

**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**КАФЕДРА УРОЛОГІЇ, ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ**

**ЗБІРНИК**  
**ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ З УРОЛОГІЇ**  
**ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**  
для студентів 4 курсу медичних факультетів

**м. Запоріжжя**

**2015**

УДК 616.6(076)

ББК 56.9

Т 3– 41

***Рецензенти:***

**Перцов В.І.** - доктор медичних наук, професор; завідувач кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології ЗДМ;

**Сирбу І.Ф.** - доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії ЗДМУ.

*Затверджено Центральною методичною Радою  
Запорізького державного медичного університету  
(Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2015 р)  
Рекомендовано до використання в навчальному процесі.*

**Бачурін Г. В., Бачурін В. І., Довбиш М. А, Губарь А. О.**

Т 3–41 Збірник тестових завдань з урології до практичних занять для студентів 4 курсу медичних факультетів / Г. В. Бачурін, В. І. Бачурін, М. А. Довбиш, А. О. Губарь. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2015. – 45 с.

У збірнику запропоновані тематичні тестові завдання для контролю теоретичних знань при проходженні студентами 4 курсу медичних факультетів циклу за фахом «Урологія».

УДК 616.6(076)

ББК 56.9

© Г. В. Бачурін, В. І. Бачурін,  
М. А. Довбиш, 2015

© Запорізький державний  
медичний університет, 2015

## ЗМІСТ

Передмова

Теми практичних занять з урології для студентів 4 курсу медичного факультету

Тема № 1: “Семіотика та лабораторні методи дослідження при урологічних захворюваннях”

Тема № 2: “Рентген-радіологічні, ультразвукові та інструментальні методи дослідження в урології”

Тема № 3: “Неспецифічні запальні захворювання нирок, сечового міхура”

Тема № 4: “Сечокам’яна хвороба”

Тема № 5: “Пухлини сечостатевої системи”

Тема № 6: “Травми сечостатевої системи”

Тема № 7: “Гостра та хронічна ниркова недостатність. Вади розвитку сечостатевої системи”

Тема № 8: “Невідкладна допомога при урологічних захворюваннях”

Вірні відповіді

Список літератури:

## ПЕРЕДМОВА

Мета збірника тестових завдань виявити теоретичну підготовку студентів 4 курсу медичних факультетів ЗДМУ по спеціальності „лікувальна справа” та „педіатрія”, на кожному практичному занятті по циклу «Урологія».

Збірник тестових завдань повністю відповідає вимогам «Положення про організацію навчального процесу у ЗДМУ» (2015р) та робочій програмі з «Урології»

Тестові питання для кожної з 8 тем занять сформульовані доступною мовою з використанням професійної медичної термінології. Критерії оцінки виконаних завдань студентів логічно обґрунтовуються згідно існуючих нормативних документів.

**Теми практичних занять з урології  
для студентів 4 курсу медичного факультету**

1. Анатомія і фізіологія органів сечової і чоловічої статеві системи. Аномалії розвитку органів сечової і чоловічої статеві системи. Семіотика урологічних захворювань.
2. Рентген-радіонуклідні, термографічні, ультразвукові і інструментальні методи обстеження урологічних хворих.
3. Гострий пієлонефрит. Хронічний пієлонефрит.
4. Цистит, простатит, уретрит, каверніт, епідіміт. Пієонефроз, ретроперитонеальний фіброз, гострий паранефрит. Туберкульоз сечових шляхів і органів чоловічої статеві системи.
5. Сечокам'яна хвороба, гідронефроз. Гостра і хронічна ниркова недостатність.
6. Травматичні пошкодження органів сечової і чоловічої статеві системи.
7. Новоутворення органів сечової і чоловічої статеві системи.
8. Ниркова колька, гостра затримка сечі, анурія, травми нирки, сечового міхура, сечівника та яєчок.

**Тема № 1: “Семіотика та лабораторні методи дослідження при урологічних захворюваннях”**

1. Які клінічні ознаки характерні для урологічних захворювань?

А - біль унизу живота

Б - головна біль

В - субфебрильна температура

Г - гострі приступоподібні болі в області нирок

Д - пекучі болі в поперековій області

2. Для анурії характерні:

А - часті безплідні поклики до сечовиділення

Б - виділення сечі по краплям

В - біль під лоном

Г - пальпіруемый сечовий міхур

Д - відсутність сечі в сечовому міхурі..

3. Хронічна затримка сечі характеризується наявністю залишкової сечі:

А - так

Б - ні

4. У хворой 30 років раптово з'явилась біль приступоподібна у лівій поперековій області, ірадіруюча в статтеві органи, блювання. Жівіт м'який, ліва область нирки дуже болить, сечовиділення з резями, часті. Яке захворювання Ви можете припустити?

А - кишкова непрохідність

Б - ниркова коліка зліва

В - тромбоз мезантеріальних судин

Г - внематкова вагітність

Д - каловий завал.

5. До проби сечі на скритну лейкоцитурію відносяться:

А - загальний аналіз сечі

Б - проба по Нечипоренку

В - проба по Земницькому

Г - бактеріоскопія сечі

Д - бак. посів сечі.

6. Про концентраційній здібності нирок в пробі Зимницького судять по:

А - величині денного діурезу

Б - величині добового діурезу

В - величині різниці між максимальної та мінімальної величини.

7. Ішурія виникає у наслідку:

А - травми сечостатевих органів

Б - запалення сечостатевих органів

В - пухлини нирок.

8. Проби на скритну лейкоцитурію призначають при:

А - нормальному утримуванню лейкоцитів в загальному аналізі сечі

Б - утримування лейкоцитів в загальному аналізі сечі на  $1/3 - 1/2$  та більш

В - незначному ("прикордонному") збільшенні кількості лейкоцитів в загальному аналізі сечі та нормальному утримуванню лейкоцитів.

9. Патологічною ("Істинной") вважають бактеріурію:

А - 100 тис. бактерій в 1 мл. сечі

Б - 50 тис. бактерій в 1 мл. сечі

В - 10 тис. бактерій в 1 мл. сечі

10. Які показники в пробі Реберга-Тарєєва найбільш цінні?

А - величина клубочкової фільтрації

Б - рівень креатинину крові

В - величина реабсорбції

Г - добовий діурез

Д - величина кліренсу ендogenous креатинину.

11. Які показники характеризують азотовидільну функцію нирок?

А - білок крові

Б - креатинін крові

В - калій та натрій крові.

12. Еритроцитурія виникає тільки при:

А – сечокам'яної хвороби

Б - пухлині сечового міхура

В - пухлині нирок

Г - в багатьох урологічних захворюваннях

Д - нефроптозі

13. Показує чи наявність в сечі активних лейкоцитів та клітин

Штернгаймера-Мальбіна на активність пієлонефриту?

А - Ні

Б - ТАК

14. Яка кількість белку може виявитись в загальному аналізі сечі?

А - 1,0 г/л

Б - 0,033 г/л

В - 0,066-0,099 г/л

Г - 0,99 г/л

Д - 0,33 г/л



15. В нормі еритроцитів в сечі утримується:

А – 0 – 1 в полі зору

Б – 5 – 10 в полі зору

В – 10 – 15 в полі зору

Г - на все поле зору

Д – 10 – 20 в полі зору

16. Можна чи з допомогою екскреторної урографії визначити функцію нирок у хворого з подвоєною нирковою мискою?

А - ТАК

Б - НІ

17. При не порушенні функції нирок функціонально-анатомічний стан нирок на екскреторній урограмі ліпше вивчати на:

А – 90 - 120 хв.

Б - 1-та 2 хвилини

В – 5 - 15 хвилин

Г – 2 - 120 хвилин

Д - 40 та 50 секунд

18. Чи можливо одержати непрямі ознаки нефрогенної гіпертонії, якщо екскреторную урографію виконувати на 3,5,15,45 хвилині?

А - НІ

Б - ТАК

19 Ліпше всьго у урологічних хворих функцію нирок вивчати з допомогою якого метода?

А - екскреторної урографії

Б - ізотопної ренографії нирок

В - рівня залишкового азоту крові.

20. У вертикальному положенні у хворого пальпуються нирки. Ви призначите яку урографію?

А - інфузійну

Б - ортостатичну.

**Тема № 2: “Рентген-радіологічні, ультразвукові та інструментальні методи дослідження в урології”**

1. Сканування нирок призначається при яких захворюваннях нирок?

А - нефроптозі

Б - подвоєнні ниркових мисок

В - подвоєнні сечоводів

Г - паранефриті

Д - при тих захворюваннях, котрі протікають зі зменшенням кількості функціонуючої паренхіми.

2. Чи є абсолютні протипоказання для ізотопної ренографії нирок?

А - ТАК

Б - НІ

3. За допомогою якого методу можливо вивчати анатомо-морфологічний стан нирок?

А - ізотопна ренографія нирок

Б - обзорна урографія

В - ультразвукове дослідження нирок.

4. У хворого сеча з домішкою крові на усьому протязі без сгустків. Болі при сечовиділенні та в області нирок немає. Виявлено: нирки не пальпуються, область їх безболісна. Що слід назначити хворому?

А - гемостатичні препарати

Б - кров на креатинін

В - аналіз сечі по Нечіпоренко

Г - цистоскопію

Д - антибіотики

5. Який із методів дасть допомогу при диференціальній діагностиці нирковій колиці та гострої хірургічної патології?

А - оглядова R-скопія черевинної порожнини

Б - хромоцистоскопія

В - R-скопія органів грудної клітини.

6. Використовуються УЗД для діагностики пухлин сечового міхура?

А - ТАК

Б - НІ

7. Чи показана оглядова урографія при травмах нирок

А - ТАК

Б - НІ

8. При проведенні ретроградної цистографії при підозрі на розрив сечового міхура необхідно:

А - введення до 50 мл контрастної речовини

Б - введення до 150 мл контрастної речовини

Г - туге наповнення сечового міхура

9. Чи показана цистоскопія при підозрі на розрив уретри?

А - ТАК

Б - НІ

10. Найбільш інформативний метод в диференційованій діагностиці нефроптозу та дістопії нирок:

А - артеріографія

Б - ретроградна пієлографія

В - ізотопна ренографія

11. Найбільш достовірні методи діагностики при перехрестній дістопії нирок:

А - УЗД

Б - ангіографія

В - екскреторна урографія

Г - ретроградна уретропієлографія

12. Найбільш точний сучасний метод діагностики функціонального стану кожної нирки окремо:

А - ультразвукове сканування

Б - реоренографія

В - радіоізотопна ренографія

13. Хромоцистоскопія – це оцінка:

А - дієздатності вічок сечоводів

Б - клубочкової фільтрації

В - наявності обтураційних та стенозуючих факторів у верхніх сечовивідних шляхах, глибокого ураження паренхіми нирок.

14. Найбільш інформативні методи діагностики стану ниркової гемодинаміки:

А - кліренс ендogenous креатинину.

Б - кліренс гіпурану-131

В – ангіонефросцинтиграфія

15. Найбільш інформативний метод оцінки уродинаміки верхніх сечових шляхів:

А - хромоцистоскопія

Б - екскреторна урографія

В - електроміографія мисок та сечоводів

16. Найбільш точний метод вивчення уродинаміки верхніх сечових шляхів:

А - оглядова урографія

Б - рентгентелевізійна урографія

В - хромоцистоскопія

17. Найважливіше протипоказання до екскреторної урографії:

А - підвищена чутливість до йоду.

Б - шок

В - колапс

18. Протипоказання до ретроградної уретеропієлографії:

А - гострий уретрит, гострий простатит

Б - туберкульоз сечової системи

В - загальна слабкість

19. Оптимальна кількість контрастної речовини для екскреторної урографії:

А - 20 мг\кг

Б - 2 - 3 мг\кг

В - 5 мг\кг

20. Найбільш характерні ознаки пухлин нирки на екскреторній урограмі:

А - деформації чашечно-мискової системи та бугристість контуру.

Б - відсутність виділення контрасту

В - бугристість контуру.

**Тема № 3: “Неспецифічні запальні захворювання  
нирок, сечового міхура”**

1. За даними ВООЗ на другому місці після запальних захворювань верхніх дихальних шляхів знаходиться:

- А - гломерулонефрит
- Б - амилоїдоз нирок
- В - туберкульоз нирок
- Г - пієлонефрит
- Д - діабетична нефроангіопатія

2. Переважно яка частина паренхіми нирок вражається при пієлонефриті?

- А - капсула нирки
- Б - інтерстиціальна тканина
- В - сосочек
- Г - коркова речовина
- Д - чашечка

3. Дуже часто пієлонефрит викликає:

- А - грампозитивна флора
- Б - грамнегативна флора
- В - туберкульозна паличка КОХА
- Г - однаково часто грампозитивна та грамнегативна флора

4. Збільшується чи частота пієлонефриту у літніх чоловіків?

- А - ТАК
- Б – НІ

5. Який місцевий фактор грає ведучу роль у виникненні пієлонефриту?

- А - скелетотопія нирки

Б - розміри нирки

В - товщина паренхіми

Г - ступінь відбиття та розвиток паранефральної клітчатки

Д - порушення відтока сечі по сечовим шляхам.

6. Що є основним для виникнення пієлонефриту?

А - порушення кровообігу у малому колі кровообігу

Б - порушення гемомікроциркуляції

7. Патогенетичною ознакою гострого пієлонефриту є:

А - субфебрильна температура тіла

Б - збільшення температури тіла

В - зниження температури тіла

Г - збільшення температури тіла з лихоманкою та заливним пітом.

8. У клініці первинного гострого пієлонефриту ведучим є:

А - збільшення діуреза

Б - збільшення температури тіла з лихоманкою та заливним пітом.

9. При пієлонефриті в сечі з'являються:

А - бактерії

Б – еритроцити

В - солі

10. При гострому первинному пієлонефриті на екскреторній урограмі виявляється:

А - тінь поперекової м'язи

Б - нормальна чи незначно зниження функція нирок

В - зменшення нирки

11. Чи вважаєте Ви цілеспрямованим призначення антибіотиків широкого спектру дії при гострому пієлонефриті?

А - Ні

Б - ТАК

12. При гострому повторному пієлонефриті необхідно перш за все:

А - зробити біопсію нирки

Б - зробити катетерізацію сечовника

В - призначити УВЧ на нирк

13. Які антибіотики слід виключити з лікування пієлонефриту вагітних?

А - тетрацікліни

Б - пеніциліни,цефалоспоріни

14. Загальними симптомами хронічного пієлонефриту є:

А - головна біль

Б - тахікардія

В - швидка втомлюванність,слабкість,зниження апетиту

Г - емоційна збудженність

Д - депресія

15. Для хронічного пієлонефриту характерні:

А - гостра біль в нирці

Б - пекуча біль в попереку

В - періодичні, ноючи у спокою

Г - стреляюча біль

16. У хворої 30 років десь за 10 днів після перенесеного паратонзиллярного абсцесу збільшилась температура тіла до 39 з лихоманкою, заливним пітом,



з'явилися тупі болі в правій нирці. При пальпації нирка не пальпується, права область нирки болюча, тут же позитивний симптом Пастернацького. В сечі білок 0,066 г/л бактерії, лейкоцити на все поле зору.

На оглядовій рентгенограмі контура m psoas немає, сколіоз вправо, контур правої нирки збільшений. Яке захворювання викликало такий стан хворого?

А - гострий паранефрит справа

Б - межреберна невралгія

В - гострий холецистит

Г – панкреатит

17. У хворої 56 років тупі болі в поперековій області протягом 10 років.

Нирки не пальпуються. См. Пастернацького – негативний. В сечі по

Нечипоренко лейкоцити –10 тис. В 1 мл, активні лейкоцити-30%, бактерії 50 тис в 1 мл. Діагностовано хронічний піелонефрит. Який оптимальний строк лікування хронічного піелонефриту?

А - більше року

Б - 1 місяць

В - 2 місяця

18. Хвора 50 років надійшла з скаргою на тупі болі в правій поперековій області, періодичні збільшення температури тіла до 39 з лихоманкою та заливним пітом, наявністю прозорої сечі в цей період. В період нормалізації температури тіла та стихання болів, сеча мутна, гнійна. Об'єктивно язик сухий. При пальпації визначається бугриста права нирка. Помірно болюча, малорухома. В сечі лейкоцити на все поле зору, білок 0,099 г/л. При цистоскопії з правого вічка виділяється гній у вигляді "пасти з тюба". Який патологічний процес приводить до такого стану?

А - паранефрит

Б - піонефроз

В - гломерулонефрит

#### Тема № 4: “Сечокам’яна хвороба”

1. Впливають чи кліматичні фактори на розвиток сечокам’яної хвороби:

А - ТАК

Б - НІ

2. Для сечокам’яної хвороби не характерно:

А - біль

Б - гематурія

В - лейкоцитурія

Г - збільшення температури тіла

3. Чи можливий нормальний аналіз сечі при нирковій коліці?

А - ТАК

Б - НІ

4. Назвіть при якому стані можливо розвиток субренальної анурії:

А - серцева недостатність

Б – сечокам’яна хвороба

В - крововтрата

Г - неукротима рвота

5. Для купіровання ниркової коліки показано чи призначення наркотичних анальгетиків:

А - ТАК

Б – НІ

6. Основним методом лікування СКХ є:

А - консервативне лікування

Б - хірургічне лікування

В - літотрипсія

7. Ускладненням СКХ може бути:

А - амілоїдоз нирок

Б - пієлонефрит

В - гломерулонефрит

8. Каміння сечового міхура частіше:

А - первинні

Б - повторні

9. Кров в сечі з'являється в кінці робочого дня.

Попередній діагноз:

А - полікістоз

Б - туберкульоз нирки

В - новоутворення сечовидної системи

Г - камінь сечового міхура.

10. У хворого початкова (ініціальна) гематурія. Попередній діагноз:

А - нефролітіаз

Б - туберкульоз нирки

В - новоутворення сечового міхура

Г - пухлини сім'яного горбика

Д - травма фіксованої частини уретри.

11. У хворого гострі приступоподібні болі в правій поперековій області ірадіруючі по ходу сечовника, часті поклики до сечовиділення. В сечі –білок 0,033 г/л, лейкоцити –2-3 в полі зору, еритроцити свіжі-10-20 в полі зору.

Діагноз?

- А - гострий аппендицит
- Б - прободна язва шлунка
- В - ниркова колика зправа
- Г - гострий холецистит

12. Етіологічним фактором СКХ є:

- А - тубулопатії
- Б - гіпертонічна хвороба
- В - цукровий діабет
- Г - туберкульоз

13. Одним з основних симптомів СКХ є:

- А - підвищення температури тіла
- Б - протеїнурія
- В - підвищення АД
- Г - біль

14. Поява макрогематурії після гострої болі в поперековій області характерно для:

- А - пухлини нирки
- Б - пухлини сечового міхура
- В - СКХ
- Г – пієлонефриту

15. Місце первинного утворення каменів:

А - ниркова миска та чашка

Б - сечовник

В - вічко сечовника

Г - уретра

16. Ведучим методом діагностики СКХ є:

А - радіоізотопні методи дослідження

Б - лабораторні методи дослідження

В - рентгенологічні методи дослідження

17. Які з перерахованих сечових каменів дають інтенсивну тінь на оглядовій урограмі:

А - оксалати

Б - фосфати

В - урати

Г - цистинові камні

18. Найбільш патогномонічним для купірування ниркової колики є:

А - призначення антибіотиків

Б - анальгетиків та спазмолітиків

В - вітамінів групи С

19. Основною ознакою уролітіазу є:

А - дізурія

Б - гематурія

Г - відходження конкрементів.

20. Каміні сечового міхура зустрічаються частіше у:

А - жінок

Б - чоловіків

## Тема № 5: “Пухлини сечостатевих органів”

1. Дуже часто хворіють раком нирок:

А - чоловіки

Б - жінки

2. Можливо чи метастазування раку нирки до кліток тазу, хребту, черепу:

А - ТАК

Б - НІ

3. Варікоцеле може бути ознакою:

А - хронічного пієлонефриту

Б - раку нирки

В - раку сечового міхура

Г - хронічного гломерулонефриту

Д - СКХ (сечокам'яної хвороби)

4. Безболісна макрогематурія може бути ознакою:

А - пухлини нирки

Б - СКХ

В - хронічного пієлонефриту

5. Екскреторна урографія для діагностування пухлин нирок показана:

А - ТАК

Б – НІ

6. Для діагностики пухлин сечового міхура найбільш інформативно є:

А - цистоскопія

Б - уретероцистографія

В - мікціонна цистографія

7. Чи можливе виникнення субренальної анурії при пухлинах геніталій?

А - ТАК

Б - НІ

8. Основним методом лікування раку сечового міхура є:

А - операційне

Б - хіміотерапія

В - промінева терапія

9. ДГП розвивається з:

А - сімешної бульбашки

Б - передміхурової залози

В - парауретральної залози

10. Дані пальцевого дослідження при раці простати:

А - наявність розм'ягчення в простаті

Б - болючість при пальпації

В - зменшення передміхурової залози у розмірі

Г - щільні ділянки, хрящової консистенції без чітких меж.

11. В етіопатогенезі раку простати ведучу роль виконують:

А- гормони надпочечників

Б - гормони яєчок

В - гормони передньої долі гіпофізу

Г - дисфункція простати

12. Основна причина ОЗМ при ДГП:

А - обструкція уретри

Б - зниження скороченої здібності детрузору

В - флєбостаз шийки сечового мiхура

13. Наявнiстю залишкової сечi обумовлено:

А - наявнiсть камiнь сечового мiхура

Б - збiльшенням емкостi сечового мiхура

В - ступенню декомпенсацiї детрузору

14. Основною ознакою при пальцевому ректальному дослiдженнi простати в нормi:

А - слизиста прямої кишки нерухома, має складчаті утворення, простата щільна

Б - слизиста прямої кишки рухома, оточуюча клітчатка вільна, простата еластична

В - слизиста прямої кишки рухома, оточуюча клітчатка щільна, простата плотно-еластичної консистенції

15. Достовiрна діагностика раку простати базується на:

А - визначення кiслотної фосфатази кровi

Б - ПСА (простатоспецифічний антиген)

В - бiопсiї простати

Г - пальцевое ректальное дослiдження

16. Дiференціальна діагностика ДГП з раком простати:

А - УЗД простати

Б - цитологічне дослiдження секрета простати

В - пункційна бiопсiя простати

Г - дослiдження ПСА

17. Найбiльше ефективнi препарати у лiкуваннi раку простати:

А - мiкрофолiн



Б - сінестрол

В - Золадекс

Г – хонван

18. При якій стадії ДГП відсутня залишкова сеча:

А - 2

Б - 3

В – 1

### **Тема № 6: “Травми сечостатевої системи”**

1. Для травм нирок характерно:

А - важке дихання

Б - симптоми дратування брюшини

В - біль в поперековій області

2. Показана чи оглядова урографія при травмах нирок

А - ТАК

Б - НІ

3. Достовірною ознакою відкритих уражень нирок є:

А - гематурія

Б - локалізація ран

В - урогематома

Г - виток сечі з рани

4. Відкриті ураження сечовників часто бувають:

А - сочетанні

Б - ізольовані

5. Перелом кісток тазу характерен при:

А - позачеревинних розривах сечового міхура

Б - внутрішньочеревинних розривах сечового міхура.

6. Для внутрішньочеревинного розриву сечового міхура характерно:

А - термінальна гематурія

Б - неможливість самотійного мечовиділення

В - наявністю ознак сечового затьока

7. При проведенні ретроградної цистографії при підозрі на розрив сечового міхура необхідно:

А - введення до 50 мл контрастної речовини

Б - введення до 150 мл контрастної речовини

В - туге наповнення сечового міхура

8. При підозрі на розрив сечового міхура показано:

А - амбулаторний нагляд

Б - амбулаторне лікування у поліклініці

В - планова госпіталізація в стаціонарі

Г - негайна госпіталізація в стаціонар

9. Симптом розриву уретри:

А - тотальна макрогематурія

Б - уретроррагія

В - наявність згустків крові в сечі

10. Чи показана цистоскопія при підозрі на разрив уретри?

А - ТАК

Б - НІ

11. У хворого початкова (ініціальна) гематурія. Попередній діагноз:

А - нефролітіаз

Б - туберкульоз нирки

В - новоутворення сечового міхура

Г - пухлини сім'яного горбика

Д - травма фіксованої частини уретри.

12. Ознакою травми нирок є:

А - болі при сечовиділенні

Б - гематурія

В – пневматурія

13. Ознакою травми нирок є:

А - початкова гематурія

Б - термінальна гематурія

В - тотальна гематурія

14. Для діагностики травми нирок показано:

А - в/в урографія

Б - радіоізотопна ренографія

В - сканування нирок

15. Ушкодження сечовників бувають частіше:

А - відкриті

Б – закриті

16. Ятрогенні ушкодження сечовників частіше зустрічаються при:

А - хірургічних операціях

Б - урологічних операціях

Г - гінекологічних операціях

17. Характерно лі для внутрічеревинного розриву сечового міхура неможливість самостійного сечовиділення?

А - ТАК

Б - НІ

18. При позачеревинних розривах сечового міхура показано:

А - встановити постійний уретральний катетер

Б - призначення антибіотиків та гемостатичних засобів

В - оперативне лікування

19. Основним методом діагностики розривів уретри є:

А - в/в урографія

Б - цистографія

В – уретрографія

**Тема № 7: “Гостра та хронічна ниркова недостатність. Вади розвитку сечостатевої системи”**

1. Хворий довгий час приймав сульфоніламідні прпарати.Який від анурії можна вважати?

А - преренальна

Б - ренальна

В - постренальна

Г - аренальна

2. К преренальному фактору ГНН відносяться:

А - втрата води та електролітів

Б - отруєння нефротоксичною отрутою

В - оклюзія верхніх сечових шляхів конкрементами

Г - травматичне розмноження обох нирок

3. Хворий випадково випив 150 мл сулеми (1:1000). У поліклініці промили шлунок та перші 12 годин стан був задовільний. На наступний день - головна біль, відсутність позивів до сечовиділення. Язик сухий. Нирки не пальпуються. Аналіз крові: Нв 140 г/л, ерит. 3,5 · 10<sup>9</sup>/л, Л 10 · 10<sup>9</sup>/л, ШОЕ 33 мм/г, сечовина 21,6 ммоль/л, Калій 6,7 ммоль/л, натрій 127 ммоль/л. Ваш діагноз:

А - ГНН початкова стадія

Б - ГНН діуретична стадія

В - ХНН інтермітуюча стадія

Г - ГНН олігоанурічна стадія

4. В патогенезі ренальної анурії важливу роль грає:

А - здавлення артеріол клубочків та капілярів

Б - мисочно-ниркові рефлюкси

В - некробіоз каналців

5. Визначте тактику лікування ХНН з клінічної характеристики: видільна функція збережена (діурез 1 л та більш), різко знижен кліренс до 10-15 мл/хв, гіперазотемія 16-25 ммоль/л по сечовені з тенденцією до зросту, помірний ацидоз.

А - перитонеальний діаліз, гемосорбції

Б - гемодіаліз чи перитонеальний діаліз

В - гемодіаліз, пересадка нирки

Г - гемодіаліз, пересадка нирки з тепловою ішемією до 15 хв.

6. Етіологічним фактором ХНН при обструктивних захворюваннях сечових шляхів є:

А - сечокам'яна хвороба

Б - стеноз ниркових артерій

В - амілоїдоз

Г - сечовий туберкульоз

7. Хвора 63 років страждає полікістозом. При обстеженні: діурез 1л. та більше. Кліренс 10-15 мл/хв. Гіперазотемія по сечовені 25 ммоль/л. Помірний ацидоз. Яка стадія течії ХНН у хворой?

А - латентна

Б - компенсуюча

В - інтерметіруюча

Г – термінальна

8. У хворого довго страждаючого СКХ відмічаються такі симптоми: загальна слабкість, гіподінамія, апарексія, поліурія, гіпоізостенурія. Креатинин крові до 354 мкмоль/л, відзначається артеріальна гіпертензія. Зниження клубочкової фільтрації до 30 мл/хв., каналцева реабсорбція до 96%. На радіоізотопній ренограмі зниження функція нирок. Яка клінічна стадія ХПН.

А - ХНН-0

Б - ХНН-1

В - ХНН-2

9. Проба Реберга-Тарєєва найбільш інформативний тест для визначення тяжкості:

А - гострого пієлонефриту

Б - ХНН

В - степені гідронефрозу

Г - ДГП

10. Основною клінічною ознакою ХНН є:

А - протеїнурія

Б - лейкоцитоз

В - збільшення креатинину крові

Г - лейкоцитурія

11. Аплазія нирки відноситься до:

А - аномалії кількості

Б - аномалії положення

В - аномалії взаємовідношення

Г - аномаліям структури

12. При аплазії нирки в контрлатеральній нирці:

А - розвивається ГНН

Б - залишається незмінною

В - розвивається гіпертрофія

Г - розвивається ХНН

13. Кінцевий діагноз аплазії нирки встановлюють за допомогою:

А - екскреторної урографії

Б - сканування нирок

В - ангіографії

Г - УЗД нирок

14. Подвоєння нирок серед аномалій зустрічається:

А - найбільш частіше

Б - рідко

В - не зустрічається

Г - ніколи не зустрічається

15. Подвоєння нирок чаще усього ускладнюється:

А - СКХ

Б - амілоїдозом нирок

В - анурією

Г - винекненням кіст

16. Найбільш інформативний метод в диференційованій діагностиці нефроптозу та дістопії нирок:

А - артеріографія

Б - ретроградна пієлографія

В - ізотопна ренографія

17. Губчата нирка відноситься к аномаліям:

А - кількості

Б - розташування

В - структури

Г - взаємовідношення

18. Найбільш достовірні методи діагностики при перехрестній дістопії нирок:

А - УЗД

Б - ангіографія

В - екскреторна урографія

Г - ретроградна уретропієлографія

19. Мультикістоз нирки процес частіше:

А - одnobічний

Б - двобічний.



## Тема № 8: “Невідкладна допомога при урологічних захворюваннях”

1. Жінка 45 років потрапила до клініки зі скаргами на гострий біль у поперековій ділянці ліворуч. Больові відчуття з'явилися дві доби тому, за цей час виділила 300 мл сечі. Праву нирку видалено з приводу калькулезного піонефрозу. При УЗД - розширення чашково-мискової системи єдиної нирки. Що має бути первісною дією відносно до хворої?

- А. Перкутанна (черезшкірна) нефростомія.
- Б. Екскреторна урографія.
- В. Хромоцистоскопія.
- Г. Симптоматичне лікування спазмолітиками та анальгетиками.
- Д. Ретроградна уретеропієлографія

2. Хворий 50 років виконана операція Вертгейма з приводу злоякісного ураження після якої виникла гостра ниркова недостатність (ГНН). При УЗД виявлено розширення чашково-мискової системи обох нирок. Про яку форму ГНН можливо припускати у даному випадку?

- А. Преренальна.
- Б. Ренальна.
- В. Аренальна.
- Г. Рефлекторна.
- Д. Постренальна.

3. У пацієнта 46 років з доброякісною гіперплазією простати виникла гостра затримка сечовипускання. Для дифдіагностики між анурією та гострою затримкою сечі хворому необхідно провести:

- А. Ультразвукове дослідження нирок.
- Б. Катеризацію сечового міхура.
- В. Екскреторну урографію.
- Г. Цистоскопію.

Д. Цистографію.

4. В лікарню шпиталізовано хворого 35 років зі скаргами на гострий біль в поперековій ділянці справа. Біль іррадіювала в праве яєчко. Відмічається нудота, блювота, часті поклики на сечовипускання. В аналізі сечі – гематурія. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гострий аппендицит.
- Б. Гострий орхоепідіміт.
- В. Ниркова коліка справа.
- Г. Гіпернефрома правої нирки.
- Д. Гострий пієлонефрит.

5. Хворий 24 років скаржиться на біль та набряк статевого члена. Пацієнт повідомив, що при відведенні звуженої передньої шкірочки за головку статевого члена назад її вправити не зміг. Об'єктивно: спостерігається набряк головки статевого члена, гіперемія. Ваш діагноз.

- А. Парафімоз.
- Б. Фімоз.
- В. Забій статевого члена.
- Г. Гострий баланопостит.
- Д. Гострий каверніт.

6. Хворий 24 років скаржиться на біль та набряк статевого члена. Пацієнт повідомив, що при відведенні звуженої передньої шкірочки за головку статевого члена назад її вправити не зміг. Об'єктивно: спостерігається набряк головки статевого члена, гіперемія. Які потрібні невідкладні заходи?

- А. Вправити головку статевого члена, при неефективності розсікти кільце передньої шкірочки.
- Б. Ввести знеболюючі та спазмолітики.
- В. Прикласти холод та накладити компресійну пов'язку.

Г. Призначити антибіотики та антисептики.

Д. Призначити антибіотики та уроантисептики.

7. Хворий 75 років скаржиться на неможливість здійснити сечопускання протягом 12 годин. При пальпації живота визначається збільшений сечовий міхур. Спроби провести катетеризацію сечового міхура гумовим та металевим катетерами безуспішні. Яка повинна бути тактика лікаря?

А. Ввести хворому спазмолітики та знеболюючі препарати.

Б. Провести капілярну надлобкову пункцію сечового міхура.

В. Провести електростимуляцію сечового міхура.

Г. Помістити хворого в гарячу ванну.

Д. Ввести спазмолітики та провести повторну катетеризацію сечового міхура гумовим катетером.

8. Хлопчик 16 років скаржиться на біль в правій здухвинній ділянці з іррадіацією в калитку, збільшення її розмірів. Температура  $37,8^{\circ}$ . Три дні тому, граючи у футбол, хлопчик отримав удар в пах м'ячем. Об'єктивно: шкіра бліда. При огляді калитки спостерігається незначна гіперемія шкіри. При пальпації придатка відмічено його потовщення та болючість. Яке захворювання у пацієнта?

А. Гострий орхіт.

Б. Киста придатка.

В. Гострий посттравматичний епідидимоорхіт справа.

Г. Перекрут яєчка.

Д. Гостре гідроцеле.

9. Хвору 35 років збила автомашини. Після травми спостерігається макрогематурія з кров'яними згортками. Гемодинаміка стабільна. Яке термінове дослідження необхідне для встановлення діагнозу?

А. Біохімічне дослідження крові для визначення показників сечовини та креатиніну.

Б. Коагулограма.

В. Аналіз сечі за Нечипоренком.

Г. Екскреторна урографія.

Д. Радіоізотопна ренографія.

10. У чоловіка 46 років утруднене сечовипускання, біль в промежині, підвищення температури до 40°C. Зовнішні статеві органи без змін.

Ректально - передміхурова залоза збільшена, напружена, болюча. При УЗД – в простаті ехонегативне утворення до 1,5 см із зовнішньою капсулою, нерівною внутрішньою поверхнею та неоднорідним вмістом. В аналізі крові: Лейк. –  $18 \times 10^9$  в/л; ШОЕ – 48 мм/г. В сечі: білок – 0,66 г/л; лейкоцити – 10-15 в полі зору. Який Ваш діагноз?

А. ДГПЗ ускладнена аденоміомом.

Б. Гострий простатит.

В. Парапроктит.

Г. Рак передміхурової залози.

Д. Абсцес простати.

11. Хворий 64 роки госпіталізований із скаргами на затруднене сечовипускання. 20 годин назад у хворого була повна затримка сечі.

Катетером виведено 800 мл сечі, без домішків крові. Над лоном пальпується збільшений сечовий міхур. Які першочергові методи діагностики?

А. Екскреторна урографія з нисхідною цистографією.

Б. Комп'ютерна томографія.

В. Ультразвукова томографія.

Г. Цистоскопія.

Д. Ректальне обстеження передміхурової залози.

12. Хвора 42 років скаржиться на приступообразний біль у правій поперековій ділянці, який іррадіює в праву половину калитки, нудоту, часті позиви до сечовипускання. Захворів гостро, годину назад. В крові: лейкоц.:  $7,4 \times 10^9$ , палочк.-7, ШОЄ-22, ер.-3,6x10<sup>9</sup>. Ан. сечі: білок-0,033%, лейкоц.-10-12, ер.-30-40. Ваш діагноз?

- А. Ниркова коліка.
- Б. Сечокам'яна хвороба.
- В. Печінкова коліка.
- Г. Позаматкова вагітність.
- Д. Гострий холецистопанкреатит.

13. Хвора 47 років після падіння з висоти відчула різкий біль у попереку, при сечовиділенні звернула увагу на червоний колір сечі. В аналізі сечі – гематурія, рентгенульตราзвукове дослідження нирок патології не виявило. Ваш діагноз?

- А. Гострий пієлонефрит.
- Б. Гострий цистит.
- В. Аденома передміхурової залози.
- Г. Забій нирки.
- Д. Пошкодження сечовидільного каналу.

14. У відділення шпиталізовано пацієнта 44 років зі зламом кісток тазу. Через кілька годин почав скаржитись на неможливість сечовипускання при збереженні покликів, біль у надлобковій ділянці. При огляді звертає на себе увагу повний сечовий міхур. Найбільш можливий попередній діагноз?

- А. Гострий пієлонефрит.
- Б. Аденома простати.
- В. Гострий простатит.
- Г. Гострий цистит.
- Д. Травма уретри.

15. У відділення шпиталізовано хворого 44 років зі зламом кісток тазу. Через кілька годин почав скаржитися на неможливість сечовипускання при збереженні покликів, біль у надлобковій зоні. При огляді – заертає на себе увагу повний сечовий міхур, уретрорагія, крововилив в промежині. Попередній діагноз – розрив уретри. Яку невідкладну допомогу треба надати?

- А. Виконання епіцистостомії.
- Б. Знеболююча терапія.
- В. Спазмолітична терапія.
- Г. Катетеризація уретри.
- Д. Протизапальна терапія.

16. Хвору 32 років збив автомобіль. Скаржиться на біль внизу живота та над лобком з іррадіацією в промежину і пряму кишку, часте, утруднене і болюче сечовипускання малими порціями, домішки крові в сечі. При об'єктивному обстеженні визначається напруга над лобком, перкуторно – притуплення перкуторного звука. Який попередній діагноз?

- А. Розрив нирки.
- Б. Позаочеревинний розрив сечового міхура.
- В. Розрив уретри.
- Г. Розрив сечоводу.
- Д. Забій нирки.

17. Хворий скаржиться на інтенсивний біль в лівій поперековій ділянці, лихоманку яка супроводжується підвищенням температури тіла до 38 °С. Живіт м'який, болючий у лівому фланку. Пальпація області нирок болюча зліва. Аналіз крові: Л --  $28,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 63 мм/год. Аналіз сечі: реакція кисла, Л - все поле зору. За даними УЗД - права нирка без особливостей, контури лівої нирки збільшені, сечовід розширений. Про яке захворювання можна думати?

- А. Пухлина лівої нирки.
- Б. Туберкульоз лівої нирки.
- В. Лівосторонній паранефрит.
- Г. Полікістозна дегенерація нирок.
- Д. Гострий гнійний лівосторонній пієлонефрит.

18. Хворий 42 років доставлений у приймальне відділення з діагнозом "ниркова колька". Яка з перерахованих ознак найбільш імовірна для хворого?

- А. Лейкоцитоз.
- Б. Гематурія.
- В. Наявність цукру у сечі.
- Г. Білірубінемія.
- Д. Зниження показників червоної крові.

19. Хвора 20 років, скаржиться на часті сечовипускання, хибні поклики до сечовипускання, біль, що посилюється під час сечовипускання. В останній порції сечі з'являється декілька крапель крові. Хворіє після переохолодження. Подібне було три рази минулого року. Температура тіла в нормі. Сеча мутна, при її дослідженні: лейкоцити - велика кількість в полі зору, білок - 0,099 г/л. Про яке захворювання потрібно думати?

- А. Гострий цистит.
- Б. Загострення хронічного пара циститу.
- В. Пухлина сечового міхура.
- Г. Гострий уретрит.
- Д. Хронічний цистит в стадії загострення.

20. Хворий потрапив у автокатастрофу, діагностовано множинні переломи переднього півкільця таза з ушкодженням уретри та гостру затримку сечі. Над лоном пальпується збільшений сечовий міхур. Яка допомога показана у даному випадку?

- А. Катетеризація сечового міхура м'яким катетером.
- Б. Катетеризація сечового міхура металевим катетером.
- В. Епіцистостомія.
- Г. Капілярна пункція сечового міхура.
- Д. Внутрішньотазова новокаїнова блокада.



## ВІРНІ ВІДПОВІДІ

Тема № 1: “Семіотика та лабораторні методи дослідження при урологічних захворюваннях”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 2: “Рентген-радіологічні, ультразвукові та інструментальні методи дослідження в урології”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 3: “Неспецифічні запальні захворювання нирок, сечового міхура”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 4: “Сечокам’яна хвороба”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 5: “Пухлини сечостатевих органів”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 6: “Травми сечостатевої системи”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 7: “Гостра та хронічна ниркова недостатність. Вади розвитку сечостатевої системи”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

Тема № 8: “Невідкладна допомога при урологічних захворюваннях”

|   |  |    |  |    |  |    |  |
|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  | 11 |  | 16 |  |
| 2 |  | 7  |  | 12 |  | 17 |  |
| 3 |  | 8  |  | 13 |  | 18 |  |
| 4 |  | 9  |  | 14 |  | 19 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  | 20 |  |

## Список літератури:

1. Айвазян А. В. Пороки развития почек и мочеточников". М.,1988.
2. Аляев Ю. Г., Крапивин А.А., Резекция почки при раке. - М.: Медицина, 2001.
3. Аляев Ю. Г., Григорян В.А., Султанова Е.А. Гидронефроз.- М., 2002.
4. Атлас-руководство по урологии. / Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.-Днепропетровск, 2008.- Т.1, 2, 3.
5. Бабуния Р. И. Компьютерная томография в клинической диагностике. М., 1995.
6. Возіанов О. Ф. Урологія. Підручник. К., "Вища школа"., 1993.
7. Возіанов А. Ф. Герминативные опухоли яичка. К., 1991.
8. Возіанов А. Ф. Пузырно и урогенитальные свищи у женщин. К. 1991.
9. Возіанов О. Ф. Сексологія і андрологія. К., "Вища школа".,1997.
- 10.Веденко Б. Г. Гостра кровотеча в урології. Вінниця,1999.
- 11.Веденко Б. Г. Посібник з невідкладної урології для лікарів ШМД, Вінниця, 1999.
- 12.Гаспарян А. М. Очерки по истории отечественной урологии. М., 1997.
- 13.Демидов В. А Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М., 1998.
- 14.Дзюрак В. С. Статева функція у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози до і після простатектомії. "Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика"; Вип. 7, книга 2; К.,1998, С. 39 – 42.
- 15.Дзюрак В. С. Оцінка копулятивної і репродуктивної функції хворих з гострим неспецифічним епідидиміто у видалені терміни після оперативного лікування. "Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика" ; Вип.7, книга 2; К., 1998. - С.43 – 47.
- 16.Дзюрак В. С. Застосування цитратної суміші "Блемарен" у комплексному лікуванні сечокам'яного нефролітазу. "Урологія"., 1999,1, С.29.

- 17.Дзюрак В. С. Частота и особенности клинического течения острого
- 18.гнойного пиелонефрита. Збірник наукових праць Вип. 11, кн. 2, Київ, 2002, С. 606-609.
- 19.Есипенко Б. Е. Физиологическое действие минеральной воды "Нафтуся". К., 1998.
- 20.Жила В. В. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь", под ред. И. С. Зозули и И. С. Чекмана. К., "Здоров'я" 2002. - С. 255.
- 21.Ищенко Б. И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы. - Санкт-Петербург. - 2004 г.
- 22.Камышан И. С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. - К. - Нічлава,-2003.-496 с.
- 23.Клара С. Почки и гемостаз в норме и при патологии.М.,1987.
- 24.Краснопольский В. И. Генитальные свищи. М., "Медпресс", 2001.
- 25.Крикун А. С. Этиологические и патогенетические основы нефролитаза. Краснодар., 1997.
- 26.Лопаткин Н. А. Руководство по клинической урологии. Т. 1-3М., 1998.
- 27.Лопаткин Н. А. Оперативная урология. Л., 1986.
- 28.Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.- 2008 г.
- 29.Лоран О.Б., Синякова Л.А. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. - Москва. - 2008 г.
- 30.Люлько А. В. Неотложная урология и нефрология. К."Здоров'я",1998
- 31.Люлько А. В. Атлас - руководство по урологии. К., "Вища школа", 1990.
- 32.Мавров И. Половые болезни. "АСТ-Пресс", К-М., 1994.
- 33.Мазаник Н. А. Искусство общения с больными. М., 1991.
- 34.Мазо Е.Б. Гиперактивный мочевой пузырь.-М.: РГМУ.-2003.
- 35.Матвеев Б.М., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы.- М.: -1999.

- 36.Матвеев Б.М. Клиническая онкоурология.-М., 2003.
- 37.Мартов А. Г. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрорезекции доброкачественной гиперплазии простаты. М., "ПриродаХ", 1997.
- 38.Осипов С. Неотложная урология. С.-Петербург., 1999.
- 39.Пак-Колоха Д. Л. Трудный диагноз в урологии. М., "Медицина"1997.
- 40.Переверзев А. С. Аденома предстательной железы. К.,1998.
- 41.Переверзев А. С. Клиническая урогинекология. Х., "Факт",2000.
- 42.Перушков А. И. Варикоцеле и некоторые вопросы мужского бесплодия. К., 2002.
- 43.Пасичников С.П. Урологія. Київ.- 2013.
- 44.Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т. 1, 2, 3.
- 45.Русаков В. И. Хирургия мочеиспускательного канала. М., 1991.
- 46.Савченко Н.Е. Нехирургические методы лечения ДГПЖ, Минск,1998.
- 47.Сергеев П. В. Рентгеноконтрастные вещества. М.,1980.
- 48.Стаховський Є.О. Оперативне лікування ортостатичного уретероцеле. "Клінічна хірургія",1996.
- 49.Тиктинский О.Л. Мочекаменная болезнь.-С.-Пб: Питер, 2000.-384 с.
- 50.Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
- 51.Урологія. За ред. О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2010.
- 52.Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
- 53.Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.
- 54.Фітотерапія в урології. Навчальний посібник / Колесник Ю.М., Бачурін Г.В., Сербін А.Г. та ін. / – Запоріжжя. - 2014.