



Правительство
Москвы



КОМПЛЕКС
СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
МОСКВЫ



Департамент
здравоохранения
города Москвы



Центр
аналитического развития
социального сектора

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

УРОЛОГИЯ

Клинические протоколы лечения

Согласовано: Пушкарь Д. Ю. – д. м. н., профессор, академик РАН,
руководитель урологической клиники МГМСУ им. А. И. Евдокимова,
заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России, главный уролог МЗ РФ и ДЗМ

МОСКВА
2 0 2 1

Правительство Москвы
Комплекс социального развития города Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Пушкарь Д. Ю., Котов С. В., Матвеев В. Б., Берников А. Н., Бормотин А. В.,
Зингеренко М. Б., Перов Р. А., Васильев А. О., Сазонова Н. А.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

УРОЛОГИЯ

Клинические протоколы лечения

Москва
2021

УДК 616-082:616.6
ББК 53.0/57.8
С 34

Организация-разработчик:

АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Рецензент:

Лоран О. Б. – д. м. н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО

С 34 Система поддержки принятия врачебных решений. Урология: Клинические протоколы лечения / Составители: Д. Ю. Пушкарь, С. В. Котов, В. Б. Матвеев [и др.] – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 110 с.

Данные методические рекомендации предназначены для руководителей, заведующих хирургическими отделениями, врачей-хирургов, урологов, врачей общей практики, терапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN 978-5-907404-16-8

УДК 616-082:616.6
ББК 53.0/57.8

Составители:

Пушкарь Д. Ю. – д. м. н., профессор, академик РАН, руководитель урологической клиники МГМСУ им. А. И. Евдокимова, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

Котов С. В. – заведующий кафедрой урологии и андрологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, д. м. н., профессор

Матвеев В. Б. – заместитель директора по научной и инновационной работе НИИЦ им. Н. Н. Блохина, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН

Берников А. Н. – к. м. н., врач-уролог, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

Бормотин А. В. – к. м. н., врач-уролог, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

Зингеренко М. Б. – д. м. н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова ДЗМ»

Перов Р. А. – к. м. н., врач-уролог, заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ», ассистент кафедры урологии и андрологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

Васильев А. О. – к. м. н., врач-уролог, ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, врач-методист Организованно-методического отдела по урологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Сазонова Н. А. – врач-уролог СКП ГБУЗ «ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ», аспирант ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2021
© АНО «Центр аналитического развития социального сектора», 2021
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

ISBN 978-5-907404-16-8

ГЕМАТУРИЯ.....	7
МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.....	38
НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН.....	79
ОСТРЫЙ ЦИСТИТ.....	94



ГЕМАТУРИЯ

Васильев А. О.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Статус документа	8	6.	Регистры по заболеванию	25
2.	Заболевание	8	6.1.	Критерии включения и исключения из регистра по заболеванию	25
3.	Диагностика	9	6.2.	Требования к региональному регистру по заболеванию	26
3.1.	Жалобы	9	6.3.	Передача данных в федеральный регистр/регистры	28
3.2.	Анамнез	10	7.	Приложения	29
3.3.	Осмотр врача	14	7.1.	Состав Клинического комитета	29
3.4.	Критерии направления на экстренную госпитализацию	15	7.2.	Литература	30
3.5.	Обследования и консультации специалистов	15	7.3.	Термины и определения.	30
3.6.	Заключительный клинический диагноз	17	7.4.	Список сокращений	31
3.7.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	18	7.5.	Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде.	32
3.8.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	19	7.5.1.	Схема первичного приема	32
4.	Лечение	19	7.5.2.	Схема ведения пациента с хроническим заболеванием	34
4.1.	Немедикаментозное лечение	19			
4.1.1.	Рекомендации по изменению образа жизни.	19			
4.1.2.	Обучение, образование пациентов	19			
4.2.	Медикаментозное лечение	20			
4.3.	Критерии оценки качества лечения	20			
5.	Диспансерное наблюдение.	21			
5.1.	Обследования и консультации специалистов	22			
5.2.	Немедикаментозное лечение	24			
5.3.	Медикаментозное лечение	24			
5.4.	Критерии оценки качества диспансерного наблюдения	25			

1 / СТАТУС ДОКУМЕНТА

Настоящий клинический протокол содержит рекомендации по диагностике и лечению гематурии для врачей общей практики и специалистов амбулаторного звена.

Протокол служит для решения следующих задач:

- систематизация и унификация описания жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра;
- создание системы оценки качества оказания медицинской помощи объективными методами;
- формирование стандартов диагностики, лечения и дальнейшего ведения больных;
- создание нормативной документации, учебных и справочных материалов для медицинских работников.

2 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Название: гематурия.

Характер течения заболевания: острое.

Гематурия – это состояние, характеризующееся наличием крови в моче сверх величин, составляющих физиологическую норму.

Гематурия – выделение эритроцитов с мочой, обнаруживаемое при:

- микроскопии осадка мочи во время исследования 2 из 3 анализов (3 эритроцитов в поле зрения микроскопа);
- исследовании мочи по Нечипоренко – 1000 эритроцитов в 1 мл средней порции мочи.

Код/коды болезней по МКБ-10:

N02 – Рецидивирующая и устойчивая гематурия;

R31 – Неспецифическая гематурия.

3 / ДИАГНОСТИКА

3.1. Жалобы

Таблица 1 – Жалобы

Жалоба	Характеристики
Примесь крови в моче	<ul style="list-style-type: none">• Макрогематурия (видимая глазом примесь): примесь крови в моче определяется визуально (>0,5 мл крови в 500 мл мочи)• Микрогематурия (по данным общего анализа мочи): при микроскопии осадка общего анализа мочи определяют > 3 эритроцитов в поле зрения• Инициальная гематурия: окрашивание кровью только начальной порции мочи• Тотальная гематурия: равномерное окрашивание всех порций мочи кровью• Терминальная гематурия: выделение крови в конце акта мочеиспускания• Периодичность: постоянно или периодически• Интенсивность: интенсивная или неинтенсивная• Может сопровождаться (и/или):<ul style="list-style-type: none">- болевым синдромом;- высыпаниями на коже;- повышением АД;- наличием отеков;- повышением температуры тела;- диареей.• Купируется: гемостатиками/устранением провоцирующего фактора

3.2. Анамнез

Таблица 2 – Анамнез заболевания

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Давность заболевания	≥ 24 часов ≤ 24 часов		
Интенсивность	Интенсивная Неинтенсивная		
Длительность	Длительная Кратковременная		
Периодичность/ частота	Постоянно Периодически		
Цвет мочи	От слабо-розового до темно-красного и цвета мясных помоев		
Условия, способствующие появлению	Физиологические	Физическая нагрузка Половой акт Менструальный цикл	
	Патологические	Травма Введение инородного тела	
Характер	Макрогематурия	Примесь крови в моче определяется визуально	> 0,5 мл крови в 500 мл мочи
	Микрогематурия	Наличие эритроцитов по данным анализа мочи	При микроскопии осадка общего анализа мочи определяют > 3 эритроцитов в поле зрения; 1000 эритроцитов в 1 мл средней порции мочи (исследование по Нечипоренко)
Степень	Инициальная гематурия	Окрашивание кровью только начальной порции мочи	Возможно сочетание с уретроррагией (выделением крови из мочеиспускательного канала вне связи с актом мочеиспускания)
	Тотальная гематурия	Равномерное окрашивание всех порций мочи кровью	
	Терминальная гематурия	Выделение крови в конце акта мочеиспускания	

Образование сгустков	Да/нет	Червеобразная форма сгустков указывает на их формирование в верхних отделах мочевыводящих путей. Большие бесформенные сгустки указывают на их формирование в мочевом пузыре		
Наличие провоцирующих факторов	Конкремент в органах мочевыделительной системы и/или его отхождение	Конкремент в почке, мочеточнике, мочевом пузыре и/или уретре и/или его отхождение		
	Травма (в том числе за счет введения инородных предметов в органы мочеполовой системы)	Получение травмы и/или введение инородного предмета в органы мочеполовой системы		
	Диагностированное по данным визуализирующих методов исследования патологическое новообразование органов мочеполовой системы	Опухоль почки, мочеточника, мочевого пузыря, простаты, уретры и/или других органов малого таза		
	Проведение внутрипузырной терапии			
	Проведение интермиттирующей катетеризации			
	Прием лекарственных препаратов	Прием антикоагулянтов		
		Прием лекарственных препаратов, окрашивающих мочу в красный цвет		
Перенесенные ранее оперативные лечения	Оперативное лечение на органах мочевыделительной системы			
	Оперативное лечение на органах малого таза			

Сочетание с другими симптомами	Боль; Высыпания на коже; Повышение артериального давления; Отеки; Повышение температуры тела; Диарея.		
--------------------------------	--	--	--

Таблица 3 – Анамнез жизни

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Наличие в анамнезе указаний на сопутствующую патологию, приводящую к гематурии	Наличие в анамнезе мочекаменной болезни	Диагностированный конкремент органов мочевыделительной системы	Камень почки, мочеточника, мочевого пузыря и/или уретры
	Наличие в анамнезе онкологического заболевания органов мочеполовой системы и/или органов малого таза	Диагностированное онкологическое заболевание органов мочеполовой системы и/или органов малого таза	Рак почки, мочеточника, простаты, уретры и/или органов малого таза
	Наличие в анамнезе аутоиммунного заболевания		
	Наличие в анамнезе системного заболевания		
	Наличие в анамнезе заболевания крови		
	Наличие в анамнезе туберкулеза		
	Наличие в анамнезе аномалий развития органов мочеполовой системы		
Наследственный анамнез	Отягощенный анамнез по онкологическим заболеваниям и/или хроническим заболеваниям органов мочевыделительной системы, и/или органов мочеполовой системы, и/или органов малого таза		

Гинекологический анамнез	Беременность Менструальный цикл	Связь гематурии с беременностью или менструальным циклом	Если кроме временного (24 часа) изменения цвета мочи нет других клинических проявлений, подобное явление следует считать переходящим физиологическим состоянием
Трудовой анамнез	Работа с химикатами, анилиновыми красителями, ароматическими аминами, бензолом, вдыхание ртутных паров и пр.		
Образ жизни	Предшествующая сильная физическая нагрузка (гематурия физического усилия)	Связь гематурии с перенесенной сильной физической нагрузкой	
	Прием продуктов, окрашивающих мочу в красный цвет	Связь гематурии с приемом продуктов, окрашивающих мочу в красный цвет	
	Курение (пассивное и/или активное)	Связь гематурии с курением	Курение, индекс курящего человека, стаж курения в пачка/лет
	Прием больших доз алкоголя, спиртосодержащих суррогатов, токсичных веществ		

3.3. Осмотр врача

Таблица 4 – Данные объективного осмотра

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Мочеполовая система	Уретра	Могут быть патологические изменения	Полип уретры; Пролапс слизистой уретры
	Мочевой пузырь	Могут быть патологические изменения	Болезненность над лоном в проекции мочевого пузыря
	Простата	Могут быть патологические изменения	Болезненность при пальцевом ректальном исследовании
	Поясничная область	Могут быть патологические изменения	Болезненность в поясничной области в проекции почек Пальпируемое образование в поясничной области
	Органы женской половой системы	Могут быть патологические изменения	Болезненность при бимануальном осмотре Визуализация свища при осмотре в зеркалах
Кожные покровы и слизистые оболочки	Сыпь	Геморрагические высыпания	
	Отеки		
Лимфатическая система	Лимфатические узлы	Могут быть патологические изменения	Пальпируемые паховые лимфатические узлы
Брюшная полость	Органы брюшной полости	Могут быть патологические изменения	Пальпируемое образование в брюшной полости, увеличенная печень и/или селезенка
Температура тела		Могут быть патологические изменения	Субфебрильная Фебрильная
Витальные показатели	Артериальное давление	Могут быть патологические изменения	Повышение АД
	Пuls	Могут быть патологические изменения	Тахикардия

3.4. Критерии направления на экстренную госпитализацию

Таблица 5 – Критерии экстренной госпитализации

№ критерия	Критерий
1	Макрогематурия
2	Общее тяжелое состояние больного, обусловленное анемией средней и тяжелой степени и/или сопровождающееся падением АД
3	Неэффективность консервативной терапии в амбулаторных условиях (стойкая некупируемая гематурия) и/или необходимость проведения дифференциальной диагностики

3.5. Обследования и консультации специалистов

Таблица 6 – Пакетные назначения на диагностику

Тип назначений	Назначения	Обязательность
ЛИ	Общий анализ крови	да
ЛИ	Общий анализ мочи	да
ЛИ	Анализ мочи на гемоглобин (при помощи тест-полоски)	да
ЛИ	Анализ мочи по Нечипоренко	по показаниям
ЛИ	Трехстаканная проба	по показаниям
ЛИ	Биохимический анализ крови	да
ЛИ	Коагулограмма	да
ЛИ	Анализ крови на общий ПСА	по показаниям
ЛИ	Бактериологический анализ мочи	по показаниям
ЛИ	Цитологический анализ мочи	по показаниям
ЛИ	Анализ мочи на микобактерии туберкулеза	по показаниям
ИИ	Ультразвуковое исследование (при помощи абдоминального датчика)	да
ИИ	Ультразвуковое исследование (при помощи эндополостного датчика)	по показаниям
ИИ	Мультиспиральная компьютерная томография с/без внутривенным контрастированием	по показаниям
ИИ	Магнитно-резонансная томография с/без внутривенным контрастированием	по показаниям

ИИ	Рентгенологические методы обследования с/без внутривенным контрастированием	по показаниям
ИИ	Эндоскопические методы обследования (уретроцистоскопия гибкая или уретроцистоскопия жесткая)	по показаниям
ИИ	Флюоресцентная уретроцистоскопия (уретроцистоскопия гибкая или уретроцистоскопия жесткая)	по показаниям
ИИ	Биопсия почки, мочеточника, мочевого пузыря, простаты, уретры	по показаниям
ИИ	Динамическая нефросцинтиграфия	по показаниям
Консультация	Уролог	по показаниям

Таблица 7

Показания для направления на консультации к специалистам

Специалист	Критерий
Уролог	Сочетание гематурии с недержанием мочи, пролапсом гениталий, пролапсом слизистой уретры, полипом уретры, диагностированной гиперплазией предстательной железы; ранее перенесенным оперативным лечением на органах мочевыделительной системы; наличием в анамнезе мочекаменной болезни
Нефролог	Сочетание гематурии у больных с системными заболеваниями; выявление выраженной протеинурии у больных с гематурией; выявление повышенного содержания креатинина и мочевины у больных с гематурией. Наличие микрогематурии (в т. ч. бессимптомной), протеинурии, цилиндррии и/или почечной недостаточности или других клинических признаков, указывающих на наличие поражений почечной паренхимы
Онколог	Сочетание гематурии с диагностированным новообразованием, ранее перенесенным оперативным лечением по поводу рака на органах мочевыделительной системы, ранее перенесенной лучевой терапией (постлучевой цистит), наличием пальпируемого образования в проекции почек, мочевого пузыря, органов малого таза
Проктолог	Сочетание стойкой гематурии с наличием расширенных геморроидальных вен (стадия обострения)
Хирург	Сочетание гематурии с наличием пальпируемого образования в брюшной полости
Гинеколог	Сочетание стойкой гематурии с беременностью, менструальным циклом; сочетание гематурии с выявленным эндометриозом мочевого пузыря
Инфекционист	Сочетание гематурии с диареей, лихорадкой и кожной сыпью, наличие паразитарных инфекций, малярии

Гематолог	Увеличение печени и селезенки у больных с гематурией; наличие подкожных геморрагий у больных с гематурией; сочетание гематурии с системными васкулитами
Фтизиатр	Сочетание гематурии со стойкой пиурией, резистентной к антибиотикотерапии; указание в анамнезе на туберкулез
Терапевт	Сочетание гематурии с приемом лекарственных препаратов, окрашивающих мочу в красный цвет; сочетание гематурии с приемом антикоагулянтов
Кардиолог	Сочетание гематурии с приемом антикоагулянтов; сочетание гематурии с инфарктом почки и/или тромбозом почечных вен

3.6. Заключительный клинический диагноз

Таблица 8

Критерии постановки заключительного клинического диагноза

Критерий	Диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Примесь крови в моче • Гемоглинурия • Эритроцитурия • Сопутствующее нефрологическое заболевание 	N02 – Рецидивирующая и устойчивая гематурия
<ul style="list-style-type: none"> • Примесь крови в моче • Эритроцитурия • Гемоглинурия 	R31 – Неспецифическая гематурия

3.7. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

Таблица 9 – Правила маршрутизации пациентов по уровням ведения

Уровень ведения	Критерий
ВОП	<p>Терапия микрогематурии.</p> <p>Исключение тяжелых физических нагрузок у больных маршевой гематурией. Если гематурия обусловлена лекарственной терапией, показана коррекция дозировки препарата. В отдельных случаях при гематурии, обусловленной травмой почки, больным назначают строгий постельный режим, местную гипотермию, рекомендуют обильное питье.</p> <p>Проведение неспецифической гемостатической терапии.</p> <p>При микрогематурии и диагностированном инфекционном и воспалительном заболевании органов мочеполовой системы проводят антибактериальную и противовоспалительную терапию.</p>
Референсные центры	Невозможность поставить диагноз. Необходимость проведения дифференциального диагноза.
Консервативное лечение в стационаре	<p>Терапия макрогематурии.</p> <p>Неэффективность консервативной терапии в амбулаторных условиях.</p> <p>Показано лечение гемостатиками, компонентами крови или переливание свежемороженой плазмы в зависимости от диагностированного дефекта системы гемостаза и степени анемии.</p> <p>При инфекционных и воспалительных заболеваниях органов мочеполовой системы проводят антибактериальную, противовоспалительную и инфузионно-детоксикационную терапию. При развитии гиповолемии назначают инфузионную терапию коллоидными и кристаллоидными растворами. При сопутствующих нефрологических заболеваниях проводят патогенетическую терапию основного заболевания.</p> <p>При определении причины гематурии и установлении диагноза последующее ведение больного проводят в соответствии со стандартами лечения выявленного заболевания.</p>
Хирургическое лечение в стационаре	<p>Рецидивирующая гематурия, обусловленная урологическими заболеваниями, требующими оперативного вмешательства (например, опухоли, стриктуры, камни и пр.).</p> <p>Макрогематурия, приводящая к развитию анемии, тампонады мочевого пузыря. Лечение основного заболевания.</p>

3.8. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Таблица 10 – Показатели оценки качества диагностики

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Срок назначения лечения после обращения	24 часа	ЕМИАС
% пациентов, удовлетворенных качеством работы специалиста (оценка 3 и более баллов по шкале от 1 до 5)	80 %	Опрос
% клинических эпизодов, когда была проведена оценка эффективности лечения на 3 и 7-е сутки	100 %	Ручной ввод

4 / ЛЕЧЕНИЕ

4.1. Немедикаментозное лечение

4.1.1. Рекомендации по изменению образа жизни

Устранить внешние факторы, приводящие к развитию гематурии (курение, работа с химикатами, анилиновыми красителями, ароматическими аминами, бензолом; вдыхание ртутных паров и пр.; злоупотребление спиртом и его суррогатами и пр.).

4.1.2. Обучение, образование пациентов

При обучении пациентов особенно важно обратить внимание на необходимость экстренного обращения за медицинской помощью при появлении примеси крови в моче.

В обучении и образовании пациентов необходимо сделать упор на устранении внешних факторов, приводящих к развитию гематурии (курение, работа с химикатами, анилиновыми красителями, ароматическими аминами, бензолом; вдыхание ртутных паров и пр.; злоупотребление спиртом и его суррогатами и пр.).

4.2. Медикаментозное лечение

Таблица 11 – Пакетные назначения на лечение (для ВОП и специалиста в амбулаторном звене)

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования	Способ введения и применения	Длительность/ Критерий отмены
Обязательно	Гемостатическое средство (стимуляторы агрегации тромбоцитов)	Этамзилат	500 мг 2-3 раза в сутки	Перорально во время еды, запивая небольшим количеством жидкости	До купирования гематурии
Обязательно	Обязательно	Транексамовая кислота	1000 мг 2-3 раза в сутки	Перорально, независимо от приема пищи	До купирования гематурии
Обязательно	Обязательно	Менадиона натрия бисульфит	30 мг 2-3 раза в сутки	Перорально, независимо от приема пищи	Продолжительность лечения 3-4 дня. Курс лечения может быть повторен после 4-х дней перерыва

4.3. Критерии оценки качества лечения

Таблица 12 – Показатели оценки качества лечения

Цель	Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Купирование гематурии	% пациентов с купированной гематурией	100 %	ЕМИАС

5 / ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Таблица 13 – Критерии направления на диспансерное наблюдение

Критерии выбора уровня	Уровень наблюдения	Периодичность осмотра	Срок или другие критерии окончания наблюдения
Микрогематурия на фоне различных сопутствующих заболеваний и/или состояний (в т. ч. после перенесенной операции/травмы на органах мочеполовой системы)	ВОП	Каждый месяц	Регрессирование микрогематурии или макрогематурии
Микрогематурия на фоне проведения интермиттирующей катетеризации (в т. ч. проведения внутривезикулярной терапии)	ВОП	Каждый месяц	Регрессирование микрогематурии или макрогематурии
Микрогематурия на фоне приема лекарств	ВОП	Каждый месяц. При условии коррекции терапии	Регрессирование микрогематурии или макрогематурии
Микрогематурия на фоне беременности (других физиологических состояний, в т. ч. после сильной физической нагрузки)	ВОП (гинеколог по показаниям)	Каждый месяц	Регрессирование микрогематурии или макрогематурии

5.1. Обследования и консультации специалистов

Таблица 14 – Пакетные назначения для диспансерного наблюдения

Тип назначений	Назначения	Обязательность	Периодичность
ЛИ	Общий анализ крови	да	Каждый месяц
ЛИ	Общий анализ мочи	да	Каждый месяц
ЛИ	Анализ мочи на гемоглобин (при помощи тест-полоски)	да	Каждый месяц
ЛИ	Анализ мочи по Нечипоренко	по показаниям	По клиническим показаниям
ЛИ	Трехстаканная проба	по показаниям	По клиническим показаниям
ЛИ	Биохимический анализ крови	по показаниям	Каждый месяц или по клиническим показаниям
ЛИ	Коагулограмма	по показаниям	Каждый месяц или по клиническим показаниям
ЛИ	Анализ крови на общий ПСА	по показаниям	По клиническим показаниям (не реже 1 раза в год)
ЛИ	Бактериологический анализ мочи	по показаниям	По клиническим показаниям
ЛИ	Цитологический анализ мочи	по показаниям	По клиническим показаниям
ЛИ	Анализ мочи на микобактерии туберкулеза	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Ультразвуковое исследование (при помощи абдоминального датчика)	да	Каждый месяц или по клиническим показаниям
ИИ	Ультразвуковое исследование (при помощи эндополостного датчика)	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Мультиспиральная компьютерная томография с/ без внутривенным контрастированием	по показаниям	По клиническим показаниям

ИИ	Магнитно-резонансная томография с/ без внутривенным контрастированием	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Рентгенологические методы обследования с/без внутривенным контрастированием	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Эндоскопические методы обследования (уретроцистоскопия гибкая или уретроцистоскопия жесткая)	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Флюоресцентная цистоскопия (уретроцистоскопия гибкая или уретроцистоскопия жесткая)	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Биопсия почки, мочеточника, мочевого пузыря, простаты, уретры	по показаниям	По клиническим показаниям
ИИ	Динамическая нефросцинтиграфия	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Уролог	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Нефролог	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Онколог	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Проктолог	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Хирург	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Гинеколог	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Инфекционист	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Гематолог	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Фтизиатр	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Терапевт	по показаниям	По клиническим показаниям
Консультация	Кардиолог	по показаниям	По клиническим показаниям

5.2. Немедикаментозное лечение

Устранить внешние факторы, приводящие к развитию гематурии (курение, работа с химикатами, анилиновыми красителями, ароматическими аминами, бензолом; вдыхание ртутных паров и пр.; злоупотребление спиртом и его суррогатами и пр.).

5.3. Медикаментозное лечение

Таблица 15 – Пакетные назначения на лечение (для ВОП и специалиста амбулаторного звена)

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования	Способ введения и применения	Длительность/ Критерий отмены
Обязательно	Гемостатическое средство (стимуляторы агрегации тромбоцитов)	Этамзилат	500 мг 2-3 раза в сутки	Перорально во время еды, запивая небольшим количеством жидкости	До купирования гематурии
Обязательно	Гемостатическое средство (стимуляторы агрегации тромбоцитов)	Транексамовая кислота	1000 мг 2-3 раза в сутки	Перорально, независимо от приема пищи	До купирования гематурии
Обязательно	Гемостатическое средство (стимуляторы агрегации тромбоцитов)	Менадиона натрия бисульфит	30 мг 2-3 раза в сутки	Перорально, независимо от приема пищи	Продолжительность лечения 3-4 дня. Курс лечения может быть повторен после 4-х дней перерыва

5.4. Критерии оценки качества диспансерного наблюдения

Таблица 16 – Пакетные назначения на лечение (для ВОП и специалиста амбулаторного звена)

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
% пациентов с купированной гематурией	100 %	ЕМИАС

6 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

6.1. Критерии включения и исключения из регистра по заболеванию

Критерии включения:

- Пациенты с гематурией (макрогематурия: примесь крови в моче определяется визуально (> 0,5 мл крови в 500 мл мочи); микрогематурия: при микроскопии осадка общего анализа мочи определяют > 3 эритроцитов в поле зрения).
- Пациенты, у которых гематурия явилась следствием физиологических состояний (беременность, менструальный цикл, сильная физическая нагрузка).

Критерии исключения:

- Пациенты, у которых гематурия обусловлена приемом лекарственных препаратов и/или продуктов, окрашивающих мочу в красный цвет.

6.2. Требования к региональному регистру по заболеванию

Таблица 17 – Данные для передачи в регистр и правила ведения

Категория	Поля регистра	Условия обновления регистра	Необходимая частота обновления регистра
Общие сведения	Дата взятия на учет	При постановке на учет	-
Общие сведения	ЛПУ	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	ФИО	При постановке на учет	-
Общие сведения	Пол	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	Дата рождения	При постановке на учет	-
Общие сведения	Адрес	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	Страховой полис	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	СНИЛС	При постановке на учет, при изменении поля	-
Анамнез	Год установления диагноза	При постановке на учет	-
Анамнез	Наличие профессиональных вредностей, хобби	При постановке на учет, при изменении поля	1 раз в год
Анамнез	Статус курения	При постановке на учет, при изменении поля	1 раз в год
Анамнез	Жалобы	При постановке на учет, при изменении поля	1 раз в год
Анамнез	Переход микрогематурии в макрогематурию	При постановке на учет, при изменении поля	-

ЛИ	Общий анализ крови	При постановке на учет, при изменении поля	Каждый месяц
ЛИ	Общий анализ мочи	При постановке на учет, при изменении поля	Каждый месяц
ЛИ	Анализ мочи на гемоглобин (при помощи тест-полоски)	При постановке на учет, при изменении поля	Каждый месяц
ЛИ	Анализ мочи по Нечипоренко	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Трехстаканная проба	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Биохимический анализ крови	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Коагулограмма	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Анализ крови на общий ПСА	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Бактериологический анализ мочи	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Цитологический анализ мочи	При постановке на учет, при изменении поля	-
ЛИ	Анализ мочи на микобактерии туберкулеза	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Ультразвуковое исследование (при помощи абдоминального датчика)	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Ультразвуковое исследование (при помощи эндополостного датчика)	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Мультиспиральная компьютерная томография с/ без внутривенным контрастированием	При постановке на учет, при изменении поля	-

ИИ	Магнитно-резонансная томография с/ без внутривенным контрастированием	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Рентгенологические методы обследования с/без внутривенным контрастированием	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Эндоскопические методы обследования (уретроцистоскопия гибкая или уретроцистоскопия жесткая)	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Флюоресцентная цистоскопия (уретроцистоскопия гибкая или уретроцистоскопия жесткая)	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Биопсия почки, мочеточника, мочевого пузыря, простаты, уретры	При постановке на учет, при изменении поля	-
ИИ	Динамическая нефросцинтиграфия	При постановке на учет, при изменении поля	-
Проводимая терапия	Регулярное лечение, по потребности	При постановке на учет, при изменении поля	Каждый месяц
Степень контроля	Симптомы контроля	При постановке на учет, при изменении поля	Каждый месяц

6.3. Передача данных в федеральный регистр/регистры

Аналогично пункту 6.2. Требования к региональному регистру по заболеванию.

7 / ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Состав Клинического комитета

Таблица 18 – Состав Клинического комитета

ФИО	Роль в комитете	Должность
Хавкина Елена Юрьевна	Куратор Клинического комитета от Департамента здравоохранения города Москвы	Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Пушкарь Дмитрий Юрьевич	Председатель комитета	Академик РАН, профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, главный внештатный специалист уролог Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента здравоохранения города Москвы
Котов Сергей Владиславович	Специалист категории А	д. м. н., заведующий кафедрой урологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Ответственный секретарь Клинического комитета:

Васильев Александр Олегович – врач-уролог, к. м. н., ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

7.2. Литература

1. Клинические рекомендации Российского общества урологов. 2020. Доступны по адресу: <https://oorou.ru/library/russian-guidelines/>
2. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России. 2020. Доступны по адресу: <https://oncology-association.ru/clinical-guidelines>
3. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. 2020. Доступны по адресу: <https://uroweb.org/guidelines/>
4. Урология. Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. 2016. Доступны по адресу: <https://mosgorzdrav.ru/uploads/imperavi/ru-RU/rkr%20urology%2009-2016%20r.pdf>

7.3. Термины и определения

Таблица 19 – Термины и определения

Термин	Определение
Болезнь	Нозологическая единица, характеризующая факт нарушения нормального функционирования тех или иных органов и систем человеческого организма. Одна болезнь идентифицируется одним кодом МКБ-10.
Заболевание	Нарушение состояния здоровья, обусловленное влиянием болезни (болезней), проявляющееся в виде симптомов, синдромов и патологических изменений органов и систем, индивидуально у каждого конкретного пациента. Одно заболевание может включать несколько болезней.

7.4. Список сокращений

АД – артериальное давление

ЛИ – лабораторное исследование

ИИ – инструментальное исследование

ПСА – простатспецифический антиген

УЗИ – ультразвуковое исследование

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

ВОП – врач общей практики

ЕМИАС – единая медицинская информационно-аналитическая система

МНН – международное непатентованное наименование

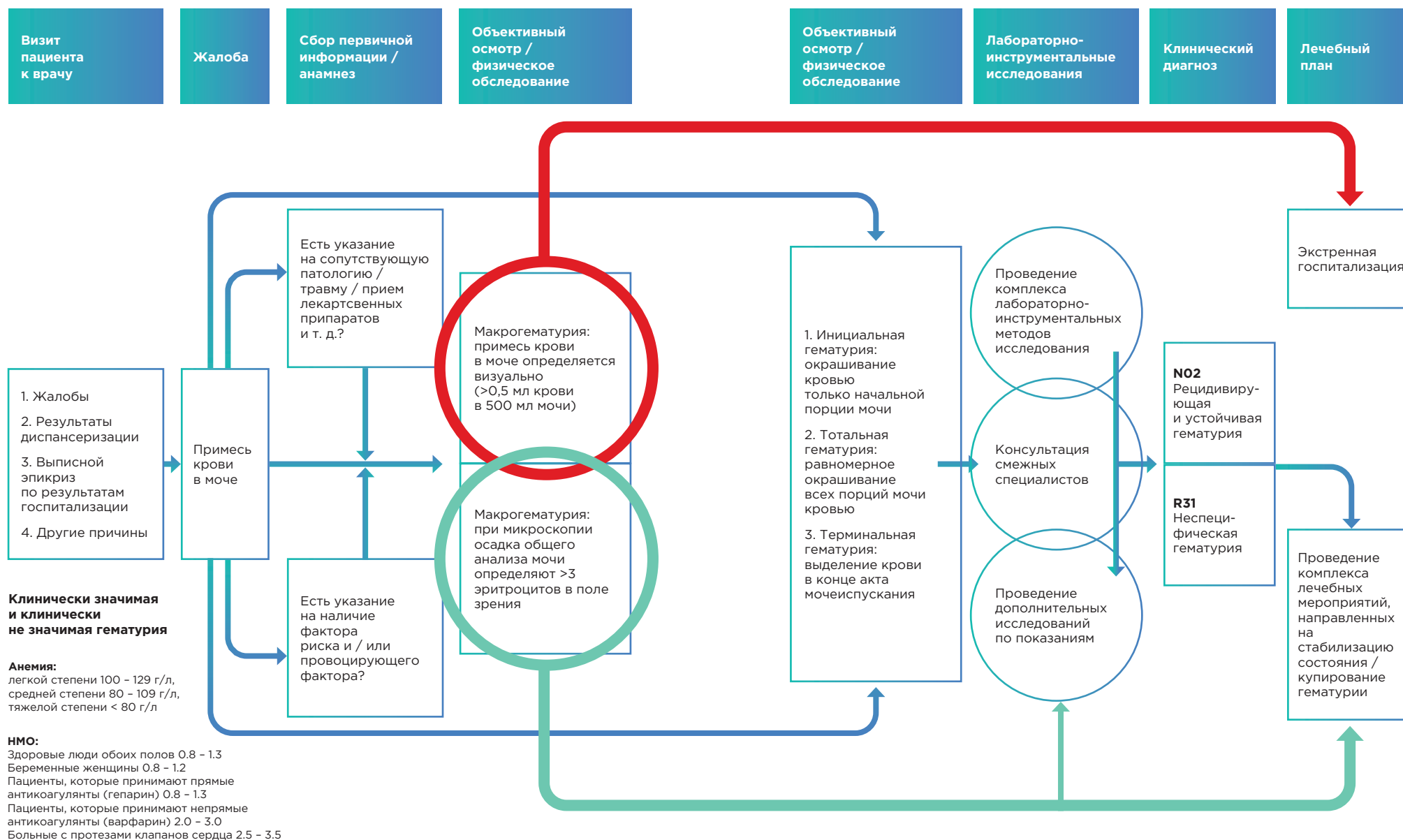
ЛФК – лечебная физическая культура

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

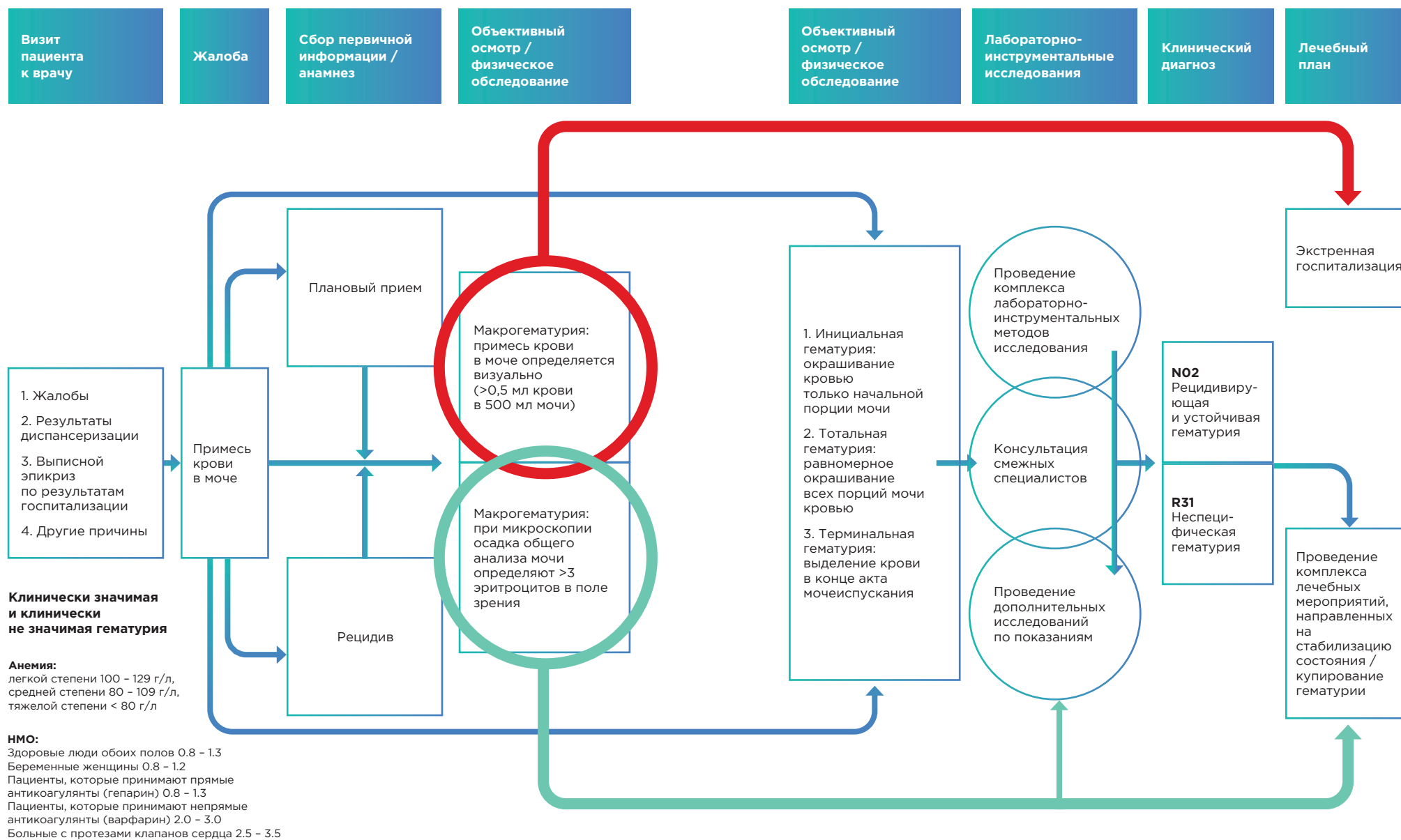
СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счета

7.5. Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде

7.5.1. Схема первичного приема



7.5.2. Схема ведения пациента с хроническим заболеванием





МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Зингеренко М. Б., Перов Р. А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Статус документа	40
2.	Заболевание	40
3.	Диспансерное наблюдение при МКБ.	42
3.1.	Обследование в программе метафилактики при МКБ.	43
4.	Хроническое течение заболевания.	44
4.1.	Диагностика	44
4.1.1.	Жалобы	44
4.1.2.	Анамнез	44
4.1.3.	Осмотр врача	46
4.1.4.	Критерии направления на экстренную госпитализацию	47
4.1.5.	Обследования и консультации специалистов	47
4.1.6.	Заключительный клинический диагноз	48
4.1.7.	Показания для направления (правила маршрутизации с МКБ)	48
4.1.7.1.	Показания к оперативному лечению при МКБ.	49
4.1.8.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	50
5.	Лечение	50
5.1.	Немедикаментозное лечение	50
5.1.1.	Рекомендации по изменению образа жизни	51
5.2.	Медикаментозное лечение с учетом расположения структуры конкрементов	52
5.2.1.	Литолитическая терапия оксалатов кальция, уратов, инфекционных камней для специалистов	52
5.2.2.	Литокинетическая терапия	54
5.2.3.	Противовоспалительная терапия	54
5.3.	Оперативное лечение	54
5.3.1.	Оперативное лечение конкрементов почки	54
5.3.2.	Оперативное лечение конкрементов мочеточника.	56
5.3.3.	Оперативное лечение конкрементов мочевого пузыря	56
5.4.	Критерии оценки качества лечения	56

6.	Осложнения МКБ	57
6.1.	Почечная колика	57
6.1.1.	Диагностика	58
6.1.1.1.	Жалобы	58
6.1.1.2.	Анамнез	59
6.1.1.3.	Осмотр врача	60
6.1.1.4.	Критерии направления на экстренную госпитализацию	60
6.1.1.5.	Обследования и консультации специалистов	61
6.1.1.6.	Заключительный клинический диагноз	61
6.1.1.7.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	62
6.1.2.	Лечение	62
6.1.2.1.	Немедикаментозное лечение	62
6.1.2.2.	Медикаментозное лечение	62
6.1.2.3.	Критерии оценки качества лечения	63
6.2.	Острый обструктивный пиелонефрит	64
6.2.1.	Диагностика	64
6.2.1.1.	Жалобы	64
6.2.1.2.	Анамнез	65
6.2.1.3.	Осмотр врача	65
6.2.1.4.	Критерии направления на экстренную госпитализацию	66
6.2.1.5.	Обследования и консультации специалистов	66
6.2.1.6.	Заключительный клинический диагноз	67
6.2.1.7.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	67
6.2.2.	Лечение	67
6.2.2.1.	Медикаментозное лечение	68
6.2.2.2.	Хирургическое лечение	69
6.2.2.3.	Критерии оценки качества лечения	69

7.	Регистры по заболеванию	70
7.1.	Критерии включения и исключения из регистра по заболеванию.	70
7.2.	Требования к региональному регистру по заболеванию.	70
7.3.	Передача данных в федеральный регистр/регистры	72
8.	Приложения	72
8.1.	Состав Клинического комитета	72
8.2.	Литература	73
8.3.	Термины и определения.	73
8.4.	Список сокращений	74
8.5.	Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде.	75
8.5.1.	Схема первичного приема	75
8.5.2.	Схема ведения пациента с неосложненной МКБ	76

1 / СТАТУС ДОКУМЕНТА

Настоящий клинический протокол содержит рекомендации по диагностике и лечению заболевания для врачей общей практики и специалистов амбулаторного звена.

Протокол служит для решения следующих задач:

- систематизация и унификация описания жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра;
- формирование способов оценки качества оказания медицинской помощи объективными методами;
- формирование стандартов диагностики, лечения и дальнейшего ведения больных;
- последующее создание нормативной документации и учебных и справочных материалов для медицинских работников.

2 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Название: Мочекаменная болезнь: N20–N23.

Течение заболевания: хроническое.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в различных отделах мочевых путей. В основе развития мочекаменной болезни лежат нарушения обменных процессов в организме, зачастую возникающие на фоне морфофункциональных изменений в мочевыделительной системе пациента, наследственной предрасположенности, заболеваний эндокринной системы. Конкременты можно классифицировать по следующим критериям: размер, локализация, рентгенологические характеристики, этиология, минералогический состав и степень риска повторного камнеобразования.

Код/коды болезней по МКБ-10:

N20 – Камни почки и мочеточника:

- N20.0 – Камни почек;
- N20.1 – Камни мочеточников;
- N20.2 – Камни почек с камнями мочеточников;
- N20.9 – Мочевые камни неуточненные.

N21 – Камни нижних отделов мочевых путей:

- N21.0 – Камни в мочевом пузыре;
- N21.1 – Камни в уретре;
- N21.8 – Другие камни в нижних отделах мочевых путей;
- N21.9 – Камни в нижних отделах мочевых путей неуточненные.

N22 – Камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках.

N23 – Почечная колика неуточненная.

3 / ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ МКБ

Проведение диспансерного наблюдения у пациентов с низким риском повторного камнеобразования нецелесообразно.

Критерии выбора уровня	Уровень ведения	Периодичность осмотра	Срок или другие критерии окончания наблюдения
Пациенты с бессимптомными конкрементами чашечек почки < 5мм	ВОП	1 р./год	3 года или до удаления/отхождения конкремента
Пациенты с конкрементами чашечек почки > 5мм, конкрементами лоханки и симптоматическими конкрементами	Уролог	1 р./год	3 года или до удаления/отхождения конкремента
Пациенты после удаления/самостоятельного отхождения конкрементов			
Высокий риск повторного камнеобразования	ВОП	1 р./год	3 года
Низкий риск камнеобразования	Не нуждаются в диспансерном наблюдении		

3.1. Обследование в программе метафилактики при МКБ

После самостоятельного отхождения конкремента или оперативного лечения необходимо проведение достоверного анализа состава конкремента с помощью инфракрасной спектроскопии или дифракции рентгеновских лучей, а также проведение специфической метаболической оценки у пациентов с высоким риском повторного камнеобразования. Первичную специфическую метаболическую оценку следует выполнять, когда у пациента отсутствуют конкременты. Сбор суточной мочи рекомендуется проводить не ранее чем через 20 дней после отхождения или удаления конкрементов. Контрольное обследование проводить через 8–12 нед. после начала лечения.

Тип назначений	Назначения	Анализируемые параметры
ЛИ	Инфракрасная спектроскопия Дифракция рентгеновских лучей	1 р./год
ЛИ	Общий анализ мочи	рН - 4 р./д.
		Оксалат
		Кальций
		Магний И т. д.
ЛИ	Биохимический анализ крови	Паратиреоидный гормон Ионизированный кальций Мочевая кислота Креатинин
ЛИ	Бактериологическое исследование (посев) мочи	При выявлении инфекционных камней (струвит)
Консультации	Эндокринолог Гастроэнтеролог	По показаниям

4 / ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Хроническое течение заболевания можно рассматривать преимущественно для конкрементов почек, потому что конкременты мочеточника, как правило, способствуют развитию острого процесса.

4.1. Диагностика

4.1.1. Жалобы

Жалоба	Характеристики
Боль	<ul style="list-style-type: none"> Локализация: поясничная область Характер: ноющая, постоянная, приступообразная Купируется: приемом ЛС
Повышение температуры тела	<ul style="list-style-type: none"> Периодическое, постоянное Субфебрильное
Примеси в моче	<ul style="list-style-type: none"> Кровь в моче Мутная моча Отхождение конкрементов

4.1.2. Анамнез

Анамнез заболевания:

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Мочекаменная болезнь	Самостоятельное отхождение конкрементов в анамнезе	Да/нет	
	Операции по поводу МКБ в анамнезе	Да/нет	
	Минералогический состав ранее отходивших/извлекаемых конкрементов	Известен/неизвестен	

Анамнез жизни:

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Наследственный анамнез	Наличие семейного анамнеза МКБ	Да/нет	
Наличие заболеваний, связанных с развитием МКБ	Гиперпаратиреозидизм Нефрокальциноз Заболевания ЖКТ (анастомоз, резекция кишечника, болезнь Крона, мальабсорбция) Саркоидоз, подагра		
Операции на мочевых путях в анамнезе			
Наличие генетических заболеваний	Цистинурия (типы А, В, АВ) Первичная гипероксалурия Почечный канальцевый ацидоз (ПКА) 1-го типа 2,8-дигидроксиадеин Ксантинурия Синдром Леша-Нихена Муковисцидоз		
Наличие анатомических и уродинамических нарушений, способствующих камнеобразованию	Медуллярная губчатая почка (тубулярная эктазия) Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) Дивертикул чашечки, киста чашечки Стриктура мочеточника Пузырно-мочеточниково-почечный рефлюкс Подковообразная почка Уретероцеле Отведение мочи (кишечные пластики) (в связи с кишечной гипероксалурией) Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря		

Прием лекарственных препаратов, вызывающих камнеобразование	Активные соединения, которые кристаллизуются в моче	Аллопуринол Цефтриаксон Амоксициллин/ ампициллин Ципрофлоксацин Эфедрин Индинавир Трисиликат магния Сульфонамид Триамтерен	
	Вещества, влияющие на состав мочи	Ацетазоламид Аллопуринол Гидроокись алюминия и магния Аскорбиновая кислота Кальций Фуросемид Лаксативы Метоксифлуран Витамин D	
Образ жизни	Характер питания и потребления жидкости Физическая активность	Мясная диета, сухоедение	

4.1.3. Осмотр врача

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Мочевыделительная система	Поясничная область	Наличие выбуханий, болезненность при пальпации	
		Метод поколачивания	Положительный результат – болезненность при поколачивании
	Область мочевого пузыря	Перкуторное и пальпаторное определение мочевого пузыря над лоном	Признаки задержки мочеиспускания, нервно-мышечной дисфункции мочевого пузыря
	Визуальная оценка мочи. Приблизительная оценка диуреза	Наличие примеси крови, гноя в моче. Резкое снижение диуреза	

4.1.4. Критерии направления на экстренную госпитализацию

№ критерия	Критерий
1	Обструктивная анурия
2	Интенсивный болевой синдром, не купирующийся в/в введением ЛС
3	Гипертермия $\geq 38^{\circ}\text{C}$ с ознобом
4	Тяжелое состояние больного на фоне декомпенсации сахарного диабета, иммунодефицита, выраженной недостаточности кровообращения

4.1.5. Обследования и консультации специалистов

№ п/п	Тип назначений	Назначения	Обязательность	Периодичность
1.	ЛИ	Биохимический анализ крови	да	1 р./год
2.	ЛИ	Анализ мочи общий	да	1 р./год
3.	ЛИ	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	да	1 р./год
4.	ИИ	УЗИ мочевого пузыря	да	1 р./год
5.	ИИ	УЗИ почек	да	1 р./год
6.	ИИ	КТ почек без контрастирования	Пациентам, которым планируется активное удаление камня в плановом порядке	-
7.	ИИ	КТ почек с контрастированием	По показаниям	-
8.	Консультация	Уролог	да	-

4.1.6. Заключительный клинический диагноз

Критерий	Диагноз
Наличие конкремента в ЧЛС почки (УЗИ, МСКТ)	N20.0 – Конкремент почки
Наличие конкремента в мочеточнике (МСКТ)	N20.1 – Конкремент мочеточника
Наличие конкремента в мочевом пузыре (УЗИ)	N21.0 – Камни в мочевом пузыре
Характерный болевой синдром – почечная колика при невозможности визуализировать конкремент	N23 – Почечная колика неуточненная

Кроме того, в диагнозе МКБ необходимо отражать (если известно): размер, локализацию, рентгенологические характеристики конкремента, этиологию, минералогический состав и степень риска повторного камнеобразования.

4.1.7. Показания для направления (правила маршрутизации с МКБ)

Уровень ведения	Критерий
ВОП	Отхождение конкремента в анамнезе у пациентов с низким риском повторного камнеобразования
Уролог	Конкременты мочеточника, конкременты почки > 5 мм, пациенты с высоким риском повторного камнеобразования.
Наличие конкремента в мочевом пузыре (УЗИ)	N21.0 – Камни в мочевом пузыре
Референсные центры	Невозможность поставить диагноз

Дренирование мочевых путей в стационаре	<ul style="list-style-type: none"> • Интенсивный болевой синдром, не купирующийся в/в введением ЛС • Тяжелое состояние больного на фоне декомпенсации сахарного диабета, иммунодефицита, выраженной недостаточности кровообращения • Гипертермия $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Признаки развития острого обструктивного пиелонефрита любой степени тяжести • Обструктивная анурия
Хирургическое лечение в стационаре	См. пункт 4.1.7.1

4.1.7.1. Показания к оперативному лечению при МКБ

Показания к активному удалению конкрементов мочеточника:

- Конкременты с низкой вероятностью самостоятельного отхождения.
- Постоянная боль, несмотря на адекватное обезболивание.
- Стойкая обструкция.
- Нарушение функции почек (почечная недостаточность, двусторонняя обструкция, единственная почка).

Показания к активному удалению конкрементов почек:

- Рост конкремента.
- Конкременты у пациентов с высоким риском камнеобразования.
- Обструкция, вызванная конкрементами.
- Симптоматические конкременты.
- Рецидивирующая инфекция, гематурия.
- Конкременты размером > 15 мм.
- Конкременты размером < 15 мм, если наблюдение не является предпочтительной тактикой.
- Желание пациента (медицинские и социальные обстоятельства – профессия, необходимость путешествовать).
- Конкременты, существующие > 2–3 лет.

4.1.8. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
% пациентов с установленным диагнозом 72 часа	100%	ЕМИАС
% пациентов, которые смогли пройти обследование после назначения 72 часа	80%	ЕМИАС
% пациентов, удовлетворенных качеством работы специалиста (оценка 3 и более баллов по шкале от 1 до 5)	80 %	Опрос
% клинических эпизодов, когда была проведена оценка эффективности лечения на 3 и 7-е сутки	100 %	Ручной ввод

5 / ЛЕЧЕНИЕ

Выбор тактики лечения при камнях ВМП зависит от нескольких факторов, включая состав камня, размер и выраженность симптомов.

5.1. Немедикаментозное лечение

Наблюдение за пациентами с камнями в почках, особенно при их локализации в чашках, зависит от естественного течения заболевания. Необходимо проводить периодическое наблюдение за симптомами и состоянием камня (первый раз через 6 месяцев, далее ежегодно).

5.1.1. Рекомендации по изменению образа жизни, питьевому режиму и питанию пациентов

Рекомендации по питьевому режиму:

- Количество потребляемой жидкости: 2,5–3,0 л/сут.
- Равномерное потребление жидкости в течение дня.
- Напитки с нейтральным pH.
- Диурез: 2,0–2,5 л/сут.

Рекомендации по сбалансированному питанию:

- Большое количество овощей и клетчатки.
- Норма потребления кальция: 1000–1200 мг/сут.
- Ограниченное потребление хлорида натрия: 4–5 г/сут.
- Ограниченное потребление белков животного происхождения: 0,8–1,0 г/кг/сут.

Рекомендации по образу жизни для устранения общих факторов риска:

- Поддержание нормального ИМТ.
- Обеспечение достаточной физической активности.
- Адекватная гидратация организма.

5.2. Медикаментозное лечение с учетом структуры конкрементов

5.2.1. Литолитическая терапия оксалатов кальция, уратов, инфекционных камней для специалистов

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования		Способ введения и применения	Длительность/Критерий отмены	Кратность/Условия применения
Обязательно Уратные конкременты Оксалатные конкременты	Щелочные цитраты	Блемарен	5–12 г/сут. (14–36 ммоль/сут.). Ежедневная доза для подщелачивания мочи зависит от pH мочи		Таблетки растворить в 200 мл воды 3-кратный прием в сутки	4–6 мес. Уменьшение размеров конкрементов, уменьшение плотности конкрементов, растворение конкрементов/Неэффективность терапии	2 раза в год
Обязательно Уратные конкременты Оксалатные конкременты	Противоподагрическое средство	Аллопуринол	100–300 мг/сут.		После еды, запивая большим количеством воды	Постоянно, до снижения уровня мочевой кислоты	Постоянно
Обязательно Цистиновые конкременты Воспалительные конкременты	Аминокислота	L-метионин	600-1500 мг/сут.		По две капсулы в день перед приемом пищи	3 мес.	2 раза в год
Обязательно Оксалатные конкременты	тиазиды	Гидрохлортиазид	25–50 мг/сут.		Во время еды или после еды	3 мес.	2 раза в год

5.2.2. ЛитокINETическая терапия

Проведение литокINETической терапии при камнях в мочеточнике позволяет ускорить отхождение и увеличить частоту полного удаления камней, а также снизить необходимость в анальгетиках. Размер камня в 6 мм считается оптимальным показателем для самостоятельного отхождения. Проведение литокINETической терапии после дистанционной литотрипсии при камнях в мочеточнике или почках позволяет ускорить отхождение и увеличить частоту полного удаления камней, а также снизить необходимость в анальгетиках.

ЛитокINETическую терапию необходимо прекращать при развитии осложнений (инфекция, не купируемая боль и нарушение функции почек).

Необходимо проводить контрольное обследование для оценки локализации камня и степени гидронефроза.

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования		Способ введения и применения	Длительность/Критерий отмены	Кратность/Условия применения
Обязательно	Альфа-адреноблокаторы	Тамсулозин	0,4 мг		После завтрака, запивая водой, по 1 капс. (0,4 мг) 1 раз в сутки	7 дней/отхождение конкремента	7 дней

5.2.3. Противовоспалительная терапия

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования		Способ введения и применения	Длительность/Критерий отмены	Кратность/Условия применения
Болевой синдром	НПВС	Диклофенак натрия	75 мг 2–3 раза в сутки		В/м, глубоко	7 дней/купирование болевого синдрома	7 дней

5.3. Оперативное лечение

5.3.1. Оперативное лечение конкрементов почки

- Дистанционная литотрипсия (ДЛТ).
- Чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ).
- Перкутанная нефролитотомия (ПНЛ).
- Уретерореноскопия (УРС).
- Открытые и лапароскопические операции по удалению камней в почке.

Показания	Вид вмешательства
Камень почки размером < 2 см, расположенный в почечной лоханке и верхних или средних чашках	ДЛТ и эндоурологические вмешательства (ПНЛ, уретерореноскопия)
Камень почки размером > 2 см, расположенный в почечной лоханке и верхних или средних чашках	ПНЛ При невозможности ПНЛ – гибкая УРС или ДЛТ
Камень почки в нижней чашке	ПНЛ или УРС

5.3.2. Оперативное лечение конкрементов мочеточника

- Дистанционная литотрипсия (ДЛТ).
- Уретерореноскопия (УРС) и контактная литотрипсия (КУЛТ).
- Лапароскопическое или ретроперитонеоскопическое удаление камней мочеточника.

Показания	Вид вмешательства
Камни с низкой вероятностью самостоятельного отхождения Постоянная боль, несмотря на адекватное обезболивание Выраженная обструкция Нарушение функции почек (почечная недостаточность, двусторонняя обструкция)	Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) Уретерореноскопия (УРС) и контактная литотрипсия (КУЛТ) Лапароскопическое или ретроперитонеоскопическое удаление камней мочеточника
Впервые диагностированный камень при отсутствии показаний к активному удалению	Динамическое наблюдение с регулярным обследованием
Размер камня < 6 мм	Литокинетическая терапия

5.3.3. Оперативное лечение конкрементов мочевого пузыря

- Цистоскопия и контактная литотрипсия.
- Открытая цистолитотомия.

5.4. Критерии оценки качества лечения специалиста на амбулаторном этапе

Цель	Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Уменьшение размера и плотности конкрементов при литолитической терапии	% пациентов с уменьшением размеров конкремента	50 %	ЕМИАС
Отхождение конкрементов мочеточника менее 6 мм при литокинетической терапии	% пациентов с отхождением конкремента мочеточника	50 %	ЕМИАС

6 / ОСЛОЖНЕНИЯ МКБ

6.1. Почечная колика

Почечная колика (ПК) – болевой синдром, возникающий вследствие острого нарушения оттока мочи из почки, приводит к чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному застою и отеку паренхимы почки, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.

ПК является одним из наиболее распространенных состояний в урологической практике.

ПК может быть обусловлена различными причинами:

- остро возникающим механическим препятствием, нарушающим пассаж мочи;
- воспалительным процессом в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС);
- гемодинамическими нарушениями в почке, вызывающими ишемию, артериальную и венозную гипертензию, тромбоз эмболические процессы в почечных сосудах;
- аллергическими реактивными явлениями в слизистой оболочке верхних мочевых путей (ВМП) (ЧЛС и мочеточнике);
- спастическими явлениями в ВМП, возникающими рефлекторно при холецистите, аппендиците, инфаркте миокарда, во время менструального цикла и др.

В 40–95 % случаев приступ ПК обусловлен наличием мочекаменной болезни в виде камней, мигрировавших из почки в мочеточник. В большинстве случаев камни задерживаются в юкставезикальной части дистального отдела мочеточника – месте его максимального физиологического сужения.

Реже ПК обусловлена острым или хроническим пиелонефритом (вследствие обтурации мочеточника продуктами воспаления – слизью, фибрином, эпителием, лейкоцитами), гидронефрозом, нефроптозом, мочеисольным диатезом, опухолью почки (прорастанием опухоли в стенку мочевого пузыря, устье мочеточника), туберкулезом мочеисольной системы (обструкцией мочеточника сгустком крови, казеозными массами), травмой почки

(обструкцией мочеточника сгустком крови или внешним сдавлением ВМП урогематомой), тромбозом сосудов почки. ПК отмечают при поликистозе почек, аномалиях развития почек и мочеточников, заболеваниях предстательной железы, гинекологических заболеваниях, заболеваниях забрюшинного пространства (ретроперитонеальный фиброз и др.), постлучевых стриктурах мочеточников, лейкозах. В то же время в трети случаев причину ПК установить не удается.

• **N23 – Почечная колика**

6.1.1. Диагностика

6.1.1.1. Жалобы

Жалоба	Характеристики
Боль	<ul style="list-style-type: none"> Локализация: поясничная область, подвздошная область (справа, слева), над лоном Характер: ноющая, постоянная, приступообразная Купируется: приемом ЛС Иррадирует: в область половых органов (мошонка, половые губы), в подвздошную область из поясничной, в поясничную область из подвздошной Не связана с движением, положением туловища, физ. нагрузкой
Повышение температуры тела	<ul style="list-style-type: none"> Периодическое, постоянное Субфебрильное Фебрильное
Симптомы интоксикации	<ul style="list-style-type: none"> Общая слабость Утомляемость Тахикардия, тахипноэ
Симптомы диспепсии	<ul style="list-style-type: none"> Тошнота, рвота
Примеси в моче	<ul style="list-style-type: none"> Кровь в моче Мутная моча Отхождение конкрементов

6.1.1.2. Анамнез

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Почечная колика	Мочекаменная болезнь	Да/нет	
	Хронический пиелонефрит	Да/нет	
	Аномалии развития верхних и нижних мочевых путей	Да/нет	
	Заболевания женских гениталий	Да/нет	
	Заболевания предстательной железы	Да/нет	
	Перенесенные операции на почках и мочевых путях	Да/нет	
	Онкологические заболевания	Да/нет	
	Туберкулез мочеполовой системы	Да/нет	
	Лучевая терапия	Да/нет	
	Заболевания кишечника (болезнь Крона, НЯК)	Да/нет	
Нарушения обмена веществ (подагра, сахарный диабет)	Да/нет		

6.1.1.3. Осмотр врача

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Мочевыделительная система	Поясничная область	Наличие выбуханий, болезненность при пальпации	
		Метод поколачивания	Положительный результат – болезненность при поколачивании
	Область мочевого пузыря	Перкуторное и пальпаторное определение мочевого пузыря над лоном	Признаки задержки мочеиспускания, нервно-мышечной дисфункции мочевого пузыря
	Визуальная оценка мочи. Приблизительная оценка диуреза	Наличие примеси крови, гноя в моче. Резкое снижение диуреза	

6.1.1.4. Критерии направления на экстренную госпитализацию

№ критерия	Критерий
1	Интенсивный болевой синдром, не купирующийся в/в введением ЛС
2	Обструктивная анурия
3	Гипертермия ≥ 38 °С с ознобом
4	Тошнота, рвота
5	Тяжелое состояние больного на фоне декомпенсации сахарного диабета, иммунодефицита, выраженной недостаточности кровообращения

6.1.1.5. Обследования и консультации специалистов

№ п/п	Тип назначений	Назначения	Обязательность	Периодичность
1.	ЛИ	Общий анализ крови	да	
2.	ЛИ	Биохимический анализ крови	да	
3.	ЛИ	Анализ мочи общий	да	
4.	ИИ	Посев мочи, с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	да	
5.	ИИ	УЗИ мочевого пузыря	да	
6.	ИИ	УЗИ почек	да	
7.	ИИ	КТ почек без контрастирования	да	
8.	Консультация	Уролог	да	

6.1.1.6. Заключительный клинический диагноз

Критерий	Диагноз
Наличие нарушения пассажа мочи по верхним и/или нижним мочевым путям (УЗИ, МСКТ)	N23 – Почечная колика

6.1.1.7. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
% пациентов с установленным диагнозом 24 часа	80 %	ЕМИАС
% пациентов, которые смогли пройти обследование после назначения 24 часа	80 %	ЕМИАС
% пациентов, удовлетворенных качеством работы специалиста (оценка 3 и более баллов по шкале от 1 до 5)	80 %	Опрос
% клинических эпизодов, когда была проведена оценка эффективности лечения на 3 и 7-е сутки	100 %	Ручной ввод
% пациентов, госпитализированных с продолжающейся почечной коликой	100 %	ЕМИАС

6.1.2. Лечение

6.1.2.1. Немедикаментозное лечение

Восстановление пассажа по верхним мочевым путям путем стентирования, катетеризации верхних мочевых путей, нефростомия.

6.1.2.2. Медикаментозное лечение

Медикаментозная терапия ПК преследует две основных цели – устранение боли и обструкции, при этом в первую очередь она должна быть направлена на купирование болевого синдрома и лишь затем – на изгнание камня из ВМП. Устранение боли свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования	Способ введения и применения	Длительность/ Критерий отмены
Болевой синдром	Спазмолитик и миотропные	Дротаверина гидрохлорид	80 мг 2–3 раза в сутки	Перорально	5 дней
Болевой синдром, гипертермия	НПВС	Диклофенак натрия	75 мг 2–3 раза в сутки	В/м, глубоко	До снижения температуры тела
Гипертермия (температура тела больше 38,5 °С)	Пиролитик	Парацетамол	1 г (1 флакон 100 мл)	В/в, однократно, в виде инфузии в течение 15 мин.	До снижения температуры тела. Суточная доза 4 г. Интервал между введениями препарата – не менее 4 ч
Болевой синдром	Ненаркотический анальгетик, миотропный спазмолитик, м-холинолитик	Метамизол натрия+ питофенон+фенпивериния бромид	ампулы по 2 или 5 мл	В/м по 2–5 мл раствора или в/в по 2 мл 2–3 р./сут.	Максимальная суточная доза не должна превышать 10 мл. Продолжительность лечения – не более 5 дней

6.1.2.3. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
% пациентов с купированным болевым синдромом	100 %	ЕМИАС
% пациентов с самостоятельным отхождением конкрементов менее 10 мм	50 %	ЕМИАС
% пациентов с восстановленным пассажем мочи	100 %	ЕМИАС

6.2. Острый обструктивный пиелонефрит

Заболевание: Острый обструктивный пиелонефрит N10.0.

Течение заболевания: острое.

Острый пиелонефрит – неспецифическое инфекционное воспаление чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек. Выделяют первичный острый пиелонефрит, развивающийся в интактной почке (без аномалий развития и видимых нарушений уродинамики верхних мочевых путей), и вторичный острый пиелонефрит, возникающий на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи: аномалии развития почек и мочевыводящих путей; мочекаменная болезнь; стриктуры мочеточника различной этиологии; болезнь Ормонда; пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс-нефропатия; аденома и склероз простаты; склероз шейки мочевого пузыря; нейрогенный мочевой пузырь (особенно гипотонического типа); опухоли мочевыводящих путей. По локализации процесс может быть одно- или двусторонним. Также выделяют стадии острого пиелонефрита: серозное воспаление, гнойное воспаление, апостематозный пиелонефрит, карбункул почки, абсцесс почки.

6.2.1. Диагностика

6.2.1.1. Жалобы

Жалоба	Характеристики
Боль	<ul style="list-style-type: none"> Локализация: поясничная область Характер: ноющая, постоянная, приступообразная Купируется: приемом ЛС
Повышение температуры тела	<ul style="list-style-type: none"> Периодическое, постоянное Субфебрильное Фебрильное
Симптомы интоксикации	<ul style="list-style-type: none"> Общая слабость Утомляемость Тахикардия, тахипноэ
Примеси в моче	<ul style="list-style-type: none"> Кровь в моче Мутная моча Отхождение конкрементов

6.2.1.2. Анамнез

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Обструктивный пиелонефрит	Недавнее переохлаждение, иммуносупрессивные состояния	Да/нет	
	Хронический пиелонефрит	Да/нет	
	Мочекаменная болезнь	Да/нет	
	Заболевания женских гениталий	Да/нет	
	Заболевания предстательной железы	Да/нет	
	Перенесенные операции на почках и мочевых путях	Да/нет	

6.2.1.3. Осмотр врача

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Мочевыделительная система	Поясничная область	Наличие выбуханий, болезненность при пальпации	
		Метод поколачивания	Положительный результат – болезненность при поколачивании
	Область мочевого пузыря	Перкуторное и пальпаторное определение мочевого пузыря над лоном	Признаки задержки мочеиспускания, нервно-мышечной дисфункции мочевого пузыря
	Визуальная оценка мочи. Приблизительная оценка диуреза	Наличие примеси крови, гноя в моче. Резкое снижение диуреза	

6.2.1.4. Критерии направления на экстренную госпитализацию

№ критерия	Критерий
1	Обструктивная анурия
2	Интенсивный болевой синдром, не купирующийся в/в введением ЛС
3	Гипертермия ≥ 38 °С с ознобом
4	Тошнота, рвота
5	Тяжелое состояние больного на фоне декомпенсации сахарного диабета, иммунодефицита, выраженной недостаточности кровообращения

6.2.1.5. Обследования и консультации специалистов

№ п/п	Тип назначений	Назначения	Обязательность	Периодичность
1.	ЛИ	Общий анализ крови	да	
2.	ЛИ	Биохимический анализ крови	да	
3.	ЛИ	Анализ мочи общий	да	
4.	ЛИ	Посев мочи, с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	да	
5.	ИИ	УЗИ мочевого пузыря	да	
6.	ИИ	УЗИ почек	да	
7.	ИИ	КТ почек без контрастирования	да	
8.	Консультация	Уролог	да	

6.2.1.6. Заключительный клинический диагноз

Критерий	Диагноз
Наличие нарушения пассажа мочи по верхним и/или нижним мочевым путям (УЗИ, МСКТ)	N11 – Хронический обструктивный пиелонефрит
Наличие нарушения пассажа мочи по верхним и/или нижним мочевым путям (УЗИ, МСКТ, микционная внутривенная урография)	N13 – Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия

6.2.1.7. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
% пациентов с установленным диагнозом 24 часа	80 %	ЕМИАС
% пациентов, которые смогли пройти обследование после назначения 24 часа	80 %	ЕМИАС
% пациентов, удовлетворенных качеством работы специалиста (оценка 3 и более баллов по шкале от 1 до 5)	80 %	Опрос
% клинических эпизодов, когда была проведена оценка эффективности лечения на 3 и 7-е сутки	100 %	Ручной ввод
% госпитализированных пациентов	100 %	ЕМИАС

6.2.2. Лечение

При установлении клинического диагноза «Обструктивный пиелонефрит», до начала антимикробной терапии, показано обязательное дренирование верхних и/или нижних мочевых путей. Показана экстренная госпитализация пациента в урологический стационар для дренирования верхних и (или) нижних мочевых путей (см. 6.2.2.2).

6.2.2.1. Медикаментозное лечение

Режимы эмпирической антимикробной терапии

Для выбора эмпирической терапии клинически манифестной осложненной ИМП необходимо знать спектр возможных возбудителей, иметь локальные данные по антибиотикорезистентности, провести оценку степени тяжести сопутствующих урологических нарушений (включая оценку функции почек). Рекомендуемая длительность лечения обычно составляет 7–14 дней, но тесно зависит от лечения сопутствующих нарушений. Иногда в зависимости от конкретной клинической ситуации длительность антимикробной терапии необходимо увеличить до 21 дня.

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования	Способ введения и применения	Длительность/ Критерий отмены
Болевой синдром	Спазмолитик и миотропные	Дротаверина гидрохлорид	80 мг 2–3 раза в сутки	Перорально	5 дней
Болевой синдром, гипертермия	НПВС	Диклофенак натрия	75 мг 2–3 раза в сутки	В/м, глубоко	До снижения температуры тела
Гипертермия (температура тела больше 38,5°C)	Пиролитик	Парацетамол	1 г (1 флакон 100 мл)	В/в, однократно, в виде инфузии в течение 15 мин.	До снижения температуры тела. Суточная доза 4 г. Интервал между введениями препарата – не менее 4 ч

При установлении клинического диагноза «Обструктивный пиелонефрит», до начала антимикробной терапии, показано обязательное дренирование верхних и/или нижних мочевым путей.

Показана экстренная госпитализация пациента в урологический стационар для дренирования верхних и (или) нижних мочевых путей.

6.2.2.2. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение осуществляется в стационаре.

Показания	Приспособления и устройства	Порядок использования
Обструкция верхних мочевых путей	Мочеточниковый катетер	Катетеризация верхних мочевых путей в условиях цистоскопического кабинета или операционной (под местной или общей анестезией)
Обструкция верхних мочевых путей	Мочеточниковый стент	Стентирование верхних мочевых путей в условиях цистоскопического кабинета или операционной (под местной или общей анестезией)
Обструкция верхних мочевых путей	Набор для нефростомии	Перкутанная нефростомия под местной или общей анестезией в условиях операционной (под местной или общей анестезией)
Обструкция верхних мочевых путей	Набор для нефростомии	Открытая нефростомия под местной или общей анестезией в условиях операционной (под местной или общей анестезией)

6.2.2.3. Критерии оценки качества лечения

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
% пациентов с нормализацией температуры тела	90 %	ЕМИАС
% пациентов с нормализацией показателей анализа крови	90 %	ЕМИАС
% пациентов с отсутствием роста микроорганизмов в моче	80 %	ЕМИАС
% пациентов с восстановлением пассажа мочи по верхним и (или) нижним мочевым путям	100 %	ЕМИАС

7 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

7.1. Критерии включения и исключения из регистра по заболеванию

Критерии включения:

- Наличие конкремента в ЧЛС почки.
- Наличие конкремента в мочеточнике.
- Наличие конкремента в мочевом пузыре.

Критерии исключения:

- Обструкция мочевых путей, не обусловленная мочекаменной болезнью.

7.2. Требования к региональному регистру по заболеванию

Категория	Поля регистра	Условия обновления регистра	Необходимая частота обновления регистра
Общие сведения	Дата взятия на учет	При постановке на учет	-
Общие сведения	ЛПУ	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	ФИО	При постановке на учет	-
Общие сведения	Пол	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	Дата рождения	При постановке на учет	-
Общие сведения	Адрес	При постановке на учет, при изменении поля	-
Общие сведения	Страховой полис	При постановке на учет, при изменении поля	-

Общие сведения	СНИЛС	При постановке на учет, при изменении поля	-
Анамнез	Год установления диагноза	При постановке на учет	-
Анамнез	Наличие семейного анамнеза МКБ	При постановке на учет, при изменении поля	1 раз в год
Анамнез	Гиперпаратиреозидизм Нефрокальциноз	При постановке на учет	
Анамнез	Заболевания ЖКТ (анастомоз, резекция кишечника, болезнь Крона, мальабсорбция) саркоидоз,	При постановке на учет	
Анамнез	Подагра	При постановке на учет, при изменении поля	
Анамнез	Цистинурия (типы А, В, АВ) Первичная гипероксалурия (ПГ) Почечный канальцевый ацидоз (ПКА) 1-го типа 2,8-дигидроксиадеин Ксантинурия Синдром Леша-Нихена Муковисцидоз	При постановке на учет	
Анамнез	Медуллярная губчатая почка (тубулярная эктазия)	При постановке на учет	
Анамнез	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	При постановке на учет	
Анамнез	Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС)	При постановке на учет, при изменении поля	
Анамнез	Дивертикул чашечки, киста чашечки	При постановке на учет	
Анамнез	Стриктура мочеточника	При постановке на учет, при изменении поля	
Анамнез	Пузырно-мочеточниково-почечный рефлюкс	При постановке на учет	
Анамнез	Подковообразная почка	При постановке на учет	

Анамнез	Уретероцеле	При постановке на учет	
Анамнез	Отведение мочи (кишечные пластики)	При постановке на учет, при изменении поля	
Анамнез	Вещества, влияющие на состав мочи	При постановке на учет	
Анамнез	Характер питания и потребления жидкости	При постановке на учет	
Анамнез	Физическая активность	При постановке на учет	
Диагноз	Наличие конкремента в ЧЛС почки	При постановке на учет, при изменении поля	
Диагноз	Наличие конкремента в мочеточнике	При постановке на учет, при изменении поля	
Диагноз	Наличие конкремента в мочевом пузыре	При постановке на учет, при изменении поля	

7.3. Передача данных в федеральный регистр/регистры

Аналогично пункту 7.2. Требования к региональному регистру по заболеванию.

8 / ПРИЛОЖЕНИЯ

8.1. Состав Клинического комитета

Члены Клинического комитета:

1. Зингеренко Максим Борисович – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», д. м. н.
2. Куприянов Юрий Александрович – врач-уролог, к. м. н., доцент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова.
3. Лещева Надежда Валентиновна – аналитик.

4. Пульбере Сергей Александрович – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ», д. м. н.
5. Соловьев Владимир Викторович – заместитель главного врача ГБУЗ «ГП № 170 ДЗМ», к. м. н., врач-уролог, окружной уролог ЮАО.
6. Ходырева Любовь Алексеевна – заведующий организационно-методическим отделом по урологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», врач-уролог, д. м. н.

Ответственный секретарь Клинического комитета:

7. Васильев Александр Олегович – Врач-уролог, к. м. н., ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

8.2. Литература

1. Урология. Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. – Издательство Медфорум, 2018. – 544 с.
2. Урология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Ю. Г. Аляева. – Издательство МИА, 2005. – 640 с.
3. Актуальные вопросы амбулаторного ведения пациентов с мочекаменной болезнью: Учебно-методические рекомендации № 79 / В. Ю. Иванов, И. В. Семенякин, В. А. Малхасян, П. И. Раснер, В. В. Тедеев, А. Б. Мацаев. – М., 2018.

8.3. Термины и определения

- **Мочекаменная болезнь** – заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в различных отделах мочевых путей.
- **Почечная колика** – болевой синдром, возникающий вследствие острого нарушения оттока мочи из почки, который приводит к чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному застою и отеку паренхимы почки, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.

- **Острый обструктивный пиелонефрит** – неспецифическое инфекционное воспаление чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек, возникающее на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи: мочекаменная болезнь; стриктуры мочеточника различной этиологии; болезнь Ормонда; опухоли мочевыводящих путей. По локализации процесс может быть одно- или двусторонним.
- **Литолитическая терапия** – терапия пероральными лекарственными препаратами, направленная на уменьшение размеров и плотности преимущественно уратных конкрементов.
- **Литокинетическая терапия** – терапия, направленная на отхождение конкрементов или их фрагментов.

8.4. Список сокращений

МКБ – мочекаменная болезнь

ПК – почечная колика

ЛИ – лабораторные исследования

ИИ – инструментальные исследования

ДЛТ – дистанционная литотрипсия

ПНЛ – чрескожная нефролитотрипсия

ПНЛ – перкутанная нефролитотомия

УРС – уретероскопия

ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент

ЛС – лекарственное средство

УЗИ – ультразвуковое исследование

КТ, МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

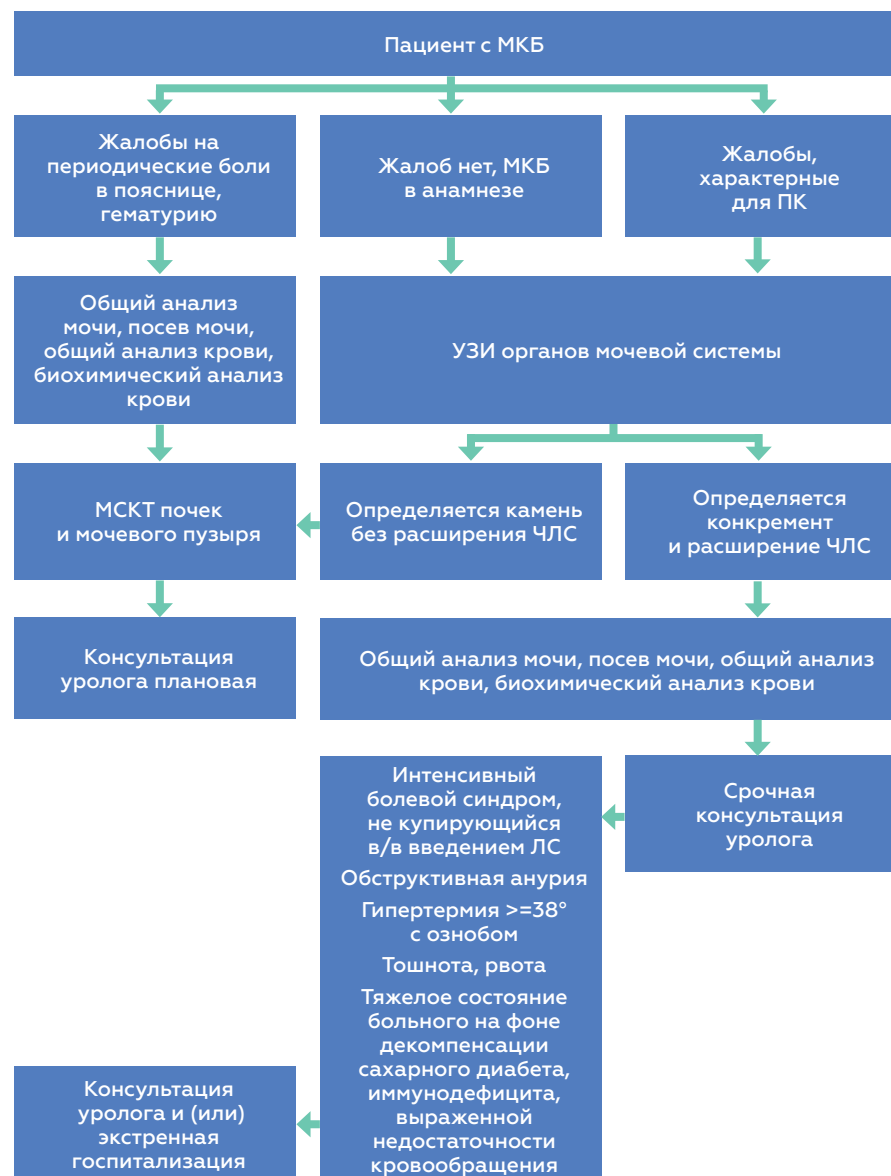
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

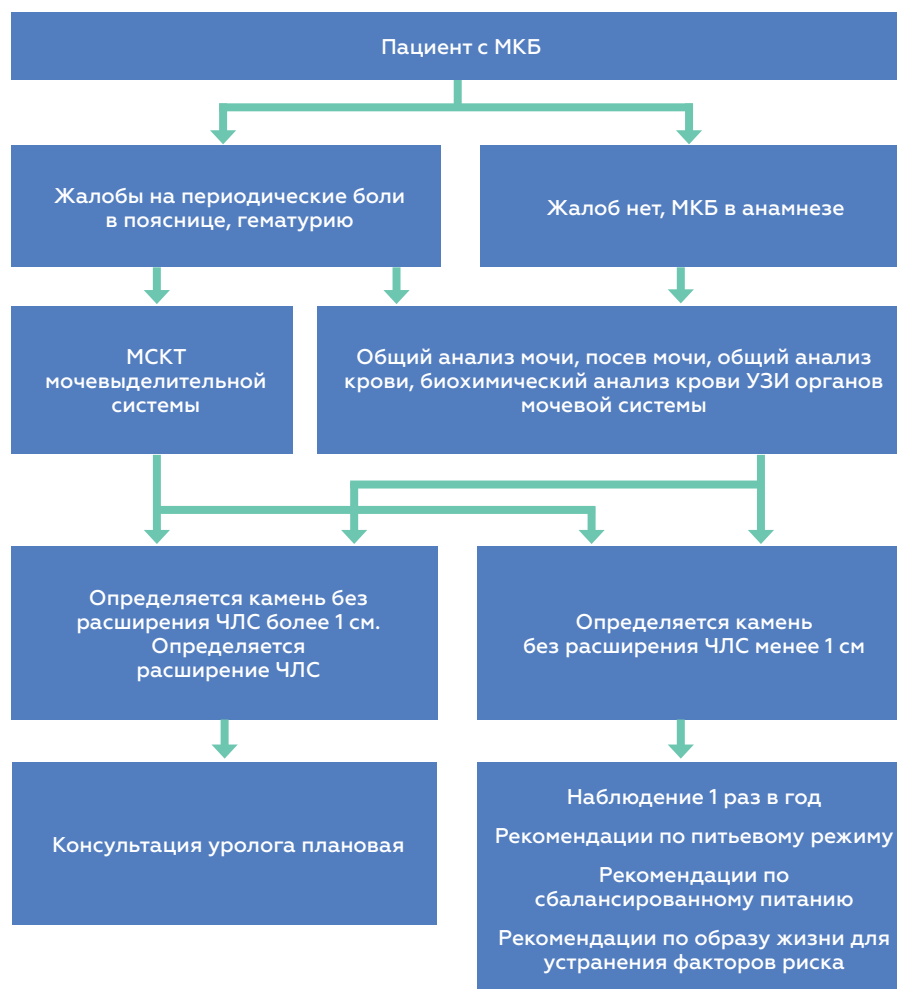
МНН – международное непатентованное наименование

8.5. Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде

8.5.1. Схема первичного приема



8.5.2. Схема ведения пациента с неосложненной МКБ



Хроническое заболевание

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Берников А. Н., Сазонова Н. А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Статус документа	79
2.	Заболевание	79
3.	Диагностика	80
3.1.	Жалобы и анамнез заболевания	80
3.2.	Осмотр врача	82
3.3.	Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз	82
3.4.	Обследования	82
3.5.	Консультации специалистов	83
3.6.	Постановка клинического диагноза	83
3.7.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	84
3.8.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза	84
4.	Лечение	85
4.1.	Немедикаментозное лечение	85
4.1.1.	Рекомендации по изменению образа жизни	85
4.1.2.	Процедуры	85
4.1.3.	Применение вспомогательных приспособлений и устройств	85
4.1.4.	Обучение, образование пациентов	86
4.2.	Медикаментозное лечение	86
4.3.	Показания к хирургическому лечению	87
4.4.	Критерии оценки качества лечения	87
5.	Наблюдение и ведение	87
5.1.	Хроническое течение заболевания	87
6.	Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде	88
6.1.	Схема первичного приема	88
6.2.	Схема ведения пациента с хроническим заболеванием	88
7.	Приложения	89
7.1.	Состав Клинического комитета	89
7.2.	Литература	90
7.3.	Список сокращений	90
7.4.	Термины и определения	90

1 / СТАТУС ДОКУМЕНТА

Настоящий клинический протокол содержит рекомендации по диагностике и лечению заболевания для врачей общей практики и специалистов амбулаторного звена.

Протокол служит для решения следующих задач:

- систематизация и унификация описания жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра;
- формирование способов оценки качества оказания медицинской помощи объективными методами;
- формирование стандартов диагностики, лечения и дальнейшего ведения больных;
- последующее создание нормативной документации и учебных и справочных материалов для медицинских работников.

2 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Недержание мочи – это патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры.

Характер течения заболевания: хроническое.

Код/коды болезней по МКБ-10:

R32 – Недержание мочи неуточненное;

N39.3 – Непроизвольное мочеиспускание;

N32.8 – Другие уточненные поражения мочевого пузыря – гиперактивный мочевой пузырь.

3 / ДИАГНОСТИКА

3.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы:

Жалоба	Характеристики
Непроизвольная потеря мочи при физической нагрузке	Потеря мочи при физической активности без позыва к мочеиспусканию. Возникает на фоне наполненного мочевого пузыря. Провоцирующими моментами служат физическая активность, кашель, чихание, половой акт
Непроизвольная потеря мочи после позыва к мочеиспусканию	Потеря мочи возникает сразу после императивного позыва к мочеиспусканию или через паузу после физической нагрузки. Возникает при любой степени наполнения мочевого пузыря. Провоцирующими моментами служат звук льющейся воды, приближение к дому или общественному туалету

Анамнез заболевания:

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Внутренние факторы	Период возникновения заболевания	Сроки появления эпизодов недержания мочи	Предшествующее лечение
Факторы окружающей среды	Наличие предрасполагающих моментов	Подъем тяжестей, тяжелая физическая нагрузка	

Анамнез жизни:

Раздел анамнеза	Подраздел анамнеза	Характеристика	Уточнение характеристики
Наследственный анамнез	Отягощенный анамнез по недержанию мочи	Наличие недержания мочи у родственников	
Аллергологический анамнез	Наличие атопических заболеваний в анамнезе	Риниты Кашель	
Трудовой анамнез	Профессиональные факторы	Подъем тяжестей, редкое мочеиспускание	
Образ жизни	Вредные привычки	Курение табака	Хронический бронхит курильщика
Сопутствующие заболевания	Неврологические заболевания	Заболевания центральной и периферической нервной системы	Паркинсонизм, поражения спинного мозга, спинальные травмы
Сопутствующие заболевания	Заболевания желудочно-кишечного тракта	Запоры, колит, геморрой	Степень выраженности запоров
Гинекологический и акушерский анамнез	Роды	Количество, скорость родоразрешения, вес плода	
	Операции	Операции на органах малого таза	
Лекарственный анамнез	Принимаемые препараты	Воздействие на органы мочевой системы	Кофеинсодержащие субстанции

3.2. Осмотр врача

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Гинекологический осмотр	Кашлевая проба	Непроизвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала при кашле и натуживании	Количество выделяющейся мочи, степень нагрузки для потери мочи, наличие паузы после физической нагрузки, наличие позыва к мочеиспусканию
	Состояние тканей	Наличие атрофии, сухости слизистой	Бледность слизистой, обедненный сосудистый рисунок, травмируемость

3.3. Предварительный диагноз и дифференциальный диагноз

Предварительный диагноз: недержание мочи.

Заболевание следует дифференцировать со свищами мочеполовой системы, инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей.

3.4. Обследования

Тип назначений	Назначения	Обязательность	Периодичность
ЛИ	Мазок из влагалища	да	Перед оперативным лечением
ЛИ	Общий анализ мочи	да	При подозрении на императивное недержание мочи

ИИ	УЗИ органов мочевой системы	да	При первичном обследовании
ИИ	Комбинированное уродинамическое исследование	да	При смешанном типе недержания мочи для определения доминирующего компонента
ИИ	Цистоскопия	По показаниям	-
ИИ	Тест с прокладкой	По показаниям	-

3.5. Консультации специалистов

Тип назначений	Назначения	Обязательность	Периодичность
Консультация	Гинеколог	да	1 раз в год

3.6. Постановка клинического диагноза

Критерий	Диагноз
Наличие непроизвольного выделения мочи при физической нагрузке	R32 – Недержание мочи стрессовое (при физической нагрузке)
Наличие непроизвольного выделения мочи при императивном позыве к мочеиспусканию	N39.3- Императивное недержание мочи N32.8 – Гиперактивный мочевой пузырь
Наличие непроизвольного выделения мочи при физической нагрузке и при возникновении императивного позыва к мочеиспусканию	R32 – Недержание мочи смешанное

3.7. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

Уровень ведения	Критерий
Уролог	Недержание мочи ургентное и смешанное с преобладанием ургентного компонента. Недержание мочи при напряжении. Недержание мочи ургентное для рефрактерных к консервативной терапии пациенток
Референсные центры	Невозможность поставить диагноз

3.8. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Срок назначения лечения после обращения	72 часа	ЕМИАС
% пациентов, удовлетворенных качеством работы специалиста (оценка 3 и более баллов по шкале от 1 до 5)	80 %	Опрос

4 / ЛЕЧЕНИЕ

4.1. Немедикаментозное лечение

4.1.1. Рекомендации по изменению образа жизни

- Устранить внешние причинные факторы (курение, прием кофеинсодержащих напитков, лечение аллергических состояний, снижение массы тела).
- Поддержание адекватной гидратации (питье воды 1,5–2 л/сутки).
- Лечебная физкультура (далее – ЛФК), выполнение упражнений Кегеля, использование влагалищных конусов.

4.1.2. Процедуры

Показания	Процедуры	Частота проведения (в рамках курса)	Обязательность	Периодичность
Контроль за мышцами тазового дна	Биофидбэк	Ежедневно	10–14 дней	По показаниям

4.1.3. Применение вспомогательных приспособлений и устройств

Показания	Приспособления и устройства	Порядок использования
Недержание мочи	Адсорбирующее белье и прокладки	Ежедневно

4.1.4. Обучение, образование пациентов

Цели обучения и образования пациентов:

- расширение знаний пациентов о причинах, симптомах, тактике оказания помощи при недержании мочи;
- изучение факторов, способствующих формированию заболевания и определяющих риск развития его осложнений;
- убеждение пациентов в необходимости бросить курить;
- тренировка мочевого пузыря, постепенно увеличивая промежутки между мочеиспусканиями;
- обучение использованию влагалищных конусов;
- обучение упражнениям Кегеля;
- формирование стойкого убеждения использовать все возможное и зависящее от самого пациента, чтобы сознательно соблюдать рекомендации врача, лечиться и оздоравливаться.

4.2. Медикаментозное лечение

Пакетные назначения для ВОП и для специалиста в амбулаторном звене:

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования	Способ введения и применения	Длительность/ Критерий отмены	Кратность/ Условия применения
Недержание мочи ургентное и смешанное с преобладанием императивного компонента	М-холинолитики	Солифенацин	5 мг	внутри	Постоянно	1 раз в сутки
		Фезотеродин	4 мг	внутри	Постоянно	1 раз в сутки
		Толтеродин	4 мг	внутри	Постоянно	1 раз в сутки
		Оксибутинин	5 мг	внутри	Постоянно	3 раз в сутки
		Троспия хлорид	30–45 мг	внутри	Постоянно	3 раза в сутки
	β3-адренорецепторы	Мирабегрон	50 мг	внутри	Постоянно	1 раз в сутки

4.3. Показания к хирургическому лечению

- Недержание мочи при напряжении (стрессовая форма недержания мочи).
- Смешанная форма недержания мочи с преобладанием стрессового компонента.

4.4. Критерии оценки качества лечения

Цель	Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Устранение недержания мочи	Использование не более 1–2 тонких прокладок в сутки	100 %	Опрос

5 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

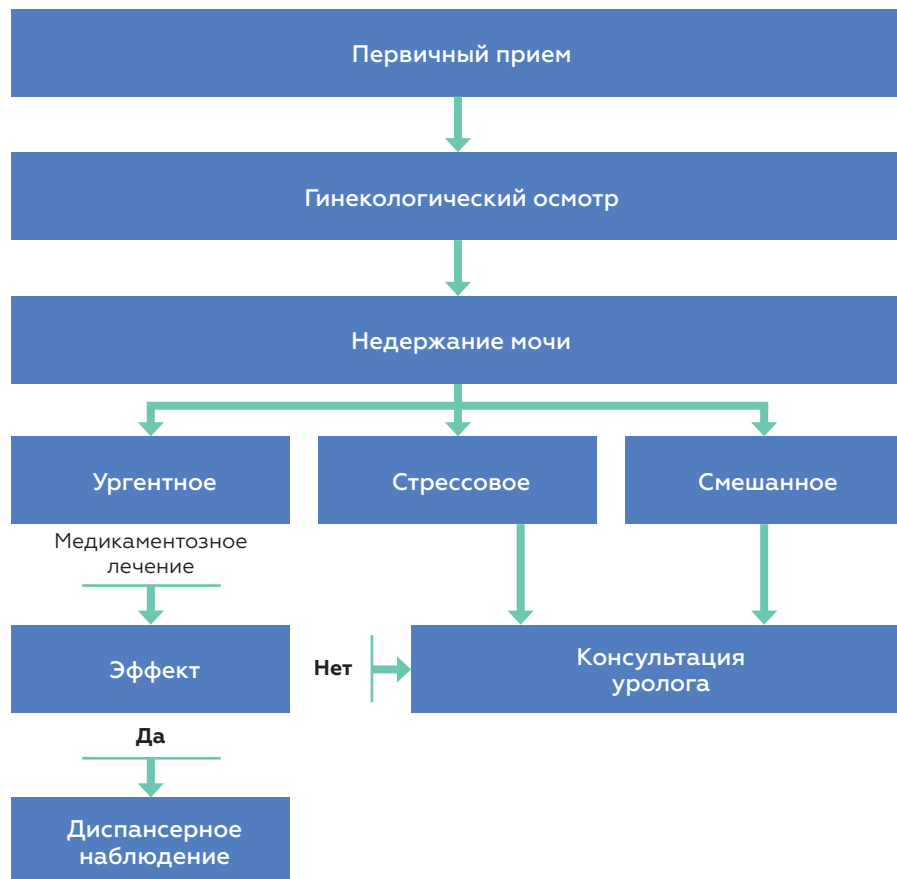
5.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение

Условием постановки на диспансерный учет является недержание мочи, не поддающееся коррекции медикаментозными или хирургическими методами лечения при наличии нейрогенных расстройств мочеиспускания. Периодичность осмотров – 2 раза в год. Объем диспансерного обследования включает в себя прием и консультацию врача-специалиста, заполнение опросников и дневников мочеиспускания, общий анализ мочи, определение остаточной мочи. Объем дополнительного диспансерного обследования определяется врачом-урологом. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения является достижение стойкой компенсации или стойкой ремиссии недержания мочи.

6 / СХЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АЛГОРИТМИЧЕСКОМ ВИДЕ

6.1. Схема первичного приема



6.2 Схема ведения пациента с хроническим заболеванием

Схема приема идентична первичному приему.

7 / ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Состав Клинического комитета

ФИО	Роль в комитете	Должность
Пушкарь Дмитрий Юрьевич	Председатель Клинического комитета	Руководитель урологической клиники МГМСУ им. А. И. Евдокимова, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, академик РАН, профессор
Лоран Олег Борисович	Федеральные эксперты	Заведующий кафедрой урологии Российской медицинской академии последипломного образования, д. м. н., профессор, академик РАН
Берников Александр Николаевич	Член Клинического комитета	Врач-уролог, к. м. н., доцент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
Бормотин Алексей Владимирович	Член Клинического комитета	Врач-уролог, к. м. н., доцент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
Ергаков Дмитрий Валентинович	Член Клинического комитета	Врач-уролог отделения малоинвазивной урологии ГБУЗ «ГКБ № 57 ДЗМ», к. м. н.
Зингеренко Максим Борисович	Член Клинического комитета	Заведующий урологическим отделением ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», д. м. н.
Перов Роман Александрович	Член Клинического комитета	Врач-уролог, заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ», ассистент кафедры урологии и андрологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, к. м. н.
Васильев Александр Олегович	Ответственный секретарь Клинического комитета	Врач-уролог, к. м. н., ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

7.2. Литература

1. Клинические рекомендации по недержанию мочи Российского общества урологов. <https://www.oou.ru/public/uploads/ROU/Files/KP%20Недержание%20мочи%202019%20для%20РОУ.pdf>
2. Пушкарь, Д. Ю., Раснер, П. И., Гвоздев, М. Ю. Недержание мочи // РМЖ. – 2013. – № 34. – С. 5.
3. Гаджиева, З. К., Газимиев, М. А., Касян, Г. Р. Недержание мочи у женщин // Урология. – 2016. – № 2. – С. 20–36.
4. Касян, Г. Р. Недержание мочи: современные стандарты лечения и новые перспективы // Урология. – 2013. – № 6. – С. 111–117.
5. Кривобородов, Г. Г., Тур, Е. И. Комплексный медикаментозный подход к лечению симптомов гиперактивного мочевого пузыря // Урология. – 2017. – № 1. – С. 82–88.

7.3. Список сокращений

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЛФК – лечебная физкультура

7.4. Термины и определения

Дневник мочеиспусканий – запись частоты и объема мочеиспусканий, а также объема и характера потребляемой жидкости, в течение определенного промежутка времени (3-7 суток).

Недержание мочи – патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры.

Недержание мочи при напряжении (стрессовое) – жалоба пациента на непроизвольное выделение мочи из уретры при физических усилиях, кашле и чихании.

Ургентное (императивное) недержание мочи – жалоба пациента на непроизвольное выделение мочи из уретры при интенсивных повелительных позывах к мочеиспусканию.

Гиперактивный мочевой пузырь – комплекс симптомов, сопровождающийся ургентными позывами к мочеиспусканию, а также учащенным мочеиспусканием и ноктурией, НМ или без такового, при отсутствии доказанной инфекции мочевыводящих путей или другой очевидной патологии нижнего отдела мочевыводящих путей.

Упражнения Кегеля – упражнения, направленные на развитие мышц промежности.

Тест с прокладкой – количественная оценка наличия и выраженности недержания мочи и эффективности лечения используется для измерения потерь мочи с помощью абсорбирующих прокладок за определенный период времени или во время заданной физической нагрузки.

ОГЛАВЛЕНИЕ



ОСТРЫЙ ЦИСТИТ

Бормотин А. В.

1. Статус документа	94
2. Заболевание	94
3. Диагностика	95
3.1. Жалобы	95
3.2. Анамнез	96
3.3. Осмотр врача	97
3.4. Критерии направления на экстренную госпитализацию	97
3.5. Обследования и консультации специалистов	98
3.6. Заключительный клинический диагноз	99
3.7. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	99
3.8. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза	100
4. Лечение	100
4.1. Немедикаментозное лечение	100
4.1.1. Рекомендации по изменению образа жизни	100
4.1.2. Процедуры	101
4.1.3. Обучение, образование пациентов	101
4.2. Медикаментозное лечение	102
4.3. Критерии оценки качества лечения	103
5. Диспансерное наблюдение	103
6. Регистры по заболеванию	103
6.1. Критерии включения и исключения из регистра по заболеванию	103
6.2. Требования к региональному регистру по заболеванию	104
6.3. Передача данных в федеральный регистр/регистры	104
7. Приложения	105
7.1. Состав Клинического комитета	105
7.2. Литература	107
7.3. Термины и определения	107
7.4. Список сокращений	107
7.5. Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде	108
7.5.1. Схема первичного приема	108

1 / СТАТУС ДОКУМЕНТА

Настоящий клинический протокол содержит рекомендации по диагностике и лечению заболевания для врачей общей практики и специалистов амбулаторного звена.

Протокол служит для решения следующих задач:

- систематизация и унификация описания жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра;
- создание системы оценки качества оказания медицинской помощи объективными методами;
- формирование стандартов диагностики, лечения и дальнейшего ведения больных;
- создание нормативной документации, учебных и справочных материалов для медицинских работников.

2 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Название: **Острый цистит.**

Характер течения заболевания: острое.

Бактериальный цистит или неосложненная инфекция нижних мочевых путей (НИНМП) – это инфекционно-воспалительный процесс, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке мочевого пузыря.

Код/коды болезней по МКБ-10:

N30.0 – Острый цистит.

3 / ДИАГНОСТИКА

3.1. Жалобы

Таблица 20 – Жалобы

Жалоба	Характеристики
Частое болезненное мочеиспускание малыми порциями	-
Рези, жжение при мочеиспускании	-
Боли	<ul style="list-style-type: none">• Локализация: над лонем• Характер: тупая, ноющая• Иррадиация: промежность, задний проход• Купируется: спазмолитиками
Императивные позывы к мочеиспусканию	-
Ложные позывы к мочеиспусканию	-
Примесь крови в моче	Особенно в конце мочеиспускания
Дискомфорт в области малого таза	-
Субфебрильная температура	От 37 до 38°C

3.2. Анамнез

Таблица 21 – Анамнез заболевания

Раздел анамнеза	Параметр	Характеристика	Уточнение характеристики
Острый цистит	Связь заболевания с: <ul style="list-style-type: none"> • половым актом, • переохлаждением ног и/или всего организма 		
	Острое начало		
	Наличие каких-либо симптомов со стороны мочеиспускания за 4 недели до обращения		

Таблица 22 – Анамнез жизни

Раздел анамнеза	Подраздел анамнеза	Характеристика	Уточнение характеристики
Наследственный анамнез	Наличие цистита у матери		
Перенесенные ранее заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Инфекции • Частые ОРВИ • Авитаминозы • Сахарный диабет • Снижение иммунитета 	<ul style="list-style-type: none"> • аденовирусная • герпетическая, • парагриппозная 	
Наличие сопутствующих заболеваний			
Гинекологический анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Вульвовагиниты в анамнезе • Использование барьерных средств контрацепции 	<ul style="list-style-type: none"> • диафрагмы • мембраны 	
Трудовой анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Работа в сырых, неотопляемых помещениях • Вредные производства, связанные с воздействием: 	<ul style="list-style-type: none"> • радиации • токсических и химических веществ 	
Образ жизни	Связь с несоблюдением гигиенических норм	Заболевания центральной и периферической нервной системы	
Ятрогенные факторы	Эндовезикальные и эндоуретральные манипуляции	<ul style="list-style-type: none"> • катетеризация • цистоскопия • инстилляции 	

3.3. Осмотр врача

Таблица 23 – Данные объективного осмотра

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Мочевыделительная система	Область мочевого пузыря	Болезненность при пальпации	Над лоном в проекции мочевого пузыря
Половая система	Осмотр наружных половых органов	Патологические изменения есть	<ul style="list-style-type: none"> • наличие или отсутствие высыпаний на слизистой оболочке • наличие кондилом • наличие и характер выделений из влагалища • влажная эктопия или гипермобильность наружного отверстия уретры

3.4. Критерии направления на экстренную госпитализацию

Таблица 24 – Критерии экстренной госпитализации

№	Критерий
1	Макрогематурия
2	Тяжелое состояние больного на фоне декомпенсации сахарного диабета, иммунодефицита, выраженной недостаточности кровообращения
3	Осложненный цистит (развитие пиелонефрита)
4	Неэффективность лечения и невозможность проведения адекватной антибактериальной терапии в амбулаторных условиях

3.5. Обследования и консультации специалистов

Таблица 25 – Пакетные назначения на диагностику

Тип назначений	Назначения	Обязательность
ИИ	Ультразвуковое исследование	по показаниям
ЛИ	Общий анализ мочи	да
ЛИ	Бактериологическое исследование (посев) мочи	по показаниям
Консультации	Уролог	по показаниям
Консультации	Гинеколог	по показаниям

Таблица 26 – Показания для направления на консультации к специалистам

Специалист	Критерий
Уролог	<ul style="list-style-type: none"> • Неэффективность стандартной терапии • Осложненный цистит (развитие пиелонефрита) • Гематурия
Гинеколог	<ul style="list-style-type: none"> • До начала терапии при подозрении на хронизацию процесса (2-й эпизод за 6 месяцев или 3-й за год)

3.6. Заключительный клинический диагноз

Таблица 27 – Критерии постановки заключительного клинического диагноза

Критерий	Диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Острое начало на фоне переохлаждения; после полового акта; катетеризации или цистоскопии • Дизурия • Боли над лонем • Лейкоцитурия, бактериурия, возможна эритроцитурия 	N30.0 – Острый цистит

3.7. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

Таблица 28 – Правила маршрутизации пациентов по уровням ведения

Уровень ведения	Критерий
ВОП	Острый неосложненный цистит
Уролог	<ul style="list-style-type: none"> • Неэффективность стандартной терапии • Гематурия
Референсные центры	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки развития острого пиелонефрита легкой и средней степени тяжести • Рецидивирующий характер течения заболевания
Консервативное лечение в стационаре	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелое состояние больного на фоне декомпенсации сахарного диабета, иммунодефицита, выраженной недостаточности кровообращения • Тяжелое течение острого пиелонефрита • Неэффективность лечения и невозможность проведения адекватной антибактериальной терапии в амбулаторных условиях
Хирургическое лечение в стационаре	Не показано

3.8. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

Таблица 29 – Показатели оценки качества диагностики

Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Срок назначения лечения после обращения	24 часа	ЕМИАС
% пациентов, удовлетворенных качеством работы специалиста (оценка 3 и более баллов по шкале от 1 до 5)	80 %	Опрос

4 / ЛЕЧЕНИЕ

4.1. Немедикаментозное лечение

4.1.1. Рекомендации по изменению образа жизни

Показан покой (при необходимости – постельный режим), обильное питье (в сутки – до 2,5 л жидкости) и щадящая молочно-растительная диета. Необходимо следить за регулярным опорожнением кишечника, исключить половую жизнь в течение 5–7 дней и избегать переохлаждения. Инстилляции мочевого пузыря и горячие ванны противопоказаны.

4.1.2. Процедуры

Таблица 30 – Процедуры

Показания	Процедуры	Частота проведения (в рамках курса)	Длительность курса	Повторение курса
Не показаны				

4.1.3. Обучение, образование пациентов

Пациентов с острым циститом рекомендуется информировать о факторах риска рецидивов: избегать соленой, острой, раздражающей пищи; о необходимости питья большого количества жидкости, достаточного для поддержания диуреза 2000–2500 мл; о мочеиспускании и интимной гигиене после полового акта.

4.2. Медикаментозное лечение

Пакетные назначения для ВОП и для специалистов в амбулаторном звене:

Таблица 31 – Пакетные назначения на лечение (для ВОП и специалиста в амбулаторном звене)

Показания для назначения	Группа	МНН	Режим дозирования	Способ введения и применения	Длительность/ Критерий отмены
Обязательно	Другие антибиотики	Фосфомицина трометамол	3000 мг 1 раз в день	Перорально, натощак за 2 часа до или после еды, после мочеиспускания, предварительно растворив в 1/3 стакана воды	однократно
	Другие синтетические антибактериальные средства	Фуразидин	100 мг 3 раза в день	Перорально, после еды, запивая большим количеством жидкости	5 дней
	Другие синтетические антибактериальные средства	Нитрофурантоин	100 мг 3 р./сут.		7 дней
Болевой синдром	Спазмолитики миотропные	Дротаверина гидрохлорид	80 мг 2–3 р./сут.	Перорально	5 дней
	НПВС – производные уксусной кислоты	Натрия диклофенак	50 мг при болевом синдроме не более 3-х раз в сутки	Ректальные свечи	3–5 дней
Уретральный синдром, дизурия	Диуретические средства растительного происхождения	Канефрон Н	По 2 табл. 3 раза в день	Перорально	2–4 недели
		Урологический сбор	½–1 стакан отвара 2–3 раза в день	Перорально	2–4 недели

4.3. Критерии оценки качества лечения

Таблица 32 – Показатели оценки качества лечения

Цель	Показатель	Нормативное значение	Источник данных
Купирование симптомов острого цистита			Опрос
Исчезновение бактериурии и лейкоцитурии	Анализ мочи		
Полное восстановление качества жизни			Опрос

5 / ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Не рекомендуется при остром цистите.

6 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

6.1. Критерии включения и исключения из регистра по заболеванию

Критерии включения:

–

Критерии исключения:

–

6.2. Требования к региональному регистру по заболеванию

Таблица 33 – Данные для передачи в регистр и правила ведения

Категория	Поля регистра	Условия обновления регистра	Необходимая частота обновления регистра
Общие сведения	Дата взятия на учет	При постановке на учет	-
Общие сведения	ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> При постановке на учет При изменении поля 	-
Общие сведения	ФИО	При постановке на учет	-
Анамнез	Год установления диагноза	При постановке на учет	-
Анамнез	Тип диабета	<ul style="list-style-type: none"> При постановке на учет При изменении поля 	-
Анамнез	Статус курения	<ul style="list-style-type: none"> При постановке на учет При изменении поля 	1 раз в год

6.3. Передача данных в федеральный регистр/регистры

Аналогично пункту 6.2. Требования к региональному регистру по заболеванию.

7 / ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Состав Клинического комитета

Таблица 34 – Состав Клинического комитета

ФИО	Роль в комитете	Должность
Пушкарь Дмитрий Юрьевич	Председатель Клинического комитета по урологии	Руководитель урологической клиники МГМСУ им. А. И. Евдокимова, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, д. м. н., профессор, академик РАН
Котов Сергей Владиславович	Федеральный эксперт	Руководитель урологической клиники РГМУ им. Н. И. Пирогова, заведующий кафедрой урологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, д. м. н., профессор
Зингеренко Максим Борисович	Член Клинического комитета по урологии	Заведующий урологическим отделением ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», д. м. н.
Куприянов Юрий Александрович	Член Клинического комитета по урологии	Врач-уролог, к. м. н., доцент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
Лещева Надежда Валентиновна	Член Клинического комитета по урологии	Аналитик

Пульбере Сергей Александрович		Заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ», д. м. н.
Соловьев Владимир Викторович	Член Клинического комитета по урологии	Заместитель главного врача ГБУЗ «ГП № 170 ДЗМ», к. м. н., врач-уролог, окружной уролог ЮАО
Ходырева Любовь Алексеевна	Член Клинического комитета по урологии	заведующий организационно-методическим отделом по урологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», врач-уролог, д. м. н.
Васильев Александр Олегович	Ответственный секретарь Клинического комитета по урологии	Врач-уролог, к. м. н., ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

7.2. Литература

1. Российские клинические рекомендации по урологии 2019 года.
2. Федеральные российские клинические рекомендации по антибактериальной терапии и профилактике инфекции почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – 2017 г.
3. Методические рекомендации «Инфекции мочевых путей», часть 1 и 2 Департамента здравоохранения г. Москвы 2017–2018 гг.

7.3. Термины и определения

Болезнь – нозологическая единица, характеризующая факт нарушения нормального функционирования тех или иных органов и систем человеческого организма. Одна болезнь идентифицируется одним кодом МКБ-10.

Заболевание – нарушение состояния здоровья, обусловленное влиянием болезни (болезней), проявляющееся в виде симптомов, синдромов и патологических изменений органов и систем, индивидуально у каждого конкретного пациента. Одно заболевание может включать несколько болезней.

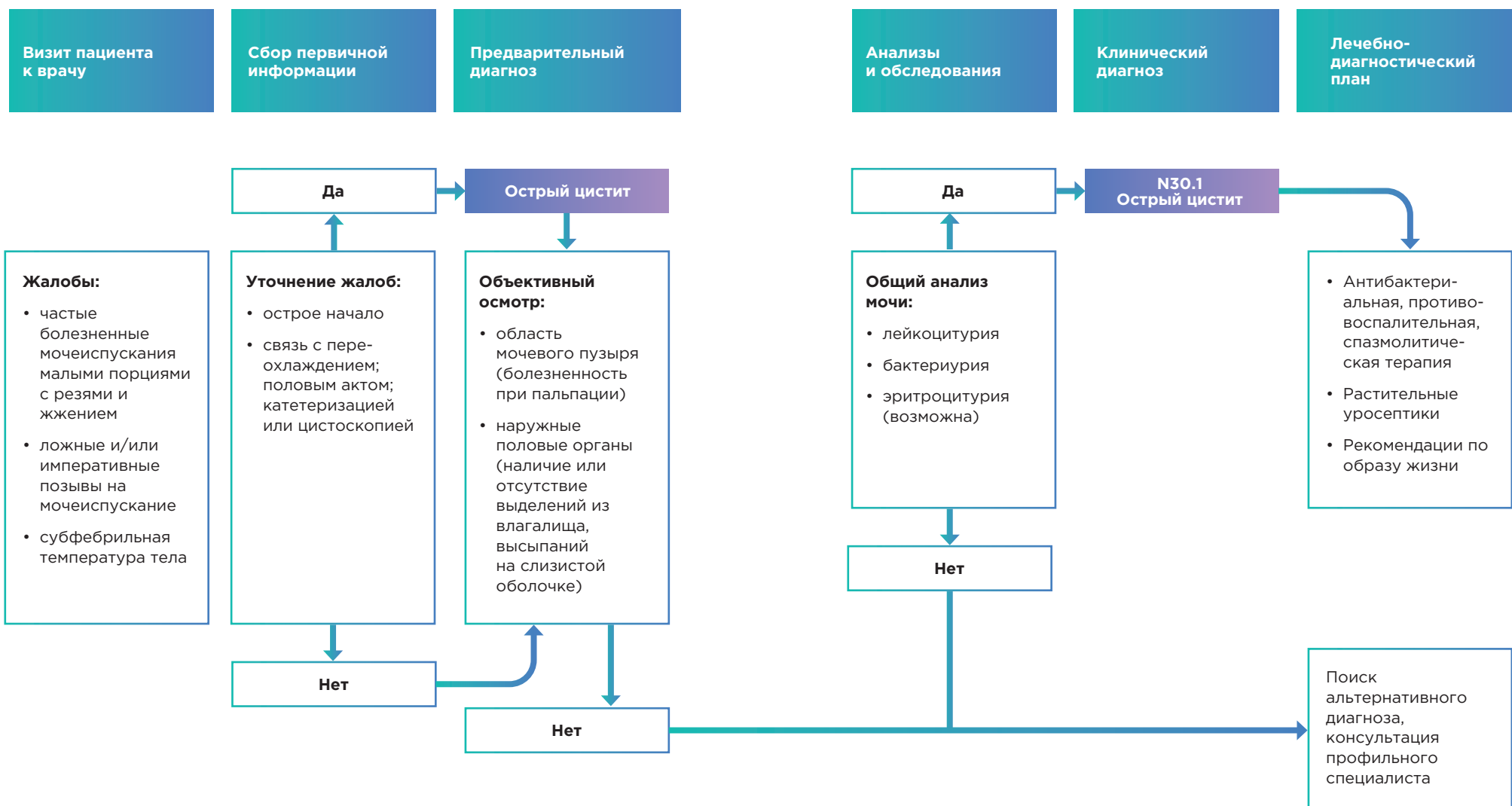
7.4. Список сокращений

ИИ – инструментальные исследования

ЛИ – лабораторные исследования

7.5. Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде

7.5.1. Схема первичного приема



Правительство Москвы
Комплекс социального развития города Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Пушкарь Д. Ю., Котов С. В., Матвеев В. Б., Берников А. Н., Бормотин А. В.,
Зингеренко М. Б., Перов Р. А., Васильев А. О., Сазонова Н. А.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

УРОЛОГИЯ

Клинические протоколы лечения

Корректор: Монахова В. В.
Верстка: Маркетов Е. В.

Подписано в печать 05.04.2021.
Формат 60x84/16.
Условных печ. л. 6,53.
Тираж 25 экз. Заказ № 63.

Подготовлено
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»
г. Москва, ул. Достоевского, д. 31, корпус 1А
E-mail: sppvr@zdrav.mos.ru

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
www.niioz.ru

MOCKBA
2 0 2 1