

Клинические рекомендации – Дивертикул мочевого пузыря – 2026-2027-2028 (27.08.2026) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N32.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2026

Пересмотр не позднее: 2028

ID: 1066_1

Возрастная категория: Взрослые

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

По состоянию на 27.08.2026 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Список сокращений

МП – мочевой пузырь

УЗИ – ультразвуковое исследование

КУДИ – комплексное уродинамическое исследование (A12.28.006 – Урофлоуметрия + A12.28.007 Цистометрия + A12.28.008 Профилометрия внутриуретрального давления + A05.19.001.001 Электромиография мышц тазового дна + A12.28.005 Исследование объема остаточной мочи)

БЦЖ – бацилла Кальметта-Герена

РМП – рак мочевого пузыря

НМИ – немышечно-инвазивный

Термины и определения

Дивертикул мочевого пузыря – это пролабирование слизистой оболочки мочевого пузыря через мышечные волокна стенки мочевого пузыря с образованием, тонкостенной патологической полости, сообщающейся с мочевым пузырем через узкую или широкую шейку и как правило характеризующуюся неполным опорожнением при мочеиспускании.

Комплексное уродинамическое исследование – это метод, позволяющий оценить накопительную и выделительную функции мочевого пузыря, функцию сфинктеров, а также мышц, участвующих в мочеиспускании, и таким образом установить возможные причины имеющихся нарушений (A12.28.006 – Урофлоуметрия + A12.28.007 Цистометрия + A12.28.008 Профилометрия внутриуретрального давления + A05.19.001.001 Электромиография мышц тазового дна + A12.28.005 Исследование объема остаточной мочи).

Детрузор (мочевого пузыря) – это мышечная оболочка мочевого пузыря, состоящая из трех переплетающихся слоев, образующих единую мышцу, изгоняющую мочу.

Дивертикулэктомия мочевого пузыря – операция по иссечению патологической слепо заканчивающейся полости с последующим восстановлением анатомической целостности органа.

Дивертикулэктомия мочевого пузыря с использованием видеоскопических технологий – эндоскопическая операция, подразумевающая рассечение шейки дивертикула мочевого пузыря для расширения сообщения между полостью мочевого пузыря и полостью дивертикула с помощью инструмента, проведенного через мочеиспускательный канал.

Инфравезикальная обструкция (ИВО) – представляет собой общий термин для описания обструкции во время мочеиспускания, характеризуется повышением давления детрузора и снижением скорости мочеиспускания, ИВО диагностируется при одновременном определении

скорости мочеиспускания и давления детрузора.

Интрадивертикулярная опухоль – новообразование уротелия, происходящее из слизистой дивертикула мочевого пузыря.

Измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) – это скрининговый неинвазивный метод диагностики, применяемый для оценки функций мочевыводящей системы – сфинктера уретры и мочевого пузыря.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дивертикул мочевого пузыря – это пролабирование слизистой оболочки мочевого пузыря через мышечные волокна стенки мочевого пузыря с образованием, тонкостенной патологической полости, сообщающейся с мочевым пузырем через узкую или широкую шейку и, как правило, характеризующееся неполным опорожнением при мочеиспускании [10].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Причины образования дивертикула мочевого пузыря делят на врожденные и приобретенные. В отличие от приобретенной формы, которая практически всегда сопряжена с инфравезикальной обструкцией или нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, врожденный дивертикул мочевого пузыря возникает из-за гипоплазии мышечного слоя стенки мочевого пузыря [1, 2]. Механизм формирования дивертикула заключается в действии повышенного внутрипузырного давления на стенку мочевого пузыря вследствие препятствия оттоку мочи и/или дискоординированных сокращений мышечных волокон или, в случае врожденной патологии, воздействия нормального внутрипузырного давления на ослабленную мышечную стенку МП. Эти изменения приводят к продавливанию слизистой оболочки МП между мышечными волокнами с образованием "вдавлений" в стенке мочевого пузыря, являющихся органическим субстратом для дальнейшего роста и формирования дивертикула [3, 4].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дивертикулы мочевого пузыря могут встречаться во всех возрастных группах; однако в 90% случаев дивертикул мочевого пузыря диагностируется у взрослых. Кроме того, дивертикулы МП чаще встречаются у мужчин, чем у женщин, с частотой около 9 к 1 как среди детей, так и взрослых [3, 5]. Врожденные дивертикулы мочевого пузыря встречаются в 1,7%, причем чаще среди детей младше 10-ти лет [6].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N 32.3 – Дивертикул мочевого пузыря

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Самой распространенной классификацией дивертикулов мочевого пузыря является разделение на врожденный и приобретенный тип [1, 10]. В отечественной и зарубежной литературе также встречаются упоминания о ложных дивертикулах или псевдивертикулах мочевого пузыря [5, 11, 17]. Это разделение основано на гистологических данных о строении стенки дивертикула, так, например, истинным дивертикулом ранее считали врожденный, который содержит все слои стенки мочевого пузыря, соответственно ложным считался приобретенный дивертикул, исполненный лишь одной слизистой мочевого пузыря. Однако крупные патоморфологические исследования препаратов, полученных после цистэктомии, как у детей, так и у взрослых, демонстрирует противоречивые результаты, так как у детей встречаются дивертикулы, вовсе не содержащие мышечного слоя в строении своей стенки, в то время как у взрослых обнаруживаются приобретенные дивертикулы, содержащие мышечный слой в составе своей стенки [5, 19]. Также в научной литературе встречается разделение дивертикулов по размеру: малые – до 4 см и крупные – более 4 см, которые чаще всего являются симптоматическими [17].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дивертикулы мочевого пузыря редко вызывают выраженные симптомы и чаще всего обнаруживаются случайно при обследовании по поводу другого, не связанного с ним заболевания, включая инфекции мочевыводящих путей [10]. Поскольку крупные дивертикулы мочевого пузыря опорожняются медленно или не полностью после мочеиспускания, возникающие симптомы часто связаны с застоем мочи в дивертикуле или компрессией увеличенным дивертикулом смежных органов малого таза [17].

Частыми симптомами являются ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, чувство тяжести в нижней части живота и двухэтапное мочеиспускание при наличии крупных дивертикулов мочевого пузыря. Однако эти симптомы неспецифичны и могут быть обусловлены гиперплазией предстательной железы, стриктурой уретры или другими патологиями, вызывающими затрудненное мочеиспускание. Наиболее распространенным ранним проявлением врожденных дивертикулов мочевого пузыря является острая инфекция мочевыводящих путей, обусловленная застоем мочи. Реже встречаются такие проявления, как гематурия, уретерогидронефроз, дискомфорт в животе или пальпируемое образование в брюшной полости [7, 8].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния:

1. Тяжесть в нижней части живота, периодические боли в животе или поясничной области перемежающегося характера, затрудненное мочеиспускание, двухэтапное мочеиспускание, гематурия признаки хронической или рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей [5].

2. Патологическая полость, сообщающаяся с мочевым пузырем через перешеек, часто характеризующаяся неполным опорожнением или наличием конкрементов и/или новообразований по данным визуализирующих методов диагностики [10, 12].

При подозрении на дивертикул мочевого пузыря обязательна дифференциальная диагностика с различными заболеваниями мочевого пузыря, почек и органов брюшной полости. При наличии

боли в поясничной области проводят дифференциальную диагностику с нефролитиазом, нефроптозом, стриктурой мочеточника, опухолями мочевого пузыря и верхних мочевыводящих путей [10].

Дивертикулы мочевого пузыря часто обнаруживаются случайно во время рентгенологического или ультразвукового исследования и выглядят как заполненное жидкостью образование около мочевого пузыря. Ниже приведены примеры дифференциальной диагностики таких структур [9]:

- Аномалии матки, яичников и маточных труб;
- Кисты урахуса;
- Эктопия мочеточник;
- Уретероцеле;
- Мюллеровы кисты;
- Послеоперационные осложнения, к примеру, лимфоцеле.

2.1. Жалобы и анамнез

Соответствующие жалобы и анамнез перечислены в [разделе "1.6. Клиническая картина"](#).

2.2. Физикальное обследование

Соответствующие данные физикального обследования перечислены в [разделе "1.6. Клиническая картина"](#).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на наличие дивертикула мочевого пузыря выполнение общего (клинического) анализа мочи и микроскопическое исследование осадка мочи с целью дифференциальной диагностики и исключения сопутствующих новообразований [5, 18-23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: для дивертикула мочевого пузыря в литературе не описано специфических изменений в лабораторных данных, при общем анализе мочи могут быть выявлены макро- и микрогематурия, позволяющие заподозрить наличие опухоли мочевого пузыря или камней мочевого пузыря [5, 18-23]. Большинство авторов согласны с необходимостью проведения цитологического исследования мочи, однако в настоящее время не сформировано баз данных для определения референсных значений [28].

- Всем пациентам с подозрением на наличие дивертикула мочевого пузыря рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови для исключения острого воспалительного процесса [10].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с подозрением на наличие дивертикула мочевого пузыря рекомендуется выполнение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня хлоридов в крови) для оценки функции почек [11].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Чаще всего для диагностики дивертикула мочевого пузыря достаточно одного из методов визуализации: ультразвуковое исследование мочевого пузыря (код А04.28.002.003), цистография (код А06.28.007), внутривенная урография (код А06.28.002), компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием (код А06.21.003.003), компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием (код А06.20.002.003) и магнитно-резонансная томография урография с контрастированием (код А05.28.003.001). Однако в рамках предоперационной подготовки к плановому оперативному вмешательству может потребоваться проведения дополнительных инструментальных методов диагностики, таких как уретроскопия и КУДИ [11].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на дивертикул мочевого пузыря проведение ультразвукового исследования мочевого пузыря с определением остаточной мочи (код А04.28.002.005) и ультразвукового исследования почек (код А04.28.002.001) для установления диагноза, дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями и оценки состояния паренхимы и чашечно-лоханочной системы почек [10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: УЗИ позволяет получить информацию о наличии дивертикула мочевого пузыря, его локализации, изолированной емкости дивертикула, объеме остаточной мочи после микции, а также по данным УЗИ возможно диагностировать сопутствующую патологию, такую как опухоль мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, а также оценить состояние чашечно-лоханочной системы.

- Всем пациентам с подозрением на дивертикул мочевого пузыря, у которых проведение ультразвукового исследования не позволило подтвердить или исключить наличие дивертикула, рекомендуется цистография (код А06.28.007), внутривенная урография (код А06.28.002), компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием (код А06.21.003.003) и компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием (код А06.20.002.003) для установления диагноза, а также дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями [10, 24].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: при помощи УЗИ не всегда удается однозначно определить, что анэхогенное образование в полости малого таза как дивертикул мочевого пузыря, в таких случаях считается целесообразным применение дополнительных лучевых методов визуализации. По данным опыта радиологов чувствительность компьютерной томографии в выявлении интрадивертикулярных опухолей достигает 82-94%, а чувствительность в определении экстравезикального распространения 71-86% [24]. Чувствительность экскреторной урографии в диагностике дивертикула мочевого пузыря и интрадивертикулярных опухолей не превышает 50% [18, 21].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на дивертикул мочевого пузыря, проведение цистоскопии для подтверждения диагноза и исключения опухоли дивертикула [23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на дивертикул мочевого пузыря, которым запланировано оперативное лечение, проведение КУДИ с целью получения данных о функциональном состоянии МП [11].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: КУДИ необходимо для определения сократительной способности мочевого пузыря и цистометрической емкости. Урофлоуметрия позволяет судить о степени инфравезикальной обструкции, что способствует дифференциальной диагностике.

2.5. Иные диагностические исследования

Отсутствуют сведения об иных диагностических методах исследования при подозрении на дивертикул мочевого пузыря.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

При дивертикуле мочевого пузыря возможно применение консервативного и хирургического (лапароскопического, эндоскопического) лечения. Показания к лечению дивертикулов мочевого пузыря включают:

- хроническую/рецидивирующую инфекцию мочевыводящих путей;
- камни мочевого пузыря/камни дивертикула;
- опухоль мочевого пузыря/дивертикула.

Злокачественные новообразования дивертикула мочевого пузыря представляют особую опасность в связи с отсутствием в строении дивертикула развитой мышечной стенки, что приводит к более высокому риску распространения опухолевого роста за пределы мочевого пузыря [12].

3.1. Консервативное лечение

Пациентам с незначительными или отсутствующими симптомами и без сопутствующихотягчающих обстоятельств (камней, опухоли мочевого пузыря) возможно предложить мониторинг и наблюдение. Однако такие пациенты должны быть проинформированы о возможности повышенного риска развития опухоли и камней мочевого пузыря. Продолжительность наблюдения и график посещений подбирается индивидуально, осмотр состоит из сбора жалоб и анамнеза, физикального обследования, общего анализа и цитологического исследования мочи, а также цистоскопии. Для пациентов с наличием противопоказаний к хирургическому лечению или при неэффективности хирургического лечения может быть предложена чистая периодическая самокатетеризация.

- Рекомендуется предложить наблюдение врачом-урологом (прием (осмотр, консультация) врача-уролога) пациентам с отсутствием симптомов, связанных с дивертикулом мочевого пузыря, и/или которым противопоказано оперативное лечение с целью контроля над течением заболевания [13].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2. Хирургическое лечение

Оперативное лечение дивертикула мочевого пузыря – дивертикулэктомия мочевого пузыря – практически всегда проводится в плановом порядке. Доступные в настоящее время методы включают открытые и эндовидеохирургические (эндоскопические, лапароскопические, экстраперитонеоскопические) вмешательства [10, 12-16].

3.2.1. Дивертикулэктомия

Дивертикулэктомия мочевого пузыря является единственным методом радикального лечения дивертикула мочевого пузыря. Возможно ее исполнение открытым, лапароскопическим,

ретроперитонеоскопическим доступами [12].

Показаниями к дивертикулэктомии мочевого пузыря являются:

- нарушение мочеиспускания вследствие компрессии шейки мочевого пузыря объемным дивертикулом мочевого пузыря;
- одно-, двусторонний гидронефроз по причине сдавления дивертикулом мочевого пузыря верхних мочевыводящих путей (нижняя 1/3 и интрамуральный отдел мочеточника, устье мочеточника);
- дивертикулит/острый цистит, не поддающийся консервативной терапии антибиотиками;
- камни в полости дивертикула мочевого пузыря;
- новообразования в области дивертикула мочевого пузыря;
- оперативное лечение сопутствующей инфравезикальной обструкции [10, 15, 16, 21, 17].

Перед оперативным вмешательством проводится стандартное предоперационное обследование, а также при необходимости дополнительные диагностические мероприятия, если того требует анамнез пациента.

- Всем пациентам, имеющим показания к оперативному лечению дивертикула мочевого пузыря рекомендуется выполнение дивертикулэктомии мочевого пузыря (A16.28.028 Дивертикулэктомия мочевого пузыря) для устранения симптомов, связанных с дивертикулом [10, 17].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: как открытый, так и лапароскопический, ретроперитонеоскопический доступы позволяют добиться хороших функциональных результатов, однако при наличии соответствующего технического оснащения стоит отдать предпочтение эндовидеохирургическим методам, так как они связаны с более короткой продолжительностью госпитализации и меньшей потребностью в обезболивании, несмотря на увеличение средней длительности операции [14]. Роботизированная хирургия дает схожие с лапароскопической техникой результаты, при этом средней срок госпитализации составляет 2,4 дня [15, 16].

3.2.2. Трансуретральная инцизия шейки дивертикула

Дивертикулэктомия мочевого пузыря с использованием видеоэндоскопических технологий направлена на создание широкого сообщения между полостью мочевого пузыря и полостью дивертикула, таким образом в дивертикуле прекращает скапливаться остаточная моча, устраняется и/или снижается риск развития осложнений [12].

- Пациентам с наличием симптомов рекомендуется выполнять дивертикулэктомию мочевого пузыря с использованием видеоэндоскопических технологий (код A16.28.028.001) с целью лечения осложнений, связанных с дивертикулом мочевого пузыря [17].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: Дивертикулэктомия мочевого пузыря с использованием видеоэндоскопических технологий (или т.к. трансуретральная инцизия шейки дивертикула мочевого пузыря) является минимально инвазивной и эффективной операцией, которая хорошо подойдет как для соматически ослабленных пациентов, так и для пациентов, которым дивертикулэктомия мочевого пузыря с использованием видеоэндоскопических технологий может быть предложена в качестве альтернативы открытому и лапароскопическому вмешательству без негативных последствий для дальнейшего радикального лечения, если течение заболевания того требует [10].

3.3. Лечение при опухолях дивертикула

См. клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации "Рак мочевого пузыря".

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфическая рекомендация не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется наблюдение врачом-урологом (прием (осмотр, консультация) врача-уролога) пациентам с отсутствием симптомов, связанных с дивертикулом мочевого пузыря, и/или которым противопоказано оперативное лечение с целью контроля над течением заболевания [10].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проведение общего (клинического) анализа мочи и микроскопическое исследование осадка мочи пациентам, которые наблюдаются по поводу дивертикула мочевого пузыря [10].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: продолжительность наблюдения и график посещения необходимо устанавливать индивидуально для каждого пациента.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

1) подтвержденный на основании инструментальных данных дивертикул мочевого пузыря, осложненный симптомами, камнями или опухолью, и требующий оперативного лечения.

Показания для экстренной госпитализации:

1) острый цистит, дивертикулит, не поддающийся консервативному лечению.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) Отсутствие необходимости в стационарном наблюдении и лечении после проведенной операции.

2) Отсутствие гнойно-септических осложнений после хирургического вмешательства.

3) Отсутствие тромбоэмболических осложнений после хирургического вмешательства.

4) Достигнуто восстановление адекватного мочеиспускания, уменьшен или устранен объем остаточной мочи.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Проведена диагностика, в том числе дифференциальная, с использованием лабораторных и лучевых методов исследования.	Да/нет
2.	Проведено микроскопическое исследование осадка мочи и	Да/нет

	цистоскопия для исключения опухоли дивертикула и/или мочевого пузыря.	
3.	Выполнено КУДИ, либо измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) и ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи в рамках подготовки к операции для прогнозирования функции мочевого пузыря в послеоперационном периоде.	Да/нет
4.	Выполнена дивертикулэктомия мочевого пузыря пациентам при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.	Да/нет
5.	Проведено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи и ультразвуковое исследование почек с целью установления диагноза, а также дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями.	Да/нет

Список литературы

1. Abou Zahr, R., Chalhoub, K., Ollaik, F., & Nohra, J. (2018). Congenital Bladder Diverticulum in Adults: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Urology*, 2018, 1-3. <https://doi.org/10.1155/2018/9748926>
2. Blane, C. E., Zerlin, J. M., & Bloom, D. A. (1994). Bladder diverticula in children. *Radiology*, 190(3), 695-697. <https://doi.org/10.1148/RADIOLOGY.190.3.8115613>
3. Garat, J. M., Angerri, O., Caffaratti, J., Moscatiello, P., & Villavicencio, H. (2007). Primary congenital bladder diverticula in children. *Urology*, 70(5), 984-988. <https://doi.org/10.1016/J.UROLOGY.2007.06.1108>
4. Gerridzen, R. G., & Futter, N. G. (1982). Ten-year review of vesical diverticula. *Urology*, 20(1), 33-35. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(82\)90532-5](https://doi.org/10.1016/0090-4295(82)90532-5)
5. Idrees, M. T., Alexander, R. E., Kum, J. B., & Cheng, L. (2013). The spectrum of histopathologic findings in vesical diverticulum: implications for pathogenesis and staging. *Human Pathology*, 44(7), 1223-1232. <https://doi.org/10.1016/J.HUMPATH.2012.11.005>
6. Psutka, S. P., & Cendron, M. (2013). Bladder diverticula in children. *Journal of Pediatric Urology*, 9(2), 129-138. <https://doi.org/10.1016/J.JPUROL.2012.02.013>
7. Evangelidis, A., Castle, E. P., Ostlie, D. J., Snyder, C. L., Gatti, J. M., & Murphy, J. P. (2005). Surgical management of primary bladder diverticula in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 40(4), 701-703. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2005.01.003>
8. Pieretti, R. v., & Pieretti-Vanmarcke, R. v. (1999). Congenital bladder diverticula in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 34(3), 468-473. [https://doi.org/10.1016/S0022-3468\(99\)90501-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3468(99)90501-8)
9. Cermak, S., & Putman, S. (2018). [Micturition Complaints in Men: One Symptom, Multiple Causes]. *Praxis*, 107(11), 593-598. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/A002974>
10. Halaseh, S. A., & Leslie, S. W. (2023). Bladder Diverticulum. *Urology*, Second Edition, 195-196. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-65395-4.00093-2>
11. Дивертикулы нижних и верхних мочевых путей. под редакцией А.Г. Мартова – Москва: Мегapolis – 120 с.
12. Clayman, R. v., Shahin, S., Reddy, P., & Fraley, E. E. (1984). Transurethral treatment of bladder diverticula. Alternative to open diverticulectomy. *Urology*, 23(6), 573-577. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(84\)90073-6](https://doi.org/10.1016/0090-4295(84)90073-6)
13. Jacq, C., Hubeaux, K., & Ramanantsitonta, J. (2021). [Multiple sclerosis and intermittent self-catheterization]. *Progres En Urologie: Journal de l'Association Francaise d'urologie et de La Societe Francaise d'urologie*, 31(4), 195-203. <https://doi.org/10.1016/J.PUROL.2020.11.001>
14. Porpiglia, F., Tarabuzzi, R., Cossu, M., Vacca, F., Terrone, C., Fiori, C., & Scarpa, R. M. (2004). Is laparoscopic bladder diverticulectomy after transurethral resection of the prostate safe and

effective? Comparison with open surgery. *Journal of Endourology*, 18(1), 73-76. <https://doi.org/10.1089/089277904322836721>

15. Magera, J. S., Adam Childs, M., & Frank, I. (2008). Robot-assisted laparoscopic transvesical diverticulectomy and simple prostatectomy. *Journal of Robotic Surgery*, 2(3), 205-208. <https://doi.org/10.1007/S11701-008-0100-Z>

16. Myer, E. G., & Wagner, J. R. (2007). Robotic assisted laparoscopic bladder diverticulectomy. *The Journal of Urology*, 178(6), 2406-2410. <https://doi.org/10.1016/J.JURO.2007.08.012>

17. Pacella, M., Mantica, G., Maffezzini, M., Justich, M., Traverso, P., de Angelis, P., Gallo, F., Ackermann, H., Zaramella, S., & Terrone, C. (2018). Large bladder diverticula: a comparison between laparoscopic excision and endoscopic fulguration. *Scandinavian Journal of Urology*, 52(2), 134-138. <https://doi.org/10.1080/21681805.2017.1422014>

18. Baniel, J., & Vishna, T. (1997). Primary transitional cell carcinoma in vesical diverticula. *Urology*, 50(5), 697-699. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00319-1](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00319-1)

19. Tamas, E. F., Stephenson, A. J., Campbell, S. C., Montague, D. K., Trusty, D. C., & Hansel, D. E. (2009). Histopathologic features and clinical outcomes in 71 cases of bladder diverticula. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 133(5), 791-796. <https://doi.org/10.5858/133.5.791>

20. Bourgi, A., Ayoub, E., & Merhej, S. (2016). Diverticulectomy in the Management of Intradiverticular Bladder Tumors: A Twelve-Year Experience at a Single Institution. *Advances in Urology*, 2016(1), 2345306. <https://doi.org/10.1155/2016/2345306>

21. Dondalski, M., White, E. M., Ghahremani, G. G., Patel, S. K., Dondalski, M., White, E. M., Ghahremani, G. G., & Patel, S. K. (2013). Carcinoma arising in urinary bladder diverticula: imaging findings in six patients. <https://doi.org/10.2214/Ajr.161.4.8372767>, 161(4), 817-820. <https://doi.org/10.2214/AJR.161.4.8372767>

22. Melekos, M. D., Asbach, H. W., & Barbalias, G. A. (1987). Vesical diverticula: Etiology, diagnosis, tumorigenesis, and treatment: Analysis of 74 cases. *Urology*, 30(5), 453-457. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(87\)90378-5](https://doi.org/10.1016/0090-4295(87)90378-5)

23. Poletajew, S., Krajewski, W., Adamowicz, J., Kołodziej, A., Zdrojowy, R., & Radziszewski, P. (2020). Management of Intradiverticular Bladder Tumours: A Systematic Review. *Urologia Internationalis*, 104(1-2), 42-47. <https://doi.org/10.1159/000503868>

24. di Paolo, P. L., Vargas, H. A., Karlo, C. A., Lakhman, Y., Zheng, J., Moskowicz, C. S., Al-Ahmadie, H. A., Sala, E., Bochner, B. H., & Hricak, H. (2015). Intradiverticular bladder cancer: CT imaging features and their association with clinical outcomes. *Clinical Imaging*, 39(1), 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2014.10.004>

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Попов Сергей Валерьевич – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный врач СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, заведующий кафедрой хирургии и урологии им. Б.И. Мирошникова медицинского института СПб Медико-социальный институт, профессор кафедры урологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова МО РФ, член Российского общества урологов, член Российского общества онкоурологов.

2. Гусейнов Руслан Гусейнович – к.м.н., заместитель главного врача по научной деятельности СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, доцент кафедры хирургии и урологии им. Б.И. Мирошникова медицинского института СПб Медико-социальный институт, член Российского общества урологов, член Российского общества онкоурологов.

3. Бештоев Ахмед Хатауович – научный сотрудник СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, член Российского общества урологов.

4. Малышев Егор Алексеевич – научный сотрудник СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, член Российского общества урологов.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-урологи.
2. Врачи-онкологи.
3. Врачи-терапевты.
4. Врачи общей врачебной практики (семейной медицины).
5. Врачи-хирурги.
6. Врачи-анестезиологи-реаниматологи.
7. Врачи-радиологи.
8. Врачи-радиотерапевты.
9. Врачи-педиатры.
9. Врачи-патологоанатомы.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
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	Несравнимые исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
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	Несравнимые исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 907н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача

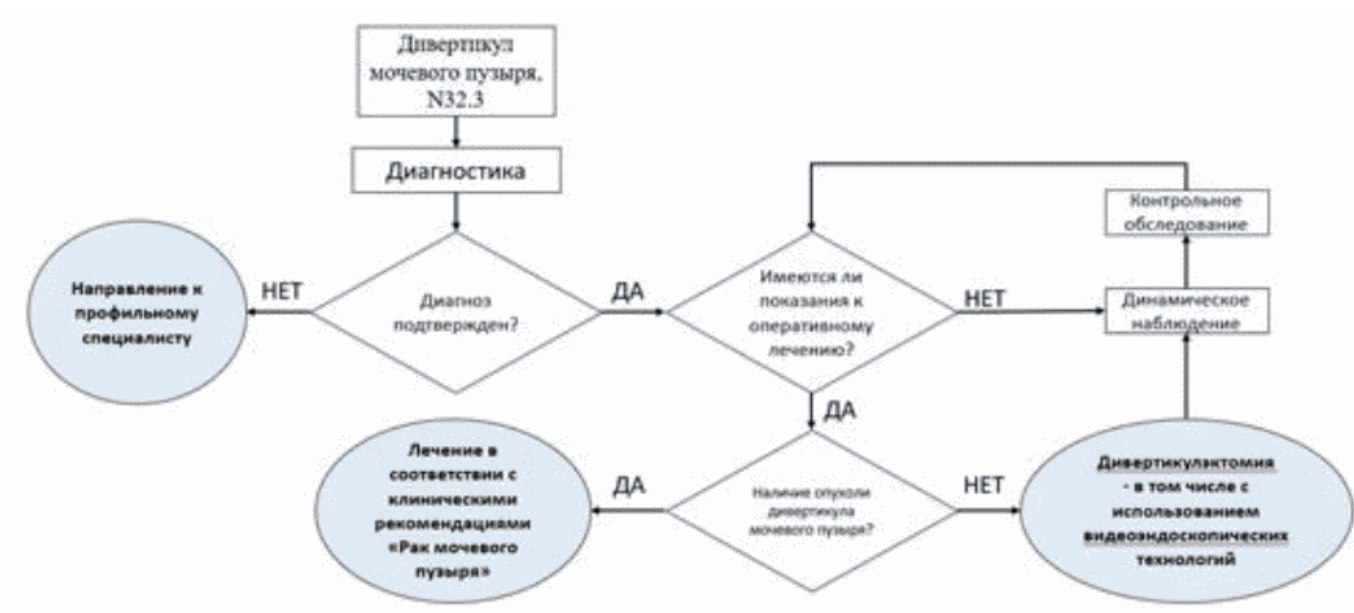


Рисунок 1. Алгоритм диагностики и лечения при подтверждении диагноза дивертикул мочевого пузыря.

Приложение В

Информация для пациента

Пациента информируют о клинической картине заболевания, знакомят с различными методами лечения и их потенциальными результатами. Выбор метода лечения следует выполнять в результате такого собеседования после того, как пациент имел возможность задать все интересующие его вопросы.

Пациент должен быть информирован о возможных течениях заболевания, рисках, связанных с наличием дивертикула мочевого пузыря.

Следует информировать пациента о симптоматике, различных осложнениях дивертикула мочевого пузыря, включая вторичное камнеобразования, развитие РМП и хроническую инфекцию мочевыводящих путей.

Пациенту должны быть разъяснены возможные риски и последствия как оперативного лечения (трансуретральная инцизия шейки дивертикула мочевого пузыря, лапароскопическая дивертикулэктомия, робот-ассистированная трансперинеальная дивертикулэктомия и т.д.), так и динамического наблюдения (прободение стенки мочевого пузыря, возникновение новообразования в полости дивертикула мочевого пузыря).

Пациенты, находящиеся под наблюдением должны сообщать своему лечащему врачу-урологу об изменениях в симптомах и собственном состоянии для профилактики осложнений и своевременного принятия решений по дальнейшей тактике лечения.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не предусмотрены.

Новые, изданные в 2020-2026 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
