункция
- г) ретроградная эякуляция

14. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧКА, ОБЛАДАЮЩИЙ САМОЙ ВЫСОКОЙ СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ

- а) диафаноскопия
- б) УЗИ
- в) КТ
- г) МРТ

15. ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧКА

- а) динамическое наблюдение
- б) орхифуникулэктомия
- в) брахитерапия
- г) гормонотерапия

**ЗАНЯТИЕ 10. Повреждения мочеполовых органов**

*Выберите одни или несколько правильных ответов.*

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ

- а) фебрильная лихорадка
- б) боль в поясничной области
- в) гематурия
- г) пиурия

2. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ

- а) УЗИ
- б) экскреторная урография
- в) ретроградная пиелография
- г) КТ с контрастированием

3. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ

- а) противопоказана

- б) не применяется при гематурии
- в) предполагает строгий постельный режим, гемостатическую терапию и антибиотикотерапию
- г) предполагает применение спазмолитиков и НПВС

4. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧКИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПОКАЗАНО ПРИ

- а) нестабильной гемодинамики
- б) нарастающей или пульсирующей гематоме
- в) гематурии
- г) боли в животе

5. ДОСТУПЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ

- а) трансабдоминальный
- б) трансуретральный
- в) ретроперитонеальный
- г) эндоскопический

6. ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ

- а) пластика ЛМС
- б) ушивание разрывов паренхимы и ЧЛС
- в) резекция почки
- г) нефрэктомия

7. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА

- а) тупая травма живота
- б) огнестрельные ранения
- в) ножевые ранения
- г) ятрогенные манипуляции

8. САМЫЙ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА

- а) УЗИ
- б) экскреторная урография
- в) цистоскопия
- г) ретроградная уретеропиелография

9. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ РАЗРЫВЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА
- а) уретероуретероанастомоз
  - б) операция Боари
  - в) уретероцистостомия
  - г) замещение мочеточника подвздошной кишкой
10. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
- а) цистоскопия
  - б) цистография
  - в) экскреторная урография
  - г) обзорная рентгенография
11. ЛЕЧЕНИЕ УШИБОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ
- а) экстренное оперативное вмешательство
  - б) наложение эпицистостомии
  - в) постельный режим, гемостатическая, противовоспалительная, антибактериальная обезболивающая терапия, установка мочевого катетера через уретру
  - г) постельный режим, гемостатическая, противовоспалительная, антибактериальная обезболивающая терапия
12. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ РАЗРЫВОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ
- а) постельный режим, гемостатическая, противовоспалительная, антибактериальная обезболивающая терапия, установка мочевого катетера через уретру
  - б) ревизия мочевого пузыря, ушивание раны мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование паравезикальной и тазовой клетчатки
  - в) лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, наложение эпицистостомы, дренирование брюшной полости
  - г) трансуретральное ушивание раны мочевого пузыря
13. ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ РАЗРЫВОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ
- а) постельный режим, гемостатическая, противовоспалительная, антибактериальная обезболивающая терапия, установка мочевого катетера через уретру

- б) ревизия мочевого пузыря, ушивание раны мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование паравезикальной и тазовой клетчатки
- в) лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, наложение эпицистостомы, дренирование брюшной полости
- г) трансуретральное ушивание раны мочевого пузыря

14. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕННЫХ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) УЗИ
- б) микционная цистография
- в) ретроградная уретрография
- г) уретроскопия

15. ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) установки эпицистостомы и уретрального катетера для самооживления
- б) первичном эндоскопическом восстановлении целостности уретры
- в) срочной открытой уретропластики
- г) динамическом наблюдении, постельном режиме и гемостатической терапии

# ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

## ТЕМА 1

### ОБЩАЯ УРОЛОГИЯ

#### ЗАНЯТИЕ 1. Симптомы урологических заболеваний

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	а	5	г	9	б	13	а
2	в	6	б	10	б	14	в
3	б	7	а	11	г	15	г
4	г	8	в	12	в		

#### ЗАНЯТИЕ 2. Обследование урологического больного

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	б	5	а, г	9	а, в	13	в
2	г	6	б, г	10	б	14	г
3	а, г	7	в	11	б	15	б
4	в	8	б	12	а		

## ТЕМА 2

### ЧАСТАЯ УРОЛОГИЯ

#### ЗАНЯТИЕ 3. Аномалии развития почек

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	в	5	в	9	б	13	а, г
2	а	6	а	10	г	14	б, в
3	б	7	а, б	11	а, б, г	15	б, в
4	в	8	б	12	а, г		



**ЗАНЯТИЕ 4. Аномалии развития  
наружных половых органов у мальчиков**

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	в	5	в, г	9	б, в	13	г
2	б	6	а	10	г	14	б
3	б	7	а	11	в	15	б
4	б, в, г	8	б, в	12	б, г		

**ЗАНЯТИЕ 5. Мочекаменная болезнь**

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	б	5	б, в, г	9	г	13	б, в
2	б	6	а, б	10	б, в	14	г
3	в, г	7	в	11	б, в	15	а, г
4	в	8	б	12	а		

**ЗАНЯТИЕ 6. Неспецифические воспалительные  
заболевания почек и мочевого пузыря**

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	г	5	г	9	г	13	б
2	а, б	6	а, в	10	в	14	б
3	б, в, г	7	а	11	в	15	б
4	б, в	8	а	12	а, б		

**ЗАНЯТИЕ 7. Неспецифические воспалительные  
заболевания мужских половых органов**

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	г	5	а	9	б, г	13	а
2	б	6	в	10	б, г	14	б, в
3	в, г	7	в, г	11	в	15	а, б
4	а, б, в	8	а	12	а, в		

## ЗАНЯТИЕ 8. Опухоли почек, мочеточников и мочевого пузыря

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	а	5	а, г	9	б, г	13	г
2	б, в, г	6	в, г	10	б, г	14	а, г
3	в, г	7	в	11	в	15	г
4	г	8	а, б	12	б		

## ЗАНЯТИЕ 9. Опухоли мужских половых органов

### Аденома предстательной железы

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	а, б	5	б, в	9	а, г	13	г
2	б	6	в	10	а	14	г
3	г	7	а, б	11	а	15	а, б
4	б	8	в, г	12	б		

### Рак предстательной железы

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	а	5	б, в	9	б	13	в
2	б	6	в	10	а	14	б
3	в, г	7	б	11	б	15	а, б
4	а	8	в	12	в		

### Рак полового члена и яичек

Номер задания	Ответ	Номер задания	От- вет	Номер задания	Ответ	Номер задания	От- вет
1	в	5	в	9	г	13	а, б
2	а	6	а, б	10	а	14	б, г
3	а, б	7	а, г	11	г	15	б
4	г	8	б, в, г	12	в, г		

## ЗАНЯТИЕ 10. Повреждения органов мочеполовой системы

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	б, в	5	а, в	9	а	13	в
2	г	6	б, в, г	10	б	14	в
3	в	7	г	11	в	15	а
4	а, б	8	г	12	б		

# СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

## ТЕМА 2

### ЧАСТНАЯ УРОЛОГИЯ

#### **ЗАНЯТИЕ 3. Аномалии развития почек**

На амбулаторный приём к детскому урологу-андрологу пришла мама с девочкой 1 год с жалобами на изменения в левой почке по результатам УЗИ. УЗИ почек сделали впервые, до этого профилактических осмотров и исследований не проходили.

Из анамнеза известно, что девочка от II беременности I роды, роды физиологические в срок 38 недель. Закричала сразу, оценка по Шкале Апгар 9/9 баллов. Вскармливание грудное. Растёт и развивается по возрасту. Привита по календарю. Травм и операций не было. Перенесла ротовирусную инфекцию в 6 мес., 2 раза ОРВИ.

При физикальном осмотре: живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно, без признаков воспаления. Наружное отверстие уретры расположено типично. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая.

По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена типично, размером 65 мм x 35 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 10 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка расположена типично, размером 60 мм x 25 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 3,5 мм, дифференцировки на слои нет, кровоток по данным ЦДК обеднён. Переднезадний размер лоханки 28 мм, верхняя чашечка – 15 мм, средняя группа чашечек до 10 мм, нижняя группа чашечек до 8 мм. Мочеточник не визуализируется. Мочевого пузыря объёмом 150 мл, после микции остаточной мочи нет. Размеры чашечно-лоханочной системы после микции не изменились.

ОАМ – соломенного цвета, плотность 1020, эпителий – отрицательно, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – отрицательно, бактерии – отрицательно.

1. *Сформулируйте диагноз.*
2. *Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести, с какой целью?*
3. *Предположите возможные причины развития данного заболевания в этом клиническом случае.*
4. *Возможно ли было поставить диагноз раньше? Каким способом?*
5. *Тактика при ранней диагностике данного заболевания?*
6. *Какая лечебная тактика должна быть в рассматриваемом клиническом случае?*
7. *Какие возможные осложнения у данного заболевания?*
8. *С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.*

#### **ЗАНЯТИЕ 4. Аномалии развития наружных половых органов у мальчиков**

На амбулаторный приём к детскому урологу-андрологу для профилактического осмотра пришла мама с мальчиком 6 месяцев. Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности, роды физиологические в срок 39 недель. Закричал сразу, оценка по Шкале Апгар 9/9 баллов. Вскармливание грудное. Растёт и развивается по возрасту. Травм и операций не было, ничем не болел.

При физикальном осмотре: живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без признаков воспаления. Половой член развит правильно, не искривлён, головка полового члена прикрыта крайней плотью, полностью не выводится, но рубцовых изменений нет. Мошонка асимметрична за счёт уменьшения правой половины, где отсутствует яичко. В паховой области яичко также не определяется. Левое яичко в мошонке, размером 1 см x 0,5 см, эластичное, безболезненное при пальпации.

1. *Сформулируйте возможные диагнозы.*
2. *Какие дополнительные методы исследования возможно провести, оцените их информативность.*

3. *В каком возрасте необходимо верифицировать диагноз, почему?*
4. *Какая дальнейшая тактика при верификации диагноза?*
5. *Какие возможные осложнения при отсутствии лечения?*
6. *Необходимо ли диспансерное наблюдения за данным ребёнком, с какой целью?*
7. *Какой вероятный прогноз фертильности у данного ребёнка?*

## **ЗАНЯТИЕ 5. Мочекаменная болезнь**

Во время диспансеризации при рутинном ультразвуковом исследовании почек у женщины 35 лет выявили гиперэхогенное округлое образование 1,5 см x 1 см с акустической тенью, расположенное в средней чашечке правой почки. Чашечки и лоханка не расширены, паренхима 15 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток прослеживается до капсулы. Дыхательная подвижность сохранена. Левая почка не изменена. Мочевой пузырь без патологии.

Пациентка жалоб не предъявляет, считает себя здоровой. Мочится свободно, безболезненно, моча прозрачная.

При физикальном осмотре почки не пальпируются, пальпация поясничной области и области почек со стороны брюшной стенки безболезненны.

ОАМ: цвет – светло жёлтый, плотность 1015, реакция 7,0, белок – отрицательно, глюкоза – отрицательно, кетоны – отрицательно, эпителий – единичный, цилиндры – отрицательно, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, эритроциты – отрицательно, бактерии +, слизь – отрицательно.

1. *Сформулируйте возможный диагноз.*
2. *Какие ещё диагностические методы и с какой целью возможно применить?*
3. *Какая тактика должна быть у уролога в поликлинике в отношении данной пациентки?*
4. *Какие осложнения возможны у данного заболевания?*
5. *Какая врачебная тактика при развитии осложнений?*
6. *Опишите возможные методы лечения данного заболевания*

## ЗАНЯТИЕ 6. Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевого пузыря

На амбулаторный приём к урологу обратилась женщина 34 года с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области, плохое самочувствие, вялость, отсутствие аппетита, двух кратную рвоту, гипертермию до 38,5 °С. Из анамнеза известно, что 7 дней назад после переохлаждения появились признаки ОРЗ (поднялась температура тела до 37,5 °С, заболело горло), самостоятельно лечилась аспирином и тёплым питьём с мёдом, ходила на работу, состояние ухудшалось. Вчера вечером поднялась температура тела до 37,4 °С, появились боли в поясничной области справа, ночь провела беспокойно из-за болей и высокой температуры. Сегодня утром боль усилилась, возникла рвота, жидкого стула не было. Мочится свободно, безболезненно, моча жёлтого цвета.

При физикальном осмотре отмечается резкая болезненность и мышечное напряжение при пальпации области правой почки.

ОАМ: мутная, рН 6,5, плотность 1015, белок 0,87, глюкоза – отрицательно, кетоны – отрицательно, эпителий – единично, цилиндры – отрицательно, лейкоциты – сплошь, эритроциты – отрицательно, бактерии ++++, слизь +.

По данным УЗИ правая почка увеличена в размерах, паренхима повышенной эхогенности без очаговых изменений, дыхательная подвижность умеренно ограничена, лоханка расширена до 20 мм, верхняя треть мочеточника расширена до 7 мм, конкрементов не выявлено, левая почки не изменена, мочевой пузырь пуст.

1. *Сформулируйте возможный диагноз.*
2. *Какие ещё диагностические методы и с какой целью возможно применить?*
3. *Какая тактика должна быть у уролога в поликлинике в отношении данной пациентки?*
4. *Какая последующая врачебная тактика? Перечислите возможные варианты.*
5. *Укажите этиотропную терапию данной патологии и сроки лечения.*
6. *Когда необходимо начинать этиотропную терапию? Объясните почему.*
7. *Возможные исход и осложнения данного заболевания.*

## **ЗАНЯТИЕ 7. Неспецифические воспалительные заболевания мужских половых органов**

На амбулаторный приём к урологу пришёл мужчина 40 лет с жалобами на частые, болезненные мочеиспускания небольшими порциями, с затруднением, боль в промежности, повышение температуры тела до 39 °С. Давность двое суток.

Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации.

Пальцевое ректальное исследование – простата значительно увеличена, отёчна, плотность тугая, равномерная, резко болезненна, междолевая борозда не дифференцируется, очагов флюктуации нет.

- 1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.*
- 2. Какие стадии (формы) имеет данное заболевание?*
- 3. Необходима ли госпитализация данному пациенту?*
- 4. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?*
- 5. О чём говорит отсутствие очагов флюктуации при пальцевом ректальном исследовании?*
- 6. Предположите возможный вариант лечения данного пациента.*
- 7. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?*
- 8. Какой исход возможен при данном заболевании?*

## **ЗАНЯТИЕ 8. Опухоли почек, мочеточников и мочевого пузыря**

На амбулаторный приём к урологу пришёл мужчина 60 лет, жалоб активно не предъявляет. В течение последних 2 лет отмечает изменения в анализах мочи по типу микрогематурии. Из анамнеза жизни известно, что мужчина курит с 15 лет и работает на предприятии по изготовлению лакокрасочной продукции. Страдает артериальной гипертензией 2 стадии, сахарным диабетом 2 типа.

При физикальном осмотре кожные покровы телесного цвета, слизистые – розовые, влажные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация надлобковой области безболезненна, патологических образований не определяется.



Поясничная область не изменена, пальпация безболезненна, почки не пальпируются.

Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Головка полового члена выводится из препуциального мешка, рубцовых изменений, ссадин, повреждений нет. Меатус расположен типично, губки уретры розовые, отделяемого из уретры нет. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации.

ОАМ – цвет соломенный, прозрачная, плотность 1015, реакция – кислая, эпителий 1–2 цилиндрический, лейкоциты 2–3, эритроциты неизменённые 10–12, эритроциты изменённые 10–15, бактерии отрицательно, слизь +.

Трёхстаканная проба: 1-ая порция – лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты 10–12 в поле зрения, 2-ая порция – лейкоциты, 1–2 эритроциты 10–12 в поле зрения, 3-я порция – лейкоциты 0–1 в поле зрения, эритроциты 10–12 в поле зрения.

Протокол УЗИ мочевого пузыря: мочевого пузыря нормального наполнения, объёмом 150 мл, форма – неправильная из-за асимметрии дна мочевого пузыря, где в правой его части определяется гиперэхогенное образование 5 x 4 мм с нечёткими неровными контурами, по данным цветового доплеровского картирования кровотока в пределах данного образования усилен, акустической тени нет. Остаточной мочи после микции в мочевом пузыре не выявлено.

1. *Сформулируйте предположительный диагноз.*
2. *Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какой целью?*
3. *Какая морфологическая классификация есть у данного заболевания?*
4. *Какие факторы риска развития патологии выявлены у пациента?*
5. *Существует ли ранний скрининг данного заболевания?*
6. *Предположите возможный вариант дальнейшего лечения, обоснуйте свой выбор.*

## ЗАНЯТИЕ 9. Опухоли мужских половых органов

### Аденома предстательной железы

На амбулаторный приём к урологу пришёл мужчина 65 лет с жалобами на частые мочеиспускания небольшими порциями, позывы в ночное время (3–4 раза за ночь), вялую струю мочи, задержку перед началом мочеиспускания. Давность появления жалоб 5 лет. Кроме того, из опроса пациента стало известно, что мужчина периодически чувствует онемение в правой ноге. Страдает варикозной болезнью нижних конечностей.

Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации.

Пальцевое ректальное исследование – тонус анального сфинктера достаточный, предстательная железа эластичная, безболезненная, междольковая борозда определяется. Бульбокавернозный рефлекс сохранён.

По данным ТРУЗИ объём простаты 40 см<sup>3</sup>, объём остаточной мочи 45 мл.

По шкале IPSS 10 баллов.

1. *Сформулируйте диагноз.*
2. *Выделите обструктивные и ирритативные симптомы у данного пациента.*
3. *Объясните суть бульбокавернозного рефлекса.*
4. *Какое диагностическое значение имеет шкала IPSS?*
5. *Какую шкалу при заболеваниях простаты ещё можно использовать?*
6. *Какой ещё опросник необходимо применить у данного пациента?*
7. *Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования необходимо провести?*
8. *Консультация каких узких специалистов необходима?*
9. *Предположите возможное стартовое лечение данному больному.*

## **Рак полового члена и яичек**

На амбулаторный приём к урологу пришёл мужчина 75 лет, жалоб активно не предъявляет. Страдает гипертонической болезнью 2 степени. При ежегодном скрининге ПСА уровень протеазы оказался равным 13 нг/мл.

Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации.

Пальцевое ректальное исследование – тонус анального сфинктера достаточный, предстательная железа не увеличена в размерах, безболезненна, в правой доле определяется уплотнение, флюктуации нет, междольковая борозда определяется. Бульбокавернозный рефлекс отсутствует.

- 1. Сформулируйте предположительный диагноз.*
- 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какой целью?*
- 3. Что такое ПСА? Какое он имеет клиническое значение? Укажите его нормы и виды данного исследования.*
- 4. Что такое шкала Глисона? Как её можно применить у данного пациента*
- 5. Предположите возможный вариант дальнейшего лечения, обоснуйте свой выбор.*

## **Рак предстательной железы**

В связи с устройством на работу на профилактический осмотр к урологу пришёл мужчина 33 лет, жалоб активно не предъявляет, ничем не болеет.

При физикальном осмотре кожные покровы телесного цвета, слизистые – розовые, влажные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация надлобковой области безболезненна, патологических образований не определяется. Поясничная область не изменена, пальпация безболезненна, почки не пальпируются.

Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Половой член не искривлён. Головка полового члена выводится из препуциального мешка, рубцовых изменений нет. Меатус расположен типично, губки уретры розовые,

отделяемого из уретры нет. Мошонка асимметрична за счёт небольшого увеличения правой половины. При пальпации яички в мошонке, левое яичко овоидной формы, размером 6 см х 4 см, эластичное, безболезненное при пальпации, придаток пальпируется: головка 1,5 см, эластичный, безболезненный, правое яичко в мошонке, размером 7 см х 5 см при пальпации определяется бугристое образование размером 1,5 см х 2 см, расположенное у нижнего полюса, плотное, не смещаемое, безболезненное, кожа в проекции образования не изменена. Придаток справа пальпируется: головка 1,5 см, эластичный, безболезненный.

Протокол УЗИ органов мошонки: левое яичко не изменено, правое яичко неоднородно по структуре, по всей паренхиме имеет множество микрокальцинат, в нижнем полюсе правого яичка определяется однородное гипоэхогенное образование размером 2,0 см х 1,8 см х 1,8 см; кровоток внутри образования усилен.

1. *Сформулируйте предположительный диагноз.*
2. *Какая дальнейшая диагностическая тактика?*
3. *Какая дальнейшая лечебная тактика?*
4. *Какая морфологическая классификация есть у данного заболевания?*
5. *Какие факторы риска развития есть у данного заболевания?*
6. *Существует ли ранний скрининг данного заболевания?*

## **ЗАНЯТИЕ 10. Повреждения мочеполовых органов**

В урологическое отделение в порядке экстренной помощи обратился мужчина 45 лет. Из анамнеза известно, что 2 часа назад, играя в хоккей, получил толчок от соперника и ударился правым боком о деревянный борт хоккейной площадки. Почувствовал резкую боль в правой поясничной области, продолжить игру не смог. В раздевалке боль усилилась, однократно помочился, мочеиспускание не затруднено, безболезненное, но моча интенсивного розового цвета.

При физикальном осмотре обращает на себя внимание вынужденное положение больного – умеренный наклон туловища в правую сторону. В поясничной области справа имеется обширная подкожная гематома. Живот на уровне рёберных дуг, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий умеренно напряжён, особенно в области правых

верхних отделов, где глубокая пальпация невозможна из-за резкой болезненности. Перитонеальные знаки отрицательные, жидкость в отлогах местах не определяется.

АД – 110/80 мм ртутного столба, ЧСС – 95 в минуту, ЧД – 12 в минуту, Т тела – 36,6 С°.

ОАК – эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 100 г/л, тромбоциты  $160 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 40%, моноциты – 4%, эозинофилы – 0%, нейтрофилы – 41% (палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 47%), базофилы – 1%, СОЭ – 25 мм/ч.

ОАМ – прозрачная, соломенно-жёлтого цвета, плотность 1020, эпителий – нет, цилиндры – нет, эритроциты – 15–20, лейкоциты – нет, бактерии – нет.

Биохимический анализ крови – белок 65 г/л, гем 100 г/л, мочевины 8,0 ммоль/л, мочевая кислота 0,4 ммоль/л, глюкоза 3,5 ммоль/л, креатинин 90 мкмоль/л, холестерин общий 3,4 ммоль/л, билирубин общий 5 мкмоль/л, АЛТ 40 ед/л, АСТ 38 ед/л, панкреатическая амилаза 10 ед/л, Na 130 ммоль/л, К 5,0 ммоль/л.

УЗИ почек – слева почка без особенностей, справа увеличена в размерах, контуры ровные, чёткие, в нижнем полюсе визуализируется обширное анэхогенное овальное образование 5 x 6 мм, с потерей структурности органа, кровотока по данным доплерометрии в образовании не определяется. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Пациента госпитализировали в стационар. Через 2 часа пребывания в стационаре мужчина решил самостоятельно спуститься со второго этажа по лестнице, после чего боль в правой поясничной области усилилась, он почувствовал резкое недомогание, головокружение. Артериальное давление составило 80/50 мм рт. ст.

1. *Предположите возможный диагноз при поступлении.*
2. *Какие дополнительные методы обследования возможно применить в данном случае, объясните их целесообразность?*
3. *Какая лечебная тактика должна была быть при поступлении больного в стационар?*
4. *Требовалось ли хирургическое вмешательство при поступлении больного в стационар, обоснуйте свой ответ.*
5. *Чем возможно объяснить ухудшение в состоянии больного через 2 часа пребывания в стационаре?*
6. *Какая должна быть на Ваш взгляд дальнейшая тактика?*

# ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

## ТЕМА 2

### ЧАСТНАЯ УРОЛОГИЯ

#### ЗАНЯТИЕ 3. Аномалии развития почек

1. Врождённая аномалия развития: гидронефроз слева 3 степени
2. Диуретическая сонография позволит выявить обструктивный тип уродинамики. Экскреторная урография покажет анатомию чашечно-лоханочной системы, уровень обструкции, выявит нарушение уродинамики. Цистография поможет исключить пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Динамическая нефросцинтиграфии необходима для оценки функции почки (особенно, если по данным экскреторной урографии она отсутствовала). При необходимости возможно выполнение КТ с контрастированием и ретроградную пиелографию (у детей старшего возраста).
3. Возможные врождённые причины: стеноз пиелoureтерального сегмента; сосуд, проходящий через пиелoureтеральный сегмент; высокое отхождение мочеточника от лоханки; изгиб мочеточника; локальная нейромышечная дисплазия в области пиелoureтерального сегмента.  
Возможные причины вторичного гидронефроза: ПМР, камень пиелoureтерального соустья, опухоль, увеличенные лимфоузлы.
4. Возможна пренатальная диагностика данной патологии на 14–16 неделе беременности по результатам УЗИ.
5. Возможно проведение наружной деривации мочи путём установки пункционной (или открытой) нефростомы.
6. Операция по Андерсену–Хайнсу (открытым, лапароскопическим или ретроперитонеальным способом).
7. Пиелонефрит (в том числе пионефроз), атрофия паренхимы с потерей функции почки.
8. Мультикистоз, кисты почки, опухоль почки, дивертикулы лоханки и чашечек.

## **ЗАНЯТИЕ 4. Аномалии развития наружных половых органов у мальчиков**

1. Не пальпируемое яичко справа. Абдоминальный крипторхизм справа? Монорхизм?
2. УЗИ брюшной полости возможно выявит образование в брюшной полости, похожее на яичко, но чувствительность и специфичность данного метода не высока. Верификационным методом диагностики является лапароскопия.
3. В 6 мес., до этого возраста есть шанс, на самостоятельное опущение яичка из брюшной полости.
4. При проведении лапароскопии при отсутствии яичка и элементов семенного канатика операцию на этом заканчивают и выставляют диагноз монорхизм. При обнаружении элементов семенного канатика и отсутствии самого яичка проводят ревизию пахового канала. При обнаружении яичка в брюшной полости последнее низводят в мошонку и фиксируют различными способами. При невозможности мобилизовать яичко настолько, чтобы низвести в мошонку, возможно оставления яичка в паховом канале, с последующим (через 3 мес.) проведением второго этапа операции: низведение в мошонку.
5. Атрофия яичка, перекрут яичка, малигнизация яичка.
6. Да, необходимо постоянное наблюдение за яичком с целью оценки его развития и возможной малигнизации.
7. Благоприятный.

## **ЗАНЯТИЕ 5. Мочекаменная болезнь**

1. Мочекаменная болезнь: камень средней чашечки правой почки.
2. Биохимия крови: кальций, альбумин, креатинин, мочевиная кислота, ураты позволяют оценить функцию почки и метаболические сдвиги. Посев мочи на стерильность с антибиотикограммой, так как в ОАМ обнаружены бактерии. Определение количества цистина в моче позволит дифференцировать цистинурию как причину камнеобразования. Мультиспиральная (спиральная) КТ является «золотым стандартом» в диагностике МКБ, позволяет визуализировать конкремент, его линейные размеры, объём, плотность, расстояние до кожных покро-

вов, анатомо-функциональное состояние мочевых путей, что необходимо для определения дальнейшей тактики ведения пациента с МКБ. Нечипоренко для выявления скрытой эритроцитурии и пиурии.

3. Динамическое наблюдение, повтор УЗИ и анализов через 1 мес. При уратном нефрокальцинозе проводится уролитическая терапия под контролем рН мочи. При сохранении камня необходимо направить в урологический стационар для его удаления.

4. Почечная колика, осложнённый пиелонефрит, вторичный гидронефроз.

5. При почечной колике первоначально консервативная терапия: НПВС, спазмолитики, при отсутствии эффекта показано установка внутреннего стента в правую почку, при невозможности наружное дренирование – пункционная нефростомия справа под сонографической навигацией или открытая нефростомия. Острый пиелонефрит требует антибиотикотерапии (фторхинолоны) с постоянным контролем проходимости мочевых путей.

6. ДУВЛТ, ретроградная КПЛТ, чрескожная контактная нефролитотрипсия, чрескожная литоэкстракция, лапароскопическая литоэкстракция, открытое удаление камня.

## **ЗАНЯТИЕ 6. Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевого пузыря**

1. Диагноз: МКБ, камень правого мочеточника? Осложнение: Острый осложнённый пиелонефрит справа. Блок правой почки.

2. ОАК (степень системного воспалительного процесса), биохимический анализ крови (косвенно оценим возможную почечную недостаточность, состояние микроэлементов и белка, так как была рвота и анорексия, спланируем последующую инфузионную терапию), посев мочи на стерильность (чувствительность микробов к антибиотиком при возможной смене эмпирической терапии), обзорная вертикальная рентгенография органов грудной и брюшной полости (выявление возможных рентгенконтрастных конкрементов в средней трети мочеточника, вызывающих блок почки), экскреторная урография, возможно ретроградная пиелография.

3. Экстренная госпитализация в урологический стационар.

4. Установка внутреннего стента в правую почку, при невозможности наружное дренирование – пункционная нефростомия справа под



сонографической навигацией или открытая нефростомия. При развитие гнойных осложнений экстренное оперативное вмешательство: люмботомия, ревизия, декапсуляция, дренирование.

5. Фторхинолоны 3 дня внутривенно, до 10 дней перорально.

6. Сразу же после нормализации пассажа мочи (можно прямо в операционной). Антибиотикотерапия при остром пиелонефрите носит эмпирический характер (не дожидаемся результатов культурального исследования, так как данное исследование требует времени, а воспалительный процесс протекает быстро), выбор антибиотика должен быть ориентирован на эндемической резистентности (не более 10%) и на распространённости микроба по данным статистики. Назначение антибиотика возможно только при отсутствии обструкции, иначе возможен эндотоксический шок (одномоментная гибель микробов, находящихся в лоханке, с последующем попаданием токсинов в кровеносное русло) и летальный исход.

7. Возможно полное излечение, но формируется в паренхиме рубцовая ткань (объём зависит от характера, распространённости и частоты воспалительного процесса). Осложнения: деструктивные (гнойные) формы пиелонефрита: апостематозный пиелонефрит, абсцесс, карбункул. Уросепсис, эндотоксический шок, флебит паранефрального сплетения, гнойный паранефрит.

## **ЗАНЯТИЕ 7. Неспецифические воспалительные заболевания мужских половых органов**

1. Острый простатит (бактериальный) I категория.

2. Катаральный, фолликулярный, паренхиматозный.

3. Да, учитываю дизурию, гипертермию, возможные осложнения и тяжесть заболевания.

4. Трансабдоминальное УЗИ простаты, мочевого пузыря и почек, ОАК, ОАМ, посев мочи на стерильность, обследование на ИППП.

5. Гнойных осложнений (абсцесса простаты) возможно нет.

6. Антибиотикотерапия фторхинолонами, например, левофлоксацин (таваник) по 500 мг в\в 1 раз в сутки (3–4 дня, затем внутрь по 500 мг x 1 раз в день до 4-х недель, инфузионная терапия, витаминотерапия (аскорбиновая кислота, витамины группы В), НПВС.

7. Абсцесс простаты, парапростатит, флебит парапростатического венозного сплетения, уросепсис, бактериологический шок, острая задержка мочи.

8. При катаральной форме возможно полное излечение. При фолликулярном и паренхиматозном возможно облитерация некоторых выводных протоков простаты с сохранением инфекционного процесса, что приводит к развитию хронического простатита (с возможными рецидивами острого процесса), камней простаты.

## **ЗАНЯТИЕ 8. Опухоли почек, мочеточников и мочевого пузыря**

1. Диагноз: Опухоль мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря?

2. Для верификации (в том числе определения морфологии опухоли) необходимо провести уретроцистоскопию с биопсией. МРТ, экскреторная, рентгенография лёгких, сцинтиграфия скелета, биохимия крови (ЩФ более 200) – проводятся при подозрении на распространённых рак и метастазирование.

3. Переходно-клеточный рак: с плоскоклеточной метаплазией, с железистой метаплазией, с плоскоклеточной и железистой метаплазией. Плоскоклеточный рак: аденокарцинома, недифференцированный рак (G).

4. Курение, профессиональная вредность (работа с ароматическими аминами и их производными).

5. Нет. Возможные опухолевые маркёры имеют низкую чувствительность и специфичность. Опухолевые маркёры рака мочевого пузыря UBC (urinarybladderantigen) (специфичность – 72%, чувствительность – 87,5%), ВТА (bladdertumorantigen) (специфичность – 79%, чувствительность – 67%).

6. При выявлении поверхностного рака показана ТУР мочевого пузыря с внутрипузырной химиотерапией, из возможных вариантов: резекция мочевого пузыря, БЦЖ-терапия, фотодинамическая терапия. При инвазивном раке: ТУР мочевого пузыря, резекция мочевого пузыря, радикальная цистэктомия с возможным адъювантным или неoadъювантной химио- или лучевой терапией (дистанционной или брахиотерапией).

## **ЗАНЯТИЕ 9. Опухоли мужских половых органов**

### **Аденома предстательной железы**

1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы II стадия.
2. Обструктивные: вялая струя мочи, задержка перед началом микции. Ирритативные: частые позывы на микцию, в том числе ночью, малые порции мочи.
3. Сокращение анального сфинктера и бульбокавернозной мышцы в ответ на сжатие головки полового члена, указывает на сохранность эректильной функции.
4. Количественное изучение жалоб больного с использованием системы суммарной оценки симптомов в баллах при заболеваниях простаты.
5. Шкала оценки качества жизни (QOL), Международный индекс эректильной функции (МИЭФ, ИЕФ).
6. Дневник мочеиспусканий.
7. ОАМ, Нечипоренко, посев мочи на стерильность, биохимия крови (креатинин, мочеви́на), уровень тестостерона, УЗИ почек, анализ секрета простаты, анализ сыворотки на ПСА, урофлоуметрия.
8. Консультация невролога с целью исключения заболевания позвоночника, которые могли бы вызвать нейрогенные расстройства мочевого пузыря со схожими клиническими проявлениями. Консультация сосудистого хирурга.
9.  $\alpha$ 1-адреноблокаторы, например, Омник (тамсулозин) 0,4 мг (1 капсула) 1 раз в сутки на 1 мес. с последующим осмотром. Ингибиторы 5-альфа-редуктазы, ингибиторы фосфодиэстеразы – 5.

### **Рак предстательной железы**

1. Рак простаты.
2. ТРУЗИ простаты – для уточнения диагноза, локализации и объёма опухоли, распространённости ракового процесса, УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов, МРТ, уровень щелочной фосфатазы в крови, остеосцинтиграфия, рентгенография органов грудной клетки – для поиска метастазов. Трансректальная мультифокальная биопсия простаты под ТРУЗИ контролем из 6–12 точек, плюс прицельно визуально компрометированные области – для морфологической верификации диагноза и градации по шкале Глисона.

3. ПСА-сериновая протеаза, которую вырабатывает исключительно эпителий простаты, является маркёром рака простаты. Норма 4,0 нг/мл (но рекомендована биопсия простаты при ПСА более 2 нг/мл). Средние значения ПСА: 40–49 лет – 0,7 нг/мл, 50–59 лет – 0,9 нг/мл, 60–70 лет 1,4 нг/мл. При ПСА выше 10 нг/мл наиболее вероятен рак простаты. Простатический антиген может быть представлен свободной фракцией fПСА (10–40%) и формами, связанными с  $\alpha$ 1-антихимотрипсином (60–90%),  $\alpha$ 2-макроглобулином (менее 0,1%), ингибитором протеаз (менее 1,0%) и ингибитором интер- $\alpha$ -трипсина (менее 0,1%). Необходимо определять концентрацию свободной фракции ПСА и её отношение к общему ПСА сыворотки крови, если это соотношение менее 15%, есть вероятность наличия латентного рака простаты. Необходима биопсия. Плотность ПСА представляет собой отношение уровня сывороточного ПСА к объёму простаты, если эта величина более 0,15 нг/(мл  $\times$  см<sup>3</sup>) можно говорить о раке. Ежегодный прирост ПСА более 0,35 нг/мл означает развитие рака. Перспективные маркёры рака простаты: ПСА3 (DD3) – можно определить в моче после пальцевого ректального исследования (чувствительность и специфичность 74 и 91%).

4. Классификация Глисона (Gleason) осуществляется при морфологическом исследовании биоптата опухоли простаты и определяет степень дифференцировки опухоли в баллах (1 балл – наиболее высокодифференцированная опухоль, 5 баллов – низкодифференцированная опухоль. Так как опухоль простаты отличается неоднородностью структуры принято высчитывать сумму Глисона (от 2 до 10), сначала выделяют наиболее распространённый вид опухоли, затем следующую по частоте гистологическую структуру и их баллы суммируют.

5. Радикальная простатэктомия, возможно с неoadъювантной и адъювантной гормональной терапии, учитывая возраст пациента и присутствующую эректильную дисфункцию. Возможен вариант брахитерапии, HiFu-терапии, МАБ, активное наблюдение.

### **Рак полового члена и яичек**

1. Опухоль яичка.
2. Сывороточные опухолевые маркёры (повышены у 51% больных): АФП,  $\beta$ -ХГ, ЛДГ (лактатдегидрогеназа, маркёр тканевой деструкции).
3. Орхифуникулэктомия, при злокачественном новообразовании возможно адъювантная химиотерапия.

4. Герминогенные опухоли (из семенного эпителия): семинома, сперматоцитарная семинома, эмбриональный рак, опухоль желточного мешка, полиэмбриома, хориокарцинома, тератома (зрелая, незрелая, со злокачественной трансформацией), тератокарцинома (эмбриональный рак и тератома) и другие комбинации. Опухоли стромы полового тяжа: лейдигома, сертолиома, гранулёзоклеточная опухоль, смешанные формы, опухоли группы теком/фибром. Опухоли, содержащие герминативные клетки и клетки стромы полового тяжа: гонадобластома. Другие опухоли: аденоматозная, мезотелиома, аденома, рак, меланотическая нейроэктодермальная опухоль, опухоль Бреннера, эмбриональная рабдомиосаркома.
5. Крипторхизм (у 22% больных раком яичка), травма яичка (20%), орхит, синдром Кляйнфельтера, генетическая предрасположенность (высока вероятность рака яичка у ближайших родственников), контралатеральная опухоль, гормональный дисбаланс (снижение андрогенов и повышение гонадотропинов).
6. Раннего скрининга не существует.

## **ЗАНЯТИЕ 10. Повреждения мочеполовых органов**

1. Закрытое повреждение правой почки: подкапсульная гематома. Постгеморрагическая анемия.
2. КТ с контрастированием позволит лучшей визуализации гематомы и выявит экстравазацию мочи и определит степень повреждения органа.
3. Строгий постельный режим, гемостатическая терапия, антибиотикотерапия, наблюдение в динамике.
4. Нет, так как состояние было стабильным, признаков продолжающегося кровотечения не было.
5. Из-за физической активности произошёл двухфазный разрыв подкапсульной гематомы правой почки.
6. Экстренное хирургическое вмешательство с целью остановки кровотечения, ушивания разрывов органа и опорожнения урогематомы в паранефральной клетчатке.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АФП	– альфа фетопротеин
БЦЖ	– бацилла Кальмета–Герена (фр. <i>Bacillus Calmette–Guérin</i> )
ДУВЛТ	– дистанционная ударно-волновая литотрипсия
ИППП	– инфекции, передающиеся половым путём
ЩФ	– щелочная фосфатаза
КПЛТ	– контактная пиелолитотрипсия
КТ	– компьютерная томография
ЛГРГ	– лютеинизирующий гормон рилизинг гормон
ЛМС	– лоханочно-мочеточниковая система
МВС	– мочевыводящая система
МКБ	– мочекаменная болезнь
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
ОРВИ	– острое респираторно-вирусное заболевание
ОРЗ	– острое респираторное заболевание
ПМР	– пузырно-мочеточниковый рефлюкс
ПСА	– простат специфический антиген
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
Т	– температура
ТРУЗИ	– трансректальное ультразвуковое исследование
ТУР	– трансуретральная резекция
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ЧД	– частота дыхания
ЧЛС	– чашечно-лоханочная система
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЧХГТ	– человеческий хорионический гонадотропин
fPSA	– свободный (free) простат специфический антиген
IPSS	– International Prostate Symptom Score
QOL	– шкала оценки качества жизни
TNM	– tumor, nodus и metastasis

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Урология. Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 544 с.
2. Урология: национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1024 с.
3. Байдин, С.А. Детская хирургия: национальное руководство / С.А. Байдин, Н.В. Белобородова, О.А. Беляева; ред. Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1168 с.
4. Пугачёв, А.Г. Детская урология: Руководства для врачей / А.Г. Пугачёв – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 832 с.
5. Меновщикова, Л.Б. Клинические рекомендации по детской урологии-андрологии / Л.Б. Меновщикова, Ю.Э. Рудин, Т.Н. Гарманова, В.А. Шадёркина. – М.: Издательство «Перо», 2015. – 240 с.
6. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов, Guidelines EAU, 2019 г.: Режим доступа: <https://uroweb.org/guidelines/>
7. Инфекция мочевой системы у детей / Под ред. В.В. Длина, И.М. Османова, О.Л. Чугуновой, А.А. Корсунского. – М.: ООО «М-Арт», 2011 г. – 384 с.
8. Неонатальная хирургия / Под ред. Ю.Ф. Исакова, Н.Н. Володина, А.В. Гераськина. – М.: Издательство «Династия», 2011. – 680 с.
9. Детская хирургия. Клинические разборы: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Гераськина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011. – 216 с.
10. Клиническая андрология / Под ред. В.–Б. Шилла, Ф. Комхаира, Т. Харгрия; пер. с англ. Д.А. Бедретдиновой, Т.Н. Гармановой; под ред. О.И. Аполихина, И.И. Абдуллина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 800 с.
11. Разин, М.П. Детская урология-андрология: Учебное пособие / М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 128 с.
12. Атлас по детской урологии / Т.Н. Куликова, Глыбочко П.В., Морозов Д.А., Приезжаева В.Н., Л.А. Дерюгина, Б.В. Долгов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 160 с.
13. Привес, М.Г. Анатомия человека / М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 704 с.

14. Гудков, А.В. Сосудисто-чашечно-лоханочные конфликты / А.В. Гудков, А.Г. Пугачёв. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 128 с.
15. Поляев, Ю.А. Гемодинамические нарушения в тестикулярном венозном бассейне у детей. Диагностика и методы эндоваскулярной коррекции / Ю.А. Поляев, А.В. Гераськин, Р.В. Гарбузов. – Москва: Издательство «Династия», 2011 – 120 с.
16. Ширяев, Н.Д. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей: монография / Н. Д. Ширяев, И. М. Каганцов. – Сыктывкар, 2012. – Ч. 1: Гипоспадия. – 2012. – 143.
17. Осипов, И.Б. Нейрогенный мочевого пузыря у детей / И.Б. Осипов, Л.П. Смирнова. – СПб: Питер, 2001. – 96 с.
18. Шейман, Д.А. Патофизиология почки / Д.А. Шейман; пер. с англ. – М.: «Издательство БИНОМ», 2016 – 206 с.
19. Детская урология. Современные операционные методики: от внутриутробного периода развития до пубертата / Под ред. М. Лимы, Дж. Манцони; пер с англ. Под ред. С.Г. Врублевского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.
20. Функциональная урология и уродинамика / Д.Ю. Пушкарь, Г.Р. Касян, В.В. Данилов, Л.М. Гумин, В.А. Рубанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 376 с.
21. Синдром миелодисплазии у детей (клиника, диагностика, лечение): руководство для врачей / С.Н. Николаев, С.Л. Коварский, Л.Б. Меновщикова, А.В. Писклаков, А.Г. Притыко, М.А. Хан; под ред. С.Н. Николаева. – М.: «Практическая медицина», 2018. – 320 с.
22. Тиктинский, О.Л. Андрология / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина, В.В. Михайличенко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 576 с.
23. Аляев, Ю.Г. Болезни предстательной железы / Под ред. Ю.Г. Аляева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240 с.



## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### Основная

1. Урология [Электронный ресурс]: национальное руководство: краткое издание / Российское общество урологов (М.), Ассоциация медицинских обществ по качеству (М.); ред. Н.А. Лопаткин. - Электрон. текстовые дан. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.: Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
2. Урология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.А. Лопаткина. – 7-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 816 с. : Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Комяков, Б.К. Урология [Электронный ресурс]: учебник / Б.К. Комяков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 464 с.: Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

### Дополнительная

1. Урология: учебник для студентов медицинских вузов / Ред. Н.А. Лопаткин. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520 с.
2. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения: руководство / Ю.Г. Аляев [и др.]; ред.: Ю.Г. Аляев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
3. Фрумкин А.П. Цистоскопический атлас: справочное издание / А.П. Фрумкин. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Миклош, 1995. – 124 с.
4. Руководство по урологии: в 3-х томах / Ред. Н.А. Лопаткин. – М.: Медицина, 1998. – Том 1. – 1998. – 304 с.
5. Руководство по урологии: в 3-х томах / Ред. Н.А. Лопаткин. – М.: Медицина, 1998 – Том 2. – 1998. – 768 с.
6. Руководство по урологии: в 3-х томах / Ред. Н.А. Лопаткин. – М.: Медицина, 1998 – Том 3. – 1998. – 672 с.
7. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева, Н.А. Григорьева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. : Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Учебное издание

**Александр Владимирович Гудков**  
**Яна Владимировна Шикунова**  
**Вячеслав Семёнович Бощенко**  
**Сергей Петрович Селиванов**  
**Светлана Николаевна Исаева**

**ОБЩАЯ И ДЕТСКАЯ**  
**УРОЛОГИЯ-АНДРОЛОГИЯ**  
**СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**  
**И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Редактор А.Ю. Коломийцев  
Технический редактор О.В. Коломийцева  
Обложка С.Б. Гончаров

Издательство СибГМУ  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107  
Тел. 8(382-2) 51-41-53  
E-mail: [otd.redaktor@ssmu.ru](mailto:otd.redaktor@ssmu.ru)

---

Подписано в печать 25.04.2020 г.  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная.  
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист. 4,1. Авт. лист. 1,9.  
Тираж 100 экз. Заказ № 13

---

Отпечатано в Издательстве СибГМУ  
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2  
E-mail: [lab.poligrafii@ssmu.ru](mailto:lab.poligrafii@ssmu.ru)