

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра урології та нефрології

МЕТОДИЧНА РАЗРОБКА
з практичного заняття для викладачів

Тема заняття: Туберкульоз сечостатевої системи. Паразитарні захворювання в урології.

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.

Заняття №10 Туберкульоз сечостатевої системи. Паразитарні захворювання в урології -2 год

1. Актуальність теми

Необхідність вивчення названої теми обумовлена збільшенням числа позалегенових форм захворювання, серед яких сечостатевої туберкульоз займає ведуче місце. Знання клінічних проявів, методів діагностики і лікування дозволять своєчасно запідозрити, підтвердити і почати вірне лікування хворих, що лікувалися з приводу "хронічного пієлонефрита або цистита"

Не дивлячись на використання різних схем лікування сучасними специфічними антибактеріальними препаратами, терапевтичний ефект все ще залишається незадовільним. Не у всіх випадках досягається своєчасний стійкий бактеріостатичний результат, стабілізація деструктивного процесу в нирках, що веде до необхідності оперативного втручання, довготривалої непрацездатності і інвалідності хворих.

2. Цілі заняття:

2.1. Навчальні цілі

- ознайомити студентів з організацією фтізіо-урологічної служби в Україні;
- створити детальне уявлення про клініко-рентгенологічну класифікацію туберкульозу нирок та симптоматологію туберкульозу органів сечостатевої системи;
- надати студентам можливість оволодіти методами лабораторної і рентгенологічної, а також бактеріологічної діагностики туберкульозу сечостатевої системи;
- надати студентам вміння визначати адекватні методи консервативної терапії і хірургічного лікування хворих туберкульозом сечостатевої системи і показання до них.

2.2. Виховні цілі, пов'язані з:

- формуванням професійно значущої підструктури особистості;
- актуальними аспектами деонтологічної, екологічної, правової, психологічної, патріотичної, професійної відповідальності.

3. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
1. Попередні (дисципліни, які забезпечують) – фтизіатрія, загальна хірургія	Особливості патогенезу та симптоматології нефротуберкульозу; Основні положення хірургічної тактики щодо туберкульозу сечової системи.	Досліджувати органи сечової системи хворих; Виконувати базові інструментальні маніпуляції.

2. Наступні дисципліни (які забезпечуються даною дисципліною) – фтизіатрія	Загальні положення комплексної лікувальної стратегії щодо туберкульозу сечової системи	Визначати основні підходи до вибору раціональної лікувальної тактики для окремого хворого на туберкульоз сечової системи.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми дисциплін, з якими інтегрується та, що вивчається)	Фармакологія сучасних протитуберкульозних лікарських засобів; Клінічні прояви хірургічних захворювань, що слід диференціювати з симптоматологією туберкульозу сечової системи	Призначати та контролювати ефективність протитуберкульозної терапії, давати клінічну оцінку отриманим лабораторним, рентгенологічним та ультразвуковим даним.

4. Зміст заняття

Сечостатевий туберкульоз в наші часи посідає перше місце серед усіх нелегених форм туберкульозу та друге після уражень легень. Це обумовлює об'єктивність проблеми організації раціональних та ефективних форм спостереження та лікування цієї категорії хворих. Фтізіоурологічна служба організовується на базі протитуберкульозної мережі.

Туберкульоз нирок та верхніх сечових шляхів. В 40-50 % хворих на туберкульоз нирок в анамнезі мається екстраренальний туберкульоз. При цьому інтервал між з'явленням первинного екстраренального туберкульозного осередку та розвитком туберкульозу нирки досягає 15-20 років. Як і при пієлонефриті, провідним, місцевим патогенетичним фактором є порушення уродинаміки.

Діагностика туберкульозу нирки передбачує:

1) клінічну; 2) лабораторну; 3) рентгенорадіологічну; 4) ендоскопічну; 5) морфологічну діагностику. Найбільш частими першими симптомами ниркового туберкульозу є почастішання сечовипускання та болі за часів сечовипускання (45%), тупі болі у поперековій області зі сторони ураження (32%), ниркова коліка зі сторони ураження (5-10%), гематурія (6-8%). У зв'язку з різноманітною та непатогномонічною симптоматологією хворі на туберкульоз нирки багато років залишаються під наглядом лікарями під "масками" інших захворювань: сечокам'яна хвороба, цистит, пієлонефрит, простатит, епідидиміти.

Для загального аналізу сечі хворих на туберкульоз нирки характерні кисла реакція, помірна протеїнурія (часто брехлива), лейкоцитурія. Менш часто зустрічається еритроцитурія. Перелічені компоненти осаду сечі можуть лише викликати підозру на сечовий туберкульоз.

Основне значення в діагностиці має наявність у сечі мікобактерій туберкульозу (ВК), які виявляються трьома основними методами :

1. Бактеріоскопічний - пряма бактеріоскопія мазків, забарвлених за Ціль - Нільсеном; мікроскопія з використанням способів збагачення (флотації); люмінесцентна мікроскопія.
2. Бактеріологічний (засів).
3. Біологічний (зараження тварин).

Дозволяюча можливість звичайної бактеріоскопії, тобто можливість появи (ВК) - не менш 100000 мікробних тіл в 1 мл сечі, люмінесцентної мікроскопії - 10000, метода флотації - 1000 в 1 мл матеріалу, методів засіву - 10 мікробних тіл , біопроби - 1 мікроорганізм в 1 мл сечі.

В комплексі сучасних лабораторних методів діагностики застосовується провокаційний тест з туберкуліном 20 одиниць котрого, введеного під шкіру, у хворих на туберкульоз нирки викликається зріст інтенсивності лейкоцитурії.

На оглядовому знімку сечової системи приблизно у 10% хворих на туберкульоз нирок знаходять осередки обизвествління ниркової паренхіми, котрі на відміну від сечових конкрементів мають негомогенну структуру нерівні краї та локалізуються в проекції ниркової паренхіми , тоді коли конкременти у мисково-чашечній системі.

При контрастних рентгенологічних методах дослідження на початковій стадії процесу (інфільтративному туберкульозі нирки) відмічається деформація чашечно-мискової системи за рахунок запального інфільтрату (звуження та поширення чашечок, здавлення та відтиснення їх).

Типовою рентгенологічною ознакою туберкульозу нирки є каверна по типу округлої додаткової порожнини з нерівними , подертими краями, що сполучаються із чашечно-мисковою системою. При туберкульозному піонефрозі - багаточисельні, сполучені один з одним каверни, перетворюють нирку у єдиний лантух.

Туберкульозне ураження сечоводу рентгенологічне виявляється багаточисельними його звуженнями, натягом та зникненням тазової кривизни. Понад ділянками звужень сечовід поширений - чоткоподібний сечовід. Щодо ураження сечового міхура характерні його деформація, скошеність, зменшення у розмірах (мікроцистис).

Характерні для туберкульозу зміни при цистоскопії: солітарні горбики, ерозії, язви, зміни вічка сечоводу з боку ураження (деформація та зіяння).

В лікуванні сечового туберкульозу в наші часи провідне місце займає хіміотерапія, що використовується як самостійний метод лікування, передопераційної підготовки та у післяопераційному періоді.

Усі туберкулостатичні препарати розподіляють на дві групи - першого та другого ряду. До препаратів першого ряду відносяться: гідразид ізонікатинової кислоти (тубазид та його деривати), фтивазид, ларусан, метазид, солюзид, ІНХА - 17, стрептоміцин та його похідні (пассоміцин, стрепто-солюзид) та ПАСК. Усі останні препарати вважаються резервними або препаратами другого ряду. Препарати першого ряду в тому чи іншому сполученні призначають частіше вперш виявленим хворим останні (егіонамід, циклосерин, канаміцин, тібон та ін.) - хворим, в яких лікування основними препаратами з'явилося менш ефективним.

Туберкулостатичну терапію проводять регулярно та систематично на протязі тривалого терміну. Безперервний первинний курс лікування складає не менш 2-х років. Всебічний вплив на процес досягається комбінованим лікуванням з двох трьох або навіть чотирьох туберкулостатичних препаратів.

Хірургічне лікування хворих на туберкульоз органів сечової системи проводиться тільки на фоні специфічної терапії. З методів оперативного лікування використовуються органозберігаючі операції на нирці та сечових шляхах та нефректомія. До перших з них відносяться кавернотомія, кавернектomia, резекція нирки, різноманітні види прямої та непрямой уретероцистонефростомії. Нефректомія показана при: а) туберкульозному піонефрозі; б) тотальному обизвествлінні нирки; в) при нефункціонуючій нирці; (з повною втратою функції документованою ангіографічно) та наявності гіпертонії; г) при нефункціонуючій нирці та стійкій бацилярності.

Хворі на туберкульоз органів сечостатевої системи підляглі обліку та догляду в умовах протитуберкульозного диспансеру.

Туберкульоз чоловічих статевих органів

Інфекція потрапляє в статеві органи гематогенним шляхом у період первинної чи вторинної дисемінації туберкульозу. Спочатку уражається передміхурова залоза, а потім сім'яний міхурець, придаток яєчка, яєчко і дуже рідко – статевий член. Згодом по сім'явиносному протоку мікобактерії туберкульозу проникають у придаток протилежного яєчка. Можливе й одночасне ураження передміхурової залози і придатка яєчок.

Клінічна картина. Першим клінічно проявляється **туберкульоз придатка яєчка**. Звичайно туберкульоз чоловічих статевих органів має хронічний перебіг, леші туберкульоз придатка яєчка в 50% випадків перебігає в гострій формі. У хворих раптово з'являються різкий біль у відповідній половині мошонки, набряк і почервоніння мошонки, підвищується температура тіла до 39-40⁰С, спостерігаються загальна слабкість, нездужання, головний біль,

запаморочення, нудота, втрата апетиту. Через 6-8 тижнів гострі явища стихають, температура тіла знижується до субфебрильної, дещо поліпшується загальний стан хворого, зменшується набряк мошонки. Пальпується значно збільшений, щільний, горбистий, різко болючий придаток яєчка. Сім'яний канатик теж щільний. Гострі явища поступово минають, проте придаток залишається збільшеним, горбистим, щільним.

На межі придатка і яєчка намічається ділянка розм'якшення, де потім утворюється нориця. При поширенні процесу на оболонки яєчка і яєчко виникає реактивна водянка оболонок. Поширення туберкульозного процесу на яєчко не позначається на клінічній картині захворювання. Характерним для туберкульозного ураження придатка і яєчка є спаювання шкіри мошонки з запальним інфільтратом. Процес може затихати, а потім рецидивувати з утворенням гнійної нориці. При тривалому існуванні нориці можлива повна секвестрація придатка яєчка.

Інша форма туберкульозу яєчка і його придатка характеризується хронічним перебігом. Захворювання розпочинається непомітно і тривалий час протікає безсимптомно. У придатку яєчка, зокрема в ділянці хвоста, з'являється невелике болюче ущільнення, яке поступово збільшується. Загальний стан хворого не змінюється. Процес поступово поширюється на сім'явиносному протоку, а потім на яєчко. З наростанням інфільтрації придаток спаюється з шкірою.

Туберкульоз передміхурової залози і сім'яних міхурців тривалий час має безсимптомний перебіг. Після утворення масивних інфільтратів і каверн у передміхуровій залозі з'являється біль у промежині прямій кишці, крижах. У міру розвитку захворювання біль поширюється на яєчко, посилюється, з'являються дизуричні розлади. При наявності в передміхуровій залозі каверни, яка сполучається з сечівником, з нього під час дефекації виділяється гній.

При пальцьовому дослідженні через пряму кишку в початкових стадіях туберкульозного процесу пальпується нерівна, дещо горбиста асиметрична передміхурова залоза. В давнених випадках у передміхуровій залозі під час пальпації виявляються дуже щільні вузли з ділянками розм'якшення. На уретрограмі відзначаються каверни в передміхуровій залозі.

Сім'яний міхурець, уражений туберкульозним процесом, пальпується над передміхуровою залозою у вигляді круглого, щільного тяжа.

При *туберкульозі статевого члена* на його головці, поблизу зовнішнього отвору сечівника, з'являються горбики, які зливаються в міцні вузлики, перетворюючись у виразки з підритими краями, які легко кровоточать. Для пізніх стадій туберкульозу статевого члена характерне приєднання каверніту, який супроводжується появою ущільнень у товщі печеристих тіл.

Лікування хворих на туберкульоз чоловічих статевих органів має бути комплексним. Це захворювання гірше піддається лікуванню, ніж туберкульоз нирок та сечових шляхів. Специфічні протитуберкульозні препарати призначають у тих дозах, що й при туберкульозі нирок. Крім того, виконують іммобілізацію мошонки за допомогою тугих плавков. Широко застосовують новокаїнову блокаду (із стрептоміцином) сім'яного канатика.

Протипоказані УВЧ, діатермія та аутогемотерапія.

При неефективності медикаментозного лікування протягом 2-3 місяців виконують часткове видалення (резекцію) придатка яєчка чи епідидимектомію. У разі часткового втягнення в процес яєчка епідидимектомію поєднують з частковим видаленням придатка яєчка. При тотальному ураженні яєчка видаляють – гемікастрація, орхіектомія. З метою запобігання проникненню туберкульозної інфекції в протилежні придаток і яєчко виконують вазектомію. Після операції проводять тривалу (протягом 2-3 років) специфічну хіміотерапію.

Лікування хворих на туберкульоз передміхурової залози і сім'яних міхурців загалом консервативне, комплексне. Ефективне застосування інстиляції в передміхурову частину сечівника розчинів протитуберкульозних препаратів. При туберкульозному абсцесі передміхурової залози останній розтинають. Якщо утворюється епієма передміхурової залози, виконують везикулектомію.

Прогноз щодо повного видужання частіше несприятливий, особливо при двосторонньому ураженні придатків яєчок. Навіть при клінічному видужанні настає непрохідність придатків яєчок і сім'явиносних проток, що призводить до безплідності. Туберкульоз передміхурової залози і сім'яних міхурців майже завжди завершується незворотним порушенням їх функцій. Прогноз щодо життя при туберкульозі чоловічих статевих органів сприятливий.

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 методичного забезпечення наявності заняття, контролю знань тих, що навчаються	Термін (у хвилинах або %) від загального часу заняття
1	2	3	4	5	6
<i>Підготовчий етап.</i>					
1	Вступ та ви-	Усвідомлення	Таблиці по те-	Статистичні та кліні-	5 хв.

	значення актуальності вивченої теми	високої актуальності проблеми	мі: "Туберкульоз органів сечової системи"	чні дані на різноманітних носіях інформації	
2	Контроль вихідного рівня	Визначення якості базисних знань	Тест-запитання, ситуаційні задачі	Таблиці, ситуаційні задачі з набором рентгенограм, набір кодограм та слайді за вивченою темою	10 хв.
Основний етап.					
3	Курація хворих	Оволодіння навичками обстеження хворих та виробітки лікувальної тактики	Клінічні, рентгенологічні, ультразвукові дані хворих, фантоми сечового міхура, цистоскопічні картини	Отримані дані обстежених хворих. Набір кодограм та слайдів за темою	20 хв.
4.	Розбір хворих для курації	Формування професійних вмінь та навичок щодо визначення схеми лікування	Див.п.3.	Див.п.3.	20 хв.
Заключний етап.					
5.	Вирішення задач 3 та 4 рівнів.	Корекція рівня професійних вмінь та навичок	Набір актуальних задач та підбірка рентгенограм і даних обстеження	Клінічні дані обстеження та схеми лікування тематичних хворих	10 хв.
1	2	3	4	5	6
6.	Контроль вірності вирішен-	Контроль рівня професійних	Див.п.5.	Див.п.5.	10 хв.

	ня задач	вмінь та навичок			
7.	Вибіркове демонстрування слайдів і кодogram	Закріплення отриманих вмінь та навичок	Набір слайдів, таблиць, кодogram	Демонстраційні засоби та підібрані матеріали за темою заняття	10 хв.
8.	Підвищення підсумків заняття і завдання до наступного заняття	Підведення підсумків, надання домашнього завдання з посилкою до літератури			
Разом					90 хв.

6. Матеріали щодо методичного забезпечення заняття.

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, задачі, тести.

6.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок, навчальні завдання.

- Розв'язання ситуаційних задач.
- Клінічний розбір тематичного хворого;
- Клінічний розбір історії хвороби;
- Інтерпретація даних клінічних, лабораторних, функціональних і спеціальних методів дослідження у хворого на туберкульоз сечостатевої системи.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Періуретрит

- А відмічається при нефротуберкульозі
- В відмічається при хронічному піелонефриті
- С має місце при туберкульозі і хронічному піелонефриті
- Д не зустрічається при уротуберкульозі і хронічному піелонефриті

2. Термінальна гематурія це ознака:

- А туберкульоза передміхурової залози
- В пухлини нирки
- С шієчного цистита
- Д уретрита

3. Ознака утворення каверн у передміхурової залозі служать:

- А біль у проміжності

- В білі у проміжності
- С простатурія
- Д гнієтеча з уретри при дефекації

4. Абсолютним показанням до нефректомії при нефротуберкульозі є:

- А туберкульозний піонефроз
- В полікавернозний туберкульоз з проявою туберкульозної інтоксикації
- С нефрогенна артеріальна гіпертензія
- Д обизвествлінні нирки

5. Виконання цистоскопії показано при:

- А туберкульозі сечової системи
- В пухлини сечового міхура
- С шистосоматозі
- Д уретероцеле

6.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

1. Основним шляхом розповсюдження інфекції при урогенітальному туберкульозі є:

- а) гематогенний
- б) лімфагенний
- с) уріногенний (висхідний по просвіт сечових шляхів)
- д) висхідний по стінці сечових шляхів
- е) низхідний, уріногенний

2. Абсолютне показання до нефректомії при туберкульозі:

- а) підвищення температури до 38⁰С
- б) полікавернозний туберкульоз однієї нирки
- с) полікавернозний туберкульоз двох нирок
- д) "малий" сечовий пузир
- е) знайдення у сечі паличок Коха

3. Обизвествління запальних осередків: буває при:

- а) відмічається при хронічному пієлонефриті
- б) нефротуберкульозі
- с) карбункулі ниркі
- д) пухлині ниркі
- е) хронічному панкреатиті

4. Клінічними симптомами активного нефротуберкульозу є:

- а) тупи болі у поперекової області

- б) гематурія
 - с) піурія
 - д) мікобактеріурія
 - е) усе перераховане
5. Для туберкульозного ураження сечоводу характерними є слідуєчі зміни :
- а) звуження його просвіту (обмеження)
 - б) чіткоподібні звуження
 - с) натяг сечоводу
 - д) звуження сечоводу у передміхуровому відділі
 - е) усе перераховане
6. Що з перерахованого правильно у відношенні нефроуретеролітіаза:
- а) гематурія
 - б) циліндрурія
 - с) позитивний симптом Кохера
 - д) уретрорагія
 - е) нічого з перерахованого
7. Основною причиною аутонефректомії при туберкульозі нирки є:
- а) тромбоз ниркової вени
 - б) стеноз ниркової артерії
 - с) ураження лімфатичної системи нирки
 - д) рубцова облітерація сечовода
 - е) стеноз ниркової артерії та тромбоз ниркової вени
8. Усі з перерахованих патологічних змін відмічаються при туберкульозі нирки, за виключенням:
- а) туберкульозний папіліліт
 - б) каверна
 - с) полікаверноз
 - д) туберкульозний піонефроз
 - е) ретроперитонеальний фіброз
9. Все з перерахованого відмічається при туберкульозному ураженні сечового міхура, за виключенням:
- а) туберкульозні бугорці
 - б) із'язвління слизової сечового міхура
 - с) рубцова деформація сечового міхура
 - д) зморщування сечового міхура

е) цистоцеле

10. Мікобактеріурія:

- а) відмічається при пієлонефриті
- б) виявляється при туберкульозі нирок
- с) ні те, ні інше

11. Абсолютним показанням до нефректомії при нефротуберкульозі є:

- а) туберкульозний піонефроз
- б) полікаверозний туберкульоз з проявленням туберкульозної інтоксикації
- с) нефрогенна артеріальна гіпертензія
- д) обизвіствління нирки
- е) усе перераховане

12. Виконання цистоскопії показано при:

- а) туберкульозі сечової системи
- б) пухлинні сечового міхура
- с) шистосомоз
- д) уретероцеле
- е) при усіх перерахованих

6.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтуючі карти з організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою, графологічної структури заняття тощо.

Завдання з УДРС та НДРС з даної теми.

Тематика УДРС: На основі даних історій хвороб груп хворих, у яких підозрювалось специфічне ураження органів статевої системи представити алгоритми комплексного обстеження таких осіб.

Тематика НДРС: Підготувати доповідь за темою: "Сучасні методи цистопластики у хворих із туберкульозом сечового міхура"

Розробники:

зав. кафедри урології та нефрології, професор Ф.І. Костєв
 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. Красиліук
 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. Урология (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-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. Урология : 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. Voizianov, V.M. Lesovoy (et at.);ed. by Pasechnikov. / S.P. Pasechnikov, S.O. Voizianov, 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/>