

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Кафедра урології та нефрології**

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА**

практичного заняття для викладачів

Тема заняття: Симптоми урологічних захворювань. Особливості структури хвороб сечостатевої системи в Одеській області.

Курс 4, факультет медичний

**Рівень вищої освіти:** другий (магістерський)

**Галузь знань:** 22 «Охорона здоров'я»

**Спеціальність:** 222 «Медицина»

**Освітньо-професійна програма:** Медицина

Затверджено  
на методичній нараді кафедри  
28. 08. 2023.  
Протокол № 1

Зав. кафедрою професор Костєв Ф.І. \_\_\_\_\_

Одеса – 2023 р.

**Тема практичного заняття:** «Симптоми урологічних захворювань. Особливості структури хвороб сечостатевої системи в Одеській області» - 2 год.

1. **Актуальність теми:** Велика кількість та різноманітність симптомів та патологічних ситуацій, які можуть бути пов'язані з сечостатевою системою, лікарям загальної практики доводиться спостерігати велику кількість пацієнтів, проблеми яких пов'язані з розладами в діяльності сечостатевої системи. Тому актуальність теми визначена необхідністю знання найбільш часто зустрічаючихся симптомів урологічних захворювань, принципів діагностики і вірної інтерпретації діагностичних тестів.

## **2. Цілі заняття:**

### **2.1. Навчальні цілі:**

вивчити найбільш поширені симптоми захворювань нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів (біль, розлади сечовипускання, кількісні та якісні зміни сечі), уяснити причини і механізми їх виникнення для вірного збору анамнезу, цілеспрямованого проведення об'єктивного дослідження та інтерпретації аналізів сечі.

### **2.2. Виховні цілі:**

навчити студентів краще розуміти сучасні методи діагностики урологічних захворювань та чітко розрізняти ситуації, коли йому особисто слід розпочати лікування хворого (в якості лікаря загальної практики), а коли необхідно направити пацієнта на консультацію та лікування до спеціаліста.

## **3. Міждисциплінарна інтеграція.**

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	<ul style="list-style-type: none"><li>визначення і клінічне значення симптомів урологічних захворювань, наведених у графологічній структурі заняття;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>вірно та цілеспрямовано збирати анамнез у хворих на урологічну патологію;</li></ul>

2. Урологія.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• різницю симптомів гострої затримки сечі та анурії, гематурії та уретрорагії;</li> <li>• види анурії залежно від етіологічного фактору;</li> <li>• види гематурії залежно від джерела кровотечі;</li> <li>• відміну гематурії від гемоглобінурії;</li> <li>• діагностичне значення кількісних та якісних змін у сечі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• проводити пальпацію нирки у різних положеннях хворого;</li> <li>• проводити пальпацію та перкусію сечового міхура;</li> <li>• проводити пальпацію яєчок, придатків, сім'яного канатика (освоєння пальпації передміхурової залози передбачено у занятті “пухлини передміхурової залози”);</li> <li>• проводити інтерпретацію результатів загального аналізу сечі та трьохсклянкової проби.</li> </ul>
--------------	--	---

#### 4. Зміст заняття.

Скарги хворих з захворюваннями нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів характеризуються больовим синдромом, розладом сечовипускання, кількісними та якісними змінами сечі. Особливу групу хворих складають пацієнти, які скаржаться на відділення з сечівника та розлади статевої функції (копулятивної та репродуктивної).

Для кожного студента, який закінчив медичний університет, найбільше значення має знання симптомів першої зазначеної групи.

Ниркова коліка – один з найбільш поширених симптомів багатьох урологічних захворювань (камінь нирок і сечоводів, сечокислий діатез, пухлина нирок, сечоводів, гідронефроз, нефроптоз та ін.). Хворі на ниркову коліку звертаються, насамперед, до лікаря загального профілю (дільничного терапевта, хірурга, лікаря швидкої допомоги), який повинен, перед тим, як почати боротьбу з больовим нападом, переконатися у вірності діагнозу. Звідси випливає, що знання симптоматики ниркової коліки, її диференціальної діагностики обов'язково для лікаря будь – якої спеціальності. Кожний хворий, страждаючий на ниркову коліку, повинен бути обстежений лікарем – урологом для встановлення її причин, тобто діагнозу захворювання.

Серед розладів сечовипускання невідкладної допомоги потребує гостра затримка сечі. Лікар повинен розібратися в причинах її виникнення, щоб надати вірну допомогу. В теперішній час, з урахуванням госпітальної інфекції, треба більш суворо підходити до катетеризації сечового міхура. З точки зору профілактики інфекції сечових шляхів при наданні невідкладної допомоги і за відсутністю ефекту від консервативних заходів, перевага віддається надлобкової пункції сечового міхура, після чого хворий повинен бути справлений до уролога.

При визначенні залишкової сечі треба ширше користуватися рентгенологічними і радіоізотопними методами дослідження, ніж катетеризацією сечового міхура після акту сечовипускання.

Неутримання та нетримання сечі – симптоми з різними механізмами виникнення. Клінічне оцінювання їх допомагає запідозрити ряд захворювань, що локалізуються у ділянці шийки сечового міхура, а також вад розвитку органів сечової і статеві систем.

Кількісні зміни сечі (поліурія, олігоурія, анурія), як і зміни її щільності у хворих на урологічну патологію, свідчать про порушення функції нирок (хронічна або гостра недостатність нирок). При наданні допомоги хворому, який має анурію, необхідно, насамперед, встановити її вид (аренальна, преренальна, ренальна чи постренальна). Інакше лікування буде невірним.

При наявності у хворого вираженої протеїнурії, особливо за умов нормального чи нерізкого підвищення вмісту в сечі формених елементів крові (лейкоцитів та еритроцитів), треба насамперед обстежити хворого на наявність гломерулонефриту.

Піурія та бактеріурія – ознаки запального процесу сечостатевої системи у чоловіків та сечової у жінок. Аналіз сечі дозволяє не тільки запідозрити чи виявити запальний процес (пієліт, пієлонефрит, уретрит, цистит, простатит, везикуліт та інші), але й контролювати процес лікування.

Гематурія також може бути ознакою запального процесу, але насамперед, вона повинна розцінюватись як ознака деструктивного процесу (ушкодження слизової оболонки конкрементом, пухлина). При цьому будь – який процес, що викликав гематурію, може викликати і мікрогематурію. Незалежно від ступеню виразності гематурії, клініцист повинен провести обстеження хворого. Інтерпретація ініціальної, тотальної і термінальної гематурії є першим пунктом обстеження хворого з метою встановлення діагнозу.

Мікрогематурія у дорослих, за відсутністю інших симптомів, найчастіше є ознакою пухлини сечового міхура. Макрогематурія і невизначене відчуття дискомфорту або припухлості в поперековій ділянці повинні спрямувати обстеження хворого на пошуки пухлини нирки.

Основи орієнтувальної діяльності студентів.

При зборі анамнезу у хворого з гострим нападом ниркової коліки необхідно з'ясувати:

1. Де почався біль (в поперековій ділянці чи в животі)?
2. Як виник біль (раптово чи поступово)?
3. Локалізацію і характер болю.

4. Куди іррадіює біль?

5. Чим він супроводжується (частіше сечовипускання, блювання, нудота, підвищення температури тіла).

При об'єктивном дослідженні такого хворого здійснюється пальпація ділянки нирок, визначається наявність симптому Пастернацького і, для виключення гострих хірургічних захворювань черевної порожнини, перитонеальних симптомів. З лабораторних методів дослідження терміново проводяться загальні аналізи крові та сечі.

У кожного хворого на урологічну патологію необхідно з'ясувати характер сечовипускання. При наявності частого сечовипускання (полакіурія), встановлюється, в який період доби вона виникає. Денна полакіурія характерна для каміня сечового міхура та цисталгії, нічна – для початкових проявів аденоми передміхурової залози, постійна – для органічних захворювань сечового міхура (цистит, пухлина та інші). При наявності утрудненого сечовипускання (странгурії) з'ясовується характер струменя сечі (в'ялий, тонкий, переривчастий).

При гострій затримці сечі встановлюється час її настання, причина (рефлекторна, захворювання і пошкодження спинного мозку, пухлина передміхурової залози, стриктура сечівника, інтравезікальна обструкція). Збільшений сечовий міхур при затримці сечі виявляється при огляді, пальпації, а у повних пацієнтів – при перкусії. Для хронічної затримки сечі характерна присутність залишкової сечі, методи визначення якої будуть розглянути на наступних заняттях. У випадку мимовільного відходження сечі, студент повинен визначити, який з двох симптомів має місце у наданому конкретному випадку – нетримання (справжнє чи удаване) або неутримання сечі. Для парадоксальної ішурії характерно нетримання сечі при переповненому сечовому міхурі. При зборі анамнезу хворих, які скаржаться на зміни кількості виділеної сечі, необхідно точне вимірювання її кількості за добу та визначення кількості випитої хворим рідини. При цьому вимірюється щільність сечі, що збільшена при цукровому діабеті (гіперстенурія), знижена при нецукровому діабеті, а також при хронічних двосторонніх захворюваннях нирок (гіпостенурія). Монотонна й низька питома вага (ізогіпостенурія) свідчать про виражену функціональну недостатність нирок, зокрема про порушення функції ниркових каналців. При значній нирковій недостатності, щільність сечі відповідає щільності фільтрату плазми крові.

У тих випадках, коли хворий відзначає олігоурію (виділення за добу менш, ніж 500 мл сечі), студент повинен з'ясувати чим вона зумовлена (зниження ниркового кровообігу, хронічні захворювання нирок, часткова обструкція сечоводів, поєднання цих причин). Такому хворому необхідно вимірювати артеріальний тиск, який може бути настільки

низьким, що ниркова перфузія буде мінімальною. Якщо систолічний тиск становить менш, ніж 80 мм. рт. ст. розвивається олігоурія або анурія. При хронічних захворюваннях нирок анурія не зустрічається. Тому саме, якщо у хворого встановлюється цей небезпечний симптом, студент повинен насамперед встановити його причину, зокрема визначити, чи не зв'язана вона з обструкцією сечовода, що може бути зумовлено конкрементами, непередбаченою перев'язкою сечовода під час гінекологічних операцій, ретроперитонеальним фіброзом, здавленням або проростанням сечоводів злоякісними новоутвореннями. Цей вид анурії розцінюється як постренальна (екскреторна). До секреторної анурії відносяться наступні її види: аренальна (ренопривна), преренальна та ренальна.

При об'єктивному обстеженні студент повинен розцінювати не тільки стан сечостатевих органів, але й інші системи. Наприклад, при нирковій недостатності виявляються зміни з боку шкіряних покривів, органів дихання, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту. При огляді хворого студент повинен враховувати, що припухлість у поперековій дільниці може спостерігатись при паранефриті, пухлинах нирки, зачервеного простора, а над лоном – часто свідчить про переповнення сечового міхура при гострій або хронічній затримці сечі. Огляд зовнішніх статевих органів у дітей, особливо у хлопчиків, дозволяє діагностувати ряд захворювань і аномалій розвитку, таких, як баланопостит, фімоз, парафімоз, коротка вуздечка крайньої плоті, гіпоспадія, епіспадія сечівника, водянка яєчка, його пухлини та інші. Пальпація нирок повинна проводитись у різних положеннях хворого (горизонтальному, на спині та на здоровому боці, у вертикальному положенні).

При цьому необхідно враховувати, що нирки пальпуються при їх збільшенні (гідронефроз, піонефроз, кістозна дегенерація, пухлини), опущенні (нефроптоз) або аномалії положення (дістопія), а також у осіб астеничної конституції. Огляд зовнішніх статевих органів обов'язково доповнюється їх пальпацією. Необхідно звертати увагу на наявність обох яєчок у мошонці.

Студент повинен пояснити хворому методику збору сечі для аналізу, тому, що невірною зібрана сеча, особливо у дівчаток та жінок, може стати причиною невірної діагностики, що зв'язано з помилковим виявленням піурії та бактеріурії. Це трапляється внаслідок забруднення сечі з піхви, прямої кишки та зовнішніх статевих органів. Єдино вірним методом отримання сечі у осіб жіночої статі є збір середньої порції сечі після оброблення великих та малих статевих губ, предвір'я піхви й зовнішнього отвору уретри розчином антисептика (3% розчин борної кислоти) і розводження статевих губ. У чоловіків та

хлопчиків, перед тим, як брати середню порцію сечі для дослідження, голівку прутня, після відведення крайньої плоті, слід також обробити антисептичним розчином.

Клінічна оцінка якісних змін сечі передбачає інтерпретацію протеїнурії. При цьому студенти повинні знати, що вміст від 50 до 150 мг білка в добовій сечі вважається нормальним, і це не повинно викликати занепокоєння. Слід пам'ятати, що при макрогематурії та піурії, протеїнурія може бути удаваною, тобто не зв'язаною з захворюванням ниркових клубочків. Найчастішою причиною патологічної (справжньої) протеїнурії є патологія ниркових клубочків, яка спостерігається при гострому та хронічному гломерулонефриті, коли крізь клубочки фільтрується велика кількість білків плазми крові. При урологічних захворюваннях (пієлонефрит) протеїнурія, як правило, буває удаваною і менш вираженою кількісно, ніж при гломерулонефриті, коли в добовій сечі міститься від 8 до 10 г білка.

Інтерпретація вмісту лейкоцитів у осаді сечі дозволяє встановити наявність запального процесу сечових шляхів. Вміст більше, ніж 3-6 лейкоцитів у полі зору при великому збільшенні ( $\times 400$ ) має бути розцінене як патологічне явище. Менша їх кількість не виключає присутності запального процесу тому, що при ряді захворювань (хронічний пієлонефрит) лейкоцитурія (піурія) буває прихованою. На цих питаннях студенти повинні фіксувати свою увагу при вивченні відповідної патології. При явній лейкоцитурії студенти призначають хворому трьохсклянкову пробу. При цьому вони інструктують хворого про необхідність на початку акту сечовипускання збирати сечу в першу склянку (достатньо 30 мл), середню порцію – у другу склянку, а останню – у третю склянку. Вміст лейкоцитів, так само, як і бактерій, в першій склянці вказує на наявність уретриту. У другій склянці містяться всі патологічні елементи міхурової сечі. Виявлення в ній патологічних елементів вказує на локалізацію патологічного процесу вище від шийки сечового міхура, тобто в сечовому міхурі, сечоводах або нирках. Підвищення вмісту лейкоцитів у третій порції сечі характерно для ураження простатичної частини сечівника або шийки сечового міхура. Лейкоцити при цьому потрапляють у сечу під час різкого скорочення шийки наприкінці акту сечовипускання.

При встановленні у хворого гематурії (більш, ніж 2 еритроцита у полі зору мікроскопа) треба по аналогії з лейкоцитурією за допомогою двохсклянокової проби встановити її вид – ініціальна, термінальна, або тотальна. При ініціальній гематурії кров виявляється у сечі на початку акту сечовипускання (сторонній предмет, пухлина уретри, уретрит). При тотальній гематурії кров міститься у сечі на протязі усього акту сечовипускання (пухлина сечового міхура, сечовода чи нирки, сечокам'яна хвороба, туберкульоз нирки та інші). При термінальній гематурії джерелом кровотечі є простатичний відділ уретри і шийка

сечового міхура. Треба знати, що окрім почервоніння сечі за рахунок еритроцитів, воно може бути викликано гемаглобінурією, внаслідок судинного гемолізу, а також прийому фенолфталеїну, вживання у їжу буряку або ревеню. Основи орієнтувальної діяльності студентів при наявності у хворого бактеріурії надані при розгляді теми “Пієлонефрит”.

## 5. План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст.	Навчальні цілі у рівнях засвоєння.	Засоби навчання та контролю.	Матеріали щодо методичного забезпечення наочності заняття, контролю знань тих, хто навчається.	Термін (у хв. або у %) від загального часу заняття.
1	2	3	4	5	6
1.	Підготовчий етап:				
2.	Вступ.		уч. кімната	тести	2 хв.
2.	Контроль початкового рівня знань.		уч. кімната	історії хвороб	10 хв.
1.	Основний етап:			задачі	50 хв.
1.	Демонстрація хворих та розбір історій хвороб.		відділення	слайди,	
2.	Розв’язування ситуаційних задач.		уч. кімната	рентгенограми	30 хв.
3.	Демонстрація слайдів та рентгенограм.		уч. кімната	мед. препарати	10 хв.
	Заключний етап				
1.	Перевірка засвоєння знань.		уч. кімната	тести	5 хв.
2.	Підведення підсумків та корекція напрямків засвоєння теми		уч. кімната	ситуаційні задачі	5 хв.
3.	Оцінка знань та оголошення теми наступного заняття.		уч. кімната		3 хв.

## 6. Матеріали щодо методичного забезпечення заняття.

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: тести.

1. Біль, який виникає в поперековій ділянці під час сечовипускання є ознакою:

A. гострого холециститу;

B. перекрута кісти яєчника;

\*C. міхурово-мискового рефлюкса;

D. радікулопатії.

E. ниркової коліки



2. Жінка, 48 років, скаржиться на те, що втрачає сечу при будь – якій напрузі – кашлю, підніманні ваги. Більше ніяких розладів сечовипускання немає. Про який симптом іде мова?

А. нетримання сечі

\*В. неутримання сечі

С. дизурію

Д. полакіурію

Е. странгурію

3. Хвора, 36 років, надійшла до клініки зі скаргами на болі у правій поперековій ділянці, появу крові у сечі після нападу болю. Раніше в осаді сечі знаходила піщинки брунастого кольору. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького праворуч позитивний. При дослідженні сечі виявлена мікрогематурія, уратурія. Про яке захворювання можуть свідчити вказані симптоми?

\*А. сечокам'яну хворобу

В. пухлину нирки

С. пухлину міхура

Д. цистит

Е. травму нирки

4. У хворій 18-ти років, незаміжній, раптово виникли болі у лівій поперековій ділянці. Температура тіла в нормі. Відзначається нудота, поклики на блювання. Сечовипускання не порушено. Під час бімануальної пальпації біль ліворуч посилюється (праворуч пальпація нирки безболісна). Нирки не пальпуються. Про яке захворювання слід думати?

А. гострий пієлонефрит

В. гострий холецистит

\*С. ниркову кольку

Д. радикуліт

Е. пневмонію

5. Хворий 74 роки. Протягом 2-х років відзначає утруднене сечовипускання, сечувався натужуючись, в'ялим струменем, що нерідко переривався. При надходженні до лікарні відзначає нетримання сечі, постійний розпираючий біль над лобком. Тут є видиме випинання, верхній край якого знаходиться на рівні пупка. Перкуторно в цій ділянці

відзначається тупість. Сеча протягом кількох днів відділяється самовільно по краплинах.

Про наявність якого захворювання слід гадати і чому?

\*А. гіперплазія передміхурової залози

В. стриктура уретри

С. нейрогенний сечовий міхур

Д. камінь сечового міхура

Е. травма уретри

6. Хворий, 34 роки. Скаржиться на гострий біль у ділянці промежини, що віддає у крижі, над лобком. Температура тіла 38,3? С. Захворів 2 дні тому, коли водночас з біллю з'явилося утруднене сечовипускання. Сьогодні вранці трапилась гостра затримка сечі.

Який попередній діагноз?

А. травма уретри

В. гострий уретрит

С. гострий цистит

\*Д. гострий простатит

Е. гострий пієлонефрит

7. Мати скаржиться, що дитина 5-ти років сечується під час сну. Об'єктивно й при дослідженні сечі патологічних змін не виявлено. Яку назву носить захворювання?

А. ніктурія

В. нічна полакіурія

\*С. енурез

Д. дизурія

Е. нетримання сечі

8. Хвора, 28 років, одружена. Два роки тому хворіла на сальпінгоофорит. З того часу відзначає періодичне (навесні і восени) часте, часом болісне сечовипускання, переважно у денний час, біль у надлобковій ділянці. Вночі поклики до сечовипускання не турбують.

Перед відвідуванням уролога, була оглянута гінекологом, який не виявив жодних захворювань з боку жіночих статевих органів. Неодноразові аналізи сечі – без патологічних змін. Про яке захворювання слід подумати?

А. хронічний цистит

\*В. цисталгія

С. ендометрит

- D. уретрит
- E. аднексит

9. У хворого 23 років з дизурією, виражене помутніння першої порції сечі внаслідок домішок лейкоцитів і бактерій. Який попередній діагноз?

- A. гострий простатит
- B. гострий цистит
- \*C. гострий уретрит
- D. гострий пієлонефрит
- E. абсцес простати

10. До кількісних змін сечі належать:

- A. гематурія;
- B. піурія;
- \*C. олігурія;
- D. гемоглобінурія.
- E. странгурія

6.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: таблиці, слайди, тести, історії хвороб, рентгенограми, знімки комп'ютерної томографії, хворі, негатоскоп, мультимедійний проектор.

6.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: ситуаційні задачі.

1. Хворий, 32 роки, скаржиться на гострий біль у правій половині живота, нудоту. Двічі спостерігалось блювання. Захворів дві години тому, коли з'явився біль у правій поперековій дільниці, який невдовзі перемістився до відповідної половини живота. Був доставлений у приймальний покій каретою швидкої медичної допомоги. Об'єктивно: температура тіла – 36,9° С, пульс – 62 у 1 хвилину, ритмічний. Права половина живота відстає у акті дихання. Симптом Пастернацького праворуч слабопозитивний. При пальпації живота відзначається локальна болісність у правій здухвинній дільниці. Перитонеальних симптомів немає. Сечовипускання часте, малими порціями. Про які захворювання можна гадати і чому? Які дослідження слід негайно провести для уточнення діагнозу?

2. Мати скаржиться, що дитина 5-ти років сечується під час сну. Об'єктивно й при дослідженні сечі патологічних змін не виявлено. Яку назву носить захворювання? У кого воно зустрічається частіше, у хлопчиків чи у дівчаток? Який механізм його виникнення?

3. У хворого 23 років виражене помутніння сечі внаслідок домішок лейкоцитів і бактерій, однак невідома локалізація запального процесу. Яку просту і загальнодоступну методику слід вжити?

З якими захворюваннями і на основі яких симптомів слід диференціювати діагноз уратного конкременту. Назви методів розчинення уратних камінців.

Розробники:

зав. кафедри урології та нефрології, професор Ф.І. Костев

професор кафедри урології та нефрології Ю.М. Дехтяр

професор кафедри урології та нефрології М.І. Ухаль

доцент кафедри урології та нефрології І.В. Рачок

доцент кафедри урології та нефрології Л.І. Красилюк

доцент кафедри урології та нефрології М.В. Шостак

доцент кафедри урології та нефрології Р.В. Савчук

асистент кафедри урології та нефрології С.В. Богацький

асистент кафедри урології та нефрології О.М. Кваша

### **Рекомендована література.**

Основна:

1. С. П. Пасечников; Урология: підручник/ под ред. С. П. Пасечникова, С. А. Возіанов, В. Н. Лесовий [и др.]. – Вид. 3-е. – Вінниця : Нова Книга, 2019.
2. Пасечников С.П. Сучасні параблеми урології: [посібник]: довідник лікаря/ С.П. Пасечников, В.І. Зайцев. - Київ: Б-ка Здоров'я України; 2017.
3. Стусь В.П. Урология (практические навыки для врачей-интернов) / Стусь В.П., Пасечников С.П. Учебно-методическое пособие.- Днепропетровск: ООО «Акцент ПП», 2016.
4. Саричев Л. П. Симптомы урологічних захворювань : метод. рек. Для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019.
5. О.В, Люлько, О.Ф. Возіанов Підручник "Урологія" 3-видання. Пороги. Днепропетровск. - 2012р.
6. "Урологія (Методичні розробки практичних занять для студентів)" за редакцією професора В.П. Стуса, видання друге, доповнене. / А.П. Стусь. Моїєєінко М.М., Фрідберг А.М., Поліон М.Ю., Бараннік К.С., Суварян А.Л., Краснов В.М., Крижанівський О.Ю. - Дніпро:ТОВ"Акцент". - 2018. - 336с.
7. Урология : учебник для студ. высших мед. учебн. заведений : перевод с укр. издания / С.П. Пасечников, С.А. Возіанов, В.Н. Лесовой, Ф.И. Костев, В.П. Стусь, и др./

Под ред. С.П. Пасечников - Изд.2. - Винница : Новая Книга, 2015. - 456 с.: ил.

8. Urology:textbook for students of higher medical education Institutions /S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.);ed. by Pasechnikov. / S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.) - Vinnytsia: Nova Knyha, 2016. - 400 p.

9. EAU Guidelines, edition presented at the 28th EAU Annual Congress, Milan 2021. ISBN 978-90-79754-71-7. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

Додаткова:

1. Бойко М.І., Пасечников С.П., Стусь В.П. та інш. Клінічна андрологія // Довідник лікаря «Андролог».- К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», 2013.- 222 с.
2. Саричев Л. П. Клінічна анатомія і фізіологія органів сечової і чоловічої статеві системи : метод. рек. для викладачів / уклад. Л. П. Саричев, С. А. Сухомлин, С. М. Супруненко. – Полтава, 2019. – 11 с.
3. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019. – 14 с.
4. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф. Возианова, А.В. Люлько. Днепропетровск, 2002.-Т. 1,2,3.
5. Бібліотека студента медика. Урологія. За ред.. Ф.І. Костева. - Одеса, 2004. - 296с.
6. Урологія / За ред. проф. О.С. Федорука – Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2011. – 344с.

### **13. Інформаційні ресурси**

Сайт університету <https://onmedu.edu.ua>

Бібліотека [library.odmu.edu.ua](http://library.odmu.edu.ua)

1. <https://uroweb.org/>
2. <https://www.nccn.org/>
3. <https://www.auanet.org>
4. <https://www.inurol.kiev.ua/>
5. <https://www.souu.org.ua/>