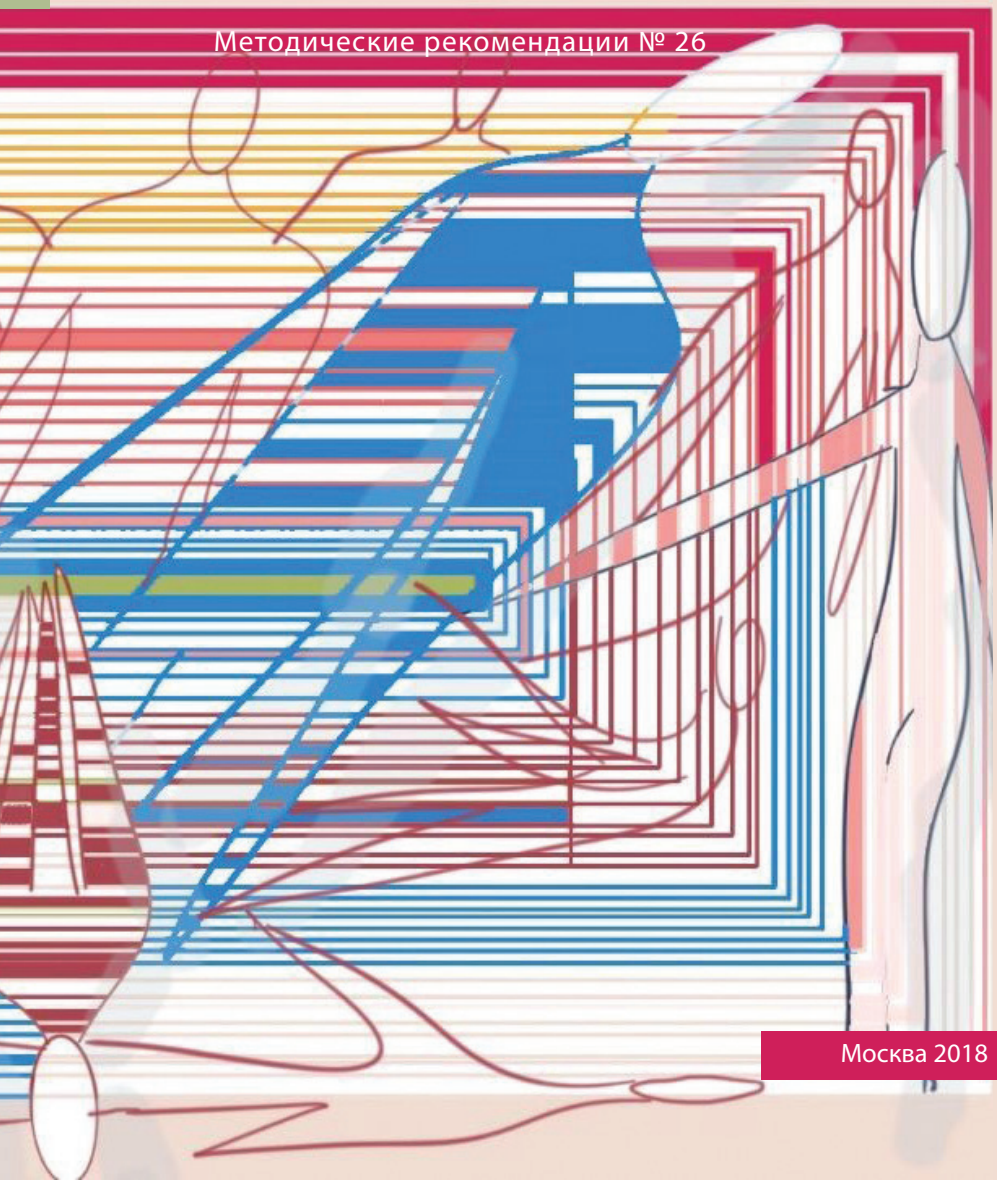
Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер, Л.А. Ходырева

«МОСКОВСКИЙ ВРАЧ»
ПОДГОТОВКА К ТЕСТУ «УРОЛОГИЯ»

Методические рекомендации № 26



Москва 2018

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
Департамент здравоохранения города Москвы

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
Специалист по урологии
Департамента
здравоохранения города Москвы
Пушкарь Дмитрий Юрьевич

«14» 03 2018 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 1

«24» 04 2018 г.

«Московский врач»

подготовка к тесту

УРОЛОГИЯ

№ 26

Москва 2018

УДК 616.6
ББК 59.9
М82

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Составители: член-корреспондент РАН, профессор Пушкарь Дмитрий Юрьевич; профессор, доктор медицинских наук Раснер Павел Ильич; профессор, доктор медицинских наук Касян Геворг Рудикович; профессор, доктор медицинских наук Зайцев Андрей Владимирович; профессор, доктор медицинских наук Колонтарев Константин Борисович; профессор, доктор медицинских наук Говоров Александр Викторович; кандидат медицинских наук Малхасян Виген Андреевич; кандидат медицинских наук Куприянов Юрий Александрович; кандидат медицинских наук Котенко Дмитрий Викторович; доктор медицинских наук Ходырева Любовь Алексеевна; кандидат медицинских наук Дударева Анна Анатольевна.

Статус «Московский врач» – показатель признания медицинским сообществом профессиональных компетенций специалиста, в том числе с учетом особенностей московского здравоохранения. Он утвержден отраслевым органом исполнительной власти г. Москвы, осуществляющим функции по реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

В данных методических рекомендациях в конспективной форме изложены темы, положенные в основу формирования вопросов теста, приведены списки рекомендуемой к изучению литературы по каждой теме и методические положения, призванные облегчить подачу документов.

Методические рекомендации предназначены для врачей-урологов, которые ставят перед собой задачу получить статус «Московский врач».

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут персональную ответственность за представленные в методических рекомендациях данные.

ISBN 978-5-903018-57-4

© Коллектив авторов, 2018
© ИД «АБВ-пресс», 2018

«Московский врач» Подготовка к тесту «Урология»

Методические рекомендации № 26

Москва 2018

Список сокращений

ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ИМП – инфекция мочевыводящих путей

КТ – компьютерная томография

МКБ – мочекаменная болезнь

МП – мочевой пузырь

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОПН – острая почечная недостаточность

ПЖ – предстательная железа

ПСА – простатический специфический антиген

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

РМП – рак мочевого пузыря

РПЖ – рак предстательной железы

РПЭ – радикальная простатэктомия

СНМП – симптомы со стороны нижних мочевых путей

ТУР – трансуретральная резекция

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХПН – хроническая почечная недостаточность

EAU – European Association of Urology (Европейская урологическая ассоциация)

Содержание

Список сокращений 4

Введение 7

Нормативно-правовая база проекта «Московский врач» 8
Л.А. Ходырева, Ю.А. Куприянов, А.А. Дударева

Правила подачи документов 10

Формирование портфолио специалиста 11

Порядок прохождения оценочных процедур 13

Вопросы организации медицинской помощи
в Российской Федерации 16
В.А. Малхасян, Д.В. Котенко

Семиотика и лабораторная диагностика урологических заболеваний 18
А.В. Говоров

Инструментальные методы обследования в урологии 20
П.И. Раснер

Инфекции мочевыводящих путей 22
А.В. Зайцев

Мочекаменная болезнь 24
В.А. Малхасян, Д.В. Котенко

Расстройства мочеиспускания у мужчин 26
П.И. Раснер

Онкоурология 28
А.В. Говоров

Нефрология 30
Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Андрология 32
Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Женская урология 34
Г.Р. Касян

Аномалии мочеполовой системы 37
Г.Р. Касян

Травма мочеполовой системы и реконструктивно-пластическая урология. 39
Г.Р. Касян

Туберкулез. 41
А.В. Зайцев

Качество жизни урологического больного 43
В.А. Малхасян, Д.В. Котенко

Детская урология и андрология 45
Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Робот-ассистированные и лапароскопические операции в урологии. 47
К.Б. Колонтарев

Примеры ситуационных задач с эталонами ответов. 50

Примеры практических навыков с эталонами ответов 52

Приложения. 54

Введение

Врачебная специальность предусматривает сдачу множества экзаменов. Сегодня мы сдаем эти экзамены не только в процессе обучения, но и всю нашу «медицинскую» жизнь.

Статус «Московский врач» – это показатель признания медицинским сообществом профессиональных компетенций специалиста, в том числе с учетом особенностей московского здравоохранения. Он утвержден отраслевым органом исполнительной власти г. Москвы, осуществляющим функции по реализации государственной политики в сфере здравоохранения, и присуждается после успешного прохождения специалистами добровольных оценочных процедур по присвоению статуса «Московский врач», направленных:

— на повышение качества оказания медицинской помощи на территории г. Москвы, престижа профессии врача, доверия пациента;

— стимулирование непрерывного и целенаправленного повышения уровня квалификации врачей медицинских организаций, необходимого для применения современных медицинских технологий, повышения их профессиональной культуры, личностного и профессионального роста, в том числе путем установления дополнительных стимулирующих выплат специалистам, имеющим статус «Московский врач». Размер стимулирующей выплаты устанавливается соответствующим постановлением Правительства Москвы;

— создание нового механизма развития кадрового потенциала системы здравоохранения г. Москвы;

— выявление лучших профессионалов среди специалистов, имеющих статус «Московский врач», для создания кадрового резерва в системе московского здравоохранения при назначении на вакантные должности руководителей медицинских организаций и/или их структурных подразделений (филиалов).

Быть «Московским врачом» – почетно!

Задания для экзамена на получение статуса «Московский врач» будут дополняться и совершенствоваться (но не упрощаться!). Усложняется специальность «урология», усложняется медицина в целом, и на лидерах отрасли лежит обязанность обучить, подготовить специалистов и тем самым упростить прохождение теста.

Нормативно-правовая база проекта «Московский врач»

Л.А. Ходырева, Ю.А. Куприянов, А.А. Дударева

1. Постановление Правительства Москвы от 11 апреля 2017 г. № 178-ПП «О реализации в городе Москве пилотного проекта «О присвоении статуса «Московский врач» (https://www.mos.ru/upload/documents/docs/14042017_64-02-389_17_Sobyanin_SS_Pechatnikov_LM. pdf).

2. Приказ № 600 от 28.08.2017 г. «О реализации постановления Правительства Москвы от 11 апреля 2017 г. № 178-ПП «О реализации в городе Москве пилотного проекта «О присвоении статуса «Московский врач»:

— Положение о порядке и условиях присвоения статуса «Московский врач» (http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/moscowDoctorDetail. html);
— Положение о нагрудном знаке и свидетельстве о статусе «Московский врач» (http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/moscowDoctorZnak. html);
— Положение о портфолио специалиста (http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/moscowDoctorPortfolio. html);
— Состав Комиссии по присвоению статуса «Московский врач».

3. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 23.11.2017 г. № 814 «О выплатах стимулирующего характера врачам, получившим статус «Московский врач» в соответствие с законодательством Российской Федерации и правовыми актами города Москвы по вопросам противодействия коррупции».

Статус «Московский врач» может быть присвоен урологу, который работает в должности врача, руководителя, осуществляющего трудовую деятельность в медицинских организациях в любом из субъектов Российской Федерации:

— государственной системы здравоохранения;
— муниципальной системы здравоохранения;
— частной системы здравоохранения.

Специалист должен иметь:

— действующий сертификат врача-специалиста или действующее свидетельство об аккредитации врача-специалиста;
— стаж работы по специальности не менее 5 лет.

Юридический факт наличия у специалиста статуса «Московский врач» подтверждается свидетельством о присвоении статуса «Московский врач» и специальным

нагрудным знаком отличия (прил. 1), вручаемыми Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Прохождение специалистами оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» является бесплатным.

Присвоение статуса «Московский врач» проводится раз в 5 лет. Свидетельство о статусе «Московский врач» действительно в течение 5 лет со дня издания Департаментом распорядительного акта (приказа, распоряжения) о присвоении статуса «Московский врач».

Согласие работодателя кандидату на присвоение статуса «Московский врач» для участия в прохождении оценочных процедур на присвоение статуса «Московский врач» не требуется.

Специалист допускается к прохождению каждого последующего этапа оценочных процедур в случае успешной сдачи предыдущего этапа.

Правила подачи документов

1. Заполнить в электронном виде анкету на сайте Департамента здравоохранения г. Москвы в разделе «Московский врач» http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/moscowDoctor/default/index. html (прил. 2).

2. Представить ответственному секретарю Комиссии по присвоению статуса «Московский врач» следующие документы:

- заявление о допуске к прохождению оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» (прил. 3);
- копию документа, удостоверяющего личность (при наличии оригинала);
- копию документов об образовании и о квалификации, сертификации, аккредитации (с приложениями) (при наличии оригинала);
- документ, подтверждающий стаж по специальности (справка с места работы, копия трудовой книжки, заверенная в отделе кадров организации, сотрудником которой является специалист);
- копию СНИЛС (при наличии оригинала).

Представленные документы регистрируются ответственным секретарем Комиссии по присвоению статуса «Московский врач» в журнале регистрации документов, и специалисту выдается расписка о получении документов.

Не позднее 5 дней со дня регистрации документов Департамент информирует специалиста о сроках проведения оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач».

Специалисты, являющиеся слушателями программ дополнительного профессионального образования (сертификационных циклов) образовательных организаций, информируются о проведении тестирования в рамках добровольных оценочных процедур образовательными организациями и проходят тестирование в день сдачи сертификационного экзамена.

После проведения оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» документы специалисту не возвращаются.

Формирование портфолио специалиста

1. Портфолио формируется специалистом самостоятельно на основании типовой формы, утверждаемой нормативным правовым актом Департамента здравоохранения г. Москвы.

2. Информация излагается в деловом стиле. Главный акцент делается на точность изложения, не допускающую двойного толкования.

3. В портфолио рекомендуется отражать достигнутые профессиональные результаты, успешно разрешенные профессиональные проблемы, наиболее значимые для специалиста профессиональные достижения (события). Рекомендуемая структура портфолио представлена в прил. 1 к Положению о портфолио для участия в оценочных процедурах на присвоение статуса «Московский врач».

4. Рекомендуется излагать материал кратко и грамотно: такой способ подачи информации учитывается при оценке.

5. Портфолио оформляется в текстовом редакторе Word с использованием шрифта Times New Roman, размер шрифта (кегль) 14, междустрочный интервал 1,5.

6. Недопустимо использование различных цветов, шрифтов и размеров шрифтов.

7. Портфолио обязательно должно включать содержание с указанием номеров страниц.

8. Страницы портфолио, включая иллюстрации и приложения (при необходимости), нумеруются по порядку.

9. К портфолио могут прилагаться иллюстрации, фотографии, разработанные специалистом методические рекомендации, памятки, публикации и другой наглядный материал.

10. Объем портфолио не должен превышать 15–20 страниц.

11. Объем приложений не должен превышать 30 страниц.

12. Готовое портфолио должно быть сброшюровано и переплетено.

13. Решение о прохождении специалистом второго этапа оценочных процедур, включая оценку портфолио, принимается с учетом требований Положения о портфолио для участия в оценочных процедурах на присвоение статуса «Московский врач» в порядке, установленном в Положении о порядке и условиях присвоения статуса «Московский врач». Обязательному оцениванию подлежат следующие разделы портфолио:

— представленный в портфолио вклад специалиста в развитие системы московского здравоохранения;
— результаты профессионального развития специалиста;
— итоги профессиональной деятельности специалиста в рамках заявленной специальности (см. прил. 3).

Порядок прохождения оценочных процедур

Прохождение оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» осуществляется в 2 этапа. Специалист допускается к прохождению каждого последующего этапа оценочных процедур в случае успешного прохождения предыдущего этапа.

Задания для проведения первого этапа добровольных оценочных процедур разработаны образовательной организацией МГМСУ им. А.И. Евдокимова при участии главного внештатного специалиста по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. Д.Ю. Пушкаря и утверждены Ученым советом МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Задания по специальности «организация здравоохранения» разработаны специалистами ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (НИИ ОЗММ ДЗМ) и утверждены Ученым советом данной организации.

Во время прохождения специалистом оценочных процедур ведется аудио- и видеозапись, материалы которой хранятся в течение 5 лет в университете.

Первый этап включает испытания трех видов.

Теоретический экзамен в виде компьютерного тестирования. Банк тестовых заданий по каждой медицинской специальности, утвержденной для присвоения статуса «Московский врач», составляет не менее 3000 тестовых заданий. Компьютерное тестирование проводится путем решения заданий (вопросов), автоматически комплектуемых для специалиста с использованием информационных систем образовательной организации методом случайной выборки в количестве 50 заданий (5 из них по теме организации здравоохранения). На решение тестовых заданий (вопросов) отводится 50 мин.

Экзамен проходит на базе компьютерного класса МГМСУ им. А.И. Евдокимова по адресу: г. Москва, ул. Делегатская, д. 20.

Результат тестирования формируется с использованием информационных систем автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий, поставленных перед специалистом.

На основании результата тестирования образовательная организация оценивает результат прохождения специалистом теоретического экзамена в виде компьютерного тестирования следующим образом:

— «сдано» при результате 80 % и более правильных ответов от общего числа тестовых заданий, поставленных перед специалистом;

— «не сдано» при результате менее 80 % правильных ответов от общего числа тестовых заданий, поставленных перед специалистом.

Специалист, получивший результат «не сдано», не допускается к следующему этапу оценочных процедур.

Тренировочное тестирование можно пройти на сайте Департамента здравоохранения г. Москвы http://mosgorzdrav.ru/ и на сайте ГБУ НИИ ОЗММ ДЗМ http://www.niioz.ru/.

Специалист, получивший результат «сдано», может пройти тренировочную подготовку по отработке практических навыков в Медицинском симуляционном центре ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы» по адресу: г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, д. 5.

Оценка практических навыков проводится в симуляционном центре университетской клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова по адресу: г. Москва, ул. Кусковская, д. 1А и представляет собой проверку наличия профессиональных навыков путем выполнения практических действий, в том числе с использованием симуляционного оборудования (тренажеров и/или манекенов) и/или с привлечением стандартизированных пациентов.

Проверка наличия профессиональных навыков осуществляется путем оценки правильности и последовательности выполнения специалистом поставленных перед ним практических действий. Банк практических действий по каждой медицинской специальности, утвержденной Департаментом для присвоения статуса «Московский врач», составляет не менее 300. Выполнение практических действий проводится путем решения заданий экзаменационного билета. На это отводится не более 60 мин. Результат оценки выполнения практических навыков экспертная комиссия оценивает по следующим критериям:

— «сдано» при результате 80 % и более правильно выполненных практических действий от общего числа практических действий, поставленных перед специалистом;

— «не сдано» при результате менее 80 % правильно выполненных практических действий от общего числа практических действий, поставленных перед специалистом.

Специалист, получивший результат «не сдано», не допускается к следующему этапу оценочных процедур. Специалист, получивший результат «сдано», может приступить к решению ситуационной задачи.

Решение специалистом ситуационных задач (вопросов) в процессе профессионального собеседования (общения) с членами экспертной комиссии проводится по типу профессионального собеседования (общения) и направлено на оценку профессионального мышления специалиста.

Прохождение специалистом профессионального собеседования осуществляется посредством устного общения с членами экспертной комиссии по профессиональ-

ной тематике и связанным с ней вопросам в объеме поставленных перед специалистом ситуационных задач.

Количество ситуационных задач по каждой медицинской специальности, утвержденной Департаментом для присвоения статуса «Московский врач», составляет не менее 500.

Выбор ситуационной задачи осуществляется методом случайной выборки.

Результат решения ситуационной задачи (вопросов) экспертная комиссия оценивает как «сдано» или «не сдано».

Специалист, получивший результат «не сдано», не допускается к следующему этапу оценочных процедур.

Оценка результата прохождения специалистом каждого из этапов оценочных процедур отражается в протоколах заседания экспертной комиссии и оформляется в день завершения соответствующего этапа оценочных процедур.

Второй этап – документарный, заключается в рассмотрении Комиссией по присвоению статуса «Московский врач» всех документов, полученных от экспертной комиссии по каждому специалисту в связи с прохождением первого этапа оценочных процедур, а также оценку портфолио специалиста.

Специалист, признанный не прошедшим оценочные процедуры полностью или не прошедшим первый этап оценочных процедур (любую его часть), вправе подать апелляцию на такое решение соответствующей комиссии в апелляционную комиссию в течение 5 дней с момента опубликования (размещения) результатов прохождения соответствующего этапа оценочных процедур в соответствии с Положением о порядке и условиях присвоения статуса «Московский врач» (Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 600 от 28.08.2017 г.).

Специалисту, признанному прошедшим оценочные процедуры в полном объеме, не позднее чем через 30 календарных дней с момента подписания протокола заседания комиссии по присвоению статуса «Московский врач» Департаментом выдаются свидетельство о присвоении статуса «Московский врач» и специальный нагрудный знак отличия.

Вопросы организации медицинской помощи в Российской Федерации

В.А. Малхасян, Д.В. Котенко

Реалии современного здравоохранения требуют от врача не только глубокого знания своего предмета, но и широкой юридической эрудиции. В последние годы в нашей стране произошло много знаковых событий в сфере нормативного регулирования деятельности врача и организации медицинской помощи. По этой причине знание основных документов и нормативных актов представляется весьма важным. В 2011 г. был утвержден Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ – базовый законодательный акт в сфере здравоохранения. Он регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, и определяет: правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников. Кроме того, закон определяет такие юридические понятия, как здоровье, охрана здоровья граждан, медицинская помощь, медицинская услуга, медицинское вмешательство, профилактика, диагностика, лечение, пациент, медицинская деятельность, медицинская организация, фармацевтическая организация, медицинский работник, фармацевтический работник, лечащий врач, заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание, тяжесть заболевания, качество медицинской помощи, телемедицинские технологии. Очевидно, что владение этими базовыми знаниями необходимо для правильной и продуктивной работы с другими нормативными актами, приказами и законами.

Другим основополагающим документом регулирующим деятельность урологической службы, является приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 907н

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология». Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» в медицинских организациях, организации медицинского кабинета, дневного и круглосуточного стационаров и урологического центра. Кроме того, приказ содержит стандарты оснащения и рекомендуемые штатные нормативы указанных структурных подразделений.

Не менее важными документами являются медико-экономические стандарты по заболеваниям и патологическим состояниям органов мочевыделительной системы. Следует помнить, что данные документы носят исключительно финансово-экономический характер и не являются медицинскими руководствами, на которые должен ориентироваться врач при лечении пациента. Также эти документы не предусмотрены для оценки качества медицинской помощи. Для этих целей разработаны критерии качества оказания медицинской помощи, утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Критерии качества применяются для оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Они применяются для осуществления экспертизы качества медицинской помощи страховыми компаниями, надзорными службами и другими органами исполнительной власти.

Основные документы, на которые врач должен ориентироваться и ссылаться в повседневной клинической практике, – клинические рекомендации по урологии. Клинические рекомендации разработаны и утверждены Российским обществом урологов и содержат основные рекомендации (основанные на принципах доказательной медицины) по лечению того или иного заболевания.

Список рекомендуемой литературы

1. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: Медицина, 2006. 528 с.
2. Экономика здравоохранения. Под ред. А.В. Решетникова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 272 с.

Семиотика и лабораторная диагностика урологических заболеваний

А.В. Говоров

Во время подготовки к тестам по разделу «Семиотика и лабораторная диагностика урологических заболеваний» при изучении литературы специалистам следует обратить внимание на существующие клинико-лабораторные признаки и симптомы урологических болезней, например виды и классификацию расстройств мочеиспускания, формы гематурии, варианты изменений качественного и количественного состава мочи при разных патологических состояниях, а также различные нозологии, характеризующиеся изменениями показателей анализа мочи.

Необходимо знать основные клинические проявления и лабораторные параметры при травме различных отделов органов мочеполовой системы – почки, мочевого пузыря (МП), мочеиспускательного канала, яичка и полового члена.

Особое внимание следует уделить проблеме мужского бесплодия с точки зрения оценки как клинических проявлений и наследственных факторов/аномалий, так и показателей спермограммы в норме и при патологии (олигозооспермии, астенозооспермии, тератозооспермии и др.), а также значений уровня тестостерона.

Требуют детального изучения клинические и иные факторы, позволяющие проводить дифференциальную диагностику острой урологической патологии (почечной колики, острого пиелонефрита) от сходно протекающих хирургических, гинекологических и неврологических заболеваний (аппендицита, мезентериального тромбоза, дивертикулита, аднексита, корешкового синдрома и др.).

Необходимо уделить пристальное внимание инфекции мочеполовой системы у пациентов разных категорий, симптоматике наиболее распространенных воспалительных урологических заболеваний и их лабораторной диагностике (включая типы микроорганизмов и их диагностический микробный титр). Важно правильно трактовать результаты посева мочи и назначать антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов и существующей (в том числе перекрестной) антибиотикорезистентности, помня о противопоказаниях к отдельным видам лечения при остром воспалительном процессе органов мочеполовой системы.

Важно помнить симптомы и инструментально-лабораторные признаки осложнений распространенных лечебно-диагностических урологических манипуляций, таких как цистоскопия, катетеризация МП, стентирование верхних мочевыводящих путей, бужирование мочеиспускательного канала.

Требуют внимания не всегда типичные клинические проявления туберкулеза органов мочевыводящих путей, когда правильный диагноз может быть установлен только при корректном назначении и правильной трактовке специальных лабораторных исследований. Оценка некоторых онкомаркеров крови и мочи у больных раком предстательной железы (РПЖ), раком мочевого пузыря (РМП) и раком яичка также во многих случаях проводится врачами-урологами общего профиля.

Следует также обратить внимание на правильную интерпретацию результатов урофлоуметрии при разных урологических заболеваниях, лабораторную диагностику уролитиаза (в том числе в процессе медикаментозного лечения) и роль pH мочи при установке диагноза, назначении и контроле эффективности лечения мочекаменной болезни.

Список рекомендуемой литературы

1. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов по урологическим инфекциям, мочекаменной болезни, травме в урологии, мужскому бесплодию и гипогонадизму (2017). URL: http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/
2. Урология: российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
3. Справочник уролога: общая урология, андрология, онкоурология. М.: Медфорум, 2016. 180 с.

Инструментальные методы обследования в урологии

П.И. Раснер

После сбора анамнеза, подробной беседы, осмотра и первичной лабораторной диагностики в алгоритме обследования урологического больного значатся инструментальные методы диагностики. За последние 20 лет медицинская техника совершила качественный скачок от примитивных рентгеновских и ультразвуковых аппаратов к современным позитронно-эмиссионным и магнитно-резонансным томографам, радиоизотопным обследованиям и трехмерным сканерам.

Часть вопросов теста посвящена современным инструментальным методам диагностики урологических заболеваний. Общая направленность вопросов касается специфики показаний к их выполнению, противопоказаний, техники проведения обследований, возможных осложнений и, главное, интерпретации полученных данных. Небольшая часть вопросов посвящена истории открытия тех или иных физических методов, на которых основана современная инструментальная диагностика.

Далее приведен список исследований, знания о которых потребуются для успешного прохождения теста.

- Рентгеновские методы обследования: обзорная и экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография, антеградная пиелография, различные виды цистографии (микционная, ретроградная, полипозиционная и т. д.), ретроградная уретрография, компьютерная томография (КТ). Несколько реже в последние годы применяются ангиографические исследования почек, хотя селективная эмболизация почечных артерий по-прежнему остается на вооружении врача-уролога. Необходимо иметь представление о рентгенконтрастных препаратах и противопоказаниях к их назначению. При выборе тактики лечения кист почек решающее значение имеет классификация по Bosniak.
- Комплексное уродинамическое обследование, ставшее отдельным направлением функциональной диагностики. Следует иметь представление о диагностической значимости и нормативных показателях урофлоуметрии, об исследовании «давление/поток», цистометрии, профилометрии уретры. Нужно знать, из чего складывается и как вычисляется давление детрузора.
- Лучевые методы диагностики в урологии невозможно представить без ультразвуковых исследований (УЗИ). Необходимо иметь представление о том,

в каких случаях используется трансабдоминальное, трансвагинальное, трансректальное сканирование, какие ткани и среды в организме человека изоэхогенны, гиперэхогенны, гипоэхогенны. При эректильной дисфункции сосудистого генеза диагностика невозможна без фармакодопплерографии.

- Оптические методы обследования: цистоскопия и уретероскопия. Необходимо знать особенности выполнения этих манипуляций, а также случаи, в которых их назначение противопоказано.
- Радиоизотопная диагностика имеет исключительную значимость в диагностике костных метастазов при РПЖ и определении функционального состояния верхних мочевыводящих путей.
- Высокотехнологичные методы исследования – магнитно-резонансная томография (МРТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) – появились в арсенале уролога недавно. Эти методики позволили существенно повысить уровень диагностики некоторых урологических заболеваний, в первую очередь РПЖ. Также они играют важную роль в определении распространенности опухолевого процесса в регионарные лимфатические узлы и выявлении местного рецидива после радикальных онкоурологических операций.

Список рекомендуемой литературы

1. Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Функциональная урология и уродинамика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 376 с.
3. Бакстер Г.М., Сидху П.С. Ультразвуковые исследования мочевыделительной системы. Под общ. ред. А.В. Зубарева, Л.М. Гумина, М.А. Васильевой; пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 280 с.
4. Лучевая диагностика и терапия в урологии: национальное руководство. Гл. ред. С.К. Терновой, А.И. Громов, В.М. Буйлов. М.: АСМОК; ГЭОТАР-Медиа, 2011. 544 с.

Инфекции мочевыводящих путей

А.В. Зайцев

Проблема инфекций мочевыводящих путей (ИМП) в урологии всегда была крайне актуальной и остается в числе приоритетных задач, требующих решения. В эру возрастающей микробной резистентности адекватное и рациональное назначение антимикробных препаратов приобретает особое значение как для излечения урологического пациента, так и для здоровья общества, поскольку оно во многом зависит от снижения риска развития резистентности микроорганизмов.

В Министерстве здравоохранения Российской Федерации были определены основные направления борьбы с распространением лекарственной устойчивости бактерий в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения:

1) повышение информированности о проблеме устойчивости к антибиотикам;
2) улучшение эпидемиологического надзора за резистентными микроорганизмами;
3) создание новых препаратов;
4) улучшение диагностики;
5) создание финансовой основы для того, чтобы исследования в этой области проводились постоянно.

Одним из приоритетных направлений работы должно стать развитие системы контроля распространения антибиотиков. Соблюдение стандартов и клинических рекомендаций – неотъемлемая часть этой работы для каждого врача.

Термин «инфекция мочевыводящих путей» применяется в случаях, когда инфекция присутствует, но нет ясных признаков поражения почек.

Термин «бактериурия» означает не только постоянное присутствие бактерий в мочевых путях, но и активное их размножение там.

В основу классификации и диагностического алгоритма положены рекомендации Российского общества урологов и стандарты Европейской урологической ассоциации (European Association of Urology, EAU). Раздел вопросов теста, посвященный ИМП, включает несколько основных направлений – эпидемиология ИМП, этиология, клинические проявления. При подготовке к тесту следует обратить внимание на выбор лечебной тактики в зависимости от тяжести клинических проявлений. Необходимо знать произошедшие изменения взглядов на понимание и лечение бессимптомной бактериурии и сепсиса.

Значительная часть вопросов посвящена применению антимикробных препаратов, позволяющих достигнуть эрадикации возбудителей. Вместе с тем при лечении пациентов с осложненной ИМП проведение антимикробной терапии возможно только после восстановления нормальной уродинамики. Адекватная стартовая эмпирическая антимикробная терапия у пациентов с тяжелым острым пиелонефритом и уросепсисом жизненно необходима. Ряд вопросов касается особенностей диагностики и лечения ИМП у беременных.

ИМП и инфекции, передаваемые половым путем, не только имеют нередко схожую клиническую картину, но и могут присутствовать одновременно у одного пациента. Вопросы диагностики инфекций, передаваемых половым путем, дифференциальной диагностики и особенностей лечения имеют существенное клиническое значение.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Урология: российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с. Гл. 17: Цистит.

Мочекаменная болезнь

В.А. Малхасян, Д.В. Котенко

По данным А.Д. Каприна и соавт. [1], в 2014 г. в России зарегистрировано 846 570 человек с мочекаменной болезнью (МКБ) по сравнению с 629 453 пациентами в 2002 г. Прирост их числа за 12 лет составил 34,5 %. В среднем по России в 2014 г. число пациентов с МКБ на 100 тыс. всего населения составило 578,8, тогда как в 2002 г. этот показатель равнялся 440,5 (+31,4 %). Абсолютное число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом МКБ в 2014 г. в России составило 219 803, тогда как в 2002 г. таких пациентов было 176 167. Прирост пациентов, страдающих МКБ, за 12 лет составил 24,8 %. В среднем по России в 2014 г. число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом МКБ на 100 тыс. всего населения составило 150,3, тогда как в 2002 г. оно равнялось 123,3. Столь большая распространенность МКБ и столь значимый прирост заболеваемости делают ее одной из актуальных проблем современной урологии.

В вопросах, посвященных МКБ, уделяется внимание как консервативному, так и хирургическому лечению. Доктор, сдающий тест, должен владеть знаниями о существующих хирургических и нехирургических методах лечения, показаниях к ним и уметь определять оптимальный метод лечения в конкретной клинической ситуации. Также он должен знать принципы оказания экстренной помощи пациентам с МКБ и обладать знаниями в части проведения литокинетической терапии и метафилактики МКБ. Научно-технический прогресс ввел в повседневную клиническую практику ряд инновационных и малоинвазивных методов лечения камней мочевых путей, в связи с чем особую актуальность приобретает вопрос оптимального и максимально эффективного применения каждого из этих методов. Для этого специалист должен иметь глубокие знания о патофизиологических факторах развития МКБ, стандартах обследования пациента с МКБ, о существующих методах хирургического лечения камней, альтернативных методах лечения, таких как хемолитическая, литокинетическая терапия, и владеть основными принципами медикаментозной и немедикаментозной метафилактики МКБ. В настоящее время существует 2 основных источника клинических рекомендаций, основанных на данных последних рандомизированных исследований, на которые врач должен ссылаться и ориентироваться в клинической практике. Это Национальные российские клинические рекомендации и рекомендации EAU. Эти документы содержат тезисные рекомендации по всем указанным вопросам: относительно перечня диагностических методов, применяемых при обследова-

нии пациента с почечной коликой, перечня диагностических методов, применяемых при обследовании пациента, у которого планируется плановое оперативное лечение камней почки и мочеточника, а также диагностических методов, применяемых при планировании хемолитической, литокинетической терапии или метафилактики МКБ. Кроме того, в этих документах представлены рекомендации по купированию почечной колики, выбору оптимального метода дренирования при наличии признаков обструктивного пиелонефрита и по выбору хирургического метода лечения камней мочевых путей в зависимости от химического состава, размеров и локализации конкремента. В рекомендациях также представлены последние данные об эффективности и безопасности каждого из существующих методов. Изучению эффективности и безопасности различных методов хирургического лечения камней мочевых путей посвящен ряд исследований, выполненных группой CROES (Clinical Research Office of the Endourological Society) – структурного подразделения Международного эндоурологического общества (Endourological society), функциями которого являются организация и проведение масштабных наблюдательных исследований, так называемых global studies. Изучение результатов данных исследований также рекомендуется при подготовке к тесту.

Список рекомендуемой литературы

1. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за период 2002–2014 гг. по данным официальной статистики. Экспериментальная и клиническая урология 2016;3:4–13.
2. Григорьев Н.А. Семенякин И.В., Малхасян В.А. и др. Мочекаменная болезнь. Урология 2016;2:37–69.
3. Урология: российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с. Гл. 2–4.

Расстройства мочеиспускания у мужчин

П.И. Раснер

В последние годы в Москве отмечен устойчивый рост числа мужчин, обращающихся к урологу по поводу различных расстройств мочеиспускания – так называемых симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей (СНМП). В связи с крайне негативным влиянием этого состояния на качество жизни пациента своевременная диагностика и адекватный выбор урологом лечебной тактики играют ключевую роль. Следует учитывать тот факт, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – наиболее частая, но не единственная причина СНМП у мужчин. Дифференциальную диагностику следует проводить с нейрогенными расстройствами, гиперактивным мочевым пузырем, инфекционными заболеваниями, онкоурологическими заболеваниями предстательной железы (ПЖ) и МП, стриктурами уретры и прочими причинами, вызывающими ухудшение качества мочеиспускания.

Раздел вопросов теста, посвященный расстройствам мочеиспускания, включает несколько основных направлений: эпидемиология СНМП, этиология и патогенез, классификация симптомов (симптомы фазы накопления, опорожнения и постмиктурические) с подробным разбором значимости этих симптомов в проблеме выбора оптимальной лечебной тактики. При подготовке к тесту следует обратить внимание, что терминология претерпела определенные изменения за последние 5 лет. Часть вопросов касается стандартов обследования урологических пациентов с СНМП, инструментов такого обследования (вопросники, инструментальные и лабораторные методы, осмотр). В основу диагностического алгоритма положены рекомендации Российского общества урологов и стандарты EAU.

В результате анализа полученных в ходе обследования данных осуществляется выбор лечебной тактики: динамическое наблюдение, медикаментозная терапия или хирургическое лечение. Современная стратегия лечения строится на основании сравнения эффективности с потенциальными осложнениями того или иного метода. Поведенческая терапия может использоваться как в качестве самостоятельного варианта лечения, так и в комплексе с медикаментозной терапией. Она включает определенный набор рекомендаций, знание которого потребуется для успешного прохождения теста. Необходимо хорошо знать показания и противопоказания к выбору того или иного метода лечения, понимать преимущества и недостатки этих методов и вла-

деть критериями оценки эффективности проводимого лечения. Значительная часть вопросов посвящена лекарственным средствам, использующимся в лечении пациентов с СНМП. В зависимости от характера предъявляемых жалоб и выраженности симптоматики могут использоваться препараты различных фармакологических групп (альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, м-холинолитики, бета-3-агонисты, аналоги вазопрессина и др.) в режиме монотерапии и в комбинациях. Следует знать особенности назначения лекарственных препаратов, принадлежность их к той или иной фармакологической группе, рекомендованные дозировки, противопоказания к применению, механизм действия.

При наличии выраженной симптоматики (особенно симптомов фазы опорожнения) и очевидной инфравезикальной обструкции выбор должен быть сделан в пользу хирургического вмешательства, «золотым стандартом» которого долгие годы является трансуретральная резекция (ТУР) ПЖ. За последние годы список малоинвазивных эндоскопических операций у больных ДГПЖ/СНМП пополнился целым рядом методик – гольмиевая и электроэнуклеация, плазменная резекция, контактная, бесконтактная и интерстициальная лазерная абляция ткани ПЖ и др. В зависимости от объема ПЖ хирургическое вмешательство может быть выполнено и открытым путем (позадилонная или трансвезикальная простатэктомия). Показания к выполнению того или иного вмешательства, преимущества каждого из них, противопоказания и критерии оценки эффективности легли в основу формирования части вопросов теста.

У некоторых пациентов оперативное вмешательство, устраняя инфравезикальную обструкцию, не обеспечивает радикальное уменьшение выраженности симптомов фазы наполнения. Вторичные структурно-функциональные изменения детрузора могут быть необратимыми. В таком случае пациенты могут нуждаться в проведении медикаментозной терапии и после успешно выполненного оперативного вмешательства. Симптомы, беспокоящие таких больных, чаще всего укладываются в картину гиперактивного мочевого пузыря. Вопросы, касающиеся терапии таких расстройств, оптимального подбора препаратов и дозировок также вошли в структуру тестов.

Список рекомендуемой литературы

1. Раснер П.И., Газимиев М.А., Гаджиева З.К., Касян Г.Р. Расстройства мочеиспускания у мужчин: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 6. М.: АБВ-пресс, 2017. 35 с.
2. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
3. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с. Гл. 1: Симптомы нижних мочевыводящих путей и доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Онкоурология

А.В. Говоров

Частота заболеваемости злокачественными новообразованиями органов мочеполовой системы в последние годы неуклонно растет, при этом максимальный темп прироста отмечен у больных РПЖ. В повседневной клинической практике к московским урологам достаточно часто обращаются больные РПЖ, раком почки и РМП, реже – больные раком яичка и полового члена.

Для подготовки к вопросам теста по разделу «Онкоурология» специалистам необходимо изучить эпидемиологию, факторы риска и особенности стадирования вышеуказанных онкоурологических заболеваний по системе TNM (tumor, nodus, metastasis).

Следует ознакомиться с результатами исследований, оценивавших программы скрининга РПЖ и алгоритм ранней диагностики РПЖ. Необходимо знать клиническую роль изоформ простатического специфического антигена (ПСА) и индекса здоровья простаты (Prostate Health Index, PHI), показания к назначению первичной и повторной биопсии ПЖ, особенности проведения промежностной сатурационной биопсии ПЖ. Важно правильно формулировать показания к проведению КТ и МРТ малого таза (простаты), остеосцинтиграфии, ПЭТ, различных ультразвуковых методик (гистосканирования, эластографии и др.).

Специалисты-урологи должны также уметь формулировать показания к различным методам лечения РПЖ – радикальной позадилонной, лапароскопической и робот-ассистированной простатэктомии, дистанционной лучевой терапии, брахитерапии, активному наблюдению и минимально инвазивным методикам. Необходимо знать основные группы препаратов для гормональной терапии, а также химиотерапии у больных метастатическим и кастрационно-резистентным РПЖ.

При изучении информационных материалов о диагностике и лечении рака почки важно обратить внимание на выбор метода оперативного лечения у разных категорий пациентов в зависимости от характеристик заболевания, знать показания и противопоказания для проведения открытой, лапароскопической и робот-ассистированной радикальной нефрэктомии или резекции почки, криоаблации и радиочастотной абляции почки. При ознакомлении с алгоритмом назначения таргетных препаратов при метастатическом раке почки следует изучить особенности назначения различных лекарственных средств в соответствии с современными рекомендациями.

У больных РМП важно знать возможности и ограничения существующих методов стадирования заболевания, а также иметь представление об основных технических аспектах цистоскопии, трансуретральной резекции МП и цистэктомии, существующих препаратах и схемах проведения адъювантной внутрипузырной терапии.

Следует дополнительно ознакомиться с основными современными методами диагностики и лечения рака яичка и полового члена, знать группы лекарственных препаратов, применяемых после оперативного лечения.

Важно детально изучить особенности амбулаторного наблюдения (характер и частоту назначаемых анализов и контрольных исследований) у больных разными онкоурологическими заболеваниями, а также критерии констатации рецидива болезни и возможные в этом случае диагностические и лечебные этапы.

Список рекомендуемой литературы

1. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов по раку предстательной железы, раку мочевого пузыря, почечно-клеточному раку, раку полового члена и опухолям яичка (2017). URL: http://uroweb.org/individual-guidelines/oncology-guidelines/
2. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
3. Онкоурология: национальное руководство. Под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, проф. Б.Я. Алексеева, проф. И.Г. Русакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 688 с.

Нефрология

Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Нефрологические заболевания занимают важное место в урологической практике. Большинство заболеваний почек приводят к прогрессирующему поражению паренхимы и развитию почечной недостаточности, поэтому нефрология и урология тесно связаны друг с другом.

Тестовые задания включают вопросы современной классификации хронической болезни почек, критерии и показатели снижения функции почек по стадиям, факторы риска развития почечной недостаточности. Чрезвычайно важны в клинической практике правильная интерпретация и диагностическая ценность современных методов лабораторного и инструментального исследования у пациентов при снижении функции почек. При подготовке к прохождению тестирования следует обратить внимание на особенности диагностики урологических заболеваний при почечной недостаточности, информативность методов обследования при повышении креатинина в крови, нарушении водно-электролитного баланса, противопоказания к их применению.

Острая почечная недостаточность (ОПН) относится к состояниям, угрожающим жизни пациента, которые часто развиваются после хирургических вмешательств на верхних мочевых путях. Своевременное выявление причин и коррекция водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния и уремии позволят восстановить функцию почек.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) характеризуется медленно прогрессирующим течением и необратимой утратой функционирующей почечной паренхимы. Адекватное лечение основного заболевания почек, устранение факторов риска, органосохраняющее хирургическое лечение и нефропротективная терапия способствуют сохранению функциональной способности почечной паренхимы в большем объеме и замедляют прогрессирование ХПН до терминальной стадии. В урологической практике важно знать современные представления об этиологии, стадировании, стратегии лечения и профилактики ОПН и ХПН, а также показания к проведению гемодиализа.

Наиболее распространенная нефрологическая патология – острый и хронический пиелонефрит. Клиническое течение хронического тубулоинтерстициального нефрита отличается упорным течением и склонностью к обострениям, однако часто может годами не иметь четких симптомов. По мере развития болезни и усугубления

морфологических изменений в почке становится возможным появление клинических симптомов даже в фазу ремиссии.

Часть вопросов посвящена диагностике и характеру изменений почек при наличии нефротического синдрома, поликистоза почек, подагры, лекарственном поражении, вазоренальной и нефрогенной гипертензии.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
2. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
3. Хроническая болезнь почек: клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации». М.; Казань; Ростов н/Д, 2014. 31 с.

Андрология

Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Андрология – раздел урологии, изучающий болезни мужских мочеполовых органов. Эта дисциплина охватывает целый ряд эндокринологических, сосудистых, кардиологических заболеваний. В связи с этим все вопросы теста построены на междисциплинарной основе.

Раздел, посвященный проблемам андрологии, включает несколько основных направлений: анатомия, физиология, патофизиология мужских половых органов, расстройства репродуктивной и эректильной функций у мужчин, инфекционно-воспалительные заболевания, травма, аномалии развития, онкологические заболевания половых органов мужчины, гангрена Фурнье, приапизм, эндокринные заболевания.

При подготовке к тесту следует обратить внимание на специфическую терминологию, которой достаточно много (вопросники, осмотр, лабораторные, инструментальные методы диагностики). Большое внимание уделено особенностям ультразвуковой картины при обследовании мужских половых органов, изменениям гормонального профиля мужчины и их связи с развитием различных заболеваний.

В основу диагностического алгоритма и методов лечения положены рекомендации Российского общества урологов и EAU.

Объективные данные, полученные при обследовании пациента, определяют выбор лечебной тактики: динамическое наблюдение, консервативная терапия или хирургическое лечение. При определении тактики лечения необходимо объективно обосновать ее, определить показания и противопоказания к выбору того или иного метода. Значительная часть вопросов посвящена медикаментозной терапии, которая используется в лечении пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями половых органов, мужским бесплодием, расстройствами эректильной функции, новообразованиями ПЖ, как злокачественными, так и доброкачественными. Необходимо знать особенности назначения лекарственных препаратов, принадлежность их к той или иной фармакологической группе, механизм действия, дозировки, показания и противопоказания к применению. Лечение должно быть направлено прежде всего на устранение причины, приведшей к развитию дисфункции половых органов мужчины, а не только на следствие.

Необходимо четко формулировать показания и противопоказания к физиотерапевтическим методам лечения, а также основные характеристики используемых изделий медицинского назначения, применяемых в лечении того или иного заболевания.

Показания к выполнению оперативного вмешательства, их преимущества, противопоказания, осложнения и критерии их оценки эффективности легли в основу формирования части вопросов теста по андрологии.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с. Гл. 7: Болезнь Пейрони. Гл. 8: Рак предстательной железы. Гл. 12: Опухоли яичка и паратестикулярных тканей. Гл. 18: Эректильная дисфункция.
3. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов по мужскому бесплодию и гипогонадизму, травме и урологическим инфекциям (2017). URL: http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/

Женская урология

Г.Р. Касян

В последние годы в Москве отмечен неуклонный рост числа женщин, обращающихся к урологу по поводу различных расстройств мочеиспускания. В связи с крайне негативным влиянием этих заболеваний на качество жизни пациенток чрезвычайно важны своевременная диагностика и адекватный выбор урологом лечебной тактики.

Недержание мочи, или инконтиненция, – любое непроизвольное выделение мочи из наружного отверстия мочеиспускательного канала вне зависимости от приведших к нему ситуаций и обстоятельств. Это заболевание – как социальная, так и медицинская проблема. Недержание мочи возникает, если давление в МП превышает таковое внутри мочеиспускательного канала.

Согласно отечественным исследованиям (Д.Ю. Пушкарь, 2006), около 38,6 % женского населения отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи, а в группе из более чем 3 тыс. опрошенных женщин в России у 20 % недержание мочи проявлялось регулярно. Тест включают вопросы по этиологии, патогенезу, диагностике (комплексное уродинамическое исследование) и методам лечения стрессовой и ургентной форм недержания мочи, а также диагностике и лечению гиперактивного мочевого пузыря.

Пролапс тазовых органов – состояние, встречающееся у более половины женщин старше 40 лет. Риск быть прооперированной в течение жизни к 80 годам по поводу пролапса гениталий либо недержания мочи к настоящему моменту достигает 20 %.

В отношении выбора лечения специалисту следует учитывать следующие ключевые моменты: состояние пациентки и ее возраст, длительность заболевания, необходимость сохранения репродуктивной функции, менструальной и сексуальной функций; тяжесть клинической картины и ее влияние на качество жизни; выбор пациентки в отношении тактики лечения; наличие других патологических состояний со стороны малого таза, требующих проведения одновременного лечения, включая недержание мочи и кала. В тест включены вопросы по этиологии, патогенезу, факторам риска, диагностике (классификация POP-Q) и основным методам лечения пролапса гениталий.

Частоту развития парауретральных образований, таких как парауретральные кисты и дивертикулы уретры, трудно оценить из-за большого количества недиагностированных случаев. В тест включены вопросы по этиологии, патогенезу, диагности-

ке и основным методам лечения парауретральных кист, дивертикулов уретры, карункулов уретры.

Урогенитальные свищи – следствие осложнений акушерских пособий, урологических и гинекологических вмешательств, последствий лучевой терапии, онкологических заболеваний и травм мочеполовых органов. Те же факторы могут быть причиной формирования кишечно-урогенитальных свищей наряду с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В большинстве развивающихся стран более 90 % всех свищей относятся к акушерским, т. е. образуются в результате акушерского пособия. В России, как и в других современных странах, более 70 % свищей являются осложнением операционных вмешательств на органах таза. Эти свищи традиционно принято называть гинекологическими, хотя травма мочевыделительной системы может случиться и после проктологических или онкологических пособий. В тест включены вопросы по патогенезу, диагностике и основным методам лечения урогенитальных свищей.

Термин «интерстициальный цистит» объединяет множество до конца не изученных патологий, и воспаление служит важным характерным признаком лишь в части этих случаев. Для объединения всех состояний, при которых появляется боль в МП, был предложен термин «синдром болезненного мочевого пузыря», который точно отражает картину заболевания. Это состояние, для которого характерны боль, ощущение давления или дискомфорт в области МП, усиливающиеся при его наполнении. Боль локализуется над лоном, иногда иррадиирует в пах, в уретру, половую губу, прямую кишку или крестец и уменьшается при опорожнении пузыря, но скоро возвращается, усиливается в зависимости от диеты.

Инфекционные воспалительные заболевания нижних и верхних мочевых путей, такие как циститы и пиелонефриты, – наиболее частая причина обращений женщин к урологу. Крайне важно своевременное лечение воспаления мочевых путей у беременных. При беременности увеличиваются размер почек и их фильтрационная способность, расслабляется сократительная способность мочеточников и почечных лоханок, возникает дилатация верхних мочевых путей за счет сдавления маткой и смещается МП кпереди. Эти явления могут способствовать частому возникновению воспалительных процессов мочевых путей у беременных, что может приводить к негативным последствиям для матери и ребенка. В тест включены вопросы по этиологии, патогенезу, и методам лечения таких состояний, как циститы, пиелонефриты (в том числе у беременных), а также синдром беспокойного мочевого пузыря.

Список рекомендуемой литературы

1. Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Коноплянников А.Г., Пушкарь Д.Ю. Недержание мочи у женщин: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 4. М.: АБВ-пресс, 2017. 48 с.
2. Касян Г.Р., Ходырева Л.А., Дударева А.А. и др. Синдром гиперактивного мочевого пузыря: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 2. М.: АБВ-пресс, 2016. 36 с.
3. Касян Г.Р., Ходырева Л.А., Гвоздев М.Ю. и др. Уродинамические исследования в урологической практике: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 1. М.: АБВ-пресс, 2016. 40 с.
4. Зайцев А.В., Перепанова Т.С., Гвоздев М.Ю., Арефьева О.А. Инфекции мочевыводящих путей. Ч. 1: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 54. М.: АБВ-пресс, 2017. 28 с.
5. Гвоздев М.Ю., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача уролога: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 3. М.: АБВ-пресс, 2016. 56 с.
6. Зайцев А.В., Шаров М.Н., Пушкарь Д.Ю. и др. Хроническая тазовая боль: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 20. М.: АБВ-пресс, 2017. 44 с.
7. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. 472 с.

Аномалии мочеполовой системы

Г.Р. Касян

Аномалии развития почек и мочеточников делятся на несколько групп: аномалии количества, аномалии положения, аномалии взаимоотношения и аномалии структуры. К количественным аномалиям почек относятся агенезия и аплазия почки. Это редкое состояние, которое встречается у новорожденных с частотой 1: 600–1000 случаев. Аномалии положения – результат нарушения миграции и ротации почки на стадии метанефроса, возникающие на ранних этапах эмбрионального периода. Различают гомолатеральные и гетеролатеральные типы дистопии почек. Дистопированная почка чаще всего расположена ниже своего нормального уровня, и месту ее расположения соответствуют длина мочеточника и локализация питающих сосудов, но могут встречаться и перекрестные дистопии почек. Аномалии взаимоотношения составляют около 14 % всех аномалий почек. Существуют симметричные сращения почек и асимметричные, при этом одна из почек расположена гетеролатерально. Аномалии почек нередко способствуют нарушению оттока мочи с формированием гидронефротической трансформации, образованию конкрементов, развитию пиелонефрита. Губчатая почка относится к аномалиям структуры и поражает медуллярное вещество паренхимы. Встречается довольно редко. Кистозные заболевания почек встречаются редко. Аутосомно-рецессивный тип поликистоза почек характеризуется неблагоприятным исходом уже в первые месяцы жизни. У взрослых чаще встречается аутосомно-доминантный поликистоз почек. Мультикистоз почки, мультилокулярная или солитарная кисты почки – обычно одностороннее поражение.

К аномалиям мочеточников относят их удвоение, дистопию устьев мочеточников, а также врожденные стенозы устьев мочеточников. Обструктивные аномалии верхних мочевых путей – один из наиболее частых пороков развития мочеточника. Врожденный гидронефроз может быть вызван следующими причинами: врожденный стеноз проксимального отдела мочеточника, дополнительный сосуд, высокое отхождение мочеточника от лоханки, нейромышечная дисплазия мочеточника и др. Обструктивный мегауретер возникает в результате препятствия, локализующегося в юкставезикальном, интрамуральном отделах мочеточника или в области мочеточникового устья. Наиболее частые аномалии нижних мочевых путей – экстрофии МП, дивертикулы МП и уретры, врожденные клапаны уретры.

Диагностические методы включают УЗИ, внутривенную урографию, уретроцистографию, микционные рентгенологические методы исследований и КТ.

Тест включает вопросы, посвященные основным типам аномалий почек, мочеточников и МП, а также особенностям их клинических проявлений, методам диагностики и лечения. Для подготовки к тесту необходимо воспользоваться дополнительной литературой.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
3. Куликова Т.Н., Глыбочко П.В., Морозов Д.А. и др. Атлас по детской урологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 160 с.

Травма мочеполовой системы и реконструктивно-пластическая урология

Г.Р. Касян

Травмы почек составляют приблизительно 1–5 % всех травм и встречается чаще, чем любые другие травматические повреждения органов мочеполовой системы. Травма почки может представлять опасность для жизни, но по современным стандартам в большинстве случаев требует лишь консервативного лечения. Современные достижения в области диагностики и лечения травмы почек позволили существенно снизить количество хирургических вмешательств по поводу травмы почки в сторону органосохраняющего лечения.

Травмы мочеточников в основном ятрогенные. Основными причинами травм мочеточников остаются операции по удалению матки или же эндоскопические операции на мочеточниках. В большинстве случаев вследствие травмы повреждается нижняя треть мочеточника. Реконструктивные операции на мочеточниках могут выполняться различными доступами. Тип операции зависит от уровня поражения мочеточника. Тест включает вопросы, посвященные диагностике и лечению травмы почки и мочеточников.

Среди абдоминальных повреждений, требующих хирургического лечения, травмы МП составляют около 2 %. В большинстве ситуаций это тупая или проникающая травма МП. Около трети случаев – разрывы МП. У большинства пациентов с повреждением МП, произошедшим вследствие полученной ими тупой травмы, имеют место сочетанные переломы костей таза. Степень наполненности МП определяет его форму и подверженность травме. Травмы мочевого пузыря могут также встречаться после эндоскопических урологических операций. Травмы МП, возникающие вследствие сложных родов или операций на гениталиях, у женщин могут приводить к формированию пузырно-влагалищных свищей. Тест включает вопросы по патогенезу и классификации травмы МП, а также методам диагностики, показаниям к хирургическому лечению.

Травмы уретры принято делить на ятрогенные и неятрогенные. Неятрогенные травмы возникают чаще всего вследствие автодорожных происшествий, падений, переломов костей таза, травм промежности и полового члена. По степени выраженно-

сти различают ушиб уретры, растяжения уретры, частичные разрывы и полный разрыв уретры. При отсутствии выделения крови из наружного отверстия уретры травма уретры маловероятна. Ретроградная уретрография – «золотой стандарт» в диагностике повреждений уретры. Алгоритмы лечения травмы переднего и заднего отделов уретры у мужчин имеют принципиальные различия, зависящие в том числе от степени повреждения и механизмов воздействия на уретру. Срочная открытая уретропластика редко выполняется при травмах уретры. Отсроченная уретропластика – метод выбора и «золотой стандарт» для лечения дистракционных дефектов задней уретры. Внутренняя оптическая уретротомия не должна выполняться повторно, в случаях рецидивных стриктур. У мужчин в случае удара по половому члену в момент эрекции возможен его перелом. Тупая травма мошонки может приводить к дислокации яичек, их разрыву, гематомам мошонки. Тест включает вопросы, посвященные классификации травмы уретры, диагностическим исследованиям, методам лечения травмы уретры, мошонки и полового члена.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М,: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
3. Травматические повреждения мочевыделительной системы. Пер с англ. В.А. Черняева; науч. ред. С.Б. Петров. Европейская ассоциация урологов; Российское общество онкоурологов, 2011. URL: http://uroweb.org/wp-content/uploads/16_UrologicalTrauma.pdf.

Туберкулез

А.В. Зайцев

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, протекающее с внутриклеточным (в макрофагах) паразитированием микобактерий. Туберкулез мочеполовой системы находится на втором месте в общей структуре заболеваемости после туберкулеза органов дыхания и является наиболее часто встречающейся внелегочной формой туберкулеза. Среди заболевших туберкулезом иммунокомпетентных людей внелегочные формы отмечены у 15 %, а среди больных вирусом иммунодефицита человека – до 70 %. Заражение происходит преимущественно воздушно-капельным путем, возможны также внутриутробное заражение, передача алиментарным, половым, контактным и трансмиссивным путями. Первичная бактериемия не влечет за собой непременное развитие диссеминированного туберкулеза, 90 % инфицированных остаются клинически здоровыми людьми. Диссеминация при первичном туберкулезе происходит из очагов воспаления, формирующихся в результате инфицирования микобактериями, попавшими в организм из внешней среды. Диссеминация при вторичном туберкулезе, к которому относят и поражение органов мочеполовой системы, развивается на фоне изменений реактивности организма из свежих очагов воспаления в зоне локализации старых очагов (эндогенная реинфекция), бывших долгое время неактивными, или в результате повторного попадания в организм вирулентных микобактерий.

Раздел вопросов теста, посвященный мочеполовому туберкулезу, включает несколько основных направлений: эпидемиология, факторы риска, патогенез, классификация, лабораторные, микробиологические, лучевые и инструментальные методы диагностики, клинические проявления и лечение. При подготовке к тесту следует знать клинико-рентгенологическую классификацию мочеполового туберкулеза, обратить внимание на выбор оперативного и медикаментозного лечения в зависимости от тяжести клинических проявлений. Значительная часть вопросов посвящена дифференциальной диагностике мочеполового туберкулеза с другими урологическими заболеваниями и его осложнениям.

В Российской Федерации этиотропная терапия больных туберкулезом мочевой системы проводится согласно основным принципам, отраженным в приказе МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». При осложненном туберкулезе с поражением МП и ПЖ следует руководствоваться Инструкцией по химиотерапии больных туберкулезом, где

указано, что содержание лечения определяется стандартами, в рамках которых проводят индивидуализацию лечебной тактики с учетом особенностей динамики заболевания, лекарственной чувствительности возбудителя, фармакокинетики применяемых препаратов и их переносимости, взаимодействия и наличия сопутствующих заболеваний.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы: Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2004. 104 с.
3. Ягафарова Р.К., Зубань О.Н. Хирургическое лечение туберкулеза почек и мочевыводящих путей. В кн.: Фтизиатрия: национальное руководство. Под ред. акад. РАМН М.И. Перельмана. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 512 с. С. 39–42.
4. Кульчавеня Е.В., Краснов В.А. Избранные вопросы фтизиоурологии. Новосибирск: Наука, 2010. 142 с.

Качество жизни урологического больного

В.А. Малхасян, Д.В. Котенко

Развитие и эволюция медицинских технологий предоставили современной медицине широкие возможности, изменив при этом и запросы пациентов. Долгое время в медицине господствовала патерналистическая модель взаимоотношений врача с пациентом, которая сегодня все чаще и чаще заменяется партнерской. Если попытаться тезисно передать суть понятия качества жизни пациента, можно сказать, что оно начинается с одного простого вопроса: насколько успешно, полезно и продуктивно наше лечение? Недопонимание этого вопроса медицинским сообществом очень длительное время способствовало развитию основных принципов лечения, направленных на объективный, клинический результат. Однако как показали последние исследования, хороший клинический результат, т. е. то, что врач считает хорошим результатом, далеко не всегда можно назвать хорошим с точки зрения пациента.

Так, согласно результатам исследований доктора склонны переоценивать качество оказываемой помощи, и если лечение считают эффективным 85 % врачей, то с ними соглашаются только 65 % пациентов. Изучению причин такого несоответствия был посвящен ряд работ под руководством известного американского гинеколога Линды Брудбакер, в ходе которых были выявлены такие причины неудовлетворенности пациентов, как нереалистичные или абстрактные цели, которые ставит перед собой пациент, неготовность к операции и т. д. Отсутствие четко сформулированных целей и ожиданий конкретного результата часто приводят к несоответствию результатов лечения исходным ожиданиям пациента. В другой исследовательской группе, руководимой Л. Брудбакер, было показано, что очень детальное и тщательное консультирование пациентов позволяет в большинстве случаев перевести нереалистичные цели в ранг реалистичных и тем самым повысить уровень удовлетворенности пациентов. Бессмысленно ожидать высокого уровня удовлетворенности пациента, если результаты лечения не соответствуют его ожиданиям и поставленным целям.

Удовлетворенность пациента на сегодняшний день является основным показателем, который положен в новую модель оценки результатов лечения. Данная модель получила название «Patient reported outcomes» (PRO). Согласно концепции данной модели основная цель терапии – удовлетворенность пациента, которая напрямую зависит от таких факторов, как ожидания пациента и достижение поставленных им це-

лей после операции. С этими двумя факторами и должен активно работать современный врач, если он желает достичь результатов, которые полностью удовлетворят пациента.

Залогом успеха в данном вопросе становятся четко отлаженная тактика и методология консультирования пациента, направленного на формулирование им конкретных целей и устранение заведомо завышенных ожиданий от лечения. Очень важный момент – формирование у пациента чувства готовности к операции. Для этого пациент должен быть самым тщательным образом информирован о методе лечения, ходе операции, течении послеоперационного периода и возможных осложнениях. Поэтому глубокое изучение данного вопроса и овладение базовыми навыками эффективной коммуникации с пациентом сегодня столь же необходимы, как и знание клинических рекомендаций.

Список рекомендуемой литературы

1. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы). Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие 2013;1:119–33.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.

Детская урология и андрология

Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Детская урология-андрология значительно отличается от урологии-андрологии взрослых, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка и преимущественно врожденным характером патологии. По количеству и разнообразию аномалии развития органов мочевой системы занимают ведущее место среди пороков всех органов и систем.

На современном этапе детская урология характеризуется высоким уровнем развития. Появление новых технологий и неинвазивных методов лечения в педиатрической практике оказали существенное влияние на тактику лечения заболеваний мочеполовых органов у детей. В настоящее время внедрены в детскую урологию лапароскопические и эндоскопические вмешательства, что привело к пересмотру сроков хирургического вмешательства и значительному улучшению результатов лечения сложных врожденных аномалий мочеполовых органов.

В большинстве случаев дети, перенесшие оперативные вмешательства на мочеполовых органах или страдающие урологическими заболеваниями в детстве, становятся пациентами врачей-урологов, поэтому преемственность в лечении урологических больных на всех этапах их жизни (ребенок–подросток–взрослый) очень важна.

Вопросы тестовых заданий по детской урологии охватывают основные симптомы, лабораторные и инструментальные методы обследования и лечения детей и подростков при фимозе, клапанах задней уретры, эписпадии, гипоспадии, разрыве уретры, крипторхизме, экстрофии МП, гидроцеле, варикоцеле, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, опухоли Вильмса.

Для детского возраста характерны функциональные расстройства уродинамики верхних и нижних мочевых путей, требующие динамического наблюдения и лечения. Важно корректно дифференцировать физиологическую водянку оболочек яичка от патологического гидроцеле, нормальное непроизвольное мочеиспускание от энуреза.

Список рекомендуемой литературы

1. Меновщикова Л.Б., Шадеркина В.А., Гарманова Т.Н. и др. Клинические рекомендации по детской урологии-андрологии. М.: УроМедиа, 2015. 231 с.
2. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов по детской урологии (2017). URL: http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/

Робот-ассистированные и лапароскопические операции в урологии

К.Б. Колонтарев

В настоящее время лапароскопическая хирургия в урологии хорошо изучена и широко распространена. При подготовке к сдаче теста следует обратить особое внимание на технику, показания и противопоказания к выполнению резекции почки, пластики лоханочно-мочеточникового сегмента, нефропексии, радикальной цистэктомии, а также к лигированию яичковой вены и иссечению кисты почки из лапароскопического доступа. Ряд вопросов посвящен истории развития и основным принципам лапароскопической техники, правилам наложения пневмоперитонеума при помощи иглы Вереша, а также осуществлению открытого доступа по методу Hassan. Некоторые вопросы в данном разделе посвящены диагностике заболевания, применению различных методов визуализации, таких как МРТ, многослойная (мультиспиральная) КТ с внутривенным контрастированием. Правильной выбор доступа при выполнении оперативного лечения – основополагающий момент для достижения максимальной эффективности и безопасности. Возможные осложнения лапароскопических операций также рассмотрены в тестовых заданиях.

За последние десятилетие в мировой хирургии произошла технологическая революция. На смену лапароскопическим операциям, а также открытым традиционным травматичным хирургическим вмешательствам, связанным с большой кровопотерей, высокой вероятностью осложнений, долгим периодом долечивания пришли новые технологии, позволяющие минимизировать осложнения, а также сократить период пребывания пациента в стационаре и амбулаторный период реабилитации. В основе этой технологии лежат принципы роботохирургии.

Система da Vinci – на сегодняшний день наиболее распространенная роботическая хирургическая система, применяемая по всему миру для оперативного лечения заболеваний в урологии, гинекологии, оториноларингологии, кардиохирургии, общей хирургии и других областях. Наиболее активно роботическая хирургия применяется в урологии и гинекологии. Система da Vinci состоит из 3 компонентов: консоли хирурга, тележки – «консоли» пациента, оптической системы (консоли оборудования).

Наиболее часто выполняемая роботическая операция в урологии – радикальная простатэктомия (РПЭ), выполняемая мужчинам с локализованным РПЖ. Наиболее часто данное вмешательство проводится трансперитонеально. Операция состоит из нескольких хорошо изученных и стандартизированных этапов. Техника наложения пневмоперитонеума не отличается от техники при выполнении лапароскопических вмешательств. В конце операции ПЖ вместе с семенными пузырьками, предварительно помещенная в контейнер, через продленный разрез в месте оптического порта удаляется из организма. Для оценки эффективности проведенной нервосберегающей робот-ассистированной РПЭ был предложен термин «трифекта». При этом оценивается онкологическая составляющая (наличие/отсутствие положительного хирургического края и экстракапсулярной инвазии опухолевого процесса), а также сохраненная эректильная функция и способность пациента удерживать мочу. С точки зрения достижения функциональных результатов (удержание мочи и эректильная функция) робот-ассистированная РПЭ является методом выбора для хирургического лечения локализованного РПЖ. В ряде случаев выполняется тазовая лимфаденэктомия. Объем данного вмешательства может быть любым. После выполненного оперативного вмешательства наблюдение за пациентом не отличается от такового после перенесенной лапароскопической или позадилонной РПЭ и заключается в регулярном контроле уровня общего ПСА крови. При выполнении нервосберегающей операции пациенту назначаются ингибиторы фосфодиэстеразы-5 для оптимизации и ускорения сексуальной реабилитации.

Цель РПЭ – полное удаление ПЖ с семенными пузырьками, сопровождающееся отсутствием положительного хирургического края, минимальной частотой развития интра- и постоперационных осложнений, а также полноценным восстановлением способности пациента к удержанию мочи и эректильной функции. Для достижения этой цели хирургу необходимо не только детально знать и уметь выполнять все этапы стандартной операции, но и быть готовым к выполнению сложного оперативного лечения. Пациенты с высоким индексом массы тела, большим объемом ПЖ, выраженной средней долей, пациенты после перенесенных вмешательств на ПЖ (трансуретральная резекция, аденомэктомия, брахитерапия, HIFU-терапия (High Intensity Focused Ultrasound, высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук)), а также после дистанционной лучевой терапии и гормональной терапии составляют так называемую группу «сложных» больных. Помимо указанной операции выполняются такие вмешательства, как резекция почки, удаление почки, удаление МП с формированием кишечного резервуара, а также операции при пролапсе гениталий у женщин.

Основная реконструктивно-пластическая операция, выполняемая при помощи робот-ассистированной техники, – пластика мочеточника при его травме в дистальной части. Могут быть применены различные варианты оперативного лечения, вклю-

чая операцию Боари и иные лоскутные пластики. Важнейшее преимущество роботической техники в данном аспекте – возможность наложения прямого уретероцистоанастомоза в подавляющем большинстве случаев.

Тест включает вопросы, посвященные основным видам лапароскопических и робот-ассистированных оперативных вмешательств при различных заболеваниях почек, мочеточников, МП и ПЖ. Следует быть готовым к вопросам, посвященным методам диагностики заболеваний органов мочевой системы, требующим хирургического лечения, а также принципам наблюдения за пациентами после перенесенных оперативных вмешательств. Для подготовки к тесту необходимо воспользоваться дополнительной литературой.

Список рекомендуемой литературы

1. Урология: учебник для медицинских вузов. Под ред. Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 472 с.
2. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
3. Пушкарь Д.Ю., Колонтарев К.Б. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия: монография. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 384 с.
4. Колонтарев К.Б., Рева И.А., Пушкарь Д.Ю. Робот-ассистированная урогинекология и реконструктивная хирургия: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 19. М.: АБВ-Пресс, 2016. 32 с.
5. Колонтарев К.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Обучение робот-ассистированной хирургии: методические рекомендации ДЗ г. Москвы № 17. М.: АБВ-Пресс, 2015. 32 с.

Примеры ситуационных задач с эталонами ответов

Клинический случай	Вопрос	Ответ
На прием в поликлинику обратился пациент, 19 лет, с жалобами на увеличение в размерах левой половины мошонки. В браке не состоит. При пальпации выявлены расширение вен семенного канатика и уменьшение размеров яичка	1. Предполагаемый диагноз. 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3. В каких первоочередных дополнительных методах обследования нуждается пациент? 4. Нуждается ли пациент в выдаче листа нетрудоспособности? 5. Необходимо ли пациенту проведение физиотерапевтических процедур?	1. Варикоцеле слева. 2. Гидроцеле, эпидидимит, фуникулит, опухоль яичка и его придатка. 3. Ультразвуковое сканирование органов мошонки, выполнение спермограммы. 4. Нет. 5. Нет.
Пациент, 57 лет, обратился в клинику с жалобами на эпизод гематурии неделю назад. Обследован. По данным УЗИ выявлена одиночная опухоль на задней стенке МП, на короткой ножке, диаметром 1,5 см. Заключение гистологического исследования операционного материала: уротелиальная папиллома, высокодифференцированная, распространяющаяся на субэпителиальную соединительную ткань	1. Показана ли МРТ/КТ? 2. Диагноз. 3. К какой группе риска относится данный вариант опухоли? 4. Показано ли выполнение повторной трансуретральной резекции МП (second look)? 5. Какой алгоритм наблюдения следует выполнять?	1. Нет. 2. РМП T1G1N0M0. 3. К группе высокого риска. 4. Да, показано при всех опухолях Т1 (через 2–6 нед). 5. При отрицательных результатах цистоскопии и цитологические исследования следует выполнять каждые 3 мес в течение 2 лет, в последующем – каждые 6 мес до 5-го года наблюдения и в дальнейшем 1 раз в год. Рекомендуется проводить сканирование верхних отделов мочевых путей 1 раз в год

У женщины, 47 лет, проведена экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в поясничной области с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет	1. Что следует предположить? 2. Необходимые диагностические мероприятия. 3. Лечебная тактика. 4. Какие виды анурий вы знаете? 5. Какие оперативные вмешательства наиболее часто приводят к подобным ятрогенным осложнениям?	1. Перевязка обоих мочеточников как техническая ошибка операции, постренальная анурия. 2. Диагностика: УЗИ почек, КТ с контрастированием. 3. Экстренная операция: перкутанная двусторонняя нефростомия, через 2–3 мес – двусторонняя пластическая операция – уретероцистоанастомоз. 4. Преренальная, ренальная, постренальная. 5. Ампутация или экстирпация матки
Пациентка, 55 лет, обратилась к урологу с жалобами на императивное недержание мочи, при сборе анамнеза отмечаются легкие когнитивные нарушения, хирургического лечения не проводилось, акушерский анамнез: роды 1, аборт 1	1. Предварительный диагноз. 2. Какие лабораторные анализы нужно назначить? 3. Какие дополнительные методы исследования нужно назначить? 4. Какие лекарственные препараты нужно назначить как 1-ю линию терапии? 5. Какому лекарственному препарату, учитывая особенности анамнеза, следует отдать предпочтение?	1. Недержание мочи по ургентному типу (гиперактивный мочевой пузырь). 2. Анализ мочи, анализ крови на глюкозу. 3. УЗИ почек и МП. 4. М-холинолитики. 5. Троспия хлорид

Примеры практических навыков с эталонами ответов

Пример	Эталон ответа
Катетеризация МП у женщины. Техника с использованием катетера Нелатона 12–18 CH	Проводят с диагностической или лечебной целью: для опорожнения МП, введения (инстилляции) лекарственных веществ и рентгеноконтрастных препаратов и т. д. Процедура проводится при соблюдении п. 5.20–5.31 Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Пациентка находится в положении лежа на спине с полусогнутыми в коленях и разведенными ногами. Доктор стоит справа от больной. Левой рукой раздвигает половые губы, а правой сверху вниз (в сторону заднего прохода) тщательно обрабатывает наружные половые органы и отверстие мочеиспускательного канала дезинфицирующим раствором (хлоргексидин и др.). Пинцетом или стерильной марлевой салфеткой врач берет катетер Нелатона 12 CH, обработанный стерильным любрикантом для уретры, и осторожно вводит его в отверстие мочеиспускательного канала, плавно продвигая вперед. Появление мочи из наружного отверстия катетера указывает на нахождение его в МП
Ретроградная уретрография. Методика проведения	Пациент укладывается на рентгенологический стол, левая нога сгибается таким образом, чтобы стопа оказалась на уровне колена правой ноги, затем бедро отводится в сторону. Коленный сустав согнутой ноги фиксируется, например мешочком с песком. Правая нога выпрямляется и слегка отводится. Член осторожно вытягивается вдоль оси левого бедра, чтобы уретра проецировалась на мягкие ткани. Головка полового члена обрабатывается антисептическим раствором, затем осушается марлевым тампоном. Для вливания контрастного вещества используется шприц Жане, на канюлю которого надевается мягкий резиновый наконечник. Препараты вводят после того, как они примут температуру тела. Насадка аккуратно вставляется в уретру, боль при этом ощущаться не должна. Затем медленно нагнетается контрастное вещество (примерно половина шприца). После прохождения контраста в МП врач дает команду технику, делается снимок (восходящая уретрография)

Техника искусственного дыхания рот в рот	Необходимо обеспечить проходимость верхних дыхательных путей: голову пострадавшего нужно повернуть набок и пальцем удалить из полости рта слизь, кровь, инородные предметы. Также следует проверить носовые ходы пострадавшего и при необходимости очистить их. Голову пострадавшего нужно запрокинуть, удерживая шею одной рукой. На рот пострадавшего нужно положить салфетку, платок, кусок ткани или марли, чтобы защитить себя от инфекций, затем зажать нос пострадавшего большим и указательным пальцами, глубоко вдохнуть, плотно прижавшись губами ко рту пострадавшего, и сделать выдох в легкие пострадавшего. Первые 5–10 выдохов должны быть быстрыми (за 20–30 с), затем 12–15 выдохов в минуту. Важно следить за движением грудной клетки пострадавшего. Если грудь пострадавшего при вдохе воздуха поднимается, значит, искусственное дыхание проводится правильно
Электрокардиограмма – стандартные отведения. Техника выполнения	Регистрация импульсов в трех стандартных отведениях (I, II, III) от конечностей. Манипуляция начинается с того, что обследуемого укладывают на топчан или кушетку. Необходимо оголить запястья, лодыжки и грудную клетку. Важно следить за эмоциональным состоянием пациента, ведь любое волнение отразится на кардиограмме. Далее накладывают электроды. Предварительно между кожей и электродом кладут прокладку, обычно из марли, пропитанную изотоническим физиологическим раствором. Можно использовать электродную пасту, которая улучшает проводимость. Накладывать электроды и крепить их нужно на внутренней поверхности предплечья и соответственно голени. Правила наложения электродов на верхние конечности: красный – правая, желтый – левая, на нижних: зеленый – левая, черный – правая. Последний электрод не регистрирует показания, с его помощью система заземляется, чтобы избежать поражения электрическим током от неисправного прибора
Снятие узловых кожных швов	После предварительной обработки кожи раствором антисептика узел или один из концов нити захватывают пинцетом и подтягивают вверх так, чтобы появилась часть нити, находящаяся под кожей; нить пересекают остроконечными ножницами максимально близко к коже, после чего удаляют

Приложения

Приложение 1

СИМВОЛИКА «МОСКОВСКИЙ ВРАЧ»

Образец нагрудного знака «Московский врач»

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О СТАТУСЕ «МОСКОВСКИЙ ВРАЧ»

Ольшанский Иван Евграфович

прошел (-а) добровольную оценочную процедуру по специальности:

Хирургия

77 342533 — Номер свидетельства
23-ПП от 20.10.1999 — Приказ ДЗМ
Москва — Город
28.10.2017 — Дата выдачи
28.10.2022 — Действительно до
Хрипун А.И. — Председатель комиссии по присвоению статуса «Московский врач»
Подпись
Шипова А.А. — Председатель экспертной комиссии
Подпись

Образец свидетельства «Московский врач»

Приложение 2

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ ПОРТФОЛИО СПЕЦИАЛИСТА

Раздел	**Краткое пояснение по наполнению**
Титульный лист	Титульный лист
Оглавление	Основные разделы портфолио с указанием страниц
1. Общие сведения о специалисте	Оформляется по форме резюме с указанием Ф.И.О., даты рождения. • Образование (наименование образовательной организации, год окончания, специальность и квалификация по диплому). • Трудовая деятельность (периоды работы, название организации, должность). Информация о наградах, званиях, грамотах, благодарственных письмах • Иное (по желанию специалиста)
2. Профессиональная деятельность специалиста	В свободной форме описывается имеющийся профессиональный опыт специалиста по специальности, в рамках которой подано заявление на присвоение статуса «Московский врач» (не более 5 страниц, наличие заверенных отделом кадров организации копий подтверждающих документов обязательно)
3. Профессиональный рост специалиста	Базовое образование. Сведения об обучении в интернатуре / ординатуре / аспирантуре. Квалификационная категория (в какие годы какая категория была получена). Сертификат специалиста/свидетельство об аккредитации специалиста. Владение смежной специальностью (при наличии). Все копии документов должны быть заверены отделом кадров организации, в которой работает специалист

4. Непрерывное профессиональное развитие специалиста	В виде таблицы приводятся сведения за последние 5 лет (в хронологическом порядке): – о прохождении циклов повышения квалификации; – о посещении образовательных мероприятий (семинаров, конференций и т. п.); – о выступлениях, докладах на различных мероприятиях; – об опубликованных статьях, книгах. Все указанные в таблице мероприятия подтверждаются копиями документов об участии, программ конференций, статей (тезисов)
5. Вклад специалиста в развитие системы московского здравоохранения	Приводятся данные (с подтверждающими документами), которые показывают личный вклад специалиста в развитие системы московского здравоохранения: работа с населением (лекции, школы для пациентов), внедренные в медицинскую деятельность рационализаторские предложения и др.
6. Наличие наград и поощрений	Документы, подтверждающие наличие наград
7. Дополнительные разделы	По желанию специалиста

Приложение 3

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ О ДОПУСКЕ К ОЦЕНОЧНЫМ ПРОЦЕДУРАМ ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ СТАТУСА «МОСКОВСКИЙ ВРАЧ»

Руководителю
Департамента здравоохранения города Москвы
_____
(инициалы, фамилия)
от _____
_____
(Ф.И.О. полностью)
тел. _____
адрес электронной почты _____
_____
_____
_____
(дата рождения, адрес по месту регистрации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о допуске к оценочным процедурам
для присвоения статуса «Московский врач»

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
имею высшее (медицинское) образование по специальности (направлению подготовки)
_____,
(наименование специальности, квалификации)
полученное в _____ году, в _____,
_____.
(наименование образовательной организации)
_____.
В настоящее время занимаю должность _____
_____
(указать наименование должности и полное наименование организации)

Прошу допустить меня до прохождения оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач»

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____

_____

(серия, номер,

_____

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа (-ов) об образовании: _____

_____

_____

3. Иных документов: _____

_____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях организации и проведения оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» на срок, необходимый для организации и проведения оценочных процедур, даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной оценочных процедур, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие выдано в отношении Департамента здравоохранения города Москвы, включая уполномоченные им учреждения (организации, в том числе образовательные),

_____,

(наименование образовательной организации)

а также в отношении всех членов экспертной комиссии, комиссии по присвоению статуса «Московский врач», апелляционной комиссии.

_____ _____ «___» _____ 2018 г.

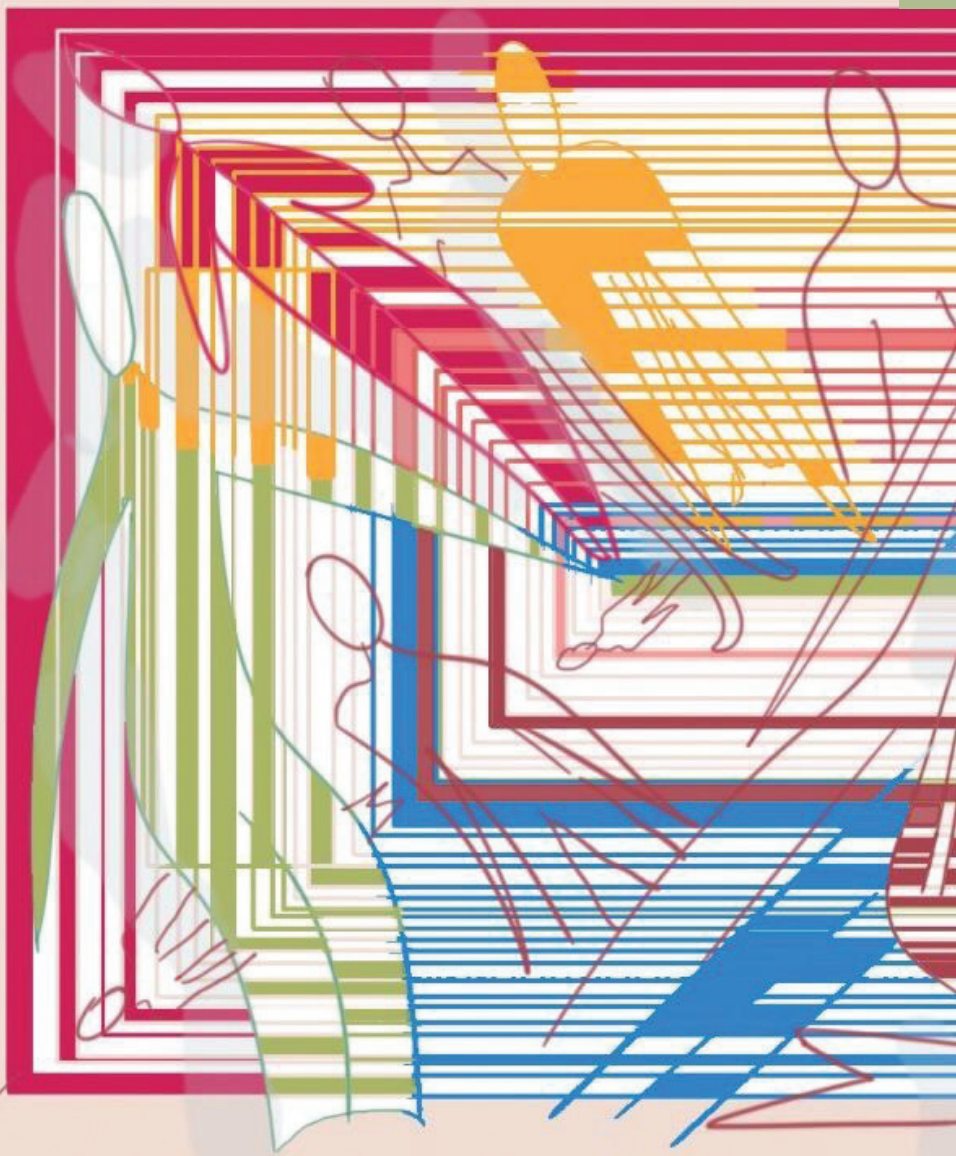
(Ф.И.О.) *(подпись)*

Для заметок

«Московский врач»
Подготовка к тесту
«Урология»

Редактор-корректор: Е.П. Врублевская
Дизайн: Е.В. Степанова
Верстка: О.В. Гончарук
Рисунок на обложке: М. Пушкарь

Подписано в печать 30.03.2018 г.
Формат 148 × 210 мм
Гарнитура GaramondNarrowC
Печать офсетная.
Тираж 1000 экз.
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Заказ № 18-Z-0498

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
109443, Москва, Каширское ш., 24, стр. 15
Тел./факс: +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru

ISBN 978-5-903018-57-4