



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при воспалительных болезнях мужских половых органов

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП91**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова С.Х. Аль-Шукри, Р.Э.Амдий, А.С. Аль-Шукри, М.С. Мосоян, Ю.А. Игнашов;

- заведующий отделением урологии ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе
И.В. Сорока

ПРОТОКОЛЫ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ (АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Определение

Острый простатит - острое бактериальное воспаление предстательной железы

Микроорганизмы чаще всего попадают в предстательную железу из мочеиспускательного канала при уретрите, катетеризации мочевого пузыря, длительном нахождении уретрального катетера, других эндоскопических манипуляциях на мочеиспускательном канале, а также при биопсии предстательной железы. Острое воспаление простаты может быть следствием обострения хронического простатита. Значительно реже микроорганизмы могут попасть в предстательную железу гематогенно из отдаленных воспалительных очагов.

Код по МКБ-10	Нозологические формы
N41.0	Острый простатит
N41.2	Абсцесс предстательной железы
N49	Воспалительные болезни мужских половых органов, не классифицированные в других рубриках

Классификация

- Острый простатит
- Абсцесс предстательной железы

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ (АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Диагностика (D,4)

Жалобы:

Для острого простатита характерны следующие жалобы

- Боли в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, область половых органов, надлобковую область
- Учащение мочеиспускания
- Сильные позывы на мочеиспускание
- Затруднение мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи
- Симптомы общей интоксикации (гипертермия, озноб, лихорадка)

Анамнез:

Нижеприведенные данные анамнеза могут указывать на возможность развития острого простатита:

- Инструментальные вмешательства на уретре и мочевом пузыре
- Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- Биопсия простаты
- Уретрит
- Хронический простатит
- Переохлаждение
- Злоупотребление алкоголем, половые эксцессы
- Очаги хронической гнойной инфекции

Объективное обследование

- Оценка общего состояния пациента, измерение артериального давления, пульса, термометрия.

При остром простатите могут наблюдаться ухудшение общего состояния пациента, гипертермия, при гнойно-септическом процессе - гипотония, тахикардия.

- При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа резко болезненна, напряжена. В случае абсцесса предстательной железы определяется локальное размягчение и симптомы флюктуации.

Лечение (D,4)

При тяжелом общем состоянии следует поддерживать жизненные функции (в соответствии с общереанимационными принципами), ввести мониторинг АД и ЧСС.

Для купирования боли и при лихорадке на догоспитальном этапе проводится терапия спазмолитиками, анальгетиками и нестероидными противовоспалительными средствами: дротаверин 40 мг в/м и метамизол натрия 500 мг внутримышечно, Кеторолак 30 мг в/м.

Пациенты с *длительной* острой задержкой мочеиспускания, объективными признаками переполнения мочевого пузыря (приглушением перкуторного звука, пальпируемым мочевым пузырем) и в случае невозможности быстрой медицинской эвакуации в стационар СтОСМП (плохая транспортная доступность стационара) могут нуждаться в катетеризации мочевого пузыря.

Дальнейшее введение пациента

Больной с острым простатитом подлежит экстренной доставке в стационар.

При удовлетворительном общем состоянии, если у пациента нет сильных болей, лихорадки, симптомов общей интоксикации, выраженной дизурии, острой задержки мочеиспускания и при наличии возможности в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую

медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по месту жительства пациент не нуждается в доставке в стационар.

Часто встречающиеся ошибки.

Отказ или задержка в доставке в стационар, когда острый простатит ошибочно принимается за острый цистит.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП) ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ (АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Диагностика (D,4)

Всем больным этой группы в СтОСМП выполняется:

- измерение АД и ЧСС;
- измерение температуры тела
- пальцевое исследование прямой кишки;
- общий анализ крови: для острого простатита характерны лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- общий анализ мочи: для острого простатита характерны лейкоцитурия
- УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи
- **Обязательные исследования:** консультация врача-уролога
- **Дополнительные исследования** (по показаниям):
 - УЗИ брюшной полости (при подозрении на парапроктит, проктит, флегмону таза)
 - Консультация врача-хирурга (при подозрении на парапроктит, проктит, флегмону таза)

Данные анамнеза и жалоб, физикального обследования на госпитальном и догоспитальном этапах совпадают.

Инструментальные методы диагностики

- Ультразвуковое трансабдоминальное исследование предстательной железы, мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи

При остром простатите могут определяться эхографические признаки воспалительного процесса в предстательной железе: неоднородное снижение эхогенности предстательной железы и ее капсулы.

При абсцессе предстательной железы определяется эхонегативное неоднородное образование (1)

Дифференциальная диагностика

Необходимо провести дифференциальную диагностику острого простатита и абсцесса предстательной железы такими хирургическими болезнями как проктит, парапроктит, флегмона таза. При этих заболеваниях предстательная железа при пальпации безболезненна, а надавливание на стенку прямой кишки вне проекции предстательной железы вызывает резкую боль. Флегмона таза может развиваться как осложнение острого простатита и абсцесса предстательной железы. При любом подозрении на гнойные заболевания таза необходима консультация хирурга.

Также необходимо дифференцировать острый простатит и абсцесс предстательной железы с острым циститом. У мужчин острый цистит может возникать как следствие хронической задержки мочеиспускания, камней мочевого пузыря, эндоскопических вмешательств на мочевыводящих путях. Возникновение цистита без этих предрасполагающих факторов происходит крайне редко. При остром цистите, в отличие от острого простатита, нет

симптомов общей интоксикации (лихорадки, озноба, повышения температуры тела) и пальпация предстательной железы безболезненная.

Лечение (D,4)

При наличии данных за острый простатит показана срочная консультация врача-уролога. Подтверждение диагноза острый простатит является показанием для госпитализации в специализированное урологическое отделение.

При развитии флегмоны таза лечение проводится в условиях гнойного хирургического отделения.

Пациенты с острой задержкой мочеиспускания нуждаются в дренировании мочевого пузыря предпочтительно надлобковым доступом.

Что нельзя делать

- Проводить массаж предстательной железы с получением секрета простаты, трехстаканную пробу.

Дальнейшее ведение пациента

Определяется после консультации врача-уролога.

При подтверждении диагноза острый простатит - госпитализация в специализированное урологическое отделение.

Если у пациента нет лихорадки, симптомов общей интоксикации, острой и хронической задержки мочи, болей, то пациент может быть выписан из СтОСМП с рекомендацией в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Госпитализация на койки краткосрочного пребывания в СтОСМП показана для дообследования и подтверждения диагноза острый простатит (абсцесс предстательной железы) и проведения дифференциальной

диагностики с гнойными хирургическими заболеваниями кишечника и клетчатки таза.

При исключении диагноза острый простатит и удовлетворительном общем состоянии пациент может быть отпущен для обследования и лечения в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Прогноз

Прогноз острого простатита при своевременном и адекватном лечении в целом благоприятный. Опасность перехода острого простатита в хроническую форму требует диспансерного наблюдения за этими больными.

Список использованной литературы

1. Урология : учебник / [С. Х. Аль-Шукри, Р. Э. Амдий, С. Ю. Боровец и др.] ; под ред. С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачука. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. – 474 с. Стр 181-182.
- 2 . Урология: Национальное руководство/ под. ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – 1024 с. С. 529-537.
3. Guidelines on Urological Infections. M. Grabe (chairman), T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto, B. Wullt, M. Çek, K.G. Naber, R.S. Pickard, P. Tenke, F. Wagenlehner. P. 65-71. In European Association of Urology Guidelines 2012 edition
4. Schaeffer AJ, Weidner W, Barbalias GA, et al. Summary consensus statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Eur Urol 2003 Aug;43(Suppl 2):1-4.
5. Schaeffer AJ. Prostatitis: US perspective. Int J Antimicrob Agents 1999 May;11(3-4):205-11.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10394972>

ПРОТОКОЛЫ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ, ОСТРОМ ОРХИТЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

Острый эпидидимит – острое воспаление придатка яичка.

Острый орхит – острое воспаление яичка.

Орхоэпидидимит – сочетанное воспаление яичка и придатка яичка.

Этиология и патогенез

Чаще всего воспаление яичка и его придатка является следствием инфекционных процессов различной локализации (уретрит, простатит, тонзиллит, паротит и др.), а так же перенесённой травмы органов мошонки, инструментальных исследований, катетеризации мочевого пузыря. Редкой причиной острого эпидидимита может являться приём противоаритмического препарата амиодарона, при этом воспалительный процесс обычно имеет двусторонний характер.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N45.0	Орхит, эпидидимит и эпидидимо-орхит с абсцессом

КЛАССИФИКАЦИЯ

Острый эпидидимит:

- серозный
- гнойный

- Односторонний
- Двусторонний

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ, ОСТРОМ ОРХИТЕ

Клинические проявления при остром эпидидимите, остром орхите или их сочетании схожие.

Диагностика (D,4) (клиническая картина):

Острый эпидидимит

Жалобы:

- боль в соответствующей половине мошонки с иррадиацией в пах и боковую поверхность бедра;
- гиперемия кожи мошонки и увеличение её объёма;
- повышение температуры тела, лихорадка и озноб.

Анамнез:

При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие заболеваний, передающихся половым путём, инструментальные вмешательства на уретре и мочевом пузыре, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, уретрит, очаги хронической гнойной инфекции.

Объективное обследование:

Для острого орхита, эпидидимита характерно:

- увеличение мошонки
- гиперемия кожи мошонки
- резко болезненные при пальпации органы мошонки (яичко, придаток).
- приподнимание мошонки при пальпации может облегчать симптомы заболевания (положительный симптом Прена).
- может развиваться реактивная водянка оболочек яичка

Осложнения:

- абсцесс яичка;

- инфаркт яичка;

Дифференциальная диагностика:

Острый эпидидимит и орхит входят в синдром острой мошонки, так же как и перекрут яичка. В первую очередь необходимо проводить дифференциальный диагноз с перекрутом яичка (отсутствует лихорадка, симптом Прена отрицательный).

Лечение (D,4):

- с целью обезболивания могут быть введены следующие лекарственные препараты: Дротаверин 40 мг внутримышечно, Кеторолак 30 мг, Метамизол натрия 500 мг внутримышечно.

Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар):

Все больные с признаками острого эпидидимита и орхита подлежат немедленному направлению в многопрофильные стационары скорой медицинской помощи.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП) ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ, ОСТРОМ ОРХИТЕ

Данные анамнеза и жалоб, физикального обследования на догоспитальном и госпитальном этапах совпадают.

Всем больным с синдромом острой мошонки выполняется:

Диагностика (D,4)

- консультация врача-уролога
- измерение АД и ЧСС;
- клинический анализ крови: лейкоцитоз
- общий анализ мочи: лейкоцитурия

- анализ мочи с посевом: для выявления чувствительности патогенных микроорганизмов, вызвавших развитие заболевания
- УЗИ органов мошонки (определяется увеличенный и отекший придаток со сниженной эхогенностью). Для гнойного орхита, эпидидимита характерны гипоехогенные образования в проекции яичка и его придатка.
- Допплерография органов мошонки (если нужна дифференциальная диагностика с перекрутом яичка)

Лечение (D,4)

При наличии данных за острый эпидидимит, острый орхит больному показана срочная консультация врача-уролога. Подтверждение этого диагноза является показанием для госпитализации в специализированное урологическое отделение.

Если у пациента нет выраженных болей в области мошонки, лихорадки, гипертермии, симптомов общей интоксикации, данных за гнойный процесс в мошонке, реактивной водянки оболочек яичка, то пациент может быть выписан из СтОСМП с рекомендацией в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При наличии сильных болей в мошонке, водянки оболочек яичка, высокой температуры, симптомов интоксикации больному показано лечение в условиях урологического отделения многопрофильного стационара с парентеральным применением антибактериальных препаратов (фторхинолоны, цефалоспорины).

При безуспешности консервативной терапии, наличии данных за имеющийся гнойный процесс в области мошонки больному показано хирургическое лечение.

Прогноз

При своевременно начатом лечении неспецифического эпидидимита прогноз благоприятный. При рецидивировании заболевания может развиваться

непроходимость придатка и семявыносящего протока, а при двустороннем поражении – бесплодие.

Литература:

1. Урология: Национальное руководство/ под. ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009
2. Урология : учебник / [С. Х. Аль-Шукри, Р. Э. Амдий, С. Ю. Боровец и др.] ; под ред. С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачука. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.
3. Заболевания мочеполовых органов. Справочник для практикующих врачей/ под ред. Ю.Г. Аляева. – М.: «Литера». 2007
4. Урология по Дональду Смиту. Под ред. Э. Танахо, Дж. Мак-Анинча. М.:Практика. 2005.
5. Oxford Handbook of Urology. Second edition / John Reynard, Simon Brewster, Suzanne Biers. 2010
6. Naber K.G., Bergman B., Bishop M.C., et al. Guidelines of Urinary and Male Genital Tract Infections European Association of Urology 2006. – P. 114-130

ПРОТОКОЛЫ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ ЯИЧКА

Определение

Перекручивание яичка — патологическое скручивание семенного канатика, вызванное поворотом яичка, что приводит к ущемлению или некрозу яичка.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N44	Перекручивание яичка

Этиология и патогенез

Перекручивание яичка чаще случается у новорожденных и в период полового созревания. Основная причина перекручивания яичка — внезапное сильное сокращение кремастера, который у детей развит сильнее, чем у взрослых, так же причиной переурута может быть физическая нагрузка. При перекруте яичка уже через 4-6 ч происходит нарушение крово- и лимфообращения, что приводит к гибели сперматогенного эпителия и развитию инфаркта яичка. Если в ближайшие часы не ликвидировать нарушение кровообращения, то происходит некроз яичка. Если нарушение было частичным и кратковременным, то функция может восстановиться.

Классификация

Выделяют вневлагалищное и внутривлагалищное перекручивание яичка:

- Вневлагалищное перекручивание яичка наблюдают у детей до 1 года.
- Внутривлагалищное перекручивание — чаще возникает у детей старше 1 года и у взрослых.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ ЯИЧКА

Диагностика (D,4)

Жалобы: Острое начало заболевания, внезапное появление сильной боли в области мошонки, иррадиирующие в паховую область и низ живота. Возможны: тошнота, рвота, тахикардия, потливость, вплоть до появления симптомов шока.

Анамнез: недавняя травма мошонки, сексуальная активность, возникновение симптомов во время сна или отдыха, при физической активности или занятии спортом; эпизоды подобных болей в анамнезе.

Физикальное исследование

Осмотр: осмотр живота и наружных половых органов. Оценивают наличие или отсутствие выделений из мочеиспускательного канала, положение поражённого яичка и его оси, наличие или отсутствие гидроцеле на стороне пораженного яичка или с противоположенной стороны, присутствие индурации или избыточной ткани в яичке или его придатке, изменение цвета мошонки.

Пальпация: Яичко пальпируется у верхнего края мошонки, что связано с укорочением семенного канатика. Пальпации мошонки малоблезненная. Иногда придаток пальпируется спереди от яичка. Семенной канатик утолщён. В последующем наблюдается отёчность и гиперемия мошонки. Из-за нарушения оттока лимфы может быть вторичное гидроцеле.

Отсутствие кремастерного рефлекса (в норме в ответ на поглаживание кожи внутренней поверхности бедра происходит медленное поднятие яичка к паховому каналу на стороне раздражителя) (С,3)

Для перекручивания яичка характерен положительный симптом Прена (приподнимание мошонки не уменьшает боли, как при эпидидимите, а наоборот, усиливает).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика проводится с орхитом, эпидидимитом, перекрутом гидатиды Морганьи, варикоцеле, опухолью яичка, ущемленной грыжей, острым аппендицитом, отеком Квинке, ушибом или разрывом яичка. Все эти заболевания описываются единым термином «синдром острой мошонки» - состоянием, требующим экстренную доставку в стационар.

Продолжительность симптомов при перекручивании яичка меньше, чем при перекруте гидатиды Морганьи и остром эпидидимите. При остром эпидидимите пальпируется напряженный, болезненный придаток яичка, в то время как при перекручивании яичка чаще пальпируется увеличенное, болезненное яичко. При перекруте гидатиды Морганьи отмечают изолированную болезненность верхнего полюса яичка. (С,3)

Патологическое расположение яичка при перекручивании яичка нагляднее, чем при эпидидимите. Лихорадка при эпидидимите развивается часто, а при перекручивании яичка ее может не быть. Классический симптом «голубой точки» выявляется при перекруте гидатиды Морганьи. (С,3)

Определить причину острого поражения мошонки только по данным анамнеза и физикального обследования не всегда представляется возможным. (С,3)

Лечение на догоспитальном этапе (D,4)

Основная задача СМП при перекручивании яичка — экстренная доставка больного в стационар. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, обеспечить физический покой, локальную гипотермию, введение обезболивающих препаратов:

- Дети: 50% раствор метамизола натрия – 0,1 мл/год жизни внутримышечно;
- Взрослые: Дротаверин 40 мг внутримышечно; кеторолак 30 мг внутримышечно; метамизол натрия 500 мг внутримышечно

Показания к доставке в стационар

Остро возникшая боль («синдром острой мошонки») является показанием к экстренной доставке в стационар. Медицинская эвакуация осуществляется в положении лежа на носилках с приподнятым головным

концом. Госпитализация должна быть осуществлена в первые часы от начала заболевания, чтобы избежать необратимых осложнений яичка пораженной стороны.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СГОСМП) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ ЯИЧКА

Все больные с признаками перекручивания яичка подлежат немедленному направлению в многопрофильные стационары скорой медицинской помощи, где круглосуточно обеспечивается дежурная урологическая служба. Для уточнения диагноза по рекомендации врача-уролога возможно потребуется выполнение **доплеровского УЗИ** или **динамической МРТ с контрастированием**. Все пациенты с признаками «острой мошонки» должны быть осмотрены врачом-урологом.

При УЗИ архитектура яичка и его придатка видна хорошо, опытный врач может получить свидетельство наличия или отсутствия кровотока в яичке. Эхографически перекрут яичка характеризуется неомогенностью изображения паренхимы с беспорядочным чередованием гипер- и гипоехогенных участков, утолщением покровных тканей мошонки, отёчным гиперэхогенным придатком, небольшим объёмом гидроцеле. Необходимо применение тканевого (энергетического) доплеровского картирования. Исследование необходимо проводить симметрично, чтобы выявить минимальные изменения, как, например, при неполном перекруте или самопроизвольном разрешении. В поражённом яичке кровоток обедняется или даже полностью не определяется (при воспалении кровотоки усиливаются). Самопроизвольное устранение перекручивания приводит к реактивному усилению кровотока, чётко видно по сравнению с предыдущими исследованиями.

Чувствительность УЗИ для диагностики перекручивания яичка составляет 63-100%, специфичность 97-100%, положительное прогностическое значение 100%, отрицательное прогностическое значение – 97,5% (С;3)

При динамическом МРТ с контрастированием здоровое яичко быстро накапливает контраст, в то время как на стороне перекрута накопления контрастного вещества практически не происходит. Перекручивание аппендикса яичка (гидатиды Морганьи) также может быть выявлено с применением динамического МРТ с контрастированием. Чувствительность метода достигает 100% (С;3)

У 2-3% больных перекручивание можно ликвидировать в первые часы заболевания, осуществив наружную ручную деторсию. Оперативное лечение. Все пациенты с подозрением на перекручивание яичка должны быть в экстренном порядке осмотрены врачом-урологом в условиях СтОСМП. При подтверждении диагноза экстренная ревизия органов мошонки, деторсия яичка и орхипексия должны быть выполнены в первые 6 часов от начала заболевания, дабы предотвратить необратимые изменения в структуре яичка.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Урология. Национальное руководство под редакцией Н.А. Лопаткина. Москва. 2009 г. – 1024 С.*
2. *S. Tekgül, H. Riedmiller, H.S. Dogan Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2013.*
3. *Приложение к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 16 апреля 2010 г. N 598 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»*
4. *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Руководство немецкого общества по детской хирургии.*

5. *Руководство для врачей скорой медицинской помощи. 4-е издание. В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко.*
6. *Campbell-Walsh Urology. 10th edition. 2012.*
7. *E.Makela, T.Lahdes-Vasama, P.Ryumin Magnetic resonance imaging of acute scrotum || Scandinavian Journal of Surgery, 2011 – V.100 – P.196-201*

Методология

Методы, использованные для сбора / селекции доказательств, их описание:

Поиск публикаций в электронных базах данных EMBASE, MEDLINE и PUBMED.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается)

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы,

	систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+,

	напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+