



**ДИНАМИЧЕСКОЕ  
НАБЛЮДЕНИЕ  
ПАЦИЕНТОВ**

**С БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

**МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ)** – это хроническое системное заболевание, являющееся следствием метаболических нарушений и/или влияния факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в верхних мочевых путях.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ**

Пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ, с целью выявления метаболических нарушений

– Дополнительное обследование:

- анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня ионизированного кальция, фосфора, мочевой кислоты, витамина Д 25ОН;
- биохимический анализ суточной мочи (кальций; оксалаты; цитрат; фосфор мочевая кислота, сульфат, креатинин, магний, фосфаты, калий, хлориды, натрий, цистин (при подозрении на цистиновый характер камнеобразования), объем мочи за сутки (диурез)) – двукратно с разницей в одну неделю, не ранее 20 дней с момента отхождения или удаления камня с целью повышения достоверности результатов;
- контрольный анализ суточной мочи через 8 - 12 недель после начала терапии;
- определение уровня паратиреоидного гормона в крови

Пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ при выявлении заболеваний, способных влиять на риск рецидива МКБ, для коррекции консервативной и медикаментозной противорецидивной терапии

– консультация профильных специалистов: врачей-нефрологов, врачей-ревматологов, врачей-эндокринологов и др.

Пациентам с МКБ с целью исключения рецидива МКБ или для мониторинга размеров существующих камней

– выполнение визуализационных методов обследования (УЗИ, обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы), СКТ по низкодозовому протоколу) не реже 1 раза в год

Источник:

Клинические рекомендации «Мочекаменная болезнь»

Кодирование по МКБ 10: N20

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 7

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

## МЕНОПАУЗА И КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИНЫ

**МЕНОПАУЗА** определяется как последняя самостоятельная менструация (ПМ).

Естественная менопауза отражает окончательное прекращение менструальных циклов вследствие потери фолликулярной активности яичников. Является ретроспективным клиническим диагнозом, устанавливается после 12 последовательных месяцев отсутствия менструаций (аменореи).

**КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** – комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих у женщин на фоне угасания (или резкой потери) гормональной функции яичников и общего старения организма.

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациенткам с менопаузой и климактерическом состоянии на фоне МГТ (менопаузальная гормональная терапия)

- рекомендуется мониторинг эффективности лечения и выявление нежелательных эффектов на фоне МГТ через 1 - 2 месяца после начала лечения. Далее каждые 6 месяцев в течение первого года терапии, затем 1 раз в год.
- ежегодно оценивать соотношение польза/риск для решения вопроса о продолжении МГТ
- Наблюдение за пациентками, принимающими МГТ, включает:
  - ультразвуковое исследование матки и придатков (не реже 1 раза в год; для пациенток с миомой матки не реже 1 раза в 6 месяцев);
  - рентгеновскую маммографию в двух проекциях в возрасте после 40 лет и УЗИ молочных желез в возрасте до 40 лет с оценкой по шкале BI-RADS ежегодно;
  - анализ крови биохимический общетерапевтический: глюкоза, гликированный гемоглобин, креатинин, общий белок, билирубин, липидограмма (уровень общего холестерина крови, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС, триглицериды);
  - общий (клинический) анализ крови;
  - ТТГ (по показаниям);
  - коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза) и определение концентрации Д-димера в крови (по показаниям);
  - исследование уровня 25-ОН витамина D в крови (по показаниям);
  - определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови;
  - молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания) (по показаниям);
  - рентгеноденситометрию поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) (по показаниям)

Источник:

Клинические рекомендации «Менопауза климактерическое состояние у женщины»

Кодирование по МКБ 10: N95.1, N95.2, N95.3, N95.8, N95.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 117

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

## ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) – доброкачественное увеличение размеров предстательной железы.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы, приводящего к обструкции нижних мочевыводящих путей и нарушению качества мочеиспускания.

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ДГПЖ	<ul style="list-style-type: none"><li>– диспансерное наблюдение у врача-уролога с различной периодичностью (1 раз в 6 - 12 мес)</li><li>– в соответствии с избранным методом лечения – обследования:<ul style="list-style-type: none"><li>• ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи;</li><li>• урофлоуметрия;</li></ul></li><li>– заполнение дневника мочеиспускания для предотвращения прогрессирования</li></ul>
Пациентам с ДГПЖ старше 50 лет (при наличии семейного анамнеза рака простаты для своевременного выявления РПЖ)	<ul style="list-style-type: none"><li>– рекомендуется выполнять пальцевое ректальное исследование трансректальное пальцевое исследование (ПРИ);</li><li>– контролировать уровень простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови каждые 12 мес.</li></ul>
Пациентам с ДГПЖ для контроля наличия инфекции мочевых путей (ИМП) и функции почек	<ul style="list-style-type: none"><li>– рекомендуется раз в год выполнять общий анализ мочи;</li><li>– определять концентрацию креатинина в сыворотке крови</li></ul>

#### Источник:

Клинические рекомендации «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы»

Кодирование по МКБ 10: N40

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

ID: КР6/1

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество урологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПЛАЗИИ (CIN)** – это группа заболеваний, характеризующихся нарушением созревания, дифференцировки и стратификации многослойного плоского эпителия.

**Эктропион шейки матки** – это выворот слизистой оболочки цервикального канала шейки матки на эктоцервикс.

**Эрозия шейки матки (истинная)** – это нарушение целостности (дефект) слизистой оболочки, выстилающей влагалищную часть шейки матки.

**Лейкоплакия шейки матки** определяется как кератоз или гиперкератоз (ороговение неороговевающего эпителия), в ряде случаев с признаками дисплазии шейки матки в подлежащих слоях.

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациенткам с (CIN)	<ul style="list-style-type: none"><li>– профилактические медицинские осмотры или диспансеризация групп здоровья:<ul style="list-style-type: none"><li>• I группа здоровья:<ul style="list-style-type: none"><li>- 21 - 29 лет – цитологическое исследование микропрепарата шейки матки не реже 1 раза в 3 года;</li><li>- 30 - 65 лет – проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки и ВПЧ-тестирования 1 раз в 5 лет;</li></ul></li><li>• II группа здоровья:<ul style="list-style-type: none"><li>- при наличии факторов риска, ВПЧ (вирус папилломы человека) - позитивные пациентки – цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (ПАП-тест);</li><li>- при наличии <math>\geq</math> ASCUS (атипические клетки плоского эпителия неясного значения) – кольпоскопия;</li><li>- при выявлении <math>&lt;</math> ASCUS – повторное ко-тестирование через 1 год.</li></ul></li><li>• III группа здоровья – при наличии доброкачественных заболеваний шейки матки: лечение в соответствии с рекомендациями</li></ul></li></ul>
Пациенткам с LSIL (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени) (признаки ВПЧ инфекции, койлоцитоз, CIN I)	<ul style="list-style-type: none"><li>– динамическое наблюдение при LSIL с использованием цитологического исследования микропрепарата шейки матки 1 раз в 6 месяцев в течение 18 - 24 месяцев для раннего выявления рецидива заболевания;</li><li>– при отсутствии регрессии LSIL через 18 - 24 месяцев рекомендуется хирургическое лечение</li></ul>
– у молодых и/или планирующих беременность пациенток с LSIL	<ul style="list-style-type: none"><li>– предпочтительна выжидательная тактика с динамическим наблюдением за состоянием шейки матки в течение 18 - 24 месяцев:<ul style="list-style-type: none"><li>• цитологический контроль 1 раз в 6 месяцев;</li><li>• молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) 1 раз в 12 месяцев</li></ul></li></ul>
Пациенткам с (CIN) после хирургического лечения HSIL (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени)	<ul style="list-style-type: none"><li>– рекомендуется наблюдение:<ul style="list-style-type: none"><li>• цитологическое исследование микропрепарата шейки матки;</li><li>• молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) для раннего выявления рецидива: первый co-test (цитологическое исследование и ВПЧ - тестирование) целесообразно выполнить через 3 месяца после хирургического лечения, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно в течение 20 лет;</li></ul></li><li>– в случае подозрения на остаточное поражение (рецидив) рекомендована:<ul style="list-style-type: none"><li>• расширенная кольпоскопия;</li><li>• реконизация с патологоанатомическим исследованием;</li><li>• консультация врача-онколога (по показаниям)</li></ul></li></ul>

Источник:  
Клинические рекомендации «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы»  
Кодирование по МКБ 10: N40  
Год утверждения (частота пересмотра): 2020  
ID: КР6/1  
Разработчик клинической рекомендации:  
- Российское общество урологов  
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

## НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

**(НДНМП)** – это расстройства, связанные с накоплением мочи и опорожнением мочевого пузыря, развивающиеся вторично вследствие неврологического заболевания (заболеваний или повреждений центральной или периферической нервной системы).

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с НДНМП для оценки состояния пациента в динамике

- пожизненное медицинское наблюдение;
- регулярное лабораторное исследование:
  - общий анализ мочи;
  - мочевина и креатинин крови;
- инструментальное обследование:
  - УЗИ почек и мочевого пузыря;
  - уродинамические исследования;
- ежегодный осмотр у врача-уролога

Источник:

Клинические рекомендации «Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей»

Кодирование по МКБ 10: N31.0, N31.1, N31.2, N31.8, G83.4, G95.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

ID: KP588

URL

Профессиональные ассоциации

- Российское общество урологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ (НМ)** – это патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры.

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с НМ не поддающимся коррекции медикаментозными или хирургическими методами лечения при наличии нейрогенных расстройств мочеиспускания с целью предотвращения прогрессирования заболевания

- диспансерное наблюдение врачом-урологом с периодичностью осмотров – 2 раза в год;
- устранении факторов риска заболевания: курения, хронического кашля, избыточного веса и родовой акушерской травмы

Объем диспансерного обследования:

- прием и консультация врача-специалиста;
- заполнение опросников и дневников мочеиспускания;
- общий анализ мочи;
- определение остаточной мочи

Источник:

Клинические рекомендации «Недержание мочи»

Кодирование по МКБ 10: N39.3, R32

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

ID: KP8/2

URL

Профессиональные ассоциации

- Российское общество урологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДДМЖ)** – это группа заболеваний, которая характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с нарушением соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов.

Синонимы ДДМЖ: "мастопатия", "фиброзно-кистозная мастопатия" "фиброзно-кистозная болезнь", "дисгормональная гиперплазия молочных желез", "фиброаденоматоз".

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациенткам с ДДМЖ	<ul style="list-style-type: none"><li>– диспансерное наблюдение*:<ul style="list-style-type: none"><li>• при результатах BI-RADS 1, 2 пациентка наблюдается врачом-акушером-гинекологом;</li><li>• при BI-RADS 4, 5, 6 пациентка наблюдается врачом-онкологом;</li><li>• при 0, 3 – необходима консультация врача-онколога с определением дальнейшей тактики ведения</li></ul></li><li>– рентгеновская маммография в двух проекциях женщинам в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года</li><li>– УЗИ молочных желез в качестве дополнительного метода уточняющей диагностики с учетом возраста, особенно для женщин до 40 лет;</li><li>– при наличии узловых образований в молочной железе может – рентгеновская маммография независимо от возраста</li></ul>
Пациенткам с целью раннего выявления онкологического процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>– динамическое наблюдение (режим и кратность) определяется врачом-онкологом:<ul style="list-style-type: none"><li>• физикальный осмотр 1 раз в 3 - 6 мес.;</li><li>• УЗИ молочных желез (при необходимости с проведением маммографии) 1 раз в 6 - 12 мес. в течение 1 - 2 лет пациенткам с узловыми образованиями молочных желез, включая кисты и относящиеся к категории BI-RADS 1 – 3</li></ul></li></ul>
– если в процессе динамического наблюдения отмечается рост образования или усиливаются подозрения в отношении ЗНО	<ul style="list-style-type: none"><li>– требуется дополнительное выполнение биопсии (вопрос о биопсии решается врачом-онкологом)</li></ul>

\*Примечание:

0 – неуточненное и требует дообследования;

1 – результат отрицательный (без изменений);

2 – доброкачественные изменения;

3 – вероятно доброкачественные изменения;

4, 5 - высокая вероятность малигнизации;

6 – малигнизация, подтвержденная морфологически с помощью биопсии.

Источник:

Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы»  
Кодирование по МКБ 10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N63, N64.4  
Год утверждения (частота пересмотра): 2020

ID: KP598

URL

Профессиональные ассоциации

- ООО "Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)" - ООО "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы" (РОСОПС) – ООО "Российская Ассоциация Маммологов" - ООО "Российское общество онкомаммологов (РООМ)"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ