

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«УРЕТРИТ»**

Ташкент – 2025

“СОГЛАСОВАНО”

Директор Республиканского

специализированного научно-практического

медицинского центра урологии

Ш.Т. Мухтаров

” “ _____ ” 2025 год



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«УРЕТРИТ»**

Ташкент – 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ
«УРЕТРИТ»**

Ташкент – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Настоящие клинические протоколы разработаны специалистами Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ), «Научного общества урологов Узбекистана», «Общества детских урологов Узбекистана» и специалистами Ташкентской медицинской академии на основе инструкций, рекомендаций и информации Европейской Ассоциации урологов (EAU) и учёными в данной области.

Группа авторов полностью поддерживает мнения международных экспертов и считает необходимым отметить, что клинические протоколы представляют собой наиболее правдивую и доступную опытным специалистам информацию на момент публикации. Они ни в коей мере не могут заменить клинический опыт при определении тактики лечения отдельного пациента, но помогут сделать выбор с учетом специфических особенностей пациента и его предпочтений.

Национальные клинические протоколы являются пособием для диагностики, реабилитации и профилактики Уретриты (Urethritis) по шифру МКБ-10 – N34.0 и МКБ-11 — GC02.

Они могут быть использованы врачами-урологами всех ЛПУ Республики.

Шифры Международной классификации болезней – МКБ-10/11:

МКБ-10	
Код	Название
N34	Уретрит и уретральный синдром https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N34
N34.0	Уретральный абсцесс https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N34.0
N34.1	Неспецифический уретрит https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N34.1
N34.2	Другие уретриты https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N34.2
N34.3	Уретральный синдром неуточнённый https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N34.3

МКБ-11	
Код	Название
GC02	Уретрит и уретральный синдром https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1092991948
GC02.0	Уретральный абсцесс https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1037488079
GC02.1	Неспецифический уретрит https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1037488079

GC02.Y	Другой уточнённый уретрит и уретральный синдром https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1092991948%2Fother
GC02.Z	Уретрит и уретральный синдром неуточнённый https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1092991948%2F unspecified

Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Национальный клинический протокол разработан в 2025 году. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (РСНПМЦУ).

Члены рабочей группы и авторы:

Гиясов Шухрат Искандарович – профессор кафедры урологии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

Наджимитдинов Ялкин Саидахматович – доцент кафедры урологии Ташкентской медицинской академии, к.м.н., доцент.

Закиров Хаёт Камирович – заведующий лечебно-диагностическим отделением Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Рецензенты:

Перепанова Тамара Сергеевна – д.м.н., профессор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, член правления секции инфекций в урологии ЕАУ, Российская Федерация.

Юлдашев Файзулла Юлдашевич – д.м.н., заведующий курсом урологии, научный сотрудник кафедры хирургии Ферганского медицинского института общественного здравоохранения.

Обсуждение проекта национального клинического протокола.

Национальный клинический протокол рассмотрен и утвержден на №__ Научном совете Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии _____ 2025 года.

Техническая оценка и редактирование национальных клинических протоколов и стандартов:

Кариев Саидахроп Саитасланович – д.м.н., доцент кафедры урологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Агзамходжайев Саиданвар Талатович – д.м.н., заведующий кафедрой детской урологии Республиканского детского национального медицинского центра.

Экспертная оценка национальных клинических протоколов и стандартов от специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Пользователи протокола:

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, специализированный научно-практический медицинский центр урологии, филиалы центра с юридическим статусом, филиалы центра на базе Областного многопрофильного медицинского центра, отделения урологии на базе высших учебных заведений, областная многопрофильная медицинская поликлиника, отделения урологии районных/городских медицинских центров, врачи-урологи, дермато-венерологи и семейные врачи районных/городских многопрофильных медицинских поликлиник.

Категория пациентов в данной нозологии.

Больные с уретритом.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни убедительности рекомендаций	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ «УРЕТРИТ»	4
--	----------

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ «УРЕТРИТ».....	22
---	-----------

Список сокращений

РСНПМЦУ	–	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии
ИМП	–	Инфекция мочевых путей
СНМП	–	Симптомы нижних мочевых путей
МНН	–	Международное непатентованное название
УД	–	Уровень доказательности

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Введение.

Острый уретрит является воспалительным заболеванием, при котором поражается мочеиспускательный канал. В большинстве случаев вызван не монокультурной, а ассоциациями микроорганизмов [1]. Уретрит может быть инфекционным и неинфекционным. Воспаление уретры, как правило, начитается с СНМП, и его необходимо дифференцировать от других инфекций нижних мочевыводящих путей. Инфекция, вызывающая уретрит, обычно передается при половом контакте.

2.2. Общее определение.

Уретрит – воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала [1]. Симптомами уретрита являются болезненность при мочеиспускании и слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из уретры, тем не менее во многих случаях уретрит протекает бессимптомно. Помимо инфекционных причин уретриты могут возникать при воздействии химических, механических факторов, а также могут иметь неинфекционно-воспалительную этиологию, такие как болезнь Рейтера, Бехчета и Вегенера. В этом разделе рассматриваются только первичные уретриты.

Этиология. Выделяют гонококковый уретрит, вызванный *N. gonorrhoeae*, и негонококковый уретрит, который является неспецифическим и может иметь различную этиологию. К возбудителям относятся *C. trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* и *T. vaginalis*.

Последние данные свидетельствуют о возможной роли *U. urealyticum*, но не *U. parvum* в качестве этиологического фактора [1].

Частота выявления различных возбудителей следующая: *C. trachomatis* – от 11 до 50%; *M. Genitalium* – от 6 до 50%; штаммы *Ureaplasma* – от 5 до 26%; *T. vaginalis* – от 1 до 20% и аденовирусы – от 2 до 4% [2, 10]. Существует корреляционная зависимость между беспорядочными половыми отношениями, низким социально экономическим статусом и частотой встречаемости *N. Gonorrhoeae* и *C. Trachomatis*.

Возбудители инфекции могут либо находиться внеклеточно на поверхности эпителия, либо проникать внутрь эпителиальных клеток (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*) и вызывать развитие пиогенной инфекции. Хламидии и гонококки могут попадать в выше расположенные отделы мочеполового тракта и вызывать эпидидимит у мужчин и цервицит, эндометрит или сальпингиту женщин [3].

2.3. Классификация уретритов.

В клинической практике используют следующую классификацию уретритов:

1. Инфекционные.

- Специфические - туберкулезные, гонорейные, трихомонадные, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*.
- Неспецифические - *Escherichia coli*, *Энтеробактерии* (*Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Serratia* и др.), *Candida species*, *Gardnerella vaginalis*.

2. Неинфекционные.

- аллергические;
- обменные;
- посттравматические;
- конгестивные.

3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

3.1. Жалобы, анамнез и объективный осмотр.

Стандартное обследование включает сбор анамнеза и лабораторных методов обследования. Больной жалуется на гнойные выделения из уретры и чувство жжения при мочеиспускании, зуд. Тем не менее, во многих случаях уретрит протекает бессимптомно.

3.2. Объективный осмотр и диагностика уретритов.

При осмотре наружное отверстие уретры гиперемировано и отечно. При пальпации мочеиспускательного канала отмечается болезненность и ее утолщение.

3.3. Основные и вспомогательные лабораторные методы диагностики.

У пациентов с симптомами уретрита диагноз можно установить на основании одного из следующих критериев [2-8]:

- слизистые, слизисто-гнойные или гнойные выделения из уретры;
- окраска выделений из уретры по Граму или метиленовым синим с подтверждением воспаления. Классическим критерием уретрита считается обнаружение в окрашенном по Граму отделяемом или мазке из уретры 5 и более лейкоцитов в поле зрения при микроскопии высокого разрешения. С учетом более высокой диагностической точности предложен порог ≥ 5 полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения при большом увеличении [4-6].
- наличие ≥ 10 полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения при большом увеличении в моче осадке или положительный тест на лейкоцитарную эстеразу в первой порции.

Основной метод диагностики- подтверждение воспаления уретры при окрашивании выделений из уретры по Граму с выявлением расположенных внутриклеточно-грамотрицательных диплококков указывает на гонококковый уретрит. Диагноз негонококкового уретрита устанавливают при подтверждении воспаления путем окрашивания выделений из уретры по Граму и при отсутствии внутриклеточных диплококков.

С целью определения тактики лечения необходимо всегда проводить точную диагностику (окрашивание по Граму, микроскопический анализ первой порции свежее -выпущенной мочи, тест на лейкоцитарную эстеразу), чтобы получить объективное подтверждение уретрита.

В последних исследованиях показано, что очень важное значение в отношении комплаентности и применимости в рутинной клинической практике имеет время забора материала из уретры [9].

Вспомогательные методы, для уточнения этиологии- при соответствии критериям уретрита необходимо выполнить анализ с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) на *C. trachomatis*, *M. genitalium* и *N. gonorrhoea*, *T. vaginalis* даже если при первичной диагностике не выявлено гонореи [7, 10]. ПЦР-диагностика превосходит по чувствительности и специфичности другие тесты,

доступные для диагностики хламидийной и гонококковой инфекции [9]. По диагностической ценности исследование первой порции мочи не уступает мазку из уретры [3,10]. При позднем начале лечения и положительном результате ПЦР-диагностики на гонорею необходимо выполнить посев отделяемого из уретры, чтобы оценить профиль резистентности возбудителя [9]. Посев на *N. gonorrhoeae* и хламидии необходим в основном при неэффективности лечения и контроля над развитием устойчивости к применяемым препаратам. трихомонады обычно можно обнаружить при микроскопии или методом ПЦР-диагностики [4]. Негонококковый уретрит классифицируется как персистирующий, если симптомы сохраняются в течение 3-4 недель после лечения. В таких случаях необходимо использовать ПЦР-диагностику на патогены, вызывающие уретрит, включая *T. vaginalis*, через 4 недели после завершения лечения.

Иммуноферментный анализ (ИФА-ELISA или определение антихламидийных антител в сыворотке крови) является наименее чувствительным и специфичным методом выявления *C. Trachomatis*, *N. Gonorrhoeae*, *T.vaginalis*: чувствительность метода составляет 20-85% в зависимости от тест-системы, и он не рекомендован современными руководствами. В связи с этим в учреждениях практического здравоохранения предпочтительно использование молекулярно-биологических методов диагностики - исследование биологического материала уретры на наличие *C. trachomatis*, *Gardnerella spp.*, *Atopobium vaginae*, *Sneathia spp.*, *Leptotrichia spp.*, а также *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*. Серологические реакции остаются положительными в течение 1 года после излечения трихомониаза, что очень важно для ретроспективной диагностики. С целью выявления циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного с уретритом специфических противогерпетических антител (IgM, IgG, IgA) может использоваться метод иммуноферментного анализа (ИФА, иммунохемилюминесцентный-ИХЛА).

3.4. Основные и вспомогательные инструментальные методы диагностики.

Основными методами являются лабораторные методы диагностики - окраска выделений из уретры, анализ мочи (при необходимости с культуральным исследованием), ПЦР и ИФА. Дополнительными методами, для исключения нарушения уродинамики мочевого тракта и возможных осложнений следует выполнить УЗИ, в том числе органов мошонки [УД:2; УР:А].

3.5. Консультация других специалистов.

В большинстве случаев требуется консультация дермато-венеролога при диагностике и лечении уретритов. При наличии симптомов характерных для синдрома триады состоящих из уретрита, конъюнктивита и реактивного артрита, как правило вследствие *C. trachomatis* (Fiessinger-Leroy-Reiter, уретроокулосинювиальный синдром, болезнь Рейтера) следует осуществить консультацию ревматолога. При офтальмохламидиозе клиническая картина проявляется в виде простого или фолликулярного конъюнктивита

("паратрахома"), в этих случаях необходима консультация офтальмолога. При наличии у больного боли в животе, усиливающейся при дыхании, кашле, которая также может сопровождаться иррадиацией в правое плечо; ощущается болезненность при пальпации правой верхней части живота и болезненность при перкуссии нижних ребер, которые защищают печень; повышение температуры тела, недомогания, боль в области таза, диспареунии (синдром Fitz-Hugh–Curtis) следует привлечь хирурга/гепатолога для консультации. В тех случаях, когда у больного с уретритом, как правило при наличии *C. Trachomatis*, выявляют кашель, сухие или влажные хрипы в легких следует привлечь для консультации пульмонолога.

3.7. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Выделение спермы	признак слабого тонуса семявыносящих протоков, который в свою очередь возникает в результате хронических воспалительных процессов	Лабораторные исследования/ исследование выделений	При уретрите молочные гнойно-слизистого характера, представляющие собой смесь из лейкоцитов, слизи и серозного экссудата являются симптомом уретрита
Хронический простатит	чувство жжения и частое мочеиспускание, малыми порциями	Лабораторные исследования/ Проба Meares-Stamey	По данным лабораторных анализов (Проба Meares-Stamey) количество лейкоцитов увеличивается в секрете простаты и 4 порции.
Камень уретры	затрудненное с жжением мочеиспускание, выделения из уретры слизисто-геморрагического	Пальпация уретры; лабораторные исследования - анализ мочи, мазок из уретры; рентгенография	При расположении камня в переднем отделе уретры можно его пальпаторно определить; по данным анализа мочи

	характера	нижнего отдела мочевого тракта; эндоскопическое исследование	отсутствует пиурия, в мазке из уретры отсутствует кокковая флора. На обзорном рентгенографическом снимке определяется тень от камня. В сомнительных случаях- уретроскопия.
Баланопостит	у больных с наличием крайней плоти, гиперемия и отек кожи крайней плоти, гнойные выделения из препуциального мешка	Лабораторные исследования/ исследование выделений	по данным анализа мочи отсутствует пиурия, в мазке из уретры отсутствует кокковая флора.

4. ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ.

4.1. Немедикаментозное лечение.

Не медикаментозного лечения уретрита, причиной которого является инфекция, не существует.

4.2. Медикаментозное лечение.

При тяжелом течении уретрита после установки диагноза можно начинать эмпирическую терапию. При легких симптомах рекомендуется отложить лечение до получения результатов ПЦР-диагностики. Кроме того, необходимо провести обследование и лечение всех половых партнеров из группы риска, сохраняя конфиденциальность [10].

Гонококковый уретрит.

При гонококковом уретрите рекомендуется комбинированная терапия с использованием двух антибиотиков с различным механизмом действия, чтобы не допустить повышения резистентности бактерий [1,6]. В качестве первой линии рекомендуется использовать цефтриаксон 1 г в/м или в/в с эритромицином 1 г внутрь. Также рекомендуется азитромицин из-за хорошей чувствительности по сравнению с другими препаратами, хорошей комплаентности однократному приему и из-за риска коинфекции *C. trachomatis*. При аллергии на азитромицин можно использовать доксициклин в комбинации с цефтриаксоном или цефиксимом. В качестве альтернативы цефтриаксону рекомендуется прием цефиксима 400 мг внутрь, однако данный препарат имеет менее благоприятные фармакодинамические свойства и может привести к появлению резистентности [7, 10]. Монотерапия азитромицином обычно не рекомендуется, чтобы не повышать резистентность к макролидам [5]. Спектиномицин 2 г в/м однократно обеспечивает микробиологическое выздоровление более чем в 96% случаев [8,10] и выглядит приемлемой альтернативой при лечении гонорее мочеполовых путей.

Негонококковый уретрит.

При негонококковом уретрите без выявленного уропатогена первой линией терапии является доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней. В качестве альтернативы можно назначить азитромицин в дозе 500 мг (на 1-й день) и по 250 мг со 2-го по 4-й дни. При хламидийном уретрите однократный прием азитромицина в дозе 1 г сопоставим по эффективности с доксициклином в дозе 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [9]. Фторхинолоны, например офлоксацин или левофлоксацин, являются препаратами второй линии лишь в тех случаях, когда нельзя использовать другие препараты. При выявлении *U. urealyticum* эффективность доксициклина в дозе 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней сопоставима с однократным приемом азитромицина в дозе 1 г. При уретрите, вызванном *T. vaginalis*, первой линией терапии является однократный пероральный прием метронидазола или тинидазола в дозе 2 г.

Перечень основных лекарственных средств при уретрите

Фармакотерапев- -тическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказате ль-ности	Ссылка
Фторхинолоны	Офлоксацин 400мг	400-800 мг/сут 2 раза в день 10-14 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/e2d435dc-ca88-43d5-a660-5f95920e6601
	Ципрофлоксацин 500 мг	500 мг/сут 2 раза в день 10-14 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53
	Левифлоксацин 500 мг	500 мг/сут 1 раз в день 10-14 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/248735dc-83fe-44c0-8f1f-469665e4e4bb
	Моксифлоксацин 400 мг	400 мг/сут 1 раз в день 10-14 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/14a33bde-e3ee-415c-be60-709966618acd
Цефалоспорины	Цефтриаксон 1,0 г	2,0 г/сут через 24 часа 1 раз в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/75e2a245-eea0-4119-b31a-0fbfde9069cc
	Цефексим 400 мг	400 мг однократно	1b	https://mediqlab.com/drugs/e470ee9a-22cf-45c6-9b14-9afc32361ea1
	Цефоперазон + сульбактам 1,0 г + 0,5 г или 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/36e48038-8430-494c-bb76-0e1b6fd011eb
Группа тетрациклина	Доксициклин 100 мг	В дозе 100 мг 2 раза в день, 7 дней	1b	https://mediqlab.com/drugs/fba70a59-43de-4c6b-8e73-bd61d35e7b0f
Макролиды	Азитромицин 250 мг	В дозе 500 мг (на 1-й день) и по 250 мг со 2-го по 4-й дни	1b	https://mediqlab.com/drugs/1c16f10a-66ca-4a63-8331-07063752edf2
	Эритромицин 500 мг	В дозе 1 г, однократно	1b	https://mediqlab.com/drugs/2fa2fb40-e79d-41a2-a7ca-e6092623225d
Аминогликозиды	Спектиномицин 2г	В дозе 2 г в/м однократно	1b	https://mediqlab.com/mnn/5f737a40-f02e-4068-9d2c-bdfa1a313b75
Противопарази- тарные	Метронидазол 250 мг Тинидазол 500 мг	2 г внутрь однократно 2 г внутрь однократно	1b	https://mediqlab.com/drugs/652d3926-006d-45d8-9ebd-4b3c3e17920f

Примечание: Дозировка и количество препаратов, применяемых при остром орхоэпидидимите, определяются врачом индивидуально.

Фитотерапия при уретрите включает использование растительных средств для облегчения симптомов и ускорения восстановления. Вот несколько популярных растений и их действия:

1. **Календула** — обладает антисептическим и противовоспалительным действием, помогает уменьшить воспаление в мочевыводящих путях.
2. **Мать-и-мачеха** — используется для снятия воспаления и имеет мочегонное действие, способствует очищению организма.
3. **Тысячелистник** — уменьшает воспаление и способствует заживлению слизистой оболочки.
4. **Мочегонные травы (например, хвощ полевой, медуница)** — помогают вывести избыток жидкости и уменьшить отек.

4.3. Хирургическое вмешательство.

Хирургическое вмешательство не требуется.

4.4. Дальнейшее ведение.

После любой медикаментозной терапии по поводу уретрита необходимо провести контрольное обследование через 2-6 недели после завершения лечения.

4.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Эффективность лечения уретрита оценивается на основе следующих критериев:

- *Улучшение клинических симптомов.* Отсутствие выделений из уретры, дизурических явлений, отека в области меатуса уретры, а также улучшение общего самочувствия пациента.
- *Нормализация лабораторных показателей.* Уменьшение или исчезновение лейкоцитурии и бактериурии. Отсутствие патогенных микроорганизмов в мазке из уретры.
- *Отсутствие осложнений.* Отсутствие развития осложнений, таких как орхоэпидидимит, абсцесс уретры, стриктура уретры.

Безопасность методов амбулаторного лечения определяется на основе следующих факторов:

- *Отсутствие серьезных побочных эффектов.* Оценка возникновения серьезных побочных эффектов, таких как аллергические реакции на препараты или другие нежелательные явления, требующие коррекции лечения.
- *Соблюдение рекомендаций и режима лечения.* Отслеживание степени соблюдения пациентом рекомендаций врача по приему препаратов, режиму

питания и питьевого режима, что существенно влияет на эффективность и безопасность лечения.

Эти индикаторы помогают оценить результаты лечения и обеспечить безопасность пациентов, проходящих амбулаторное лечение уретрита.

5. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

5.1. Показания для плановой госпитализации.

- **Плановое стационарное лечение.** Если пациенту требуется плановая стационарная терапия, пациент может быть госпитализирован на плановой основе.
- **Разработка лечебного плана.** Если у пациента имеется уретрит требуется разработать метод антибактериальной терапии по данным лабораторных и бактериологических исследований.

5.2. Показания для экстренной госпитализации.

Показаниями для экстренной госпитализации является лихорадка, или осложнения со стороны мочеполового тракта - орхоэпидидимит, острый простатит.

6. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.

6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента.

6.1.1. Карта наблюдения пациента:

- Персональные данные: имя, возраст, контактные данные пациента.
- Информация о медицинской истории: прежние болезни, хирургические вмешательства, аллергии и другие медицинские особенности.
- Описание текущих симптомов: пациент жалуется на боли, рези и жжения и дискомфорт в области уретры.
- Физический осмотр: общая оценка наружных половых органов, придатков и семенного канатика.
- Результаты лабораторных исследований: лабораторные анализы, такие как общий анализ крови, мазок из уретры при необходимости бак посев выделяемой жидкости и 2х порционный анализ мочи, могут помочь в выявлении воспалительных процессов.
- Диагноз: установление диагноза уретрит.
- Медицинский план лечения: назначения по лечению, включая выбор антибактериальной терапии по полученным результатам исследований.
- Наблюдения и рекомендации: записи о том, как изменяется состояние пациента во времени, и рекомендации медицинских работников.

6.1.2. Маршрутизация пациента (см. рис. 1):

- Оценка срочности. Оценка того, насколько срочно требуется медицинская помощь.
- Выбор медицинского учреждения: решение о том, будет ли лечение проводиться в амбулаторных условиях или требуется госпитализация.
- Установление коммуникации: связь и координация между врачами, медсестрами и другими специалистами для обеспечения своевременного и компетентного ухода.

6.2. Немедикаментозное лечение.

Немедикаментозное лечение было описано в разделе по амбулаторному лечению.

6.3. Медикаментозное лечение.

Медикаментозное лечение было описано в разделе по амбулаторному лечению.

6.4. Хирургическое вмешательство.

Хирургическое вмешательство не требуется.

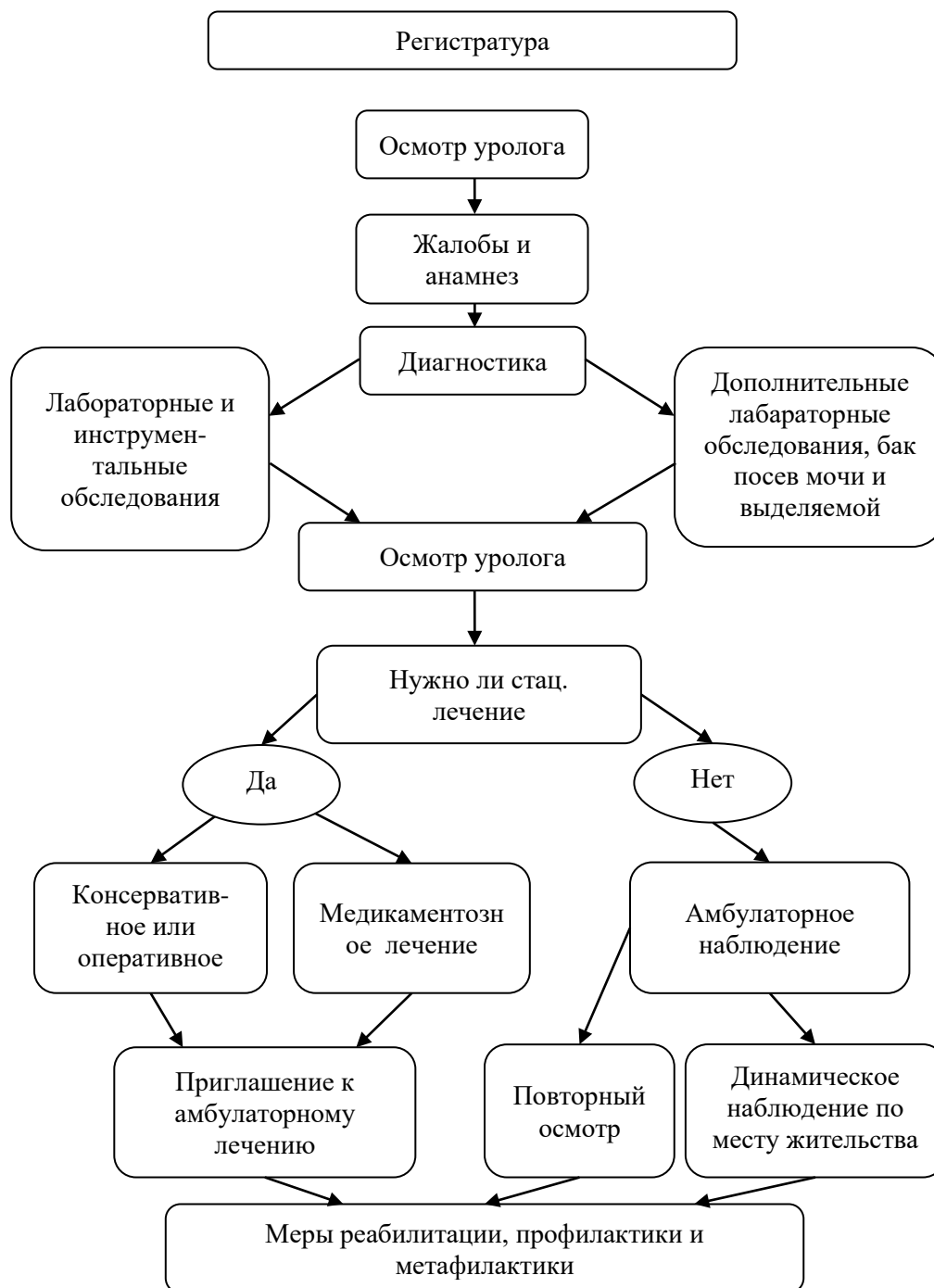


Рис. 1. Маршрутная карта пациента.

6. Дальнейшее ведение.

После любой медикаментозной терапии по поводу уретрита необходимо провести контрольное обследование через 2-6 недель после лечения.

5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения были описаны ранее в соответствующем разделе.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ
«УРЕТРИТ»**

Ташкент – 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Введение.

Хороший результат на ранних стадиях патологии дает устранение основных симптомов уретрита. Если у пациента появляются симптомы заболевания проводится медикаментозное лечение, которая дает положительный эффект в 99% случаев. Однако неправильное медикаментозное вмешательство может привести к осложнениям:

- Острый бактериальный простатит — воспаление предстательной железы;
- Эпидидимит, орхоэпидидимит – воспаление придатков яичка и яичка;
- Стриктура уретры.

100 процентных действенных способов профилактики патологии нет, так как ее возникновение обусловлено множеством разных факторов и причин. Чтобы предотвратить развитие болезни, мужчине нужно соблюдать гигиену половых органов, использовать защитные средства при половом контакте, при использовании уретральных катетеров при оперативном вмешательстве или манипуляции соблюдать антисептические нормы. Важно исключить острую еду спиртными напитками.

1.2. Определение.

Уретрит — воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала.

Урогенитальные инфекции представляют одну из наиболее актуальных проблем современной урологии, венерологии, гинекологии и других разделов медицины.

1.3. Виды профилактики или реабилитации.

Профилактика и реабилитация уретритов включает следующие аспекты:

- *Медицинская профилактика.* Включает раннее выявление и лечение уретритов, разъяснительно-образовательные беседы о планировании половой жизни и отказе от вредных привычек.
- *Организационные мероприятия.* Важно исключить длительное и сильное физическое напряжение, не злоупотреблять спиртными напитками и рациональный режим половой жизни.
- *Медицинская реабилитация.* Включает наблюдение и лечение заболеваний, ликвидацию вредных привычек, рациональное питание и улучшение психо-эмоционального состояния пациента.

Все эти меры могут способствовать сохранению здоровья репродуктивной системы и предотвращению развития осложнений при возникновении уретритов.

1.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий или индивидуальной профилактики.

- *Информирование.* Образование и информационная работа с населением о факторах риска, симптомах и последствиях уретрита. Это включает проведение образовательных программ, разъяснительных бесед, и распространение информации о профилактике.

- *Раннее выявление и лечение.* Поощрение регулярных медицинских осмотров для раннего выявления уретритов.
- *Сокращение рисков.* Популяризация здорового образа жизни, включая отказ от вредных привычек, планирование половой жизни, и исключение контакта с женщинами легкого поведения.
- *Индивидуальная профилактика.* Специфические рекомендации и меры профилактики для лиц молодого и старшего возраста использовать защитные средства в виде презервативов.
- *Системный подход.* Сотрудничество медицинских учреждений, образовательных организаций и общественных организаций для обеспечения эффективных мер по раннему выявлению уретрита.

Эти принципы способствуют общественной и индивидуальной профилактике уретрита, снижению риска и улучшению здоровья репродуктивной системы.

2. ПРОФИЛАКТИКА УРЕТРИТОВ

2.1. Цель профилактики при уретритах.

Целью профилактики уретритов является предотвращение развития данного состояния и снижение связанных с ними осложнений.

2.2. Первичная профилактика.

Первичная профилактика уретритов включает в себя следующие мероприятия:

- *Обучение и информирование.* Проведение просветительских кампаний и образовательных программ для общественности и медицинского персонала. Эти программы должны включать информацию об уретрите и репродуктивной системы, факторах риска, и способах предотвращения.
- *Регулярные медицинские осмотры.* Регулярные осмотры у врачей урологов-андрологов, дермато-венерологов, ВОП врачами. Эти осмотры должны проводиться у всех половозрелых мужчин.
- *Предостережения для родителей.* Предостережения родителей и лиц, ответственных за подростками, о необходимости обращения внимания развития ребенка и за его репродуктивной системы.
- *Здоровый образ жизни.* Поощрение здорового образа жизни, включая гигиену половой жизни, отказ от курения, алкоголя и наркотиков.
- *Планирование половой жизни.* Образовательные программы и консультации по планированию семьи и половой жизни. Поощрение ответственных половых отношений.

Мероприятия первичной профилактики должны проводиться регулярно и охватывать как подростков, так и взрослых. Они должны проводиться медицинским персоналом, педагогами и общественными организациями. График и место проведения мероприятий могут варьироваться в зависимости от целевой аудитории и доступности ресурсов.

2.3. Скрининг

В случае уретритов, скрининг может быть целесообразным для выявления риска и раннего выявления этих состояний. Стандартные методы скрининга для уретритов — это наружный осмотр наружных половых органов и лабораторные исследования.

Требования к проведению скрининга:

- *Целевая аудитория.* молодые и взрослые.
- *Время проведения.* Скрининг может проводиться при регулярных медицинских осмотрах у врачей урологов-андрологов, а также при обращении пациентов с соответствующими жалобами (например, рези и жжения при мочеиспускании, боли в области уретры).
- *Место проведения.* Медицинские учреждения, включая поликлиники и больницы, где работают квалифицированные врачи урологи-андрологи, дермато-венерологи.
- *Компетенция медицинского работника.* Скрининг уретритов должен проводиться медицинским персоналом, включая врачей урологов-

андрологов и дермато-венерологами. Эти специалисты должны иметь соответствующую медицинскую квалификацию и опыт для выявления и оценки уретриов.

Скрининг, в данном случае, не является массовой процедурой, как, например, скрининг на онкологические заболевания, а осуществляется в ходе медицинских осмотров и при обращении пациентов с соответствующими проблемами.

2.4. Вторичная профилактика.

Вторичная профилактика уретритов направлена на раннее выявление и управление данным состоянием у пациентов. Вторичная профилактика включает в себя следующие мероприятия:

- *Регулярные медицинские осмотры.* Пациенты, особенно подростки и мужчины, с риском развития уретритом (например, сотрудники ночных клубов и мужчины, находящиеся вдали по работе от семьи) должны проходить регулярные медицинские осмотры у врачей урологов-андрологов или дермато-венерологов. Они могут помочь выявить уретрит.
- *Пациентская образовательная деятельность.* Вторичная профилактика включает в себя информирование пациентов и их родственников о признаках уретрите, мерах предосторожности и важности регулярных осмотров. Пациентам следует предоставить информацию о том, как обращаться в случае возникновения симптомов.
- *Самопроверка.* Пациенты, особенно те, у кого есть подозрение или риск уретрита, могут быть обучены самопроверке для выявления признаков уретритов. Это может включать в себя самопальпацию и визуальный осмотр полового члена.
- *Профилактические меры.* Пациентам могут рекомендовать предпринимать профилактические меры, такие как использование презервативов и правильное подмывание половых органов.
- *Специализированные консультации.* Пациенты, у которых есть подозрения и риск развития уретритов, должны получать консультации у врачей урологов-андрологов дермато-венерологов по необходимости. Это может включать в себя диагностические исследования, такие как лабораторные исследования.
- *Разработка индивидуальных планов ухода.* В некоторых случаях, пациентам с историей уретритов могут потребоваться индивидуальные планы ухода для управления риском рецидива или осложнений.

Вторичная профилактика должна быть регулярной и включать в себя осмотры и консультации у специалистов. Врачи урологи-андрологи и дермато-венерологи должны обладать соответствующей компетенцией для проведения вторичной профилактики и лечения уретритов.

2.5. Третичная профилактика.

Третичная профилактика уретритов ориентирована на пациентов, уже имевших опыт этих состояний. Мероприятия третичной профилактики включают в себя:

- *Индивидуальное лечение и управление осложнениями.* Пациентам, которые перенесли уретрит, необходимо предоставить индивидуальное лечение и уход, включая хирургическое вмешательство при необходимости и управление осложнениями.
- *Регулярные обследования и контроль.* Пациенты с историей уретрит должны проходить регулярные обследования у врачей-урологов или дермато-венерологов. Это позволяет выявлять рецидивы или другие проблемы своевременно.
- *Психологическая поддержка.* Пациентам, перенесшим уретрит может потребоваться психологическая поддержка для исправления психологических нарушений. Поддержка психотерапевта или консультанта может быть весьма полезной.
- *Образовательные мероприятия.* Пациентам следует предоставить образовательные материалы и консультации по предотвращению рецидивов и общему уходу за наружными половыми органами.
- *Управление рисков.* Пациентам могут быть предоставлены рекомендации по устранению рисков, связанными с развитием уретрита, такими как правильная гигиеническая забота и меры предосторожности при половых контактах.

Мероприятия третичной профилактики должны быть предоставлены индивидуально для каждого пациента с учетом их истории заболевания и особенностей состояния. Специалисты, такие как врачи урологи-андрологи и психотерапевты, должны проводить третичную профилактику и обладать соответствующей компетенцией. Регулярные обследования и контроль являются ключевыми компонентами третичной профилактики и должны проводиться с учетом потребностей пациентов.

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С УРЕТРИТОМ.

3.1. Цель реабилитации.

Цель реабилитации заключается в обеспечении наилучшего восстановления здоровья, улучшение показателей лабораторных анализов и качества жизни пациентов, перенесших уретрит.

3.2. Полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы.

Реабилитация при уретрите направлена на полное или частичное восстановление нарушенных функций мочеиспускания, а также на компенсацию утраченных функций других органов. Это включает восстановление нарушений мочевыделения, а также предотвращение осложнений уретрита и его рецидивов.

3.3. Поддержание функций организма в процессе завершения развившегося патологического процесса.

Реабилитация больных, перенесших уретрит также включает в себя поддержание и улучшение мочеиспускательной функции в процессе завершения развившегося патологического процесса. Это важный этап в обеспечении полного восстановления и возвращения пациента к нормальной половой жизни. Поддержание функций организма включает в себя меры для уменьшения боли, восстановления функции уретры, профилактики осложнений и обеспечения нормальной половой жизни.

3.4. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма.

Реабилитация в случае уретрита также включает предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма. Это важный аспект в процессе восстановления здоровья пациента, поскольку позволяет предотвратить или минимизировать долгосрочные последствия и осложнения, связанные с этими заболеваниями. Раннее проводимое лечение и коррекция нарушений связанные с уретритом помогают пациентам восстановить нормальные функции и улучшить лабораторные показатели.

3.5. Предупреждение и снижение степени возможного репродуктивного состояния.

Предупреждение и снижение степени возможности формирования стриктуры уретры и бесплодия при уретрите играют ключевую роль в обеспечении оптимального здоровья пациентов. Раннее выявление этих состояний, а также проведение эффективных мероприятий по лечению и реабилитации способствуют предотвращению возможных функциональных ограничений, улучшению качества жизни и снижению риска осложнений.

3.6. Улучшение качества жизни.

Улучшение качества жизни при уретрите связано с ранним выявлением, адекватным лечением и последующей реабилитацией. Эффективные меры

предупреждения и лечения данных состояний способствуют не только сохранению физиологического мочеиспускания и репродуктивного здоровья, но и повышению психологического и социального благополучия пациентов. Обеспечение доступа к современным методам диагностики и терапии, а также поддержка в процессе реабилитации, играют важную роль в обеспечении полноценной и комфортной жизни людей, перенесших уретрит.

3.7. Сохранение работоспособности пациента.

Сохранение мочеиспускательной и репродуктивной способности пациента при уретрите является важным аспектом медицинской заботы. Эффективные методы диагностики, лечения и последующей реабилитации направлены не только на восстановление здоровья, но и на поддержание пациента в активной жизненной форме.

3.8. Социальная интеграция пациента в общество.

Одновременно с медицинской реабилитацией важно обеспечить социальную поддержку и адаптацию пациента в обществе. Это может включать консультации психологов, а также поддержку при интеграции в социальную среду.

Целью реабилитации является возвращение пациента к полноценной жизни, обеспечение его самостоятельности и участия в общественной жизни. При этом важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и предоставлять ему необходимую поддержку и помощь на всех этапах реабилитационного процесса.

4. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ 3-Х ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И К РЕАБИЛИТАЦИИ (КОНКРЕТИЗИРУЮТСЯ СООТВЕТСТВЕННО ПРОФИЛЮ).

Проведение трех видов профилактики и реабилитации при уретрите имеет четкие показания, соответствующие различным этапам заболевания. Первичная профилактика направлена на раннее выявление и лечение уретрита, а также на планирование рациональной половой жизни. Вторичная профилактика охватывает мероприятия для лиц, уже имеющих признаки уретрита включая эффективные методы лечения и предотвращение рецидивов. Третичная профилактика сосредотачивается на поддержании достигнутых результатов лечения, предупреждении возможных осложнений и обеспечении качественной реабилитации с целью восстановления функциональности и предотвращения снижения репродуктивных систем.

5. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ (СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ, ДАННЫМ ОСНОВАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ);

Для эффективной профилактики и реабилитации уретрита необходимо учитывать различные аспекты, определяемые международными стандартами и основанными на доказательной медицине критериями. В первичной

профилактике акцент делается на раннем выявлении факторов риска, таких как беспорядочная половая жизнь и проведении регулярных медицинских осмотров. Вторичная профилактика ориентирована на пациентов с клиническими проявлениями уретрита, требующими медицинского вмешательства, а также на тех, у которых выявлен рецидивирующий уретрит. Третичная профилактика и реабилитация включают в себя наблюдение за состоянием после лечения, регулярные контрольные осмотры и оценку эффективности терапии с целью предотвращения рецидивов и минимизации возможных осложнений. Все критерии должны соответствовать высоким медицинским стандартам, обеспечивая индивидуализированный и эффективный подход к профилактике и реабилитации данной нозологии.

6. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТАПА И ОБЪЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР

Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур при уретрите включают несколько факторов, которые помогают адаптировать лечение и восстановление пациента. Основные из них:

1. **Стадия заболевания:**
 - **Острый уретрит:** в этот период необходимо интенсивное лечение для устранения инфекции, снятия воспаления и предотвращения осложнений.
 - **Хронический уретрит:** на этом этапе требуется длительная терапия для предотвращения рецидивов и восстановления нормального функционирования уретры.
2. **Тяжесть симптомов:**
 - **Легкая форма:** минимальные болевые ощущения и воспаление, для этого достаточно амбулаторного лечения, включая антибактериальную терапию, физиотерапевтические процедуры.
 - **Тяжелая форма:** выраженные

7. ЭТАПЫ И ОБЪЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Этапы и объемы реабилитации при уретрите:

1. **Острый период (первые 7-10 дней):**
 - **Цели:** устранение воспаления, обезболивание, профилактика осложнений.
 - **Объем:** антибиотики, противовоспалительные средства, обезболивающие препараты, постельный режим, ограничение физической активности.
2. **Подострый период (2-3 недели после обострения):**
 - **Цели:** восстановление нормальной физической активности, предотвращение застойных явлений.
 - **Объем:** постепенное возвращение к физической активности, физиотерапевтические процедуры (например, УВЧ-терапия, микротоковая терапия), контроль за состоянием пациента.
3. **Восстановительный период (1-2 месяца после обострения):**
 - **Цели:** полное восстановление функций, профилактика рецидивов.
 - **Объем:** улучшение общего состояния с помощью диеты, соблюдение гигиены, продолжение физиотерапевтических процедур, контроль мочеполовой системы.
4. **Долгосрочный период (3-6 месяцев):**

- **Цели:** предотвращение рецидивов, восстановление социальной активности.
- **Объем:** регулярные осмотры у уролога, соблюдение профилактических мер (защита от переохлаждения, укрепление иммунной системы), психологическая поддержка.

Этапы реабилитации могут варьироваться в зависимости от формы и тяжести уретрита.

8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики и реабилитации при уретрите включают несколько этапов:

1. Диагностика уретрита

- **Медицинская профилактика:** Осмотр пациента, сбор анамнеза, выявление факторов риска.
- **Объем:**
 - Определение типа инфекции с помощью мазков, бактериологических и серологических исследований.
 - ПЦР-тесты для выявления патогенов (хламидии, гонококки, уреаплазма и т.д.).
 - Общий анализ мочи и бакпосев.
 - Уретроскопия (в случае осложнений).

2. Уровень медицинской профилактики

- **Первичная профилактика:**
 - Обучение пациентов правилам личной гигиены.
 - Использование презервативов для предотвращения ЗППП.
 - Обеспечение ранней диагностики и лечения инфекций мочеполовой системы.
- **Вторичная профилактика:**
 - Регулярные медицинские осмотры у уролога для контроля за состоянием.
 - Лечение и контроль хронических заболеваний, таких как цистит, простатит.
- **Третичная профилактика:**
 - Профилактика рецидивов и осложнений у пациентов, перенесших уретрит, с использованием профилактических курсов антибактериальной терапии.

3. Реабилитация после уретрита

- **Цели:** восстановление нормальной функции мочеполовой системы, профилактика повторных воспалений.
- **Объем:**

- Применение антибиотиков и противовоспалительных средств.
- Психологическая поддержка, особенно в случаях хронического уретрита.
- Физиотерапевтические процедуры: УВЧ-терапия, электрофорез, массаж.
- Соблюдение гигиенических мер: регулярное подмывание, ношение чистого белья, избегание перегрева.
- Диетическое питание, укрепление иммунной системы.

4. Контроль за состоянием пациента

- **Медицинская профилактика:** Регулярные контрольные анализы (анализы мочи, бакпосевы) для исключения рецидивов.
- **Объем:** Осмотры у уролога для мониторинга состояния, а также контроль за состоянием здоровья пациента через лабораторные исследования.

Эти диагностические мероприятия с различными уровнями профилактики и реабилитации помогают эффективно бороться с уретритом, предотвращая осложнения и рецидивы заболевания.

9. ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ.

Тактика медицинской профилактики и реабилитации при уретрите включает несколько уровней вмешательства, направленных на предотвращение заболевания, его рецидивов и восстановление здоровья пациента после перенесенного заболевания.

1. Первичная профилактика (предотвращение заболевания)

- **Цель:** предотвращение инфицирования, снижение факторов риска.
- **Тактика:**
 - **Обучение** пациента мерам личной гигиены (регулярное мытье половых органов).
 - **Использование презервативов** для предотвращения инфекций, передающихся половым путем (ЗППП).
 - **Своевременное лечение инфекций мочеполовой системы**, таких как цистит, простатит, чтобы предотвратить развитие уретрита.
 - **Избегание травм** области паха, которые могут способствовать попаданию инфекций в мочеиспускательный канал.

2. Вторичная профилактика (предотвращение рецидивов)

- **Цель:** контроль и предотвращение повторных случаев заболевания.
- **Тактика:**
 - **Регулярные медицинские осмотры** у уролога, особенно при наличии хронических заболеваний или склонности к рецидивам уретрита.

- **Профилактика обострений** путем назначения антибиотиков в малых дозах после завершения основного курса лечения, если это необходимо.
- **Использование пробиотиков** для восстановления нормальной микрофлоры мочеиспускательного канала.
- **Диетическое питание** и поддержка иммунной системы для уменьшения риска инфекции.
- **Избегание переохлаждения** и других факторов, способствующих развитию воспалений.

3. Третичная профилактика (предотвращение осложнений и поддержка восстановления)

- **Цель:** восстановление здоровья пациента после перенесенного заболевания, предотвращение длительных последствий (бесплодие, хронические болевые синдромы).
- **Тактика:**
 - **Физиотерапевтические процедуры:** ультразвук, электрофорез, УВЧ-терапия для восстановления функции мочеполовой системы и уменьшения воспалений.
 - **Психологическая поддержка** для пациентов с хроническим уретритом, которые могут испытывать стресс из-за длительного течения заболевания или изменений в половой функции.
 - **Медикаментозная терапия** для устранения оставшихся симптомов воспаления и боли.
 - **Коррекция образа жизни:** соблюдение гигиенических норм, избегание тяжелых физических нагрузок, нормализация режима дня.

4. Реабилитация после лечения уретрита (восстановление здоровья)

- **Цель:** восстановление функциональности мочеполовой системы и улучшение качества жизни пациента.
- **Тактика:**
 - **Контроль симптомов** с помощью регулярных анализов мочи, бактериологических посевов, повторных урологических осмотров.
 - **Поддержание нормальной половой функции** с помощью медикаментозного лечения или консультаций с сексологом.
 - **Рекомендации по физической активности** и социальной адаптации для возвращения пациента к обычному образу жизни.

Эти тактики направлены на полное восстановление после заболевания, минимизацию его последствий и предотвращение повторного заболевания, обеспечивая полноценную реабилитацию пациента.

10. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий при уретрите позволяют оценить успешность проводимой терапии и реабилитации, а также помогают скорректировать лечение. Эти индикаторы могут быть как клиническими, так и функциональными, а также учитывать качество жизни пациента и объективные лабораторные данные.

1. Клинические индикаторы

- **Устранение симптомов заболевания:** Уменьшение или полное исчезновение таких симптомов, как боль, жжение, частое мочеиспускание, выделения.
- **Отсутствие рецидивов:** Зафиксированное отсутствие новых эпизодов заболевания в течение определенного периода (например, 6 месяцев).
- **Отсутствие осложнений:** Наличие или отсутствие таких осложнений, как стриктуры уретры или хронические воспаления.

2. Функциональные индикаторы

- **Возвращение к нормальной физической активности:** Способность пациента возобновить обычную деятельность, включая физическую активность, без болей или дискомфорта.
- **Восстановление половой функции:** Оценка восстановленной эректильной функции и половой активности (особенно у мужчин), улучшение качества спермы, если уретрит воздействует на репродуктивную функцию.
- **Качество жизни пациента:** Измерение изменений в восприятии физического, психоэмоционального и социального состояния с помощью шкал качества жизни, таких как SF-36.

3. Психоэмоциональные индикаторы

- **Психологическое состояние:** Оценка уровня стресса, тревожности и депрессии пациента, а также его уверенности в себе.
- **Удовлетворенность лечением:** Оценка степени удовлетворенности пациента процессом лечения и реабилитации, что может влиять на его мотивацию к соблюдению рекомендаций.

4. Социальные и профессиональные индикаторы

- **Социальная интеграция:** Восстановление нормальных социальных взаимодействий (семейных, с коллегами и друзьями).
- **Возвращение к трудовой деятельности:** Пациент может вернуться к нормальной трудовой активности без значительных ограничений.

5. Объективные и лабораторные индикаторы

- **Лабораторные исследования:** Повторные анализы мочи, бактериологический посев, анализы на уровень тестостерона, спермограмма для оценки состояния мочеполовой системы.

- **Ультразвуковая диагностика:** Отсутствие воспаления, изменений в структуре мочеиспускательного канала и других органов.

6. Профилактические индикаторы

- **Снижение частоты рецидивов:** Эффективность профилактических мероприятий можно оценить по количеству новых заболеваний или обострений.
- **Соблюдение режима лечения:** Наблюдение за тем, насколько пациент придерживается рекомендаций по лечению и профилактике (например, соблюдение гигиенических норм, прием медикаментов).

7. Экономические и организационные индикаторы

- **Снижение медицинских затрат:** Снижение количества госпитализаций, обращений за медицинской помощью, сокращение времени лечения.
- **Доступность медицинской помощи:** Оценка доступности лечения, реабилитации и профилактики для пациента.

Эти индикаторы помогают на всех этапах лечения и реабилитации уретрита оценить прогресс и эффективность проводимых мероприятий, чтобы скорректировать план терапии и добиться наилучших результатов для пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2018. Updated July 30, 2019. Accessed May 18, 2020.
2. Kent C.K., Chaw J.K., Wong W., et al. Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clin Infect Dis.* 2005;41(1):67-74.
3. Horner P.J., Blee K., Falk L., et al. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS.* 2016;27(11): 928-937.
4. Workowski K.A., Bolan G.A. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 [published correction appears in *MMWR Recomm Rep.* 2015;64(33):924]. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64(RR-03):1-137.
5. Flagg E.W., Meites E., Phillips C., et al. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* among civilian, noninstitutionalized male and female population aged 14 to 59 years: United States, 2013 to 2016. *Sex Transm Dis.* 2019;46(10): 93-96.
6. Mayor M.T., Roett M.A., Uduhiri K.A. Diagnosis and management of gonococcal infections [published correction appears in *Am Fam Physician.* 2013;87(3):163]. *Am Fam Physician.* 2012; 86(10): 931-938. Accessed May 18, 2020.
7. Chambers L.C., Hughes J.P., Glick S.N., et al. Resolution of symptoms and resumption of sex after diagnosis of nongonococcal urethritis among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2019;46(10):676-682.
8. Sell I., Nasir M., Courchesne C. Urethritis: rapid evidence review. *Am. Fam. Physician.*, 2021 may 1;103(9):553-558.