|  |  |
| --- | --- |
| **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 сечокам'яну хворобу. Камені нирки.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
   1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу. Камені нирки.*
   2. **Шифр МКХ -10:** 20.0
   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-уролога 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 | Діагноз СКХ ставиться на основі специфічних симптомів, об”єктивного обстеження, УЗД, рентгенологічних та лабораторних даних.   * УЗД нирки : в порожнинній системі нирки візуалізується ехопозитивна тінь певної форми та розмірів. При порушенні відтоку сечі з миски – розширення порожнинної системи нирки чи певної групи чашок. * Оглядова урографія: при рентген позитивних каменях в проекції нирки чітко виділяється тінь одного чи декількох конкрементів певної форми і розмірів. * Екскреторна урографія: визначається функціональний стан нирки, зміни з боку миски та чашок, їх розширення, деформація, дефекти наповнення в мисці. * Ретроградна уретеропієлографія (з киснем чи контрастною рідиною): виконується при рентгеннегативних каменях нирки. На пневмопієлограмі відрізняють округлі тіні каменів, з контрастною рідиною – дефекти наповнення. * Радіоізотопна ренографія: визначається функціональний стан нирок – секреторна та екскреторна функції. * Ниркова ангіографія: виконується при можливих варіантах часткової резекції нирки, анатрофічній нефролітотомії. * Комп”ютерна томографія: виконується в випадках неконтрастних каменів або при наявності СКХ та пухлини нирки.   З лабораторних методів дослідження використовують всі загальноприйняті методи обстеження :  - загальний аналіз сечі,  - рН сечі - триразово, транспорт солей,  - аналіз сечі за Нечипоренком,  - аналіз сечі на активні лейкоцити,  - посів на стерильність, антибіотико грама,  - повний загальний аналіз крові,  - група крові, Rh – фактор,  - глюкоза крові,  - протромбіновий індекс,  - креатинін, сечовина крові,  - печінкові проби,  - загальний білок, фракції крові,  - холестерин,  - ЕКГ.  Характерними для СКХ є: біль, лейкоцитурія, гематурія, протеїнурія. При ХНН – підвищення вмісту сечовини, креатині ну крові. При загостренні пієлонефриту – ріст ШОЕ, лейкоцитозу, гіпертермія. |  | Лікар-уролог  Ткаченко М.Д.  каб.  тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Одним з важливих етапів в лікуванні СКХ є видалення каменя – перевести стан хворого з „кам”яного” в „передкам”яний”. Наступним етапом в лікуванні СКХ є проведення корекції головних та другорядних факторів ризику СКХ до норми з подальшим амбулаторним диспансерним наглядом на протязі до 3-5 років.  На сьогодні при видаленні каменів нирок до 2 см широко застосовується дистанційна літотрипсія (ДЛТ). В випадках неможливості проведення ДЛТ, виконується хірургічне втручання – пієлолітотомія. При певних умовах виконується черезшкірна нефролітотрипсія, нефролітоекстракція. Хірургічне втручання на нирці (при наявності коралоподібних, рецидивних, множинних каменів) закінчується накладанням нефростом для зовнішнього дренування нирки. Нефростоми видаляються після відновлення пасажу сечі через 10-14 діб. Складними при хірургічному видаленні є рецидивні коралоподібні камені 3-4 ст та рецидивні коралоподібні камені єдиної нирки. В цих випадках часто застосовується комбіноване видалення каменів: пієлонефролітотомія, чи анатрофічна нефролітотомія з тимчасовим відключенням кровоточу нирки, однією чи декількома нефростомами. В деяких випадках показане прикриття гемодіалізу.  При гнійних ускладненнях СКХ – піонефроз, абсцес нирки, пара нефрит і відсутності функції нирки виконується нефректомія.  В післяопераційний період проводять загальноприйняті – ін фузійну, антибактеріальну, симптоматичну терапію і ( в певних випадках) ранню метафілактичну терапію, застосовуючи перфузію порожнинної системи нирки антисептичними розчинами, літолітичними розчинами, ферментами та антибіотиками. Наступним етапом в лікуванні СКХ є метафілактика, чи протирецидивне лікування.  Загальні підходи до метафілактики (протирецидивного лікування) СКХ.  В основі рецидивування сечових каменів лежать два головних фактори ризику:  1. Недостатність протеолізу сечі, котрий призводить до формування білкової матриці ниркового каменя;  2. Оптимальний для кристалізації сечових солей діапазон рН сечі в пересиченому розчині сечі, що обумовлює преципітацію каменеутворюючих солей та формування кристалічної (мінеральної) частини каменя.  Другорядні фактори ризику нефролітіазу: інфекції сечового тракту, наявність слизу, детриту, злущеного епітелію, солей, піску, залишків каменів після їх видалення, порушення уродинаміки.  Підвищення протеолітичної активності може бути досягнуто шляхом прийому ферментативних препаратів. При кислій сечі з рН до 5,7 – призначення орального прийому пепсину, ацидін-пепсину. При рН сечі вище 5,8 призначаються препарати типу фестал, панзинорм, дигестал та інші, в склад яких входить протеолітичний фермент трипсин. Ферментативні препарати призначаються по 14 днів кожного місяця на протязі 3-4 місяців.  Одним з основних факторів ризику СКХ є концентрація водневих іонів сечі, яка виражається в показниках рН. При кислій сечі ( рН 4,0-5,6) необхідно застосовувати препарати, в складі яких є лимонна кислота, що підлужує сечу: Ураліт-У, Магурліт, Блемарен, Солімок, Солуран та інші. Препарати приймаються згідно інструкції на протязі 1-3-6-12 місяців під постійним контролем рН сечі, з додержанням цього показника в межах 6,2-6,8, під наглядом лікаря. Паралельно, при корекції рН сечі, необхідно проводити корекцію рівня сечової кислоти сироватки крові шляхом прийому урикостатиків: аллопуринолу, аллополу, алломарону, мілуріту та інш., на протязі 2-3 місяців. На фоні проведення даної терапії рекомендується дієтотерапія з обмеженням м”ясопродуктів, фітотерапія, антибактеріальна терапія, посилений водний режим.  При протирецидивному (метафілактичному) лікуванні оксалатних каменів рекомендується: блемарен, урол, ксидифон, цистон (згідно інструкції) на протязі 2-3 місяців в комбінації з аллопуринолом. Дієта повинна бути збіднена на вміст кальцію. Потрібен посилений водний режим, фіто- і антибактеріальна терапії (згідно антибіотикограми).  В утворенні фосфорнокислих каменів, що проходить в лужній сечі при рН 6,8-7,0 та вище, значну роль відіграють мікроорганізми, особливо всі види Proteus, за рахунок ферменту уреази, що розщеплює сечовину сечі до амонію і тим самим підлужнює середовище. В певній мірі при проведенні корекції фосфатурії необхідно диференціювати істинну та хибну фосфатурії. Хибна фосфатурія завжди обумовлена наявністю мікроорганізмів, для таких випадків показана антибіотикотерапія. Істинна фосфатурія можлива при нейрогенних захворюваннях чи хворобах шлунку, рекомендується лікування цих захворювань. При метафілактиці фосфатів необхідними умовами є: корекція рівня протеолізу сечі (дивись вище), антибактеріальна терапія згідно посіву сечі, корекція рН сечі з лужної в бік підкислення. При цьому рекомендуються: марена красильна, марелін, літовіт-У, хлористоводна (соляна) кислота, бензойна кислота, хлорид амонію, метіонін (призначення згідно інструкції) на протязі 2-3 місяців, чи курсами 2 місяці. Вищевказана терапія повинна доповнюватись дієтотерапією з виключенням цитрусових, свіжого молока та молочних продуктів і превалюванням м”ясної дієти. До певної міри є корисною фітотерапія, вживання журавлини, облепіхи, брусниці, насіння дикої моркви.  При протирецидивному (метафілактичному) лікуванні цистинових каменів рекомендовано: пеніцилінамід, артамін, Блемарен.  Метафілактика СКХ повинна проводитись під постійним наглядом лікаря, з контролем УЗД кожен 1-3 місяці, а при необхідності – з рентенобстеженням. | Контроль УЗД 1-3 міс., Рентген контр. 6-12 міс., аналіз сечі -1 раз на міс., антибіотико грама - за показанням. | Лікар-уролог  Ткаченко М.Д.  каб.  тел. | Відсутність хибних рецидивів. |
| Реабілітація | Працездатність в післяопераційному періоді знижена до 2-3 місяців. Лікування хронічного пієлонефриту. Метафілактичне лікування Санаторно-курортне лікування. Диспансерний нагляд. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | В випадках наявності постійних нефростом потрібен догляд за ними: зміни неф ростом кожні 2-3 місяці, промивання неф ростом кожну добу стерильними розчинами антисептичних препаратів. |  |  |  |