

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский центр  
развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от «12» декабря 2014 года  
протокол № 9

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

#### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Воспалительные заболевания предстательной железы

**2. Код протокола:**

**3. Код(ы) МКБ-10:**

N41.0 Острый простатит

N41.1 Хронический простатит

N41.2 Абсцесс предстательной железы

N41.3 Простатоцистит

N41.8 Другие воспалительные болезни предстательной железы

N41.9 Воспалительная болезнь предстательной железы неуточненная

N42.0 Камни предстательной железы

Простатический камень

N42.1 Застой и кровоизлияние в предстательной железе

N42.2 Атрофия предстательной железы

N42.8 Другие уточненные болезни предстательной железы

N42.9 Болезнь предстательной железы неуточненная

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИФА – иммунный ферментный анализ

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ПРИ – пальцевое ректальное обследование

ПСА – простатспецифический антиген

ПРИ – пальцевое ректальное исследование

РПЖ – рак предстательной железы

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

# **ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

## **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Дивертикул мочевого пузыря

**2. Код протокола:**

**3. Код(ы) МКБ-10:**

N32.3 – дивертикул мочевого пузыря

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ВИЧ – вирус иммунодефицита

ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ИФА – иммуноферментный анализ

КОЕ – колониеобразующая единица

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСКТ – мультиспектральная компьютерная томография

ПРИ – пальцевое ректальное обследование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПСА – простатспецифический антиген

ТУР – трансуретральная резекция предстательной железы

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭУ – экскреторная урография

ЭД – эректильная дисфункция

ЭКГ – электрокардиография

**5. Дата разработки протокола:** 2014 год.

**6. Категория пациентов:** взрослые.

**7. Пользователи протокола:** андрологи, урологи, хирурги, терапевты, врачи общей практики.

## **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **Уровни доказательности**

Уровень	Тип доказательности
1a	Доказательства получены в результате мета-анализа рандомизированных исследований
1b	Доказательства получены при проведении как минимум одного

	рандомизированного исследования
2а	Доказательства получены при проведении как минимум одного хорошо спланированного контролируемого нерандомизированного исследования
2б	Доказательства получены при проведении как минимум одного хорошо спланированного контролируемого квазиэкспериментального исследования
3	Доказательства получены при проведении хорошо спланированного неэкспериментального исследования(сравнительного исследования, корреляционного исследования, анализа научных отчетов)
4	Доказательства основаны на мнениях или опыта экспертов

### **Степени рекомендаций**

<b>A</b>	Результаты получены при проведении однородных высококачественных клинических исследований, посвященных определенным проблемам, причем как минимум, одно из исследований было рандомизированным
<b>B</b>	Результаты получены при проведении хорошо спланированных нерандомизированных клинических исследований
<b>C</b>	Клинические исследования должного качества не проводились

**8. Определение:** Под названием «дивертикул», следует понимать слепо оканчивающееся, мешковидное выпячивание стенки мочевого пузыря [1].

### **9. Клиническая классификация [1]:**

**По этиологии и времени развития дивертикулы мочевого пузыря подразделяются на:**

- врожденные (первичные);
- приобретенные (вторичные).

Клиническая урология чаще сталкивается с приобретенными дивертикулами мочевого пузыря.

В зависимости от количества добавочных полостей дивертикулы могут быть:

- одиночными;
- множественными.

При множественных дивертикулах патология расценивается как дивертикулез мочевого пузыря.

### **По строению дивертикулы мочевого пузыря:**

- истинными
- ложными.

Приобретенные дивертикулы мочевого пузыря – ложными;

Врожденные дивертикулы мочевого пузыря – истинными [1].

### **10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:**

**Показания для экстренной госпитализации:** не проводятся.

### **Показания для плановой госпитализации:**

- стационарное лечение рекомендуется при клинически значимом увеличении размеров дивертикула, когда он служит препятствием для полного опорожнения

мочевого пузыря и ведущими проявлениями дивертикула служат дизурические расстройства и уростаз [1].

## **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (определение глюкозы крови, билирубина и фракций, АСТ, АЛТ, тимоловой пробы, креатинина, мочевины, щелочной фосфатазы, амилазы крови);
- микрореакция преципитации;
- определение группы крови;
- определение резус-фактора;
- коагулограмма (протромбиновый индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ);
- ЭКГ;
- УЗИ почек.

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- экскреторная урография нисходящей цистографией в прямой и боковой проекциях (при нисходящей цистографии мочевой пузырь заполняется рентгеноконтрастных веществом, затем выполняется серия снимков. При опорожнении мочевого пузыря контраст задерживается в дивертикуле, в связи с чем его тень выглядит более плотной по сравнению с тенью полости пузыря. Тень дивертикула обычно определяется в боковой или косой проекции) [1,2].

### **11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:**

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (определение глюкозы крови, билирубина и фракций, АСТ, АЛТ, тимоловой пробы, креатинина, мочевины, щелочной фосфатазы, амилазы крови);
- микрореакция преципитации;
- определение группы крови;
- определение резус-фактора;
- коагулограмма (протромбиновый индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ);
- ЭКГ;
- УЗИ почек.
- ВИЧ;
- ИФА на Вирусные гепатиты;
- флюорография;

## **11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

цистоскопия - позволяет выявить перешеек, соединяющий мочевой пузырь с дивертикулом. Если цистоскоп удаётся ввести в полость дивертикула, то можно определить наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса и дополнительных новообразований, тип дивертикула (ложный, истинный).

## **11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- урофлоуметрия;
- цистометрия;
- МСКТ мочевого пузыря (при необходимости с контрастированием мочевого пузыря) (*уровень доказательств- I, сила рекомендации – В*) [7,8]

## **11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся**

## **12. Диагностические критерии\*\*\*:**

### **12.1 Жалобы и анамнез:**

Небольшой одиночный дивертикул мочевого пузыря может не вызывать никакой симптоматики. Клинически значимым дивертикул становится при увеличении размеров, когда он служит препятствием для полного опорожнения мочевого пузыря. Ведущими проявлениями дивертикула служат дизурические расстройства и уростаз. При дивертикуле пациент не может одномоментно опорожнить мочевой пузырь: мочеиспускание происходит в два приема – сначала моча оттекает из мочевого пузыря, а затем из полости дивертикула. Длительность акта мочеиспускания при этом также увеличивается; может отмечаться гематурия, терминальная пиурия (в конце мочеиспускания выделяется гной), иногда возникает полная задержка мочи.

Застой мочи в дивертикуле приводит к присоединению вторичной инфекции и развитию упорного, не поддающегося терапии, цистита и дивертикулита, образованию конкрементов или опухолей. В том случае, если устье мочеточника открывается в полость дивертикула, развивается пузырно-мочеточниковый рефлюкс, что чревато возникновением пиелонефрита, гидронефроза и почечной недостаточности (*уровень доказательств- II, сила рекомендации - В*) [1,2]. [10].

### **12.2 Физикальное обследование:**

Дивертикулы больших размеров в надлобковой области (в горизонтальном положении пациента).

- при пальпации: определяется мешковидное выпячивание.
  - при надавливании: на последний, происходит его опорожнение.
- (*уровень доказательств- 4, сила рекомендации – С*) [2].

### **12.3 Лабораторные исследования:**

При дивертикулах мочевого пузыря, сопровождаемые хроническими циститами лабораторные показатели будут иметь изменения характерные для воспалительных заболеваний нижних мочевых путей:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи (бактериурия, лейкоцитурия, эритроцитурия).
- лейкоцитурия проявляется во всех порциях мочи.
- бактериологическое исследование мочи. [2].

#### **12.4 Инструментальные исследования:**

**Цистография** - заполнение рентгеноконтрастным веществом мочевого пузыря с последующим осуществлением серии снимков в прямых и боковых проекциях.

**Цистоскопия** осмотр мочевого пузыря посредством цистоскопа. Метод позволяет обнаружить соединяющий мочевой пузырь и дивертикул перешеек. Введение цистоскопа еще и в дивертикул позволяет установить тип дивертикула (ложный, истинный), а также подтвердить или опровергнуть наличие пузирно-мочеточникового рефлюкса.

**УЗИ** – исследование отличается информативностью, позволяет оценить расположение, размеры, количество, форму дивертикула, а также его шейку и расположение касательно окружающих структур.

**Уродинамические исследования** (урофлюметрия, цистометрия) целесообразны для определения инфравезикальной обструкции при уже подтвержденном дивертикуле.

#### **12.5 Показания для консультации узких специалистов:**

- консультация кардиолога при наличии сопутствующей патологии системы кровообращения;
- консультация эндокринолога при наличии сопутствующей эндокринной патологии;

#### **12.6 Дифференциальный диагноз:**

При наличии достоверных ультразвуковых и рентгенологических признаков дивертикула мочевого пузыря дифференциальная диагностика не проводиться.

#### **13. Цели лечения:**

- купирование симптомов дизурии;
- купирование рецидивов воспаления мочевого пузыря.

#### **14. Тактика лечения\*\*\*:**

Дивертикул мочевого пузыря небольшого размера, не вызывающий дизурических явлений и рецидивирующих воспалений, может быть оставлен под динамическое наблюдение уролога.

При определении наличия остаточной мочи, конкрементов, опухолей, значительного размера дивертикула, клиники сдавления соседних органов применяется оперативное пособие. Хирургические операции при дивертикуле мочевого пузыря могут выполняться эндоскопическим или открытым доступом[3,4,5]. (*уровень доказательств- II, сила рекомендации – В*) [1].

#### **14.1 Немедикаментозное лечение:**

- общий режим
- Диета №7.

## **14.2 Медикаментозное лечение:**

При наличии дивертикула мочевого пузыря с наличием хронического цистита проводится 7-10-дневный курс антибактериальной терапии.

### **14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения);**

#### **Ципрофлоксацин.**

При инфекциях мочевыводящих путей – 500 мг в сутки в 2 приема. В/в капельно – по 200 мг (при тяжелых инфекциях – 400 мг) 2 раза в сутки; продолжительность инфузии составляет 30 мин при дозе 200 мг и 60 мин – при дозе 400 мг.

Пациентам с выраженным нарушением функции почек суточную дозу уменьшают вдвое, пожилым пациентам – на 30%.

При тяжелом течении инфекции и/или невозможности приема таблеток внутрь лечение начинают с в/в инфузии. Продолжительность лечения зависит от тяжести заболевания. Средняя длительность лечения: до 7 дней – при инфекциях почек, мочевыводящих путей и органов брюшной полости; в течение всего периода нейтропенической фазы у больных с ослабленными защитными силами организма, но не более 2 месяца – при остеомиелите и 7–14 дней – при всех остальных инфекциях.

Длительность курса – 7 дней.

#### **Левофлоксацин.**

Внутрь: 250–750 мг 1 раз в сутки. В/в: капельно медленно 250–750 мг каждые 24 ч (дозу 250–500 мг вводят в течение 60 мин, 750 мг – в течение 90 мин). Возможен последующий переход на пероральный прием в той же дозе. При нарушении функции почек требуется корректировка режима введения, в т.ч. уменьшение дозы в зависимости от клиренса креатинина.

Длительность курса-7-10 дней.

#### **Фуразидин.**

Внутрь, после еды, запивая большим количеством жидкости, – взрослым по 50–100 мг 3 раза в сутки в течение 7–10 дней, при необходимости – неоднократно с интервалом в 10–15 дней между курсами; Для профилактики инфекций – взрослым 50 мг, однократно за 30 мин до процедуры.

Длительность курса 7-10 дней.

#### **Фосфомицин.**

Внутрь, в/в. Режим дозирования устанавливается индивидуально. Внутрь (за 2 ч до или после еды), предпочтительно перед сном. Обычно разовая доза в острой фазе заболевания – 3 г (взрослые) однократно. При хроническом течении заболевания, а также у пожилых пациентов – двукратно, по 3 г с интервалом 24 ч. С целью

профилактики – 3 г за 3 ч до вмешательства и 3 г через 24 ч после его проведения. При почечной недостаточности уменьшают дозы и удлиняют интервалы между приемами. В/в: средняя доза для взрослых составляет 70 мг/кг, обычно суточная доза для взрослых – 2–4 г, вводится каждые 6–8 ч, разделенные на 2 введения. Курс лечения – 7–10 дней. В/м суточная доза (4 г) делится на 2 введения с промежутком в 2 ч, либо по 2 г одномоментно в каждую ягодицу. В/в инфузционно: дозу разводят в 100–500 мл воды для инъекций и вводится в течение 1–2 ч. В/в струйно: суточная доза вводится 2–4 раздельными дозами, разведенная в 20 мл воды для инъекций или 5% растворе декстрозы (1–2 г лекарственного препарата). Вводится в течение 5 мин.

**Длительность курса:**

3 г (взрослые) и 2 г (дети) однократно.

двукратно, по 3 г с интервалом 24 ч.

при внутривенном применении 7–10 дней.

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).**

**Тамсулозин.** Внутрь (запивая достаточным количеством воды), по 0,4 мг/сутки

Длительность курса – индивидуальный подбор курса. Длительное применение не противопоказано.

#### **14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

**Цефоперазон.** в/м, средняя суточная доза для взрослых – 2–4 г, при тяжелых инфекциях – до 8 г; вводится каждые 12 часов.

В/в медленно, в виде раствора с концентрацией 100 мг/мл, максимальная разовая доза для взрослых – 2 г, максимальная суточная доза для взрослых – 12 г. Для профилактики инфекционных послеоперационных осложнений – в/в по 1–2 г до за 30–60 мин до начала операции и затем каждые 12 часов. Длительность курса 7–10 дней.

#### **Цефепим.**

Взрослым и детям с массой тела более 40 кг при нормальной функции почек – 0,5–1 г (при тяжелых инфекциях до 2 г). В/в (медленно, в течение 3–5 мин) или глубоко в/м с интервалом 12 ч (при тяжелых инфекциях – через 8 ч). Курс лечения 7–10 дней и более. При нарушении функции почек дозу корректируют в зависимости от клиренса креатинина. Пациентам, находящимся на диализе, после каждого сеанса необходимо вводить повторную дозу, равную исходной.

Длительность курса лечения составляет 7–10 дней; тяжелые инфекции могут потребовать более продолжительного лечения.

#### **Гентамицин.**

В/м, в/в. Доза устанавливается индивидуально. При парентеральном введении обычная суточная доза при заболеваниях средней тяжести для взрослых с нормальной функцией почек одинакова при в/в и в/м введении – 3 мг/кг/сут, кратность введения – 2–3 раза в сутки; при тяжелых инфекциях – до 5 мг/кг (максимальная суточная доза) в 3–4 приема. Средняя продолжительность лечения – 7–10 дней. В/в инъекции проводят

в течение 2–3 дней, затем переходят на в/м введение. При инфекциях мочевыводящих путей суточная доза для взрослых и детей старше 14 лет составляет 0,8–1,2 мг/кг. Больным с нарушением выделительной функции почек и пожилым пациентам, а также при тяжелой ожоговой болезни для адекватного выбора режима дозирования требуется определение концентрации гентамицина в плазме. Доза должна быть подобрана так, чтобы значение  $C_{max}$  не превышало 12 мкг/мл (снижение риска развития нефро-, ото- и нейротоксичности). При отеках, асците, ожирении дозу определяют по «идеальной» или «сухой» массе тела. При нарушении функции почек и проведении гемодиализа рекомендуемые дозы после сеанса взрослым — 1–1,7 мг/кг (в зависимости от тяжести инфекции), детям — 2–2,5 мг/кг.

Длительность курса- 7-10 дней

### **Амиакин.**

Взрослым и детям: по 5 мг/кг каждые 8 ч или по 7,5 мг/кг каждые 12 ч; максимальная доза — 15 мг/кг/сутки, курсовая доза не более 15 г. Недоношенным новорожденным: в начальной дозе — 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг каждые 18–24 ч; новорожденным начальная доза — 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг каждые 12 ч. Продолжительность лечения при в/в введении — 3–7 дней, при в/м — 7–10 дней. Больным с почечной недостаточностью требуется коррекция режима дозирования в соответствии с клиренсом креатинина.

Длительность курса- 7-10 дней

### **Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

**Карнитин.** 5–10 мл 10% раствора (0,5–1 г) разводят в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Длительность курса 3-5 дней.

### **Витамины и витаминоподобные средства.**

Внутрь, в/м, в/в, интравагинально. Внутрь, после еды. В профилактических целях (в зимне-весенний период и при неполноценном питании): взрослым — 50–100 мг/сут (детям — 25–75 мг/сут), при беременности и кормлении грудью — 300 мг/сут в течение 10–15 дней, далее — по 100 мг/сут. В лечебных целях: взрослым — по 50–100 мг 3–5 раз в сутки (детям — по 50–100 мг 2–3 раза в сутки). В/м и в/в, 5–10% растворы — 1–5 мл, при отравлениях — до 3 г (60 мл). Сроки лечения зависят от характера и течения заболевания.

Длительность курса 10-15 дней.

## **14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:** не проводиться

### **14.3. Другие виды лечения:** не проводиться

**14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**

**14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:**

**14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:**

## **14.4. Хирургическое вмешательство:**

**14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:** не проводится.

**14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:** открытая резекция мочевого пузыря – это операция, которая заключается в иссечении части мочевого пузыря.

**Показания к открытой резекции мочевого пузыря:**

- дивертикулы больших размеров

**Техника к операции:**

Операция открытой резекции проводится путем рассечения стенки мочевого пузыря. Разрез в надлобковой области обычно продольный по середине либо дугообразный. Послойно хирург осуществляет доступ к мочевому пузырю. После этого хирург проводит его мобилизацию, то есть отделяют его от стенки от брюшины. Для того, что можно было вывести пузырь в рану и удобнее проводить его резекцию. Стенку мочевого пузыря, на которой расположен дивертикул, освобождают от окружающей жировой клетчатки и резецируют в пределах здоровых тканей. Образовавшийся дефект стенки мочевого пузыря ушивают кетгутовыми швами, которые самостоятельно через определенное время рассасываются.

После операции в мочевом пузыре остается уретральный катетер для отвода мочи.

**Течение послеоперационного периода:**

В послеоперационном периоде больной обычно получает антибиотики для профилактики инфекционных осложнений и обезболивающие препараты. Раз в несколько дней обычно проводится смена стерильной повязки. Швы снимаются на 7 - 8-е сутки. Уретральный катетер снимается в зависимости от состояния больного на 5 - 10-е сутки. Кроме перевязок проводится в обязательном порядке и ежедневное промывание мочевого пузыря через катетер. Для этого обычно используется стерильный физиологический раствор. Это делается как для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, так и для того, чтобы избежать скопления в полости пузыря тромбов[1,5].

Трансуретральная резекция мочевого пузыря проводится с помощью эндоскопической техники (операционного цистоскопа или резектоскоп) Преимущества ТУР перед открытым способом резекции очевидны:

- Меньшая агрессивность операции
- Меньше травматизация тканей
- Меньше кровопотери во время операции
- Меньше риск инфекционных осложнений
- Легче течение послеоперационного периода
- Меньше осложнений в послеоперационном периоде

На сегодня ТУР может проводиться с помощью различных способов: лазерным, фотодинамическим, электрокоагуляцией, хирургическим.

**Показания к ТУР мочевого пузыря**

ТУР мочевого пузыря является стандартом лечения опухолей мочевого пузыря.

**Противопоказания к ТУР**

ТУР противопоказана при невозможности введения в мочевой пузырь цистоскопа, при нарушениях свертываемости крови[6-10].

#### **14.5. Профилактические мероприятия:**

##### **Рекомендации в послеоперационном периоде:**

- обильное и часто питье с целью «естественног» промывания стенки мочевого пузыря;
- раннюю активацию больного, то есть начать вставать и ходить на следующий день после операции;
- но в то же время, избегать чрезмерной нагрузки в течение нескольких месяцев после операции, чтобы дать тканям стенки живота полностью «окрепнуть».

#### **14.6. Дальнейшее ведение:**

- УЗИ мочевого пузыря 4 раза в год;
- наблюдение уролога ПМСП в динамике 1 раз в квартал.

### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

В послеоперационном периоде:

- удовлетворительное опорожнение мочевого пузыря;
- УЗИ контроль через 7-15 дней;
- Отсутствие остаточной мочи в мочевом пузыре по данным УЗИ;
- ОАК через 7 дней;
- ОАМ через 7 дней;
- биохимический анализ крови (мочевина, креатинин) через 7 дней.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

#### **16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Батыrbеков Марат Тагаевич – кандидат медицинских наук АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова» заместитель генерального директора по клинической работе.
- 2) Мухамеджан Ильяс Тунгышканович – кандидат медицинских наук АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова» заместитель генерального директора по науке.
- 3) Макажанов Марат Абзолович – доктор медицинских наук, профессор, АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова» заведующий отделом андрологии.
- 4) Малих Мохамед Ареф – доктор медицинских наук, профессор, АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова» заведующий отделением мочекаменной болезни и эндоурологии.
- 5) Жусупова Гульнар Даригеровна – кандидат медицинских наук АО «Медицинский университет Астана», кафедра общей и клинической фармакологии

#### **17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** отсутствуют.

#### **18. Рецензенты:** Енсебаев Ерлан Жалелович – доктор медицинских наук, профессор ГУ «Медицинский центр Управление Делами Президента», врач – уролог.

**19. Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

**20. Список использованной литературы:**

1. Хинман Ф. Оперативная урология// Москва. -2001 с. 557.
2. Кузнецова П.Ф., Стрельников А.И. Структурная перестройка стенки мочевого пузыря у больных синфравезикальной обструкцией// Труды 1-го съезда Российского общества паталогоанатомов. Москва. -1996. с. 121-122.
3. Мартов А.Г., Москалев А.Ю., Гущин Б.Л., Салюков Р.В., Аль-Мусави Ш.И., Амелин А.В. Эндоскопическое лечение дивертикулов мочевого пузыря// Урология. - 2001. 6. с. 40-44.
4. Abid I; Boujnah H; el Kamel R. Bladder diverticula // Tunis Med. 3. -1990. p.181-186.
5. Doechn C., Baumgartel M., Fornata P., Jocham D. The latgest bladder diverticulum ever// J. Urol. -1999. Sep. p 793-401.
6. Errando Smet., Laguna P. Cirugia endoscopica del diverticulo vesical// Actas Urologicas Espanolas. Oct/ -1996/ p 783-785.
7. Luciani L.G., Giesti G. It trattamento endoscopico dei diverticoli vesicali. Arch. It. Urol., LXX, -1998. p. 23-26.
8. Rippa A; Vavassori I; Pedesini MP; Sangalli C. Arena D; Franch L. Endoscopic surgery of bladder diverticula // Arch Esp Urol. 5. 1991. p.579-588.
9. Rossini L; Tobaldi F; Parca A; Roscioni M. Giant diverticulum of the bladder. A case report // Minerva Chir. 12. 1991.719-721.
10. Santonastaso C., Oliva A; Autorino R; De Sio M., D'Armiento M. Transurethral treatment of bladder diverticuli // Arch Ital Urol Androl. 5. -1999. p.275-277.