МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ

С Т А Н Д А Р Т Ы Д И А Г Н О С Т И К И И Л Е Ч Е Н И Я

УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДЛЯ РАЙОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ

Т А Ш К Е Н Т – 2018

«УТВЕРЖДАЮ»

МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

А.К.ШОДМОНОВ

_____ «____»_____2018 г.

С Т А Н Д А Р Т Ы Д И А Г Н О С Т И К И И Л Е Ч Е Н И Я

УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДЛЯ РАЙОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

1. **Д.м.н., проф. Мухтаров Ш.Т. – директор РСНПМЦУ.**
2. **Д.м.н., проф. Акилов Ф.А. – зав. кафедрой Урологии ТМА.**
3. **Д.м.н. проф. Гайбуллаев А.А. – заведующий кафедрой урологии и нефрологии ТашИУВ.**
4. **К.м.н. Шавахабов Ш.Ш. – заместитель директора по науке РСНПМЦУ.**
5. **К.м.н. Рахимов Н.М. – заместитель директора по лечебной работе РСНПМЦУ.**
6. **Д.м.н. Ахмедов Р.Н. – руководитель отделения урологии РНЦЭМП.**
7. **Д.м.н. Рашидов З.Р. – директор Бухарского филиала РСНПМЦУ.**
8. **Д.м.н. Гиясов Ш.И. - старший преподаватель кафедры урологии ТМА.**
9. **К.м.н. Мирхамидов Д.Х. - доцент кафедры урологии ТМА.**
10. **К.м.н. Наджимитдинов Я.С. – доцент кафедры урологии ТМА.**
11. **К.м.н. Насыров Ф.Р. – заведующий операционным отделнием РСНПМЦУ, врач-эндоуролог.**
12. **Абдуллаев Ш.Ш. – заведующий лечебно-диагностическим отделением РСНПМЦУ.**
13. **К.м.н. Ходжиметов Т.А. – заведующий лабораторией уродинамики РСНПМЦУ.**
14. **К.м.н. Аюбов Б.А. – врач-уролог лечебно-диагностическим отделением РСНПМЦУ.**
15. **К.м.н. Кариев С.С. – доцент кафедры урологии и нефрологии ТашИУВ.**
16. **Джамилов Д.Д. – зав. урологического отделения № 1 РСНПМЦУ.**
17. **Кудрявцев С.П. - врач-уролог лечебно-диагностическим отделением РСНПМЦУ.**
18. **К.м.н. Мусабаев А.Н. – зав. ОРИТ РСНПМЦУ.**
19. **Салимов И.Д. – зав.отделением РСНПМЦУ.**
20. **К.м.н. Абдуризаев А.А. – старший преподаватель кафедры урологии и нефрологии ТашИУВ.**
21. **Абдуфаттаев У.А. – врач-уролог отделения радиологии РСНМПЦУ.**
22. **Худайбердиев Х. Б. – ассистент кафедры урологии ТМА.**

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 5
СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ. 6
1. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ТРАКТА 7
2. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 18
3. НЕНЕЙРОГЕННЫЕ СНМТ У МУЖЧИН ВКЛЮЧАЯ ДПО (СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ) 24
4. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 27
5. АНОМАЛИИ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ 30
6. ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ 37
7. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УРОЛОГИИ 45
ПРИЛОЖЕНИЕ к стандартам обследования, лечения и наблюдения урологических больных 49

ПРЕДИСЛОВИЕ

Во исполнении Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП - 3071 от 20.06.2017 года, «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан», Указа Президента Республики Узбекистан № УП-5216 от 30.10.2017 года, Постановления Кабинета Министров № 826 от 14 октября 2017 года, Приказа Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан № 347 от 11 июня 2012 года, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, как головное учреждение, являющееся координационным и методическим центром по организации урологической помощи населению республики, осуществляет лечебно-профилактическую и научно-методическую деятельность в области урологии и оказывает населению высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь на высоком уровне качества и международных требований. Для выполнения вышеуказанной цели необходимы единые стандарты по обследованию и лечению основных урологических заболеваний, встречающихся в Республике Узбекистан.

«Стандарты диагностики и лечения» по урологии разработаны ведущими специалистами РСНПМЦУ, сотрудниками кафедр урологии ТМА и ТашИУВ, специалистами РНЦЭМП и РСНПМЦФиП согласно международной классификации болезней 10 го пересмотра (МКБ-10). В стандартах обобщен опыт и знания зарубежной и отечественной медицины в области урологии.

При изложении стандартов диагностики и лечения по каждой нозологии приводится перечень необходимых консультаций специалистов, лабораторных исследований, инструментальных методов диагностики, методов лечения и фармакотерапии, показания и кратность их назначения, а также в отдельности выделен объем медицинских мероприятий, проводимых на этапах оказания медицинской помощи (СВП, ССП, СП, РМО, ГМО), специализированные медицинские учреждения. По каждой назологии приводятся клинические критерии улучшения состояния больного.

Стандарты диагностики и лечения» по урологии предназначены для врачей-урологов, работающих на всех этапах оказания медицинской помощи и врачей общей практики, работающих в первичном звене.

Коллектив авторов.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.

А/б — Антибиотик
ВОП — Врач общей практики
ДГП (ГПЖ) — Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ИМТ — Инфекция мочевого тракта
КТ — Компьютерная томография
ЛМС — Лохано-мочеточниковый сегмент
МВП — Мочевыводящие пути
МКБ — Мочекаменная болезнь
МРИ — Магнитно-резонансное исследование
ПЖ — Предстательная железа
ПН — Перкутанная нефростомия
ПМР — Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
РИ — Радиоизотопное исследованое
УЗИ — Ультразвуковое исследование
ЭУВЛ — Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия
+ Выполняется в 100% случаев
± Выполняется только при наличии показаний
СП — Семейные поликлиники города
СВП — Сельский врачебный пункт
ССП — Сельская семейная поликлиника
РМО — Районное медицинское объединение
ГМО — Городское медицинское объединение

* - Мероприятия, выполняемые на уровне районных медицинских объединений

** - Мероприятия, выполняемые на уровне областных многопрофильных медицинских объединений

*** - Мероприятия, выполняемые на уровне специализированных центров

1. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ТРАКТА

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	***МКБ-10. Код N30***	I. Неосложненная ИМТ. 1.1. Циститы	Уролог*	50	1	Короткий курс антибактериальной терапии (фосфомицин 3 г однократно, цефалоспорины 2-3 генерации, фторхинолоны)			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Общий анализ крови	50	1	Аналгетики, НПВС					
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	2						
			Ультразвуковое сканирование почек и мочевого пузыря*/**	100	1						
2	***МКБ-10. Код N30***	1.2. Рецидивирующая (неосложненная) инфекция нижнего мочевого тракта у женщин.	Уролог*	100	2	Повторное лечение по 7-дневной схеме в зависимости от высеянного возбудителя. (Выбор антибактериального лечения см. Приложение 2)*			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Гинеколог*	50	1	Аналгетики, НПВС					
			Общий анализ крови	50	2	Общие рекомендации по увеличению количества потребляемой жидкости для стимуляции диуреза					
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	5						
			Осмотр per vaginum*	50	1						
			Микроскопия мазка гениталий*/**	50	2						
			Ультразвуковое сканирование почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						
3	***МКБ-10. Код***	1.3. Неосложненная инфекция нижнего мочевого тракта у	Уролог*	50	1	Короткий курс антибактериальной терапии (фосфомицин 3 г однократно, цефалоспорины 2-3 генерации, фторхинолоны)			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
	N30	женщин в менопаузе	Общий анализ крови	50	2	Назначение оральных и внутривлагалищных препаратов, содержащих эстрогены*					критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
4	***МКБ-10. Код N30***	1.4. Рецидивирующая инфекция нижнего мочевого тракта у женщин в менопаузе.	Уролог*	100	2	Лечение длительное (в зависимости от высеянного возбудителя)*			30	10	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Гинеколог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	5						
			Осмотр в per vaginum*	50	1						
			Ультразвуковое сканирование почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						
5	***МКБ-10. Код N30***	1.5. Инфекция нижнего мочевого тракта у беременных - бессимптомная бактериурия.	Уролог*	50	1	Основано на чувствительности к а/бактериальным препаратам и проводится 7-дневный курс лечения; возможно проведение кратковременной терапии, как при остром цистите.*			15	7	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Ультразвуковое сканирование почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
6	МКБ-10. Код N30	1.6. Инфекция нижнего мочевого тракта у беременных - Острый цистит.	Уролог*	50	1	Оральные цефалоспорины II и III поколения для кратковременных курсов лечения, фосфомицин 3г однократно*			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Ультразвуковое сканирование почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						
7	МКБ-10. Код N30	1.7. Рецидивирующая инфекция нижнего мочевого тракта у беременных	Уролог*	100	2	Санация влагалища Гигиена половой жизни*					Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Гинеколог*	100	1						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	50	5						
			Осмотр в per vaginum*	50	1						
			Ультразвуковое сканирование почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	2						

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
8	***МКБ-10. Код N10-N16.***	1.8. ИМТ у беременных. Острый пиелонефрит.	Уролог*	100	4						Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Гинеколог*	100	2						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						
			Мочевина крови*	50	2						
			Калий, натрий крови*	50	1						
			АЛТ и АСТ крови*	50	1						
			Глюкоза крови*	50	1						
			Билирубин крови*	50	1						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			УЗ сканирование почек и забрюшинного пространства, гениталий и м/пузыря*/**	100	3						
			Ультразвуковое сканирование беременной матки*/**	100	2						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог	100	5						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	80	5						
			УЗ сканирование почек (ложа удаленной почки), забрюшинного пространства, гениталий и мочевого	80	3						

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			пузыря*								
9	***МКБ-10. Код N41.***	1.9. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (уретрит)	Уролог*	100	4						Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	4						
			Микроскопия мазка гениталий*/**	50	3						
			УЗ сканирование почек, , м/пузыря и простаты*/**	70	3						
			Урофлоуметрия*/**	50	1						
10	***МКБ-10. Код N41.***	1.10. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (острый простатит)	Уролог*	100	2						Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	4						
			Микроскопия мазка гениталий*/**	50	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты*/**	100	3						
			Урофлоуметрия*/**	50	2						
11	***МКБ-10. Код N41.***	1.11. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (эпидидимит, орхит,	Уролог*	100	3	1. немедленное назначение антимикробного препарата широкого спектра действия (фторинолоны.цефалоспорины 2-3 генерации) НПВС*					Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
		орхоэпидидимит (неспецифические)	Общий анализ крови	50	1	2. постельный режим и оценка мошонки*					улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2	3. настойчивая рекомендация госпитализации*					
			Микроскопия мазка уретры*/**	50	1	4. исследовать лежащую в основе заболевания патологию мочевого тракта - вторичный после ЗППП орхоэпидидимит (1. окраска мазка из уретры по Грамму; 2. назначить цефтриаксон 250 мг в/м однократно, затем тетрациклин 500 мг 4 р/д per os минимум 10 дней или доксициклин 100 мг 2 р/д per os минимум 10 дней; 3. постельный режим и обследование мошонки; 4. обследовать и лечить полового партнера.)*					
						Долечивание амбулаторное					
			Уролог	100	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	1						
			Ультразвуковое сканирование органов мошонки*/**								
12	***МКБ-10. Код***	1.12. Острый неосложненный пиелонефрит	Уролог*	50	2						Средний статистический показатель выздоровления
			Общий анализ крови	100	2	Посев мочи на 4 день и закончить терапию на 10 день.					

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
	N10-N16.		Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	4	Госпитальный этап Если: - Нет положительной динамики или ухудшение в течение 72 часов* В более тяжелых случаях острого неосложненного пиелонефрита следует госпитализировать больного и если больной не может принимать таблетированные медикаменты, тогда сле-дует назначить парентеральное введение фторхинолонов, аминопенициллинов с ингиби-торами β-лактамаз, цефалоспоринов II и III-поколения или аминогликозидов. После улучшения состояния, больной может перейти на таблетированный прием препарата, принимая один из вышеуказанных антибиотиков (если он активен против микроорганизма) для завершения 1-2 недельного курса лечения.					в процентах: 40% Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи. Обычное течение: - молодой и средний возраст - наличие одной урологической патологии - отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания - отсутствие аномалий развития МВП
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						
			Мочевина крови*	50	2						
			АЛТ и АСТ крови*	50	2						
			Глюкоза крови*	50	1						
			Билирубин крови*	50	1						
			Определение RW*/**	70	1						

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Определение HBsAg*/**	70	1	У женщин, у которых не произошло клинического улучшения в течение 3-х дней лечения или у которых симптомы разрешились, но в течение 2-х недель возник рецидив, нужно повторить посев мочи с определением антибактериальной чувствительности и следует выполнить ультразвуковое сканирование почек или КТ. У больных без аномалий развития мочевыводящих путей следует предположить, что изначально применявшийся препарат не оказал воздействие на микроорганизм, и, установив чувствительность возбудителя, следует повторно назначить лечение в течение 2 недель. Для больных, у кого рецидив возник из-за того же возбудителя, целесообразным считается назначение 6-ти недельного курса лечения.					- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (крово-течение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.) - отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность) - отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.
			Определение группы крови	100	1						
			УЗ сканирование почек, забрюшинного пространства, м/пузыря и простаты у мужчин /гениталий у женщин*/**	100	5						
			Урофлоуметрия*/**	50	1						
			Обзорный снимок верхних мочевых путей*/**	50	1						
			ЭКГ*	50	1						

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
13	***МКБ-10. Код N10-N16.***	1.13. Осложненная инфекция мочевого тракта	Уролог*	100	5						Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40% Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи. Осложненное течение: - пожилой и старческий возраст больного - наличие двух и более урологических патологий - наличие длительного анамнеза урологического заболевания - наличие аномалий развития МВП - предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кро-вотечение, оставление

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Прием гинеколога*	50	1	Троакарная цистостомия*					
			Общий анализ крови	50	2	Эпицистостомия (при невозможности ПК или троакарной цистостомии)*					
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	5						
			Массаж простаты с забором экспрессата у мужчин*	50	3						
			2-х стаканная проба у женщин*	50	2						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						
			Мочевина крови*	50	3						
			АЛТ и АСТ крови*	50	1						
			Глюкоза крови*	50	2						
			Билирубин крови*	50	1						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	80	5						
			Наружное УЗ сканирование гениталий и мочевого пузыря у женщин*	70	5						
			Осмотр per vaginum*	50	1						
			Наружное УЗ сканирование мочевого пузыря и простаты у мужчин*	80	5						
			Урофлоуметрия*/**	50	1						
			Обзорный снимок верхних мочевых путей*/**	50	1						

	МКБ-X	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			ЭКГ*	50	1						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	4						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	4						
			Мочевина крови*	50	3						
			КЩС***	50	3						
			Калий, натрий крови*	50	3						
			Ультразвуковое сканирование почек и забрюшинного пространства*	80	3						
			Ультразвуковое сканирование ложа удаленной почки**	30	3						
			Наружное УЗ сканирование гениталий и мочевого пузыря у женщин*	70	3						
			Наружное УЗ сканирование мочевого пузыря и простаты у мужчин*	80	3						
			Перевязка*	50	5						

2. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	**МКБ-10. КОД N20.0**	**II. Мочекаменная болезнь. 2.1.Мочекислый диатез К больным с МКД относят тех, у которых наблюдается кристаллурия при микроскопии осадка свежевыпущенной мочи и имеющих конгломераты солей в полостной системе почек при УЗС, а также могли быть приступы почечной колики.**	Уролог*	100	2	Диета, обильное питье, фитопрепараты					Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное эррадикация кристаллов и солей улучшение показателей анализов мочи.
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	2						
			Общий анализ крови	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	50	1						
			Глюкоза крови*	50	1						
			Билирубин крови*	50	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
2	**МКБ-10. КОД N20.0,23.0**	**2.2 Одиночный камень почки (неосложненное течение) К больным с не осложненным течением МКБ относят тех, у которых наблюдался однократный эпизод образования камня и не имеющих камней в настоящий момент, а также тех, у которых несколько раз образовывались камни (рецидивные), с клинически легким**	Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	2						
			Общий анализ крови	100	1						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Мочевина крови*	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						
			Билирубин крови*	100	1						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	2						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
		течением заболевания и имеется длительный период между эпизодами камнеобразования.	Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	50	1						
			Осмотр анестезиолога*	70	1						
			Госпитальный этап								
			Уролог*	100	2						Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов , мочи.
			Общий анализ крови	100	1						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	1						
			Гематокрит	50	1						
			Время кровотечения	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ *	50	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
			Перевязка*	100	5						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	2						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
			Перевязка*	70	3						
3		**2.3. Одиночный камень почки (осложненное течение)**	**Госпитальный этап**								
			Уролог*	100	2						Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление
			Общий анализ крови	100	1						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Гематокрит	50	1						камня, улучшение показателей анализов , мочи.
			Время кровотечения	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ *	50	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
			Перевязка*	100	5						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	2						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
			Перевязка*	70	3						
3		**2.3. Одиночный камень почки (осложненное течение)**	**Госпитальный этап**								
			Уролог*	100	2						Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов крови, мочи.
			Общий анализ крови	100	1						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Мочевина крови*	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
			Определение RW*/**	100	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	2						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
			Осмотр анестезиолога*	100	1						
			Перевязка*	100	5						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
			Бак посев мочи**	50	1						
			Исследования камня***	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря**	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п**	50	1						
			В/в урография, при необходимости антеградная или ретроградная пиелоуретерография**	50	1						
			Перевязка*	70	3						
4		**2.4.Коралловидные и/или множественные камни почки**	Уролог*	100	4						Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов крови, мочи.
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	1						
			Общий анализ крови	100	2						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертываемости	100	2						
			Время кровотечения	100	2						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Альбумин крови*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	3						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1						
			Перевязка*	100	5						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH мочи и микроскопия осадка в 1 мл)*	100	3						
			Бак посев мочи**	50	1						
			Исследования камня***	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря**	100	1						
			Обзорный снимок м.в.п**	50	1						
			В/в урография**	30	1						
			Перевязка*	70	3						
		2.5.Камни мочеточника (более 5 мм) и мочевого пузыря	Уролог*								
			Общий анализ крови	100	1						Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов крови, мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертываемости	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						
			Билирубин крови**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок*	100	1						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек, мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок м.п.*	50	1						
			Перевязка*	50	3						

Примечание – Для нозологических форм 2.3, 2.4, 2.5 догоспитальный этап аналогичен с формой 2.2

3. НЕНЕЙРОГЕННЫЕ СНМТ У МУЖЧИН ВКЛЮЧАЯ ДПО (СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ)

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	*МБК-10. Код N40.*	Ненейрогенные СНМТ у мужчин включая ДПО	Уролог*	100	3	Мужчины с легкой и средней степенью СНМТ- выжидательная тактика: Питьевой режим, диета- отказ от острой еды, мониторинг применение медикаментов (диуретиков, антидепрессантов, антигистаминов). тренировка мышч тазового дна, профилактика запоров. α-адреноблокаторы используются у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ: Тамсулозин 0,4мг 1 капс х 1 раз в день. Ингибиторы 5 α –редуктазы используются у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ с обьемом простаты боле 40мл; Финастерид 5 мг 1 таб х 1 раз в день. Дутастерид 0,5мг х 1 таб х 1раз в сутки. Антагонисты мускариновых рецепторов можно применять у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ с преобладанием симптомов наполнения (с осторожностью у мужчин с остаточной мочой): Солифенацин 5мг 1 таб х 1 раз в день; Троспия хлорид 10мг-20мг х 2-3 раза в день. Фитотерапия: семена тыквы; Южно африканское растение; Кора Африканского сливового дерева. Десмопрессин- аналог вазопрессина 0,1мг-0,4мг 1 таб перед сном для лечение ноктурии. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа можно применять у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ с или без эректильной дисфункцией: Тадалафил 2.5мг-5мг х 1 таб в сутки. Комбинироавнная терапия: Альфа блокаторы и ингибиторы 5- альфа редуктазы можно применять у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ и риском прогрессирование заболевание (обьем простаты боле 40мл) ; Альфа блокаторы и антагонисты мускариновых рецепторов можно применять у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ с преобладанием симптомов наполнения, если монотерапия не даёт желаемого результата; (с осторожностью у мужчин с остаточной мочой).**/***			Пожиз-ненно	По-жиз-ненно	уменьшение СНМТ, выздоровление

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Уролог*	100	3	**Госпитальный этап**					
			IPSS,QoL*	100	1	При острой задержке мочи в следствии ДПО установление уретрального катетера до 3-7 дней.*	4	1	21	14	Восстановление контрактильности мочевого пузыря. Выздоровление
			Дневник мочеиспускания*	100	1	Троакарная цистостомия (при невозможности наложения перкутанной цистостомии).*	5	2			
			Ректальное исследование простаты*	100	1	Традиционная эпицистостомия (при невозможности наложения перкутанной или троакарной цистостомии).*	5	3	21	14	
			Общий анализ крови	100	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Анализ секрета простаты*	50	2						
			Гематокрит*	100	1						
			Время свертываемости крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Мочевина крови*	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						
			Билирубин крови*	100	1						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
			УЗ сканирование м/пузыря и простаты, определение остаточной мочи*	100	2						
			Урофлоуметрия*/**	100	1						
			Обзорный снимок верхних мочевых путей*/**	50	1						
			ЭКГ + консультация терапевта*	100	1						
			Перевязка*	70	3						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	3						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты, определение остаточной мочи*	50	2						
			Урофлоуметрия (не ранее 30 дней после операции)*/**	50	1						
			Перевязка*	50	5						

Примечание - СНМТ- симптомы нижнего мочевого тракта. ДПО- доброкачественная простатическая обструкция. TURP- Трансуретральная резекция простаты. M-TURP- Монополяр. B-TURP-Биполяр. TUIP-трансуретральная инцизия простаты. TUMT-трансуретральная микроволновая терапия. TUNA- трансуретральная игольная абляция. HoLEP- гольмиевая лазерная энуклеация.

4. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	***МКБ-10. Код F52.***	4. 1. Сексуальная дисфункция 4.1.1 Преждевременная эякуляция	Уролог*	100	4	Курс терапии фторхинолонами/макролиды*			3 мес	1 мес	Выздоровление/ удлинение времени эякуляции
			Общий анализ мочи	100	2	Альфа-адреноблокаторы*					
			Мазок из уретры*/**	50	2	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина*/**					
			Секрет простаты*	50	2						
			Ан. мочи в 2х порциях*	50	2						
			Заполнение опросника CIPE или UIPE*	100	2						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	50	1						
			Заполнение опросника CIPE или UIPE*	50	2						
2	***МКБ-10. Код F52.***	4.1.2.Эректильная дисфункция									Выздоровление/ улучшение эректильной функции
			Уролог*	100	2	Курс терапии ФДЭ-5*/**			3 мес	1 мес	
			Заполнение анкеты IIEF*	100	2						
			Глюкоза крови*	100	1						
			Общ. ан крови	100	1						
			Биохим ан крови*	100	1						
			ЭКГ*	50	1						
			Осмотр терапевта*	50	1						
			Осмотр анестезиолога*	50	1						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Заполнение анкеты IIEF*	100	2						
3	***МКБ-10. Код I86***	4.2. Варикоцеле	Уролог*	100	2	Динамическое наблюдение при отсутствии показаний к оперативному лечению*					
			Допплерография**	50	2						
			Общ. ан крови	100	1						
			Биохим. анализы крови*	100	1						
			Анализ эякулята (при сочетании	30	2						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			варикоцеле с бесплодием)*								
			Госпитальный этап								
			Уролог*	100	2	Оперативное лечение варикоцеле: операции Иваниссевича, Паломо	4	1	30	10	Выздоровление (+ у больных с нарушением сперматогенеза улучшение спермограммы)
			Осмотр анестезиолога*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	1						
			ЭКГ*	30	1						
			Перевязка*	100	2						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	1						
			Анализ эякулята*	30	1						
4	***МКБ-10. Код N43***	4.3. Гидроцеле, сперматоцеле									
			Уролог*	100	2	Динамическое наблюдение при отсутствии показаний к оперативному лечению*					Наблюдение за объемом гидроцеле
			УЗС органов мошонки*/**	100	2						
			Общий анализ крови	30	1						
			Общий анализ мочи	100	2						
			б/х анализ крови*	30	1						
			Госпитальный этап								
			Уролог*	30	1	Оперативное лечение: операции Винкельмана, Бергмана, Лорда и др.*	4	1			Выздоровление (отсутствие гидроцеле)
			Осмотр анестезиолога*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	1						
			ЭКГ*	30	1						
			Перевязка*	100	2						
			Амбулаторное долечивание								
			Уролог*	100	1						
			УЗС органов мошонки*	10	1						
5	***МКБ-10. Код N48***	4.4. Болезнь Пейрони	Уролог*	100	2	Консервативная терапия в стадии развития*/**					Улучшение (уменьшение размера бляшек, частичное восстановление эректильной функции)
			Глюкоза крови*								
			Общ. Ан крови	100	1						
			Биохим ан крови*	100	1						
			Опросник IIEF*	50	1						
			Долечивание амбулаторное								

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Уролог*	100	2						
			Перевязка*	100	5						
			УЗС полового члена**	100	2						
			Опросник IIEF*	100	2						
6	***МКБ-10. Код N46***	4.5. Мужское бесплодие	Уролог*	100	3	Консервативная терапия (при отсутствии показаний к хирургической коррекции заболевания, приведшего к бесплодия) При идопатическом бесплодии: антиэстрогены-Клофит по 50мг 1-2 р/сут Андрофорте по 1 к 1-2 р/сут			12 мес	3 мес	Выздоровление (нормальные показатели спермограммы) и наступление беременности
			Биохим. анализы крови*	60	1						
			Общий анализ мочи	100	1						
			Анализ эякулята*	100	3						
			Госпитальный этап								
			Уролог	100	2	Хирургическая коррекция (варикоцелэктомия)					Выздоровление (нормальные показатели спермограммы) и наступление беременности
			Осмотр анестезиолога*	50	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	50	2						
			Перевязка*	50	2						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	2						
			Перевязка*	70	5						
			Анализ эякулята**	100	2						

5. АНОМАЛИИ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	**МКБ-10. Код Q60-Q64.**	**5. АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ] МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ. 5.1.1 Аномалии почек: НЕОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ**	Уролог*	100	2		1	0	4	2	Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	1		2	1	5	2	
			Общий анализ крови	100	1						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертываемости крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Мочевина крови*	100	1						
			АЛТ и АСТ крови *	100	1						
			Глюкоза крови *	100	1						
			Билирубин крови *	100	1						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	100	2						
			Осмотр в зеркалах (per vaginum) с введение красящего раствора у женщин*	50	1						
			Обзорный снимок МВП *	100	1						
			Билирубин крови *	50	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	100	2						
			Осмотр в зеркалах (per vaginum) с введение красящего раствора у женщин*	50	1	**Солитарные кисты почек**					

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Обзорный снимок МВП *	50	1						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*	100	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	1						
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	1						
2	**МКБ-10. Код Q60-Q64**	**5.1.2 Аномалии почек:ОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ**	Уролог*	100	2						Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов крови и мочи.
			Нефролог*	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
						Подковообразная почка					
			Общий анализ крови	50	1						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						
			Мочевина крови*	50	2	**Единственная почка**					
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						
			Глюкоза крови *	50	1						
			Билирубин крови *	50	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты у мужчин/гениталий у женщин*	100	2						
			Обзорный снимок МВП *	50	1	**Солитарные кисты почек**					
			ЭКГ+ консультация терапевта (анестезиолога)*	50	1						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*, нефролог*	100	2						

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
			Ультразвуковое сканирование почек, *	100	3						
			Перевязка*	50	3						
3		**5.2. АНОМАЛИИ МОЧЕТОЧНИКА 5.2.1 НЕОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ**	Уролог*	100	2						Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	1						
			Долечивание амбулаторное								
			ВОП (после консультации уролога)	100	2						
			Уролог* осмотр в зеркалах (per vaginum) с введение красящего раствора*	100	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
			Бак. посев мочи **	50	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты/гениталий у женщин*	50	2						
			Осмотр в зеркалах (per vaginum)*	50	1						
			Перевязка*	50	3						
4		**5.2.2 АНОМАЛИИ МОЧЕТОЧНИКА. ОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ**	Уролог*, нефролог*	100	2						Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Общий анализ крови	500	1						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Мочевина крови*	50	2	**Неполное удвоение мочеточников**					
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						
			Глюкоза крови *	50	1						
			Билирубин крови *	50	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты /гениталий у женщин*	100	2						
			Осмотр в зеркалах (per vaginum) с введение красящего раствора*	50	1						
			Обзорный снимок МВП *	50	1						
			Долечивание амбулаторное								
			Уролог*, Нефролог* (Осмотр в зеркалах (per vaginum) с введение красящего раствора)	100	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты/гениталий у женщин*	50	3						
			Перевязка*	70	3						
			Общий анализ крови	100	1						Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2	**Госпитальный этап**					
						ЭКСТРОФИЯ М/П					
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						
						ЭПИСПАДИЯ					
			Мочевина крови*	50	2						
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Глюкоза крови *	50	1						
			Билирубин крови *	50	1	**Аномалии урахуса**					
						Агенезия и гипоплазия мочевого пузыря					
			Осмотр в зеркалах (per vaginum) с введение красящего раствора*	30	1						
			Ультразвуковое сканирование почек *	100	2	**Удвоение м/пузыря**					
			Ультразвуковое сканирование почек и н/з мочеточников при микции*	50	1						
			УЗ сканирование мочевого пузыря и простаты у мужчин*	100	2	**Врожденный дивертикул м/п*/****					
			УЗ сканирование гениталий и мочевого пузыря у женщин*	100	2						
			УЗ сканирование органов брюшной полости и передней стенки живота*	50	1						
			Обзорный снимок МВП *	70	1						
						Врожденный мегацист					
			Долечивание амбулаторное								
											Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов крови и мочи.
			Уролог*	100	3						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			СОЭ	50	2						
			Мочевина крови*	50	2						
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты /гениталий у женщин*	50	2						
			Перевязка*	70	3						
6		**5.4. АНОМАЛИИ**	Уролог*	100	2						

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
		МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА 5.4.1 Неосложнённое течение									
			Общий анализ крови	100	1						Восстановление нормального пассажа мочи Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	1	**Госпитальный этап**					
						Клапан задней уретры					
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1	**Клапан передней уретры**					
			Мочевина крови*	50	1	**Мегалоуретра**					
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						
			Глюкоза крови *	50	1	**Удвоение уретры**					
			Ультразвуковое сканирование почек, м/пузыря и простаты **	100	1						
			Обзорный снимок МВП *	50	1	**Уретральные свищи**					
						Долечивание амбулаторное					
			Уролог*	100	3						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			УЗ сканирование почек, м/пузыря и простаты /гениталий у женщин*/**	100	1						
7	**МКБ-10. Код Q50-Q56**	**5.5. АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ] ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.**	Уролог*	100	2						Клинические критерии улучшения состояния больного: отсутствие рецидива заболевания; улучшение анализов спермы.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Общий анализ крови	50	1						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1	**Аномалии мошонки**					

№	*МКБ-X*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Мочевина крови*	50	1	до 2х лет - наблюдение или консервативная терапия **					
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						
			Глюкоза крови *	50	1						
			УЗ сканирование почек м/пузыря и простаты*/**	100	2						
						Перекрут придатков (гидатид)					
						Долечивание амбулаторное					
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			УЗ сканирование почек ва, гениталий и м/пузыря*/**	100	2						
			Перевязка*	70	3						
8		**5.6. Недержание мочи у женщин**				**Догоспитальный этап**					
			Консультация уролога*	100	3	Тренировка мышц тазового дна*			3 мес	1 мес	Удержание мочи
			Консультация гинеколога*	100	1	Изменения образа жизни*			3 мес	1 мес	
			Консультация невропатолога**	100	1	Консервативная терапия холинолитиками*			2 мес	1 мес	
			Общий анализ крови	100	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)*	100	2				3 мес	1 мес	
			Оценка состояния и качества жизни*	100	2						

Примечание – Для нозологических форм 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 догоспитальный этап аналогичен с формой 6.1

6. ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

№	МКБ-Х	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	***МКБ-10. Код S37.0***	**VII. ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ. 7.1 Травмы почек**	Уролог*	100	3	**Госпитальный этап**					
			Травматолог, хирург*/**	50	1	*Стабильная гемодинамика*					
			Анестезиолог-реаниматолог*	50	2	Класс 1- 2 – наблюдение -Антибактериальная терапия (ЦЕФАЛОСПОРИНЫ 2-3 поколения,фторхинолоны) 4-5 дн.) -Гемостатическая терапия (транексамовая кислота,этамзилат натрия, викасол,АМИНОКАПРОНОВАЯ КИСЛОТА) 2-3 дня.					Улучшение состояния больного, показателей анализа крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	3	Класс 3 - 4 – наблюдение, постельный режим, а/б, повторное исследование Ht -Антибактериальная терапия (ЦЕФАЛОСПОРИНЫ 2-3 поколения,фторхинолоны) 4-5 дн. -Гемостатическая терапия (транексамовая кислота,этамзилат натрия, викасол АМИНОКАПРОНОВАЯ КИСЛОТА 2-3 дня *					
			Общий анализ крови	100	3						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертываемости крови	100	2						
			Время кровотечения	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	2						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови*	100	1						
			Контроль за гемодинамикой*	100	3						
			УЗ сканирование почек, забрюшинного пространства, м/пузыря, гениталий*	50	4						
			В.в урография с уротелескопией**	100	1						
			ЭКГ*	50	1						
			Долечивание амбулаторное (наблюдение не менее 3-х месяцев при травме 3-5 класса)								

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Уролог*	100	4						
			Травматолог/хирург**	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	4						
			Общий анализ крови	100	2						
			Ультразвуковое сканирование ложа удаленной почки*/**	100	2						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря и гениталий*/**	100	1						
			Перевязка*								
2	***МКБ-10. Код S37.1***	**7.2 Травмы мочеточников**	Уролог*	100	4	**Госпитальный этап**					
			Травматолог, хирург*/**	50	1						
			Анестезиолог-реаниматолог*	100	1						восстановление проходимости мочеточника, улучшение состояния больного, показателей анализа крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	50	6						
			Общий анализ крови	50	3						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертываемости крови	100	2						
			Время кровотечения	100	2						восстановление проходимости мочеточника, улучшение состояния больного, показателей анализа крови и мочи.
			Мочевина крови*	100	2						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	2						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови*	100	1						
			Контроль за гемодинамикой*	50	Постоянно						
			Ультразвуковое сканирование почек, забрюшинного пространства*/**	50	6						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря, гениталий*/**	50	6						
			ЭКГ*	100	1						
			Перевязка*	70	5						
			Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)								
			ВОП (после консультации уролога)	100	3						
			Уролог*	100	3						
			Травматолог/хирург**	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)*	50	3						
			Общий анализ крови	50	3						
			УЗ сканирование почек, забрюшинного пространства*/**	50	2						
			Ультразвуковое сканирование ложа удаленной почки**	100	2						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря и гениталий*/**	100	1						
			Перевязка*								
3	**МКБ-10. Код S37.2**	**7.3 Травмы мочевого пузыря**	Уролог*	100	5	**Госпитальный этап**					
			Травматолог, хирург*/**	80	1	*Отсутствие повреждения шейки м/пузыря и/или ассоциированного повреждения, при котором необходимо хирургическое вмешательство, внебрюшинные разрывы м/пузыря*					
			Анестезиолог-реаниматолог*	50	1	– установка уретрального катетера* -Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны)*	10	7	1мес	1мес	остановка кровотечения, восстановление функции органа,улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи.
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	5						
			Общий анализ крови	100	2						
			Гемоглобин мочи**	100	3						
			Гематокрит	100	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Время свертываемости крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Мочевина крови*	50	2						
			АЛТ и АСТ крови*	70	1						
			Глюкоза крови*	70	1						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Контроль за гемодинамикой*/**	100	3						
			Проба Зельдовича*	50	1						
			Ультразвуковое сканирование почек, забрюшинного пространства*/**	70	3						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря, гениталий*/**	100	4						
			Обзорная урография*/**	70	1						
			ЭКГ*	50	1						
			Перевязка*	70	5						
			Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)								
			Уролог*	100	3						
			Травматолог/хирург*/**	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	3						
			Общий анализ крови	50	3						
			УЗ сканирование почек, забрюшинного пространства*/**	100	3						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря и гениталий*/**	100	3						
			Перевязка*	60	5						
4	**МКБ-10. Код**	**7.4 Травмы**	Уролог*	100	4	**Госпитальный этап**					

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
	S37.3	**уретры**	Травматолог, хирург*/**	100	1	Класс 1- 2 – наблюдение --- --- Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны) Гемостатическая терапия(транексамовая кислота,этамзилат натрия,викасол,амикапроновая кислота)*	15	10	3мес	2мес	остановка кровотечения, восстановление функции органа,улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи.
			Анестезиолог-реаниматолог*	100	2	Класс 3 - наблюдение, постельный режим, антибиотики -Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны)*	15	10	3мес	2мес	
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	6						
			Общий анализ крови	100	3						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертываемости крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Мочевина крови*	50	2						
			АЛТ и АСТ крови*	50	2						
			Глюкоза крови*	50	2						
			Билирубин крови**	50	2						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Контроль за гемодинамикой*/**	100	3						
			Ультразвуковое сканирование почек, забрюшинного пространства*/**	50	3						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря, гениталий*/**	70	3						
			ЭКГ*	100	1						
			Перевязка*	80	4						
			Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)								
			Уролог*	100	3						
			Травматолог/хирург*/**	70	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	3						
			Общий анализ крови	70	3						
			Сканирование почек, забрюшинного пространства**	50	2						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря и гениталий*/**	70	2						
			Перевязка*	80	10						
5	**МКБ-10. Код S31.2-31.3**	**7.5 Травмы половых органов и мошонки**	Уролог*	100	3	**Госпитальный этап**					
			Травматолог, хирург*/**	70	1	***Тупая травма***					
			Анестезиолог-реаниматолог*	50	1	*Травма п/члена*					
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	1	Гематома – консервативное лечение* -Антибактериальная терапия(цефалоспорины 2-3 поколения.фторхинолоны) -гемостатическая терапия(транексамовая кислота,этамзилат натрия,викасол,аминокапроновая кислота)*	10	7	1мес	1мес	остановка кровотечения, восстановление функции органа,улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи.
			Общий анализ крови	100	1	Разрыв белочной оболочки – оперативное лечение: ушивание разрыва белочной оболочки полового члена** -Антибактериальная терапия (цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны)**	10	7	1мес	1мес	
						Травма яичек					
			Гематокрит	100	1	Ушиб: -Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны)** Суспензорий 10 дней*	10	7	1мес	1мес	остановка кровотечения, восстановление функции органа,улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи.

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Время свертываемости крови	100	1	Внутрияичковая гематома маленьких размеров - наблюдение – консерват/лечение -Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны) -гемостатическая терапия(транексамовая кислота,этамзилат натрия,викасол,амикапроновая кислота) Суспензорий 10 дней*	15	10	3мес	3мес	
			Время кровотечения	100	1	Внутрияичковая гематома больших размеров – опорожнение гематомы** Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны) -гемостатическая терапия(транексамовая кислота,этамзилат натрия,викасол,амикапроновая кислота)** Суспензорий 10 дней*	21	15	3мес	2мес	
			Мочевина крови*	100	1	консервативное лечение Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны) Суспензорий 10 дней*	15	10	6мес	3мес	
			АЛТ и АСТ крови*	100	1	При неэффективности консервативного лечения - хирургическое вправление** Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны)** Суспензорий 10 дней*	15	10	6мес	3мес	
			Глюкоза крови*	100	1	Повреждение яичка:					
			Определение RW*/**	100	1	***Проникающая травма***					
			Определение HBsAg*/**	100	1	*Стабильная гемодинамика*					
						Отсутствие сочетанных повреждений: ПХО, первичное ушивание ; нет экстравазации при уретрографии – катетризация уретры** Антибактериальная терапия(цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны)* Суспензорий 10 дней*	15	10	6мес	3мес	остановка кровотечения, восстановление функции органа,улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи.
			Определение группы крови	100	1						
			Контроль за гемодинамикой*/**	100	1	*Нестабильная гемодинамика*					

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		ПМСП		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Ультразвуковое сканирование почек, забрюшинного пространства*/**	70	1	При стабилизации: – дообследование (КТ) и выбор тактики; сочетанные повреждения - Дренирование м/п, некрэктомия, реконструкция** Антибактериальная терапия (цефалоспорины2-3 поколения.фторхинолоны) -гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат натрия,викасол,амикапроновая кислота)** Суспензорий 10 дней*	20	15	12мес	6мес	остановка кровотечения, восстановление функции органа,улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи.
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря, гениталий*/**	70	1						
			ЭКГ*	50	1						
			Перевязка*	50	4						
			Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)								
			Уролог*	70	5						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1мл и определение pH)	100	3						
			Общий анализ крови	70	1						
			Сканирование почек, забрюшинного пространства**	70	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование м/пузыря и гениталий*/**	100	2						
			Перевязка*								

7. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УРОЛОГИИ

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
1	*Шифр МБК-10. Код С64-С68/ С60-С63*	VIII. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УРОЛОГИИ									Клинические критерии улучшения состояния больного: - уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация мочеиспускания. Отсутствие рецидивирования и метастазирования опухоли послеоперационном периоде.
			Догоспитальный этап								
			Уролог*	100	4						
			Общий анализ крови	100	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	2						
			Подсчет лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл*	100	2						
			Гемотокрит	100	1						
			Время свертываемости крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	2						
			Глюкоза крови*	100	2						
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			УЗИ почек и забрюшинного пространства*/**	100	5						
			Наружное УЗИ гениталий и мочевого пузыря у женщин*/**	100	5						
			Наружное УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин*/**	100	5						
			Пальцевое ректальное исследование*	100	3						
			Наружное ультразвуковое	50	1						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			сканирование паховой области**								
			Обзорный снимок верхних мочевых путей*/**	100	1						
			Рентгеногафия грудной клетки*/**	100	1						
			Обзорный снимок костей позвоночника и таза*/**	100	1						
			ЭКГ + осмотра терапевта + анестезиолога*	100	1						
			Госпитальный этап								
			Уролог*	100	4	***Рак почки и мочеточника (в зависимости от стадии TNM, согласно Рекомендациям ЕАУ, 2017г.)***					
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	2						
			Подсчет лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл	100	2						
			Гемотокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотечения	50	1						
			АЛТ и АСТ крови*	50	1						
			Глюкоза крови*	50	1						
			Рак мочевого пузыря								
			УЗИ почек и забрюшинного пространства*/**	50	5						
			Наружное УЗИ гениталий и мочевого пузыря у женщин*/**	50	5						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			Наружное УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин*/**	50	5						
			Рак простаты								
			Пальцевое ректальное исследование**	100	3						
			Обзорный снимок верхних мочевых путей*/**	50	1						
			Рентгеногафия грудной клетки*/**	50	1	***Опухоли яичка***					
			Обзорный снимок костей позвоночника и таза*/**	50	1						Диагностическая процедура
			ЭКГ*	50	1	***Рак полового члена***					
			Перевязка*	100	5						
			Долечивание амбулаторное								
			ВОП (после консультации уролога или онкоуролога)*	100	4						
			Уролог*	100	4						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	5						
			Подсчет лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл/мочи*	50	5						
			Инстилляция мочевого пузыря раствором адреомицина (доксирубицина) при раке мочевого пузыря**	100	5						
			Инстилляция мочевого пузыря раствором БЦЖ (Имурон) при раке	100	9						

№	*МКБ-Х*	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2.Функциональные 3.Консультации	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осл.	не осл.	осл.	не осл.	
			мочевого пузыря**								
			Ультразвуковое сканирование почек*	100	5						
			Наружное ультразвуковое сканирование мочевого пузыря и простаты у мужчин*/**	100	5						
			Наружное ультразвуковое сканирование гениталий и мочевого пузыря у женщин*/**	100	5						
			Урофлоуметрия*/**	50	3						
			Перевязка*	70	4						
			Радио- и химиотерапия в специализированном учреждении								

ПРИЛОЖЕНИЕ
к стандартам обследования, лечения и наблюдения урологических больных

1. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ТРАКТА

1.1 Циститы

Рекомендованная эмпирическая антибактериальная терапия при остром неосложнённом цистите у практически здоровых женщин в пременопаузальном периоде

Антибиотик	***Ежедневная доза***	***Продолжительность терапии***
Фосфомицина рометамол	3 г однократно	1 день
Нитрофурантоин	50 мг каждые 6 ч	7 дней
Макрокрисаллы нитрофурантоина	100 мг 2 раза в день	5 – 7 дней
Альтернативные препараты		
Ципрофлоксацин	250 мг 2 раза в день	3 дня
Левофлоксацин	250 мг 1 раз в день	3 дня
Норфлоксацин	400 мг 2 раза в день	3 дня
Офлоксацин	200 мг 2 раза в день	3 дня
Цефподоксима проксетил	100 мг 2 раза в день	3 дня
Если локальная резистентность E.coli < 20%		
ТМР/сульфаметоксазол	160/800 мг 2 раза в день	3 дня
ТМР	200 мг 2 раза в день	5 дней

1.2 Рецидивирующая (неосложненная) инфекция нижнего мочевого тракта у женщин

Режимы интермиттирующей антибиотикопрофилактики у женщин с рецидивирующей ИМТ

Препарат	***Режим***	***Ожидаемое число эпизодов инфекции мочевыводящих путей в год***
Нитрофурантоин	50 мг 1 раз в день 3 – 5 дней	0 – 0,6
Нитрофурантоин	100 мг 1 раз в день 3 – 5 дней	0 – 0,7
Цефаклор	250 мг 1 раз в день 3 – 5 дней	0,0
Цефалексин	125 мг 1 раз в день 3 – 5 дней	0,1
Цефалексин	250 мг 1 раз в день 3 – 5 дней	0,2
Норфлоксацин	200 мг 2 раза в день 3 – 5 дней	0,0
Ципрофлоксацин	125 мг 1 раз в день 3 – 5 дней	0,0
Фосфомицин	3 г каждые 10 дней	0,14

Режимы посткоитальной антибиотикопрофилактики у женщин с рецидивирующей ИМТ

Препарат	*Режим*	*Ожидаемое число эпизодов инфекции мочевыводящих путей в год*
Нитрофурантоин	50 или 100 мг однократно	0,10
Цефалексин	125 мг однократно	0,03
Норфлоксацин	200 мг однократно	0,00
Ципрофлоксацин	125 мг однократно	0,00
Офлоксацин	100 мг однократно	0,06

1.3. Неосложненная инфекция нижнего мочевого тракта у женщин в менопаузе

1.4. Рецидивирующая инфекция нижнего мочевого тракта у женщин в менопаузе.

Тактика антимикробной терапии у женщин в постменопаузальном периоде сходна с таковой у женщин в пременопаузальном периоде. Оптимальные препараты для антибактериальной терапии, дозировки и продолжительность лечения у пожилых женщин схожи с таковыми у женщин в пременопаузальном периоде. Эстрогены (особенно интравагинальные) могут применяться для профилактики ИМТ, но результаты противоречивы.

1.5. Инфекция нижнего мочевого тракта у беременных - бессимптомная бактериурия.

1.6. Инфекция нижнего мочевого тракта у беременных - Острый цистит.

Режимы антибактериальной терапии бессимптомной бактериурии и цистита во время беременности

Препарат	*Режим*	*Комментарии*
Нитрофурантоин	100 мг каждые 12 ч. 3 – 5 дней	Не применять при недостаточности Г-6-ФД
Амоксициллин	500 мг каждые 8 ч. 3 – 5 дней	Повышается распространённость резистентных штаммов
Ко-амоксиклав	500 мг каждые 12 ч. 3 – 5 дней	Не применять в 3 триместре
Цефалексин	500 мг каждые 8 ч. 3 – 5 дней	Повышается распространённость резистентных штаммов
Фосфомицин	3 г однократно	

1.8. ИМТ у беременных. Острый пиелонефрит.

Режимы терапии при остром пиелонефрите у беременных женщин

Препарат	*Дозировка*
Цефтриаксон	1-2 г в/в или в/м каждые 24 ч 3 – 5 дней
Цефтазидим	1 г в/в каждые 8-12 ч 3 – 5 дней
Пиперациллин/тазобактам	3,375-4,5 г в/в каждые 6 ч 3 – 5 дней
Цефепим	1 г в/в каждые 12 ч 3 – 5 дней
Имипенем/циластатин	500 мг в/в каждые 6 ч 3 – 5 дней
Ампициллин+гентамицин	2 г в/в каждые 6 ч + 3-5 мг/кг/день в/в в 3 отдельных дозах

1.9. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (уретрит)

Лечение негонококкового уретрита

В качестве терапии выбора:

- Азитромицин перорально в дозе 1 г однократно
- Доксициклин перорально в дозе 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

В качестве альтернативной терапии:

- Эритромицин базовый перорально в дозе 500 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней
- Эритромицина этилсукцинат перорально в дозе 800 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней
- Офлоксацин перорально в дозе 300 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней
- Левофлоксацин перорально в дозе 500 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней

Лечение гонококкового уретрита:

Препараты 1-й линии:

- Цефиксим перорально в дозе 400 мг однократно или 400 мг в виде суспензии (200мг/5мл);
- Цефтриаксон внутримышечно в дозе 1 г. Однократно

Альтернативные режимы:

- Ципрофлоксацин перорально в дозе 500 мг однократно;
- Офлоксацин перорально в дозе 400 мг однократно;
- Левофлоксацин пероральнов дозе 500 мг однократно;

1.12. Острый неосложненный пиелонефрит

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40%
Клинические критерии улучшения состояния больного:
- нормализация температурной реакции
- улучшение состояния, показателей крови и мочи.

Обычное течение:
- молодой и средний возраст
- наличие одной урологической патологии
- отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания
- отсутствие аномалий развития МВП
- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

1.13. Осложненная инфекция мочевого тракта

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40%
Клинические критерии улучшения состояния больного:
- нормализация температурной реакции
- улучшение состояния, показателей крови и мочи.

Осложненное течение:

- пожилой и старческий возраст больного
- наличие двух и более урологических патологий
- наличие длительного анамнеза урологического заболевания
- наличие аномалий развития МВП
- предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- наличие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- наличие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Режимы эмпирической антимикробной терапии

Антибиотики, рекомендуемые для стартовой эмпрической терапии
- Фторхинолон - Ингибиторозащищённый аминопенициллин - Цефалоспорин 2-й или 3 группы - Аминогликозид
Антибиотики, рекомендуемые для эмпирической терапии при неэффективности стартовой терапии или при тяжёлых инфекциях
- Фторхинолон (если не использовался для стартовой терапии) - Ингибиторозащищённый аминопенициллин (пиперациллин) - Цефалоспорин 3b группы - Карбапенем - Комбинированная терапия: Аминогликозид + Ингибиторозащищённый аминопенициллин Аминогликозид + Фторхинолон
Антибиотики, не рекомендуемые для эмпирической терапии
Аминопенициллины (амоксициллин, ампициллин) - Ко-тримоксазол (только при доказанной чувствительности к нему антибиотика) - Фосфомицина трометамол

2. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

2.1. Почечная колика.

2.1.1. Купирование боли

Первый этап лечения при почечной колике – купирование боли.

Клинические исследования однозначно продемонстрировали, что нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (например, метамизол натрия, диклофенак) эффективно купируют боль у пациентов с почечной коликой. Эти препараты обезболивают при почечной колике значительно эффективнее опиатов, и у пациентов, принимающих НПВС, достигается большее снижение боли и реже требуется дальнейшая анальгезия в краткосрочной перспективе.

Если все же назначается опиат, рекомендуется не останавливать выбор на петидине в связи с тем, что опиаты, и особенно петидин, чаще вызывают рвоту по сравнению с НПВС и чаще требуют проведения дальнейшей анальгезии.

2.1.2. Профилактика повторного приступа почечной колики

В большинстве случаев конкремент в мочеточнике отходит самостоятельно.

Литокинетическая терапия (ЛКТ)

У пациентов с конкрементами в мочеточнике, которые могут выйти самостоятельно, таблетки или суппозитории НПВС (диклофенак натрия, 100–150 мг/сут в течение 3–10 дней) могут снять воспаление и снизить риск повторного возникновения боли. Хотя диклофенак может влиять на почечную функцию у пациентов с существующей почечной недостаточностью, он тем не менее не влияет на почечную функцию при нормально функционирующих почках.

Согласно результатам двойного слепого плацебо-контролируемого исследования повторные приступы почечной колики отмечались значительно реже у пациентов, получавших НПВС в течение первых 7 дней лечения.

Также вероятность повторной колики снижает ежедневный прием альфа-блокаторов (УД 1а)

Если обезболивание не может быть достигнуто лекарственными средствами, следует выполнить дренирование с использованием мочеточникового стента или чрескожной нефростомии (ЧН) либо удалить конкремент.

Рекомендации по купированию боли при почечной колике

Рекомендации	УД	СР	Лит-ра
1-я линия: лечение следует начинать с назначения таких НПВС, как диклофенак натрия*, индометацин, ибупрофен	1b	A	1–4
2-я линия: гидроморфин пентазоцин трамадол	4	C	
Для купирования повторных приступов боли после почечной колики рекомендуется назначать диклофенак натрия*	1b	A	7

** Диклофенак натрия неблагоприятно влияет на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с почечной недостаточностью, однако не имеет такого воздействия у пациентов с нормальной почечной функцией (УД 2а)*

Хотя препаратами 1-й линии терапии при почечной колике считаются НПВС, альтернативой им могут служить спазмолитики (метамизол натрия и др.), которые можно назначать при необходимости парентерального введения ненаркотического препарата (3-я линия терапии).

2.2. Одиночный камень почки (неосложненное течение)

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40%

Клинические критерии улучшения состояния больного:

- уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное удаление камня, улучшение анализов мочи

Обычное течение:

- молодой и средний возраст
- наличие одной урологической патологии
- отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания
- отсутствие аномалий развития МВП
- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

2.3. Одиночный камень почки (осложненное течение)

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40%

Клинические критерии улучшения состояния больного:

- уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение анализов мочи

Осложненное течение:

- пожилой и старческий возраст больного
- наличие двух и более урологических патологий
- наличие длительного анамнеза урологического заболевания
- наличие аномалий развития МВП
- предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- наличие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- наличие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Активное удаление кальциевых камней с максимальным диаметром =<20 мм (площадь поверхности – примерно 300мм2) (EAU Guidelines, 2017)

Предпочтение (в убывающем порядке)	**Процедура**
1	ЭУВЛ
2	PNL
3	RIRS

4	Лапароскопическая операция
5	Полостная операция

Активное удаление камней из мочевой кислоты с максимальным диаметром =<20 мм (площадь поверхности =< 300мм2) (EAU Guidelines, 2017)

Предпочтение	Процедура
1	Хемолиз перорально
2	ЭУВЛ + хемолиз перорально

Активное удаление цистиновых камней с максимальным диаметром =<20 мм (площадь поверхности =< 300мм2) (EAU Guidelines, 2017)

Предпочтение	Процедура
1	ЭУВЛ
2	PNL
3	RIRS-ретроградн. внутрипочечн. операция
4	Лапароскопическая операция
5	Полостная операция

Активное удаление рентгенположительных камней с максимальным диаметром >20 мм (площадь поверхности > 300мм2) (EAU Guidelines, 2017)

Предпочтение	Процедура
1	PNL
2	ЭУВЛ (даже после PNL)
3	Лапароскопическая операция
4	Полостная операция

Активное удаление камней из мочевой кислоты с максимальным диаметром >20 мм (площадь поверхности > 300мм2) (EAU Guidelines, 2017)

Предпочтение	Процедура
1	Хемолиз перорально
2	ЭУВЛ + хемолиз
3	PNL
4	PNL + хемолиз

Активное удаление цистиновых камней с максимальным диаметром >20 мм (площадь поверхности > 300мм2) (EAU Guidelines, 2017)

Предпочтение	Процедура
1	Чрескожная нефролитотомия
2	ЭУВЛ
3	Гемолитическая ирригация (даже после PNL или ЭУВЛ)

4	Лапароскопическая или полостная операция

2.5.Камень(камни) мочеточника. Камень (камни) мочевого пузыря.

Для лечения необходимо учитывать типы камнеобразования. Различают кальциевый и некальциевый тип камнеобразования. В свою очередь некальциевое камнеобразование подразделяется на инфекционный, мочекислый и цистиновый типы.

Исследования, позволяющие сделать предположительное заключение о составе камня

Цистиновый камень

- качественная проба на цистин с нитропрусидом натрия или
- проба Бранда.
- кристаллы цистина при микроскопии мочи

Мочекислый (уратный) камень

- уровень мочевой кислоты в сыворотке крови
- низкий показатель pH мочи
- данные обзорной рентгенографии (отсутствие тени от камня) и
- положительные результаты УЗС.

Инфекционный камень

- положительный результат бакпосева мочи (наличие уреазопродуцирующих бактерий)
- кристаллы струвита в моче
- щелочной показатель pH мочи

Частота спонтанного отхождения камней мочеточника в зависимости от локализации составляет:

камни проксимального отдела - 25%
камни средней трети - 45%
камни дистального отдела - 70%

Удаление обычно показано при диаметре камня, превышающем 6-7 мм. Активное удаление камней необходимо (строго рекомендуется) пациентам со следующими клиническими признаками:

постоянная боль, несмотря на адекватную медикаментозную терапию,
постоянная обструкция с риском развития почечной недостаточности,
камни в сочетании с ИМТ,
риск развития пионефроза или уросепсиса,
двухсторонняя обструкция.

Способы активного удаления камней независимо от размеров.

В следующих таблицах приведены наиболее приемлемые способы удаления камней согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU Guidelines, 2004). Они зависят от размеров, категории и локализации конкремента. Под номерами 1, 2, 3, и т.д. обозначены процедуры, выбор которых наиболее приемлем для данной ситуации**.** Когда две процедуры по эффективности предположительно равноценны, они обозначены одним номером. Наиболее приемлемая процедура обозначена номером « 1 ».

Способы активного удаления камней (любого размера) в верхней трети мочеточника.

Рентгено-позитивные камни	ЭУВЛ in situ ЭУВЛ с последующей ретроградной передислокацией камня в почку. PNL + антеградная URS URS + контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким URS)
Инфекционные камни Камни сопровож-даемые инфекцией.	1. А/б терапия + ЭУВЛ in situ 2. А/б терапия + ЭУВЛ с последующей ретроградной передислокацией камня в почку. 3. А/б терапия + PNL + антеградная URS. 4. А/б терапия + URS + контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким URS)
Мочекислые / уратные камни	1. Стентирование + оральная подщелачивающая терапия. 2. ЭУВЛ in situ (с в/в или ретроградным контрастированием) + оральная подщелачивающая терапия. 3. Перкутанная антеградная URS. 4. URS + контактная дезинтеграция. (полурегидным или гибким URS).
Цистиновые камни	ЭУВЛ in situ ЭУВЛ с последующей ретроградной передислокацией камня в почку. PNL + антеградная URS. URS + контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким URS)

Способы активного удаления камней (любого размера) в средней трети мочеточника.

Рентген позитивные камни	1. ЭУВЛ in situ, обтекаемый камень. 1. URS + контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким URS. 2. Катетеризация мочеточника или в/в контрастирование + ЭУВЛ. 2. Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. Перкутанная антеградная URS.
Инфекционные камни Камни сопровождаемые инфекцией.	1. А/б терапия + ЭУВЛ in situ, обтекаемый камень. 1. А/б терапия + URS + контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким URS). 2. А/б терапия + Катетеризация мочеточника или в/в контрасти-рование + ЭУВЛ. 2. А/б терапия + Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. А/б терапия + Перкутанная антеградная URS.
Мочекислые камни Уратные камни	1. ЭУВЛ in situ, обтекаемый камень. 1. URS + контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким URS). 2. Катетеризация мочеточника или в/в контрастирование + ЭУВЛ. 2. Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ.

	2. Стентирование + оральная подщелачивающая терапия. 3. Перкутанная антеградная URS.
Цистиновые камни	1. ЭУВЛ in situ, обтекаемый камень. 1. URS + литотрипсия (полурегидным или гибким URS). 2. Катетеризация мочеточника + ЭУВЛ. 2. Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. Перкутанная антеградная URS.

Препараты, рекомендованные для лечения больных кальциевым уролитиазом
(EAU Guidelines, 2017)

ПОКАЗАНИЯ	ПРЕПАРАТЫ	ИНОГДА ПОЛЕЗНЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
Гиперкальциурия	Тиазиды Тиазиды + магний Щелочной цитрат	Ортофосфат	Препараты калия назначаются совместно с тиазидами
Гипероксалатурия	Щелочной цитрат		
Гипероксалатурия, связанная с патологией ЖКТ	Щелочной цитрат Алиментарный Са		
Первичная гипероксалатурия	Пиридоксин Щелочной цитрат	Ортофосфат	Необходимо дополнительное обследование по поводу данной патологии
Гипоцитратурия	Щелочной цитрат		
Почечно-канальцевый ацидоз	Щелочной цитрат		
Брушитные камни	Щелочной цитрат Тиазиды + магний		Препараты калия назначать совместно с тиазидами
Смешанные СаОх и мочекисло-уратные камни	Аллопуринол (Милурит)		
Низкая ингибирующая активность	Щелочной цитрат		
Нет патологии	Щелочной цитрат		Необходимы повторные анализы мочи

Профилактика первичного камнеобразования и консервативное (медикаментозное) лечение больных мочекислым (уратным) уролитиазом (EAU Guidelines, 2017)

Профилактика первичного камнеобразования	Увеличение потребления жидкости для достижения суточного диуреза 2 и более литров. Препараты, подщелачивающие мочу: цитрат калия (3 - 7 ммоль) х 2-3 раза/ сутки калий-натриевый цитрат (9 ммоль) х 2-3 раза/сутки Аллопуринол (Милурит) (300 мг) х1 раз/сутки
Консервативное (медикаментозное) растворение мочекислых камней	• Увеличение потребления жидкости для достижения суточного диуреза 2 и более л. • Препараты, подщелачивающие мочу: - цитрат калия (6 - 10 ммоль) х 3 раза/ сутки - калий-натриевый цитрат (9-18 ммоль) х3 раза/сутки • Аллопуринол (Милурит) (300 мг) х1 раз/сутки

Консервативное (медикаментозное) лечение больных цистиновым уролитиазом (EAU Guidelines, 2017)

- Увеличение потребления жидкости для достижения
- суточного диуреза 3-х и более литров или 150 мл / час
- Препараты, подщелачивающие мочу (pH не менее 7,5)
  цитрат калия 3 - 10 ммоль х 2-3 раза/день
- При экскреции цистина < 3 - 3,5 ммоль/24 часа
  аскорбиновая кислота 3 - 5 г / день
- При экскреции цистина > 3 - 3,5 ммоль/ 24 часа
  тиопронин 250 - 2000 мг/день, или
  каптоприл 75 - 150 мг/день.

Консервативное лечение больных инфекционным уролитиазом (EAU Guidelines, 2017)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
Камни, состоящие из магний аммония фосфата или карбонатапатита и образовавшиеся под воздействием уреазопродуцирующих бактерий.	*Наличие фрагментов после удаления камня* Антибактериальные препараты: - короткий курс антибиотиков - длительный курс антибиотиков • Препараты, подкисляющие мочу:

	- хлорид аммония (1 г) х 2 -3 раза/ сутки - метионин (500 мг) х 2 - 3 раза/ сутки При осложненных инфекциях, трудно поддающихся воздействию антибиотиков - ацетогидроамикацидовая кислота (Lithostat)

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 60%

Клинические критерии улучшения состояния больного:

- уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация пассажа мочи, улучшение анализов мочи.

Обычное течение:

- молодой и средний возраст
- наличие одной урологической патологии
- отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания
- отсутствие аномалий развития МВП
- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Осложненное течение:

- пожилой и старческий возраст больного
- наличие двух и более урологических патологий
- наличие длительного анамнеза урологического заболевания
- наличие аномалий развития МВП
- предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- наличие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- наличие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Общие мероприятия для предотвращения повторного образования мочевых камней (метафилактика):

1. **Питевой режим**.

Если объем суточной мочи превышает 2,0 литров, то это способствует снижению риска образования мочевых камней. Для достижения такого объема мочи взрослому человеку приходится принимать в течение дня более 2,5 л жидкости. В жарких периодах года или у тех, кто много потеет или работает в условиях, где приходится терят много жидкости (потом) целесообразно принимать жидкость более 3л.

Тем, которым нельзя принимать много жидкости (больные с сердечной недостаточностью или патологией других органов) рекомендуется посоветоваться с врачом о суточном объеме потребляемой жидкости.

Рекомендуемые жидкости: настои лекарственных трав (янтак, қора андиз, пол-пола, почечный чай, кукурузные рыльца и другие), қайнатилган сув, аччиқ дамланмаган чой, турли мевалардан тайёрланган компотлар, лимонли дамлама.

Жидкости, рекомендуемые принимать в ограниченном количестве: крепкий чай, кофе и какао.

Нерекомендуемые жидкости: различные искуственные наппитки (например, кока-кола и другие), спиртные напитки (пиво, водка, вино и т.п.).

Для определения достаточности объема потребляемой жидкости специалисты рекомендуют обратить внимание на цвет мочи:

- Если моча бесцветная как вода, значить жидкость принимается в достаточном объеме.
- Если цвет мочи светло-желтая, значить жидкость принимается слегка недостаточно.
- Если цвет мочи темно-желтая, значить жидкость принимается занчимо мало, следует увеличить объем принимаемой жидкости.

2. **Диета**.

Диета должна быть сбалансированной.

Диета при камнях оксалат кальция:

Рекомендована:

- Мясо (говядина нежирная), птица рыба в отварном виде по 100-150 г. в день;
- Яйцо (куриное);
- Молочные продукты (кефир, простокваша, сметана, йогурт);
- Хлеб (белый, черный), Хлебобулочные изделия;
- Макаронные изделия;
- Крупы (горох, маш, чечевица, фасоль);
- Овощи (капуста, зеленый горошек, репа, огурцы, редиска);
- Фрукты (абрикосы, айва, груши, яблоки, виноград);
- Арбузы, дыни;
- Вода (кипяченая), Чай (черный, зеленый) некрепкий;
- Соки (грушевый, виноградный, тыквенный, морковный, яблочный и др.);
- Минеральная вода (Ташкентская, Нафтуся, Смирновская, Славяновская).

Следует огранчить:

- Мясные продукты (сосиски, сардельки, копчености);
- Молоко и молочные продукты (творог, сыр, сливки, брынза);
- Шоколад и шоколадные конфеты;
- Овощи (свекла, картофель, щавель, шпинат, ревень);
- Фрукты (слива, инжир);
- Ягоды (землянка, крыжовник);
- Чай (черный, зеленый) некрепкий;
- Кофе, какао;
- Минеральная вода (Джермук, Саирме).

Диета при камнях фосфата кальция:

Рекомендована:

- Мясо и мясные продукты;
- Куриное мясо;
- Рыба;
- Растительные масла и масла животного происхождения;
- Хлеб (белый, черный), Хлебобулочные изделия;
- Макаронные продукты;
- Овощи (капуста, тыква, огурец, помидор);
- Фрукты, арбуз, дыня;
- Ягоды (землянка, крыжовник);
- Вода (кипяченная), чай (черная, зеленая) не крепкий;
- Соки (грушевый, виноградный, тыквенный, морковный, яблочный и др.);
- Минеральная вода (Ташкентская, Нафтуся, Смирновская, Славяновская);
- Настой растительных трав.

Следует огранчить:

- Молоко и молочные продукты (творог, сыр, сливки, брынза);
- Яйцо (куриное);
- Рыбные консервы;
- Овощи (горох, картошка, цветная капуста, репчатая лук);
- Крепкий чай (черная и зеленая);
- Кофе, какао;
- Минеральные воды.

Диета при уратных камнях:

Рекомендована:

- Молоко и молочные продукты (творог, сыр, кефир, простокваша и др);
- Яйца. Мясо (нежирные, отварное) 2-3 раза в неделю;
- Растительные жиры;
- Хлеб (белый и черный), хлебобулочные изделия;
- Овощи (картофель, морковь, тыква, кабачки и др);
- Фрукты, цитрусовые, виноград, орехи;
- Крупы (гречневая, ячменная, пшенная), рис;
- Арбузы, дыни;
- Вода (кипяченая) Чай (черный, зеленый);
- Соки (яблочный, виноградный, морковный);
- Любые минеральные воды;
- Настои мочегонных трав.

Следует огранчить:

- Мясо, особенно внутренние органы (печень, почки, мозги, язык, легкие);

- Птица (курица, индейка. утка, дичь, гусь);
- Рыба (судак. сельдь, треска), рыбные консервы (шпроты и др);
- Бобовые (горох, фасоль, чечевица);
- Цветная капуста, шпинат;
- Крепкий чай, кофе , какао;
- Алкогольные напитки (вино, шампанское и др).

Диета при цистиновых камнях:

При метафилактике цистиновых камней рекомендуется достичь суточного диуреза более 3-х литров.

1. **Ограничить продукты, богатые белком**: мясо, рыба, колбаса, яйцо, сыр, бобовые. **Преимущественно следует прнимать продукты, не богатые белком**: фрукты, овощи, салаты, злаковые продукты.
   В рационе детей нельзя полностью исключить мясо и рыбу!
2. **Нельзя**: консервированные продукты, соленные и копченные продукты. Дополнительно солить еду во время еды.
   Стараться употреблять различные фрукты, овощи, салаты и злаковые продукты.

Диета при инфекционных камнях:

Диета при инфекционных камнях должна быть сбалансированной.

Следует огранчить:

- Молоко и молочные продукты;
- Острые и раздражающие блюда;
- сладости;
- цитрусовые фрукты, цитрусовые соки и напитки;
- спиртные напитки.

3. **Здоровый образ жизни:**

- Занятия физическими упражнениями по согласованию с врачом (ежедневно по 20-30 минут, упражнения легкой или средней интенсивности).
- При наличии ожирения стараться избавиться от лишнего веса (под контролем эндокринолога).
- Избегать стрессовых ситуаций.
- Ежедневно спать 6-8 часов.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Наименование фармгрупп
Антибиотики
Сульфаниламиды
Уросептики
Антиагреганты
Анальгезирующие и нестероидные противовоспалительные препараты
Спазмолитики
Дезинтоксикационная терапия
Препараты,коррегирующие pH мочи

Препараты нормализующие пуриновый обмен Диуретики Метаболики Фитотерапия Бальнеотерапия

3. НЕНЕЙРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ТОМ ЧИСЛЕ, СВЯЗАННЫЕ С ДПО

3.1. Доброкачественная простатититческая обструкция и др. нарушения мочеиспускания у мужчин.

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 80%

Клинические критерии улучшения состояния больного:

- уменьшение или исчезновение болевого синдрома,
- восстановление/нормализация пассажа мочи,
- улучшение анализов мочи и крови.

Обычное течение:

- наличие одной урологической патологии
- отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания
- отсутствие аномалий развития МВП
- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Осложненное течение:

- пожилой и старческий возраст больного
- наличие двух и более урологических патологий
- наличие длительного анамнеза урологического заболевания
- наличие аномалий развития МВП
- предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- наличие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- наличие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Наименование фармгрупп
α-адреноблокаторы Ингибиторы 5 α -редуктазы

Фитотерапия Антибиотики (Сульфаниламиды, Уросептики) Антиагреганты Антиандрогены Анальгезирующие и нестероидные противовоспалительные препараты Дезинтоксикационная терапия

3.2. Недержание мочи у женщин

Первичное обследование и лечение женщин с недержанием мочи (EAU guidelines, 2017)

История/ оценка симптомов	Недержание при физической активности	Недержание со смешанными симптомами	Ургентное недержание / учащенность	Комплексная история • Рекурентное недержание • Недержание связанное с: • Болью • Гематурией • Реккурентной инфекцией • Симптомами опорожнения • Тазовой иррадиацией • Радикальной тазовой хирургией • Предполагаемой фистулой
Клиническая оценка	Общая оценка Дневник мочеиспускания и шкала симптомов Оценка качества жизни и желания лечиться Физикальное обследование: Абдоминальный, тазовый, сакральный неврологический и эстрогенный статус --- - если имеется атрофия лечить и повторная оценка Попытка продемонстрировать недержание при кашле (стресс тест) Анализ мочи + бак посев мочи, если инфицирована лечить и повторная оценка Оценка остаточной мочи: физикальные исследования /катетеризация/УЗИ			
Предполагаемое состояние	Стрессовое недержание	Смешанное недержание	Ургентное недержание	Значительная остаточная моча Значительный пролапс тазовых органов

Лечение

Изменение стиля жизни
Тренировка мышц тазового дна
Тренировка мочевого пузыря

Другие физические лечебные приложения Приспособления	Антимускарины

неудача	неудача

Специализированное лечение

Алгоритм обследования и лечения женщин с недержанием мочи при оказании специализированной медицинской помощи (EAU guidelines, 2017)

История/оценка симптомов

Недержание при физической активности	Недержание со смешанными симптомами	Ургентное недержание / учащенность	Комплексная история • Рекурентное недержание • Недержание связанное с: • Болью • Гематурией • Рекурентной инфекцией • Симптомами опорожнения • Тазовой иррадиацией • Радикальной тазовой хирургией • Предполагаемой фистулой

Клиническая оценка

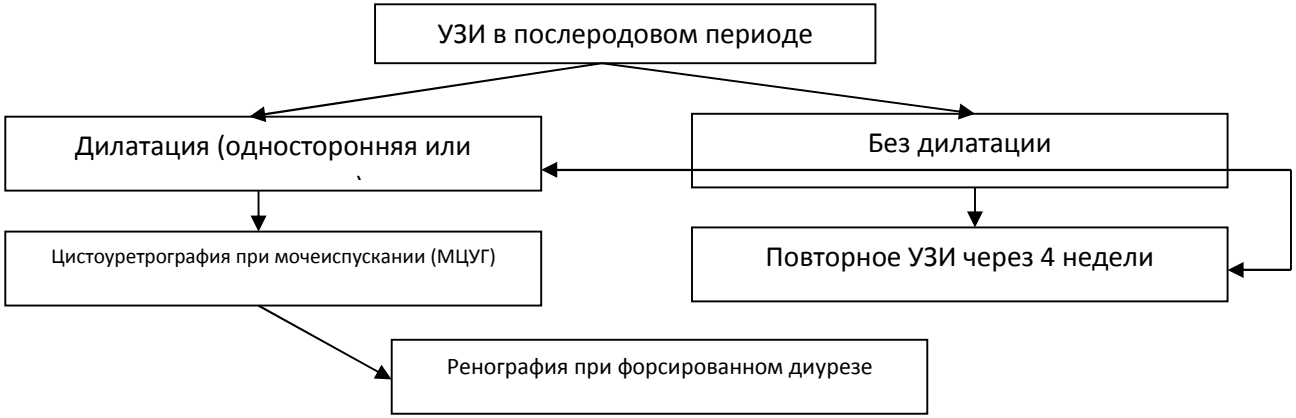
Оценка подвижности тазовых органов / пролапса
Уродинамика

Состояние	Стрессовое недержание	Смешанное недержание	Ургентное недержание	Неудержание наполнения	Рассмотреть: Уретроцистоскопию Остаточную мочу/ показатель потока Микционная цистоуретрограмма УЗИ/ в/в урография
Патология	Недостаточность сфинктера	Гиперчувствительность м/п	Гиперактивный детрузор	ИВО	Гипоактивный детрузор	Аномалия нижнего мочевого тракта / патология
	Если начальная терапия неэффективна	Если начальная терапия неэффективна			
Лечение	Хирургическое лечения стрессового недержания мочи Коррекция пролапса	нейростимуляция сакральные блокады увеличение м/п / замещение отведение мочи	Перемежающая катетеризация м/п нейростимуляция коррекция анатомической обструкциии	Коррекция аномалии Лечение патологии

5. АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ] МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ.

5.1. АНОМАЛИИ ПОЧЕК

Диагносический алгоритм при расширении СМП (EAU guidelines, 2017)



Диагностическое исследование, включая МЦУГ, необходимо обсудить с родителями, так как возможное выявление рефлюкса может иметь клиническое значение.

5.2. АНОМАЛИИ МОЧЕТОЧНИКОВ

Бальная система классификации ПМР, предложенная международным комитетом по изучению рефлюкса.

Степень I	Рефлюкс не достигает почечной лоханки; различные степени расширения мочеточника
Степень II	Рефлюкс достигает почечной лоханки; расширения собирательной системы нет; нормальные форниксы
Степень III	Умеренное или мягкое расширение мочеточника, с изгибом или без; умеренное расширение собирательной системы; нормальные или минимально деформированные форниксы
Степень IV	Умеренное расширение мочеточника с изгибом или без; умеренное расширение собирательной системы
Степень V	Сильное расширение и изгиб мочеточника, интрапаренхиматозный рефлюкс

Лечение рефлюкса (EAU Guidelines, 2017)

Возраст пациента	Степень рефлюкса/пол	Лечение
< 1 года		Консервативное
1 – 5 лет	Степень I - III	Консервативное
	Степень IV - V	Хирургическая коррекция
> 5 лет	Мальчики	Показания к операции встречаются редко
	Девочки	Хирургическая коррекция

5.3. АНОМАЛИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Табл. 1 Начальные представления и ведение больных с экстрофией мочевого пузыря (Campbell's Urology, 1998)

Возраст	Проблема	Возможное решение
Начальные проявления		
0-72 часа	Классическая экстрофия с приемлемой вместимостью и умеренным межсимфизным расстоянием; длинным уретральным желобком (вырезом); умеренной (мягкой) дорсальной хордой.	I. Срединное закрытие мочевого пузыря, фасции и симфиза до уровня задней уретры, без остеотомии;
0-72 часа	Вышеупомянутые данные с короткой уретрой и жесткой дорсальной хордой	II. Закрыть как в I, с удлинением дорсальной уретральной выемки за счет параэкстрофийной кожи (кожи, расположенной рядом с экстрофированным участком)
0-72 часа или более позднее представлени е	Вышеуказанные данные с очень большим расхождением симфиза или поздним представлением пациента (позже 72 часов до 1-3 лет) до начальной терапии	Остеотомия (переднее и вертикальное объединение подвздошной кости) и закрытие как в I или II
0 -2 недели	Мужчины, удвоение или очень короткий пенис	Рассмотреть вопрос об женском поле и закрытие как в I или II
0 -2 недели	Очень маленький, нечеткий кусок пузыря	Попробовать под анестезией, затем неоперабельный выжидательное лечение с внутренним или наружним
Период неудержания после начального закрытия		
1 месяц – 4 года	Инфекция с остаточной мочой вследствие стеноза выходного отверстия	Дилатация уретры, меатотомия или ревизия шейки мочевого пузыря
	Инфекция, 3 степень рефлюкса с незначительной резистенцией	Продолжительная антибактериальная супрессия с ранней уретеронеостомией
	Частичное раскрытие шейки мочевого пузыря или частичный пролапс мочевого пузыря (оба не допускают уменьшения вместимости пузыря)	Повторное закрытие шейки мочевого пузыря с остеотомией (с ушиванием эписпадии если возраст более 1 года)
Лечение эписпадии и удержание		
2 года	Закрытый пузырь с недержанием, нормальная интравенозная пиелограмма, хороший размер полового члена и длинна уретрального желобка	Лечение эписпадии после подготовки тестостероном

	Эписпадированный половой член, короткий с твердой хордой, до реконструкции шейки мочевого пузыря	Коррекция хорды, удлинение уретрального желобка, и лечение эписпадии, подготовка тестостероном, включение остеотомии для достижения увеличения полового члена
4-5 лет	Откорригированная эписпадия, вместимость пузыря более 60 мл	Переход к пластике шейки мочевого пузыря и уретеронеостомии
4 лет и старше	Завершено восстановление мочевого пузыря, шейки мочевого пузыря и эписпадия с сухими промежутками но влажным бельем	Выжидание, оксибутина гидрохлорид (Дриптан), имипрамин и время (более 2 лет)
	Вышеуказанные проблемы с стрессовым недержанием и хорошей вместимостью пузыря	Выжидать – возможно, потребуется ревизия шейки мочевого пузыря или эндоскопическая инъекция или артифициальный сфинктер
	Малая вместимости мочевого пузыря вне зависимости от времени, эписпадия вылечена или неудачная реконструкция шейки мочевого пузыря	Рассмотреть вопрос об пластике пузыря с целью увеличения обема или реконструкция шейки пузыря, в случае необходимости одобряется интермиттирующая катетеризация с абдоминальным или уретральным доступом
4-7 лет	Поздние проявления нелеченной экстрофии, неподходящий для закрытия	Рассмотреть временный обход через кишечный резервуар, у пациентов старше 7 лет могут быть рассмотрены артифициальный сфинктер или сдержанные вмешательства
4-7 лет	Маленькая закрытая экстрофия не поддающаяся реконструкции шейка мочевого пузыря или не поддающаяся увеличению	Рассматривается вопрос о постоянном внешнем или внутреннем обходе, внутренний обход посредством уретеросигмоидостомии или колоколостомии, оценка дневного недержания анального сфинктера и ночной утечки до операции или формирование нового моч пузыря
5-15 лет	Закрытая экстрофия с вылеченной эписпадией с неконтролируемой стрессовой или дриблинговым недержанием	Рассматривается вопрос (1) о ревизии и реконструкции шейки мочевого пузыря; (2) эндоскопическая инъекция, (3) увеличение объема и ревизия шейки мочевого пузыря, (4) артифициальный сфинктер с укутыванием сальником и (5) умеренное вмешательство)
10-20 лет	Закрытый половой член с неадекватным половым членом	Рассматривается удлинение полового члена, реконструкция уретры, используя свободный трансплантат, трансплантат на стебельке, и

		пересадка кожи
10-20 лет	Экстрофия с неадекватным половым членом	Вышеуказанные рекомендации или удлинение пениса без уретральной реконструкции (простатический свищ у основания)

5.4. АНОМАЛИИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

5.4.1 Неосложнённое течение

Аномалии мужских половых органов

Исход лечения:

Средний статистический показатель выздоровления в %: 75%

Клинические критерии улучшения состояния больного: Восстановление нормального пассажа мочи; Улучшение анализов мочи

Обычное течение:

Молодой и средний возраст больного;

Наличие одной урологической патологии;

Отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания;

Предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.);

Отсутствие осложнений вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность);

Отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, способных повлиять на сроки и исход лечение урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Осложненное течение:

Пожилой и старческий возраст больного;

Наличие двух и более урологических патологии;

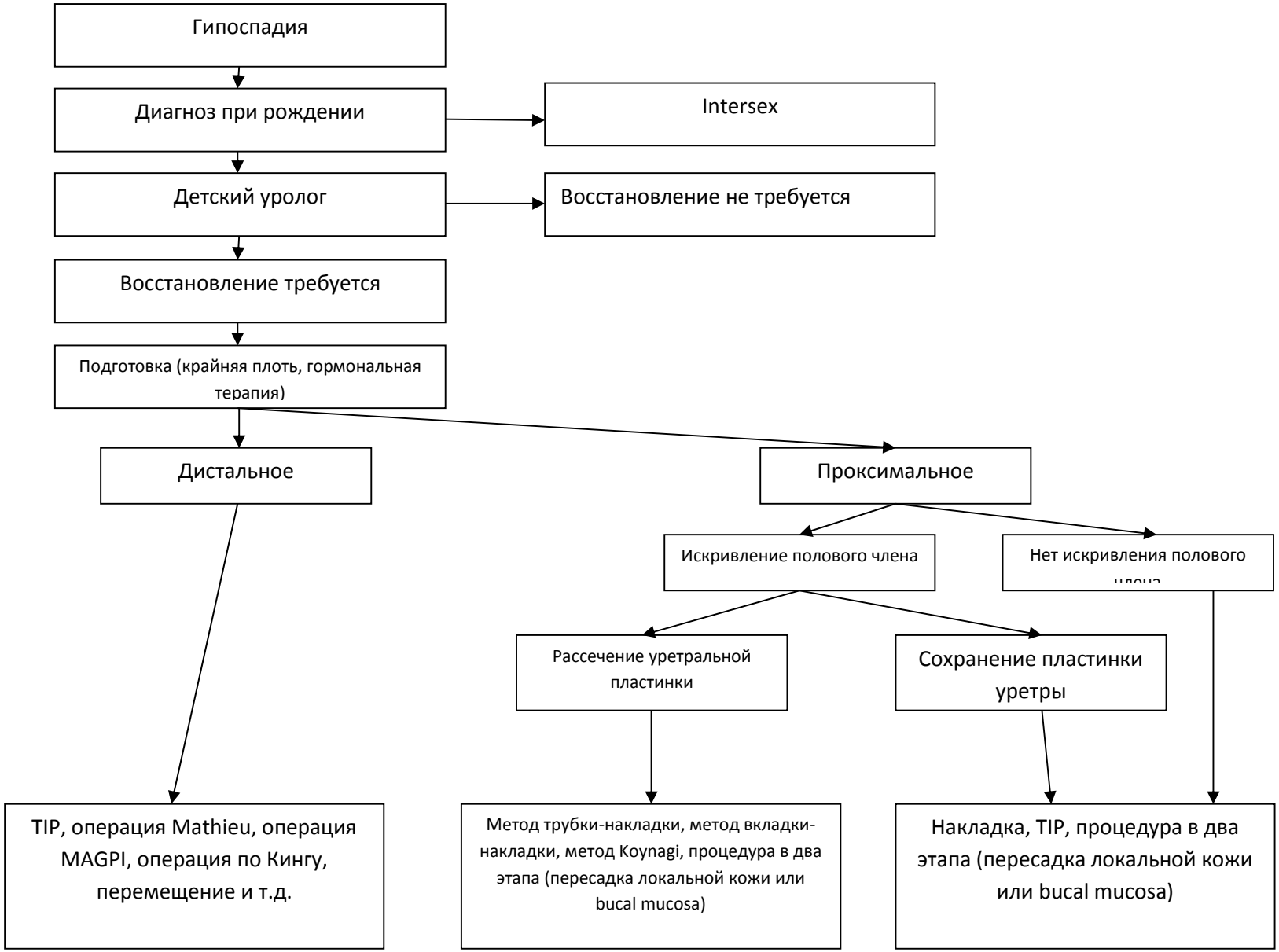
Наличие длительного анамнеза урологического заболевания;

Предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.);

Наличие осложнений вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность);

Наличие сопутствующих заболеваний и синдромов, способных повлиять на сроки и исход лечение урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Алгоритм лечения гипоспадии (EAU Guidelines 2017)



TIP – метод тубуляризированной рассеченной уретропластики; MAGPI – выведениенаружного отверстиямочеиспускательного канала и гранулопластика

Фармакотерапия

№	Наименование группы препаратов
1	Антибиотики широкого спектра действия
2	Сульфаниламиды
3	Уросептики
4	Антиагреганты
5	Анальгетики
6	Спазмолитики
7	Дезинтоксикационная терапия
8	Иммуномодуляторы
9	Метаболики

6. ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

6.1. Рекомендованная терапия при мочеполовом туберкулезе

I. Химиотерапия больных проводиться согласно приказа Минздрава Республики Узбекистан №383 от 24 октября 2014г (приложение № 11);
II. По показаниям проводиться терапия :
1. антибиотики широкого спектра действия; 3. противогрибковые средства;4. Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта;5. Средства для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы; 6. Антикоагулянты;7. Гемостатические препараты;8. Антианемические препараты;9. Наркотические и ненаркотические анальгетики и НПВС;10. Антигистаминные средства;11. Вазопрессорные средства;12. Диуретики;13. Аминокислоты;14. Поливитамины, витамины;15. Биостимуляторы;16. Гипотензивные средства;17.Дезинтоксикационные средства;18. Кровезаменители;19. Антигипоксанты;20. Антиоксиданты;21. М- холиномиметики; 22. Селективные α-блокаторы; 23. рекомбинантный эритропоэтин (при ХПН); 24.Иммуномодуляторы;25. Спазмолитики;26. Метаболики и глюкокортикоидные гомоны;27. антисептические препараты для инстилляций мочевого пузыря

III. **Диспансерная группировка в рай оном ПТД:**
I группа: Новые больные (все формы легочного и внелегочного туберкулеза)
Срок наблюдения: На протяжении лечения (лекарственно-чувствительный туберкулез 6 мес.), после лечения еще 6 месяцев;(лекарственно-устойчивый туберкулез 18-24мес.), после лечения еще 6 -12мес.
II группа. Повторные больные: (все формы легочного и внелегочного туберкулеза)
Срок наблюдения: На всем протяжении лечения (лекарственно-чувствительный туберкулез - 8мес.), после окончания курса лечения еще 8 мес. (лекарственно-устойчивый туберкулез 12-24 мес.), после окончания курса лечения 12 мес.

6.2 Туберкулёзный простатит/ эпидидимит/орхит/орхоэпидидимит

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:
Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40%
Клинические критерии улучшения состояния больного:
- нормализация температурной реакции
- улучшение состояния, показателей крови и мочи.
Обычное течение:
- молодой и средний возраст
- наличие одной урологической патологии
- отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания
- отсутствие аномалий развития МВП

- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Критерии оценки результатов туберкулинового теста и связь с группой риска

Папула > 5 мм	ВИЧ инфицированные люди Недавний контакт пациентов с больными туберкулезом Фиброзные изменения на рентгенограмме грудной клетки, вследствие туберкулезного архива Пациенты с трансплантацией органов и другие пациенты с иммуносупресорным состоянием (получение эквивалента преднизолона > 15 мг/день 1раз или больше)
Папула >10 мм	Недавние иммигранты из мест с высокой распространенностью; Инъекционные наркоманы ; Жители и служащие высокого риска собирают параметры настройки; Персонал бактериологической лаборатории; Люди со следующими заболеваниями, с высоким риском: силикоз, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, нарушение гематологического баланса, малигнизация, потеря веса > 10 кг от идеальной массы тела, гастрэктомия, и еюноилеальный анастомоз; Дети младше 4 лет или новорожденные;
Папула > 15 мм	Пациенты без факторов риска для ТВ.

Первая линия противотуберкулезной медикаментозной терапии(EAU Guidelines,2005)

препарат	Доза препарата мг/кг веса тела	Вес тела	Ежедневная доза
Изониазид(INH)	5	< 50 кг	300 мг
Рифампицин (RMP)	10	> 50 кг	450 мг
			600 мг
Пиразинамид (PZA)	25-35	< 50 кг	1.5г

		> 50 кг	2.0 г
		> 75 кг	2.5 г
Стрептомицин (SM)	15-20	< 50 кг	0.75 г
		> 50 кг	l. O г
Этамбутол (EMB) [a]	25[b]		2.0
			0.8-2.0 г
Протионамид (PTA)	5-15		0.5-l.O г
a - не для детей, младше 10 лет.			
b - после двух месяцев 20 mg			

6-месячные режимы для лечения несложного GUTB(EAU Guidelines,2005)

Интенсивная фаза	Фаза продолжения
3 месяца	3 месяца
INH, RMP, EMB (или SM) Ежедневно	INH, RMP дважды или трижды в неделю
2 месяца	4 месяца
INH, RMP, PZA, EMB Ежедневно	INH,. RMP дважды или трижды в неделю

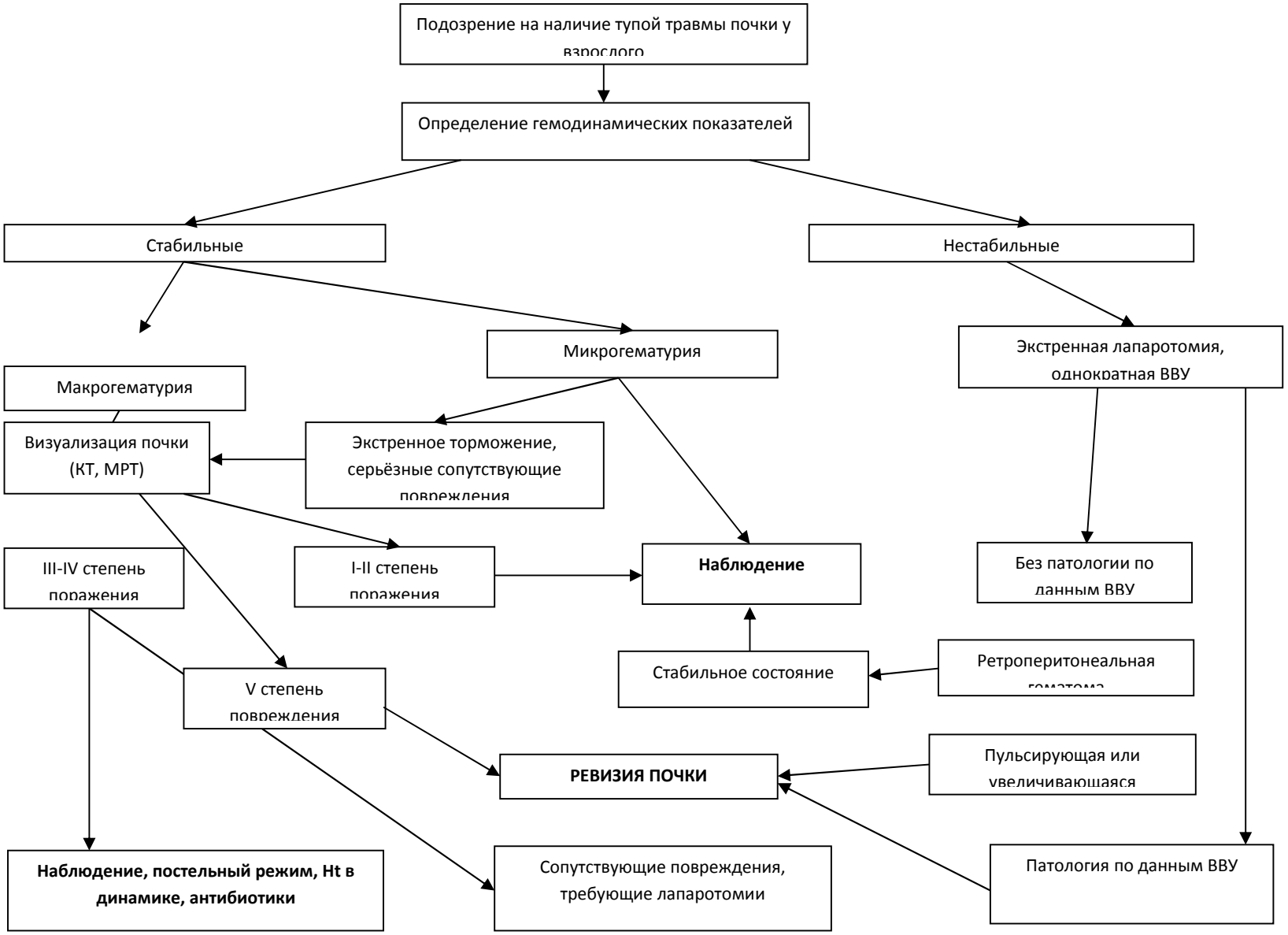
7. ТРАВМЫ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ

7.1 Травмы почек

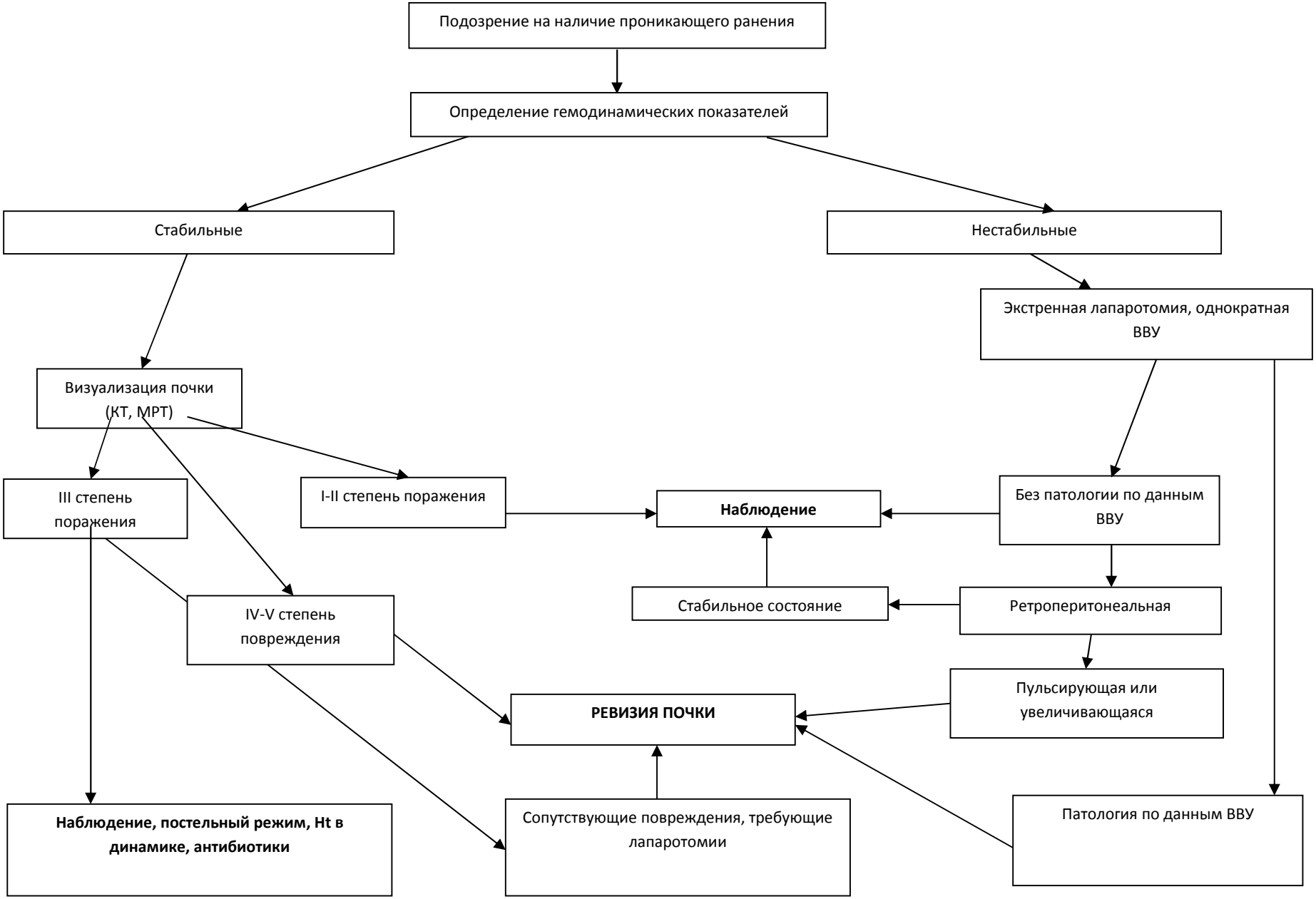
AAST Шкала классификации повреждений почек (EAU Guidelines, 2017)

класс	Описание повреждения
1	Контузия или нераспространяющаяся субкапсулярная гематома Без разрывов
2	Нераспространяющаяся околопочечная гематома
	Разрыв коркового слоя глубиной менее 1см, без экстравазации
3	Разрыв коркового слоя глубиной более 1см, без экстравазации
4	Разрыв кортикомедуллярного слоя с проникновение в коллекторную систему Или Сосудистое: Повреждение сегментарных сосудов почки с заключенной гематомой
5	Повреждение: размозжение почки Или Сосудистое: повреждение или отрыв сосудистой ножки

Обследование пациента с тупой травмой почки (EAU Guidelines, 2017)



Обследование взрослого пациента с проникающим ранением (EAU Guidelines, 2017)



7.2 Травмы мочеточников

Классификация травм мочеточников AAST (EAU Guidelines, 2017)

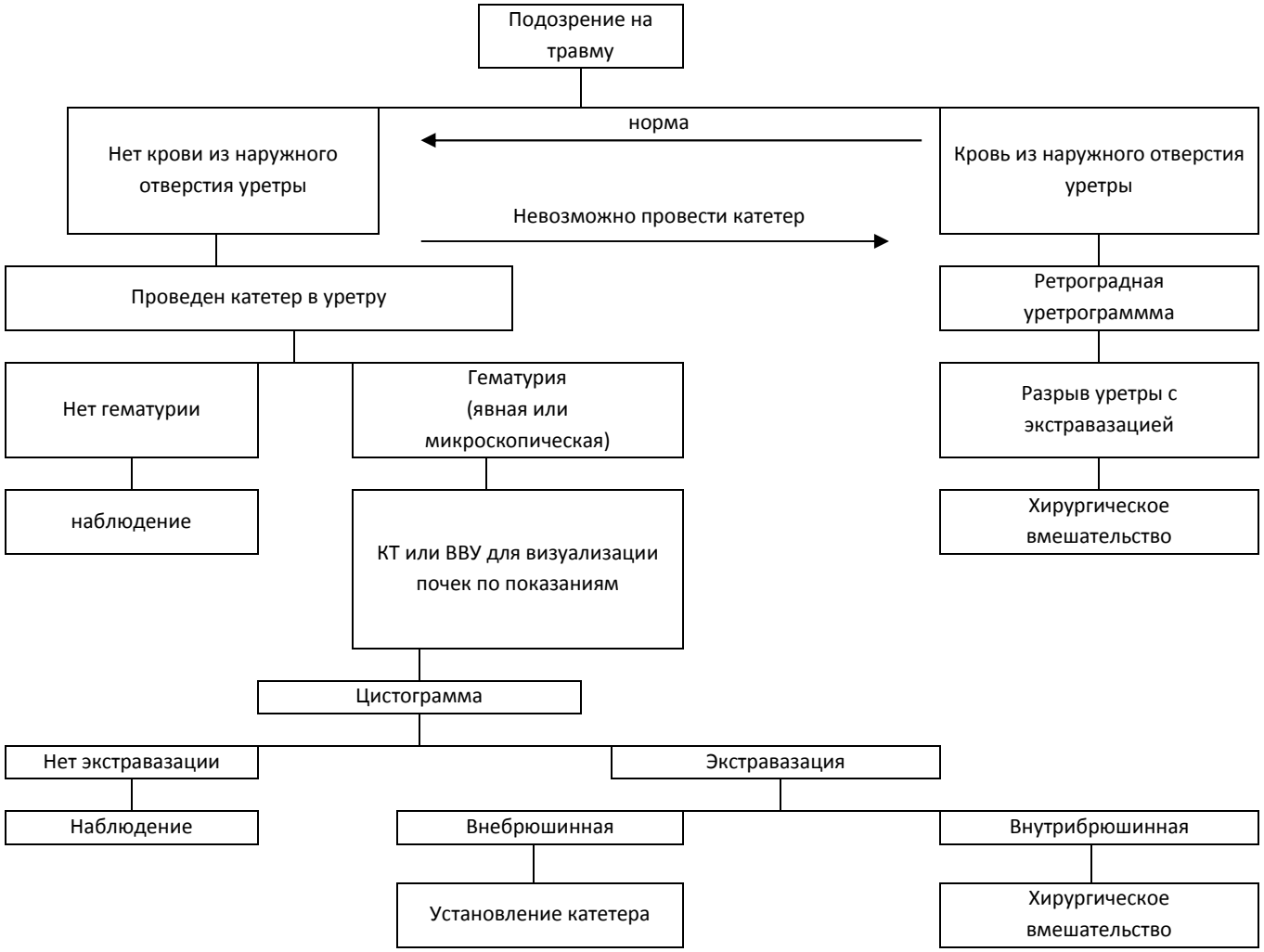
класс	Описание повреждения
1	Только гематома
II	Разрыв <50 % окружности
III	Разрыв > 50 % окружности
IV	Полный разрыв <2 см деваскуляризации
V	Полный разрыв > 2 см деваскуляризации

7.3 Травмы мочевого пузыря

Шкала тяжести повреждений мочевого пузыря согласно AAST (EAU Guidelines, 2017)

степень	Вид	Описание повреждения
1	Гематома	Ушиб (контузия), интрамуральная гематома
	Разрыв	Частичное утолщение стенки м/пузыря
II	Разрыв	Внебрюшинный разрыв стенки м/пузыря < 2см
III	Разрыв	Внебрюшинный (> 2 см) или внутрибрюшинный (<2 см) разрыв стенки м/пузыря
IV	Разрыв	Внутрибрюшинный (> 2 см) разрыв стенки м/пузыря
V	Разрыв	Внебрюшинный или внутрибрюшинный разрыв стенки м/пузыря распространяющийся в шейку м/пузыря или в устья мочеточников (в треугольник)

Оценка закрытой травмы мочевого пузыря у взрослых (EAU Guidelines, 2017).

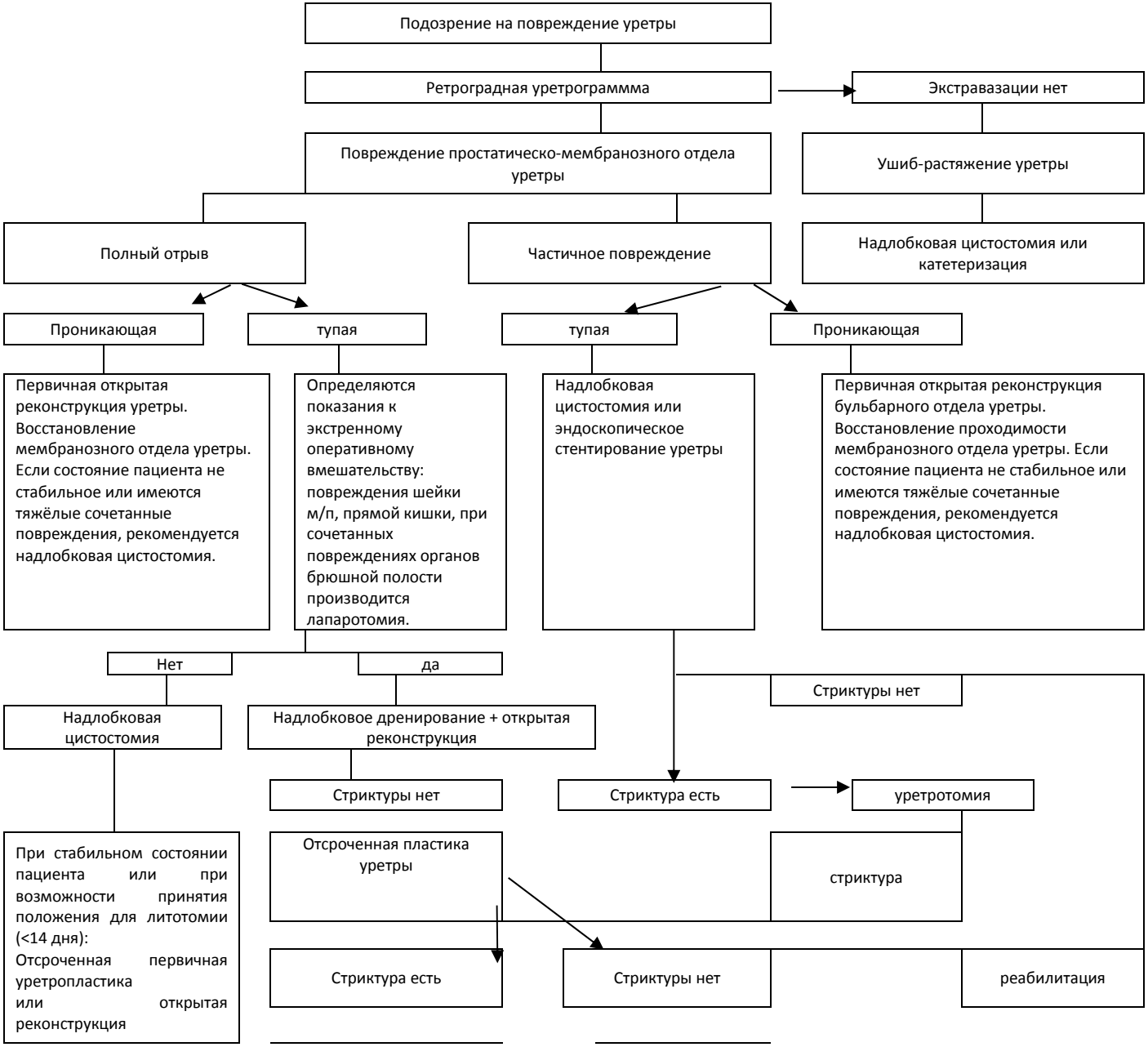


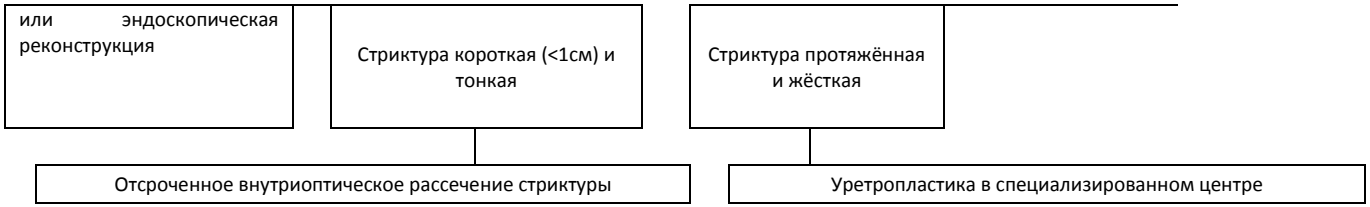
7.5 Травмы уретры

Таблица. Шкала тяжести повреждений уретры по AAST (EAU Guidelines, 2017)

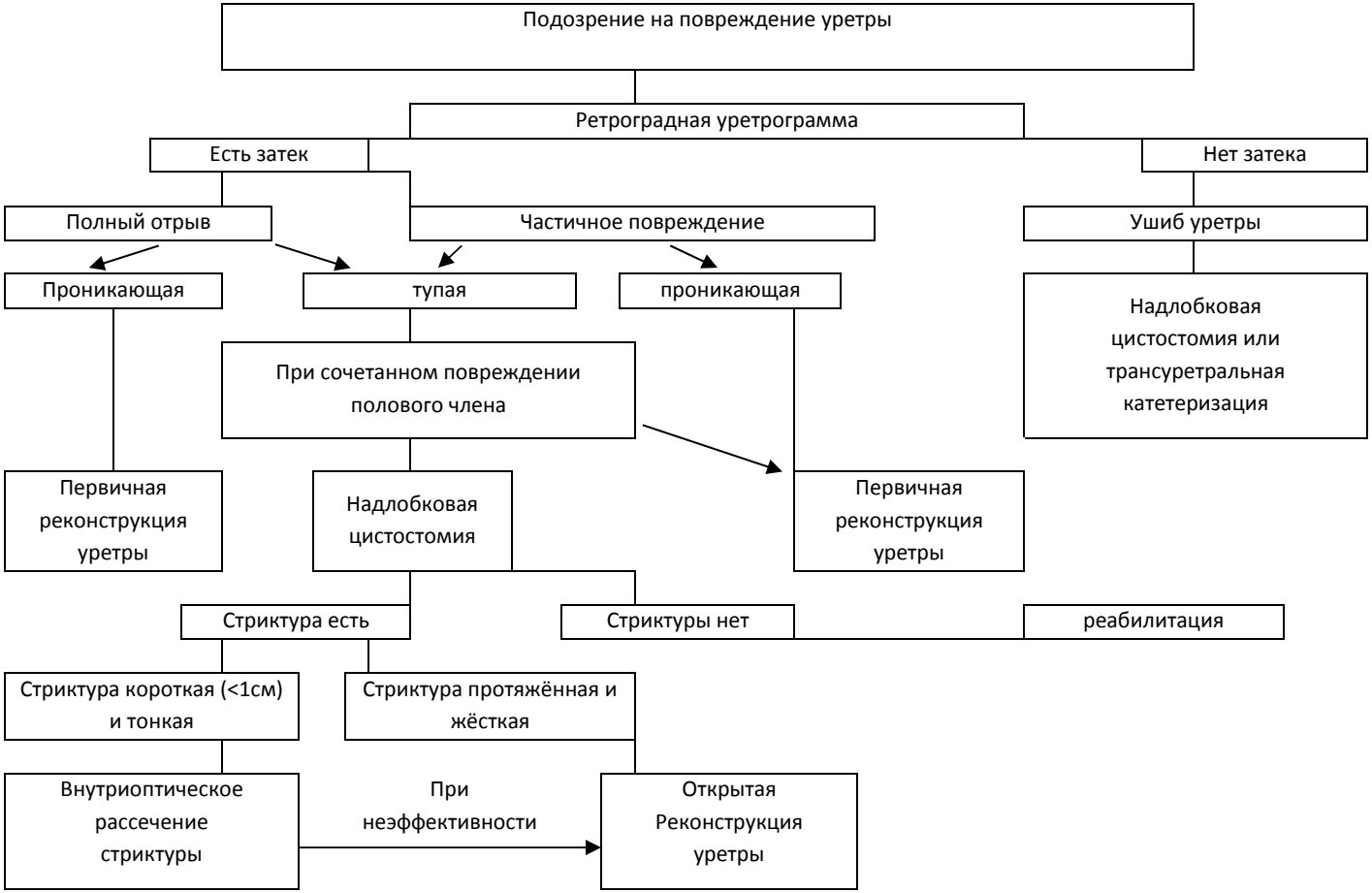
класс	описание	Характеристика повреждения
1	Ушиб (контузия)	Уретрорагия, нормальная уретрограмма
2	Растяжение (stretch injury)	Удлинение уретры без экстравазации (по уретрограмме)
3	Частичный разрыв	Экстравазация контраста в участке повреждения и визуализация его в м/п
4	Полный разрыв (отрыв)	Экстравазация контраста в участке повреждения без визуализации его в м/п; сепарация уретры менее 2 см
5	Полный разрыв (отрыв)	Полное пересечение с сепарацией уретры более 2см, или продолжение разрыва в простату или во влагалище

Тактика ведения больных с повреждением заднего отдела уретры у мужчин (EAU Guidelines, 2017).





Тактика ведения больных с повреждением переднего отдела уретры у мужчин (EAU Guidelines, 2017).



7.6 Травмы половых органов и мошонки

Тактика ведения тупой травмы наружных половых органов у мужчин (EAU Guidelines, 2005).

Тактика ведения проникающих травм наружных половых органов у мужчин (EAU Guidelines, 2005)

Исход лечения:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 90

Клинические критерии улучшения состояния больного: остановка кровотечения, восстановление функции

1. Осложненное течение:

Пожилой и старческий возраст больного

Наличие двух и более урологической патологии

наличие длительного анамнеза

Наличие аномалий развития МВП

Предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение,оставление резидуальных камней,рецидив нарушений пассажа мочи и т.п)

Наличие осложнений вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ,сепсис,острая или хроническая почечная недостаточность)

Наличие сопутствующих заболеваний и синдромов,могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология,дыхательная и печеночная недостаточность,неврологические заболевания и болезни крови.

Исход лечения:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 90

Клинические критерии улучшения состояния больного: остановка кровотечения, восстановление функции органа, улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи

2. Обычное течение:

Молодой и средний возраст больного

Наличие одной урологической патологии

Отсутствие длительного анамнеза

Отсутствие аномалий развития МВП

Предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)

Отсутствие осложнений вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)

Отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная и печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Исход лечения:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 90

Клинические критерии улучшения состояния больного: остановка кровотечения, восстановление функции

1. Осложненное течение:

Пожилой и старческий возраст больного

Наличие двух и более урологической патологии

наличие длительного анамнеза

Наличие аномалий развития МВП

Предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение,оставление резидуальных камней,рецидив нарушений пассажа мочи и т.п)

Наличие осложнений вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ,сепсис,острая или хроническая почечная недостаточность)

Наличие сопутствующих заболеваний и синдромов,могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология,дыхательная и печеночная недостаточность,неврологические заболевания и болезни крови.

Исход лечения:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 90

Клинические критерии улучшения состояния больного: остановка кровотечения, восстановление функции органа, улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи

2. Обычное течение:

Молодой и средний возраст больного

Наличие одной урологической патологии

Отсутствие длительного анамнеза

Отсутствие аномалий развития МВП

Предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)

Отсутствие осложнений вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)

Отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная и печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

8. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Неосложнённое течение

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Клинические критерии улучшения состояния больного:

- уменьшение или исчезновение болевого синдрома,
- восстановление/нормализация пассажа мочи. Отсутствие рецидивирования и метастазирования опухоли послеоперационном периоде.

Обычное течение:

- молодой и средний возраст больного
- наличие одной урологической патологии
- отсутствие длительного анамнеза урологического заболевания
- отсутствие аномалий развития МВП
- предполагаемое отсутствие внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- отсутствие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)
- отсутствие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

Осложнённое течение

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах:

Пятилетняя выживаемость в зависимости от степени опухоли составляет при

Раке почки – от 0 до 90%, раке мочевого пузыря 40-60%, раке полового члена – 27-66%, раке предстательной железы – 43-92%, раке яичка- 48-92%

Клинические критерии улучшения состояния больного:

- уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация мочеиспускания. Отсутствие рецидивирования и метастазирования опухоли послеоперационном периоде.

Осложненное течение:

- пожилой и старческий возраст больного
- наличие двух и более урологических патологий
- наличие длительного анамнеза урологического заболевания
- наличие аномалий развития МВП
- предполагаемая возможность внутри- и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушений пассажа мочи и т.п.)
- наличие осложнений, вызванных урологическим заболеванием (обострение ИМТ, сепсис, острая или хроническая почечная недостаточность)

- наличие сопутствующих заболеваний и синдромов, могущих повлиять на сроки и исход лечения урологического заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

(Перечень основных знаний, навыков и отношений врача общей практики)

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

1 Категория включает объем работы по диагностике и лечению, выполняемой врачом общей практики самостоятельно в условиях врачебного участка

Услуги 1 категории

- Острый пиелонефрит (неосложненный)
- Уретриты
- Циститы
- Баланит, баланопостит, фимоз
- Острый простатит
- Орхоэпидидимиты (неспецифические)
- Энурез (мягкая форма)
- Мочекислый диатез

При отсутствии эффекта от проведенного лечения или ухудшении состояния во время лечения необходима консультация специалиста.

2 Категория включает проведение осмотра, установления предварительного диагноза с последующим направлением к специалисту в поликлинику или в стационар для установления окончательного диагноза и лечения Услуги 2 категории

- Аномалии развития почек (количества, расположения, размера и структуры), почечной лоханки и мочеточника.
- Острый и хронический пиелонефрит (осложненный)
- Острый и хронический гломерулонефриты
- Мочекаменная болезнь
- Хроническая почечная недостаточность
- Абсцесс почки, паранефрит
- Наследственные нефропатии
- Недержание мочи
- Хронический простатит
- Гидронефроз
- Варикоцеле, водянка яичка и семенного канатика

- Крипторхизм, парафимоз
- Болезнь Пейрони, мужское бесплодие, эректильная дисфункция
- Перекрут яичка и семенного канатика
- Аденома и рак простаты
- Опухоли почек, мочевого пузыря, яичка, полового члены

3.1 Категория определяет перечень практических навыков, процедур и манипуляций, проводимых самостоятельно в условиях врачебного участка

Услуги категории 3.1.

- Профессиональный расспрос и осмотр пациента
- Осмотр, пальпация наружных половых органов у мальчиков и мужчин
- Определение белка в моче
- Интерпретация клинических и биохимических анализов, инструментальных исследований
- Пальцевое обследование предстательной железы
- Катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером
- Уход за дренажами и уретральным катетером
- Назначение диеты

3.2 Категория определяет процедуры, манипуляции и исследования, которые могут проводиться в специализированных учреждениях.

Услуги категории 3.2.

- Бак.посев мочи и антибиотикограмма
- Рентгенологические методы (обзорная и экскреторная урография, цистоуретрография)
- УЗИ почек и органов малого таза
- Биопсия почек и простаты.
- КТ и ЯМР

4 Категория включает требования для проведения реабилитации, диспансеризации больных, нуждающихся в длительном наблюдении, профилактику и образовательную помощь здоровым, лицам с факторами риска и больным.

Услуги 4 категории

- Соблюдение личной гигиены
- Подвижный образ жизни и здоровый секс
- Водный режим

- Регулирование деятельности кишечника
- Профилактика очаговой инфекции, переохлаждения
- Проблемы детей и пожилых
- Планирование семьи
- Фитотерапия
- Трудоустройство

Представленный перечень состояний и заболеваний необходимо рассматривать с учетом особенностей течения в различные возрастные периоды (у детей, взрослых, пожилых и у лиц старческого возраста) и у беременных.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

1. Диагностические критерии ИМТ (модифицированные согласно рекомендациям IDSA/ESCMID [1,2,3])

Категория	Клинические проявления	Лабораторные данные
1. Острая неосложненная ИМТ у женщин; острый неосложненный цистит у женщин	Дизурия, императивность, частые позывы к мочеиспусканию, боль в надлобковой области, не было перечисленных мочевых симптомов в недель до этого эпизода.	$\geq$ 10 лейкоцитов/мм^3 $\geq 10^3$ КОЕ/мл
2. Острый неосложненный пиелонефрит	Высокая температура, боль в боку; другой диагноз исключается; нет анамнеза или клинических данных о наличие каких либо урологических аномалий (по данным УЗС, рентгенологических исследований)	$\geq$ 10 лейкоцитов/мм^3 $\geq 10^4$ КОЕ/мл
3. Осложненная ИМТ	Какая либо комбинация симптомов из категории 1 и 2; один или более факторов связанных с осложненной ИМТ	$\geq$ 10 лейкоцитов/мм^3 $\geq 10^5$ КОЕ/мл у женщин $\geq 10^4$ КОЕ/мл у мужчин или при катетеризации
4. Бессимптомная бактериурия	Нет клинических проявлений	$\geq$ 10 лейкоцитов/мм^3 $\geq 10^5$ КОЕ/мл бак. Посев в двух последовательных образцах средней порции мочи. $\geq$ отдельно через 24 часа
5. Рецидивирующая ИМТ (антимикробная профилактика).	По крайне мере три эпизода неосложненной инфекции доказанные бактериальным посевом мочи за последние 12 месяцев; нет анатомических/функциональных отклонении.	$\geq 10^3$ КОЕ/мл

СПМ средняя порция мочи; ИМТ - инфекция мочевого тракта;

2. Рекомендуемая антимикробная терапия в урологии

Диагноз	Наиболее часто встречаемый возбудитель	Начальная, эмпирическая антимикробная терапия	Длительность лечения
Острый неосложненный цистит	▪ Eschericia coli ▪ Klebsiella ▪ Proteus ▪ Staphylococcus	▪ Триметоприм-Сульфаметаксазол ▪ Фторхинолоны Альтернативнае препараты: ▪ Фосфомицина - трометрамол ▪ Пивмециллинам ▪ Нитрофураны	1-3 дня
Острый неосложненный пиелонефрит	▪ Eschericia coli ▪ Klebsiella ▪ Proteus ▪ Другие Enterobacteria ▪ Staphylococcus	▪ Фторхинолоны ▪ Цефалоспорины (2-3 го поколения) Альтернативные препараты: ▪ Аминопенициллин/ингибиторы β- лактамаз ▪ Аминогликозиды	7-10 дней
ИМТ с осложняющими факторами Нозокомиальная ИМТ Острый осложненный пиелонефрит	▪ Eschericia coli ▪ Enterococcus ▪ Pseudomonas ▪ Staphylococcus ▪ Klebsiella ▪ Proteus ▪ Enterobacter ▪ Другие Enterobacteria ▪ (Candida)	▪ Фторхинолоны ▪ Аминопенициллин/ингибиторы β- лактамаз ▪ Цефалоспорины 2-го поколения ▪ Цефалоспорины 3-го поколения ▪ Аминогликозиды В случае неадекватности начальной терапии в течение 1-3 дней или при тяжелом клиническом течении: Препараты, действующие против Pseudomonas: ▪ Фторхинолоны, если первоначально они не применялись	3-5 дней после снижения температуры / устранения осложняющих факторов

		▪ Ациламипенициллин/ ингибиторы β- лактамаз ▪ Цефаоспорины 3-го поколения ▪ Карбапенем ▪ ± Аминогликозиды В случае наличия Candida: ▪ Флюконазол ▪ Амфотерицин В	
Простатиты: острый хронический	▪ Eschericia coli ▪ Другие Enterobacteria ▪ Pseudomonas ▪ Enterococcus ▪ Staphylococcus ▪ Chlamidia ▪ Ureaplasma	▪ Фторхинолоны Альтернативные препараты при остром бактериальном простатите ▪ Цефалоспорины 2го поколения ▪ Цефалоспорины 3а/б го поколения В случае хламидийной или уреаплзменной этиологии: ▪ Доксициклин ▪ Макролиды	Острое течение: 2 недели при хроническом течении: 4-6 недель или более
Уросепсис	▪ Eschericia coli ▪ Другие Enterobacteria После урологических вмешательств – различные резистентные патогены: ▪ Pseudomonas ▪ Proteus ▪ Serratia ▪ Enterobacter	▪ Цефалоспорины 3а/б го поколения ▪ Фторхинолоны ▪ Препараты действующие против Pseudomonas ▪ Ациламипенициллин/ ингибитор β- лактамаз ▪ Карбапенем ▪ Аминогликозиды	3-5 дней после снижения температуры / устранения осложняющих факторов

Фторхинолоны, которые выделяются преимущественно при помощи почечной экскреции.

3. Рекомендации для пери-операционной антимикробной профилактики в урологии

Процедуры	Наиболее часто встречаемый возбудитель	Выбор антибактериальных препаратов	Альтернативные антибактериальные средства	Замечания
1. Открытые операции				
Мочевыводящие пути, включая операции с пластикой кишечного сегмента	Enterobacteriacea Enterococci Анаэробы Раневая инфекция: Staphylococci	Аминопенициллин/ ингибитор β-лактамаз Цефалоспорины 2 го поколения/метронидазол	Больным с высоким риском: Цефалоспорины 3го поколения Ациламипенициллин/ ингибитор β- лактам	Всем больным
Мочевыводящие пути без вовлечения кишечного сегмента	Enterobacteriacea Enterococci Раневая инфекция: Staphylococci	Фторхинолоны Цефалоспорины 2 го поколения/ метронидазол Аминопенициллин/ ингибитор β- лактам	Больным с высоким риском: Цефалоспорины 3го поколения Ациламипенициллин/ ингибитор β- лактам	У больных с высоким риском развития инфекции
Пересадка/протезирование: полового члена, сфинктера	Staphylococci	Цефалоспорины 1- 2го поколения		У всех больных
Реконструктивные операции на половых органах	Staphylococci	Цефалоспорины 1- 2го поколения		При вторичных операциях и у больных с высоким риском развития инфекции
Другие вмешательства вне мочевыводящих путей	Staphylococci	Цефалоспорин 1-2 го поколения		У больных с высоким риском инфицирования
2. Эндоскопические операции				
Уретры, предстательной железы, мочеточника, почки, включая чрес-кожную литолапаксию и ЭУВЛ	Enterobacteriacea Staphylococci Enterococci	Фторхинолоны Аминопенициллин/ ингибитор β-лактамаз Цефалоспорины 2 го поколения Фосфомицин трометрамол	Ко-тримаксазол Аминогликозиды	У больных с высоким риском инфицирования
3. Диагностические вмешательства				

Трансректальная биопсия простаты (с тонкой иглой)	Enterobacteriacea Enterococci Анаэробы Streptoccoci	Фторхинолоны Аминопенициллин/ингибитор β-лактамаз Цефалоспорины 2 го поколения/ метронидазол	Аминогликозиды Ко-тримаксазол	У всех больных
Промежностная биопсия предстательной железы Уретроцистоскопия Уретерореноскопия Перкутанная пиелостомия Лапароскопические процедуры	Enterobacteriacea Enterococci Staphylococci	Фторхинолоны Аминопенициллин/ингибитор β- лактам Цефалоспорины 2 го поколения	Ко-тримаксазол	У больных с высоким риском инфицирования

Фторхинолоны, которые выделяются преимущественно при помощи почечной экскреции.

4. Антибактериальные препараты

Группы	Препараты
Комбинация Триметоприма-сульфаметаксазола	Триметоприм, ко-тримаксазол (TMP-SMX), ко-тетроксоприм (TXP-SDX), сульфамеразин
Фторхинолоны [1,2]	
1группа	Норфлоксацин, пефлоксацин
2 группа	Эноксацин, флероксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин
3 группа	Левофлоксацин, спарфлоксацин
4 группа	Гатифлоксацин, моксифлоксацин
Макролиды	Эритромицин, рокситромицин, кларитромицин, азитромицин
Тетрациклины	Доксициклин, миноциклин, тетрациклин
Фосфомицин	Фосфомицин-содиум, фосфомицин-трометрамол[3]
Нитрофураны[4]	Нитрофурантоин
Пенициллины	
Безилпенициллин	Пенициллин G

Феноксипенициллины	Пенициллин V, пропициллин, азидоциклин
Изоксасазолилпенициллины	Оксацикллин, клоксациклин, диклоксациллин, флюклоксациллин
Аминобензилпенициллины[5]	Ампициллин, амоксициллин, бакампициллин
Аминопенициллины/ интибиторы β лактамаз[6]	Амициллин / сульбактам, амоксициллин/клавулановая кислота[7]
Ациламопенициллины	Апалциллин, азлоциллин, мезлоциллин, пиперациллин
- ± интибиторы β лактамаз[6]	Пиперциллин/таобактам, сульбактам
Цефалоспорины	
1 поколение (пероральные)	Цефалексин, Цефадроксил, Цефаклор
2 поколение (пероральные)	Цефпрозил, лоракарбеф, цефуроксим
3 поколение (пероральные)	Цефподоксима прокситил, цефетамет пивокситил, цефтизоксим, цефиксим
1поколение (парентеральные)	Цефазолин, цефазедон
2поколение (парентеральные)	Цефамандол, цефуроксим,цефотиам
3а поколение (парентеральные)	Цефменоксим, цефодизим, цефотаксим, цефтизоксим, цефтриаксон
3b поколение (парентеральные)	Цефоперазон, цефтазидим, цефепим, цефпиром
4поколение (парентеральные)	Цефсулодин
5поколение (парентеральные)	Цефокситин, цефотитан, фломоксеф
Монобактамы	Азтреонам
Карбапенемы	Имипенем, меропенем
Аминогликозиды	Гентамицин, нетилмицин, тобрамицин, амикацин
Гликопептиды	Ванкомицин, тейкопланин

[1] – Классификация согласно данным Общества Paul Ehrlich по Химиотерапии

[2] – только у взрослых, за исключением беременных и кормящих женщин

[3] – только при остром, неосложненном цистите, в однократном режиме дозирования

[4] – противопоказаны при нарушении почечной функции и новорожденным

[5] – в случае резистентности патогенов к лечению, следует предполагать, что они продуцирует β- лактамазу

[6] – ингибиторы β-лактамаз могут использоваться только с β-лактамными антибактериальными препаратами

[7] - при хранении в виде раствора нестабилен.

Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы в баллах (I-PSS).

Шкала I-PSS	Никогда	Реже чем 1 раз из пяти	Реже, чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Чаще, чем в половине случаев	Почти всегда
	0	1	2	3	4	5
1. Как часто в течение последнего месяца у Вас было ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?						
2. Как часто в течение последнего месяца у Вас была потребность мочиться чаще, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?						
3. Как часто в течение последнего месяца у Вас имелось прерывистое мочеиспускание?						
4. Как часто в течение последнего месяца Вам было трудно временно воздержаться от мочеиспускания?						
5. Как часто в течение последнего месяца у Вас была слабая струя мочи.						
6. Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось натуживаться, чтобы начать мочеиспускание						
	Нет	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 или более раз
7. Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось вставать ночью с постели, чтобы помочиться?						
Суммарный балл по I-PSS =						

Качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания

Как бы вы относились к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися у Вас проблемами с мочеиспусканием до конца жизни?	Прекрасно	Хорошо	Удовлетвори-тельно	Смешанное чувство	Неудовлетворительно	Плохо	Очень плохо
	0	1	2	3	4	5	6

Индекс оценки качества жизни L=

С помощью IPSS симптомы разделяют на три категории: легкие - 0-7 баллов, средние - 8-19 баллов, тяжелые - 20-35. Многочисленные исследования показали, что такие параметры, как максимальная скорость потока мочи, объем остаточной мочи, объем простаты, степень инфравезикальной обструкции, слабо коррелировали сданными IPSS. Поэтому показания к оперативному лечению не могут быть установлены только на основании оценки СНМП. Однако IPSS хорошо отражает влияние заболевания на качество жизни больного.

ИНДЕКС ШКАЛЫ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И СИНДРОМА ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У МУЖЧИН (NIH-CPSI, 1999)

ПО ВЕРСИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ЗДОРОВЬЯ США

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX (NIH-CPSI).

Боль или дискомфорт

1. В течении последний недели испытывали ли Вы какую-либо боль или дискомфорт в следующих областях?

	Да	Нет
а) Область между прямой кишкой и яичками (промежность)	1	0
б) яичках	1	0
в) в головке полового члена (не связанную с мочеиспусканием)	1	0
г) Ниже Вашей талии, в области лона или мочевого пузыря	1	0

2. За последнюю неделю испытывали ли Вы:

а) Боль или жжение при мочеиспускании	1	0
б) Боль или дискомфорт после завершения полового акта (Эякуляции)	1	0

3. Как часто у Вас были боль или дискомфорт в этих областях в течении последней недели?

0	Никогда
1	Редко
2	Иногда
3	Часто
4	Почти всегда
5	Всегда

4. Какое число лучше описывает среднюю величину боли или

3	Примерно в половине случаев
4	Более чем в половине случаев
5	Почти всегда

6. Как часто Вам приходилось мочиться чаще чем через 2 часа после окончания мочеиспускания в течении последней недели?

0	Никогда
1	Менее чем 1 раз из 5
2	Менее чем в половине случаев
3	Примерно в половине случаев
4	Более чем в половине случаев
5	Почти всегда

Влияние симптомов

7. На сколько Ваши симптомы не позволяли Вам делать то, что вы обычно делаете в течении последней недели?

0	Никогда
1	Изредка
2	Иногда
3	Часто

8. Как часто Вы думали о Ваших симптомах в течении последней недели?

0	Никогда

дискомфорта, которые Вас беспокоили в течении последней недели?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Нет боли	Боль так плохо, как Вы можете представить

Мочеиспускание

5. Как часто у Вас бывает ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после окончания мочеиспускания в течении последней недели?

0	Никогда
1	Менее чем 1 раз из 5
2	Менее чем в половине случаев
1	Изредка
2	Иногда
3	Часто

9. Если бы Вы провели оставшуюся жизнь, испытывая симптомы последней недели, как бы Вы к этому отнеслись?

0	С наслаждение
1	С радостью
2	В общем удовлетворительно
3	Смешенное чувство
4	В общем не удовлетворительно
5	Удрученно
6	Ужасно

ПОДСЧЕТ БАЛЛОВ ПО РАЗДЕЛАМ:

БОЛЬ: СУММА 1А, 1Б, 1В,1Г, 2А, 2Б,3 И 4	= _____
СИМПТОМЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ: СУММА 5 И 6	= _____
ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: СУММА 7,8 И 9	= _____

1. Подсчитайте отдельно сумму баллов по доменам (боль, мочеиспускание, влияние на Вашу жизнь, качество жизни).
2. Сложите сумму баллов по доменам боль и мочеиспускание (интервал 0-31), получив при этом "оценку выраженности симптомов".
   Незначительно выраженные симптомы = 0-9,
   Средне выраженные симптомы =10-18
   Тяжелые симптомы =19-31.
3. Рассчитайте и запишите общую сумму баллов (интервал 0-43), которая определяется как "общая оценка." Оцените пациента по данной шкале при первом визите и затем периодически проводите оценку в ходе лечения или наблюдения, сравнивая с изначальным показателем и с установленными нормами.

Дрип-тест . Диагностика причин недержания мочи

1.	Бывает ли у Вас мочеиспускание более 6 раз в день и более 1 раза за ночь?	Да	Нет
2.	Бывает ли у Вас иногда внезапный настоятельный позыв на мочеиспускание?	Да	Нет
3.	Бывает ли у Вас иногда недержание мочи ночью, в горизонтальном положении или при смене положения тела?	Да	Нет
4.	Связано ли у Вас недержание мочи с физическими усилиями (поднятие тяжести, кашель и т. д.)?	Нет	Да
5.	Появляется ли внезапная необходимость в мочеиспускании при звуке льющейся воды или при контакте с водой?	Да	Нет

6.	Можете ли Вы волевыми усилиями остановить выделение мочи при начавшемся недержании?	Нет	Да
7.	Выделение мочи при недержании в основном:	Да. Обильное	Нет. Небольшое кол-во
	Общий балл		

Каждый ответ "Да" или "Нет" равен одному 1 баллу. Суммируйте отдельно баллы в левом и правом столбцах. Вы получите дробь: сумма баллов в левом столбце / сумма баллов в правом столбце. Затем по цветовой шкале определите причину недержания мочи.

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) или Ургентное недержание мочи	Смешанный тип недержания мочи	Стрессовое недержание мочи
7/0 6/1 5/2	4/3 3/4	2/5 1/6 0/7

Таблица 1. Шкала симптомов ГАМП (Homma и соавт., 2003)

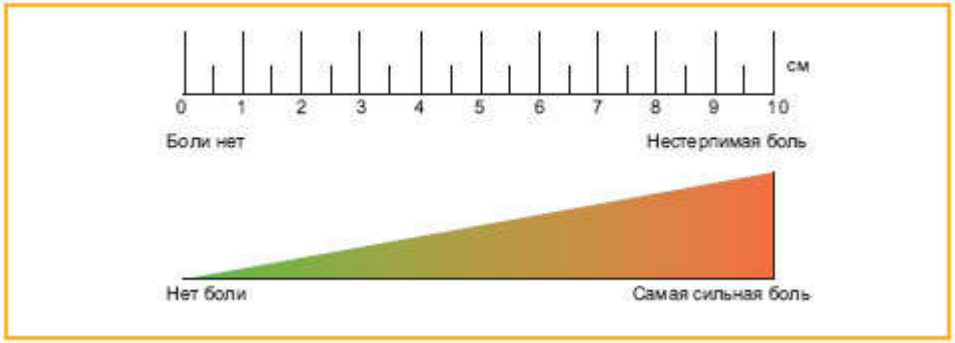
1. Частота мочеиспусканий днем				
Менее 7 0	8–9 1	10 2	11–14 3	15 и более 4
2. Частота мочеиспусканий ночью				
0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
3. Число эпизодов ургентности в сутки				
Нет 0	Менее 1 1	1 1	2–4 3	5 и более 4
4. Как часто наблюдается ургентное недержание				
0	1	2	3	4

ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА

ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА (ВАШ, Visual Analogue Scale, VAS) была предложена Huskisson в 1974 году.

Этот метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет совсем», правая — «самая интенсивная боль,

какую можно себе представить». Как правило, используется бумажная, картонная или пластмассовая линейка длиной 10 см. С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления, по которым врач отмечает полученное значение и заносит в историю болезни или амбулаторную карту. Также с целью оценки интенсивности боли можно использовать и модифицированную визуально-аналоговую шкалу, в которой интенсивность боли определяется также различными оттенками цветов.



К безусловным преимуществам этой шкалы относятся ее простота и удобство, возможность контролировать эффективность терапии.
При динамической оценке объективным и существенным является отличие значения по ВАШ от предыдущего более чем на 13 мм.