

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  
«ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ»**

Ташкент – 2025

**“СОГЛАСОВАНО”**

**Директор Республиканского  
специализированного научно-практического  
медицинского центра урологии**



**Ш.Т. Мухтаров**

\_\_\_\_\_” 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
НОЗОЛОГИИ  
«ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ»**

Ташкент – 2025

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ «ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ».....</b>	<b>5</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НОЗОЛОГИИ «ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ» .....</b>	<b>21</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ «ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ» .....</b>	<b>28</b>

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ  
«ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ»**

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 профилактике Фимоза и парафимоза (Redundant prepuce, phymosis and paraphymosis) по шифру МКБ-10 – N47 и МКБ-11 – GB05: GB05.0; GB05.1; GB05.2; GB05.3; GB05.4; GB05.Z. Они могут быть использованы врачами-урологами всех ЛПУ Республики.

### Шифры Международной классификации болезней – МКБ-10/11:

МКБ-10	
Код	Название
N47	Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N47">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N47</a>

МКБ-11	
Код	Название
GB05	Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1235424571">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1235424571</a>
GB05.0	Избыточная крайняя плоть <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1720564326">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1720564326</a>
GB05.1	Короткая уздечка <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#45944131">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#45944131</a>
GB05.2	Фимоз <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#184957512">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#184957512</a>
GB05.3	Парафимоз <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#452889019">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#452889019</a>
GB05.4	Избыточная крайняя плоть <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1166469719">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1166469719</a>
GB05.Z	Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз неуточнённая <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1235424571%2Funspecified">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1235424571%2Funspecified</a>

## **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 мультидисциплинарной рабочей группы:**

**Мухтаров Шухрат Турсунович** – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, д.м.н., доцент.

**Акилов Фарход Атауллаевич** – заведующий кафедрой урологии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

**Гайбуллаев Асилбек Асадович** – ректор частного медицинского университета «European Medical University», д.м.н., профессор.

**Кариев Саидахроп Саидасланович** – декан хирургического факультета центра развития квалификации медицинских работников, д.м.н., доцент.

**Агзамходжаев Саиданвар Талатович** – заведующий кафедрой урологии и детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н.

**Рахматуллаев Акмал Абадбекович** – заведующий кафедрой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н., доцент.

**Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович** – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н., профессор.

**Ахмедов Рустам Носирович** – руководитель отделения урологии Республиканского экстренного медицинского центра, д.м.н.

**Рахматов Максуд Мирзаевич** – ведущий специалист, фтизиоуролог Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии.

**Умаров Азиз Рустамович** – заместитель главного врача по родовспоможению многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

**Тоиров Бобур Акбарович** – заведующий отделением дерматокосметологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и косметологии, д.м.н.

**Кариев Сарвар Собиржонович** – ведущий специалист, нефролог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, к.м.н.

**Субботин Марк Борисович** – заведующий отделением интенсивной терапии и реанимации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Фозилов Абдукодир Абдукаххорович** – ведущий специалист, андролог-сексопатолог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Адилходжаев Аскар Анварович** – научный секретарь Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н.

**Иноятов Умид Нуриллаевич** – ведущий специалист, патологоанатом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Абдуфаттаев Улугбек Авазжанович** – ведущий специалист, врач ультразвуковой диагностики Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Абдукаримов Боходир Хошимович** – заместитель директора Республиканского специализированного научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

**Тохиоров Алишер Обидович** – заместитель главного врача центральной многопрофильной поликлиники Алмазарского района города Ташкента.

#### **Авторы:**

**Акилов Фарход Атауллаевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Ташкенской медицинской академии.

**Шавахабов Шавкат Шонасирович** – к.м.н., заместитель директора по научной работе РСНПМЦУ.

**Нуриддинов Хусниддин Зафариддин угли** – младший научный сотрудник, лаборант-исследователь РСНПМЦУ.

#### **Рецензенты:**

**Божедомов Владимир Александрович** – профессор кафедры урологии и андрологии ФФМ ФГБУ ВО “Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова” д.м.н.

**Юлдашов Файзулла Юлдашевич** – заведующий кафедрой урологии и онкологии Ферганского медицинского института общественного здравоохранения, д.м.н., профессор.

#### **Обсуждение проекта национального клинического протокола.**

Национальный клинический протокол рассмотрен и утвержден на №1 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 урологии и детской урологии Ташкенского педиатрического медицинского института.

## **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.

### **Список сокращений**

РСНПМЦУ	–	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии
ИМВП	–	Инфекция мочевыводящих путей
МКБ-10	–	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МНН	–	Международное непатентованное название
УД	–	Уровень доказательности

### **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 и семейные врачи районных/городских многопрофильных медицинских поликлиник.

### **Категория пациентов в данной нозологии.**

Мужчины, у которых имеется фимоз и парафимоз.

## 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

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси	
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)

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### 2.1. Введение.

Фимоз – это медицинское состояние, при котором крайняя плоть полового члена сужена в степени, которая затрудняет или делает невозможным обнажение головки. Эта патология может быть либо первичной, при которой сужение происходит без симптомов рубцевания, либо вторичной, связанной с рубцеванием, например, при хроническом воспалительном процессе, таком как облитерирующий ксеротический баланит. У фимоза есть потенциальные осложнения, включая развитие парафимоза, что является неотложным состоянием, требующим медицинского вмешательства. Парафимоз возникает, когда суженное кольцо крайней плоти смещается за головку полового члена, что может привести к отеку и нарушению кровоснабжения. Пациенты с фимозом часто жалуются на боли, затруднения при мочеиспускании и осложнения, такие как баланопостит, вызванный разложением скапливающейся смегмы. У детей с фимозом могут возникнуть проблемы с мочеиспусканием, и в некоторых случаях это может даже привести к более серьезным осложнениям, таким как цистит или пиелонефрит. Лечение фимоза может быть консервативным, включая стероидную терапию, которая часто оказывается эффективной. В некоторых случаях, особенно при вторичном фимозе, может потребоваться хирургическое вмешательство, такое как обрезание, чтобы устранить сужение и предотвратить осложнения.

### 2.2. Общее определение.

**Фимоз** – сужение крайней плоти полового члена, при котором невозможно полностью или частично обнажить его головку.

**Парафимоз** – осложнение фимоза, которое возникает в результате смещения суженного кольца крайней плоти за головку полового члена [1].

### 2.3. Классификация фимоза и парафимоза.

Фимоз может быть либо первичным (физиологическим) при отсутствии симптомов рубцевания, либо вторичным (патологическим), связанным с рубцеванием, например, при облитерирующем ксеротическом баланите [2]. Клиническая картина у детей может быть стертой и не коррелирует с результатами патоморфологического исследования, поскольку чаще описывается хроническое воспаление, опосредованное лимфоцитами [3, 4] (УД: 2b).

Фимоз следует дифференцировать с нормальной физиологической складчатостью крайней плоти, которая является обычным феноменом, протекающим более или менее долго. При складчатости хорошо видно меатус и крайняя плоть отводится частично, без затруднений [5]. Крайняя плоть отделяется от головки за счет скопившегося эпителиального детрита и эрекции. Не рекомендуется проводить грубое отведение крайней плоти, чтобы не сформировался рубец [6].

Парафимоз считается неотложным состоянием. Отведение слишком узкой крайней плоти за головку полового члена в венечной борозде может пережимать ствол и вызывать отек головки и самой крайней плоти. Дистально от констриктивного кольца нарушается кровоснабжение, и появляется риск развития некроза крайней плоти.

### **3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

#### **3.1. Жалобы, анамнез и объективный осмотр.**

Основной жалобой пациентов является невозможность обнажения крайней плоти. При попытках насильственного освобождения головки и при эрекциях появляются боли. Фимоз значительно усложняет половой акт или делает его невозможным. Скапливающаяся в препуциальном мешке смегма разлагается и инфицируется, что приводит к баланопоститу. Больные жалуются на боли в головке полового члена, рези при мочеиспускании. (Дети становятся беспокойными.) Длительно существующий выраженный фимоз может вызвать затрудненное мочеиспускание, вплоть до его задержки. Нарушение оттока мочи может привести к циститу, пиелонефриту, камнеобразованию.

#### **3.2. Объективный осмотр и диагностика фимоза и парафимоза.**

Диагностика фимоза трудностей не представляет и основывается на жалобах пациента и его осмотре. При осмотре крайняя плоть имеет вид хоботка, попытка освободить головку безуспешна и вызывает сильную боль. Во время мочеиспускания происходит характерное раздувание препуциального мешка, а затем моча начинает выделяться тонкой струйкой или по каплям. Присоединившийся баланопостит сопровождается зудом, жжением, покраснением крайней плоти. При попытке ввести головку или надавливании на нее появляются белесоватые мутные выделения. Острым осложнением фимоза является парафимоз.

#### **3.3. Основные и вспомогательные лабораторные методы диагностики.**

Диагностика фимоза и парафимоза включает использование различных лабораторных методов для оценки общего состояния пациента и выявления сопутствующих заболеваний. Основными лабораторными методами являются общий анализ крови, биохимический анализ крови и анализ мочи. Общий анализ крови позволяет оценить наличие воспалительных процессов, анемии и других изменений в составе крови. Биохимический анализ крови помогает выявить нарушения функции печени, почек и других органов. Анализ мочи может указать на наличие инфекции или других патологий мочеполовой системы.

Вспомогательные лабораторные методы включают дополнительные исследования, такие как определение уровня гормонов или маркеров в крови, если это необходимо для уточнения диагноза или оценки состояния пациента. Также проводятся лабораторные исследования согласно стандартам подготовки к операции, если планируется хирургическое вмешательство.

#### **3.4. Основные и вспомогательные инструментальные методы диагностики.**

Диагностика фимоза и парафимоза включает преимущественно клинический осмотр и анамнез пациента. Однако при необходимости проведения оперативного лечения или при развитии осложнений могут применяться некоторые инструментальные методы исследования.

Среди основных инструментальных методов диагностики выделяются ультразвуковое исследование (УЗИ), которое может использоваться для оценки состояния мочеполовой системы и выявления сопутствующих заболеваний. Электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (Эхо-КГ) применяются для оценки сердечно-сосудистой системы и выявления возможных нарушений сердечного ритма или функции.

Вспомогательные инструментальные методы могут включать дополнительные исследования, такие как компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), если необходимо более детально изучить анатомические особенности или выявить возможные патологии.

Использование инструментальных методов диагностики зависит от клинической ситуации и может быть назначено врачом в индивидуальном порядке для определения тактики лечения и подготовки к операции, если это необходимо.

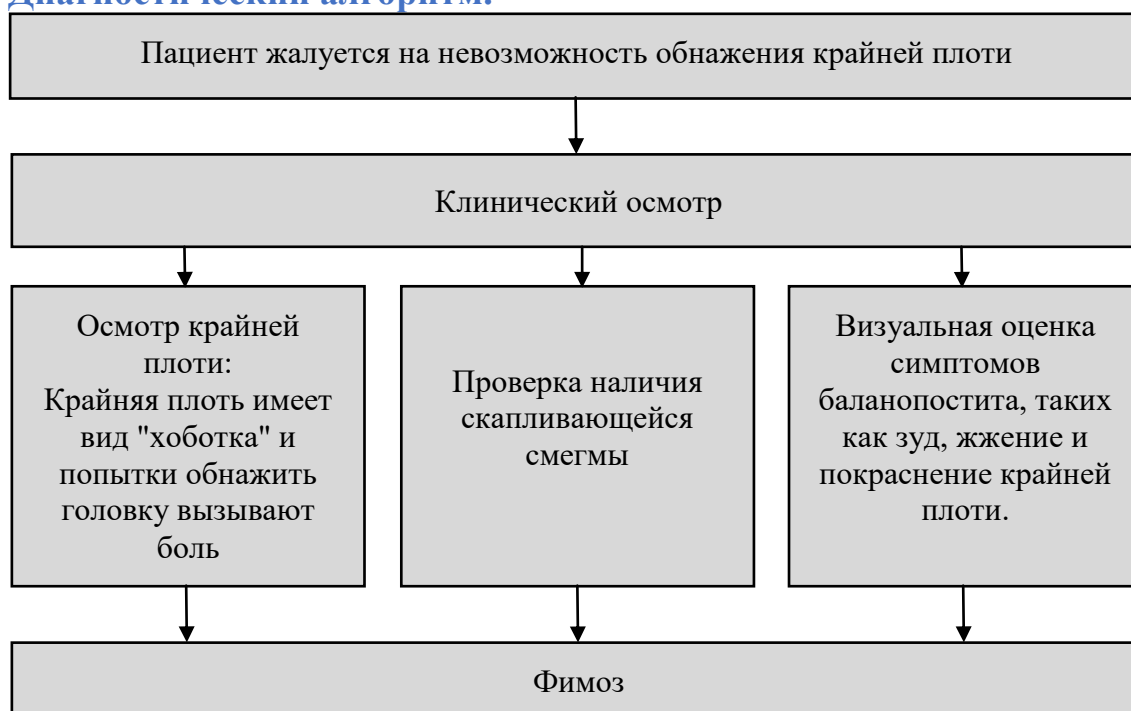
### 3.5. Консультация других специалистов.

В большинстве случаев консультация других специалистов не требуется при диагностике и лечении фимоза и парафимоза. Однако в определенных ситуациях, когда возникают осложнения или сопутствующие заболевания, может потребоваться сотрудничество с другими медицинскими специалистами.

Консультация кардиолога может потребоваться при оценке сердечно-сосудистой системы и выявлении возможных нарушений сердечного ритма или функции, особенно перед оперативным вмешательством.

Кроме того, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и наличия сопутствующих заболеваний, могут потребоваться консультации других специалистов, таких как эндокринолог, кардиоревматолог, аллерголог и т. д., для оптимального управления здоровьем пациента и предотвращения возможных осложнений.

### 3.6. Диагностический алгоритм.



### 3.7. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Баланит или баланопостит	Воспаление головки полового члена и крайней плоти, которое может имитировать симптомы фимоза и парафимоза. Баланит может вызвать покраснение, отечность, зуд, жжение и боли в области головки и крайней плоти.	1. Анализ мочи 2. Анализ мазка из уретры и/или наружных половых органов. 3. Бактериологическое исследование выделений и/или мочи	При фимозе сужение крайней плоти делает невозможным или затрудненным обнажение головки полового члена, что не наблюдается при баланите (баланопостите)
Рак полового члена	Может сопровождаться симптомами, такими как боль, опухание, затрудненное мочеиспускание и дискомфорт в области полового члена.	1. Биопсия из образования полового члена	При фимозе сужение крайней плоти делает невозможным или затрудненным обнажение головки полового члена.

## 4. ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ.

### 4.1. Немедикаментозное лечение.

#### А. Элементы здорового образа жизни:

- *Соблюдение гигиенических правил:* Регулярное мытье области полового члена и крайней плоти, следя за чистотой и сухостью, может помочь предотвратить осложнений фимоза, таких как развитие баланопостита.
- *Умеренные физические нагрузки:* Физическая активность способствует общему укреплению организма и улучшению кровоснабжения тканей. Однако при фимозе и парафимозе не рекомендуется интенсивное упражнение, которое может вызвать раздражение и дискомфорт в области полового члена.
- *Избегание табака и алкоголя:* Курение и употребление алкоголя могут негативно влиять на общее состояние здоровья и замедлять процессы заживления.

#### Б. Диета. Диета больных с фимозом и парафимозом должна быть сбалансированной и способствовать общему здоровью, однако специфической диеты для данного заболевания не существует. Общие рекомендации включают в себя:

- *Питание, богатое антиоксидантами:* Фрукты, овощи и зелень могут помочь укрепить иммунную систему и способствовать заживлению.
- *Умеренное потребление соли:* Ограничение соли в диете может снизить риск отеков и улучшить общее состояние.
- *Питье воды:* Правильная гидратация организма важно для поддержания оптимального кровяного давления и предотвращения обезвоживания.

#### В. Ручное растягивание препуциума (мануальное отведение). Щадящая препуциальная ретракция проводится врачом амбулаторно. Этот нехирургический адгезиолизис оказался эффективным, дешевым и безопасным методом лечения фимоза. Однако оно не продемонстрировало существенного преимущества [7-9].

### 4.2. Медикаментозное лечение.

При первичном фимозе методом выбора считается консервативное лечение. Стероидная терапия превосходит по эффективности плацебо и мануальное отведение [10]. Кортикостероидные мазь или крем (0,05–0,1%) можно назначить на срок 20–30 дней с эффективностью более 90% (УД: 1b) [11-14]. Частота рецидивов может достигать 17% [15]. Этот метод лечения не имеет побочных эффектов, а средний уровень кортизола при разовых анализах крови статистически значимо не отличается от выявляемого в нелеченой группе пациентов (УД: 1b) [16]. Топическое применение глюкокортикоидов не влияет на функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [17]. При терапии стероидами не изменяется складчатость крайней плоти (УД: 2) [12].

### Перечень основных лекарственных средств

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Глюкокортикостероиды	Бетаметазон 0,05%	Для наружного применения	1b [11-14]	<a href="https://mediqlab.com/mnn/Ofdec429-8a15-41d7-b362-1c1e769739e4">https://mediqlab.com/mnn/Ofdec429-8a15-41d7-b362-1c1e769739e4</a>

#### 4.3. Хирургическое вмешательство.

Лечение фимоза у детей проводится по решению родителей и может заключаться в пластическом или радикальном обрезании по достижении ребенком двухлетнего возраста. В качестве альтернативы, особенно в развивающихся странах, используют устройство Shang Ring [18]. Пластическое обрезание проводят с целью обеспечить обширный объем иссечения с возможностью полного отведения крайней плоти, в то же время сохранив ее (дорсальное рассечение, частичное обрезание, пластика по типу «трезубца»). Однако эта процедура сопровождается риском рецидива фимоза [19]. В ходе той же операции рассекают спайки, а сопутствующее укорочение уздечки корригируют путем френулотомии. При необходимости дополнительно выполняют меатопластику.

Абсолютным показанием к обрезанию считается вторичный фимоз. Показания для хирургического вмешательства при первичном фимозе включают рецидивирующий баланопостит и рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) на фоне аномалий их развития (УД: 2b) [20-23]. Обрезание статистически значительно снижает колонизацию уропатогенных и других бактерий в головке полового члена (УД: 2b) [24]. При простом выбухании крайней плоти во время мочеиспускания проводить обрезание необязательно.

Выполнение обрезания новорожденным с целью профилактики рака полового члена не показано. В недавно проведенном метаанализе не выявлено увеличения риска рака у пациентов без фимоза, которым не проводили обрезание [25]. Обрезание противопоказано при острых местных инфекциях и врожденных аномалиях развития полового члена, особенно при гипоспадии или скрытом половом члене, поскольку крайняя плоть может потребоваться для реконструктивных процедур [26, 27]. Обрезание можно проводить при коагулопатии. Частота осложнений (кровотечения) при использовании гемостатических препаратов или диатермокоагуляции составляет 1–5% [28, 29]. Частота осложнений при обрезании в детском возрасте достаточно велика, поэтому в отсутствие медицинских показаний оно не рекомендуется, хотя следует учитывать эпидемиологические и социальные аспекты (УД: 1b) [30-33]. Склерозирующий баланит приводит к развитию меатостеноза после обрезания в 20% случаев, поэтому рекомендуется дополнительно назначать местную терапию стероидами [4, 34].

Лечение парафимоза заключается в сдавливании отечной ткани крайней плоти вручную с последующей попыткой отвести назад натянутую кожу крайней плоти через головку полового члена. Для высвобождения суженной ткани можно

ввести гиалуронидазу или 20%-ный маннитол (УД: 3–4) [35, 36]. Если эта манипуляция неэффективна, требуется рассечение констриктивного кольца по дорсальной поверхности. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента обрезание проводят немедленно либо откладывают на следующий этап лечения.

#### **4.4. Дальнейшее ведение.**

После любой операции по поводу фимоза необходимо провести контрольное обследование через 4–6 недель после операции.

#### **4.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов**

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения играют важную роль в оценке и мониторинге результатов применения протокола по фимозу и парафимозу. Эти индикаторы предоставляют информацию о том, насколько успешными и безопасными являются методы, описанные в протоколе, и могут помочь определить необходимость коррекции или улучшения лечебных подходов. Вот некоторые возможные индикаторы эффективности и безопасности:

- 1. Улучшение клинических симптомов.** Индикатором эффективности лечения может быть уменьшение или исчезновение клинических симптомов у пациентов, таких как боли, отек, зуд, краснота и заживление.
- 2. Уровень осложнений.** Отслеживание встречаемости осложнений после применения методов лечения, таких как инфекции, кровотечения или рецидивы, позволяет оценить безопасность этих методов.
- 3. Уровень удовлетворенности пациентов.** Опросы и обратная связь от пациентов могут предоставить информацию о том, насколько удовлетворены они результатами лечения и качеством заботы.
- 4. Сроки восстановления.** Время, необходимое для восстановления после лечения, является важным индикатором, особенно при разных методах лечения.
- 5. Частота рецидивов.** Если фимоз или парафимоз подвержены рецидивам, это может быть индикатором необходимости пересмотра методов лечения.
- 6. Соблюдение протокола.** Оценка того, насколько точно проводится лечение в соответствии с протоколом, может влиять на эффективность и безопасность.

Эти индикаторы могут быть уточнены и адаптированы в соответствии с конкретными методами диагностики и лечения, описанными в протоколе, и особенностями пациентов.

## 5. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

### 5.1. Показания для плановой госпитализации.

- **Плановая хирургическая процедура.** Если пациенту требуется плановая операция, такая как циркумцизия, для лечения фимоза, и данная процедура не требует немедленного вмешательства, пациент может быть госпитализирован на плановой основе.
- **Разработка лечебного плана.** Если у пациента есть фимоз или парафимоз, и требуется разработать лечебный план, включая хирургическое лечение, это также может потребовать плановой госпитализации.
- **Дети и особенности лечения.** У детей с фимозом, у которых нет острых осложнений, решение о госпитализации может быть связано с плановым проведением процедур, таких как обрезание, при достижении определенного возраста.

### 5.2. Показания для экстренной госпитализации.

- **Парафимоз.** Экстренная госпитализация необходима при парафимозе, когда суженная крайняя плоть была отведена за головку полового члена, но больше не может быть возвращена на место. Это считается неотложным состоянием, и пациент должен быть госпитализирован немедленно.
- **Осложнения.** Экстренная госпитализация также требуется в случае осложнений, таких как инфекции, кровотечения, острая задержка мочи или другие острые медицинские проблемы, связанные с фимозом или парафимозом.
- **Сопутствующие медицинские проблемы:** если у пациента есть сопутствующие медицинские заболевания или факторы риска, которые усугубляют ситуацию и требуют срочного вмешательства, это также может потребовать экстренной госпитализации.

## **6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

### **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 затруднения при мочеиспускании, боли, воспаление и дискомфорт.
- Физический осмотр: оценка степени фимоза, определение наличия парафимоза, состояния головки полового члена и окружающих тканей.
- Результаты лабораторных исследований: лабораторные анализы, такие как общий анализ крови и мочи, могут помочь в выявлении воспалительных процессов.
- Диагноз: установление диагноза фимоза или парафимоза.
- Медицинский план лечения: назначения по лечению, включая выбор метода (консервативный или хирургический), лекарства и длительность лечения.
- 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. Например, экстренная маршрутизация может потребоваться при парафимозе, чтобы предотвратить некроз.
- Выбор медицинского учреждения: решение о том, будет ли лечение проводиться в амбулаторных условиях или требуется госпитализация.
- Организация транспорта: в случае парафимоза или фимоза, требующего хирургического вмешательства, необходимо организовать транспорт пациента к месту лечения.
- Установление коммуникации: связь и координация между врачами, медсестрами и другими специалистами для обеспечения своевременного и компетентного ухода.

### **6.2. Немедикаментозное лечение.**

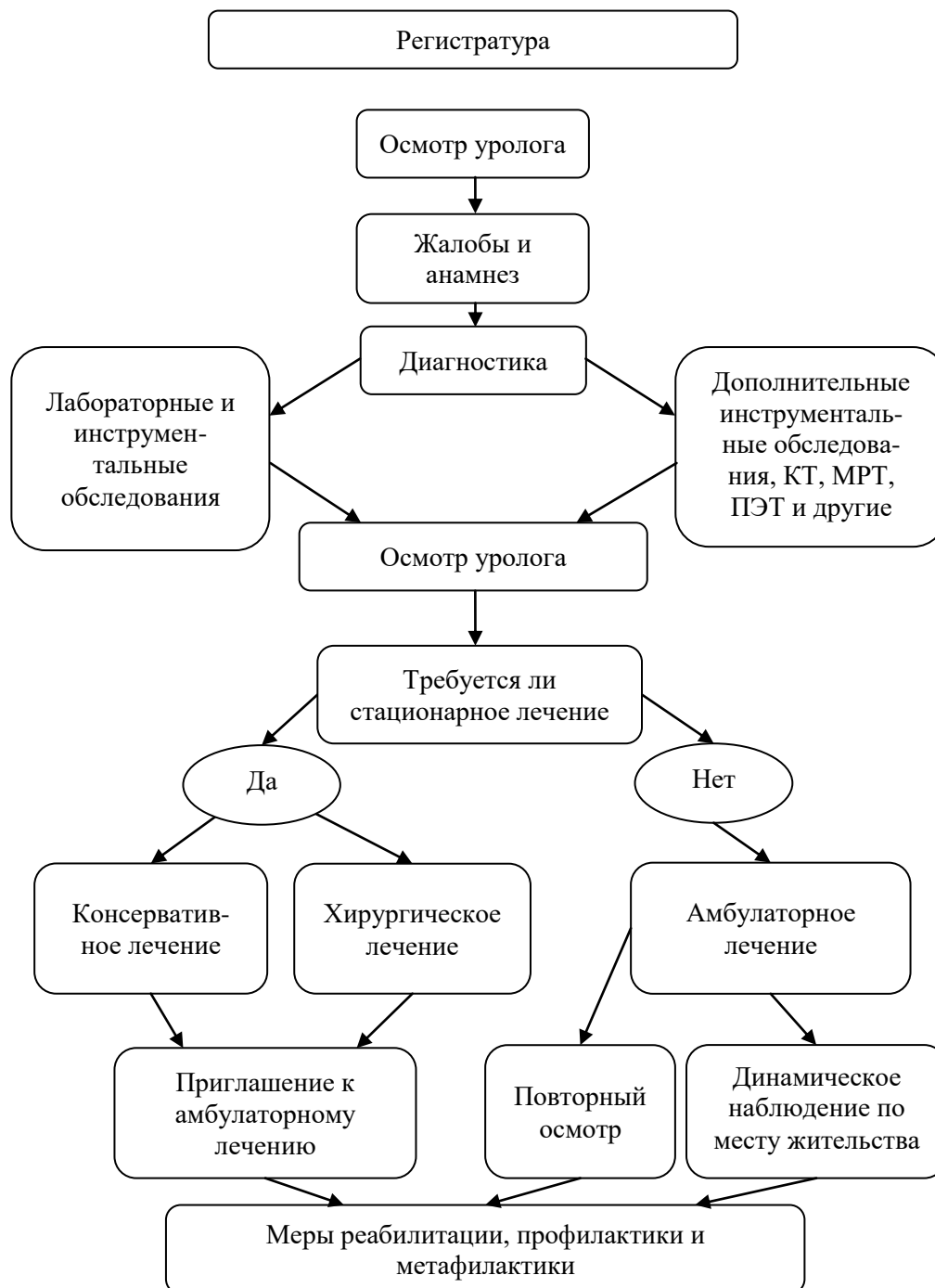
Элементы здорового образа жизни и диета были описаны в разделе по амбулаторному лечению.

### **6.3. Медикаментозное лечение.**

Медикаментозное лечение было описано в разделе по амбулаторному лечению. Терапию глюкокортикоидами в условиях стационара не применяют.

### **6.4. Хирургическое вмешательство.**

Хирургическое лечение фимоза и парафимоза было описано в разделе по хирургическому лечению в амбулаторных условиях.



**Рис. 1. Маршрутная карта пациента.**

## 6. Дальнейшее ведение.

После любой операции по поводу фимоза необходимо провести контрольное обследование через 4–6 недель после операции.

## 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  
МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НОЗОЛОГИИ  
«ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ»**

Ташкент – 2025

## 1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 1.1. Введение

Данный протокол представляет собой официальные рекомендации и стандарты для выполнения процедуры циркумцизии. Протокол включает в себя информацию о различных методах обрезания, анестезии, технике выполнения процедуры, а также основные и дополнительные диагностические мероприятия. В нем также описываются требования к специалисту, проводящему процедуру, и условия для проведения циркумцизии. Протокол также предостерегает от противопоказаний к процедуре и указывает на показания для ее выполнения. Наконец, он предоставляет информацию о индикаторах эффективности процедуры и условиях для пересмотра протокола. Данный протокол призван обеспечивать безопасное и эффективное выполнение процедуры циркумцизии с соблюдением медицинских стандартов

### 1.2. Определение.

**Фимоз** – сужение крайней плоти полового члена, при котором невозможно полностью или частично обнажить его головку.

**Парафимоз** – осложнение фимоза, которое возникает в результате смещения суженного кольца крайней плоти за головку полового члена [1].

**Циркумцизия** – процедура удаления крайней плоти полового члена.

### 1.3. Клиническая классификация.

Клиническая классификация для медицинского вмешательства при фимозе и парафимозе основывается на степени тяжести и этиологии данных состояний. Рассмотрим наиболее распространенные подходы:

**Клиническая классификация для медицинского вмешательства при фимозе:**

- А. *Физиологический фимоз*. У детей в раннем возрасте фимоз чаще всего является физиологическим, и лечение в этом случае не требуется. Однако, если фимоз сохраняется в более старшем возрасте и вызывает проблемы, можно применить консервативное лечение с использованием кортикостероидных мазей или кремов.
- Б. *Патологический фимоз*. Медицинское вмешательство рассматривается на основе степени тяжести и этиологии:
- Легкий фимоз. Может быть вылечен кортикостероидными мазями и кремами. Если консервативное лечение неэффективно, то рассматривается возможность пластического обрезания или радикальной процедуры.
  - Умеренный фимоз. Лечение начинается с консервативных методов. Если они не приводят к улучшению, может потребоваться пластическое обрезание для обеспечения нормальной функции полового члена.

- Тяжелый фимоз. Требует медицинского вмешательства, и чаще всего необходимо проводить пластическое обрезание для восстановления анатомии полового члена.

### **Клиническая классификация для медицинского вмешательства при парафимозе:**

А. Парафимоз. Это чрезвычайно болезненное состояние, требующее немедленного медицинского вмешательства. Лечение зависит от степени тяжести:

- Легкий парафимоз. В начальной стадии легкого парафимоза можно попытаться вручную восстановить нормальное положение крайней плоти. Это следует делать только под медицинским наблюдением.
- Умеренный и тяжелый парафимоз. В случае более серьезных состояний требуется процедура рассечения констриктивного кольца на половом члене. Это также должно проводиться только медицинскими специалистами.

### **Международная классификация медицинских вмешательств (ICHI).**

№	Название операции	Код по международной классификации (ICHI) <a href="https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en">https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en</a>
1.	<b>Высвобождение полового члена</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Лизис спаек полового члена</li> <li>– Разделение спаек полового члена</li> <li>– Лизис препуциальных спаек с расширением</li> <li>– Препутиотомия</li> <li>– Выпуск хорды</li> <li>– Освобождение спаек полового члена</li> <li>– Освобождение перепончатого члена</li> <li>– Дорсальный или латеральный разрез крайней плоти полового члена</li> </ul>	NGM.FC.AA

## **2. ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ФИМОЗЕ И ПАРАФИМОЗЕ.**

### **2.1. Цель проведения хирургического лечения.**

Цель проведения циркумцизии при фимозе или парафимозе - устранить сужение крайней плоти полового члена, восстановить нормальную функцию и улучшить гигиеничность, предотвратить осложнения, такие как баланопостит, и обеспечить лучший уход за половым органом.

### **2.2. Противопоказания к хирургической операции**

- Острые инфекции на месте операции.
- Острые или хронические общие инфекции, такие как сепсис.
- Сложные аномалии развития полового члена, которые могут потребовать реконструктивной хирургии.
- Гипертензия у детей, так как может потребоваться общая анестезия.
- Коагулопатии или кровотечения.
- Пациентские противопоказания, такие как отсутствие информированного согласия.
- Иные медицинские противопоказания, которые могут отразиться на безопасности проведения операции.

### **2.3. Показания к хирургическому лечению.**

- Фимоз.
- Парафимоз.
- Рецидивирующий баланопостит.
- Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). Инфекции мочевыводящих путей, которые могут быть связаны с фимозом и облегчены циркумцизией.
- По решению родителей. В некоторых случаях, родители могут решить провести циркумцизию у своих детей по культурным, религиозным или личным соображениям [37].

### **2.4. Требования к специалисту, проводящему вмешательство.**

- Специалист должен иметь соответствующее образование и медицинскую квалификацию. Обычно это врач-уролог или хирург.
- Специалист должен иметь действующую лицензию на практику.
- Специалист должен иметь практику в проведении этой процедуры и хорошо знаком с техниками и методами.
- Специалист должен иметь доступ к современному оборудованию и инструментам, а также следить за стерильностью процедуры.
- Специалист должен быть в состоянии предупредить пациента о возможных рисках и побочных эффектах, связанных с циркумцизией, и объяснить пациенту преимущества и недостатки этой процедуры.

- Специалист должен следовать этическим и юридическим нормам в проведении медицинских процедур и уважать пациентские права и пожелания.
- Специалист должен постоянно обновлять свои знания и навыки, следить за последними медицинскими разработками и рекомендациями в области циркумцизии.

## **2.5. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству.**

### **Основные (обязательные) мероприятия:**

- Медицинский осмотр. Пациент должен быть тщательно обследован специалистом, который проведет процедуру циркумцизии. Это включает в себя оценку общего состояния пациента и медицинской истории.
- Оценка анамнеза. Специалист должен узнать у пациента о его медицинской истории, включая наличие каких-либо хронических заболеваний, аллергий и прочих медицинских факторов.
- Физическое обследование. Врач осматривает область, подлежащую циркумцизии, чтобы определить наличие патологий, воспалений, инфекций или других состояний, которые могли бы повлиять на процедуру.
- Лабораторные анализы. Обычно требуется проведение общего анализа крови, а также анализа на наличие инфекций, таких как Гепатиты В, С, ВИЧ и сифилис. Результаты лабораторных исследований могут использоваться для определения общего состояния пациента и исключения инфекций.

### **Дополнительные обследования (при необходимости):**

- Ультразвуковое исследование. Может потребоваться для более подробной оценки структуры полового члена или сосудов.
- Консультация специалиста. В зависимости от медицинской истории и общего состояния пациента, специалист может потребовать консультацию других специалистов, таких как инфекционист, эндокринолог, или анестезиолог.
- Электрокардиограмма (ЭКГ). Могут потребоваться для оценки сердечной активности, особенно у пациентов с риском сердечно-сосудистых заболеваний.

## **2.6. Требования к проведению вмешательства.**

- Меры безопасности и асептика. Процедура циркумцизии должна проводиться в стерильных условиях с применением асептических методов, чтобы предотвратить инфекции. Медицинский персонал должен соблюдать правила личной гигиены и носить санитарную одежду и перчатки.
- Оснащение. Для проведения циркумцизии требуется специальное оборудование, включая хирургический инструментарий, анестетики и оборудование для обработки и стерилизации инструментов.
- Медикаменты. Анестетики и антисептики должны быть готовы к использованию. Анестетики используются для обезболивания области

- перед проведением процедуры. Антисептики используются для обработки операционной зоны и предотвращения инфекции.
- Расходные материалы. Для каждой процедуры требуется заменяемые расходные материалы, такие как марлевые салфетки, швы, перчатки и другие материалы, необходимые для хирургического вмешательства и послеоперационного ухода.
  - Место проведения. Процедура циркумцизии проводится в специально оборудованной операционной или хирургической комнате, которая соответствует стандартам безопасности и гигиеническим требованиям.
  - Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима. Медицинский персонал должен соблюдать все необходимые санитарно-противоэпидемические меры, чтобы предотвратить распространение инфекций во время и после проведения процедуры.
  - Соблюдение стандартов безопасности. Персонал, проводящий циркумцизию, должен соблюдать все стандарты безопасности, включая контроль за анестезией и мониторинг пациента во время процедуры.

## **2.7. Требования к подготовке пациента и методика проведения процедуры.**

### **Подготовка пациента:**

- 1) Оценка медицинской истории. Врач должен провести анализ медицинской истории пациента, включая возможные аллергии, хронические заболевания и другие медицинские состояния.
- 2) Проведение предоперационных обследований. Пациенту может потребоваться провести предоперационные обследования, такие как анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки и другие, чтобы исключить противопоказания к процедуре.
- 3) Подготовка психологического состояния. Пациенту и его семье следует предоставить информацию о процедуре и ответить на все вопросы, чтобы обеспечить понимание и согласие на вмешательство.
- 4) Анестезия. Перед началом процедуры применяется местная или общая анестезия для обезболивания области, в которой будет проведена циркумцизия [38].

### **Методика проведения процедуры.**

Сегодня циркумцизия может проводиться с использованием нескольких техник [39, 40].

- С применением зажима. Такое вмешательство является достаточно легким в исполнении. Оно проводится быстро и не требует использования специального оборудования и инструмента. Методика имеет явный недостаток. После завершения манипуляций косметический эффект может оказаться неудовлетворительным. Циркумцизия с применением зажима проводится следующим образом. Сначала кожа очищается, а плоть

зажимается и оттягивается на нужное расстояние. После этого производится ее обрезание. Врач накладывает швы и стерильную повязку [41, 42].

- Циркулярная резекция. Данная методика позволяет сохранить эстетичный внешний вид полового члена. Предварительно на ткань наносится пунктирная линия, по которой будет проходить надрез. Затем кожа натягивается и обрезается. Раневая поверхность зашивается.
- Дорсальный разрез. Данная методика особенно актуальна при фимозе и отличается отсутствием рисков неудовлетворительного косметического эффекта. При проведении вмешательства на крайнюю плоть хирург накладывает 2 зажима. Затем врач выполняет разрез к линии нанесенной заранее разметки. Затем сосуды коагулируются, накладываются швы и стерильная повязка.
- Особую популярность в последнее время получил лазерный метод. При таком вмешательстве основание пениса перетягивается жгутом, а с внешней стороны выполняется круговой разрез. Операция отличается минимальной травматизацией тканей и быстрым восстановлением [43].

## **2.8. Индикаторы эффективности процедуры или вмешательства.**

Основной целью циркумцизии является обнажение головки полового члена. Эффективность процедуры оценивается по способности пациента полностью обнажать головку без ограничений.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ  
«ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ»**

Ташкент – 2025

# 1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

## 1.1. Введение.

Профилактика и реабилитация фимоза и парафимоза представляют собой важные аспекты современной медицинской практики, направленные на обеспечение здоровья и качества жизни пациентов. Эти патологии, связанные с состоянием крайней плоти полового члена, могут влиять на различные аспекты физического и психологического благополучия. Настоящий протокол разрабатывается в соответствии с международными стандартами и базируется на актуальных исследованиях, предоставляя комплексный подход к предупреждению, диагностике и эффективному лечению фимоза и парафимоза. Он также обращает внимание на реабилитацию пациентов, ставя перед собой цель улучшения функциональных возможностей и обеспечения полноценной социальной адаптации. Настоящий протокол предоставляет систематизированные рекомендации для врачей и медицинских специалистов, направленные на оптимизацию процессов профилактики и реабилитации, а также обеспечивает согласованный и единообразный подход к управлению данными состояниями.

## 1.2. Определение.

**Фимоз** – сужение крайней плоти полового члена, при котором невозможно полностью или частично обнажить его головку.

**Парафимоз** – осложнение фимоза, которое возникает в результате смещения суженного кольца крайней плоти за головку полового члена [1].

**Профилактика фимоза и парафимоза** - это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и обострения данных патологических состояний.

**Реабилитация фимоза и парафимоза** включает в себя меры по восстановлению здоровья и функциональности полового члена после проведенного лечения.

## 1.3. Виды профилактики или реабилитации.

Профилактика и реабилитация фимоза и парафимоза включает следующие аспекты:

- **Медицинская профилактика.** Включает раннее выявление и лечение инфекционных заболеваний мочеполовой системы, разъяснительно-образовательные беседы о планировании половой жизни и отказе от вредных привычек.
- **Организационные мероприятия.** Включают ликвидацию бытовых и профессиональных вредностей, улучшение психоэмоционального состояния пациента, рациональное питание, поддержание личной гигиены и рациональный режим половой жизни.
- **Медицинская реабилитация.** Включает лечение заболеваний, ликвидацию профессиональных вредностей, рациональное питание и улучшение психоэмоционального состояния пациента.

Все эти меры способствуют сохранению здоровья мочеполовой системы и предотвращению развития фимоза и парафимоза.

#### 1.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий или индивидуальной профилактики.

- *Информирование.* Образование и информационная работа с населением о факторах риска, симптомах и последствиях фимоза и парафимоза. Это включает проведение образовательных программ, разъяснительных бесед, и распространение информации о профилактике.
- *Раннее выявление и лечение.* Поощрение регулярных медицинских осмотров для раннего выявления фимоза и парафимоза, а также инфекционных заболеваний мочеполовой системы.
- *Сокращение рисков.* Популяризация здорового образа жизни, включая отказ от вредных привычек, планирование половой жизни, и исключение контакта с профессиональными вредностями, такими как химические вещества и ионизирующее излучение.
- *Индивидуальная профилактика.* Специфические рекомендации и меры профилактики для лиц с повышенным риском фимоза и парафимоза, включая пациентов с инфекционными заболеваниями мочеполовой системы.
- *Системный подход.* Сотрудничество медицинских учреждений, образовательных организаций и общественных организаций для обеспечения эффективных мер по профилактике фимоза и парафимоза.

Эти принципы способствуют общественной и индивидуальной профилактике фимоза и парафимоза, снижению риска и улучшению здоровья мочеполовой системы.

## 2. ПРОФИЛАКТИКА ФИМОЗА И ПАРАФИМОЗА

### 2.1. Цель профилактики при мочекаменной болезни.

Целью профилактики фимоза и парафимоза является предотвращение развития этих состояний и снижение связанных с ними осложнений.

### 2.2. Первичная профилактика.

Первичная профилактика фимоза и парафимоза включает в себя следующие мероприятия:

- *Обучение и информирование.* Проведение просветительских кампаний и образовательных программ для общественности и медицинского персонала. Эти программы должны включать информацию о фимозе и парафимозе, их симптомах, факторах риска, и способах предотвращения.
- *Регулярные медицинские осмотры.* Регулярные осмотры у врачей-урологов и педиатров, особенно в детском возрасте, помогут выявить начальные стадии фимоза и парафимоза. Эти осмотры должны проводиться у всех детей и лиц с повышенным риском.
- *Предостережения для родителей.* Предостережения родителей и лиц, ответственных за уход за детьми, о необходимости бережного ухода за половым членом ребенка. Обучение родителей методам гигиеничного ухода и рекомендации по избеганию травматичных действий.
- *Профилактика инфекций.* Распространение информации о предотвращении инфекций мочеполовой системы и заболеваний, передаваемых половым путем. Это включает в себя использование презервативов, вакцинацию и борьбу с инфекциями.
- *Профилактика травм.* Предупреждение травматичных событий, которые могут привести к развитию фимоза или парафимоза, особенно у детей. Обучение родителей и детей правильным методам игр и активности.
- *Здоровый образ жизни.* Поощрение здорового образа жизни, включая умеренное питание, физическую активность, 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 детей, 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 фимоза и парафимоза, скрининг может быть целесообразным для выявления риска и раннего выявления этих состояний. Однако стандартные методы скрининга для фимоза и парафимоза не существуют, так как обычно это уточняющий диагноз, который делается в ходе медицинских осмотров или при жалобах пациентов.

Требования к проведению скрининга:

- *Целевая аудитория.* Дети и взрослые, особенно те, у кого есть факторы риска, такие как воспалительные заболевания, инфекции мочеполовой системы или травмы в области полового члена.
- *Время проведения.* Скрининг может проводиться при регулярных медицинских осмотрах у врачей-урологов, а также при обращении пациентов с соответствующими жалобами (например, зуд, боль, отек).
- *Место проведения.* Медицинские учреждения, включая поликлиники и больницы, где работают квалифицированные врачи-урологи.
- *Компетенция медицинского работника.* Скрининг фимоза и парафимоза должен проводиться медицинским персоналом, включая врачей-урологов и педиатров. Эти специалисты должны иметь соответствующую медицинскую квалификацию и опыт для выявления и оценки фимоза и парафимоза.

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 фимоза и парафимоза направлена на раннее выявление и управление этими состояниями у пациентов, которые уже имели с ними опыт или находились в группах риска. Вторичная профилактика включает в себя следующие мероприятия:

- *Регулярные медицинские осмотры.* Пациенты, особенно дети и подростки, с риском развития фимоза (например, после обрезания или при предшествующих инфекциях мочеполовой системы) должны проходить регулярные медицинские осмотры у врачей-урологов или педиатров. Они могут помочь выявить фимоз или парафимоз на ранних стадиях.
- *Пациентская образовательная деятельность.* Вторичная профилактика включает в себя информирование пациентов и их родственников о признаках фимоза и парафимоза, 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 повышенный риск, могут быть обучены самопроверке для выявления признаков фимоза или парафимоза. Это может включать в себя самопальпацию и визуальный осмотр полового члена.
- *Профилактические меры.* Пациентам могут рекомендовать предпринимать профилактические меры, такие как правильная гигиеническая забота о половом члене, избегание травм и инфекций мочеполовой системы.
- *Специализированные консультации.* Пациенты, у которых есть риск развития фимоза или парафимоза, должны получать консультации у врачей-урологов по необходимости. Это может включать в себя диагностические исследования, такие как ультразвуковое исследование мочеполовой системы.

- *Разработка индивидуальных планов ухода.* В некоторых случаях, пациентам с историей фимоза или парафимоза 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 и педиатры должны обладать соответствующей компетенцией для проведения вторичной профилактики и лечения фимоза и парафимоза.

## 2.5. Третичная профилактика.

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

- *Индивидуальное лечение и управление осложнениями.* Пациентам, которые перенесли фимоз или парафимоз, необходимо предоставить индивидуальное лечение и уход, включая медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство при необходимости и управление осложнениями.
- *Регулярные обследования и контроль.* Пациенты с историей фимоза или парафимоза должны проходить регулярные обследования у врачей-урологов или педиатров. Это позволяет выявлять рецидивы или другие проблемы своевременно.
- *Психологическая поддержка.* Пациентам, пережившим фимоз или парафимоз, может потребоваться психологическая поддержка для справления с последствиями этих состояний. Поддержка психотерапевта или консультанта может быть весьма полезной.
- *Образовательные мероприятия.* Пациентам следует предоставить образовательные материалы и консультации по предотвращению рецидивов и общему уходу за половым членом.
- *Управление рисков.* Пациентам могут даваться рекомендации по управлению рисками, связанными с фимозом и парафимозом, такими как правильная гигиеническая забота и меры предосторожности.

Мероприятия третичной профилактики должны быть предоставлены индивидуально для каждого пациента с учетом их истории и особенностей состояния. Специалисты, такие как врачи-урологи 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 ФИМОЗА И ПАРАФИМОЗА.**

#### **3.1. Цель реабилитации.**

Цель реабилитации заключается в обеспечении наилучшего восстановления здоровья и качества жизни пациентов, перенесших фимоз или парафимоз.

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

Реабилитация при фимозе и парафимозе направлена на полное или частичное восстановление нарушенных функций полового члена и органов мочеполовой системы, а также на компенсацию утраченных функций. Это включает восстановление нормальной анатомии, функции и мочеиспускательной способности полового члена, а также предотвращение осложнений и рецидивов.

#### **3.3. Поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса.**

Реабилитация при фимозе и парафимозе также включает в себя поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса. Это важный этап в обеспечении полного восстановления и возвращения пациента к нормальной жизни. Поддержание функций организма включает в себя меры для уменьшения боли, восстановления тканей, профилактики осложнений и обеспечения нормального мочеиспускания.

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

Реабилитация в случае фимоза и парафимоза 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 вмешательство и коррекция нарушений помогают пациентам восстановить нормальные функции и улучшить качество жизни.

#### **3.5. Предупреждение и снижение степени возможной инвалидности.**

Предупреждение и снижение степени возможной инвалидности при фимозе и парафимозе 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 фимозе и парафимозе связано с ранним выявлением, адекватным лечением и последующей реабилитацией. Эффективные меры предупреждения и лечения данных состояний способствуют не только сохранению физического 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, столкнувшихся с фимозом и парафимозом

### **3.7. Сохранение работоспособности пациента.**

Сохранение работоспособности пациента при фимозе и парафимозе 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 социальных работников, оказание помощи в трудоустройстве или восстановлении рабочей способности, 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 фимозе и парафимозе имеет четкие показания, соответствующие различным этапам заболевания. Первичная профилактика направлена на раннее выявление и лечение инфекционных заболеваний мочеполовой системы, а также на планирование рациональной половой жизни. Вторичная профилактика охватывает мероприятия для лиц, уже имеющих признаки фимоза или парафимоза, 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 инвалидности.

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

Для эффективной профилактики и реабилитации фимоза и парафимоза, 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 предрасположенность к инфекциям мочеполовой системы, и проведении регулярных медицинских осмотров. Вторичная профилактика ориентирована на пациентов с клиническими проявлениями фимоза или парафимоза, требующими медицинского вмешательства, а также на тех, кто имеет историю рецидивирующих инфекций. 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**

Не разработаны.

**7. ЭТАПЫ И ОБЪЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Специфических методов реабилитации не существует.

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

Специфических методов реабилитации не существует.

**9. ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ.**

Специфических методов реабилитации не существует.

**10. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Специфических методов реабилитации не существует.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комяков Б.К. Урология: учебник. 2 издание. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
2. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J*. 1949;2(4642):1433-7, illust.
3. Kuehhas FE, Miernik A, Weibl P, Schoenthaler M, Sevcenco S, Schauer I, et al. Incidence of balanitis xerotica obliterans in boys younger than 10 years presenting with phimosis. *Urol Int*. 2013;90(4):439-42.
4. Celis S, Reed F, Murphy F, Adams S, Gillick J, Abdelhafeez AH, et al. Balanitis xerotica obliterans in children and adolescents: a literature review and clinical series. *J Pediatr Urol*. 2014;10(1):34-9.
5. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child*. 1968;43(228):200-3.
6. Lane S. Palmer JSP. Management of Abnormalities of the External Genitalia in Boys *Campbell-Walsh-Wein Urology: Elsevier; 20156. p. 871-904.*
7. Kumar P, Deb M, Das K. Preputial adhesions--a misunderstood entity. *Indian J Pediatr*. 2009;76(8):829-32.
8. Cooper GG, Thomson GJ, Raine PA. Therapeutic retraction of the foreskin in childhood. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1983;286(6360):186-7.
9. MacKinlay GA. Save the prepuce. Painless separation of preputial adhesions in the outpatient clinic. *Bmj*. 1988;297(6648):590-1.
10. Liu J, Yang J, Chen Y, Cheng S, Xia C, Deng T. Is steroids therapy effective in treating phimosis? A meta-analysis. *Int Urol Nephrol*. 2016;48(3):335-42.
11. Chu CC, Chen KC, Diau GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol*. 1999;162(3 Pt 1):861-3.
12. ter Meulen PH, Delaere KP. A conservative treatment of phimosis in boys. *Eur Urol*. 2001;40(2):196-9; discussion 200.
13. Elmore JM, Baker LA, Snodgrass WT. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. *J Urol*. 2002;168(4 Pt 2):1746-7; discussion 7.
14. Zavras N, Christianakis E, Mpourikas D, Ereikat K. Conservative treatment of phimosis with fluticasone proprionate 0.05%: a clinical study in 1185 boys. *J Pediatr Urol*. 2009;5(3):181-5.
15. Reddy S, Jain V, Dubey M, Deshpande P, Singal AK. Local steroid therapy as the first-line treatment for boys with symptomatic phimosis - a long-term prospective study. *Acta Paediatr*. 2012;101(3):e130-3.
16. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, Rakic I, Perovic S. The conservative treatment of phimosis in boys. *Br J Urol*. 1996;78(5):786-8.
17. Pileggi FO, Martinelli CE, Jr., Tazima MF, Daneluzzi JC, Vicente YA. Is suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis significant during clinical treatment of phimosis? *J Urol*. 2010;183(6):2327-31.
18. Wu X, Wang Y, Zheng J, Shen W, Yan JA, Ji H, et al. A report of 918 cases of circumcision with the Shang Ring: comparison between children and adults. *Urology*. 2013;81(5):1058-63.
19. Miernik A, Hager S, Frankenschmidt A. Complete removal of the foreskin--why? *Urol Int*. 2011;86(4):383-7.

20. Wiswell TE. The prepuce, urinary tract infections, and the consequences. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 1):860-2.
21. Hiraoka M, Tsukahara H, Ohshima Y, Mayumi M. Meatus tightly covered by the prepuce is associated with urinary infection. *Pediatr Int*. 2002;44(6):658-62.
22. To T, Agha M, Dick PT, Feldman W. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary-tract infection. *Lancet*. 1998;352(9143):1813-6.
23. Herndon CD, McKenna PH, Kolon TF, Gonzales ET, Baker LA, Docimo SG. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. *J Urol*. 1999;162(3 Pt 2):1203-8.
24. Ladenhauf HN, Ardelean MA, Schimke C, Yankovic F, Schimpl G. Reduced bacterial colonisation of the glans penis after male circumcision in children--a prospective study. *J Pediatr Urol*. 2013;9(6 Pt B):1137-44.
25. Larke NL, Thomas SL, dos Santos Silva I, Weiss HA. Male circumcision and penile cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control*. 2011;22(8):1097-110.
26. Thompson HC, King LR, Knox E, Korones SB. Report of the ad hoc task force on circumcision. *Pediatrics*. 1975;56(4):610-1.
27. American Academy of Pediatrics: Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics*. 1989;84(2):388-91.
28. Elalfy MS, Elbarbary NS, Eldebeiky MS, El Danasoury AS. Risk of bleeding and inhibitor development after circumcision of previously untreated or minimally treated severe hemophilia A children. *Pediatr Hematol Oncol*. 2012;29(5):485-93.
29. Karaman MI, Zulfikar B, Öztürk MI, Koca O, Akyüz M, Bezgal F. Circumcision in bleeding disorders: improvement of our cost effective method with diathermic knife. *Urol J*. 2014;11(2):1406-10.
30. Christakis DA, Harvey E, Zerr DM, Feudtner C, Wright JA, Connell FA. A trade-off analysis of routine newborn circumcision. *Pediatrics*. 2000;105(1 Pt 3):246-9.
31. Griffiths DM, Atwell JD, Freeman NV. A prospective survey of the indications and morbidity of circumcision in children. *Eur Urol*. 1985;11(3):184-7.
32. Morris BJ, Waskett JH, Banerjee J, Wamai RG, Tobian AA, Gray RH, et al. A 'snip' in time: what is the best age to circumcise? *BMC Pediatr*. 2012;12:20.
33. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urol*. 2010;10:2.
34. Homer L, Buchanan KJ, Nasr B, Losty PD, Corbett HJ. Meatal stenosis in boys following circumcision for lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). *J Urol*. 2014;192(6):1784-8.
35. Anand A, Kapoor S. Mannitol for paraphimosis reduction. *Urol Int*. 2013;90(1):106-8.
36. DeVries CR, Miller AK, Packer MG. Reduction of paraphimosis with hyaluronidase. *Urology*. 1996;48(3):464-5.
37. Rickwood AM. Medical indications for circumcision. *BJU Int*. 1999;83 Suppl 1:45-51.
38. Kulshrestha R. Care of the uncircumcised penis. *The Indian Journal of Pediatrics*. 1990;57:291-2.

39. Abdulwahab-Ahmed A, Mungadi IA. Techniques of male circumcision. J Surg Tech Case Rep. 2013;5(1):1-7.
40. WHO U. Jhpiego. Manual for male circumcision under local anaesthesia, version. 2008;2.
41. Gerharz EW, Haarmann C. The first cut is the deepest? Medicolegal aspects of male circumcision. BJU Int. 2000;86(3):332-8.
42. Barrie H, Huntingford PJ, Gough MH. THE PLASTIBELL TECHNIQUE FOR CIRCUMCISION. Br Med J. 1965;2(5456):273-5.
43. Fleiss PM, Hodges FM. What Your Doctor May Not Tell You About (TM): Circumcision: Untold Facts on America's Most Widely Performed-and Most Unnecessary-Surgery: Hachette UK; 2002.