

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра урології та нефрології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА Практичного заняття для викладачів

Тема заняття Травматичні пошкодження нирок та верхніх сечових шляхів.

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 заняття: Травматичні пошкодження нирок та верхніх сечових шляхів – 2 год.

2. Актуальність теми.

В зв'язку з урбанізацією, науково-технічною революцією рівень побутового та виробничого травматизму високий і серед причин смертності травматизм займає друге або третє місце(чергуючись з онкозахворюваннями).

Пошкодження нирок нерідко поєднується з пошкодженням органів черевної порожнини або інших. Розпізнавання пошкодження нирок або рішення питання про наявність супутних пошкоджень інших органів інколи буває важкою проблемою. При пошкодженні нирки може бути подразнення очеревини, наявність притуплення в бокових відділах живота, обмеженість екскурсій грудної клітки, ознаки внутрішньої кровотечі. Особливо важка діагностика в тих випадках, коли хворий знаходиться без свідомості внаслідок шоку, алкогольного сп'яніння. Старанно зібраний анамнез механізму травми, дослідження сечі дозволяють лікареві, частіш за все хірургу, швидко зорієнтуватись і запросити для консультації уролога, а ще краще своєчасно виконати екскреторну урографію.

В ряді випадків пошкодження нирок хірург знаходить на операційному столі під час виконання хворому лапаротомії в зв'язку з передбаченим (або супутнім) пошкодженням органів черевної порожнини і "гострому животі". В цій ситуації при відсутності уролога хірург повинен вирішити, що робити і оптимально зробити все потрібне.

Пошкодження нирки досить часто супроводжується переломом ребер. При переломі X, XI, XII ребер лікар-травмотолог або хірург-пульмонолог повинен з'ясувати стан нирки.

Переломи кісток тазу нерідко поєднуються з позаочеревним пошкодженням сечового міхура та сечівника. Першу допомогу хворому в таких ситуаціях частіше виконує травматолог, який при відсутності уролога повинен вміти виконати ретроградну уретрографію або цистографію, прооперувати хворого.

Лише неповний перелік цих ситуацій показує необхідність вивчення теми студентами і лікарями широкого кола професій.

3. Цілі заняття:

3. Загальні цілі:

3.1. Загальні цілі- Студент повинен ознайомитись:

- з рівнем травматизму в Україні та в регіоні; частотою травматизму нирок, сечових шляхів та чоловічих статевих органів;

- шляхами скорочення травматизму і інвалідизації

3.2. Виховні цілі:

- під час заняття розвивати думку про залежність долі хворого (протяжність лікування, вірогідність інвалідизації чи даже смерті) від знання клінічних ознак і вміння вжити термінових заходів при травмі сечостатевих органів;

- сформувати уяву про необхідність вміння провести і оцінити рентгенологічне обстеження хворого з підозрою на пошкодження сечостатевих органів;

- відзначити внесок вітчизняних військових лікарів під час Другої Світової Війни в діагностику та лікування сечостатевої травми. Роль вітчизняної медичної науки є розробці диспансеризації та реабілітації хворих після травм.

У слухачів розвивати думку, що під час стихійного лиха, виробничих аварій і катастроф та військових дій збільшується частота травматичних пошкоджень сечостатевих органів, а значить знання їх діагностики та лікування необхідні лікарям усіх спеціальностей, в їхнім патріотичним обов'язком.

3.3. Конкретні цілі- Студент повинен знати:

- механізми пошкоджень нирки, сечоводу, сечового міхура;

- класифікацію пошкоджень нирок;
- клінічні ознаки в залежності від ступеня травми органів нирки;
- діагностику пошкодження і диференційну діагностику комбінованої травми сечостатевої системи;
- консервативне і хірургічне лікування пошкоджень органів сечостатевої системи;
- види пошкоджень сечоводу, їх клінічні ознаки;
- діагностику і лікування пошкоджень сечоводу;
- класифікацію і клінічні ознаки пошкоджень сечового міхура;
- діагностику, диференційну діагностику і лікування пошкоджень сечового міхура.
- механізм пошкоджень і їх класифікація при травмі сечівника;
- клінічні ознаки та діагностика пошкоджень сечівника;
- лікування травм уретри;
- стриктура сечівника: причини, діагностика та методи ендоскопічного, консервативного і хірургічного лікування;
- механізми пошкоджень статевого члена, їх класифікація та клінічні ознаки;
- діагностика і лікування пошкоджень статевого члена;
- класифікація і клінічні ознаки пошкоджень мошонки і її органів;
- діагностику і лікування пошкоджень мошонки і яєчок.

в) III рівень- Надати студентам можливість оволодіти навичками, технікою виконання:

- оволодіти методикою обстеження хворого (анамнез, огляд нирок в трьох положеннях, пальпація і перкусія сечового міхура);
- вміти розпізнавати на рентгенограмах ознаки травми нирки, сечоводу, сечового міхура;
- вміти виконати ретроградну цистографію та уретрографію;
- скласти план обстеження, схему консервативної терапії і обґрунтувати необхідність і обсяг хірургічного лікування хворого з травмою нирки, сечового міхура.

г) IV рівень – Творчий, що включає пошук, відкриття студентом-дослідником способу дій, нових знань (для найбільш здібних студентів, для членів студентського наукового товариства)

теми рефератів:

1. Ятрогенні травми нирок, сечоводу, сечового міхура та уретри
2. Особливості пошкоджень сечоводу і сечового міхура в акушерській та генікологічній практиці. Сечові нориці сечоводу, сечового міхура;
3. Особливості клінічних ознак пошкоджень нирок, сечового міхура та уретри у дітей;
4. Зробити аналіз травми у хворих, що лікувались в урологічній клініці за 5 років;
5. Вивчити ефективність використання в комплексній консервативній терапії при травмі нирки антиоксидантів, ферментів, озонотерапії або інше.

2.2. Виховні цілі.

- під час заняття розвивати думку про залежність долі хворого (протяжність лікування, вірогідність інвалідизації чи даже смерті) від знання клінічних ознак і вміння вжити термінових заходів при травмі сечостатевих органів;
- сформуванню уяву про необхідність вміння провести і оцінити рентгенологічне обстеження хворого з підозрою на пошкодження сечостатевих органів;
- відзначити внесок вітчизняних військових лікарів під час Другої Світової Війни в діагностику та лікування сечостатевої травми. Роль вітчизняної медичної науки в розробці диспансеризації та реабілітації хворих після травм.

- у слухачів розвивати думку, що під час стихійного лиха, виробничих аварій і катастроф та військових дій збільшується частота травматичних пошкоджень сечостатевих органів, а значить знання їх діагностики та лікування необхідні лікарям усіх спеціальностей і є їхнім патріотичним обов'язком.

3. Міждисциплінарна інтеграція.

№ п/п	Предмет	Знати	Вміти
1.	Попередні дисципліни		
	а) анатомія б) топографічна анатомія з оперативною хірургією	3.1.1. нирка: форма, будова, топографія заочеревного простору і взаємовідношення із сусідніми органами; 3.1.2. анатомія і топографія сечоводу, особливості топографії в тазовому відділі; 3.1.3. сечовий міхур: анатомія, особливості топографічного відношення до черевної порожнини та органів тазу. 3.1.4. Уретра: анатомія особливості топографічного відношення до черевної порожнини та органів тазу	3.1.2.1. дронування тазової клітковини по Буяльському-Мак-Уортеру 3.1.2.2. Новокаїнова блокада по Школьникову 3.1.2.3. топанатомія сечівника (будова, кровообіг та інервация), мошонки, яєчок і придатків, статевого члена. 3.1.2.4. техніка хірургічних втручань на сечівнику та зовнішніх статевих органах.
	в) пропедевтика внутрішніх хвороб	3.2.1. клінічні симптоми (скарги і фізикальне обстеження) та лабораторні ознаки захворювань і пошкоджень нирок і сечового міхура.	Пальпувати сечівник, мошонку та її органи.
Послідуючі дисципліни			
	а) хірургія	3.3. рентгенологічні ознаки пошкоджень сечівника. 3.4. показання до хірургічного лікування органів мошонки при пошкодженні.	3.3.1. виконати екскреторну чи інфузійну урографію; 3.3.2. вміти виконати катетеризацію сечового міхура для ретроградної цистографії. 3.3.3. виконати ретроградну уретрограму 3.3.4. виконати операцію ревізії, дронування гематоми мошонки та операцій на яєчках.
	б) травматологія	Теж, що й хірург.	Теж, що й хірург; 3.4.1. вміти виконати троакарну пункцію сечового міхура.

	в) акушерство і гінекологія	Теж, що й хірург.	Теж, що й хірург і травматолог; 3.5.1. вміти провести пробу Зельдовича при підозрі на пошкодження сечового міхура при акушерських та гінекологічних операціях.
--	-----------------------------	-------------------	--

4. Зміст заняття: структурно-логічна схема змісту.

Основні положення заняття.	Характеристика
I. пошкодження нирок	
4.1.1. класифікація	4.1.1. закриті, відкриті; 4.1.2. ізольовані; комбіновані(60%!!); 4.1.3. виробничі, побутові, спортивні, <u>ятрогенні</u> .
4.1.2. механізм травм	Прямий удар – найчастіше; падіння на ноги – нирка відкидається на 12 ^е ребро; при патологічних змінах – гідронефроз, новоутворення; роль гідродинамічного удару – можливе пошкодження контрлатеральної, <u>ятрогенні</u> : ретроградна пієлографія, поперекова новокаїнова блокада, пункційна біопсія, черезшкірна нефростомія, екстрокорпоральна літотрипсія.
4.1.3. класифікація закритих травм нирки	6 груп в залежності від обширності травматичних пошкоджень. Легкі – без розриву миски та чашок : I – забій; II – розрив паренхіми без розриву капсули; III – розрив паренхіми і капсули. Важкі : IV – урогематома – розрив ЧМС, паренхіми і капсули; V – розчавлення нирки (варіанти: без пошкодження капсули, без пошкодження ЧМС); VI – відрив судинної ніжки.
4.1.4. клініка	Загальні ознаки: біль, гематурія, припухлість. Біль 80-95%. Шок і анемія без макрогематурії V-VI ст; в ранній період з гематурією – ознака комбінованої травми. Шок інколи IV ст комбінована з травмою печінки, селезінки.
4.1.5. діагностика	Анамнез: напрямок і сила удару. Огляд: крововиливи, ссадини, локальна болючість, макро- чи мікрогематурія, урогематома; ознаки анемії. УЗД – осередки порушень структури нирки та стан околониркової клітковини. Рентгенметоди : а) оглядова: кістки, м'язи, газ; б) в/в при АТ більше 80 мм рт.ст., краще інфузійна; в) ретроградна (в умовах відсутності УЗД); г) комп'ютерна томографія. Рентгенознаки: слабе, пізнє заповнення ЧМС; позачашкове та позаниркове затікання контраста; деформація чашечок та миски.
4.1.6. диференційна діагностика	Комбінованої травми (печінки, брижі та її судин, кишок, селезінки): рано шок, рано перитоніт, іноді важко. Лапароскопія, “шарячий катетер”. Лапаротомія, особливо V-VI гр., контроль стану другої нирки (аномалії !!!)
4.1.7. лікування: <u>тільки госпіталізація!</u>	Легка травма I-III гр. – консервативне: ліжковий режим 8-14-20 днів, аналгетики, гемостатики, антибактеріальні, антиоксиданти, метаболіки. Показання для операції: а) профузна макрогематурія; б) урогематома; в) шок, анемія; г) комбінована травма; д) інфікована урогематома. Види операцій: 1) зашивання, нефростомія, гемостаз м'язами, клітковиною; 2) резекція, нефростомія; 3) нефректомія; 4) при комбінованій травмі – лапаротомія, а потім втручання на нирці.
4.1.8. ускладнення	Ранні: гематурія, нагноїння урогематоми; двохфазний розрив нирки; вторинна, або пізня, гематурія через 1-2 тижні; гострий пієлонефрит. Пізні: гідронефроз, хронічний пієлонефрит, склерозуючий паранефрит, артеріальна гіпертензія, камені нирок.

II. Пошкодження сечоводів	
4.2.1. класифікація	Закриті: а) забій; б) неповний розрив чи розчавлення стінки сечовода; в) повний розрив; г) переривання сечовода; Відкриті: а) непроникаючі (лише м'язова оболонка, а слизова ціла); б) неповні або пристінкові (м'язова і слизова оболонки); в) повні з розходженням кінців. Ятрогенні: перев'язування, розсікання, відрив від сечового міхура чи нирки, видалення сегмента, розчавлення.
4.2.2. клініка	Найчастіше ознаки поєднання пошкоджень органів черевної порожнини. Симптоми сечової інфільтрації: біль у поперековій ділянці, підвищення температури, прояви інтоксикації, напруження м'язів, подразнення пристінкової очеревини, пастозність при ректальному чи вагінальному дослідженні, набряки у ділянці статевих губ чи мошонки. При відкритих пошкодженнях, якщо не розпізнане, то на 6-12 добу спостерігається сечовий свищ.
4.2.3. діагностика	Екскреторна (інфузійна), часто ретроградна уретеропієлографія: безформний сечовий затінок, його рівень. Фістулографія при свищах. При анурії катетеризація двох сечоводів. Інтраопераційно: анатомічне виділення на протязі.
4.2.4. лікування	Завдання: а) спорожнення сечового затьоку; б) відновлення безперервності. Консервативне: забій, надрив стінки. Інтраоперативно: бічне пошкодження – накладають 2-3 шви.; При повному розриві косо П-образними і додадковими вузловатими накладають первинний шов. При інфільтрації в 2 етапи: нефростомія або уретеростомії і дренажі, а через 6-10 тижнів пластикна чи відновна операція. При порушеннях тазової частини - уретерцистонеостомія, а при дефекті сечоводу пластика Боарі або Демеля або трансплантат із кишки, аутоотрансплантація нирки.
III. Пошкодження сечового міхура	
4.3.1. класифікація	Закриті і відкриті, ізольовані і поєднані, внутрішньоочеревні і позаочеревні.
4.3.2. механізм	Характер травми і умови. Велике значення сила гідростатичного тиску; при цьому має значення раптовість, швидкість сили удару. Зсередини ятрогенно: буж, цистоскоп, металевий катетер. Перелом кісток тазу – осколки.
4.3.3. клініка	Позачеревний: макрогематурія, розлади сечовипускання – несправжні позиви, тенезми. Біль у надлобковій ділянці, тупість при перкусії. Можлива затримка сечі. Внутрішньоочеревний: Ранній симптом біль в лобковій, а потім по всьому животу. Швидко явища перитониту. Відсутність сечовипускання, а при тампонаді дефекту - зберігається. При поєднанні з травмою кісток тазу; блідий, тахікардія, зниження АТ, при приєднанні інфекції - флегмона, уросепсис.
4.3.4. діагностика	Катетеризація: позаочеревний – нема сечі, або слабким струменем; внутрішньоочеревний – з кров'ю, нерідко багато рідини до 10 % білка з черевної порожнини. Проба Зельдовича. Ретроградна цистограма: непроникаючий чи позаочеревний, місце розриву, розташування затьоку. Якщо провести катетер в міхур не вдається, треба виконати нисхідну цистограму з допомогою екскреторної

	(інфузійної) урографії. Диференційна діагностика з пошкодженням органів черевної порожнини по гематурії, розладах сечовипускання і цистографії.
4.3.5. лікування	При повному розриві внутрішньоочеревному негайна операція: ревізія, ушивання, уретральний 3 ^x ходовий Фолі, при сечовій інфільтрації – епіцистостома. При позаочеревному: екстраперитонеально виділяють, ушивають, 2 дренажі при ранній операції і при інфільтрації дренаж через затульний отвір по Буяльському. При відриві шийки міхура від сечівника проводять по сечівнику катетер з балоном, яким притискають шийку до сечівника.
Пошкодження уретри	
4.4.1.Механізм пошкоджень	Перелом кісток тазу – за рахунок фіксації зв'язками до симфізу або зламами кісток (46-52%). Удар по промежині. Родова травма, буж, цистоскоп.
4.4.2.Класифікація	Закриті, відкриті. Повні і неповні. Травма задньої промежинної та передньої уретри (часто відкриті).
4.4.3.Клініка	Уретрорагія, біль при сечовипусканні, інколи затримка сечовипускання, гематома промежини (урогематома). Клінічні прояви залежать від характеру, локалізації пошкоджень і інтенсивності сечової інфільтрації, вплоть до флегмони і уросепсису.
4.4.4.Діагноз	Анамнез і огляд: механізм травми, уретрорагія, порушення сечовипускання, гематома. Основний метод вияву місця і обширності пошкоджень – ретроградна урографія 30% 10-30 мл контрастом.
4.4.5..Лікування	Неповні – консервативно, при затримці сечі – троакарна епіцистостомія. Первинний шов до 6 годин. При переломі кісток тазу – виводять із шоку, епіцистостома (див. травми сечового міхура). При пізній госпіталізації – фістула, дренажування затьоків. При травмі сечівника і прямої кишки – надлобкова фістула і сігмостома.
4.4.6.Стриктуря сечівника	Причини. Діагностика: уретрографія, буж, уретроскопія. Ендоскопічне і хірургічне лікування (методи Хольцова, Соловова, Русакова. Бужування.
Пошкодження статевого члена	
4.5.1.Механізми і класифікація	Ізольовані і поєднані, закриті й відкриті. Термічні – опіки, відмороження. Закриті: забій, перелом, вивих. Відкриті: рвано-забиті, колото-різані, вогнестрільні.
4.5.2.Клініка	Забій: під шкірою масивні крововиливи, утруднене або повна затримка сечовипускання. Перелом: тяжке пошкодження; різкий біль під час ерекції, яка припиняється, а член швидко збільшується, стає ціанотичним, викривленим. Може пошкодитись і сечівник – уретрорагія, затримка сечі, сечові затьоки. Вивих: переміщення кореня члена під шкіру лобкової ділянки, промежини, мошонки чи стегна. Ущемлення внаслідок його перев'язування, надягання предметів.
4.5.3.Діагностика і лікування	Діагностика витікає із анамнезу і клініки Забій: перші дні холодні компреси, постільний режим, антибіотики; з 3-4 доби – теплі ванни, розсмоктувальні засоби. При розриві кавернозних тіл операція виділення і зашивання дефекту

	білочної оболонки. Вивих: оголення кореня статевого члена, зупинка кровотечі, вправлення кореня, накладання швів на розірвані зв'язки. При відкритих пошкодженнях хірургічна обробка, ушивання, зупинка кровотечі (прошивання магістральних судин). При ампутації з часом фалопластика (Богораз-Маят, Шап-Годвун).
Пошкодження мошонки та її органів	
4.6.1.Механізм і класифікація	Закриті і відкриті: рвано-забиті, колоті, різані й вогнестрільні та поєднані. Пошкодження в зв'язку: удару, падіння, їзда на велосипеді чи конях, автомобільна комбінована травма.
4.6.2.Клініка і діагностика	Крововилив із збільшенням мошонки, гематома може поширюватись на статевий член, промежину, стегна, передню стінку живота, навіть незначний забій яєчка характеризується гострим болем, нерідко шок. Поступово картина орхоепідидиміту. У хлопчиків часто перекрут яєчка, придатка або гідатиди яєчка (набрякання і почервоніння). Діагностика шляхом огляду, ехосканування.
4.6.3.Лікування	При легкій травмі: постільний режим, тугі плавки холодні компреси, новокаїнова блокада, через тиждень теплові процедури. При важкій травмі: боротьба з шоком, а « <u>при підозрі на підшкірний розрив яєчка – негайна операція</u> . Всі гострі процеси в органах мошонки і травми є показанням до операції» (О.Ф.Возіанов, В.О.Люлько) Об'єм залежить від ступення та характеру травми. Видаляють нежиттєздатну паренхіму, яєчко лише при розчавленні або відриві. Аутоантитіла та імунодепресанти. При відриві мошонки яєчка тимчасово розміщують під шкірою стеген або надлобкової ділянки.

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	Термін (у хвилинах або %) від загального часу
1	2	3	4	5	6
1.	Підготовчий етап				
1.1.	Організіція заняття				1-3 хв.
1.2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2. Навчальні цілі Див.п.1. Актуальність теми	
1.3.	Контроль вихідного рівня знань:				
1.3.1.	Механізм пошкоджень сечостатевої системи	I або II рівень	1. Індивідуальне усне опитування (див. питання 6.1.)	1. питання для усного опитування	10-20 % (±5%)
1.3.2.	Клініка травм органів сечостатевої системи	II або III рівень	2. Письмове теоретичне рішення задач II рівня (див. задачі 6.2.)	2. по 5 задач для письмового рішення 3. таблиці 4. рентгенограми 5. візит до кабінету УЗД, цистоскопічної	
1.3.3.	Діагностика та диференційна діагностика пошкоджень органів сечостатевої системи	II або III рівень			
1.3.4.	Лікування, ускладнення травм органів сечостатевої системи	II або III рівень			
1.3.5.	Класифікація, механізм і клініка пошкоджень сечоводу.	II або III рівень			
1.3.6.	Діагностика і лікування травм сечоводу.	II або III рівень			
1.3.7.	Механізм травм і класифікація пошкоджень сечового міхура	I або II рівень			

1.3.8.	Клініка і діагностика травм сечового міхура	II або III рівень			
1.3.9.	Лікування травм сечового міхура та уретри	II або III рівень			
2.	Основний етап				
1	2	3	4	5	6
2.1.	Оволодіти навиком рентгендіагностики	III рівень	Практичний тренінг	Набір рентгенограм	60-70 %
2.2.	Оволодіти технікою виконання блокади канатика, пальпування нирки		Демонстрація біля хворого	Алгоритм оволодіння технікою виконання	
2.3.	Окреслити схему обстеження хворого, встановити діагноз		Практичний тренінг	Історії хвороби, текстові ситуаційні задачі (див. 6.3.)	
2.4.	Провести курацію хворого		Практичний тренінг	Алгоритм курації (див. 6.2.)	
3.	Заключний етап				
3.1.1.	Поставити рентгенологічний діагноз	III рівень	3.1. індивідуальний контроль результату вивчення студентом рентгенограми 3.1. індивідуальний контроль	Рентгенівські знімки	10-15 %
3.1.2.	Рішення нетипових ситуаційних задач			Нетипові ситуаційні задачі (див. 6.3.)	
3.2.	Підведення підсумків заняття			Орієнтовна карта самостійної роботи з літературою (див. 6.4.)	
3.3.	Домашнє завдання: учбова література по темі, основна та додаткова (див.8)				

6. МАТЕРІАЛИ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

6.1.1. Питання для підготовчого етапу заняття (контроль вихідного рівня знань):

1. Класифікація і механізм пошкоджень нирок.
2. Клініка симптоматологія і діагностика пошкоджень нирок.
3. Значення рентенологічного обстеження (інфузійна, ретроградна урографія, комп'ютерна томографія) в діагностиці та диференційній діагностиці травм нирок.
4. Показання для консервативного та способи хірургічного лікування пошкоджень нирок.
5. Ранні та пізні ускладнення пошкоджень нирок.
6. Механізми та класифікація пошкоджень сечоводів.
7. Клініка та діагностика пошкоджень сечоводів.
8. Лікування пошкоджень сечоводів.
9. Механізми пошкоджень і класифікація травм сечового міхура.
10. Симптоми, діагностика і диференційна діагностика пошкоджень сечового міхура. Лікування травм сечового міхура.
11. Механізм пошкоджень і їх класифікація при травмі сечівника.
12. Клінічні ознаки та діагностика пошкоджень сечівника.
13. Лікування травм уретри.
14. Стриктуря сечівника: причини, діагностика та методи ендоскопічного, консервативного і хірургічного лікування;
15. Механізми пошкоджень статевого члена, їх класифікація та клінічні ознаки.
16. Діагностика і лікування пошкоджень статевого члена.
17. Класифікація і клінічні ознаки пошкоджень мошонки і її органів.
- 18/ Діагностика і лікування пошкоджень мошонки і яєчок.

6.1.2. Тести контролю вихідного рівня знань (білети 1-10)

Білет № 1

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. В приймальне урологічне відділення звернувся хворий 25 років, у якого після падіння на спину із висоти з'явилась кров в сечі. Яка причина гематурії?
 - a) ушкодження сечового міхура;
 - b) ушкодження сечівника;
 - c) ушкодження сечівного каналу;
 - d) ушкодження нирки;
 - e) ушкодження передміхурової залози.
2. Першочерговість дії лікаря при ушкодженні нирки і розвитку позачеревної урогематоми:
 - a) антибактеріальна терапія;
 - b) патогенетична терапія;
 - c) стентування по сечівнику миски нирки;
 - d) оперативне втручання (люмботомія, зшивання розриву нирки);
 - e) симптоматичне лікування.

3. В приймальне урологічне відділення направлений хворий Ю., 42 років, з діагнозом – травматичний розрив уретри. Укажіть основний симптом повного розриву уретри:
- a) болі в спині;
 - b) уретрорагія;
 - c) затримка сечі;
 - d) підвищення температури тіла;
 - e) неутримання сечі.
4. Найбільш важливий метод діагностики закритої травми сечового міхура:
- a) цистоскопія;
 - b) ультразвукове дослідження (УЗД);
 - c) тристаканний аналіз сечі;
 - d) уретеропієлографія;
 - e) ретроградна цистографія.
5. Ушкодження сечоводу:
- a) видільна урографія;
 - b) ретроградна уретеропієлографія;
 - c) комп'ютерну томографію
 - d) цистографію
 - e) ні те, ні інше.
6. Хворий 24 років звернувся до хірурга зі скаргою на сильний біль в промежині і мошонці, затримку сечовипускання, уретрорагію. Із анамнезу: травму отримав під час їзди на мотоциклі по бедоріжжю. Оглядом виявлена гематома на промежині і мошонці, пальпація різко болюча.. При ректальному дослідженні виявлена болюча припухлість парапростатичної клітковини, нечіткість контурів простати.. Ваш діагноз?.
- a) Розрив сечового міхура
 - b) розрив заднього відділу уретри
 - c) розрив переднього відділу уретри
 - d) заочеревинний розрив сечового міхура
 - e) тампонада сечового міхура
7. Внаслідок залізничної катастрофи утворилася велика кількість постраждалих з різноманітною хірургічною та терапевтичною патологією.. Ві керуєте наданням кваліфікованої медичної допомоги. На базі якого відділення вона може бути надана?
- a) відділення абдомінальної хірургії
 - b) відділення щелепно--лицьової хірургії
 - c) терапевтичне відділення
 - d) відділення реанімації
 - e) усі названі відділення
8. У відділення травматології поступив чоловік 25 років зі зламом кісток тазу (ДТП). Через кілька годин почав скаржитися на відсутність сечовипускання при наявності ьажання це зробити та біль в надлобковій зоні. При огляді хворого привернув увагу повний сечовий міхур, при ректальному обстеженні у хворого виявилась зсунута догшори високо «сидяча» простата. Який метод обстеження необхідний для остаточного діагнозу?
- a) внутрішньовенна урографія
 - b) УЗД органів малого тазу
 - c) Рентген дослідження шлунково-кишкового тракту
 - d) ретроградна уретрографія
 - e) комп'ютерна томографі

9. До лікарні батьки принесли трирічного хлопчика, який обмежив шкіру статевого члена замком блискавки.

Що робити?

- a) обрізання шкіри статевого члена
- b) негайно відкрити замок блискавки
- c) провести знеболення
- d) підрізати блискавку нижче обмеження
- e) жодна відповідь не правильна

Білет № 2

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Найбільш доступний і інформативний метод діагностики закритої травми сечового міхура:

- a) тазова артеріографія;
- b) ретроградна цистографія;
- c) цистоскопія;
- d) УЗД сечового міхура;
- e) пальпація і перкусія живота.

2. Ушкодження уретри:

- a) видільна урографія;
- b) ретроградна уретеропієлографія;
- c) ні те, ні інше.

3. Що вірно при травмі сечового міхура?

- a) гематурія;
- b) странгурія;
- c) полакіурія;
- d) олігоанурія;
- e) нічого з перерахованого.

4. Для встановлення джерела гематурії варто зробити:

- a) цистоскопію;
- b) аналіз сечі;
- c) видільну урографію;
- d) провокацію преднізолоном;
- e) нічого з перерахованого.

5. Травма нирки:

- a) інфільтрація тканин над лоном;
- b) урогематома;
- c) симптоми подразнення очеревини;
- d) набряк мошонки;
- e) дизурія.

6. Ушкодження уретри:

- a) видільна урографія;
- b) ретроградна уретеропієлографія;
- c) ні те, ні інше.

7. Для встановлення джерела гематурії варто зробити:

- a) цистоскопію;
- b) аналіз сечі;
- c) видільну урографію;
- d) провокацію преднізолоном;
- e) нічого з перерахованого.

8. У відділення травматології поступив чоловік 25 років зі зламом кісток тазу (ДТП). Через кілька годин почав скаржитися на відсутність сечовипускання при наявності болю в надлобковій зоні. При огляді хворого привернув увагу повний сечовий міхур. Попередній діагноз?

- a) розрив сечового міхура
- b) розрив товстої кишки
- c) розрив уретри
- d) гострий проастит
- e) тампонада сечового міхура

9. В приймальне урологічне відділення звернувся хворий 25 років, у якого після падіння на спину із висоти з'явилась кров в сечі. Яка причина гематурії?

- a) ушкодження сечового міхура;
- b) ушкодження сечівника;
- c) ушкодження сечівного каналу;
- d) ушкодження нирки;
- e) ушкодження передміхурової залози.

Білет № 3

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Травма сечового міхура внутрішньочеревинна:

- a) інфільтрація в надлобковій області;
- b) прогресуючий перитоніт;
- c) ні те, ні інше.

2. Причини ятрогенних ушкоджень сечоводів:

- a) екстракція каменю екстрактором Дормія;
- b) установка сечовідного стента;
- c) ендоскопічна уретеролітотріпсія;
- d) оперативні втручання на жіночих статевих органах;
- e) ніщо з перерахованого.

3. Симптоми відриву нирки:

- a) зниження артеріального кров'яного тиску;
- b) нитковидний пульс;
- c) наростаюча урогематома;
- d) гематурія;
- e) ніщо з перерахованого;

4. Доставлено хворого з підозрою на травму нирки. Ваші дії?

- a) люмботомія;
- b) паранефральна блокада;
- c) консервативна терапія;

- d) обстеження з наступним планом лікування;
- e) ніщо з перерахованого.

5. Які препарати рекомендуються після ушивання ушкодженого яєчка?

- a) антибіотики;
- b) глюкокортикоїди;
- c) анальгетики;
- d) протизапальні засоби;
- e) ніякі з перерахованих.

7. Укажіть, яке дослідження дозволяє визначити джерело гематурії:

- a) тристаканна проба;
- b) аналіз сечі по Амбурже;
- c) проба Зимницького;
- d) проба Рапопорта;
- e) проба Фольгарда.

8. Хворий 25 років після удару ногою в живіт потупив в лікарні наступного дня зі скаргами на біль внизу живота, нездужування, підвищення температури до 38,0, неспроможність сечовипускання. При огляді стан середньої важкості. Пульс 104 в хв., АТ -120/80. Язик сухий, живіт приймає участь в диханні. При поверхневій пальпації над лоном невелика напруга м'язів та біль. Симптоми подразнення черевини нечітко виражені. При катетеризації сечового міхура виділилося 500мл мутної з непрямим запахом сечі. Укажіть найбільш вірогідну причину захворювання?

- a) Розрив сечового міхура
- b) забіг передньої черевної стінки
- c) підшкірний розрив тонкої кишки
- d) гострий апендицит
- e) заочеревна гематома

9. Хворий 18 років під час гри в футбол отримав травму ногою в промежину, після цього повився біль на місці травми, який посилюється при ходьбі, промежина значно припухла. При спробі сечовипускання біль в промежині посилюється, виділяються краплі крові. Назвіть вірогідну причину порушення сечовипускання?

- a) розрив сечового міхура
- b) підшкірний розрив уретри
- c) гематома промежини
- d) перелом кісток тазу
- e) травма статевого члена

Білет №4

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Травма сечового міхура позачеревинна.

- a) інфільтрація в надлобковій області;
- b) гематурія;
- c) перитоніт
- d) все назване
- e) ніщо із названого

2. Все з названого відзначається при травмі нирки, за винятком:
- a) гематурії;
 - b) болю;
 - c) уретрорагії;
 - d) урогематоми;
 - e) анемії.
3. Укажіть, яке дослідження дозволяє визначити джерело гематурії:
- a) тристаканна проба;
 - b) аналіз сечі по Амбурже;
 - c) проба Зимницького;
 - d) проба Рапопорта;
 - e) проба Фольгарда.
4. Перелом статевого члена характеризується:
- a) різким болем;
 - b) великою гематомою;
 - c) появою хрускоту під час статевого контакту;
 - d) посилення ерекції;
 - e) нічого з перерахованого.
5. Що вірно при травмі сечового міхура?:
- a) гематурія;
 - b) странгурія;
 - c) полакіурія;
 - d) оліоанурія;
 - e) нічого з перерахованого.
6. Які препарати рекомендуються після ушивання ушкодженого яєчка?
- a)антибіотики;
 - b)глюкокортикоїди;
 - c)анальгетики;
 - d)протизапальні засоби;
 - e)ні які з перерахованих.
7. Укажіть, яке дослідження дозволяє визначити джерело гематурії:
- a)тристаканна проба;
 - b)аналіз сечі по Амбурже;
 - c)проба Зимницького;
 - d)проба Рапопорта;
 - e)проба Фольгарда.
- 8.Хворий 57 років, після падіння відчув різкий біль у попереку, при сечовипусканні звернув увагу на червоний колір сечі. Аналіз сечі показав наявність еритроцитів. УЗД та рентгенологічне дослідження нирок патології не виявили. Ваш діагноз?
- a) доброякісна гіперплазія простати
 - b) гострий пієлонефрит
 - c) ушкодження уретри
 - d) гострий цистит
 - e) забій нирки
9. В приймальне відділення доставили дитину зі скаргами на сильний біль внизу живота , котрий віддає в промежину. Постійні потяги до сечовипускання та неспроможність його

здійснити. Виникла підозра на травму сечового міхура. Яке дослідження найбільш доцільне?

- a) внутрішньовенна урографія
- b) цистографія
- c) хромоцистоскопія
- d) лапароскопія
- e) цистоскопія

Білет № 5

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Який із перерахованих симптомів найчастіше зустрічається при пошкодженні нирки?
 - a) зниження артеріального тиску;
 - b) припухлість у поперековій ділянці;
 - c) гематурія;
 - d) ниркова колька;
 - e) гіпертермія.

2. При якому з перелічених пошкоджень можлива ниркова колька?
 - a) відрив ниркової ніжки;
 - b) множинні розриви;
 - c) забій нирки;
 - d) субкапсулярне пошкодження нирки;
 - e) гематома біляниркової клітковини.

3. Що обов'язково повинно бути у потерпілого при травмі для внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура?
 - a) перелом кісток тазу;
 - b) випорожнений сечовий міхур;
 - c) травма нижньої половини живота;
 - d) переповнений сечовий міхур;
 - e) тонка стінка м'язів детрузора.

4. В зв'язку з хронічним пієлонефритом вагітної в активній фазі, ХНН – II стадія, гестоз у жінки в термін вагітності 38 тижнів виконана операція кесаревого розтину. Після завершення операції катетером виведено із сечового міхура 250 мл сечі кольору “м'ясних помийв”. Яке дослідження повинне бути виконане першим до консультації уролога?
 - a) цистоскопія;
 - b) аналіз сечі по Зимницькому;
 - c) цистографія;
 - d) проба Зельдовича;
 - e) екскреторна урографія з відстроковою цистограмою.

5. В яких випадках необхідне дренивання черевної порожнини?
 - a) при явищах перитониту;
 - b) при всіх внутрішньо-черевних пошкодженнях сечового міхура;
 - c) при наявності крові в черевній порожнині;
 - d) при спорідненні пошкодження сечового міхура з травмою кишки;

- е) якщо внутрішньочеревне пошкодження сечового міхура відбулось більше 24 годин назад.
- 6 Перелом статевого члена характеризується:
- а) різким болем;
 - б) великою гематомою;
 - в) появою хрускоту під час статевого контакту;
 - г) посилення ерекції;
 - д) нічого з перерахованого. 7
7. В яких випадках необхідне дренування черевної порожнини?
- а) наявність перетоніту;
 - б) при всіх внутрішньо-черевних пошкодженнях сечового міхура;
 - в) при наявності крові в черевній порожнині;
 - г) при спорідненні пошкодження сечового міхура з травмою кишки;
 - д) якщо внутрішньочеревне пошкодження сечового міхура відбулось більше 24 годин назад.
8. . В приймальне урологічне відділення направлений хворий Ю., 42 років, з діагнозом – травматичний розрив уретри. Укажіть основний симптом повного розриву уретри:
- а) болі в спині;
 - б) уретрорагія;
 - в) затримка сечі;
 - г) підвищення температури тіла;
 - д) неутримання сечі.
- 9.. Які препарати рекомендуються після ушивання ушкодженого яєчка?
- ф) антибіотики;
 - г) глюкокортикоїди;
 - д) анальгетики;
 - і) протизапальні засоби;
 - ж) ніякі з перерахованих.

Білет № 6

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Які два діагностичних методи з перелічених найбільш інформативні для пошуку і виявлення травми нирки?
- а) обзорна урограма;
 - б) ехосканування;
 - в) ретроградна уретеропієлографія;
 - г) хромоцистоскопія;
 - д) інфузійна урографія.
2. Що таке субкапсулярний розрив нирки?
- а) пошкодження паренхіми нирки з надривом капсули;
 - б) урогематома;
 - в) пошкодження нирки із збереженням поверхневої капсули;

- d) пошкодження судинної ніжки нирки;
- e) множинні пошкодження паренхіми, чашково-мискової системи та капсули.

3. Хворий 25 років, доставлений в лікарню в зв'язку з біллю в поперековій ділянці справа, макрогематурія. За годину одержав удар твердим предметом. Пульс 80 уд.в 1 хвилину, АТ 120/70 мм рт.ст. Пальпаторно, за даними УЗД і екскреторної урографії виявлена урогематома. Яка повинна бути лікувальна тактика?

- a) постільний режим;
- b) амбулаторне лікування;
- c) нефректомія;
- d) люмботомія, зшивання розриву, нефростомія;
- e) спокій, призначення гемостатиків та антибіотиків.

4. Дренування тазової клітковини за Буяльським-Мак-Уортером виконують з метою:

- a) зупинки кровотечі;
- b) перетворення закритого пошкодження кісток тазу у відкритий;
- c) попередження появи сечової нориці;
- d) ревізії шийки сечової нориці;
- e) випорожнення урогематоми для попередження розвитку тазової флегмони.

5. Які два основні симптоми розриву сечівника?

- a) уретрорагія;
- b) гематурія;
- c) біль в промежені;
- d) анурія;
- e) гостра затримка сечовипускання.

6. Які два основні симптоми розриву сечівника?

- a) уретрорагія;
- b) гематурія;
- c) біль в промежині;
- d) анурія;
- e) гостра затримка сечовипускання.

7. Яка хірургічна тактика у хворого з пристінковим, непроникним закритим пошкодженням сечівника?

- a) епіцистостомія;
- b) вичікувальна тактика з капілярними пункціями сечового міхура;
- c) спроба ввести постійний катетер;
- d) термінова операція - первинний шов сечівника;
- e) троакарна епіцистостомія.

Білет № 7

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Що слід вважати найбільш важливим для вирішення питання про можливість нефректомії при травмі?

- a) ступінь крововтрати;

- b) функція контрлатеральної нирки;
- c) наявність урогематоми;
- d) вираженість пошкодження нирки;
- e) загальний стан хворого.

2. Яке з перелічених досліджень є найбільш важливим в діагностиці розриву сечового міхура?

- a) поліцистографія;
- b) УЗД;
- c) осадова цистографія;
- d) цистографія в прямій і боковій проекціях;
- e) оглядова і екскреторна урографія.

3. Хворий П., 21 рік, прибув до приймального відділення лікарні із скаргами на болі в животі, більше справа в крижово-підчеревній ділянці, нудоту, блювання одноразово. Під час військової служби хворів гострим гломерулонефритом. За 2 години до госпіталізації перед вильотом літаком пив вино з товарищами в значній кількості. З прибуттям в аеропорт оступився і впав. В приймальному відділенні лікарні виділив сечу 250 мл інтенсивно розового кольору з декількома невеликими згустками. Який діагноз найбільш вірогідний?

- a) загострення гломерулонефриту;
- b) гострий апендицит;
- c) перфораційна виразка шлунку;
- d) гострий цистит;
- e) внутрішньочеревне пошкодження сечового міхура.

4. При якому з комбінованих пошкоджень необхідно підозрівати травму нирки?

- a) перелом ребер;
- b) перелом ключиці;
- c) перелом кісток тазу;
- d) перелом кінцівок;
- e) перелом хребта.

5. Хворий 42 років, знаходиться в травматологічному відділенні, куди доставлений 2 години тому після важкої шляхової травми в шоківому стані. Після виведення із шоку (АТ 155/60 мм рт.ст.) зроблено рентгенограму кісток тазу – перелом лобкових і сідничних кісток справа. Самостійно не мочиться, пальпаторно сечовий міхур на 5 см вище лобка. Стан хворого важкий. Яка операція показана хворому?

- a) троакарна цистостома;
- b) катетеризація трьохходовим катетером Фолі;
- c) первинний шов уретри і цистостома;
- d) цистостомія;
- e) цистостомія з проведенням катетера Фолі по уретрі.

6. Яка хірургічна тактика у хворого з пристінковим, непроникним закритим пошкодженням сечівника?

- a) епіцистостомія;
- b) вичікувальна тактика з капілярними пункціями сечового міхура;
- c) спроба ввести постійний катетер;
- d) термінова операція - первинний шов сечівника;
- e) троакарна епіцистостомія.

6. Хворий 18 років, одержав удар ногою ділянки правої половини мошонки за добу до звернення до лікаря. При огляді права половина мошонки розміром в два чоловічих

кулаки (150×80 мм), інтенсивно-синього кольору, яєчко справа пальпаторно не диференціюється. Хворому запропонована операція ревізії органів мошонки . Яке основне пізнє ускладнення являється підставою для хірургічного лікування?

- a) нагноєння гематоми;
- b) статева дисфункція;
- c) тривала тимчасова непрацездатність;
- d) аутоімунне беспліддя;
- e) загроза піхвово-мошонкової грижі.

7. Серед відкритих пошкоджень статевого члена частіш за все зустрічається:

- a) укушена рана;
- b) різана рана;
- c) колота рана;
- d) розриви і надриви вуздечки статевого члена.

Білет № 8

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Хворий 18 років, одержав удар ногою ділянки правої половини мошонки за добу до звернення до лікаря. При огляді права половина мошонки розміром в два чоловічих кулака (150×80 мм), інтенсивно-синього кольору, яєчко справа пальпаторно не диференціюється. Хворому запропонована операція ревізії органів мошонки . Яке основне пізнє ускладнення являється підставою для хірургічного лікування?

- a)нагноєння гематоми;
- b)статева дисфункція;
- c)тривала тимчасова непрацездатність;
- d)аутоімунне беспліддя;
- e)загроза піхвово-мошонкової грижі.

2. Серед відкритих пошкоджень статевого члена частіш за все зустрічається:

- a) укушена рана;
- b) різана рана;
- c) колота рана;
- d) розриви і надриви вуздечки статевого члена.

3. В рамках якого часу можливо при розриві сечівника провести первинний шов (первинну пластику)?

- a) перші 2 години;
- b) перші 24 години;
- c) 2 дні;
- d) 3-4 дні;
- e) 1 тиждень.

4. Яка лікувальна тактика краща при субкапсулярному пошкодженні нирки?

- a) нагляд за хворим в амбулаторних умовах;
- b) термінова операція;
- c) динамічний нагляд в стаціонарі, дотримання постільного режиму на протязі 8 днів;

- d) масивна гемостатична і антибактеріальна терапія;
- e) виключення фізичних напружень на протязі 3 місяців.

6. В рамках якого часу можливо при розриві сечівника провести первинний шов (первинну пластику)?

- a) перші 2 години;
- b) перші 24 години;
- c) 2 дні;
- d) 3-4 дні;
- e) 1 тиждень.

7. Хворий 42 років, знаходиться в травматологічному відділенні, куди доставлений 2 години тому після важкої шляхової травми в шоківому стані. Після виведення із шоку (АТ 115/60 мм рт.ст.) зроблено рентгенограму кісток тазу – перелом лобкових і сідничих кісток справа. Самостійно не мочиться, пальпаторно сечовий міхур на 5 см вище лобка. Стан хворого важкий. Яка операція показана хворому?

- a) троакарна цистостома;
- b) катетеризація трьохходовим катетером Фолі;
- c) первинний шов уретри і цистостома;
- d) цистостомія;
- e) цистостомія з проведенням катетера Фолі по уретрі.

8. До відділення поступає хворий з травмою калитки. При огляді ліва половина калитки збільшена, відмічається гіперемія. Органи калитки чітко не визначаються. Тактика лікування:

- a) суспензорій і холод на калитку;
- b) блокада за Лорен - Епштейном;
- c) оперативне лікування;
- d) антибактеріальна терапія, динамічний нагляд;
- e) компрес на калитку.

9. До сімейного лікаря звернувся хворий, який продовж тривалого часу тримав статевий член в шлагу включеного полесосу. Статевий член значно збільшений в розмірах, синьо-багряного кольору. Який патофізіологічний механізм цих змін?

- a) звичайний набряк
- b) порушення артеріального кровообігу
- c) перелом статевого члена
- d) тромбоз вени статевого члена
- e) ні що із названого

Білет № 9

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. До відділення поступає хворий з травмою калитки. При огляді ліва половина калитки збільшена, відмічається гіперемія. Органи калитки чітко не визначаються. Тактика лікування:

- a) суспензорій і холод на калитку;
- b) блокада за Лорен-Епштейном;
- c) оперативне лікування;
- d) антибактеріальна терапія, динамічний нагляд;
- e) компрес на калитку.

2. До відділення поступає хворий після дорожньої травми, гематурія. Тактика обстеження:
- цитоскопія;
 - аналіз сечі по Зимницькому;
 - екскреторна урографія;
 - ізотопна ренографія;
 - хромоцистоскопія.
3. Після удару ногою в промежину хворий скаржиться на біль при сечовиділенні, гематурію. Тактика обстеження:
- екскреторна урографія;
 - уретрографія;
 - цистоскопія;
 - ізотопна ренографія;
 - комп'ютерна томографія.
4. Після удару в нижню половину живота хворий скаржиться на біль в надлобковій ділянці, зменшення сечовиділення, гематурію. Тактика обстеження:
- цистоскопія;
 - екскреторна урографія;
 - ретроградна пієлографія;
 - цистографія;
 - ізотопна ренографія.
5. У хворого з переломом тазових кісток відмічається гостре затримання сечовиділення. Про яку травму органів сечовиділення слід подумати?
- травму нирок;
 - внутрішньочеревний розрив сечового міхура;
 - позоачеревний розрив сечового міхура;
 - розрив сечоводу;
 - гостра ниркова недостатність.
6. До відділення поступає хворий після дорожньої травми, гематурія. Тактика обстеження:
- цитоскопія;
 - аналіз сечі по Зимницькому;
 - екскреторна урографія;
 - ізотопна ренографія;
 - хромоцистоскопія.
7. До відділення звернувся хворий зі скаргою на ерекцію, яка зберігається протягом трьох діб. Перша допомога:
- рекомендувати досягти оргазм
 - накласти давлучу пов'язку.
 - ввести в кавернозне тіло розчин адреналіну
 - спорожнення кавернозних тіл шляхом їх пункції
8. Жінка скаржиться на біль внизу живота, часті поклики на сечовипускання. Хворіє третю добу в черевній порожнині визначається вільна рідина. Для визначення внутрішньочеревного пошкодження сечового міхура слід виконати:
- видільну програму
 - ультразвукове дослідження
 - лапароцентез
 - пробу Зильдовича

е) тугу висхідну цистограму в прямій та боковій проекції

Білет № 10

Травми нирок, сечових шляхів та органів мошонки.

Виберіть одну або декілька правильних відповідей із запропонованих до запитань.

1. Хворий, 34 років, звернувся із скаргами на почастиння сечовипускання з біллю. За рік до цього була травма промежини, була операція в зв'язку з травмою сечівника. Останні 3-4 місяці утрудненне сечовипускання, витончення струменя. Який інструмент може допомогти в діагностиці та лікуванні хворого?

- a) цистоскоп;
- b) урофлоуметр;
- c) катетер Фолі;
- d) ехосканер;
- e) бужі.

2. Яке з названих нижче досліджень протипоказане після травми промежини з уретрорагією?

- a) уретрографія;
- b) екскреторна урографія з відстрокованою цистографією;
- c) уретроцистоскопія;
- d) УЗД нирок і сечового міхура;
- e) ізотопна ренографія.

3. Найбільш характерні симптоми пошкодження нирки:

- a) лейкоцитоз;
- b) артеріальна гіпертензія;
- c) наявність урогематоми;
- d) ниркова коліка;
- e) гіпертермія.

4. Показання для ургентної операції при пошкодженні нирок:

- a) комбінована травма нирки з пошкодженням внутрішніх органів;
- b) наростання ознак внутрішньої кровотечі;
- c) збільшення урогематоми;
- d) інтенсивна гематурія;
- e) відкрите пошкодження нирки;

5. При закритому повному розриві сечового міхура потрібно:

- a) встановити постійний катетер на 7 днів;
- b) ургентне оперативне лікування;
- c) призначити антибіотики, анальгетики і спазмолітики.

6. Після удару ногою в промежину хворий скаржиться на біль при сечовиділенні, гематурію. Тактика обстеження:

- a) екскреторна урографія;
- b) уретрографія;
- c) цистоскопія;
- d) ізотопна ренографія;
- e) комп'ютерна томографія.

7. Хворий, 34 років, звернувся із скаргами на часте сечовипускання з біллю. За рік до цього була травма промежини, була операція в зв'язку з травмою сечівника. Останні 3-4 місяці сечовипускання з натугою, витончення струї. Який інструмент може допомогти в діагностиці та лікуванні хворого?

- a) цистоскоп;
- b) урофлоуметр;
- c) катетер Фолі;
- d) ехосканер;
- e) бужі.

8. До чергового терапевта доставлено механізатора із скальпованою раною калитки. Ваші дії?

- a) накласти джут на корінь калитки
- b) накласти асептичну пов'язку
- c) накласти мазеву пов'язку
- d) правильна відповідь а) та в)
- e) жодна відповідь не правильна

9. Внаслідок падіння у хворого перелом XI ребра зліва. Через три дні посилення болі в крижах зліва. Пальпація лівого підребер'я

6.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові ситуаційні задачі.

1. Хворий 43 років, поступив до клініки з приводу болів у лівій половині поперекової ділянки, що з'явилися після падіння з висоти 2 м. Після травми під час сечовипускання двічі відмітив наявність макрогематурії. Стан середньої тяжкості. Артеріальний тиск та пульс відповідають нормі. З боку органів грудної клітини та черевної порожнини патологічних змін не виявлено. Наявна невелика болісна припухлість у лівій поперековій ділянці. Вкажіть попередній діагноз та обґрунтуйте його.

2. Хворий 25 років, поступив до клініки з приводу болів у правій поперековій ділянці, макрогематурії зі згустками. Годину назад хворому був нанесений удар трердим предметом у праву поперекову ділянку. Положення вимушене: наявний сколіоз у хвору сторону. У ділянці правого підребер'я наявна болісна припухлість. Пульс 128 ударів за 1 хвилину. Артеріальний тиск 85/50 мм рт.ст. ознаки подразнення очеревини відсутні, вільна рідина у черевній порожнині не виявляється. На екскреторних урограмах ліва нирка звичайних розмірів. Чашечково-мискова система без змін, пасаж рентгенконтрастної рідини сечоводом без порушень. Справа контрастна рідина в проекції нирки і сечових шляхів не виявляється.

Хромоцистоскопія: з отвору правого сечовода струйно виділяється кров, індігокарміну не було до 12 хв. нагляду. Зліва – сеча, забарвлена індігокарміном, з'явилась на 7 хв.

Ваш діагноз? Лікувальна тактика? Чи є потреба у виконанні якого-небудь додаткового обстеження?

3. Хворий 35 років, поступив до клініки з приводу болей у надлоновій ділянці, ішурії. Три години тому, у нетверезому стані одаржав удар у надлонову ділянку. Не дивлячись на сильні позиви до сечовипускання, після травми мочитися не може. Положення вимушене – сидить. У наявності симптом “ваньки-встаньки”. При ректальному обстеженні виявляється нависання передньої стінки прямої кишки. У черевній порожнині перкуторно виявляється вільна рідина. Ваш попередній діагноз? Діагностика та лікувальна тактика?
4. У хворого по клінічних та рентгенологічних ознаках діагностували позаочеревний розрив сечового міхура. Яка лікувальна тактика?
5. Хворий 40 років, поступив до клініки з приводу уретрорагії. Годину назад на будівлі впав і вдарився промежиною по вертикальній дошці. Ваш попередній діагноз? Які методи обстеження показані?
6. Хворий 42 років, знаходився у травматологічному відділенні, куди був доставлений після автомобільної аварії у шоківому стані. Після виведення з шоку був зроблений знімок кісток тазу, на якому виявився перелом лонної кістки зліва. Самостійно сечу не виділяє, пальпується збільшений сечовий міхур, у ділянці зовнішнього отвору уретри згусток крові. Яка діагностична та лікувальна тактика?
7. Хворий 42 років, звернувся в лікарню через 1,5 години після падіння і пошкодження промежини ударом в металеву поперечину. Скарги на затримку сечовипускання, витікання крові із сечівника. Яке дослідження дозволить вірогідно установити локалізацію, характер передбачуваного пошкодження сечівника?
 - a) загальний аналіз сечі;
 - b) катетеризація сечівника;
 - c) уретроскопія;
 - d) ретроградна уретрографія;
 - e) рентгенограма кісток тазу.
8. Хворий 50 років, госпіталізований в зв'язку з відкритим повним пошкодженням сечівника дводенної давнини. Яку хірургічну допомогу абсолютно необхідно виконати хворому в невідкладному порядку?
 - a) первинний уетроуретроанастомоз;
 - b) первинна хірургічна обробка;
 - c) меатотомія;
 - d) цистостомія;
 - e) 5.”тунелізація” уретри.
9. Хворий 20 років, звернувся до лікарні в зв'язку з травмою мошонки, біллю, збільшенням в розмірі і наявністю гематоми. Яке дослідження допоможе поставити клінічний діагноз?
 - a) пальпація органів мошонки;
 - b) рентгенографія;
 - c) радіонуклідне сканування яєчок;
 - d) діафаноскопія;
 - e) ультразвукове сканування мошонки.
10. Невідкладна допомога при повному пошкодженні сечівника:

- a) катетеризація сечового міхура;
 - b) первинний шов уретри;
 - c) цистостомія і дренивання гематоми.
11. У хворого по клінічних та рентгенологічних ознаках діагностували позаочеревний розрив сечового міхура.
Яка лікувальна тактика?
12. Хворий 40 років, поступив до клініки з приводу уретрорагії. Годину назад на будівлі впав і вдарився промежиною по вертикальній дошці.
Ваш попередній діагноз? Які методи обстеження показані?
13. Хворий 42 років, знаходився у травматологічному відділенні, куди був доставлений після автомобільної аварії у шоківому стані. Після виведення з шоку був зроблений знімок кісток тазу, на якому виявився перелом лонної кістки зліва. Самостійно сечу не виділяє, пальпується збільшений сечовий міхур, у ділянці зовнішнього отвору уретри згусток крові.
Яка діагностична та лікувальна тактика?
14. Хворий 42 років, звернувся в лікарню через 1,5 години після падіння і пошкодження промежини ударом в металеву поперечину. Скарги на затримку сечовипускання, витікання крові із сечівника. Яке дослідження дозволить вірогідно установити локалізацію, характер передбачуваного пошкодження сечівника?
- f) загальний аналіз сечі;
 - g) катетеризація сечівника;
 - h) уретроскопія;
 - i) ретроградна уретрографія;
 - j) рентгенограма кісток тазу.
15. Хворий 50 років, госпіталізований в зв'язку з відкритим повним пошкодженням сечівника дводенної давнини. Яку хірургічну допомогу абсолютно необхідно виконати хворому в невідкладному порядку?
- f) первинний уретроуретроанастомоз;
 - g) первинна хірургічна обробка;
 - h) меатотомія;
 - i) цистостомія;
 - j) "тунелізація" уретри.
16. Хворий 20 років, звернувся до лікарні в зв'язку з травмою мошонки, біллю, збільшенням в розмірі і наявністю гематоми. Яке дослідження допоможе поставити клінічний діагноз?
- f) пальпація органів мошонки;
 - g) рентгенографія;
 - h) радіонуклідне сканування яєчок;
 - i) діафаноскопія;
 - j) ультразвукове сканування мошонки.
17. Невідкладна допомога при повному пошкодженні сечівника:
- d) катетеризація сечового міхура;
 - e) первинний шов уретри;
 - f) цистостомія і дренивання гематоми.

Еталони відповідей на ситуаційні задачі.

1. Біль, макрогематурія, наявність припухлості у лівій поперековій ділянці надають лікарю підставу запідозрити пошкодження нирки. Для вирішення питання про характер змін у нирках необхідно виконати секреторну урографію, яка дозволяє виявити ознаки пошкодження лівої нирки (слабке та пізнє заповнення контрасною речовиною чашечково-мискової системи, позаниркові затьоки контрастної речовини або повна відсутність на боці травми) та стан контрлатеральної.
2. Анамнез та об'єктивні дані характерні для пошкодження правої нирки. У наявності ознаки кровотечі з нирки, що, мовляв, призвело до пошкодження, у зв'язку з чим показана ниркова ангіографія. При відсутності умов для її виконання хворому показано оперативне лікування – люмботомія. Вид операції на нирці залежить від ступеня пошкодження.
3. Болі над лоном, ішурія, яка виникла після травми вимушене положення хворого, наявність симптома “ваньки-встаньки”, нависання передньої стінки прямої кишки, вільна рідина у черевній порожнині характерні для внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура. Показана ретроградна цистографія, яка може виявити затечу рентгеноконтрастної рідини за межі сечового міхура, що є ознакою його розриву. Хворому показано негайне операційне лікування – лапаротомія, ушивання розриву сечового міхура, епіцистостомія (позаочеревинним методом).
4. Позаочеревинний розрив сечового міхура є показанням до операції – цистостомії, ревізії сечового міхура, ушивання розриву, дренажу сечового міхура (епіцистостомія) та навколومیхурової клітковини по Буяльському-Мак-Уортеру або іншими способами.
5. Падіння на промежину із наступною уретрорагією дозволяють думати про травматичний розрив сечівника. Необхідно виконати ретроградну уретрографію.
6. У хворого з переломом кісток тазу, очевидно, є повний розрив сечівника. Показана негайна уретрографія. У разі підтвердження діагнозу – епіцистостомія, первинний шов, уретри, дренажу урогематоми.
7. Біль, макрогематурія, наявність припухлості у лівій поперековій ділянці надають лікарю підставу запідозрити пошкодження нирки. Для вирішення питання про характер змін у нирках необхідно виконати секреторну урографію, яка дозволяє виявити ознаки пошкодження лівої нирки (слабке та пізнє заповнення контрасною речовиною чашечково-мискової системи, позаниркові затьоки контрастної речовини або повна відсутність на боці травми) та стан контрлатеральної.
8. Анамнез та об'єктивні дані характерні для пошкодження правої нирки. У наявності ознаки кровотечі з нирки, що, мовляв, призвело до пошкодження, у зв'язку з чим показана ниркова ангіографія. При відсутності умов для її виконання хворому показано оперативне лікування – люмботомія. Вид операції на нирці залежить від ступеня пошкодження.
9. Болі над лоном, ішурія, яка виникла після травми вимушене положення хворого, наявність симптома “ваньки-встаньки”, нависання передньої стінки прямої кишки,

вільна рідина у черевній порожнині характерні для внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура. Показана ретроградна цистографія, яка може виявити затечу рентгеноконтрастної рідини за межі сечового міхура, що є ознакою його розриву. Хворому показане негайне операційне лікування – лапаротомія, ушивання розриву сечового міхура, епіцистостомія (позаочеревинним методом).

10. Позаочеревинний розрив сечового міхура є показанням до операції – цистостомії, ревізії сечового міхура, ушивання розриву, дренируванні сечового міхура (епіцистостомія) та навколومیхурової клітковини по Буяльському-Мак-Уортеру або іншими способами.
11. Падіння на промежину із наступною уретрорагією дозволяють думати про травматичний розрив сечівника. Необхідно виконати ретроградну уретрографію.
12. У хворого з переломом кісток тазу, очевидно, є повний розрив сечівника. Показана негайна уретрографія. У разі підтвердження діагнозу – епіцистостомія, первинний шов, уретри, дренирування урогематоми.

8. Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками

8.1. Методика виконання роботи, етапи виконання

Завдання	Послідовність дій	Вказівки до виконання
Катетери-зація сечового міхура	<p>У жінок:</p> <p>А-1 положення хворої на гінекологічному кріслі лежачи на спині із розведеними і підігнутими стегнами.</p> <p>А-2 Підготовка “операційного поля” – уретри.</p> <p>А-3 Введення катетера в сечовий міхур</p>	<p>А-2.1. промежину і лобок, а також передвер’я піхви обробляють один раз 1% розчином йоду і один раз 70° спиртом;</p> <p>А-2.2. розводять малі статеві губи в сторони 1-м і 2-м пальцями лівої руки, що дає можливість побачити зовнішній отвір сечівника;</p> <p>А-2.3. тампоном, змоченим дезрозчином, протирають зовнішній отвір сечівника;</p> <p>А-3.1. правою рукою стерильним пінцетом беруть стерильний катетер (конусовидний) на 2-3 см вище бокового віконця;</p> <p>А-3.2. другий кінець катетера держить медсестра (асистент маніпуляції) або катетер згинають і кінець держать між 4-м і 5-м пальцями тієї ж правої руки (звертати увагу, щоб катетером не доторкатись до нестерильних предметів!);</p> <p>А-3.3. катетер хорошо зволожити чи помазати стерильним (!) вазелином або гліцерином, поліміксиновою чи іншою мазью (в тубах для ран, слизових оболонок);</p> <p>А-3.4. правою рукою катетер проводять по</p>

	<p>А-4 Відмивання сечового міхура.</p> <p>А-5 Інстиляція сечового або введення 15% розчину контрастної речовини для ретроградної цистограми</p>	<p>сечівнику на глибину 5-8 см до витікання сечі; А-4.1. в шприц 20 мл або шприц Жане набирають 20-50 мл фізіологічного розчину і вводять в сечовий міхур. Повторюють декілька разів до чистого розчину.</p> <p>А-5.1. після відмивання сечового міхура шприцем по катетеру для бактеріцидної дії вводять 20 мл антибіотика, ектерициду, мікроциду чи іншої лікувальної рідини. Для рентгенограми вводять 200-250 мл контрастної рідини (кожну ампулу 20 мл розводять фізрозчином або дистильованою водою до 100 мл).</p>
	<p>У чоловіків: Б-1 теж, що й А-1. Б-2 теж, що й А-2 Б-3 теж, що й А-3 Б-4-5 теж, що й А-4-5</p>	<p>Б-2.1. беруть статевий член третім і червертим пальцями лівої руки, а великим і вказівним пальцями тієї ж руки розкривають губки наружного отвору сечівника. Б-2.2. хорошо протирають наружний отвір і головку дезрозчином</p> <p>Б-3.1-3. теж, що й А-2.1-3 Б-3.4. катетер проводять до сечового міхура (20-25 см). Якщо із-за спазму сфінктера промежини зустрінете перепону, підждіть декілька хвилин, запропонуйте хворому зробити декілька вдихів Б-4-5 теж, що й А-4-5</p>
Курація хворого	Скарги	<ol style="list-style-type: none"> 1. Характер та локалізація болю (в попереку, очеревина, над лоном, в ділянці промежини). 2. Наявність гематурії, уретрорагії. 3. Характер сечовипускання (частота, біль при сечовипусканні, почуття спорожнення сечового міхура, кількість виділеної сечі при кожному сечовипусканні та з моменту травми). 4. Скарги, що обумовлені пошкодженням інших органів.

Завдання	Послідовність дій	Вказівки до виконання
<p>I. ретроградна уретрографія (інстиляція уретри)</p>	<p>положення хворого на рентгеновському столі, ліва нога витянута, права – відведена латерально, її п'ята в підколінній ямці лівої ноги. Тазове кільце бажано злегка підняти зліва-направо.</p> <p>Підготовка “операційного поля” – уретри.</p> <p>Введення рідини в сечівник.</p> <p>Уретрограма</p>	<p>1. при відсутності пошкоджень кісток тазу. Використовується при пошкодженнях і сриктурі сечівника.</p> <p>2.1. Беруть статевий член третім і четвертим пальцями лівої руки, а великим і вказівним пальцями тієї ж руки розкривають губки наружного отвору сечівника.</p> <p>2.2. Добре протирають зовнішній отвір і головку члена дезрозчином.</p> <p>3.1. Розчин перед введенням підігріти до температури тіла. Для уретрографії беруть 10-20 мл розчину, розведеного 1:2.</p> <p>3.2. На канюлю шприца для, герметичного введення рідини «одягають» кусок катетера (клювидного) довжиною біля 5 см.</p> <p>3.3. Катетер добре помазати стерильним вазелином або гелем іншого лікарського засобу (в тюбах для ран або слизових оболонок).</p> <p>3.4. Катетер вводять на 3-4 см в сечівник. Статевий член підтягують паралельно осі стегнової кістки.</p> <p>3.5. Вводять розчин в сечівник без тиску, не потрібно викликати больової реакції.</p> <p>4.1. Рентгенівський знімок роблять під кінець введення 20 мл розчину, в момент введення. Не забудьте одягти для зменшення променевого навантаження (перед маніпуляцією) просвинцьований фартух.</p>
<p>Курація хворого</p>	<p>Скарги</p>	<p>5. Характер та локалізація болю (в попереку, очеревина, над лоном, в ділянці промежини).</p> <p>6. Наявність гематурії, уретрорагії.</p> <p>7. Характер сечовипускання (частота, біль при сечовипусканні, почуття спорожнення)</p>

		сечового міхура, кількість виділеної сечі при кожному сечовипусканні та з моменту травми). 8. Скарги, що обумовлені пошкодженням інших органів.
	Анамнез захворювання і життя	1. Момент (години) травми, її характер, сила і напрямок. 2. Відчуття в перші хвилини і в динаміці після травми, ким і яка допомога здійснювалась. 3. Чи були раніше захворювання нирок та сечових шляхів? 4. Час появи гематурії, уретрорагії, їх характер. Коли після травми з'явився перший поклик до сечовипускання?
	Об'єктивне обстеження	1. Загальний стан хворого (шок, колапс, алкогольне сп'яніння та інше.) 2. Положення хворого (змушене, проасимптом, положення жаби, симптом "ваньки-встаньки", сколіоз). 3. Колір шкіри, слизових, наявність царапин, садін, крововиливів, пухлин темно-фіолетового кольору 4. Наявність деформації (вибухання поперекової ділянки, з боку живота, над лоном, в ділянці промежини, мошонки чи статевого члена, крепітації (підшкірна емфізема). 5. Стан кістково-суглобової системи (хребет, ребра, таз). 6. Шляхом пальпування живота визначити ознаки подразнення очеревини, наявність рідини в черевній порожнині, набряків і утворень в підребер'ї за рахунок параренальної гематоми. Пальпують надлобкову ділянку, уретру, промежину. 7. Аускультативно: наявність легневих шумів, перистальтики кишок. Макроскопічний огляд сечі.
	Аналіз рентгенологічних досліджень	1. На оглядовій рентгенограмі сечової системи оцінюють стан кісток скелету (наявність переломів, сколіозу і ін.), відсутність контурів нирки з постраждалої сторони, зникнення контуру поперекового м'язу за рахунок урогематоми. 2. На екскреторній урограмі виявляють можливі ознаки пошкоджень нирок (слабке і пізнє заповнення контрастом мисково-чашкової системи, позаниркове затікання контрасту, відсутність виділення контрастної речовини на

		сторони пошкодження. 3. Знайти на артеріограмі ознаки пошкодження. При підозрі на травму сечового міхура чи сечівника проводять ретроградну цисто- чи уретрограму. При позаочеревних розривах виявляють затікання рентгенконтрастної речовини за контури органу в вигляді негомогенної маси.
	Оцінка лабораторних досліджень	1) Загальний аналіз крові 2) Біохімічні дослідження, обсяг яких залежить від стану хворого і необхідності хірургічного лікування. Аналіз сечі.
	Оцінка інструментальних обстежень	1) При підозрі на травму нирки – хромоцистоскопія. 2) При підозрі на розрив сечового міхура його катетеризація. При підозрі на розрив уретри інструментальні дослідження протипоказані.

9. Матеріали для самоконтролю оволодіння, знаннями, вміннями, навичками, передбаченими даною роботою

10.1 Тести різних рівнів

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. Пасечніков; Урологія: підручник/ под ред. С. П. Пасечнікова, С. А. Возіанов, В. Н. Лесовий [и др.]. – Вид. 3-е. – Вінниця : Нова Книга, 2019.
2. Пасечніков С.П. Сучасні пароблеми урології: [посібник]: довідник лікаря/ С.П. Пасечніков, В.І. Зайцев. - Київ: Б-ка Здоров'я України; 2017.
3. Стусь В.П. Урологія (практические навыки для врачей-интернов) / Стусь В.П., Пасечников С.П. Учебно-методическое пособие.- Днепропетровск: ООО «Акцент ПП», 2016.
4. Саричев Л. П. Симптоми 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-е видання. Пороги. Днепропетровск. - 2012р.
6. "Урологія (Методичні розробки практичних занять для студентів)" за редакцією професора В.П. Стуся, 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. Урологія : учебник для студ. высших мед. учебн. заведений : перевод с укр. издания / С.П. Пасечников, С.А. Возианов, 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., Пасечніков 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

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/>