



Республиканский
специализированный научно-
практический медицинский
центр урологии



СТАНДАРТЫ диагностики и лечения урологических заболеваний

для специализированных центров

2022

т 2019 г. 6 апреля

Приложение 3 к приказу
министра здравоохранения
Республики Узбекистан
№266 от 28 октября 2019 г.

Стандарты диагностики и лечения урологических заболеваний

ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЦЕНТРОВ

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 отделением 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 РСНПМЦУ.
22. Худайбердиев Х. Б. – ассистент кафедры урологии ТМА.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Список условных сокращений	6
1. Инфекция мочевого тракта.....	8
2. Мочекаменная болезнь.....	19
3. Ненейрогенные СНМП включая ДПО	27
4. Стандарты диагностики и лечения андрологических заболеваний	30
5. Аномалии развития мочеполовых органов	35
6. Туберкулёз мочеполовых органов	47
7. Травмы мочеполовых органов	51
8. Онкологические заболевания в урологии	61
Приложения к стандартам обследования, лечения и наблюдения урологических больных.....	68
1. Инфекция мочевого тракта	68
2. Мочекаменная болезнь.....	75
3. Ненейрогенные нарушения мочеиспускания в том числе связанные с ДПО	81
4. Андрологические заболевания	88
5. Аномалии развития мочеполовых органов.	93
6. Туберкулёз мочеполовых органов	96
7. Травмы мочеполовых органов.....	98
8. Онкологические заболевания в урологии	104

РЕЦЕНЗИЯ

на «Стандарты диагностики и лечения урологических заболеваний для специализированных центров»

Представленные к рецензированию «Стандарты диагностики и лечения урологических заболеваний для специализированных центров» разработаны ведущими специалистами ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» МЗ РУз согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Они отражают основные разделы урологии: инфекция мочевого тракта, мочекаменная болезнь, неинфекционные симптомы нижних мочевых путей, онкоурология, пороки развития и травмы органов мочеполовой системы, мочеполовой туберкулез, андрологические заболевания.

По структуре «Стандарты» полностью отражают весь современный уровень знаний и достижений в урологии как науки. Учитывая большой объем новой информации, авторами включены в них все современные классификации, принятые Европейским и Российским урологическими обществами. Здесь же, для упрощения восприятия материалов, приведены определения основных современных терминов и понятий. Уровень диагностических и лечебных манипуляций отражает как рутинные, так и современные высокие технологии.

«Стандарты диагностики и лечения» по урологии предназначены для врачей-урологов, работающих на всех этапах оказания медицинской помощи и врачей общей практики, работающих в сельских врачебных пунктах. Таким образом, каждое лечебное учреждение, при выборе тактики лечения, во-первых, может исходить из имеющихся возможностей. Во-вторых, врач, имея представление о существующих возможностях, целенаправленно отправить пациента в специализированное учреждение. Кроме того, каждый руководитель ЛПУ получает информацию о том, какие современные методы диагностики и лечения необходимо внедрить в руководимом им учреждении, куда следует стремиться при совершенствовании службы.

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, ЦРБ/ЦГБ), специализированные медицинские учреждения). По каждой нозологии приводятся клинические критерии улучшения состояния больного.

Внедряемые в практическую медицину «Стандарты», имеющие высокую образовательную ценность, принесут несомненную пользу урологической службе Республики. Думаю, что по мере их применения и развития достижений науки они будут дорабатываться и совершенствоваться.

Директор НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ НМИЦ радиологии
Минздрава России, Член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор



Аполихин О.И.

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 нозологии 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

*	— Мероприятия, выполняемые на уровне районных медицинских объединений
**	— Мероприятия, выполняемые на уровне областных многопрофильных медицинских объединений
***	— Мероприятия, выполняемые на уровне специализированных центров
17-ОКС	— 17-оксикортикостероид
5-ФДЭ	— Фосфодиэстераза 5 типа
A/б	— Антибиотик
АД	— Артериальное давление
АЛТ	— Аланинаминотрансфераза
АСТ	— Аспартатаминотрансфераза
АФП	— Альфа-фетопротеин
ВИЧ	— Вирус иммунодефицита человека
ВОП	— Врач общей практики
Г-6-ФД	— Глюкоза 6-фосфат дегидрогеназа
ГСП	— Городская семейная поликлиника
ДГПЖ	— Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ДПО	— Доброкачественная простатическая обструкция
ЗППП	— Заболевания, передающиеся половым путём
ИМТ	— Инфекция мочевыводящих путей
КОЕ	— Колониеобразующие единицы
КТ	— Компьютерная томография
КЩС	— Кислотно-щелочное состояние
ЛГ	— Лютеинизирующий гормон
ЛМС	— Лоханочно-мочеточниковый сегмент
МКБ	— Мочекаменная болезнь или Международная классификация болезней (в зависимости от контекста)
МКД	— Мочекислый диатез
МП	— Мочевыводящие пути
МРТ	— Магнитно-резонансная томография
МСКТ	— Мультиспиральная компьютерная томография
НПВС	— Нестероидные противовоспалительные средства
п/ж	— Пожизненно
ПЖ	— Предстательная железа
ПК	— Перкутанная
ПКНЛТ	— Перкутанная нефролитотрипсия
ПМП	— Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
РИ	— Радионуклидное исследование
РМО	— Районное медицинское объединение
СВП	— Сельский врачебный пункт
СНМП	— Симптомы нижних мочевыводящих путей
СОЭ	— Скорость оседания эритроцитов
ССП	— Сельская семейная поликлиника

ТЕ	— Туберкулиновые единицы
ТИАБ	— Тонкоигольная аспирационная биопсия
ТУ	— Трансуретральная
УВТ	— Ударно-волновая терапия
УЗИ	— Ультразвуковое исследование
ФСГ	— Фолликулостимулирующий гормон
ШТБ	— Городская медицинская объединение
ЭКГ	— Электрокардиография
ЭКО	— Экстракорпоральное оплодотворение
ЭУВЛ	— Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
AZF	— Azoospermia factor
B-TURP	— Биполярная трансуретральная резекция простаты
BCG	— Bacillus Calmette Guerin (Бацилла Кальметта-Герена)
CIPE	— Китайский индекс преждевременной эякуляции (Chinese Index of Premature Ejaculation)
DOI	— Detrusor Overactivity Incontinence (Недержание мочи обусловленное гиперактивным мочевым пузырём)
EMB	— Ethambutol (Этамбутол)
HoLEP	— Гольмиевая лазерная энуклеация простаты
ICSI	— IntraCytoplasmatic Sperm Injection
IEF	— Международный индекс эректильной функции (International Index of Erectile Function)
INH	— Isonicotinic acid hydrazide (Изониазид)
IPSS	— Международный индекс симптомов при заболеваниях простаты (International Prostate Symptom Score)
M-TURP	— Монопольная трансуретральная резекция простаты
PTA	— Prothionamide (Протионамид)
PZA	— Pyrazinamide (Пиразинамид)
RIRS	— Retrograde Intrarenal Surgery (Ретроградная внутривенная хирургия)
RMP	— Rifampicin (Рифампицин)
RW	— Реакция Вассермана
SM	— Streptomycin (Стрептомицин)
SMX	— Сульфаметоксазол
SRY	— Sex determining Region Y
TMP	— Триметоприм
TOT	— Transobturator Tape
TRUS	— Transrectal Ultrasonography (Трансректальное ультразвуковое исследование)
TUIP	— Трансуретральная инцизия простаты
TUMT	— Трансуретральная микроволновая терапия
TUNA	— Трансуретральная игольная абляция простаты
TURP	— Трансуретральная резекция простаты
TVT	— Tension-free Vaginal Tape
UIPE	— Узбекский индекс преждевременной эякуляции (Uzbek Index of Premature Ejaculation)
USI	— Urodynamic Stress Incontinence (Уродинамическое недержание мочи)
β-hCG	— β subunit of Human Chorionic Gonadotropin (β субъединица хорионического гонадотропина человека)

1. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ТРАКТА

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
1	МКБ-10. Код N30	1. Неосложненная ИМТ. 1.1. Циститы	ВОП	100	2	1. Короткий курс антибактериальной терапии (фосфомицин 3 г однократно, цефалоспорины 2-3 генерации, фторхинолоны) 2. Аналгетики, НПВС			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)	100	2						
			Бак. посев мочи**	20	1						
			УЗИ почек и мочевого пузыря*/**	100	1						
2	МКБ-10. Код N30	1.2. Рецидивирующая (неосложненная) инфекция нижнего мочевого тракта у женщин.	ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	3	1. Повторное лечение по 7-дневной схеме в зависимости от высеянного возбудителя. (Выбор антибактериального лечения см. Приложение)* 2. Аналгетики, НПВС 3. Общие рекомендации по увеличению количества потребляемой жидкости для стимуляции диуреза			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	100	2						
			Гинеколог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи	100	5						
			Проба Meares-Stamey**	50	1						
			Бак. посев мочи**	50	2						
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			Бак. посев из цервикального канала или другие чувствительные, специфические анализы утренней первой порции мочи, такие как ПЦР или лигазная цепная реакция**/**	50	1						
			Осмотр <i>per vaginum</i> *	50	1						
			Микроскопия мазка гениталий**/**	50	2						
			УЗИ почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
3	МКБ-10. Код N30	1.3. Неосложненная инфекция нижнего мочевого тракта у женщин в менопаузе	ВОП	100	3	1. Короткий курс антибактериальной терапии (фосфомицин 3 г однократно, цефалоспорины 2-3 генерации, фторхинолоны) 2. Назначение оральных и внутривлагалищных препаратов, содержащих эстрогены*			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Бак. посев мочи**	20	1						
			УЗИ почек, мочевого пузыря, гениталий*/**	100	1						
4	МКБ-10. Код N30	1.4. Рецидивирующая инфекция нижнего мочевого тракта у женщин в менопаузе.	ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	3	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.
			Уролог*	100	2						
			Гинеколог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	5						
			Проба Meares-Stamey**	50	1						
			Бак. посев мочи**	100	2						
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			Бак. посев из цервикального канала (Микроскопия мазка гениталий)**	50	1						
			Осмотр <i>per vaginum</i> *	50	1						
			УЗИ почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						
5	МКБ-10. Код N30	1.5. Инфекция нижнего мочевого тракта у беременных - бессимптомная бактериурия.	ВОП	100	2	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 болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Бак. посев мочи**	100	1						
			УЗИ почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
6	МКБ-10. Код N30	1.6. Инфекция нижнего мочевого тракта у беременных - острый цистит.	ВОП	100	2	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.
			Уролог*	50	1						
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3						
			Бак. посев мочи**	100	1						
УЗИ почек, гениталий и мочевого пузыря**	100	1									
7	МКБ-10. Код N30	1.7. Рецидивирующая инфекция нижнего мочевого тракта у беременных	ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	3	1. Длительный курс лечения основан на чувствительности к а/б препаратам / 2. Санация влагалища, Гигиена половой жизни*			30	10	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	100	2						
			Гинеколог*	100	1						
			Общий анализ крови	50	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	50	5						
			Проба Meares-Stamey**	50	1						
			Бак. посев мочи**	80	3						
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			Бак. посев из цервикального канала (Микроскопия мазка гениталий)**	50	2						
			Осмотр в <i>per vaginam</i> *	50	1						
			УЗИ почек, гениталий и мочевого пузыря**	100	2						
			8	МКБ-10. Код N10-N16.	1.8. ИМТ у беременных. Острый пиелонефрит.						
Уролог*	100	4									
Гинеколог*	100	2									
Общий анализ крови	50	2									
Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	3									
Бак. посев мочи**	100	3									
Гематокрит	50	1									
Время свертываемости крови	50	1									

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки										
							Стационар		Поликлиника												
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая											
			Время кровотечения	50	1																
			Лейкоформула крови****	100	2																
			Креатинин крови**	50	2																
			Мочевина крови*	50	2																
			КЩС****	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																
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1																
			Определение группы крови	100	1																
			Туберкулиновая проба**	50	1																
			Ультразвуковое исследование почек и брюшного пространства, гениталий и мочевого пузыря**	100	3																
			Ультразвуковое исследование беременной матки**	100	2																
			Госпитальный этап																		
			Уролог*	100	4												Стентирование внутреннее**	10	2	20	10
			Консультация анестезиолога*	50	1												Перкутанная нефростомия**	10	3	20	10
			Обзорный снимок верхних мочевых путей**	50	1												Традиционная нефростомия (только по жизненным показаниям при невозможности наложения перкутанной нефростомии)**	10	5	20	10
в/в урография с уретелескопией**	50	1	ПК дренирование брюшного пространства**	10	3	20	10														
ЭКГ*	50	1	Вскрытие паранефрального абсцесса**	15	12	20	10														
Перевязка*	50	5																			
ТИАБ почки**/**	50	1																			

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			ТИАБ почки с введением антибиотика в паранефрий**/****	50	1	Люмботомия и дренирование забрюшинного пространства (по жизненным показаниям при неэффективности или невозможности пк дренирования)**	15	5	20	10	
			Нефрэктомия первичная**				15	10	20	10	
			Нефрэктомия вторичная**				15	10	20	10	
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	5						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	80	5						
			Бак. посев мочи **	50	2						
			Ультразвуковое исследование почек (ложа удаленной почки), забрюшинного пространства, гениталий и мочевого пузыря*	80	3						
9	МКБ-10. Код N41.	1.9. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (уретрит)	ВОП	100	2	Минимум 7-ми дневный курс антибактериальной терапии*			10	5	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	100	4						
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	4						
			Микроскопия мазка гениталий*/**	50	3						
			Бак. посев мочи в 2-порциях**	80	3						
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			Ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и простаты*/**	70	3						
			Урофлоуметрия*/**	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
10	МКБ-10. Код N41.	1.10. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (острый простатит)	ВОП	100	4	Минимум 7-ми дневный курс антибактериальной терапии, НПВС, анальгетики, α-адреноблокаторы*	10	5	15	7	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи	100	4						
			Микроскопия мазка гениталий*/**	50	1						
			Бак. посев мочи в 2-порциях**	80	2						
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты*/**	100	3						
			TRUS**	80	2						
			Урофлоуметрия*/**	50	2						
11	МКБ-10. Код N41.	1.11. Острая неосложненная ИМТ у молодых мужчин (эпидидимит, орхит, орхоэпидидимит (неспецифические))	ВОП	100	2	1. Антимикробные препараты широкого спектра действия (фторинолоны, цефалоспорины 2-3 генерации); НПВС* 2. Постельный режим и оценка мошонки* 3. Настойчивая рекомендация госпитализации* 4. Исследовать лежащую в основе заболевания патологию мочевого тракта - вторичный после ЗППП орхоэпидидимит: 1) окраска мазка из уретры по Грамму; 2) 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.)*					Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			Уролог*	100	3						
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2						
			Микроскопия мазка уретры*/**	50	1						
			Бак. посев мочи в 2-порциях*	80	1						
			Туберкулиновая проба*	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
Госпитальный этап											
			Уролог*	100	3	Ревизия органов мошонки*/**	5	3	20	10	Выздоровление/ ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния, показателей крови и мочи.
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты*/**	100	1	Эпидидимотомия (Эпидидимэктомия)*	5	3	20	10	
			УЗИ органов мошонки*/**	100	2	Орхоэпидидимэктомия*	5	3	20	10	
			УЗ Доплерография органов мошонки**	50	1	Дренирование абсцесса*	6	4	20	10	
			МРИ**	50	1						
			Урофлоуметрия*/**	50	1						
			Перевязка*	100	3						
Долечивание амбулаторное											
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка и определение pH)								
			Подсчет лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл мочи								
			Ультразвуковое сканирование органов мошонки*/**								
12	МКБ-10. Код N10-N16	1.12. Острый неосложненный пиелонефрит	ВОП	100	4	При легком течении острого пиелонефрита (лечение 2 недельное): - прием таблетированных форм фторхинолонов в течение 7 дней, как препаратов первого ряда* - если Грамм положительные микроорганизмы видны в начале окраски по Грамму, тогда рекомендуется аминопенициллин с ингибиторами β-лактамаз. - коррекция терапии в зависимости от всеянного возбудителя.	10	5	20	10	Исход лечения и прогноз: Средний статистический показатель выздоровления 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
			Уролог*	50	2						
			Общий анализ крови	100	2						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	4						
			Проба Meares-Stamey**	50	1						
			Бак. посев мочи в 2-порциях**	100	2						
			Гематокрит	50	1						
			Время свертываемости крови	50	1						
			Время кровотока	50	1						
			Лейкоформула крови**	100	3						
			Креатинин крови**	50	2						
			Мочевина крови*	50	2						
			КЩС***	50	2						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Калий, натрий крови*	50	2	Переходят на госпитальный этап если нет положительной динамики или наблюдается ухудшение состояния в течение 72 часов.* - следует госпитализировать больного - парентеральное введение фторхинолонов, аминопенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, цефалоспоринов II и III-поколения или аминогликозидов. - после улучшения состояния, больной может перейти на таблетированный прием препаратов. 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 антибиотикограм- и следует выполнить УЗИ 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.					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.
			АЛТ и АСТ крови*	50	2						
			Глюкоза крови*	50	1						
			Билирубин крови*	50	1						
			Определение RW*/**	70	1						
			Определение HBsAg*/**	70	1						
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	70	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			УЗИ почек, забрюшинного пространства, мочевого пузыря и простаты у мужчин /гениталий у женщин*/**	100	5						
			Урофлоуметрия*/**	50	1						
			Обзорный снимок верхних мочевых путей*/**	50	1						
			в/в урография с уротелескопией**	50	1						
			ЭКГ*	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки		
							Стационар		Поликлиника				
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая			
13	МКБ-10. Код N10-N16.	1.13. Осложненная инфекция мочевого тракта	ВОП (только первичный осмотр при обращении)	100	1	Антибактериальная терапия цефалоспорины 2-3 генерации, аминогликозиды, фторхинолоны, карбапенемы)*							
			Госпитальный этап										
			Уролог*	100	6	1. Перкутанная цистостомия**	20	5				<p>Исход лечения и прогноз: Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 40%</p> <p>Клинические критерии улучшения состояния больного:</p> <ul style="list-style-type: none"> - исчезновение симптомов болезни; - нормализация температурной реакции; - улучшение состояния. показателей крови и мочи. <p>Осложненное течение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	
			Прием гинеколога*	50	1	2. Троакарная цистостомия**							
			Общий анализ крови	50	2	3. Эпицистостомия (при невозможности ПК или троакарной цистостомии)*							
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	5	4. Перкутанная нефростомия**							
			Микроскопия мазка из гениталий**	50	3	5. Традиционная нефростомия (по жизненным показаниям при невозможности перкутанной нефростомии)**							
			Массаж простаты с забором экспрессата у мужчин*	50	3	6. Перкутанное дренирование забрюшинного пространства**							
			Проба Meares-Stamey у мужчин**	50	2	7. Люмботомия и дренирование забрюшинного пространства (по жизненным показаниям при неэффективности или невозможности ПК дренирования)**/**							
			2-х стаканная проба у женщин**	50	2	8. Вскрытие и дренирование паранефрального абсцесса почки**							
			Бак. посев мочи**	100	1	9. Вскрытие и дренирование паранефрального абсцесса с нефростомией**/**							
			Гематокрит	50	1	10. Нефрэктомия первичная**							
			Время свертываемости крови	50	1								
			Время кровотечения	50	1								
			Лейкоформула крови**	100	2								
			Креатинин крови**	50	3								
			Мочевина крови*	50	3								
			КЩС***	50	3								
			Калий, натрий 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											
ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1											

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Определение группы крови	100	1	11. Нефрэктомия вторичная**					урологического заболевания; сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, дыхательная, печеночная недостаточность, неврологические заболевания и болезни крови.
			Туберкулиновая проба**	50	1	12. Иссечение гнойного (мочевого) поясничного свища**					
			УЗИ почек и забрюшинного пространства*	80	7	13. Эпидидимэктомия*					
			Наружное УЗИ гениталий и мочевого пузыря у женщин*	70	7	14. Трансректальное вскрытие абсцесса простаты**/**					
			Осмотр <i>per vaginam</i> *	50	1	15. Дренирование околопузырного пространства при флегмонах**					
			Наружное УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин*	80	7	16. Промежностное вскрытие и дренирование абсцесса простаты**					
			Урофлоуметрия*	50	1						
			Обзорный снимок верхних мочевых путей**/**	50	1						
			Рент. грудной клетки**	50	1						
			в/в урография с уротелескопией**	50	1						
			Фистулография**	50	1						
			ЭКГ*	50	1						
			ТИАБ почки***	50	1						
			Исследование аспирата из паренхимы***	50	1						
			Бак. посев аспирата из почки***	50	1						
			ТИАБ почки с введением антибиотика в паранефрий***	50	1						
			Тонкоигольная аспирация содержимого лоханки***	50	1						
			Исследование аспирата содержимого лоханки***	50	1						
			Тонкоигольная аспирация простаты***	50	1						
			МСКТ**	50	1						
			МРТ**	50	1						
			Перевязка*	70	5						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после консультации уролога)	100	5						
			Уролог*	100	4						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	5						
			Проба Meares-Stamey**	50	1						
			Бак. посев мочи**	100	2						
			Лейкоформула крови**	100	2						
			Креатинин крови**	50	3						
			Мочевина крови*	50	3						
			КЩС***	50	3						
			Калий, натрий крови*	50	3						
			УЗИ почек и забрюшинного пространства*	80	3						
			УЗИ ложа удаленной почки**	30	3						
			Наружное УЗИ гениталий и мочевого пузыря у женщин*	70	3						
			Наружное УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин*	80	3						
			Сканирование мошонки и полового члена**	30	2						
			Антеградная цистография**	30	1						
			Антеградная или ретроградная пиелоретрография**	50	1						
			Перевязка*	50	5						

2. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
1	МКБ-10. Код N20	II. Мочекаменная болезнь. 2.1. Мочекислый диатез К больным с МКД относят тех, у которых наблюдается кристаллурия при микроскопии осадка свежесвыпущенной мочи и имеющих конгломераты солей в полостной системе почек при УЗИ, а также могли быть приступы почечной колики.	ВОП Общий анализ мочи Общий анализ крови Креатинин крови** АЛТ и АСТ крови* Глюкоза крови* Билирубин крови* Кальций крови*/** Альбумин крови*/** Ураты крови** Определение цистина в моче** УЗИ почек* Наружное УЗИ мочевого пузыря* Обзорный снимок*/** В/в урография**	100 100 100 50 50 100 50 100 100 100 100 100 100 100	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Длительная профилактическая терапия согласно типа определяемой кристаллурии (см. рекомендации по профилактике камнеобразования)**			10	5	Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное эрадикация кристаллов и солей улучшение показателей анализов мочи.
2	МКБ-10. Код N20-N23	2.2. Одиночный камень почки (неосложненное течение). К больным с неосложненным течением МКБ относят тех, у которых наблюдался однократный эпизод образования камня	ВОП (направляет к урологу при установке диагноза) Уролог* Общий анализ мочи Общий анализ крови Гематокрит Время свертываемости Время кровотечения Лейкоформула крови** Мочевина крови* КЩС*** Калий, натрий крови*	100 100 100 100 100 100 100 50 50	1 2 1 1 1 1 1 1 1	Догоспитальный этап					

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
		и не имеющих камней в настоящий момент, а также тех, у которых несколько раз образовывались камни (рецидивные), с клинически легким течением заболевания и имеется длительный период между эпизодами камнеобразования.	Креатинин крови**	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						
			Билирубин крови*	100	1						
			Кальций крови**	50	1						
			Альбумин крови**	50	1						
			Ураты крови**	50	1						
			Кальций в моче**	50	1						
			Оксалат в моче**	50	1						
			Цитраты в моче**	50	1						
			Ураты в моче**	50	1						
			Креатинин в моче**	50	1						
			Магний в моче**	50	1						
			Фосфаты в моче**	50	1						
			Мочевина в моче**	50	1						
			Определение щистина в моче**	50	1						
			Определение RW**	100	1						
			Определение HBsAg**	100	1						
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			УЗИ почек*	100	2						
			УЗИ мочевого пузыря*	100	1						
			УЗИ щитовидной железы и парашитовидной железы**	10	1						
			Обзорный снимок**	100	1						
			В/в урография**	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	50	1						
		МСКТ (без и с контрастированием)**	50	1							
		Осмотр анестезиолога*	70	1							
		Осмотр эндокринолога (при необходимости)*	10	1							

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
						Госпитальный этап					
			Уролог*	100	2	ЭУВЛ одиночного камня до 15мм**	7	2	1 мес	15	Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов крови, мочи.
			Общий анализ крови	100	1	ПК нефролитэкстракция**	7	5	3 мес	1 мес	
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	1	ПК нефролитотрипсия**	10	5	3 мес	1 мес	
			Гематокрит	50	1	Лапароскопическая или Ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия**	7	5	3 мес	1 мес	
			Время кровотечения	100	1						
			Креатинин крови**	100	1						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Определение щистина в моче**	100	1	Нефролитотомия при отсутствии вышеуказанных методов удаления камня в случае письменного отказа больного лечиться в специализированном лечебном учреждении, где выполняются ЭУВЛ и ПК удаление камней**	15	8	3 мес	1 мес	
			Определение группы крови	100	1						
			УЗИ почек*	100	1						
			УЗИ мочевого пузыря*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	50	1						
			Обзорный снимок**	100	1						
			В/в урография**	50	1						
			Антеградная пиелография**	100	1						
			МСКТ (без и с контрастированием)**	20	1						
			Перевязка*	100	5						
						Долечивание амбулаторное					
			ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	2						
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	2						
			Бак посев мочи**	50	1						
			УЗИ почек*	100	1						
			УЗИ мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок**	100	1						
			В/в урография, при	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки	
							Стационар		Поликлиника			
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая		
			необходимости антеградная или ретроградная пиелоретрография**									
			Исследования камня***	100	1							
			Перевязка*	70	3							
Госпитальный этап												
3		2.3. Одиночный камень почки (осложненное течение)	Уролог*	100	2	ЭУВЛ одиночного камня до 15мм**/***					Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов крови, мочи.	
			ВОП	100	1	Перкутанная нефролитотрипсия (стандартная, бездренажная и др.)**						
			Бак посев мочи**	100	1	Пиелолитомия при отсутствии вышеуказанных методов удаления камня в случае письменного отказа больного лечиться в специализированном лечебном учреждении, где выполняются ЭУВЛ и ПК удаление камней**	3	1	1 мес	15		
			Общий анализ крови	100	1							
			Гематокрит	50	1							
			Время свертываемости	100	1							
			Время кровотечения	100	1							
			Лейкоформула крови**	100	1							
			Мочевина крови*	100	1							
			КЩС***	50	1							
			Калий, натрий крови*	50	1							
			Креатинин крови**	100	1							
			АЛТ и АСТ крови**	100	1							
			Глюкоза крови*	100	1	Нефролитомия при отсутствии вышеуказанных методов удаления камня в случае письменного отказа больного лечиться в специализированном лечебном учреждении, где выполняются ЭУВЛ и ПК удаление камней**	10	5	1 мес	15		
			Билирубин крови**	100	1							
			Кальций крови**	50	1							
			Альбумин крови*/**	50	1							
			Ураты крови**	50	1							
			Кальций в моче**	50	1							
			Оксалат в моче**	50	1							
			Цитраты в моче**	50	1		Нефрэктомия**	15	10	1 мес		15
			Ураты в моче**	50	1		Ретроградная ТУ ВО гибкая нефролитотрипсия**/***	20	10	1 мес		20
			Креатинин в моче**	50	1		Лапароскопическая или Ретроперитонеоскопическая пиелолитомия**/***					
			Магний в моче**	50	1							
			Фосфаты в моче**	50	1							
			Мочевина в моче**	50	1							
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2							
			Определение цистина в	50	1							

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			моче**								
			Определение RW*/**	100	1						
			Определение HBsAg*/**	100	1						
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			УЗИ почек*	100	2						
			УЗИ мочевого пузыря*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	100	1						
			Обзорный снимок*/**	100	1						
			В/в урография**	100	1						
			МСКТ (без и с контрастированием)**	50	1						
			Осмотр анестезиолога*	100	1						
			Перевязка*	100	5						
Долечивание амбулаторное											
			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 пиелоретрография**	50	1						
			Перевязка*	70	3						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки	
							Стационар		Поликлиника			
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая		
4		2.4. Коралловидные и/или множественные камни почки	ВОП (направляет к урологу при установке диагноза)	100	1							
			Госпитальный этап									
			Уролог*	100	4	ПК нефростомия**						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	Традиционная нефростомия (при невозможности ПК нефростомии)*	6	1-3	7-10	3-7		
			Общий анализ крови	100	2	ПК нефролитотрипсия	14	10	14	10		
			Гематокрит	100	1	одноэтапная**/****						
			Время свертываемости	100	2	ПК нефролитотрипсия	7	5	10	7		
			Время кровотечения	100	2	многоэтапная***						
			Креатинин крови**	100	1	Пиелолитотомия при	20	8	30	15		
			АЛТ и АСТ крови*	100	1	отсутствии вышеуказанных						
			Глюкоза крови*	100	1	методов удаления камня в						
			Билирубин крови*	100	1	случае отказа больного лечится						
			Кальций крови**	100	1	в специализированном						
			Альбумин крови*/**	100	1	лечебном учреждении, где						
			Ураты крови**	50	1	выполняются ЭУВЛ и ПК						
			Кальций в моче**	50	1	удаление камней**						
			Оксалат в моче**	50	1	Нефролитотомия при отсут-	20	14	1 мес	14		
			Цитраты в моче**	50	1	ствии вышеуказанных методов						
			Ураты в моче**	50	1	удаления камня в случае отказа						
			Креатинин в моче**	50	1	больного лечится в						
			Магний в моче**	50	1	специализированном лечебном						
			Фосфаты в моче**	50	1	учреждении, где выполняются						
			Мочевина в моче**	50	1	ЭУВЛ и ПК удаление камней**						
			Хлориды в моче**	50	1	Нефрэктомия**	20	12	1 мес	20		
Определение цистина в моче**	50	1	Лапароскопическая или	14	7	14	7					
Определение паратгормона**	50	1	Ретроперитонеоскопическая									
Определение группы крови	100	1	пиелолитотомия**/****									
УЗИ почек*	100	3										
УЗИ мочевого пузыря*	100	1										
Обзорный снимок м.в.п*/**	100	1										

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки	
							Стационар		Поликлиника			
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая		
			Антеградная уретеропиелография**	100	1							
			МСКТ (без и с контрастированием)**	50	1							
			Перевязка*	100	5							
			Долечивание амбулаторное									
			ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	2							
			Уролог*	100	2							
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	3							
			Бак посев мочи**	50	1							
			Исследования камня***	100	1							
			УЗИ почек*	100	1							
			УЗИ мочевого пузыря**	100	1							
			Обзорный снимок **	50	1							
			В/в урография**	30	1							
			Перевязка*	70	3							
5		2.5. Камни мочеточника (более 5 мм) и мочевого пузыря	Госпитальный этап									
			Уролог*	100	2	ЭУВЛ камня мочеточника	3	1	7	3	Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, полное отхождение или удаление камня, улучшение показателей анализов крови, мочи.	
			Общий анализ крови	100	1	менее 10 мм**/****						
			Общий анализ мочи (микроскопия осадка в 1 мл и определение pH)	100	2	ПК нефростомия (при наличии ИМТ)**	7	3	7	3		
			Гематокрит	100	1	Традиционная нефростомия (при невозможности ПК нефростомии)**	14	10	14	10		
			Время свертываемости	100	1							
			Время кровотечения	100	1	ТУ или ПК антеградная	10	5	1 мес	15		
			Креатинин крови**	100	1	уретеролитотрипсия**/****						
			АЛТ и АСТ крови*	100	1	ТУ или ПК антеградная	10	5	1 мес	15		
			Глюкоза крови*	100	1	уретеролитотрипсия**/****						
			Билирубин крови**	100	1	Уретеролитотомия (при	14	10	1 мес	15		
			Определение группы крови	100	1	отсутствии вышеуказанных						
			УЗИ почек*	100	1	методов удаления камня в						
			УЗИ мочевого пузыря*	100	1	случае письменного отказа						
Обзорный снимок**	100	1	больного лечится в									
			специализированном лечебном									

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			В/в урография	50	1	учреждении, где выполняются ЭУВЛ и ПК удаление камней)**					
			Антрерадная уретерография**	50	1						
						Трансуретральная дробление камня мочевого пузыря**	7	3	14	7	
						Цистолитотомия (при невозможности трансуретрального удаления камня)*	10	7	14	10	
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	2						
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи (определение pH и микроскопия осадка в 1 мл)	100	1						
			Бак посев мочи**	50	1						
			УЗИ почек и мочевого пузыря*	100	1						
			Обзорный снимок**	50	1						
			В/в урография**	30	1						
			Исследования камня***	100	1						
			Перевязка*	50	3						

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

3. НЕНЕЙРОГЕННЫЕ СНМП ВКЛЮЧАЯ ДПО

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
1	МКБ-10. Код N40.	III. Нейрогенные СНМП у мужчин включая ДПО	Уролог*	100	3	<p>1. Мужчины с легкой и средней степенью СНМП-выжидательная тактика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Питьевой режим. - диета- отказ от острой еды. - мониторинг применение медикаментов (диуретиков, антидепрессантов, антигистаминов). - тренировка мышц тазового дна. - профилактика запоров. <p>2. α-адреноблокаторы используются у мужчин со средней и тяжелой СНМП:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Тамсулозин 0,4мг 1 капс x 1 раз в день. <p>3. Ингибиторы 5 α –редуктазы используются у мужчин со средней и тяжелой СНМП с объемом простаты боле 40мл:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Финастерид 5 мг 1 таб x 1 раз в день. - Дутастерид 0.5мг x 1 таб x 1раз в сутки. <p>4. Антагонисты мускариновых рецепторов можно применять у мужчин со средней и тяжелой СНМП с преобладанием симптомов наполнения (с осторожностью у мужчин с остаточной мочой):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Солифенацин 5мг 1 таб x 1 раз в день; - Троспия хлорид 10мг-20мг x 2-3 раза в день. <p>5. Фитотерапия: семена тыквы; Южно африканское растение; Кора Африканского сливового дерева.</p> <p>6. Десмопрессин- аналог вазопрессина 0,1мг - 0,4мг 1 таб перед сном для лечение noctурии.</p> <p>7. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа можно применять у мужчин со средней и тяжелой СНМП с или без эректильной дисфункцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Тадалафил 2.5мг-5мг x 1 таб в сутки. 			п/ж	п/ж	Уменьшение СНМП, выздоровление

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
						8. Комбинированная терапия: Альфа блокаторы и ингибиторы 5- альфа редуктазы можно применять у мужчин со средней и тяжёлой СНМТ (объем простаты более 40мл) ; 9. 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). **/**					
						Госпитальный этап					
			Уролог*	100	3	При острой задержке мочи в следствии ДПО установление уретрального катетера до 3 дней.*	5	4	21	14	Восстановление контрактильности мочевого пузыря, выздоровление
			IPSS, Bs*	100	1		3	1	21	14	
			Дневник мочеиспускания*	100	1	Перкутанная цистостомия: При острой задержке мочи. При хронической задержке мочи по показаниям.**					
			Пальцевое ректальное исследование*	100	1	Троакарная цистостомия (при невозможности наложения перкутанной цистостомии).*	3	1	21	14	
			Общий анализ крови	100	1						
			Общий анализ мочи	100	3	Традиционная эпицистостомия (при невозможности наложения перкутанной или троакарной цистостомии).*	5	3	21	14	
			Анализ секрета простаты*	50	2						
			Проба Meares-Stamey**	50	2	M-TURP на сегодняшний день стандартная процедура для мужчин с размером простаты 30-80мл и средне-тяжелой СНМТ с вторичной ДПО.**/**	12	4	28	14	
			Бак. посев мочи**	50	2						
			Гематокрит*	100	1						
			Время свертываемости крови	100	1	V-TURP - ближние и средние срочные результаты сравнительно одинаковы с M- TURP.**/**	12	4	28	14	
			Время кровотечения	100	1						
			Лейкоформула крови**	100	1	HoLEP- и лазерная вапоризация простаты является альтернативой TURP у мужчин с средне-тяжелой СНМТ.***	12	4	28	14	
			Креатинин крови**	100	1						
			Мочевина крови*	100	1						
			Артифициальная цистостомия у пациентов с цистостомическим дренажом**	100	1	TUIP-выбор хирургического лечение для мужчин с размером простаты мене 30мл, отсутствием средней доли и вторичной средне-тяжелой СНМТ при ДПО.**/**	12	4	28	14	
			КЩС***	50	1						
			Калий, натрий крови*	50	1	TUMT-менее инвазивный, но улучшает мочеиспускание в меньшей степени, и даёт менее длительный эффект- можно предлагать пациентам у которых противопоказана хирургическое лечение.**/**					
			АЛТ и АСТ крови*	100	1						
			Глюкоза крови*	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Билирубин крови*	100	1	TUNA- менее инвазивный метод по сравнению с TURP, но менее эффективный-можно предложить пациентам у которых противопоказана хирургическое лечение.**/** Тулиевая энуклеация может быть альтернативой TURP и HoLEP у мужчин с средне-тяжелой СНМТ *** Простатические стенты - можно предлагать пациентам у которых противопоказано хирургическое лечение*** Традиционное открытое удаление ДГП с /или без двухсторонней вазорезекцией выполняется у мужчин с большим размером простаты (более 80мл) и средне-тяжелой СНМТ.**/**					
			Определение RW**/**	100	1						
			Определение HBsAg**/**	100	1						
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Определение простатспецифического антигена (PSA)**	100	1						
			УЗИ почек*	100	1						
			УЗИ мочевого пузыря и простаты, определение остаточной мочи*	100	2			15	8	28	14
			TRUS**	100	1						
			Урофлоуметрия**/**	100	1						
			Обзорный снимок **/**	50	1						
			в/в урография с уротелескопией**	50	1						
			ЭКГ + консультация терапевта*	100	1						
			Уретроцистоскопия**	50	1						
			Перевязка*	70	3						
						Долечивание амбулаторное					
			Уролог*	100	3						
			Общий анализ мочи	100	3						
			Бак. посев мочи**	50	2						
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты, определение остаточной мочи*	50	2						
			Урофлоуметрия (не ранее 30 дней после операции)**	50	1						
			Перевязка*	50	5						

4. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки		
							Стационар		Поликлиника				
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая			
1	МКБ-10. Код F52.	4.1. Сексуальная дисфункция 4.1.1. Преждевременная эякуляция	ВОП (направляет к урологу/андрологу)	100	1	1. ВОП согласно жалобам больного отправляет к урологу*/андрологу** 2. Курс терапии фторхинолонами / макролиды* 3. Альфа-адреноблокаторы* 4. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина*/**			3 мес	1 мес	Выздоровление/ удлинение времени эякуляции		
			Уролог*/андролог**	100	4								
			Общий анализ мочи	100	2								
			Мазок из уретры*/**	50	2								
			Секрет простаты*/**	50	2								
			Ан. мочи в 2х порциях*	50	2								
			Проба Meares-Stamey*/**	50	2								
			Заполнение опросника CIPE или UIPE*	100	2								
			Госпитальный этап										
			Андролог**	10	2	Френулопластика, циркумцизио, денервация или другие оперативные методы лечения	5	1	3 мес	1 мес	Выздоровление/ удлинение времени эякуляции		
			Общий анализ мочи	10	2								
			Осмотр анестезиолога*	100	1								
Осмотр терапевта*	50	1											
ЭКГ*	30	1											
Долечивание амбулаторное													
ВОП (после предварительного обследования и лечения у уролога / андролога)	100	1											
Уролог*/андролог**	50	1											
Заполнение опросника CIPE или UIPE*	50	2											
2	МКБ-10. Код F52.	4.1.2. Эректильная дисфункция	ВОП (направляет к урологу/андрологу)	100	1								
			Догоспитальный этап										
			Уролог*/андролог**	100	2	Курс терапии ФДЭ-5*/**			3 мес	1 мес	Восстановление эректильной функции		
			Заполнение анкеты ПЕФ*	100	2	Заместительная андрогенная терапия*/**			1 год	3 мес			
			Глюкоза крови*	100	1	Лечение вакуум-констрикторными устройствами*/**			3 мес	1 мес			

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки			
							Стационар		Поликлиника					
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая				
3	МКБ-10. Код I86.	4.2. Варикоцеле	Лютенизирующий гормон**	100	1	УВТ полового члена**/***			1 мес	10				
			Тестостерон крови**	100	1									
			Своб. тестостерон**	100	1									
			Секссвязывающий белок**	100	1									
			Осмотр эндокринолога (при необходимости)**	10	1									
			Общ. ан крови	100	1									
			Биохим ан крови*	100	1									
			ЭКГ*	50	1									
			Осмотр терапевта*	50	1									
			Осмотр анестезиолога*	50	1									
			Госпитальный этап											
			Андролог**/***	10	2		Протезирование полового члена**/***	7	4	3 мес		1 мес	Выздоровление (восстановление эректильной функции)	
			Общий анализ крови	10	1									
			Общий анализ мочи	10	1									
			Осмотр терапевта*	50	1									
			Осмотр анестезиолога*	100	1									
			ЭКГ*	30	1									
			Перевязка*	10	5									
			Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после предварительного обследования и лечения у уролога / андролога)	100	2									
Уролог*/андролог**	100	2												
Заполнение анкеты ПЕФ*	100	2												
3	МКБ-10. Код I86.	4.2. Варикоцеле	ВОП (направляет к урологу/андрологу)	100	1									
			Догоспитальный этап											
			Уролог*/андролог**	100	2	Динамическое наблюдение при отсутствии показаний к оперативному лечению*	4	1	30	10				
			Допплерография**	50	1									
			Общ. ан крови	100	1									
Биохим. анализы крови*	100	1												
Анализ эякулята (при сочетании варикоцеле с	30	1												

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			бесплодием)*			Госпитальный этап					
			Уролог*/андролог**	100	2	Оперативное лечение варикоцеле: операции Иванисевича, Палома, Мармара*/**	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								
			ВОП (после предварительного обследования и лечения у уролога / андролога)	100	2						
			Уролог*/андролог**	100	1						
			Допплерография органов мошонки*	10	1						
			Анализ эякулята*	30	1						
4	МКБ-10. Код N43.	4.3. Гидроцеле, сперматоцеле	ВОП (направляет к урологу/андрологу)	100	1						
			Догоспитальный этап								
			Уролог*	100	2	Динамическое наблюдение при отсутствии показаний к оперативному лечению*					Наблюдение за объемом гидроцеле
			УЗИ 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 Винкльмана, Бергмана, Лорда и др.*	4	1			Выздоровление (отсутствие гидроцеле)
			Осмотр анестезиолога*	100	1						
			Осмотр терапевта*	50	1						
			ЭКГ*	30	1						
			Перевязка*	100	2						
			Долечивание амбулаторное								
			ВОП (после предварительного обследования и лечения у уролога/ андролога)	100	2						
			Уролог*	100	1						
			УЗС органов мошонки*	10	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
5	МКБ-10. Код N48.	4.4. Болезнь Пейрони	ВОП (направляет к урологу/андрологу)	100	1						
			Догоспитальный этап								
			Уролог/андролог**	100	2	Консервативная терапия в стадии развития*/**					Улучшение (уменьшение размера бляшек, частичное восстановление эректильной функции)
			Допплерография полового члена**	50	1						
			Фармакодупплерография полового члена**/**	50	1						
			Глюкоза крови*	50	1						
			Общ. Ан крови	100	1						
			Биохим ан крови*	100	1						
			Опросник ПЕФ*	50	1						
			Госпитальный этап								
			Андролог**/**	100	2	Пликационные и лоскутные операции на половом члене, иссечение бляшки с замещением **/**	10	3	30	10	Выздоровление/ восстановление эректильной функции
			Осмотр анестезиолога*	100	1						
			Осмотр терапевта*	100	2						
			ЭКГ*	100	2						
			Перевязка*	100	2						
			Долечивание амбулаторное								
			ВОП (после предварительного обследования и лечения у уролога / андролога)	100	2						
			Уролог*/андролог**	100	2						
			Перевязка*	100	5						
			УЗС полового члена**	100	2						
			Опросник ПЕФ*	100	2						
6	МКБ-10. Код N46.	4.5. Мужское бесплодие	ВОП (направляет к урологу/андрологу)	100	1						
			Догоспитальный этап								
			Уролог*/андролог**	100	3	Консервативная терапия (при отсутствии показаний к хирургической коррекции заболевания, приведшего к бесплодию) При идиопатическом бесплодии: антиэстрогены- Клофит по 50мг 1-2 р/сут Андрофорте по 1 к 1-2 р/сут			1 год	3 мес	Выздоровление (нормальные показатели спермограммы) и наступление беременности
			Допплерография сосудов мошонки**	60	2						
			Кровь на половые и др. гормоны**	50	1						
			Биохим. анализы крови*	60	1						
			Общий анализ мочи	100	1						
			Проба Meares-Stamey**	70	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Анализ эякулята*	100	3						
			Кариотип (при олигозооспермии менее 5 млн/мл и азооспермии)***	10	1						
			Генетическое исследование AZF, SRY и др. (при олигозооспермии менее 5 млн/мл и азооспермии)***	10	1						
Госпитальный этап											
			Андролог**/***	100	2	Хирургическая коррекция (варикоцелеэктомия*, вазовазоанастомозы***, биопсия яичка**/****) Применения вспомогательных репродуктивных технологий: Инсеминация**/*** ЭКО и ЭКО+ИКСИ***					Выздоровление (нормальные показатели спермограммы) и наступление беременности
			Осмотр анестезиолога*	50	1						
			Осмотр терапевта*	50	2						
			ЭКГ*	50	2						
			Перевязка*	50	2						
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после предварительного обследования и лечения у уролога / андролога)	100	2						
			Уролог*/андролог**	100	2						
			Перевязка*	70	5						
			Анализ эякулята**	100	2						

5. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
1	МКБ-10. Код Q60-Q64.	V. Аномалии развития мочеполовых органов 5.1. Аномалии развития почек 5.1.1. Неосложненное течение	ВОП (после предварительной консультации уролога)	100	2						
Догоспитальный этап											
			Уролог*	100	2	Тонкоигольная аспирация кисты почки**	1	0	4	2	Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			Общий анализ мочи	100	1	Тонкоигольная аспирация кисты почки при поликистозе**/***	1	0	4	2	
			Проба Meares-Stamey**	50	1						
			Бак. посев мочи **	50	2	Чрескожное дренирование кисты со склеротерапией**/***	2	1	5	2	
			Общий анализ крови	100	1						
			Гематокрит	100	1	Тонкоигольная антеградная пиелоуретрография**	1	0	4	2	
			Время свертываемости крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Лейкоформула крови**	100	1						
			Креатинин крови **	100	1						
			Мочевина крови*	100	1						
			КЩС***	50	1						
			Калий, натрий крови*	50	1						
			АЛТ и АСТ крови *	100	1						
			Глюкоза крови *	100	1						
			Билирубин крови *	100	1						
			Определение RW**/**	100	1						
			Определение HBsAg**/**	100	1						
			Реакция на СПИД **	100	1						
			Определение группы крови	100	1						
			Туберкулиновая проба **	50	1						
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	100	2						
			Осмотр в зеркалах (<i>per vaginam</i>) с введением	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки	
							Стационар		Поликлиника			
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая		
			красящего раствора у женщин*									
			Обзорный снимок*	100	1							
			в/в урография с уретелескопией**	100	1							
			Ретроградная уретеропиелогрфия**	50	1							
			Хромоцистоскопия**	50	1							
			ЭКГ + консультация терапевта (анестезиолога)*	100	1							
			Аортография***	50	1							
			Селективная аортофривазография***	50	1							
			МСКТ**	100	1							
Госпитальный этап												
			Общий анализ крови	50	1	Подковообразная почка						Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			Гематокрит	50	1	Перкутанная нефростомия**	2	1	4	2		
			Время свертывания крови	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2		
			Время кровотечения	50	1	Геминефрэктомия***	12	10	2 мес	1 мес		
			Лейкоформула крови**	50	1	Истмотомия**/***	10	8	2 мес	1 мес		
			Креатинин крови**	50	1	Открытая пластика ЛМС**	12	10	2 мес	1 мес		
			Мочевина крови*	50	1	Лапароскопическая пластика ЛМС**	7	3	2 мес	1 мес		
			КЩС***	50	1	Единственная почка						
			Калий, натрий крови*	50	1	ПК нефростомия**	2	1	4	2		
			АЛТ и АСТ крови*	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2		
			Глюкоза крови*	50	1	Геминефрэктомия***	12	10	2 мес	1 мес		
			Билирубин крови*	50	1	Истмотомия**/***	10	8	2 мес	1 мес		
			Туберкулиновая проба**	50	1	Открытая пластика ЛМС**	12	10	2 мес	1 мес		
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин*	100	2	Лапароскопическая иглопунктура почки**/***	4	3	2 мес	1 мес		
						Нефрэктомия**	12	10	2 мес	1 мес		
						Солитарные кисты почек						
						Тонкоигольная аспирация простой кисты почки**/***	1	0	4	2		
			Осмотр в зеркалах (<i>per vaginam</i>) с введением красящего раствора у женщин*	50	1	Тонкоигольная аспирация кисты почки при поликистозе**/***	1	0	4	2		
						Энуклеация кисты почки**	7	6	2 мес	1 мес		
			Обзорный снимок*	50	1	Лапароскопическая энуклеация кисты почки**/***	4	3	2 мес	1 мес		

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			в/в урография с уретелескопией**	50	1	Перкутанная нефростомия**	2	1	4	2	
			Ретроградная уретеропиелогрфия**	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2	
						Стриктура ЛМС					
			Хромоцистоскопия**	50	1	ПК нефростомия**	2	1	4	2	
			Аортография***	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2	
			Селективная аортофривазография***	50	1	Открытая пластика ЛМС**	12	10	2 мес	1 мес	
			МСКТ**	30	1	Лапароскопическая пластика ЛМС**	7	3	2 мес	1 мес	
			Перевязки*	70	5	Нефрэктомия**	12	10	2 мес	1 мес	
						Лапароскопическая нефрэктомия**/***	7	3	2 мес	1 мес	
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после консультации уролога)	100	2						
			Уролог*	100	1						
			Общий анализ мочи	100	1						
			Бак. посев мочи**	50	1						
			Бак. посев аспириата**	50	1						
			УЗИ почек*	100	1						
2	МКБ-10. Код Q60-Q64.	5.1. Аномалии почек 5.1.2. Осложненное течение	ВОП	100	2						
Госпиталгача боскич											
			Уролог*	100	2	Тонкоигольная аспирация кисты почки**/***	1	0	4	2	Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			Нефролог*	50	1	Тонкоигольная аспирация кисты почки при поликистозе**/***	1	0	4	2	
			Общий анализ мочи	100	2						
			Проба Meares-Stamey**	50	1	Чрескожное дренирование кисты со склеротерапией**/***	2	1	5	2	
			Бак. посев мочи**	50	2	Тонкоигольная антеградная пиелуретерография**	1	0	4	2	
Госпитальный этап											
			Общий анализ крови	50	1	Подковообразная почка					Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			Гематокрит	50	1	Перкутанная нефростомия**	2	1	4	2	
			Время свертывания крови	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2	
			Время кровотечения	50	1	Геминефрэктомия***	12	10	2 мес	1 мес	
			Лейкоформула крови**	50	1	Истмотомия**/***	10	8	2 мес	1 мес	
			Креатинин крови**	50	2	Открытая пластика ЛМС**	12	10	2 мес	1 мес	
			Мочевина крови*	50	2	Лапароскопическая пластика ЛМС**	7	3	2 мес	1 мес	
			КЩС***	50	2	Единственная почка					
			Калий, натрий крови*	50	1	ПК нефростомия**	2	1	4	2	

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			АЛТ и АСТ крови *	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2	
			Глюкоза крови *	50	1	Геминефрэктомия***	12	10	2 мес	1 мес	
			Билирубин крови *	50	1	Истмомия**/***	10	8	2 мес	1 мес	
			Туберкулиновая проба **	50	1	Открытая пластика ЛМС**	12	10	2 мес	1 мес	
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	100	2	Лапароскопическая иглопунктура почки**/***	4	3	2 мес	1 мес	
						Нефрэктомия**	12	10	2 мес	1 мес	
						Солитарные кисты почек					
			Осмотр в зеркалах (<i>per vaginam</i>) с введением красящего раствора у женщин*	50	1	Тонкоигольная аспирация простой кисты почки**/***	1	0	4	2	
						Тонкоигольная аспирация кисты почки при поликистозе**/***	1	0	4	2	
						Энуклеация кисты почки**	7	6	2 мес	1 мес	
			Обзорный снимок*	50	1	Лапароскопическая энуклеация кисты почки**/***	4	3	2 мес	1 мес	
			в/в урография с уретелескопией **	50	1	Перкутанная нефростомия**	2	1	4	2	
			Ретроградная уретеропиелография**	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2	
						Стриктура ЛМС					
			Хромоцистоскопия**	50	1	ПК нефростомия**	2	1	4	2	
			Аортография***	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	4	2	
			Селективная аортонефрография***	50	1	Открытая пластика ЛМС**	12	10	2 мес	1 мес	
			МСКТ**	50	1	Лапароскопическая пластика ЛМС**	7	3	2 мес	1 мес	
			Перевязки*	70	4	Нефрэктомия**	12	10	2 мес	1 мес	
						Лапароскопическая нефрэктомия**/***	7	3	2 мес	1 мес	
						Долечивание амбулаторное					
			ВОП	100	1						
			Уролог*, нефролог*	100	2						
			Общий анализ мочи	100	2						
			Бак. посев мочи **	50	2						
			Бак. посев аспирата **	50	1						
			УЗИ почек, *	100	3						
			Перевязка*	50	3						
3	МКБ-10. Код Q62.	5.2. Аномалии развития мочеточников. 5.2.1. Неосложненное течение	ВОП	100	2						
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ мочи	100	1						
						Госпитальный этап					
			Бак. посев мочи **	50	1	Стриктура устья мочеточника					
			Общий анализ крови	50	1	Расщепление устья мочеточника**	5	2	2 мес	1 мес	
			Гематокрит	50	1	Силиконовая пластика устья мочеточника**/***	5	2	2 мес	1 мес	

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Время свертывания крови	50	1						
			Время кровотока	50	1						
			Лейкоформула крови**	50	1	Полное удвоение мочеточников					
			Креатинин крови **	50	1	Перкутанная нефростомия (при отсутствии функции почки)**	2	1	2 мес	1 мес	
			Мочевина крови*	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	2 мес	1 мес	
			КЩС***	50	1	Геминефруретерэктомия**/***	12	10	2 мес	1 мес	
			Калий, натрий крови*	50	1	Лохано-мочеточниковый анастомоз при удвоении почки**	7	6	2 мес	1 мес	
			АЛТ и АСТ крови *	50	1	Уретероцистостомия с антирефлюксной операцией**/***	7	6	2 мес	1 мес	
			Билирубин крови *	50	1	Уретероцистостомия**	6	5	2 мес	1 мес	
			Туберкулиновая проба**	50	1						
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	100	2	Неполное удвоение мочеточников					
						Перкутанная нефростомия (при отсутствии функции почки)**	2	1	2 мес	1 ой	
						Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	2 мес	1 мес	
			Осмотр в зеркалах (<i>per vaginam</i>) с введением красящего раствора у женщин*	50	1	Геминефруретерэктомия**/***	12	10	2 мес	1 мес	
						Лохано-мочеточниковый анастомоз при неполном удвоении почки**	7	6	2 мес	1 мес	
			Обзорный снимок*	50	1	Лапароскопический лохано-мочеточниковый анастомоз при неполном удвоении почки***	7	3	2 мес	1 мес	
			в/в урография с уретелескопией **	50	1	Уретероцистостомия с антирефлюксной операцией**/***	7	6	2 мес	1 мес	
			Цистография, микционная уретрография**	70	1	Уретероцистостомия с антирефлюксной операцией**	12	10	2 мес	1 мес	
			Уретероцистоскопия**/***	70	1	Пересадка мочеточников в кишечник ***	12	10	2 мес	1 мес	
			Ретроградная уретеропиелография **	50	1	Кишечная пластика мочеточника(ов) ***	12	10	2 мес	1 мес	
			Хромоцистоскопия **	50	1	Нефруретерэктомия**	12	10	2 мес	1 мес	
			МСКТ**	50	1	Лапароскопическая нефруретерэктомия ***	7	3	2 мес	1 мес	
			Аортография***	50	1						
			Селективная аортонефрография***	50	1						
			Артериография таза ***	50	1						
			Тазовая флебография***	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки			
							Стационар		Поликлиника					
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая				
Долечивание амбулаторное														
			ВОП (после консультации уролога)	100	2									
			Уролог*	100	2									
			Общий анализ мочи	100	2									
			Бак. посев мочи **	50	1									
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	50	2									
			Осмотр в зеркалах (per vaginum)*	50	1									
			Перевязка*	50	3									
4	МКБ-10. Код Q62.	5.2. Аномалии развития мочеточников 5.2.1. Осложненное течение	ВОП	100	2									
			Уролог*	100	2									
			Нефролог*	100	2									
			Общий анализ мочи	100	3									
			Проба Meares-Stamey**	50	1									
			Госпитальный этап											
			Полное удвоение мочеточников											
			Бак. посев мочи **	100	2	Перкутанная нефростомия (при отсутствии функции почки)**	2	1	2 мес	1 мес	Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.			
			Общий анализ крови	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	2 мес	1 мес				
			Гематокрит	50	1	Геминефруретерэктомия**/***	12	10	2 мес	1 мес				
			Время свертывания крови	50	1	Лохано-мочеточниковый анастомоз при удвоении почки**	7	6	2 мес	1 мес				
			Время кровотечения	50	1	Уретероцистостомия с антирефлюксной операцией**/***	7	6	2 мес	1 мес				
			Лейкоформула крови**	50	2	Уретероцистостомия**	6	5	2 мес	1 мес				
			Креатинин крови **	50	2									
			Мочевина крови*	50	2									
			КЩС***	50	2									
			Калий, натрий крови*	50	1									
			АЛТ и АСТ крови *	50	1									
			Неполное удвоение мочеточников											
			Глюкоза крови *	50	1	Перкутанная нефростомия (при отсутствии функции почки)**	2	1	2 мес	1 мес				
Билирубин крови *	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища**	3	2	2 мес	1 мес							
Туберкулиновая проба**	50	1	Геминефруретерэктомия**/***	12	10	2 мес	1 мес							
УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	100	2	Лохано-мочеточниковый анастомоз при неполном удвоении почки**	7	6	2 мес	1 мес							
Осмотр в зеркалах (per	50	1	Лапароскопический лохано-мочеточниковый анастомоз при неполном удвоении почки***	7	3	2 мес	1 мес							

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			vaginitis) с введением красящего раствора у женщин*			Уретероцистостомия с антирефлюксной операцией**/***	12	10	2 мес	1 мес	
			Обзорный снимок мочевыводящих путей*	50	1	Пересадка мочеточников в кишечник ***	12	10	2 мес	1 мес	
			в/в урография с уретелескопией **	50	1	Кишечная пластика мочеточника(ов) ***	12	10	2 мес	1 мес	
			Цистография, микционная уретрография**	70	1	Нефруретерэктомия**	12	10	2 мес	1 мес	
			Уретероцистоскопия**/***	70	1	Лапароскопическая нефруретерэктомия ***	7	3	2 мес	1 мес	
			Ретроградная уретеропиелогграфия **	50	1						
			Хромоцистоскопия **	50	1						
			МСКТ**	50	1						
			Аортография***	50	1						
			Селективная аортонефрография***	50	1						
			Артериография таза ***	50	1						
			Тазовая флебография***	50	1						
			Перевязки*	100	5						
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после консультации уролога и нефролога)	100	3						
			Уролог, нефролог*	100	2						
			Общий анализ мочи	100	3						
			Бак. посев мочи **	50	2						
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин / гениталий у женщин *	50	3						
			Перевязки*	70	3						
5	МКБ-10. Код Q64.	5.3. Аномалии мочевого пузыря	ВОП	100	2						
			Уролог*	100	2						
			Общий анализ крови	100	1						
			Общий анализ мочи	100	2						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
Госпитальный этап											
Экстрофия мочевого пузыря											
			Бак. посев мочи **	50	2	Перкутанная нефростомия с 2х сторон **	2	1	2 мес	1 мес	Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			Гематокрит	50	1	Перкутанная нефростомия с бужированием свища с 2х сторон**	3	2	2 мес	1 мес	
			Время свертывания крови	50	1	Восстановление дефекта передней брюшной стенки, симфиза и м/п***	12	7	2 мес	1 мес	
			Время кровотечения	50	1						
			Лейкоформула крови**	50	2						
			Креатинин крови **	50	2						
			Мочевина крови*	50	2						
			КЩС***	50	2	Эписпадия					
			Калий, натрий крови*	50	1	ПК цистостомия**	2	1	2 мес	1 мес	
			АЛТ и АСТ крови *	50	1	Перкутанная цистостомия с бужированием свища**	2	1	2 мес	1 мес	
			Глюкоза крови *	50	1	При легких формах эписпадии – пластика уретры**	12	7	2 мес	1 мес	
			Билирубин крови *	50	1	При эписпадии сопровождающейся недержанием мочи, тотальной эписпадии, искривлении п/ч – выпрямление и удлинение п/ч, формирование уретры и создание сфинктерного аппарата (возможна операция в 2-3 этапа)***	15	10	2 мес	1 мес	
			Туберкулиновая проба**	50	1	При недержании мочи после оперативного лечения старший возраст – создание искусственного сфинктера ***	15	10	2 мес	1 мес	
			Определение конц. в крови ЛГ, ФСГ, Тестостерона, пролактина, эстрогенов**	50	1	При недержании мочи после оперативного лечения старший возраст – пересадка мочеточников в кишечник ***	15	10	2 мес	1 мес	
			Экскреция с мочой 17-ОКС **	50	1						
			Осмотр в зеркалах (<i>per vaginam</i>) с введением красящего раствора*	30	1						
			УЗИ почек**	100	2	Агенезия и гипоплазия мочевого пузыря					
			Ультразвуковое сканирование почек и н/з мочеточников при микции*	50	1	Кишечная пластика мочевого пузыря ***	12	10	2 мес	1 мес	
			УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин*	100	2	При осложненном течении после оперативного лечения (старший возраст) – пересадка мочеточников в кишечник ***	12	10	2 мес	1 мес	
			УЗИ половых органов и мочевого пузыря у женщин*	100	2	2-х сторонняя перкутанная нефростомия **	2	1	2 мес	1 мес	
			УЗ сканирование органов брюшной полости и передней стенки живота*	50	1	Удвоение мочевого пузыря					
						Пластика мочевого пузыря с пересадкой мочеточника ***	12	10	2 мес	1 мес	
						Врожденный дивертикул мочевого пузыря					
						Дивертикулэктомия без вскрытия м/п*/**	7	5	2 мес	1 мес	
						Дивертикулэктомия со вскрытием м/п*/**	12	10	2 мес	1 мес	
						Лапароскопическая дивертикулэктомия ***	20	10	2 мес	1 мес	
						Врожденный мегацист					
						Антирефлюксные операции **/****/****	12	10	2 мес	1 мес	
						Кишечная пластика мочевого пузыря ***	12	10	2 мес	1 мес	

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Обзорный снимок мочевыводящих путей *	70	1						Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.
			в/в урография с уретелескопией **	70	1						
			Микционная цистография**	100	1						
			Микционная уретроцистография**	50	1						
			Ретроградная уретроцистография**	50	1						
			Фистулография **	50	1						
			Уретроцистография**/****	50	1						
			Цистометрия **	50	1						
			Цистоскопия **/***	50	1						
			Уродинамические исследования**	50	1						
			Исследование «давление-поток» ***	50	1						
			МСКТ**	30	1						
						Долечивание амбулаторное					
			ВОП (после консультации уролога)	100	5						
			Уролог*	100	3						
			Общий анализ мочи	100	3						
			Бак. посев мочи **	50	2						
			Лейкоформула крови**	50	2						
			СОЭ	50	2						
			Креатинин крови **	50	2						
			Мочевина крови*	50	2						
			КЩС***	50	1						
			Калий, натрий крови*	50	1						
			АЛТ и АСТ крови *	50	1						
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты / гениталий у женщин*	50	2						
			Перевязки*	70	3						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки		
							Стационар		Поликлиника				
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая			
6	МКБ-10 Код Q64	5.4. Аномалии мочеиспускательного канала.	ВОП	100	2								
			Уролог*	100	2								
			Общий анализ крови	100	1								
			Общий анализ мочи	100	1								
			Проба Meares-Stamey**	50	1								
			Госпитальный этап										
			Бак. посев мочи**	70	1	Клапан задней уретры							
			Гематокрит	50	1	Взрослые дети с дисфункцией мочеиспускания или ИМТ, но удовлетворительной Функции почек - только эндоскопическое разрушение язв**/**	3	1	2 мес	1 мес	Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.		
			Время свертывания крови	50	1								
			Время кровотечения	50	1								
			Лейкоформула крови**	50	2								
			Креатинин крови **	50	1	При длительном (стойком) ГИР, продолжительной (длительной) обструкции пузырно-уретерального сегмента, дисфункции детрузора – индивидуальное решение ***							
			Мочевина крови*	50	1								
			КЩС***	50	1								
			Калий, натрий крови*	50	1								
			АЛТ и АСТ крови *	50	1	Маленькие дети = Удаление клапанов чреспузырным или промежностным доступом ***	5	3	2 мес	1 мес			
			Глюкоза крови *	50	1	Клапан передней уретры							
			Билирубин крови *	50	1	Трансуретральная резекция клапана, дивертикула**/**	4	3	2 мес	1 мес			
			Туберкулиновая проба**	50	1	Традиционная Уретроцелэктомия **	6	5	2 мес	1 мес			
			Ультразвуковое сканирование почек, м/пузыря и простаты **	100	1	Магалоуретра							
			Обзорный снимок мочевыводящих путей *	50	1	Перкутанная цистостомия**	5	1	2 мес	1 мес			
						Перкутанная цистостомия с бужированием свища**	5	1	2 мес	1 мес			
			в/в урография с уретелескопией **	50	1	Пластика уретры **/**	12	10	2 мес	1 мес			
						Удвоение уретры							
			Уретроцистоскопия**	50	1	Перкутанная цистостомия**	2	1	2 мес	1 мес			
						Перкутанная цистостомия с бужированием свища**	2	1	2 мес	1 мес			
			Урофлоуметрия**	50	1	ТУР полипов **	4	3	2 мес	1 мес			
			Уретрография ***	50	1	Уретральные свищи							
						Иссечение свища, пластика уретры**/**	12	10	2 мес	1 мес			
						Перкутанная цистостомия **	2	1	2 мес	1 мес			
						Перкутанная цистостомия с бужированием свища**	2	1	2 мес	1 мес			
						Пластика уретры (возможно 2 этапа) ***	12	10	2 мес	1 мес			
Долечивание амбулаторное													
ВОП (после консультации уролога)	100	3											
Уролог*	100	3											
Общий анализ мочи	100	3											

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки	
							Стационар		Поликлиника			
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая		
7	МКБ-10. Код Q50-Q56	5.5. Аномалии развития половых органов	Бак. посев мочи **	50	2							
			Проба Meares-Stamey**	50	1							
			УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты / гениталий у женщин**/**	100	1							
			Перевязки*	70	3							
			ВОП	100	2	Аномалии полового члена						
			Уролог*	100	2	Лечение индивидуальное, с косметическим и функциональным подходом (Удлинение п/члена, Выпрямление п/ч. Выделение п/ч из окружающих тканей)***	9	7	2 мес	1 мес	Восстановление нормального пассажа мочи уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение анализов мочи и крови.	
			Эндокринолог**	100	1							
			Общий анализ мочи	100	3							
			Проба Meares-Stamey **	50	1							
			Бак. посев мочи **	50	2	Рубцовый фимоз с острой задержкой мочи – циркумцизио**/**	2	1	2 мес	1 мес		
			Общий анализ крови	50	1	Хирургическое иссечение кисты **/**	7	5	2 мес	1 мес		
			Гематокрит	50	1	Меатотомия**/**	2	1	2 мес	1 мес		
			Время свертывания крови	50	1	Аномалии мошонки						
			Время кровотечения	50	1	Хирургическая пластика мошонки **/**	5	3	2 мес	1 мес		
			Лейкоформула крови**	50	1	Крипторхизм						
			Креатинин крови **	50	1	До 2х лет наблюдение или консервативная терапия**						
			Мочевина крови*	50	1	Хирургическое низведение яичка в мошонку **/**	3	2	2 мес	1 мес		
			АЛТ и АСТ крови *	50	1	Экстренное Хирургическое лечение по показаниям (перевязка влагалищного отростка с пластикой пахового канала) **/**	3	2	2 мес	1 мес		
			Глюкоза крови *	50	1							
			Билирубин крови *	50	1	Перекрыт придатка (гидатиды) яичка						
Туберкулиновая проба **	50	1	Новокаиновая блокада семенного канатика *	5	3	2 мес	1 мес					
УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты**/**	100	2	При неэффективности блокады – экстренное хирургическое вмешательство (раскручивание яичка с придатком, при некрозе яичка и придатка - эрхозидалидэктомия) **/**	3	2	2 мес	1 мес					
УЗИ мошонки**	50	2	Варикоцеле									
Доплерографическое исследование варикоцеле**	100	1	Хирургическое лечение: операции Иванисевича, Паломо, Мармара**/**	4	1	2 мес	1 мес					
Радионуклидная сцинтиграфия**	50	1	Склеротерапия ***	3	1	2 мес	1 мес					
КТ**	100	1	Лапароскопическая перевязка сосудов ***	3	1	2 мес	1 мес					
Тестикулоартерио- и венография (сперва начать с селективной почечной венографии, каваграфии)***	50	1										

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Исследование тестостерона, ФСГ, ЛГ**	50	1						
			Лапароскопия **/****	50	1						
Долечивание амбулаторное											
			ВОП (после консультации уролога)	100	3						
			Уролог*	100	2						
			Эндокринолог **	100	1						
			Общий анализ мочи	100	3						
			УЗИ почек, гениталий и мочевого пузыря*/**	100	2						
			Перевязка*	70	3						
8	МКБ-10. Код R32	5.6. Недержание мочи у женщин	ВОП	100	2	Догоспитальный этап				Удержание мочи	
			Уролог**	100	3	Тренировка мышц тазового дна*			3 мес		1 мес
			Гинеколог**	100	1	Изменения образа жизни*			3 мес		1 мес
			Невропатолог**	100	1	Консервативная терапия холинолитиками*			2 мес		1 мес
			Общий анализ крови	100	1	Электростимуляция мышц тазового дна***			3 мес		1 мес
			Общий анализ мочи	100	2	Приспособления (уретральные кольца)**/****			3 мес		1 мес
			Бак. посев мочи**	50	1	Госпитальный этап					
			Оценка состояния и качества жизни*	100	2	TVT***	10	3	10		7
			Дневник мочеиспускания (3 дня)*	100	2	TOT***	10	3	10		7
			Кашлевый тест*	100	2	Внутриуретральное введение тефлоновой пасты***	10	3	10		7
			Дрип-тест*	100	2	Лапароскопические слинговые операции***	10	3	10		7
			УЗИ почек и мочевого пузыря **	100	2	Слинговые операции***	10	3	10		7
			Определение эстрогенного статуса**	100	1	Уретропексия (Операция Берча, Операция Маршалла-Марчетти-Кратца)***	10	3	10		7
			Оценка подвижности тазовых органов**	100	2						
			Уродинамические исследования**	50	2						
			Обзорный снимок, в/в урография МВП */**	50	1						
			МСКТ**	30	1						
			Перевязка*	70	3						

Примечание – Для нозологических форм 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 догоспитальный этап аналогичен с формой 5.1

6. ТУБЕРКУЛЁЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
1	МКБ-10. Код A18.1	VI. Туберкулёз мочеполовых органов	Уролог или фтизио-уролог*	100	2	Госпитальный этап лечения мочеполового туберкулёза* Химиотерапия больных проводится согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №383 от 24 октября 2014г (приложение № 11); По показаниям проводится терапия по поводу осложнённый туберкулёза МПС и сопутствующих заболеваний: антибиотиками широкого спектра действия; противогрибковые средства и др. средства	Проводится в специализированном учреждении				Выздоровление/ремиссия. Клинические критерии улучшения состояния больного: - нормализация температурной реакции - улучшение состояния, показателей крови и мочи, восстановление пассажа мочи, полагаемое отсутствие внутри – и ближайших послеоперационных осложнений (кровотечение, оставление резидуальных камней, рецидив нарушения пассажа мочи и т.п); уменьшение СНМТ, выздоровление
2		Туберкулёз почек	Общий анализ крови	100	2		Хирургическое лечение туберкулёза почек: - ПК нефростомия** - ПК нефростомия с бужированием свища** - Традиционная нефростомия (по жизненным показаниям при невозможности выполнения ПК нефростомии)** - Перкутанное дренирование каверн** - ПК дренирование забрюшинного пространства** - Люмботомия и дренирование забрюшинного пространства (по жизненным показаниям при неэффективности или невозможности выполнения ПК дренирования)** - Вскрытие и дренирование паранефрального абсцесса почки** - Вскрытие и дренирование паранефрального абсцесса с нефростомией** - Первичная нефруретерэктомия ** - Вторичная нефрэктомия** - Кавернотомия** - Кавернэктомия** - Резекция почки**	3-4 мес	2 мес		
			Общий анализ мочи	100	2						
			Микроскопическое исследование мазка мочи на микобактерии туберкулёза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) + бак. посев мочи на микобактерии туберкулёза, тест на лекарственную чувствительность**	100	3						
			Бак.посев мочи на неспецифическую флору**	50	1						
			Молекулярно-биологическое исследование мочи на микобактерии туберкулёза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методами <i>Gen expert</i> , <i>Hain-test</i> **	50	1						
			Проба Meares-Stamey (по показаниям)**	50	1						
			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						
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки				
							Стационар		Поликлиника						
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая					
3		Туберкулёз мочеточников	Определение группы крови	100	1	Стриктура ЛМС и мочеточника: - ПК нефростомия;** - ПК нефростомия с бужированием свища** - Традиционная нефростомия (по жизненным показаниям при невозможности выполнения перкутанной нефростомии);** - Пластика ЛМС - Уретеро-уретероанастомоз;** - Интубационная уретеростомия по Дэвису;** - Установка JJ стента на 6 – 12 недель** - Эндоскопическая дилатация стриктуры мочеточника;** - Неоуретероцистоанастомоз с антирефлюксной методикой;** - Уретеро-уретеростомия;** - Уретерокутанеостомия;** - Кишечная пластика мочеточника***									
			Гематокрит	100	1										
			Время свертывания крови	100	1										
			Время кровотечения	50	1										
			Лейкоформула крови**	100	2										
			Белковые фракции крови (альбумины, глобулины)**	50	1										
			Туберкулиновая проба (проба Манту с 2 ТЕ, проба Коха с 50, 100 ТЕ)**	100	1										
			Мочевина в крови*	100	1										
			Креатинин в крови**	100	1										
			Протеин в моче**	100	1										
4		Туберкулёз мочевого пузыря и мочеиспускательного канала	УЗИ гениталий (по показаниям)**	100	2	Хирургическое лечение туберкулёза мочевого пузыря и уретры: - ТУР (электрокоагуляция) яв мочевого пузыря** - Эндовезикальное введение лекарств** - Гидротубация мочевого пузыря;** - ПК цистостомия;** - Эпицистостомия (по показаниям):** - Кишечная пластика мочевого пузыря;** - Уретропластика буккальная;** - Уретроуретроанастомоз;** - Транспозиция уретры (по показаниям):** - Бужирование мочеиспускательного канала**									
			Цистоскопия, уретроскопия (по показаниям)**	50	2										
			Эндовезикальная биопсия (по показаниям)**	50	1										
			Обзорный снимок грудной клетки*/**	100	1										
			Обзорный снимок мочевыводящих путей */**	100	1										
			Экскреторная урография**	100	1										
			Ретроградная пиелография: уретерцистография (по показаниям)**	50	1										
			5		Туберкулёз мужских половых органов. Туберкулёзный простатит/ везикулит/ эпидидимит/ орхит/ орхоэпидидимит		Перкутанная антеградная пиелография (по показаниям)**	50	1	Лечение туберкулёза половых органов: - Скрототомия; - Резекция придатка яичка; - Эпидидимэктомия; - Орхидэктомия, - Дренирование предстательной железы и/ или семенных пузырьков**					
							МРТ, МСКТ (по показаниям)**	50	1						
							Ангиография почки	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки			
							Стационар		Поликлиника					
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая				
			(артериография) (по показаниям)**											
			Радиоизотопная ренография (по показаниям)**	25	1									
			Радиоизотопная нефросцинтиграфия (по показаниям)**	25	1									
			ЭКГ*	50	1									
			ТИАБ почки с бактериологическим исследованием аспирата (по показаниям)**/**	50	1									
			ТИАБ почки с введением антибиотика в паранефрий (по показаниям)**/**	50	1									
			Биопсия с бактериологическим исследованием материала (по показаниям)**	50	1									
			Консультация специалистов (по показаниям): 1. Фтизиатр** 2. Нефролог** 3. Гинеколог** 4. Дерматовенеролог** 5. Эндокринолог** Перевязки*	50	2									
							Долечивание амбулаторное		Поддерживающая фаза длится 4 месяца с приемом двух препаратов, главным образом рифампицина и изониазида. В поддерживающей фазе препараты можно принимать дважды или трижды в неделю. **/** Лечение до 6 месяцев - короткий курс - эффективен при неосложненных формах МПТ. В сложных случаях (рецидив туберкулеза,					
							ВОП (после консультации согласно рекомендациям фтизиоуролога)	100		3				
Уролог*. Фтизиоуролог (фтизиатр)**	100	3												
Общий анализ мочи	100	4												
Бак. посев мочи**	100	2												
Общий анализ крови (Лейкоформула)	100	2												

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			крови**)			<p>иммунодепрессивные состояния и ВИЧ/СПИД) необходима терапия до 9-12мес.**/**</p> <p>В случаях с полирезистентными формами туберкулеза (по определению ВОЗ - туберкулез вызванный бациллами, стойкими к рифампицину и изониазиду, с или без устойчивости к другим препаратам) Терапия требует использования по крайней мере четырех препаратов, которые отобраны на основе чувствительности (этионамид, протинамид, кларитромицин, циклосерин, хинолоны, канамицин, вномитин, капреомицин, триацетазон и ПАСК). Продолжительность терапии основана на бактериологическом ответе, но может быть 18 - 24 месяцев и дольше.**/**</p>					
			Креатинин крови**	50	2						
			Мочевина крови*	50	2						
			УЗИ почек (по показаниям)**	50	1						
			Наружное ультразвуковое сканирование гениталий и мочевого пузыря (по показаниям)**	50	1						
			Перевязки*								

7. ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
1	МКБ-10. Код S37.0	VII. Травмы мочеполовых органов 7.1. Травмы почек	Уролог*	100	6	<p>Госпитальный этап</p> <p>Стабильная гемодинамика</p> <p>1 - 2 степень:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 4-5 дней • Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокапроновая кислота) 2-3 дня* <p>3 - 4 степень:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение, постельный режим, а/б, повторное исследование Нт • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 4-5 дней • Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокапроновая кислота) 2-3 дня* <p>5 степень:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ревизия почки • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 3-5 дней • Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокапроновая кислота) 3-5 дня* <p>Нестабильная гемодинамика (систолическое АД < 90 mmHg, гематурия ≥ 5 эритроцитов в поле зрения)</p> <p>1. Экстренная лапаротомия**</p> <p>2. Разовая интраоперационная в/в урография (доза контраста 2мл/кг веса)**</p> <p>Нормальная урограмма = нет повреждения почек:</p> <ul style="list-style-type: none"> • опорожнение гематомы, стабилизация состояния больного → наблюдение; 					<p>Остановка кровотечения, восстановление функции органа, улучшение состояния, показатели анализа крови и мочи</p>
			Травматолог, хирург**	50	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Анестезиолог-реаниматолог*	50	2		10	7	2 мес	1 мес	
			Общий анализ мочи	100	3		10	7	2 мес	1 мес	
			Общий анализ крови	100	3		10	7	2 мес	1 мес	
			Гемоглобин**	50	5		10	7	2 мес	1 мес	
			Гематокрит	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Время свертывания крови	100	2		10	7	2 мес	1 мес	
			Время кровотечения	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Креатинин крови**	50	3		10	7	2 мес	1 мес	
			Мочевина крови*	50	3		10	7	2 мес	1 мес	
			АЛТ и АСТ крови*	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Глюкоза крови*	100	2		10	7	2 мес	1 мес	
			Билирубин крови*	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Определение RW**	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Определение HBsAg**	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Определение группы крови*	100	1		10	7	2 мес	1 мес	
			Контроль за гемодинамикой*	100	3		10	7	2 мес	1 мес	
			УЗИ почек, брюшинного пространства, м/пузыря, гениталий**	50	4		10	7	2 мес	1 мес	
В.в урография с ретроградной уретеропиелографией**	100	1	10	7	2 мес	1 мес					
Ретроградная уретеропиелография**	50	1	10	7	2 мес	1 мес					
МСКТ**	50	1	10	7	2 мес	1 мес					

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			МРТ**	50	1	<ul style="list-style-type: none"> • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 3-5 дней • Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокaproновая кислота) 3-5 дня* • пульсирующая или распространяющаяся гематома → ревизия почки** Отклонения от нормы на урограмме → ревизия почки: • Ушивание разрыва почки** • Первичная нефрэктомия + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 3-5 дней • Вторичная нефрэктомия** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 3-5 дней • Ангиография с эмболизацией кровоточащего сосуда** 					
			Ангиография почек**	50	1						
			ЭКГ*	50	1						
			Перевязки*								
Долечивание амбулаторное (наблюдение не менее 3-х месяцев при травме 3-5 класса)											
			ВОП (после консультации уролога)	100	4						
			Уролог*	100	4						
			Травматолог/хирург**	50	1						
			Общий анализ мочи	100	4						
			Бак посев мочи**	50	2						
			Общий анализ крови	100	2						
			УЗИ почек, забрюшинного пространства (ч/з каждые 2 – 4 дня)**	50	2						
			УЗИ ложа удаленной почки**	100	2						
			УЗИ мочевого пузыря и гениталий**	100	1						
			в/в урография при больших травмах почек 3-4 класса**	100	1						
			Антеградная пиелоуретрография**	50	1						
			Перевязка*								

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
2	МКБ-10. Код S37.1	7.2. Повреждения мочеточников	Уролог*	100	6	Госпитальный этап				Остановка кровотечения, восстановление функции органа, улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи	
			Травматолог, хирург**	50	1	Повреждения 1 – 2 степени:					
			Анестезиолог-реаниматолог*	100	1	10	7	2 мес	1 мес		<ul style="list-style-type: none"> • Стентирование мочеточника** (3 недели) • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) • Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокaproновая кислота) 2-3 дня* • ПК нефростомия** • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) • Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокaproновая кислота) 2-3 дня*
			Общий анализ мочи	50	6						
			Общий анализ крови	50	3						
			Гемоглобин**	100	3	10	7	2 мес	1 мес		
			Гематокрит	100	1						
			Время свертывания крови	100	2						
			Время кровотечения	100	2						
			Креатинин крови**	100	2						
			Мочевина крови*	100	2	2-4 степень (повреждения, выявленные во время хирургического вмешательства (ревизи))					
			АЛТ и АСТ крови*	100	1	15	10	2 мес	1 мес		
			Глюкоза крови*	100	2						
			Билирубин крови*	100	1						
			Определение RW**	100	1						
			Определение HbAg**	100	1	Повреждения 3 - 5 степени – экстренное хирургическое вмешательство					
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1	15	10	2 мес	1 мес		
			Определение группы крови*	100	1						
			Контроль за гемодинамикой*	100	довольный						
			УЗИ почек, забрюшинного пространства, мочевого пузыря**	50	6						
			В.в урография с уретелескопией**	100	1	10	10	2 мес	1 мес		
			Ретроградная уретеропиелография**	50	1						
			МСКТ**	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки	
							Стационар		Поликлиника			
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая		
			МРТ**	50	1	<ul style="list-style-type: none"> • Трансуретероуретероанастомоз**/*** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны); • Операция Боари**/*** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) 						
			Ангиография почек**	50	1							
			ЭКГ*	50	1							
			Перевязка *	70	5							
						3. Нижняя треть мочеточника: <ul style="list-style-type: none"> • Уретероцистонеоанастомоз**/*** + антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) • Реимплантация мочеточника с ушиванием её в поясничную мышцу (psoas hitch) + антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) • Blandy цистопластика*** 	15	12	2 мес	1 мес		
						4. Полный разрыв мочеточника: <ul style="list-style-type: none"> • Кишечная пластика (замещение тонким кишечником)*** + антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны) + метронидазол 100 мг в/в 1 раз в день; • Аутотрансплантация почки*** 	25	20	2 мес	1 мес		
			Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)									
			ВОП (после консультации уролога)	100	3							
			Уролог*	100	3							
			Травматолог/хирург**	50	1							
			Общий анализ мочи	50	3							
			Бак посев мочи**	50	1							
			Общий анализ крови	50	3							
			Определение хлора, бикарбонатов, электролитов в крови**/***	50	2							
			УЗИ почек, забрюшинного пространства*/**	50	2							
			УЗИ ложа удаленной почки**	100	2							
			УЗИ мочевого пузыря и гениталий*/**	100	1							
			В/в урограмма**	50	1							

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Антеградная пиелоуретерография**	50	1						
			Цистограмма ч/з 2 недели после операции**	50	1						
			Перевязки*								
3	МКБ-10. Код S37.2	7.3. Травмы мочевого пузыря	Уролог*	100	5	Госпитальный этап				Остановка кровотечения, восстановление функции органа, улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи	
			Травматолог, хирург*/**	80	1	Отсутствие повреждения шейки мочевого пузыря и/или ассоциированного повреждения, при котором необходимо хирургическое вмешательство, внебрюшинные разрывы мочевого пузыря					
			Анестезиолог-реаниматолог*	50	1						
			Общий анализ мочи	100	5	10	7	1 мес	1 мес		
			Общий анализ крови	100	2						
			Гемоглобин**	100	3						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертывания крови	100	2						
			Время кровотечения	100	1						
			Креатинин крови**	50	2	15	10	1 мес	1 мес		
			Мочевина крови*	50	2						
			АЛТ и АСТ крови*	70	1						
			Глюкоза крови*	70	1						
			Билирубин крови*	70	1						
			Определение RW**/***	100	1						
			Определение HBsAg**/***	100	1						
			ВИЧ инфекция (при добровольном согласии пациента)**	100	1						
			Определение группы крови		1						
			Контроль за гемодинамикой**/***	100	3						
			Проба Зельдовича*	50	1						
			УЗИ почек, забрюшинного пространства*/**	70	3						
			УЗИ мочевого пузыря, гениталий**/***	100	4						
			Обзорная урография**/***	70	1						
			В.в урография с уретелескопией**	70	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Микционная цистография**	50	1						
			Ретроградная цистография (≥ 350 мл разведенного контраста)**	50	1						
			Ретроградная цистография (с заполнением м/пузыря на половину, в прямой, боковой и кривой позициях по необходимости)**	50	1						
			Постмикционная цистография**	50	1						
			МСКТ**	50	1						
			МРТ**	50	1						
			Ангиография (с эмболизацией кровотока сосуда)**/**	50	1						
			ЭКГ*	50	1						
			Перевязки*	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	100	3						
			Бак. посев мочи	50	1						
			Общий анализ крови	50	3						
			УЗИ почек, забрюшинного пространства**/**	100	3						
			УЗИ мочевого пузыря и гениталий**/**	100	3						
			Экскреторная урография**	50	1						
			Цистограмма**	50	1						
			Перевязка*								
4	МКБ-10. Код S37.3	7.4. Повреждения мочеиспускательного канала	Уролог*	100	6	Госпитальный этап Повреждения 1-2 степени:	15	10	3 мес	2 мес	Остановка кровотечения,
			Травматолог. хирург**	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Анестезиолог-реаниматолог*	100	2	<ul style="list-style-type: none"> Наблюдение; Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)* Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат, викасол, аминокапроновая кислота)* 					восстановление функции органа, улучшение состояния, показателей анализа крови и мочи
			Общий анализ мочи	100	6		15	10	3 мес	2 мес	
			Общий анализ крови	100	3	Повреждения 3-степени: <ul style="list-style-type: none"> Наблюдение, постельный режим; Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)* 					
			Гемоглобин мочи**	100	3		21	15	3 мес	2 мес	
			Гематокрит	100	1	Повреждения 4-5-степени: <ul style="list-style-type: none"> Хирургическое вмешательство по показаниям**; Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**. 					
			Время свертывания крови	100	1		15	10	3 мес	2 мес	
			Время кровотечения	100	1	Ушивание разрыва уретры (только в течение первых 6 часов после травмы) + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			Креатинин крови**	50	2		3	2	1 мес	20	
			Мочевина крови*	50	2	Эндоскопическое восстановление целостности уретры*** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			АЛТ и АСТ крови*	50	2		15	10	6 мес	3 мес	
			Глюкоза крови*	50	2	Пластика уретры по Хольцову** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			Билирубин крови**	50	2		8	7	2 мес	1 мес	
			Определение RW**/**	100	1	Пластика уретры по Соловьеву** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			Определение HBsAg**/**	100	1		12	10	2 мес	1 мес	
			ВИЧ инфекция (при согласии пациента)**	100	1	Пластика уретры по Русакову*** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			Определение группы крови	100	1		12	10	2 мес	1 мес	
			Контроль за гемодинамикой**/**	100	3	Аугментационная пластика уретры**/** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			УЗИ почек, забрюшинного пространства**/**	50	3		8	7	2 мес	1 мес	
			УЗИ мочевого пузыря, гениталий**/**	70	3	Аугментационная пластика уретры**/** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			Микционная цистоуретрография**	100	2		12	10	2 мес	1 мес	
			Ретроградная уретрография**	100	2	Аугментационная пластика уретры**/** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			МСКТ**	50	1		12	10	2 мес	1 мес	
			МРТ**	50	1	Аугментационная пластика уретры**/** + Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**.					
			ЭКГ*	100	1		8	7	2 мес	1 мес	
			Перевязки*	80	4						
Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)											

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
						реконструкция**; • Экстравазация при уретрографии – см. травмы уретры**/** • Суспензорий 10 дней* • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)** + Метронидазол 100 мг 1 раз в день 3 дня;					
						<i>Нестабильная гемодинамика:</i> 1. После стабилизации состояния: • Дообследование (КТ), выбор тактики; • Дренирование мочевого пузыря; некрэктомия; реконструкция**; • Суспензорий 10 дней*; • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)**; 2. Невозможно стабилизировать состояние: • Экстренное хирургическое вмешательство по показаниям** • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)*;	20	15	1 год	6 мес	
						2. Невозможно стабилизировать состояние: • Экстренное хирургическое вмешательство по показаниям** • Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны)*;	20	15	6 мес	3 мес	
Долечивание амбулаторное (наблюдение в течение 3-х месяцев)											
			ВОП (после консультации уролога)	100	3						
			Уролог*	70	5						
			Общий анализ мочи	100	3						
			Бак. посев мочи**	50	1						
			Общий анализ крови	70	1						
			УЗИ почек, забрюшинного пространства**	70	1						
			УЗИ мочевого пузыря и гениталий**/**	100	2						
			Перевязки*								

8. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УРОЛОГИИ

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
I	МКБ-10. Код C64-C68; C60-C63.	VIII. Онкологические заболевания в урологии	ВОП	100	1						
<i>Догоспитальный этап</i>											
			Уролог*	100	4						Клинические критерии улучшения состояния больного: уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация мочеиспускания; отсутствие рецидивирования и метастазирования опухоли в послеоперационном периоде.
			Общий анализ крови	100	2						
			Общий анализ мочи	100	2						
			Микроскопия осадка мочи, сока простаты на наличие атипичных клеток**	100	2						
			Простатоспецифический антиген (PSA)**	100	12						
			Гематокрит	100	1						
			Время свертывания крови	100	1						
			Время кровотечения	100	1						
			Лейкоформула крови**	100	1						
			Креатинин крови**	100	2						
			АЛТ и АСТ крови*	100	2						
			Глюкоза крови*	100	2						
			Билирубин крови*	100	1						
			Щелочная фосфатаза**	50	1						
			Определение RW**/**	100	1						
			Определение HBsAg**/**	100	1						
			ВИЧ инфекция (при согласии пациента)**	100	1						
			Сывороточные опухолевые маркеры (АФП, β-hCG, ЛДГ)**/**	100	3						
			Инстиллярия мочевого пузыря раствором адреомидина(доксорубидин)**	100	6						
			Инстиллярия мочевого пузыря раствором BCG**	100	6						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			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						
			Наружное УЗИ печени и нижней полой вены**	50	1						
			Наружное УЗИ поджелудочной железы**	50	1						
			Наружное УЗИ лимфоузлов брюшной полости**	50	1						
			Пальцевое ректальное исследование*	100	3						
			TRUS простаты и семенных пузырьков**	100	1						
			УЗИ сканирование паховой области**	50	1						
			УЗИ органов мошонки и полового члена**	50	1						
			Обзорный снимок мочевых путей*/**	100	1						
			Рентгенография грудной клетки*/**	100	1						
			Обзорный снимок костей позвоночника и таза*/**	100	1						
			в/в урография**	100	1						
			ЭКГ + осмотр терапевта + анестезиолога*	100	1						
			КТ почек, забрюшинного пространства, аорты, нижней полой вены**	100	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			КТ органов малого таза (мочевого пузыря, простаты/матки)**	100	1						
			МРТ органов малого таза и наружных половых органов**	100	1						
			КТ подвздошной области**	50	1						
			КТ черепа**	20	1						
			КТ грудной клетки**	50	4						
			Тонкоигольная аспирация опухоли почки**	50	1						
			Цитологические исследование аспирата опухоли**	50	1						
			Уретроцистоскопия**	50	1						
			Биопсия лоханки, мочеточника**	50	1						
			Биопсия слизистой мочевого пузыря**	50	1						
			Биопсия образования мочевого пузыря**	50	3						
			Коре-биопсия простаты (зоны интереса или мультифокальная)***	50	3						
			Уретроскопия с биопсией слизистой уретры**	50	1						
			Исследование биопсийного материала**	50	1						
			ТИАБ образования почки**/**	50	1						
			Аортография**	20	1						
			Селективная аорто-зонефрография**	50	1						
			Артериография таза и нижних конечностей**	50	1						
			Тазовая флебография**	50	1						
			Нижняя каваграфия**	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Диагностическая катетеризация почечных вен с забором крови для определения содержания гормонов**	50	1						
			Рентгеноваскулярная окклюзия**	50	1						
			Предварительная эмболизация почечных артерий**	50	1						
Госпитальный этап											
			Уролог *	100	4	Опухоли почек и мочеточника (согласно классификации TNM)				Клинические критерии улучшения состояния больного: уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация мочеиспускания; отсутствие рецидивирования и метастазирования опухоли послеоперационном периоде.	
			Общий анализ крови	50	1						
			Общий анализ мочи	100	2	Энуклеация опухоли почки с нефрэктомией**/***	14	7	п/ж		5 лет
			Цитологическое исследование осадка мочи, сока простаты**	100	2	Резекция почки с опухолью**/***	14	7	п/ж		5 лет
			Гематокрит	50	1	Энуклеорезекция или резекция сегмента почки**/***	14	7	п/ж		5 лет
			Время свертывания крови	50	1	Лапароскопическое удаление опухоли почки***	14	7	п/ж		5 лет
			Время кровотечения	50	1	Радикальная нефрэктомия с удалением локальных метастазов (лимфаденэктомия)***	14	7	п/ж		5 лет
			Лейкоформула крови**	50	1	Радикальная нефрэктомия с тромбэктомией из почечных и нижней полой вены***	14	7	п/ж		5 лет
			Креатинин крови**	50	1	Лапароскопическая парциальная нефрэктомия***	14	7	п/ж		5 лет
			АЛТ и АСТ крови*	50	1	Электрорезекция новообразований лоханки***	14	7	п/ж		5 лет
			Глюкоза крови*	50	1	Электрорезекция новообразований мочеточника***	14	7	п/ж		5 лет
			Билирубин крови*	50	1	Субтотальная нефрэктомия (двумя доступами) **/***	14	7	п/ж		5 лет
			Щелочная фосфатаза**	50	1	Тотальная нефруретерэктомия с иссечением устья и цистостомией***	14	7	п/ж		5 лет
			Определение RW*/**	100	1	Тотальная нефруретерэктомия с иссечением устья и цистостомией вторичная****	14	7	п/ж		5 лет
			Определение HbAg*/**	100	1	Опухоли мочевого пузыря					
			ВИЧ инфекция (при согласии пациента)**	100	1	Цистоскопия с отмытием тампоном**	5	3	7		5
			Сывороточные опухолевые маркеры (АФП, β-hCG, ЛДГ)**/***	100	2	ТУ электрорезекция папиллом, опухолей мочевого пузыря**	5	3	7		5
			Инстиллярия мочевого пузыря раствором адреналина(доксорубини)**	100	6	Резекция мочевого пузыря при раке**	14	10	14		10
			Инстиллярия мочевого пузыря раствором ВСГ**	100	6	Радикальная цист(уретра)эктомия***	14	10	14		10
						Уретерэктомия**	10	8	10		7
						Радикальная цистэктомия (с илеоцистопластикой)***	20	16	20	16	
						Дренирование почек, мочевого пузыря**	5	3	п/ж	п/ж	

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			УЗИ почек и забрюшинного пространства*/**	100	5	Рак простаты				Клинические критерии улучшения состояния больного: уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация мочеиспускания; отсутствие рецидивирования и метастазирования опухоли послеоперационном периоде.	
			УЗИ гениталий и мочевого пузыря у женщин**	50	5	ТУР рака простаты с паллиативной целью при наличии инфектавезикальной обструкции)**	7	5	п/ж		п/ж
			УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин**	50	5	Радикальная простатэктомия***	14	10	20		15
			УЗИ печени и нижней полой вены**	50	1	Радиационная терапия**/***					
			УЗИ поджелудочной железы**	50	1	Брахитерапия**/***					
			УЗИ лимфоузлов брюшной полости**	50	1	Билатеральная орхидэктомия**	3	1	10		7
			Пальцевое ректальное исследование**	100	3	Гормональная терапия**/***					
			TRUS простаты и семенных пузырьков**	100	3	Негормональная терапия (цитостатические препараты)**/***					
			УЗИ паховой области**	50	1	Опухоли яичка					
			УЗИ органов мошонки и полового члена**	50	1	Гемикастрация**	4	2	14		10
			Обзорный снимок мочевых путей**	50	1	Двухсторонняя орхидэктомия**	4	2	14		10
			Рентгенография грудной клетки**	50	1	Жинсий олат усмалари					
			Обзорный снимок костей позвоночника и таза**	50	1	Частичная ампутация полового члена**/***	10	5	10		5
			в/в урография**	50	1	Радикальная ампутация полового члена***	10	5	10		5
			ЭКГ	50	1	Лазерная терапия (CO ₂ – или Nd:YAG лазер)***	7	3	10		5
			КТ почек, забрюшинного пространства, аорты, нижней полой вены**	50	1	Криотерапия***	7	3	10		5
			КТ органов малого таза (мочевого пузыря, простаты/матки)**	50	1	Локальная эксцизия***	7	3	10		5
			МРТ органов малого таза и наружных половых органов**	50	1	Частичная/тотальная пенэктомия с паховой лимфоаденэктомией***	10	5	10		5
						Брахитерапия***					

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			КТ подвздошной области**	50	1						
			КТ черепа**	50	1						
			КТ грудной клетки**	50	1						
			Тонкоигольная аспирация опухоли почки**	50	1						
			Цитологические исследования аспирата опухоли**	50	1						
			Уретроцистоскопия**	50	1						
			Биопсия лоханки, мочеточника**	50	1						
			Биопсия слизистой мочевого пузыря**	50	1						
			Биопсия образования мочевого пузыря**	50	1						
			Зоны интереса простаты (зоны интереса или мультифокальная)**	50	3						
			Уретроскопия с биопсией слизистой уретры**	50	1						
			Исследование биопсийного материала**	50	1						
			ТИАБ образования почки***	50	1						
			Аортография**	20	1						
			Селективная аортографо-нефрография**	50	1						
			Артериография таза и нижних конечностей***	50	1						
			Тазовая флебография***	50	1						
			Нижняя каваграфия***	50	1						
			Диагностическая катетеризация почечных вен с забором крови для определения содержания гормонов***	50	1						

№	МКБ-10	Нозологическая форма	Диагностические процедуры 1. Лабораторные 2. Функциональные 3. Консультации	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения				Критерии оценки
							Стационар		Поликлиника		
							осложнённая	не осложнённая	осложнённая	не осложнённая	
			Рентгеноваскулярная окклюзия**	50	1						
			Предварительная эмболизация почечных артерий***	50	1						
			Перевязки*	50	4						
			Долечивание амбулаторное								
			ВОП (после консультации уролога или онкоуролога)*	100	4						
			Уролог *	100	4						
			Общий анализ мочи	100	5						
			Инстилляционная мочевого пузыря раствором адреомидина (доксирубицина) при раке мочевого пузыря**	100	5						
			Инстилляционная мочевого пузыря раствором BCG при раке мочевого пузыря**	100	9						
			УЗИ почек*	100	5						
			УЗИ мочевого пузыря и простаты у мужчин**	100	5						
			УЗИ гениталий и мочевого пузыря у женщин**	100	5						
			Урофлоуметрия*/**	50	3						
			Перевязки*	70	4						
			Радио- и химиотерапия в специализированном учреждении								

ПРИЛОЖЕНИЯ

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
Фосфомидина 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
<i>Альтернативные препараты:</i>		
Ципрофлоксацин	250 мг 2 раза в день	3 дня
Левифлоксацин	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
<i>Если локальная резистентность E.coli < 20%</i>		
Триметаприм/сульфаметоксазол (TMP/SMX)	160/800 мг 2 раза в день	3 дня
Триметаприм (TMP)	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 тактичной 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.

68

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
Амоксициллин + Клавулановая кислота	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 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 этилсульцинат 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
- Левифлоксацин 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;
 - Левифлоксацин перорально в 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:

- исчезновение симптомов заболевания;
- 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:

- исчезновение симптомов заболевания;
- нормализация температурной реакции;
- улучшение состояния, показателей крови и мочи.

69

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 эмпирической терапии
<ul style="list-style-type: none"> • Фторхинолоны • Ингибиторозащищенный аминопенициллин • Цефалоспорины 2 или 3 поколения • Аминогликозиды Ингибитор химояланган аминопенициллинлар
Антибиотики, рекомендуемые для эмпирической терапии при неэффективности стартовой терапии или при тяжелых инфекциях
<ul style="list-style-type: none"> • Фторхинолоны (если не использовался для стартовой терапии) • Ингибиторозащищенный аминопенициллин (пиперациллин) • Цефалоспорины 3b группы • Карбапенемы • Комбинированная терапия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Аминогликозид + Ингибиторозащищенный аминопенициллин ○ Аминогликозид + Фторхинолон
Антибиотики, не рекомендуемые для эмпирической терапии
<ul style="list-style-type: none"> • Аминопенициллины (амоксциллин, ампициллин) • Триметаприм/сульфаметоксазол (TMP/SMX) • Фосфомицин трометамол

Дополнительные приложения
Диагностические критерии ИМТ

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 течение 4 недель до этого эпизода.	> 10 лейкоцитов/мм ³ > 103 КОЕ/мл
2. Острый неосложненный пиелонефрит	Высокая температура, боль в боку; другой диагноз исключается; нет анамнеза или клинических данных о наличии каких либо урологических аномалий (по данным УЗС, рентгенологических исследований)	> 10 лейкоцитов/мм ³ > 104 КОЕ/мл
3. Осложненная ИМТ	Какая либо комбинация симптомов из категории 1 и 2; один или более факторов связанных с осложненной ИМТ	> 10 лейкоцитов/мм ³ > 105 КОЕ/мл у женщин > 104 КОЕ/мл у мужчин или при катетеризации
4. Бессимптомная бактериурия	Нет клинических проявлений	> 10 лейкоцитов/мм ³ > 105 КОЕ/мл бак. Посев в двух последовательных образцах средней порции мочи. > отдельно через 24 часа
5. Рецидивирующая ИМТ (антимикробная профилактика).	По крайней мере три эпизода неосложненной инфекции мочевого пузыря за последние 12 месяцев; нет анатомических / функциональных отклонений.	> 103 КОЕ/мл

Шкала оценки симптомов хронического простатита
Chronic Prostatitis Symptom Index – CPSI

Боль или дискомфорт		
1. В течении последней недели испытывали ли Вы боль или дискомфорт в указанных областях?	Да	Нет
а. В промежности (в области между прямой кишкой и яичками)	1	0
б. В яичках	1	0
в. В головке полового члена (не во время мочеиспускания)	1	0
г. В нижних отделах живота	1	0
2. Испытывали ли Вы за последнюю неделю следующее?	Да	Нет
а. Боль или жжение во время мочеиспускания	1	0
б. Боль или дискомфорт во время или после эякуляции.	1	0
3. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали боль или дискомфорт в любой из указанных областей?	Балл	
Никогда	0	
Редко	1	
Иногда	2	
Часто	3	
Обычно	4	
Постоянно, всегда	5	
4. Укажите степень боли или дискомфорта по шкале от 0 до 10, где 0 – не было боли, а 10 – боль настолько ужасно, насколько это можно представить	Балл от 1 до 10	
Мочеиспускание		
5. Как часто вы испытывали чувство неполного опорожнения мочевого пузыря в течение последней недели?	Балл	
Никогда	0	
Менее чем 1 из 5 случаев	1	
Менее чем в половине случаев	2	
Примерно в половине случаев	3	
Больше чем в половине случаев	4	
Почти всегда	5	
6. Как часто за последнюю неделю Вы мочились чаще чем через 2 часа?	Балл	
Никогда	0	
Менее чем 1 из 5 случаев	1	
Менее чем в половине случаев	2	
Примерно в половине случаев	3	
Больше чем в половине случаев	4	
Почти всегда	5	

Качество жизни

7. Как часто за последнюю неделю симптомы вынуждали Вас отказаться от привычных занятий	Балл
Никогда	0
Изредко	1
Иногда	2
Часто	3
8. Как часто за последнюю неделю Вы думали о симптомах?	Балл
Никогда	0
Изредко	1
Иногда	2
Часто	3
9. Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися симптомами до конца жизни?	Балл
С наслаждением	0
В целом с удовлетворением	1
С радостью	2
Смешанное чувство	3
Неудовлетворительно	4
С несчастьем	5
С ужасом	6

1. Подсчитайте отдельно сумму баллов по доменам:

- Боль или дискомфорт (1а, 1б, 1в, 1г, 2а, 2б, 3 ва 4) =
- Мочеиспускание (5 ва 6) =
- Качество жизни (7, 8, 9) =

2. Сложите сумму баллов по доменам «Боль или дискомфорт» ва «Мочеиспускание» (интервал 0-31), получив при этом «оценку выраженности симптомов»:

- 0-9 – незначительно выраженные симптомы;
- 10-18 – средневыраженные симптомы;
- 19-31 – тяжелые симптомы.

3. Рассчитайте и запишите «Общую сумму баллов» (интервал 0-43). 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.

Классификация хронических простатов
Национальный институт здоровья США (НИН)

Категория	Традиционное название	Описание
I	Острый бактериальный простатит	Острое инфекционное воспаление предстательной железы
II	Хронический бактериальный простатит	Повторные инфекции мочевыводящих путей, хроническая инфекция простаты
III	Хронический абактериальный простатит, синдром хронической тазовой боли	Дискомfort или боль в области малого таза, различные симптомы нарушения мочеиспускания, сексуальные нарушения, состояния при невыясненной инфекции
IIIА	Синдром хронической тазовой боли с признаками воспаления	Повышенное число лейкоцитов в эякуляте, секрете простаты, в третьей порции мочи
IIIВ	Синдром хронической тазовой боли без признаков воспаления	Незначительное число лейкоцитов в эякуляте, секрете простаты, третьей порции мочи
IV	Асимптоматический простатит	Признаки воспаления в биоптате простаты, эякуляте, секрете простаты, третьей порции мочи – без клинических проявлений.

Рекомендованная антибактериальная терапия в урологии

Диагноз	Наиболее часто встречаемый возбудитель	Начальная, эмпирическая антимикробная терапия	Длительность лечения
Острый неосложненный цистит	• Escherichia coli • Klebsiella • Proteus • Staphylococcus	• Триметоприм / Сульфаметаксазол • Фторхинолоны Альтернативные препараты: • Фосфомицин трометрамол • Пивмециллин • Нитрофураны	1-3 дня
Острый неосложненный пиелонефрит	• Escherichia coli • Klebsiella • Proteus • Другие Enterobacteriaceae • Staphylococcus	• Фторхинолоны • Цефалоспорины (2-3 поколения) Альтернативные препараты: • Аминопенициллин / ингибиторы β-лактамаз • Аминогликозиды	7-10 дня

ИМТ с осложняющими факторами	• Escherichia coli • Enterococcus • Pseudomonas • Staphylococcus • Klebsiella • Proteus • Enterobacter • Другие Enterobacteriaceae • (Candida)	• Фторхинолоны • Аминопенициллин / ингибиторы β-лактамаз • Цефалоспорины 2 поколения • Цефалоспорины 3 поколения • Аминогликозиды В случае неадекватности начальной терапии в течение 1-3 дней или при тяжелом клиническом течении: Препараты, действующие против Pseudomonas: • Фторхинолоны, если не применялись ранее. • Ациламипенициллин / ингибиторы β-лактамаз • Цефалоспорины 3 поколения • Карбапенем ± Аминогликозиды При наличии Candida: • Флюконазол • Амфотерицин В	3-5 дней после снижения температуры / устранения осложняющих факторов
Нозокомиальная ИМТ			
Острый осложненный пиелонефрит			
Простатиты: острый и хронический	• Escherichia coli • Другие Enterobacteriaceae • Pseudomonas • Enterococcus • Staphylococcus • Chlamidia • Ureaplasma	• Фторхинолоны Альтернативные препараты при остром простатите: • Цефалоспорины 2 поколения • Цефалоспорины 3 поколения В случае хламидийной или уреаплезменной этиологии: • Доксициклин • Макролиды	Острое течение: 2 недели Хроническое течение: 4-6 недели и более.
Уросепсис	• Escherichia coli • Бошкка Enterobacteriaceae После урологических вмешательств – резистентные патогены: • Pseudomonas • Proteus • Serratia • Enterobacter	• Цефалоспорины 3 поколения • Фторхинолоны • Препараты действующие против Pseudomonas • Ациламипенициллин / ингибиторы β-лактамаз • Карбапенем • Аминогликозиды	3-5 дней после снижения температуры / устранения осложняющих факторов

Рекомендации для периперационной антимикробной профилактики в урологии

Процедуры	Наиболее часто встречаемый возбудитель	Выбор антибактериальных препаратов	Альтернативные антибактериальные средства	Замечания
I. Открытые операции				
Мочевыводящие пути, включая операции с пластикой кишечного сегмента	Enterobacteriaceae 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	Enterobacteriaceae 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	Цефалоспорины 1-2 го поколения		У больных с высоким риском инфицирования
II. Эндоскопические операции				
Уретры, предстательной железы, мочеточника, почки, включая чрескожную литолапаксию и ЭУВЛ	Enterobacteriaceae Staphylococci Enterococci	Фторхинолоны Аминопенициллин/ ингибитор β-лактамаз Цефалоспорины 2 го поколения Фосфомицин трометрамол	Триметоприм/Сульфаметаксазол Аминогликозиды	У больных с высоким риском инфицирования
III. Диагностические вмешательства				
Трансректальная биопсия простаты (с тонкой иглой)	Enterobacteriaceae Enterococci Анаэробы Streptococci	Фторхинолоны Аминопенициллин/ингибитор β-лактамаз Цефалоспорины 2 го поколения/ метронидазол	Триметоприм/Сульфаметаксазол Аминогликозиды	У всех больных
Промежностная биопсия предстательной железы Уретроцистоскопия Уретероскопия Перкутанная пиелостомия Лапароскопические процедуры	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Фторхинолоны Аминопенициллин/ингибитор β-лактамаз Цефалоспорины 2 го поколения	Триметоприм/Сульфаметаксазол	У больных с высоким риском инфицирования

Антибактериальные препараты

<i>Группы</i>	<i>Препараты</i>
Триметоприм/Сульфаметасазол	Триметоприм, ко-тримаксазол (TMP/SMX), ко-тетроксоприм (TXP-SDX), сульфамеразин
Фторхинолоны ^{1,2}	
1 группа	Норфлоксацин, пефлоксацин
2 группа	Эноксацин, флероксацин, офлоксацин, цiproфлоксацин
3 группа	Левифлоксацин, спарфлоксацин
4 группа	Гатифлоксацин, моксифлоксацин
Макролиды	Эритромицин, рокситромицин, кларитромицин, азитромицин
Тетрациклины	Доксициклин, миноциклин, тетрациклин
Фосфомицин	Фосфомицин-содиум, фосфомицин-тротетрамол ³
Нитрофураны ⁴	Нитрофурантоин
Пенициллины	
Безилпенициллин	Пенициллин G
Фенокспенициллины	Пенициллин V, пропициллин, азидоциклин
Изоксасазолилпенициллины	Оксациклин, клоксациклин, диклоксациллин, флюклоксациллин
Аминобензилпенициллины ⁵	Ампициллин, амоксициллин, бакампициллин
Аминопенициллинлар/ингибиторы β-лактамаз	Амициллин / сульбактам, амоксициллин/клавуланат кислота ⁷
Ациламопенициллины	Апалциллин, азлоциллин, мезлоциллин, пиперациллин
± ингибиторы β-лактамаз ⁵	Пиперциллин/таобактам, сульбактам
Цефалоспорины	
1 авлод (пероральные)	Цефалексин, Цефадроксил, Цефаклор
2 авлод (пероральные)	Цефпрозил, лоракарбиф, цефуроксим
3 авлод (пероральные)	Цефподоксима прокситил, цефетамет пивокситил, цефтизоксим, цефиксим
1 авлод (парентеральные)	Цефазолин, цефазедон
2 авлод (парентеральные)	Цефамандол, цефутоксим, цефотиам
3а авлод (парентеральные)	Цефменоксим, цефодизим, цефотаксим, цефтизоксим, цефтриаксон
3b авлод (парентеральные)	Цефоперазон, цефтазидим, цефепим, цефпиром
4 авлод (парентеральные)	Цефсулодин
5 авлод (парентеральные)	Цефрокситин, цефотитан, фломоксеф
Монобактамы	Азтреонам
Карбапенемы	Имипенем, меропенем
Аминогликозиды	Гентамицин, нетилимицин, 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-лактамами антибактериальными препаратами

⁷ – при хранении в виде раствора нестабилен.

2. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

2.1. Почечная колика.

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.

Рекомендации по купированию боли при почечной колике

1-я линия: лечение следует начинать с назначения таких НПВС, как диклофенак натрия*, индометацин, ибупрофен.

2-я линия: гидроморфин; пентазоцин; трамадол.

Для купирования повторных приступов боли после почечной колики рекомендуется назначать диклофенак натрия*

* 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.

Литокинетическая терапия

В большинстве случаев конкремент в мочеточнике отходит самостоятельно.

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.

Также вероятность повторной колики снижает ежедневный прием альфа-блокаторов.

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

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 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 300 мм²)

Предпочтение	Процедура
1	ЭУВЛ
2	ПКНЛТ
3	RIRS
4	Лапароскопическая операция
5	Полостная операция

Активное удаление камней из мочевой кислоты с максимальным диаметром ≤20 мм (площадь поверхности ≤ 300мм²)

Предпочтение	Процедура
1	Пероральный гемолиз
2	ЭУВЛ + пероральный гемолиз

Активное удаление цистиновых камней с максимальным диаметром ≤20 мм (площадь поверхности ≤ 300мм²)

Предпочтение	Процедура
1	ЭУВЛ
2	ПКНЛТ
3	RIRS
4	Лапароскопическая операция
5	Полостная операция

Активное удаление рентгеноположительных камней с максимальным диаметром >20 мм (площадь поверхности > 300мм²)

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

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

Предпочтение	Процедура
1	Пероральный гемолиз
2	ЭУВЛ + пероральный гемолиз
3	ПКНЛТ
4	ПКНЛТ + пероральный гемолиз

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

Предпочтение	Процедура
1	ПКНЛТ
2	ЭУВЛ
3	Гемолитическая ирригация (даже после ПКНЛТ 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 нитропруссидом 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 УЗИ.

Инфекционный камень:

- наличие уреазопродуцирующих бактерий на бак. посеве мочи;
- кристаллы струвита в моче;
- щелочной показатель pH мочи.

Частота спонтанного отхождения камней мочеточника в зависимости от их 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 пиелонефроза или уросепсиса.
- двусторонняя обструкция.

Способы активного удаления камней независимо от размеров.

В следующих таблицах приведены наиболее приемлемые способы удаления камней согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU). 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.

Рентгеноположительные камни	1. ЭУВЛ <i>in situ</i> 2. ЭУВЛ с последующей ретроградной передислокацией камня в почку. 3. ПК антеградная уретеролитотипсия 4. Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом)
Инфекционные камни Камни сопровождаемые инфекцией	1. А/б терапия + ЭУВЛ <i>in situ</i> 2. А/б терапия + ЭУВЛ с последующей ретроградной передислокацией камня в почку. 3. А/б терапия + ПК антеградная уретеролитотипсия 4. А/б терапия + Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом)
Мочекислые / Уратные камни	1. Стентирование + оральная подщелачивающая терапия. 2. ЭУВЛ <i>in situ</i> (с в/в или ретроградным контрастированием) + оральная подщелачивающая терапия. 3. ПК антеградная уретеролитотипсия. 4. Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом)
Цистиновые камни	1. ЭУВЛ <i>in situ</i> 2. ЭУВЛ с последующей ретроградной передислокацией камня в почку. 3. ПК антеградная уретеролитотипсия 4. Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом)

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

Рентгеноположительные камни	1. ЭУВЛ <i>in situ</i> , обтекаемый камень. 1. Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом). 2. Катетеризация мочеточника или в/в контрастирование + ЭУВЛ. 2. Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. Перкутанная антеградная уретеролитотипсия.
Инфекционные камни Камни сопровождаемые инфекцией	1. А/б терапия + ЭУВЛ <i>in situ</i> , обтекаемый камень. 1. А/б терапия + Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом). 2. А/б терапия + Катетеризация мочеточника или в/в контрастирование + ЭУВЛ. 2. А/б терапия + Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. А/б терапия + Перкутанная антеградная уретеролитотипсия.
Мочекислые / Уратные камни	1. ЭУВЛ <i>in situ</i> , обтекаемый камень. 1. Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом). 2. Катетеризация мочеточника или в/в контрастирование + ЭУВЛ. 2. Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. Стентирование + оральная подщелачивающая терапия. 3. Перкутанная антеградная уретеролитотипсия.
Цистиновые камни	1. ЭУВЛ <i>in situ</i> , обтекаемый камень. 1. Уретероскопия и контактная дезинтеграция (полурегидным или гибким уретероскопом). 2. Катетеризация мочеточника или в/в контрастирование + ЭУВЛ. 2. Ретроградная катетеризация с передислокацией камня в почку + ЭУВЛ. 3. Перкутанная антеградная уретеролитотипсия.

Препараты, рекомендованные для лечения больных кальциевым уролитиазом
 Препараты, рекомендованные для лечения больных кальциевым уролитиазом

Показания	Препараты	Иногда полезны	Примечание
Гиперкальциурия	Тиазиды Тиазиды + магний Щелочный цитрат	Ортофосфат	Препараты калия назначаются с тиазидными диуретиками.
Гипероксалатурия	Щелочный цитрат		
Гипероксалатурия, связанная с патологией желудочно-кишечного тракта	Щелочный цитрат Алиментарный кальций		
Первичная гипероксалатурия	Пиридоксин Щелочный цитрат	Ортофосфат	Необходимо дополнительное обследование по поводу данной патологии
Гипоцитратурия	Щелочный цитрат		
Почечно-канальцевый ацедоз	Щелочный цитрат		
Брушитные камни	Щелочный цитрат Тиазиды + магний		Препараты калия назначаются с тиазидными диуретиками.
Смешанные кальций оксалатные и мочекислые (уратные) камни	Аллопуринол		
Низкая ингибирующая активность	Щелочный цитрат		
Нет патологии	Щелочный цитрат		Необходимы повторные анализы мочи

Профилактика первичного камнеобразования и консервативное (медикаментозное) лечение больных мочекислым (уратным) уролитиазом.

Профилактика первичного камнеобразования	<ul style="list-style-type: none"> Увеличение потребления жидкости для достижения суточного диуреза 2 л и более. Препараты, подщелачивающие мочу: <ul style="list-style-type: none"> цитрат калия (3 - 7 ммоль) x 2-3 раза/сутки калий-натриевый цитрат (9 ммоль) x 2-3 раза/сутки
--	---

Консервативное (медикаментозное) растворение мочекислых камней	<ul style="list-style-type: none"> Аллопуринол (300 мг) x 1 раз/сутки Увеличение потребления жидкости для достижения суточного диуреза 2 л и более. Препараты, подщелачивающие мочу: <ul style="list-style-type: none"> цитрат калия (6 - 10 ммоль) x 3 раза/сутки калий-натриевый цитрат (9-18 ммоль) x 3 раза в сутки Аллопуринол (300 мг) x 1 раз/сутки
--	---

Консервативное (медикаментозное) лечение больных цистиновым уролитиазом

<ul style="list-style-type: none"> Увеличение потребления жидкости для достижения суточного диуреза 3-х и более литров или 150 мл / час Препараты, подщелачивающие мочу (pH не менее 7,5): <ul style="list-style-type: none"> цитрат калия 3-10 ммоль x 2-3 раза/день При экскреции цистина < 3 - 3,5 ммоль/24 часа: <ul style="list-style-type: none"> аскорбиновая кислота 3-5 г / день При экскреции цистина > 3 - 3,5 ммоль/ 24 часа: <ul style="list-style-type: none"> Тиопронин 250-2000 мг/день, или Каптоприл 75-150 мг/день.

Консервативное лечение больных инфекционным уролитиазом

Определение	Камни, состоящие из магний аммония фосфата или карбонатапата и образовавшиеся под воздействием уреазопродуцирующих бактерий.
Лечебные мероприятия	<p><i>Наличие фрагментов после удаления камня</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Антибактериальные препараты: <ul style="list-style-type: none"> короткий курс антибиотиков длительный курс антибиотиков Препараты, подкисляющие мочу: <ul style="list-style-type: none"> хлорид аммония (1 г) x 2-3 раза/сутки Метионин (500 мг) x 2-3 раза/сутки При осложненных инфекциях, трудно поддающихся воздействию антибиотиков <ul style="list-style-type: none"> ацетогидроамикацидовая кислота

Исход лечения и прогноз:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 60%

Клинические критерии улучшения состояния больного: уменьшение или исчезновение болевого синдрома, восстановление/нормализация пассажа мочи, улучшение анализов мочи и крови.

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. Питьевой 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 терять 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, кора андиз, пол-пола, почечный чай, кукурузные рыльца и другие), кайнатилган сув, аччик дамланмаган чой, турли мевалардан тайёрланган компотлар, лимонли дамлама.

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

Нерекомендуемые жидкости: различные искусственные напитки (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.

Рекомендовано:

- 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;
- Макароны 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, Нафтуса, Смирновская)

Следует ограничить:

- 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 кальций фосфатных камнях	<p>Рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Мясо и мясные продукты; - Куриное мясо; - Рыба; - Растительные масла и масла животного происхождения; - Хлеб (белый, черный), Хлебобулочные изделия; - Макароны продукты; - Овощи (капуста, тыква, огурец, помидор); - Фрукты, арбуз, дыня; - Ягоды (земляника, крыжовник); - Вода (кипяченая), чай (черная, зеленая) не крепкий; - Соки (грушевый, виноградный, тыквенный, морковный, яблочный и др.); - Минеральная вода (Ташкентская, Нафтуса, Смирновская, Славяновская); - Настой растительных трав. <p>Следует ограничить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
	<p>Диета при уратных камнях</p> <p>Рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Следует ограничить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Мясо, особенно внутренние органы (печень, почки, мозги, язык, легкие);

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 циститных камнях	<p>При метафилактике циститных камней рекомендуется достичь суточного диуреза более 3-х литров.</p> <p>Ограничить продукты, богатые белком: мясо, рыба, колбаса, яйцо, сыр, бобовые. Преимущественно следует принимать продукты, не богатые белком: фрукты, овощи, салаты, злаковые продукты.</p> <p>В рационе детей нельзя полностью исключить мясо и рыбу!</p> <p>Нельзя: консервированные продукты, соленые и копченые продукты. Дополнительно солить еду во время еды.</p> <p>Стараться употреблять различные фрукты, овощи, салаты и злаковые продукты.</p>
Диета при инфекционных камнях	<p>Рекомендовано ограничить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Молоко и молочные продукты; - Острые и раздражающие блюда - Сладости; - Цитрусовые фрукты, цитрусовые соки и напитки; - Спиртные напитки.
3. Здоровый образ жизни:	
<p>Занятия физическими упражнениями по согласованию с врачом (ежедневно по 20-30 минут, упражнения легкой или средней интенсивности).</p> <p>При наличии ожирения стараться избавиться от лишнего веса (под контролем эндокринолога).</p> <p>Избегать стрессовых ситуаций.</p> <p>Ежедневно спать 6-8 часов.</p>	

3. НЕИЙРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ТОМ ЧИСЛЕ СВЯЗАННЫЕ С ДПО

3.1. Доброкачественная простатитическая обструкция (ДПО) 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:

- 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.

Фармакотерапия

Наименование фармгрупп

<ul style="list-style-type: none"> α-адреноблокаторы Ингибиторы 5α-редуктазы Фитотерапия Антибиотики (Сульфаниламиды, Уросептики) Антиагреганты Антиандрогены Анальгетирующие и нестероидные противовоспалительные препараты Дезинтоксикационная терапия
--

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

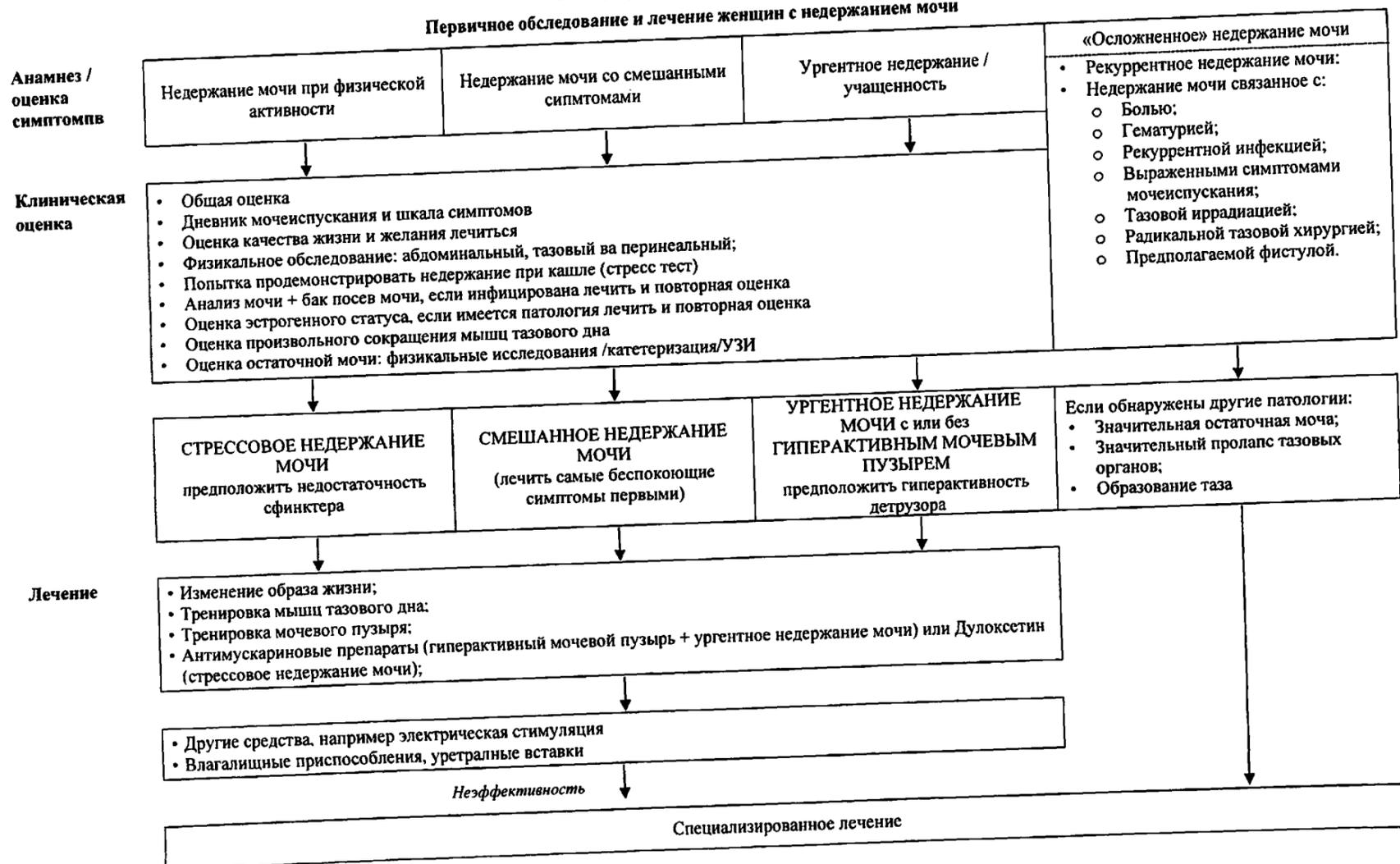
**Международный индекс симптомов при заболеваниях простаты
(International Prostate Symptom Score – IPSS)**

Вопросы	Никог-да	Менее чем 1 из 5 случаев	Менее чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Больше чем в половине случаев	Почти всегда	
1. Неполное опорожнение Как часто в течение последнего месяца у Вас было ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5	
2. Учащенное мочеиспускание Как часто в течение последнего месяца у Вас была потребность мочиться чаще, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5	
3. Прерывистое мочеиспускание Как часто в течение последнего месяца у Вас имелось прерывистое мочеиспускание?	0	1	2	3	4	5	
4. Ургентное мочеиспускание Как часто в течение последнего месяца Вам было трудно временно воздержаться от мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5	
5. Слабая струя мочи Как часто в течение последнего месяца Вы ощущали слабый напор струи мочи?	0	1	2	3	4	5	
6. Натуживания Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось натуживаться, чтобы начать мочеиспускание	0	1	2	3	4	5	
	Нет	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 и более раз	
7. Никтурия Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось вставать ночью с постели, чтобы помочиться?	0	1	2	3	4	5	
Суммарный балл по IPSS: S=							
Качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания	прекрасно	хорошо	удовлетворительно	смешанное чувство	неудовлетворительно	плохо	очень плохо
8. Как бы вы относились к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися у Вас проблемами с мочеиспусканием до конца жизни?	0	1	2	3	4	5	6
Индекс оценки беспокойства: Bs=							

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 с данными IPSS. Поэтому показания к оперативному лечению не могут быть установлены только на основании оценки СИМП. Однако IPSS хорошо отражает влияние заболевания на качество жизни больного.

3.2. Недержание мочи у женщин

Первичное обследование и лечение женщин с недержанием мочи



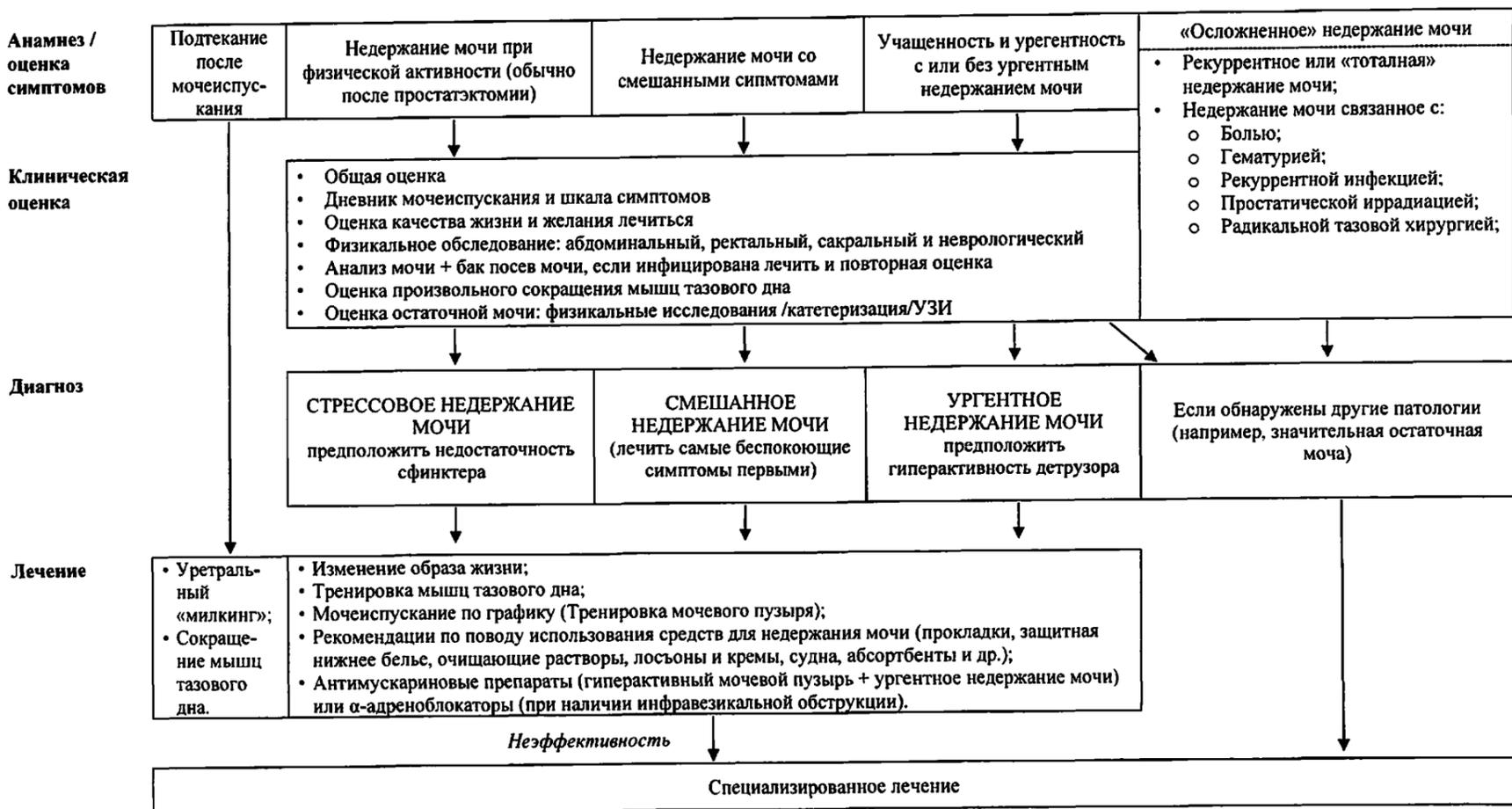
Алгоритм обследования и лечения женщин с недержанием мочи при оказании специализированной медицинской помощи



P. Abrams, K.E. Andersson, L. Birder et al. *Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. Neurourology and Urodynamics 29:213–240 (2010).*

3.3. Недержание мочи у мужчин

Первичное обследование и лечение мужчин с недержанием мочи



Алгоритм обследования и лечения мужчин с недержанием мочи при оказании специализированной медицинской помощи



P. Abrams, K.E. Andersson, L. Birder et al. *Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence.* Neurourology and Urodynamics 29:213–240 (2010).

3.4. Опросник для оценки симптомов гиперактивного мочевого пузыря

Цель этих вопросов – выяснить, насколько Вас беспокоят симптомы расстройства мочеиспускания. Некоторые люди страдают расстройством мочеиспускания и при этом не подозревают, что эти симптомы поддаются лечению. В каждом вопросе *обведите, пожалуйста, цифру*, которая подходит Вам больше всего. Затем сложите эти цифры и впишите сумму в специально отведенный квадрат внизу.

Насколько Вас беспокоят следующие симптомы:	Совсем не беспокоит	Немного беспокоит	Беспокоит в умеренной степени	Достаточно сильно беспокоит	Сильно беспокоит	Очень сильно беспокоит
1. Частое мочеиспускание в дневные часы?	0	1	2	3	4	5
2. Позывы к мочеиспусканию, сопровождающиеся неприятными ощущениями?	0	1	2	3	4	5
3. Внезапные позывы к мочеиспусканию, несмотря на то, что до этого момента Вы испытывали небольшое или никакого желания помочиться?	0	1	2	3	4	5
4. Непроизвольные выделения небольшого количества мочи?	0	1	2	3	4	5
5. Вам приходится вставать по ночам, чтобы помочиться?	0	1	2	3	4	5
6. Вы просыпаетесь ночью, потому что Вам нужно помочиться?	0	1	2	3	4	5
7. Срочные позывы к мочеиспусканию, которые невозможно сдерживать?	0	1	2	3	4	5
8. Выделение мочи, сопровождающееся сильным желанием помочиться?	0	1	2	3	4	5

Внимание: Мужчинам необходимо добавить 2 балла к общей сумме баллов

3.5. Дневник мочеиспускания

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения: ___/___/___ г. № Истории болезни: _____ Дата исследования: ___/___/___ г

Время	Выпито		Объем мочи при мочеиспускании (мл)	Подтекание мочи (да, нет / сколько?)	Сильный позыв (да/нет)	Ваши действия в момент подтекания мочи: кашель, смех, работа с водой	Смена прокладки (да, нет)
	Что выпито?	Сколько?					

4. АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

4.1. Международный индекс эректильной функции-5 (МИЭФ-5)

Ф.И.О. пациента: _____ . Дата рождения: ___/___/___ г. № Истории болезни: _____ . Дата исследования: ___/___/___ г.

Эти вопросы о том, как нарушения эрекции сказывались на Вашей сексуальной жизни в течение последних четырех недель. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы как можно более откровенно и определенно.

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)					
1. Как Вы оцениваете степень вашей уверенности в том, что вы можете достичь и удержать эрекцию?	Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
	1	2	3	4	5
2. Когда при сексуальной стимуляции у вас возникала эрекция, как часто она была достаточной для введения полового члена во влагалище?	Сексуальной активности не было. Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
3. При половом акте как часто вам удавалось сохранять эрекцию после введения полового члена во влагалище?	Не пытался совершить половой акт. Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
4. При половом акте было ли вам трудно сохранять эрекцию до завершения полового акта?	Не пытался. Чрезвычайно трудно совершить половой акт	Очень трудно	Трудно	Немного затруднено	Нетрудно
5. При попытках совершить половой акт часто вы были удовлетворены?	Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
Суммарный балл по МИЭФ-5:					

Оценка результатов:

- 21-25 баллов – эректильная дисфункция отсутствует
- 16-20 баллов – эректильная дисфункция легкой степени
- 11-15 баллов – эректильная дисфункция умеренной степени
- 5-10 баллов – эректильная дисфункция тяжелой степени

4.2. Международный индекс эректильной функции (МИЭФ)

Ф.И.О. пациента: _____ . Дата рождения: ___/___/___ г. № Истории болезни: _____ . Дата исследования: ___/___/___ г.

Эти вопросы о том, как нарушения эрекции сказывались на Вашей сексуальной жизни в течение последних четырех недель. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы как можно более откровенно и определенно. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте только один ответ. Если Вы не уверены в выборе ответа, пожалуйста, дайте тот ответ, который лучше всего отражает Вашу ситуацию.

Отвечая на эти вопросы, придерживайтесь следующих определений:

Половой акт – Определяется как введение полового члена во влагалище.

Сексуальные действия – Включают в себя половой акт, ласки, предшествующие половому акту, и мастурбацию.

Эякуляция – Определяется как выброс спермы из полового члена (или таковое ощущение).

Сексуальная стимуляция – Включает в себя такие действия, как эротические игры с сексуальной партнершей, просмотр эротических фильмов, фотографий, рисунков и т.п.

В следующих пяти вопросах спрашивается об эректильной функции.

	Сексуальной активности не было	Почти всегда или всегда	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Почти никогда или никогда
1. За последние 4 недели как часто Вам удавалось достичь эрекции при сексуальных действиях?	0	5	4	3	2	1
2. За последние 4 недели в тех случаях, когда при сексуальной стимуляции у Вас возникала эрекция, как часто она была достаточно сильной для введения полового члена во влагалище?	0	5	4	3	2	1
3. За последние 4 недели при попытке совершения полового акта как часто Вам удавалось ввести половой член во влагалище?	0	5	4	3	2	1
4. За последние 4 недели при половом акте как часто Вам удавалось сохранять эрекцию после введения полового члена во влагалище?	0	5	4	3	2	1
5. За последние 4 недели при половом акте было ли Вам трудно сохранить эрекцию до завершения полового акта?	0	1	2	3	4	5

В следующих трёх вопросах спрашивается об удовлетворенности половым актом.

	Не пытался	1-2 попытки	3-4 попытки	5-6 попыток	7-10 попыток	11 и более
6. За последние 4 недели сколько Вы сделали попыток (успешных и безуспешных) совершить половой акт?	0	1	2	3	4	5
7. За последние 4 недели при попытках совершить половой акт как часто Вы были удовлетворены?	0	5	4	3	2	1

	Не было половых актов	Очень большое удовольствие	Большое удовольствие	Среднее удовольствие	Небольшое удовольствие	Не получал удовольствия
8. За последние 4 недели насколько сильное удовольствие Вы получали от полового акта?	0	5	4	3	2	1
В следующих двух вопросах спрашивается об оргазмической функции.						
	Сексуальной активности не было	Почти всегда или всегда	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Почти никогда или никогда
9. За последние 4 недели при сексуальной стимуляции или половом акте как часто у Вас была эякуляция?	0	5	4	3	2	1
10. За последние 4 недели при сексуальной стимуляции или половом акте как часто вы испытывали оргазм, сопровождавшийся или не сопровождавшийся эякуляцией?	0	5	4	3	2	1
В следующих двух вопросах спрашивается о сексуальном желании. Давайте определим сексуальное желание как чувство, которое может включать в себя желание заниматься сексом (например, заняться мастурбацией или совершить половой акт), сексуальные мысли, или ощущение разочарованности, связанное с отсутствием секса.						
	Почти всегда или всегда	Часто (чаще чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Изредка (реже чем в половине случаев)	Почти никогда или никогда	Очень низкая или отсутствует
11. За последние 4 недели как часто Вы испытывали сексуальное желание?	5	4	3	2	1	
	Очень высокая	Высокая	Средняя	Низкая		
12. За последние 4 недели как бы Вы оценили степень Вашего сексуального желания?	5	4	3	2	1	
В следующих двух вопросах спрашивается об общей сексуальной удовлетворенности.						
	Очень удовлетворен	Относительно удовлетворен	Где-то между удовлетворен и неудовлетворен	Относительно неудовлетворен	Очень неудовлетворен	
13. За последние 4 недели насколько Вы были удовлетворены своей сексуальной жизнью в целом?	5	4	3	2	1	
14. За последние 4 недели насколько Вы были удовлетворены сексуальными отношениями со своей сексуальной партнершей?	5	4	3	2	1	
В последнем вопросе спрашивается об эректильной функции						
	Очень высокая	Высокая	Средняя	Низкая	Очень низкая	
15. За последние 4 недели как бы Вы оценили степень уверенности в том, что Вы можете достичь и удержать эрекцию?	5	4	3	2	1	

(90)

Суммарный балл:				
Область мужской сексуальной функции	Вопросы	Размах баллов	Максимальный балл	Ваша оценка
Эректильная функция	1-5 и 15	0-5	30	
Оргазмическая функция	9-10	0-5	10	
Сексуальное желание	11-12	1-5	10	
Удовлетворенность половым актом	6-8	0-5	15	
Общая сексуальная удовлетворенность	13-14	1-5	10	
Суммарный балл:				

Оценка результатов:

- 1-10 баллов – эректильная дисфункция тяжелой степени
- 11-16 баллов – эректильная дисфункция умеренной степени
- 17-21 баллов – эректильная дисфункция от умеренной до легкой степени
- 22-25 баллов – эректильная дисфункция легкой степени
- 26-30 баллов – эректильная дисфункция отсутствует

Rosen R, Riley A, Wagner G, et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 1997, 49: 822-830.

Рекомендации по клиническому применению анкеты для пациентов МИЭФ.

Анкета Международного индекса эректильной функции (МИЭФ), состоящая из 15 вопросов, представляет собой валидированное многомерное самостоятельное исследование, которое было признано полезным для клинической оценки эректильной дисфункции и результатов лечения в ходе клинических испытаний. Оценка от 0 до 5 присуждается за каждый из 15 вопросов, которые исследуют 4 основные области мужской сексуальной функции: эректильную функцию, оргазмическую функцию, сексуальное желание и удовлетворенность половым актом.

Клиническое применение.

Оценка МИЭФ ограничивается поверхностной оценкой психосексуального фона и очень ограниченной оценкой партнерских отношений, которые являются важными факторами в представлении мужской сексуальной дисфункции. Следовательно, анализ анкеты следует рассматривать как дополнение к подробному сексуальному анамнезу и обследованию, а не замену им. Могут применяться следующие руководящие принципы:

1. Пациенты с низкими баллами МИЭФ (< 14) в области «Эректильная функция» могут быть рассмотрены для пробного курса терапии силденафилом, если нет противопоказаний. В случае неудачи нужно направить больного к специалисту.
2. Пациенты, демонстрирующие первичную оргазмическую дисфункцию или эякуляторную дисфункцию, должны быть направлены на специализированное обследование.
3. Пациентам со сниженным сексуальным желанием необходимо проверить уровень андрогенов и пролактина в крови.
4. Следует рассмотреть вопрос о психосексуальном консультировании, если низкие баллы набраны в областях «Удовлетворенность половым актом» и «Общая сексуальная удовлетворенность» при умеренно низких баллах (от 14 до 25) в области «Эректильная функция».

(91)

4.3. Диагностический инструмент преждевременной эякуляции
(Premature Ejaculation Diagnostic Tool) - PEDT

Ф.И.О. пациента: _____ . Дата рождения: ___/___/___ г. № Истории болезни: _____ . Дата исследования: ___/___/___ г

Этот анкетный опрос помогает идентифицировать мужчин, у которых могут быть проблемы в связи с очень быстрой эякуляцией при сексуальной активности. Даже если у Вас нет трудностей, пожалуйста, ответьте на все вопросы.

- Обведите число, которое лучше всего представляет ваш ответ на каждый из приведенных ниже вопросов.
- Обведите только один номер для каждого вопроса.
- Помните, что на эти вопросы нет правильных или неправильных ответов.
- Так как ваши переживания/ощущения могут время от времени изменяться, пожалуйста, сообщите о ваших суммарных переживаниях/впечатлениях при половом акте.

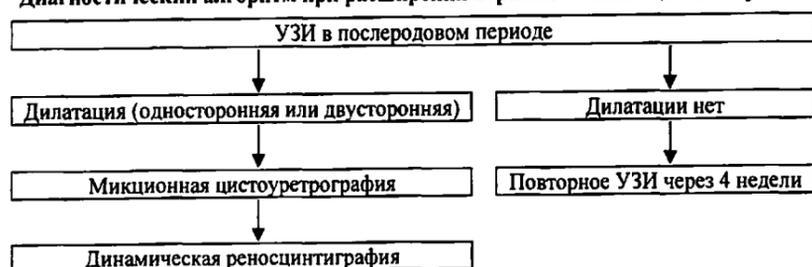
Под эякуляцией здесь подразумевают семяизвержение, которое происходит после введения полового члена во влагалище.

	Вообще не трудно	Подчас трудно	Умеренно трудно	Очень трудно	Чрезвычайно трудно
1. Насколько трудно для вас задерживать эякуляцию?	0	1	2	3	4
	Почти никогда или никогда (0%)	Меньше чем в половине случаев (25%)	Приблизительно в половине случаев (50%)	Больше чем в половине случаев (75%)	Почти всегда или всегда (100%)
2. Вы эякулируете прежде, чем желаете?	0	1	2	3	4
3. Вы эякулируете при очень малой стимуляции?	0	1	2	3	4
	Нисколько	Слегка	Умеренно	Очень	Чрезвычайно
4. Вы чувствуете себя расстроенным из-за того, что эякулируете прежде, чем хотите?	0	1	2	3	4
5. Насколько вы обеспокоены тем, что длительность вашего полового акта оставляет вашего партнера сексуально неудовлетворенным?	0	1	2	3	4

5. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

5.1. Аномалии почек

Диагностический алгоритм при расширении верхних мочевыводящих путей*.



* Необходимо обсудить с родителями методы диагностики, включая микционную цистоуретрографию, поскольку пузырно-мочеточниковый рефлюкс может не иметь клинических проявлений. С другой стороны, частота выявления рефлюкса при выявленном в пренатальном периоде и подтвержденном после рождения гидронефрозе достигает 25%.

5.2. Аномалии мочеточников

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

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

Лечение рефлюкса

Возраст	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

Начальные представления и ведение больных с экстрофией мочевого пузыря

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 более позднее представление	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 наружным
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 резистентцией	Продолжительная антибактериальная супрессия с ранней уретеростомией
	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 уретероэностомии
4 лет и старше	Завершено восстановление мочевого пузыря, шейки мочевого пузыря и эписпадия с сухими промежутками но влажным бельем	Выжидание, оксидина гидрохлорид (Дрипан), имипрамин и время (более 2 лет)
	Вышеуказанные проблемы с стрессовым недержанием и хорошей вместимостью пузыря	Выжидать, возможно, потребуются ревизия шейки мочевого пузыря или эндоскопическая инъекция или искусственный 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 объема 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 искусственный 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 мочевого 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) искусственный 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

Исход лечения и прогноз:

Средний статистический показатель выздоровления в процентах: 75%

Клинические критерии улучшения состояния больного: восстановление / нормализация пассажа мочи, улучшение анализов мочи.

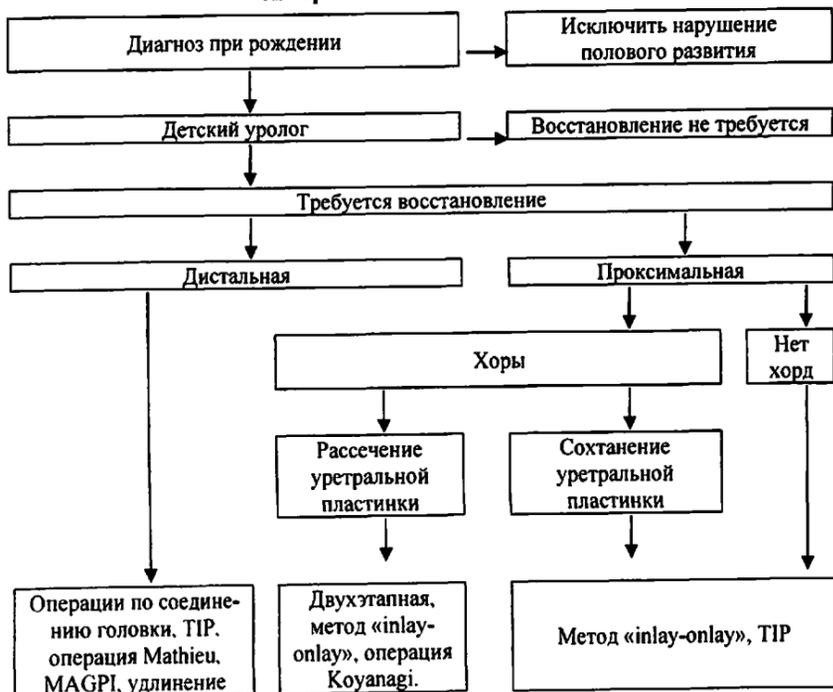
Обычное течение:

- 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;
- 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, дыхательная, печеночная, неврологические заболевания и болезни крови.

Алгоритм лечения гипоспадии



TIP – метод тубуляризированной расщепленной уретропластики; MAGPI – выведение наружного отверстия мочеиспускательного канала и глаулопластика

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. ТУБЕРКУЛЁЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рекомендованная терапия при мочеполовом туберкулёзе

Химиотерапия больных проводится согласно приказу Минздрава Республики Узбекистан №383 от 24 октября 2014г (приложение № 11);

По показаниям проводится терапия с применением следующих препаратов:

1. Антибиотики широкого спектра действия;
2. Противогрибковые средства;
3. Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта;
4. Средства для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы;
5. Антикоагулянты;
6. Гемостатические препараты;
7. Антианемические препараты;
8. Наркотические и ненаркотические анальгетики и НПВС;
9. Антигистаминные средства;
10. Вазопрессорные средства;
11. Диуретики;
12. Аминокислоты;
13. Поливитамины, витамины;
14. Биостимуляторы;
15. Гипотензивные средства;
16. Кровезаменители;
17. Антигипоксанты;
18. Антиоксиданты;
19. М-холиномиметики;
20. Селективные α-блокаторы;
21. Рекомбинантный эритропоэтин (при ХПН);
22. Иммуномодуляторы;
23. Спазмолитики;
24. Метаболики и глюко-кортикоидные гормоны;
25. Антисептические препараты для инстилляций мочевого пузыря.

Диспансерная группировка в районе ПТД:

I группа: Новые больные (все формы легочного и внелегочного туберкулеза)

Срок наблюдения: На протяжении лечения (лекарственно-чувствительный туберкулез 6 мес.), после лечения еще 6-12 месяцев; (лекарственно-устойчивый туберкулез 18-24мес.).

II группа. Повторные больные: (все формы легочного и внелегочного туберкулеза)

Срок наблюдения: На всем протяжении лечения (лекарственно-чувствительный туберкулез - 8мес.), после окончания курса лечения 12 мес. (лекарственно-устойчивый туберкулез 12-24 мес.).

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.

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.

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 Пациенты с трансплантацией органов и другие пациенты с иммуносупрессорным состоянием (получение эквивалента преднизолона > 15 мг/день 1 раз 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 сиюнолеальный анастомоз; Дети младше 4 лет или новорожденные;
Папула > 15 мм	Пациенты без факторов риска для ТВ.

Первая линия противотуберкулезной медикаментозной терапии

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	1.0 г
Этамбутол (EMB)*	25**		2.0
			0.8-2.0 г
Протионамид (PTA)	5-15		0.5-1.0 г

* не для детей, младше 10 лет.

** после двух месяцев 20 мг

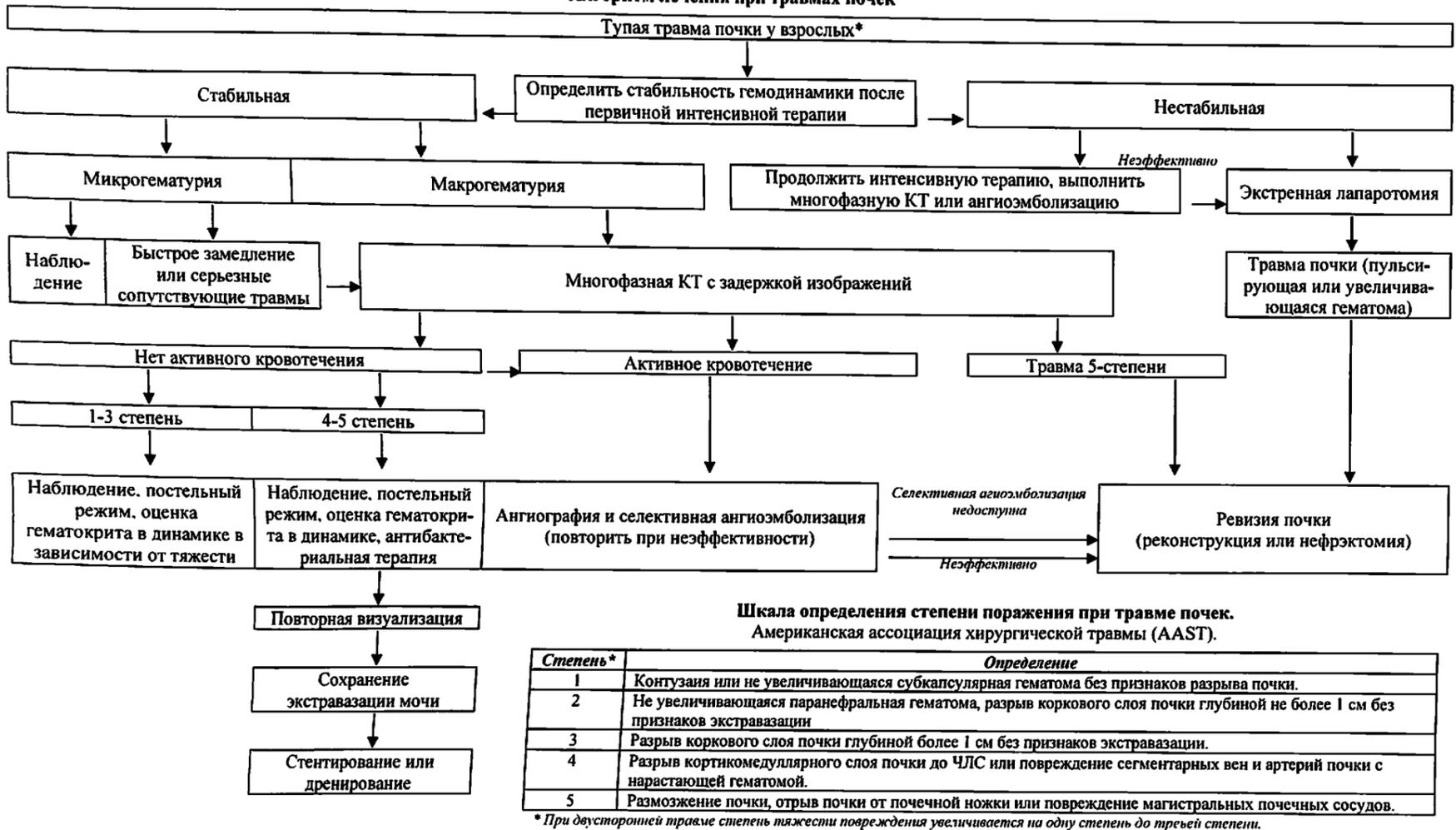
6-месячные режимы лечения несложненного мочеполового туберкулёза

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 МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

7.1. Травмы почек

Алгоритм лечения при травмах почек



7.2. Повреждения мочеточника

Лечение повреждений мочеточника



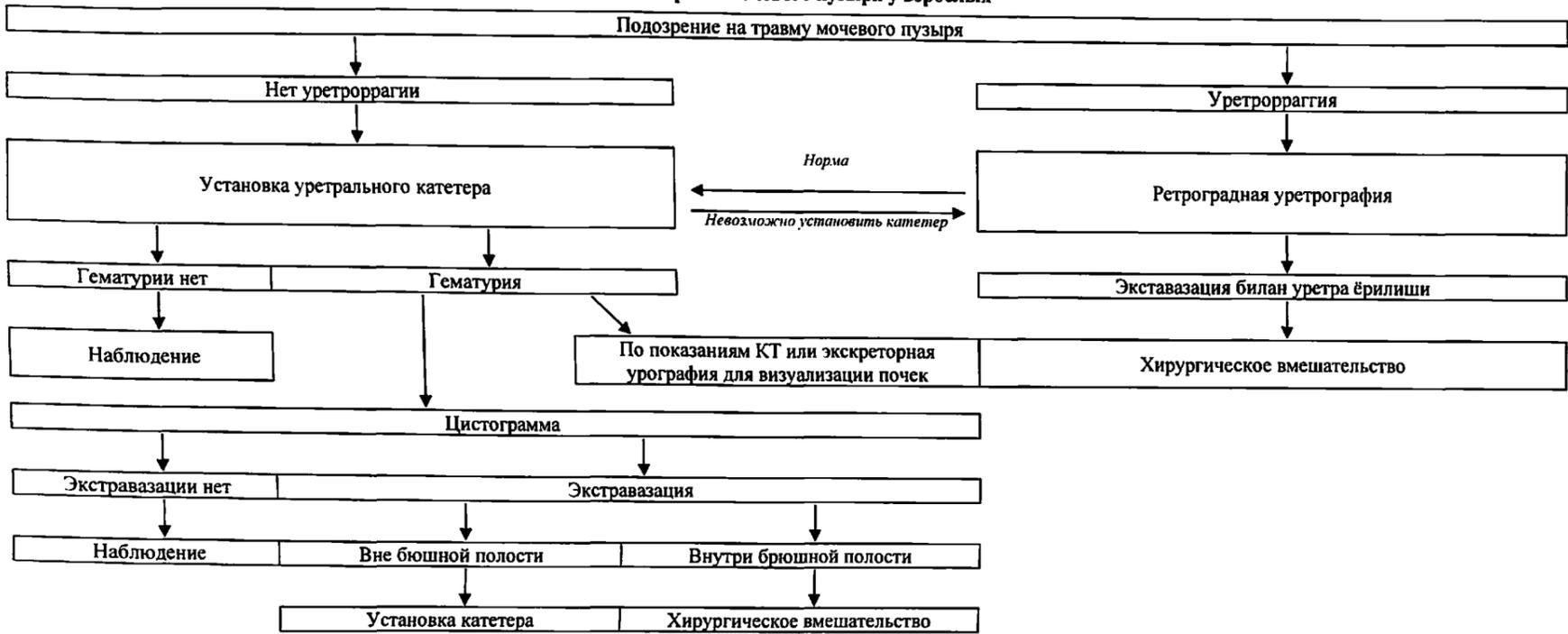
Шкала определения степени тяжести поражения при травме мочеточника

Американская ассоциация хирургической травмы (AAST).

Степень	Определение
1	Только гематома.
2	Разрыв менее 50% окружности мочеточника.
3	Разрыв более 50% окружности мочеточника.
4	Полный отрыв с зоной деваскуляризации менее 2 см
5	Полный отрыв с зоной деваскуляризации более 2 см

7.3. Травма мочевого пузыря

Оценка травм мочевого пузыря у взрослых



Шкала определения степени тяжести поражения при травме мочевого пузыря Американская ассоциация хирургической травмы (AAST).

Степень	Тип	Определение
1	Гематома	Контузия, интрамуральная гематома;
	Разрыв	Парциальный или неполный; частичное утолщение стенки мочевого пузыря
2	Разрыв	Внебрюшинный разрыв протяженностью не более 2 см
3	Разрыв	Внебрюшинный разрыв более 2 см или внутрибрюшинный разрыв менее 2 см
4	Разрыв	Внутрибрюшинный разрыв более 2 см
5	Разрыв	Внебрюшинный или внутрибрюшинный разрыв, затрагивающий зону шейки мочевого пузыря, устья мочеточника или треугольник Льево

7.4. Повреждение мочеиспускательного канала

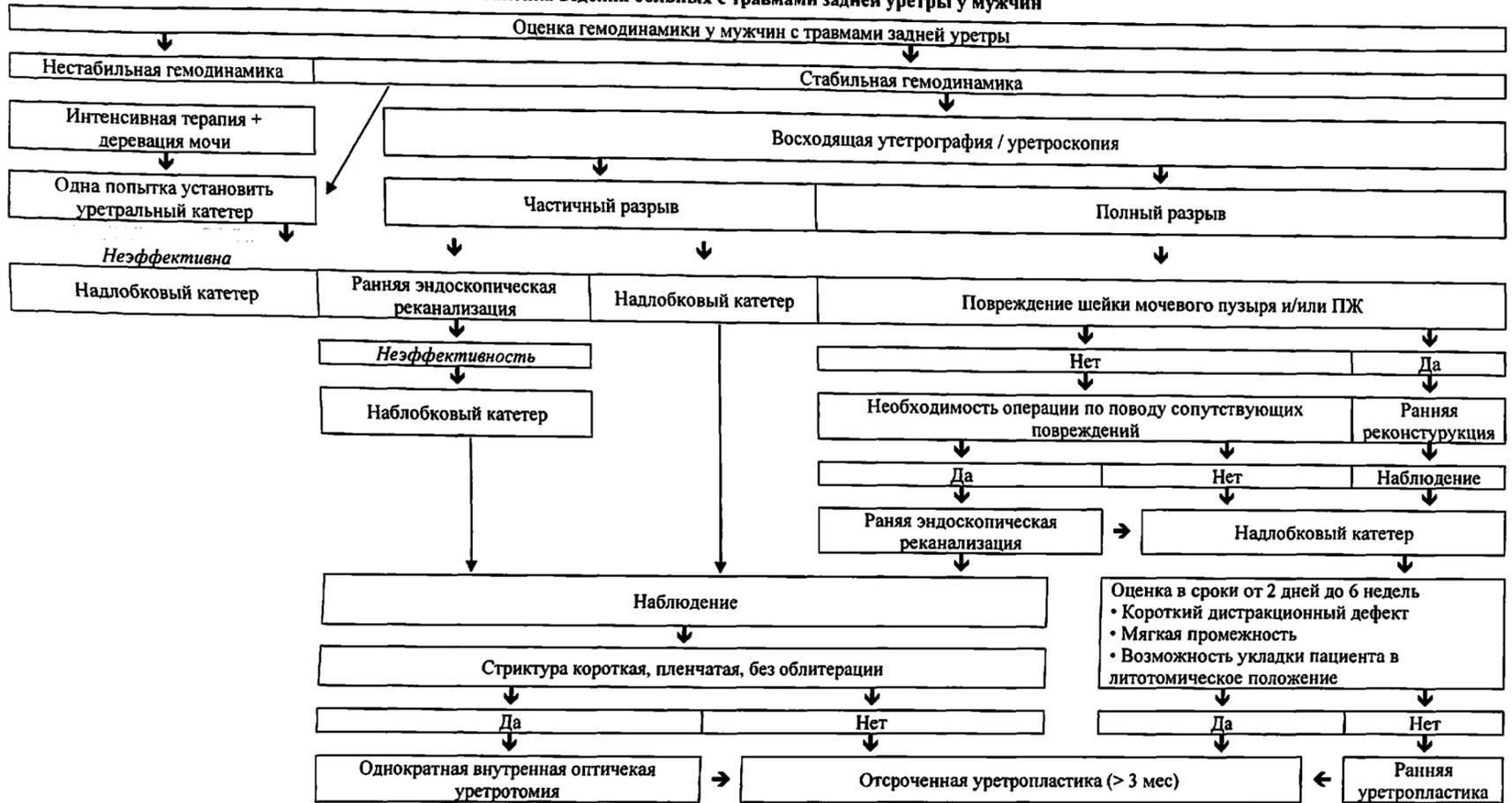
Шкала определения степени тяжести поражения при травме уретры Американская ассоциация хирургической травмы (AAST).

Степень	Тип	Определение
1	Контузия	Уретроррагия, нормальная уретрограмма.
2	Надрыв	Эленигация уретры без экстравазации.
3	Частичный разрыв	Экстравазация контрастного вещества на стороне поражения с визуализацией его в мочевом пузыре.
4	Полный разрыв	Экстравазация контрастного вещества на стороне поражения без визуализации его в мочевом пузыре. Диастаз уретры менее 2 см
5	Полный разрыв	Диастаз уретры более 2 см или сочетанная травма предстательной железы или влагалища.

Тактика ведения больных с травмами передней уретры у мужчин

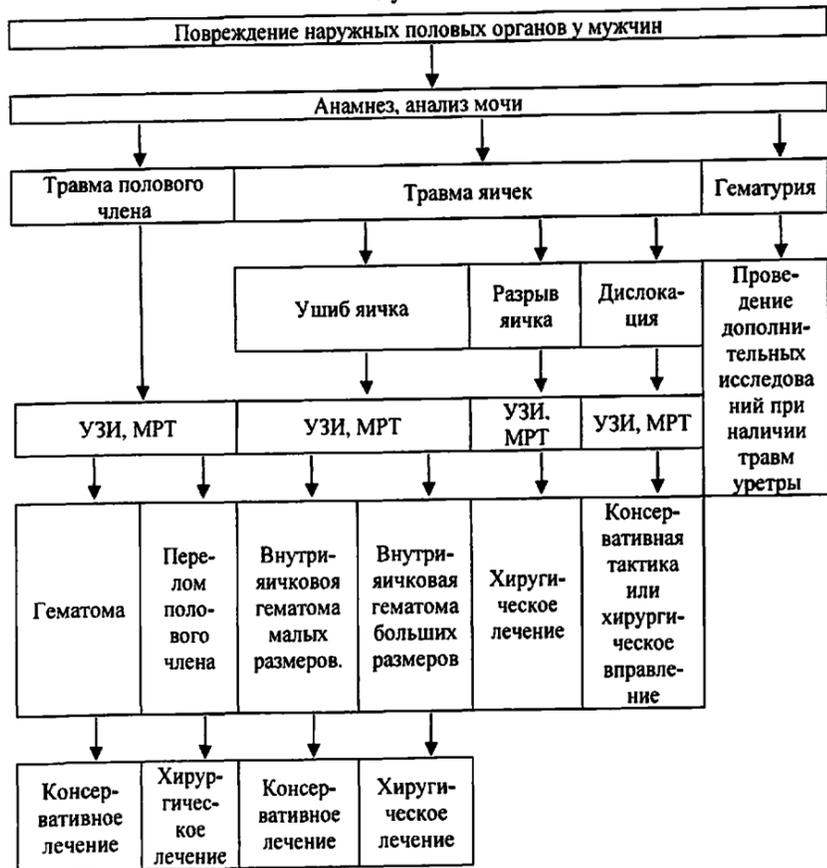


Тактика ведения больных с травмами задней уретры у мужчин

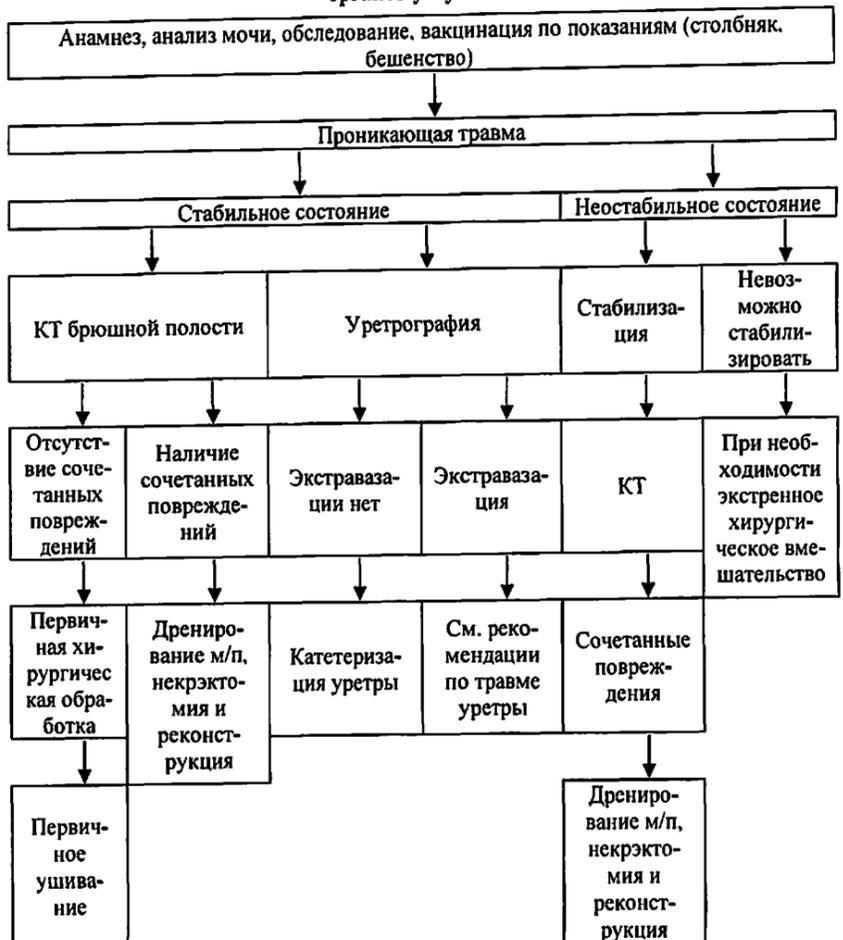


7.5. Травма половых органов и мошонки.

Тактика ведения больных с тупыми травмами наружных половых органов у мужчин



Тактика ведения больных с проникающими травмами наружных половых органов у мужчин



8. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УРОЛОГИИ

Исход лечения и прогноз:

Средний статистический показатель выздоровления зависит от показателя пятилетней выживаемости и 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.

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.

8.1. Опухоли почки

TNM классификация почечно-клеточного рака (с изменениями 2017 года)

T – первичная опухоль
Tx – невозможно оценить первичную опухоль;
T0 – первичная опухоль не определяется;
T1 – опухоль < 7 см в наибольшем измерении:
T1a – опухоль ≤ 4 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой;
T1b – опухоль > 4, но ≤ 7 см в наибольшем измерении;
T2 – опухоль > 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой:
T2a – опухоль > 7, но ≤ 10 см в наибольшем измерении;
T2b – опухоль > 10 см, ограниченная почкой;
T3 – опухоль распространяется в крупные вены или паранефральную клетчатку, но не прорастает надпочечник и не выходит за пределы фасции Герота.
T3a – опухоль макроскопически распространяется на почечную вену или ее сегментарные (содержащие гладкомышечную ткань) ветви или прорастает паранефральную клетчатку или клетчатку почечного синуса, но не выходит за пределы фасции Герота.
T3b – опухоль макроскопически распространяется на нижнюю полую вену до уровня ниже диафрагмы;
T3c – опухоль макроскопически распространяется на нижнюю полую вену выше уровня диафрагмы или прорастает стенку нижней полой вены.
T4 – инвазия опухоли за пределы фасции Герота (в том числе смежное распространение на ипсилатеральный надпочечник).
N – регионарные лимфатические узлы
Nx – нельзя оценить регионарные лимфатические узлы.
N0 – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах.
N1 – метастаз(ы) в регионарном(ых) лимфатическом(их) узле(ах).
M – отдаленные метастазы
Mx – невозможно оценить отдаленные метастазы
M0 – нет отдаленных метастазов.
M1 – имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям почечно-клеточного рака

I стадия	T1	N0	M0
II стадия	T2	N0	M0
III стадия	T3	N0	M0
IV стадия	T1, T2, T3	N1	M0
	T4	Любая N	M0
	Любая T	Любая N	M1

Нефрометрическая шкала R.E.N.A.L.

Нефрометрическая балльная система R.E.N.A.L. (шкала R.E.N.A.L.) позволяет оценить сложность выполнения резекции почки и прогнозировать возможные осложнения после выполнения органосохранной операции на основе снимков КТ.

Критерии	Балл		
	1	2	3
R (Радиус) максимальный диаметр опухоли, см	≤ 4 см	> 4 см, लेकिन < 7 см	≥ 7 см
E Экзофитный или эндофитный рост опухоли	≥ 50% экзофитный	< 50% экзофитный	Полностью эндофит
N Удаленность опухоли от собирательной системы / почечного синуса, мм	≥ 7 мм	> 4 мм, но < 7 мм	≤ 4 мм
A Передняя или задняя локализация**	Нет баллов. Обозначаются «а», «р» ёки «х»*.		
L Локализация относительно линии полюса почки ***	Образование целиком ниже линии нижнего полюса или выше линии верхнего полюса	Образование пересекает линию полюса	50% образования пересекает линию или образование находится между линиями или образование пересекает срединную ось

Оценка сложности оперативного вмешательства:

4-6 баллов - низкий уровень сложности

7-9 баллов - средний уровень сложности

10-12 баллов - высокий уровень сложности

*Суффикс «х» - если невозможно отнести расположение опухоли только к задней или передней поверхности.

**Дополнительно суффикс «h» описывает локализацию образования в воротах, образование примыкает к почечной артерии или вене.

***Линии верхнего и нижнего полюса определяются относительно сосудистой ножки на аксиальном или корональном срезе.

Классификация кист почки по Bosniak

По классификации Bosniak кисты почки разделяются на пять категорий на основании их характеристик на КТ с целью прогнозирования риска малигнизации. В системе Bosniak также приводится рекомендуемое лечение для каждой из категорий.

Категория по Bosniak	Описание	Риск	Тактика ведения больных
I	Простая доброкачественная тонкостенная киста без перегородок, кальцификатов или солидных включений. Ее плотность равна плотности воды, она не накапливает контраст.	0	Наблюдение не требуется
II	Доброкачественная киста, может содержать несколько тонкостенных перегородок. В стенках или перегородках возможно наличие мелких кальцификатов. Образования с однородным высоким значением коэффициента поглощения размером менее 3 см с четкими границами, не накапливающие контраст.	<1%	Наблюдение не требуется
III	Эти кисты могут содержать большее количество тонкостенных перегородок. Иногда отмечается незначительное накопление контраста в перегородках или стенках. Возможно незначительное утолщение перегородок или стенки. Киста может содержать кальцификаты, которые могут иметь узловой характер и плотную структуру, но не накапливают контраст. Отсутствует мягкотканый компонент, накапливающий контраст. В эту категорию также включены полностью интрапаренхиматозные образования почки, не накапливающие контраст, с высоким значением коэффициента поглощения, размером 3 см и более. Эти образования, как правило, имеют четкие границы.	3-10%	Динамическое наблюдение до 5 лет.
IV	Эти новообразования представляют собой неопределенные кистозные образования с неровными утолщенными стенками или перегородками, которые накапливают контраст.	50%	Хирургическое вмешательство или активное наблюдение.
IV	Эти новообразования имеют явный злокачественный характер с мягкотканым компонентом, накапливающим контраст.	70-90%	Хирургическое вмешательство.

**Визуальная аналоговая шкала
(Visual Analogue Scale)**

Визуальная аналоговая шкала 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 нынешней оценки от предыдущего более чем на 13 мм.

Различные методы оценки интенсивности боли

**Визуальная аналоговая шкала
(Visual analogue scale – VAS)**



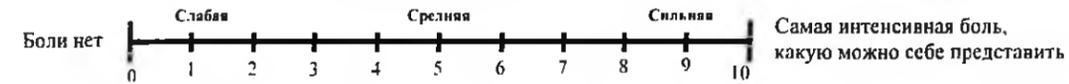
Цветная визуальная аналоговая шкала



**Графическая шкала оценки боли
(Graphic rating scale – GRS)**



**Числовая шкала оценки боли
(Numeric rating scale – NRS)**



Лицевая шкала оценки боли

