|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО**  **Заступник Директора**  **Департаменту охорони здоров’я**  **Виконавчого органу Київської міської ради**  **(Київської міської Державної адміністрації)**  **Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** | **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Директор**  **Приватне підприємство  «ПАО»**  **Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО   
«ПАО»**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим на стриктуру сечівника.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
   1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на стриктуру сечівника.*
   2. **Шифр МКХ -10:** N 35.0
   3. **Дата складання:**
   4. **Дата перегляду:**
   5. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
   6. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Ткаченко Марія Дмитрівна** | **Лікар-уролог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* **Наказ МОЗ України від 06.12.2004 № 604 Про затвердження клінічних протоколів за спеціальністю «Урологія»;**
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
  1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги | 1.Запис пацієнта через реєстратуру  Надання допомоги лікарем-урологом проводиться в кабінеті лікаря-уролога  2.Оформлення медичної картки форма 043/o;  3.Оформлення лікарем-урологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;  4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;  5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;  6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин  -п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до  30 хвилин | Реєстратор  П.І.Б.  Лікар-уролог  Ткаченко М.Д.  каб.  тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.  Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика | При опитуванні виявляють характерні скарги, наявність в анамнезіпошкодження сечівника, кісток тазу, уретрорагії, гонорейного уретриту. При огляді виявляють мацерацію шкіри статевого члену, калитки, стегна, норицевий хід на промежині. Па­ль­па­ція сечівника до­з­во­ляє вия­вити наявність спо­н­гі­о­фі­б­ро­за. При введенні бужа в сечівник виявляють локалізацію стриктури. Виконують калібровку сечівника для виявлення ступеня звуження. Використовують буж №10 за Шар’єром. Якщо буж не проходить та сечопуск здійснюється дуже тонким струменем, то слід робити операцію. Для діагностики звуження сечівника застосовують уретроскопію, низхідну, висхідну, та зустрічну уретрографію. На уретрограмах спостерігається зображення звужених і облітерованих ділянок сечівника. Можна визначити їх розміри, характер і локалізацію, а також стан ділянки сечівника за звуженням. Під час висхідної уретрографії може виникати уретровенозний рефлюкс з серйозними ускладненнями. Для встановлення ступеня обструкції проводять спрощену урофлоуметрію (вираховують урофлоуметрічний індекс шляхом розділення кількості виділеної сечі на час сечопуску). При наявності уретро-промежинних нориць виконують фістулографію (виявляють розташування ходів та їх довжину). |  | Лікар-уролог  Ткаченко М.Д.  каб.  тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | хворих з стри­к­ту­ра­ми сечівника повинно бути індивідуальним, з урахуванням анатомічних особливостей стриктури, стану та віку хворого. При компенсованій стриктурі потрібно проводити контрольний огляд 1 раз на рік, при субкомпесованій – періодичне консервативне лікування (антибактеріальну та протизапальну терапію, ензимо- та гормонотерапію, бужування сечівника, балонну ділятацію стриктур, фізіотерапію). При некомпенсованій стриктурі виконується реконструктивна операція на сечівнику.  Бужування проводять при звуженні сечівника невеликої довжини. Виконують його послідовно, протягом декількох тижнів, збільшуючи номер бужа на 2-4 одиниці до максимальних значень 24-26 за Шар’єром. Перед бужуванням сечівник необхідно знеболити. Для цього використовують різні гелі з анестезуючими та бактеріцидними властивостями (Інстилягель, Катеджель, Нефлуан). Бужі проводять вільно та залишають в сечівнику спочатку на 5-10, а потім – на 15-20 хвилин. Наступне бужування проводять через 2-5 діб починаючи з проведення бужа того розміру, що вводили в останній раз. За один прийом не слід проводити більше двох бужів, які проходять звуження через силу (загроза значних розривів, які посилюють рубцевання). Добрий результат очікується, якщо вдається розширити сечівник до бужа № 20 Сh. При значному звуженні не завжди вдається ввести в сечівник металевий буж. У такому випадку вводять пучок ниткоподібних бужів-провідників і по черзі пробують провести один із них у сечовий міхур. До проведеного бужа приєднують металевий буж Лефора з конічним кінцем (чи катетер Філіпса) і за допомогою провідника проводять його через звужену ділянку. Також застосовують балонну ділятацію стриктур сечівника. Для цього використовують катетер з балоном-ділятатором, який по струні під візуальним контролем заводять в зону стриктури. Проводять антибактеріальну (згідно антибіотикограми сечі) та протизапальну терапію (метилурацил 0,25-0,5г 3 рази на день після їжі). Бу­жування сечівника поєднують з ензимотерапією (лі­да­за) та го­р­мо­но­те­ра­пією (ко­р­ти­зон, гі­д­ро­ко­р­ти­зон), фі­зі­о­те­ра­пією (еле­к­т­ро­фо­рез, ді­а­те­р­мія, галь­ва­ні­за­ція, ма­г­ні­то­те­ра­пія, фо­но­фо­рез), пе­лої­до­те­ра­пі­єю. Бу­жу­ва­ння сечівника дає лише тимчасовий ефект. Припинення бу­жу­ва­ння завжди веде до ре­ци­ди­ву стри­к­ту­ри. Одужання на­с­ту­пає при ру­б­ці ті­ль­ки сли­нового шару сечівника без спо­н­гі­о­фі­б­ро­зу. Тому стрик­ту­ри сечівника великої довжини та його об­лі­те­ра­ції вимагають опера­ти­в­ного лі­кування.  Вну­т­рішня оптична уретротомія показана при коротких та клапанних стриктурах з мінімальним спо­н­гі­о­фі­б­ро­зом (особливо після простатектомії), а також при наявності протипоказань до радикального лікування. При цьому необхідно провести повне розсічення спо­н­гі­о­фі­б­ро­зу до під­леглого не­­з­мі­нен­о­го гу­б­час­то­го ті­ла та висікти рубці. Якщо після першої про­це­ду­ри стри­к­ту­ра залишається, але стає мен­шої довжини, мо­жливо про­ведення по­в­торного її розсічення. Якщо вона залишається без з­мі­н або збільшується, не­о­б­хі­дно про­ведення від­к­ритої ре­ко­н­с­т­ру­к­ції сечівника. Після видалення уретрального катетера треба проводити бужування: протягом 1 місяця 1 раз на тиждень, 2-3 місяця 1 раз на 2 тижня, 4-6 місяця 1 раз на місяць, 7-8 місяця 1 раз на 2 місяця, 9-11-го місяця 1 раз на 3 місяця. Максимальний ефект дає поєднання двох сучасних методик: внутрішньої оптичної уретротомії та встановлення уретрального стента. При стриктурах сечівника також застосовують лазерну вапоризацію рубців.  Стри­к­ту­ра ме­м­б­ра­но­з­но­го відділу сечівника після тра­н­су­ре­т­раль­ної ре­зек­ції передміхурової за­ло­зи зустрічається ча­с­то. У та­ких випадках па­цієнт утримує сечу ті­ль­ки за рахунок ме­ха­ні­з­му ди­с­та­ль­но­го сфі­н­к­те­ра. При вну­т­ріш­ній оп­ти­чній уретро­то­мії та від­к­ри­тій ре­ко­н­с­т­ру­к­ції практично завжди пошкоджується цей сфі­н­к­тер. Тому у таких хворих ме­то­дом ви­бо­ру повина бути балонна ді­лята­ція стри­к­ту­ри.  Ра­ди­ка­ль­ним ме­то­дом лікування стри­к­ту­ри сечівника є резек­ція його зву­жено­го се­г­ме­н­та. Невелику за довжиною стриктуру в губчастій частині сечівника видаляють за методом Кліна-Хольцова-Маріона, велику – за методом Сесіl, тотальну – за Русаковим. При звуженні передміхурової частини сечівника виконують уретроуретроанастомоз за методом Русакова або уретроцистоанастомоз шляхом інвагінації сечівника в шийку сечового міхура за методом Соловова. Бі­ль­шість ре­ко­н­с­т­ру­к­ти­в­них опе­ра­цій виконують за один етап, але інколи (тя­жкий спо­н­гі­о­фі­б­роз, нестача добре ва­с­ку­ля­ри­зо­ван­ої тка­нини, наявність нориці та ін.) використовують багатоетапний пі­д­хід. Часто для ре­ко­н­с­т­рук­ції сечівника застосовують життєздатні тка­нини статевих ор­га­нів. При часткових звуженнях сечівника можна викроїти сегмент, якого бракує, із шкіри калитки чи промежини, заднього відділу – із стінки сечового міхура. Клапті з шкіри калитки на широкій основі можна застосувати й при масивних облітераціях сечівника. |  | Лікар-уролог  Ткаченко М.Д.  каб.  тел. |  |
| Реабілітація | На перші 6-8 місяців з початку лікування хворого слід звільнити від важкої фізичної праці. Протягом місяця після операції хворим забороняється сідати, в подальшому дозволяється сідати на тверді стільці на одну сідницю. Статеве життя забороняється на 2-3 місяці, а іноді і більший термін. Верхова їзда (на коні, велосипеді, мотоциклі) забороняється на все життя. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | Потребує диспансерного нагляду 1 раз на 3 місяці протягом першого року, 2 рази на рік протягом 2 року, 1 раз на рік протягом 3-го року в обсязі: огляд уролога, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження сечі з антибіотикограмою, визначення рівня креатиніну плазми крові, урофлоуметрія, УЗД нирок, сечового міхура з визначенням кількості залишкової сечі, калібровка сечівника бужами, за потребою - уретрографія.  Критерії зняття з диспансерного обліку: збереження протягом трьох років вільного сечопуску, відсутність порушень функції сечовивідних органів, збереження урофлоуметричного індексу більше 10 мл/с.  Вимоги до дієтичних призначень і обмежень  Дієтичні призначення і обмеження – слід відмовитись від прийому алкоголю, обмежити гострі, солені, копчені страви, прянощі. Перші півроку після операції рекомендується вживання збільшеної кількості рідини, періодичний прийом легких сечогінних зборів. |  |  |  |