

Перспективы лечения больных урогинекологического профиля в условиях пандемии COVID-19 и последующего снятия ограничительных мер (клиническая лекция)

М.Ю. Гвоздев¹, В.А. Шадеркина², И.А. Шадеркин³, М.Д. Джураева¹, О.А. Арефьева¹

¹Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127473, ул. Делегатская, д.20, стр.1, г. Москва, Россия

²Урологический информационный портал UroWeb.ru, 111020, ул. Боровая 18, стр.1, оф. 304, Москва, Россия

³Институт цифровой медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Россия, 119146, Большая Пироговская ул., 19, стр. 1, Москва, Россия

Ответственный за контакт с редакцией: Шадеркина Виктория Анатольевна, viktoriashade@uroweb.ru

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 заставила мировую медицину полностью изменить стратегию оказания помощи целому ряду пациентов. В данной публикации рассматриваются вопросы оказания специализированной помощи урогинекологическим больным в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, а также перспективы восстановления планового хирургического лечения после снятия карантинных мер.

Материалы и методы. Пандемия COVID-19 привело к существенному ограничению доступности амбулаторной и стационарной медицинской помощи, что явилось хорошим стимулом для более активного использования дистанционных методов ведения и мониторинга больных, в том числе с использованием телемедицинских технологий. Авторы рассмотрели доступные публикации в Pubmed и проанализировали опыт оказания урогинекологической помощи в условиях COVID-19.

Результаты. Послеоперационные онлайн-консультации в подавляющем большинстве случаев хорошо воспринимаются пациентками и оправдывают их ожидания. Лечение неосложненной острой и рецидивирующей мочевой инфекции возможно без визита в стационар. Большинство плановых хирургических вмешательств не требуют выполнения в короткие сроки и вполне могут быть отложены на несколько месяцев. Пациенткам, претендующим на интрадетрузорное введение ботулинического токсина типа А или электростимуляцию большеберцового нерва, может быть предложено медикаментозное лечение. Во всех случаях необходима оценка существующих рисков развития побочных эффектов и рисков инфицирования новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Выводы. В условиях изменившегося под влиянием COVID-19 мира, необходима тщательная оценка рисков для урогинекологических пациенток – при проведении очной консультации, при планировании хирургического лечения, в том числе экстренных вмешательств. Недопустимо игнорирование интересов пациенток урогинекологического профиля под предлогом борьбы с эпидемией.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, пандемия, урогинекологические заболевания.

Для цитирования: Гвоздев М.Ю., Шадеркина В.А., Шадеркин И.А., Джураева М.Д., Арефьева О.А. Перспективы лечения больных урогинекологического профиля в условиях пандемии COVID-19 и последующего снятия ограничительных мер (клиническая лекция). Экспериментальная и клиническая урология 2020;(2):24-32

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-2-24-32

Prospects for the treatment of patients with a urogynecological profile in conditions of the COVID-19 pandemic and subsequent lifting of restrictive measures (Clinical lecture)

M.Yu. Gvozdev¹, V.A. Shaderkina², I.A. Shaderkin³, M.D. Dzhuraeva¹, O.A. Arefyeva¹

¹Department of Urology A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 20 Delegatskaya st., Moscow, 127473, Russia

²The urological information portal UroWeb.ru, 304, 18 st. Borovaya, Moscow, 111020, Russia

³Institute of Digital Medicine of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. 19, Bolshaya Pirogovskaya st., Moscow, 119146, Russia

Contacts: Shaderkina Victoria Anatolyevna, viktoriashade@uroweb.ru

Introduction. The new coronavirus pandemic (COVID-19) has made the world medicine to completely change the strategy of care for a number of patients. This publication discusses the issues of providing specialized care to urogynecological patients in the situation of the new coronavirus pandemic, as well as the prospects for the planned surgical treatment restoration after the quarantine is lifted.

Materials and methods. The COVID-19 pandemic led to a significant limitation of the outpatient and inpatient care availability, which was a good incentive for more active use of remote methods for managing and monitoring patients, including the telemedicine technologies. The authors reviewed available publications at Pubmed and analyzed the experience of providing urogynecological care during COVID-19 pandemic.

Results. The vast majority of postoperative online consultations are well received by patients and live up to their expectations. Treatment of uncomplicated acute and recurrent urinary infections is possible without a visit to a hospital. Most planned surgical procedures do not require completion in a short period of time and may well be delayed for several months. To patients applying for the intradetrusor botulinum toxin type A administration or tibial nerve electrical stimulation, a drug therapy might be offered. In all cases, an assessment of the existing side effects risks and the risks of infecting with a new coronavirus infection COVID-19 is necessary.

Conclusions. In the conditions of the world changed under the influence of COVID-19 pandemic, a thorough risk assessment is necessary for urogynecological patients – during face-to-face consultations, when planning surgical treatment, including emergency procedures. It is unacceptable to ignore the interests of urogynecological patients under the pretext of fight against the epidemic.

Key words: coronavirus infection, pandemia, urogynecological diseases.

For citation: Gvozdev M.Yu., Shaderkina V.A., Shaderkin I.A., Dzhuraeva M.D., Arefyeva O.A. Prospects for the treatment of patients with a urogynecological profile in conditions of the COVID-19 pandemic and subsequent lifting of restrictive measures (clinical lecture). Experimental and clinical urology 2020;(2):24-32

ВВЕДЕНИЕ

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) заставила мировую медицину полностью изменить стратегию оказания помощи целому ряду пациентов. Естественно, что основным приоритетом является лечение больных с клиническими проявлениями коронавирусной инфекции. Ряд рекомендаций и приказов, направленных на приостановление оказания плановой медицинской помощи, оказывает негативное влияние на качество жизни большинства пациентов. Не будем говорить о серьезном положении онкологических больных, в первую очередь оказавшихся заложниками ситуации. Большинство пациенток урогинекологического профиля обращаются за помощью для улучшения качества жизни, что на сегодняшний день вовсе не является приоритетом. Можно ли допустить сценарий, по которому накопившиеся за период самоизоляции больные с онкоурологической патологией, мочекаменной болезнью, мочевой инфекцией, а также с другими заболеваниями, требующими скорейшего, и в том числе хирургического лечения, увеличат сроки госпитализации пациенток урогинекологического профиля? Значит ли это, что функциональные состояния в урологии уходят на второй план? Наша задача, как специалистов в этой области, сохранить качество оказываемой помощи, а также доказать необходимость дальнейшего развития урогинекологии, несмотря на складывающуюся в отечественном здравоохранении ситуацию.

В данной клинической лекции мы хотели бы осветить ряд вопросов, касающихся оказания специализированной помощи урогинекологическим больным в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, а также перспективы восстановления планового хирургического лечения после снятия карантинных мер.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пандемия COVID-19 привело к существенному ограничению доступности амбулаторной и стационарной медицинской помощи, что явилось хорошим стимулом для более активного использования дистанционных методов ведения и мониторинга больных, в том числе с использованием телемедицинских технологий. Авторы рассмотрели доступные публикации в Pubmed и проанализировали опыт оказания урогинекологической помощи в условиях COVID-19.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Организация урогинекологической помощи в условиях COVID-19

Перепрофилирование системы здравоохранения в условиях массового поступления инфекционных больных разной степени тяжести полностью изменила методы обследования и лечения других групп пациентов в том числе и пациенток урогинекологического профиля. В первую очередь это привело к существенному ограничению доступности амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

Поскольку в настоящее время отсутствуют действительно эффективные методы лечения и вакцинации, то основное внимание уделяется профилактике заражения. К доказанным мерам относятся социальное дистанцирование, а также ряд карантинных мероприятий. В опубликованных рекомендациях по профилактике распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в медицинских учреждениях предлагается существенное сокращение или полный запрет на проведение амбулаторных консультаций. С одной стороны, это явилось хорошим стимулом для более активного использования дистанционных методов ведения и мониторинга больных, в том числе с использованием телемедицинских технологий. С другой стороны, отсутствие необходимой законодательной базы, касающейся в том числе оплаты труда, а также целый ряд ограничений существенно затрудняют внедрение данного вида помощи, несмотря на очевидные преимущества. Медицинская онлайн-консультация дает возможность с помощью современных коммуникационных технологий осуществлять прямой контакт пациента с врачом и получить доступ к медицинскому обслуживанию. Во многих странах были пересмотрены правила, позволяющие медицинским учреждениям использовать онлайн-консультации и получать соответствующую оплату [1]. Например, Центры услуг Medicare и Medicaid в США расширили доступ к услугам онлайн-консультаций и возмещение расходов за них, предоставив возможность медицинским учреждениям, занимающимся женской тазовой и реконструктивной хирургией, предоставлять пациентам непрерывную помощь, которая была бы невозможна ввиду пандемии COVID-19. К сожалению, в Российской Федерации после принятия Закона о телемедицине ее применение в практической медицине усугубилось рядом ограничений – к примеру, для дистанционного консультирования необходимо лицензированное помещение, причем по той специальности, по которой планируется консультирование пациентов, запрещено ставить диагноз и назначать лечение. Не решен вопрос идентификации и аутоидентификации. Применение телемедицинских технологий ограничено отсутствием тарифов ОМС, что существенно затрудняет оплату за дистанционные консультации. Врачи вынуждены консультировать своих пациентов по незащищенным каналам связи – WhatsApp, Telegram, Skype.

В урогинекологии онлайн-консультация может иметь ряд ограничений, тем не менее необходимо дать возможность каждой больной начать или продолжить лечение с использованием удаленного доступа к услугам медицинской организации [2]. Однако не стоит забывать о том, что пациентки с урогинекологической патологией различаются по возрасту, социально-экономическому статусу, медицинской и компьютерной грамотности, а технологические устройства и доступ в интернет доступны не повсеместно. Тем не менее, существует статистика, что пациентки, живущие в сельской местности, принимали более активное участие в онлайн-консультациях. Однако следует учитывать ограниченный доступ в Интернет и технические возможности пожилых пациентов [3].

Нам хотелось бы привлечь внимание коллег к новым формам работы с пациентками урогинекологического профиля. Естественно, существуют различия между больными в разных странах и географических регионах. К сожалению, к настоящему времени отсутствуют четкие рекомендации в отношении предоставления дистанционной помощи данной группе пациентов. Проведенный обзор литературы [4-12] позволил выделить основные положения по предоставлению онлайн-консультаций по различным урогинекологическим заболеваниям и оценки удовлетворенности больных. Можно выделить следующие общие принципы онлайн-консультаций пациенток урогинекологического профиля:

- пациентки, которым не требуется физикальное обследование, являются идеальными кандидатами для онлайн-консультации;
- первичные пациентки также относятся положительно к онлайн-консультациям, несмотря на невозможность первичного осмотра [7]. Возможно проведение анкетирования, заполнения опросников, уточнение жалоб;
- пациентки, которым операция была отменена из-за новой коронавирусной инфекции COVID-19, могут при помощи онлайн-консультации обсудить альтернативные методы лечения. Ранее запланированные предоперационные консультации могут быть проведены в онлайн-режиме, поскольку пациентки в конечном счете смогут быть прооперированы после снятия карантинных мер [13].

Существует множество англоязычных веб-сайтов, которые можно использовать в качестве примера для подготовки врачей к онлайн-консультациям пациенток. Вот некоторые примеры:

1. International Urogynecological Association (IUGA) Patient Leaflets, <https://www.yourpelvicfloor.org/leaflets/> [14];
2. American Urogynecologic Society, (AUGS) Voices for Pelvic Floor Disorders, <https://www.voicesforpfd.org/resources/fact-sheets-and-downloads/> [15];
3. National Association for Continence, <https://www.nafc.org/learning-library> [16].

Лечение пациенток с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей

Лечение пациенток с рецидивирующей инфекцией с использованием методов телемедицины, должно полностью соответствовать федеральным клиническим рекомендациям, также рекомендациям различных международных научных обществ [17]. При назначении или изменении ранее назначенной терапии следует руководствоваться следующими положениями:

- эмпирическая терапия антибиотиками эффективна и снижает затраты, однако может привести к большему количеству назначений и, следовательно, может отрицательно влиять на устойчивость к антибиотикам [5,6,8,18-22];
- дизурия, учащенное мочеиспускание, urgency, а также выраженная гематурия при отсутствии вагинальных симптомов в значительной степени свиде-

тельствуют о наличии инфекции мочевых путей (ИМП) [23,24];

- результаты посевов мочи, выполненные в течение предшествующего года актуальны, поэтому могут быть использованы при назначении эмпирической терапии даже у пациенток с нейрогенным мочевым пузырем [25-28];
- такие факторы как возраст (старше 65 лет), иммуносупрессия, сахарный диабет, использование катетера, эпизоды ИМП в течение года, а также недавнее применение антибиотиков должны оцениваться во время онлайн-консультации, так как эти факторы предсказывают устойчивость к антибиотикам первой линии [29-33]. Лихорадка и сахарный диабет являются факторами риска развития более тяжелых инфекций или бактериальных заболеваний и могут влиять на принятие решения о лечении в зависимости от ситуации [34]. Врачи должны помнить, что лихорадка и различные нетипичные симптомы могут также указывать на наличие инфекции COVID-19;
- рекомендован прием антибактериальных препаратов курсом продолжительностью от 3 до 7 дней, а не однократно (за исключением фосфомицина, который является эффективным при однократном приеме) [35-37];
- терапия антибактериальными препаратами из группы фторхинолонов может применяться в качестве резервной для пациенток с высоким риском, когда антибиотикорезистентность к альтернативным препаратам превышает 20%, или когда у пациента снижена функция почек [38-45];
- осложненное течение ИМП при нынешнем эмпирическом лечении пандемических заболеваний с использованием более широкого спектра системного курса фторхинолонов приводит к уменьшению необходимости госпитализаций и перехода на прием парентеральных антибиотиков в случае возникновения серьезных симптомов или отсутствия реакции на пероральные антибиотики [46-49];
- пожилым пациенткам, а также при наличии сахарного диабета следует назначать антибиотики более широкого спектра, например цефалоспорины, в течение более продолжительного периода времени (7 дней в сравнении с однократной дозой и в сравнении с трехдневным курсом) [50-56];
- другие методики, позволяющие избежать применения антибиотиков, могут включать увеличение количества выпиваемой жидкости, использование препаратов клюквы;
- в качестве альтернативы лабораторной диагностике возможно использование различных безрецептурных препаратов для измерения уровня pH мочи, лейкоцитурии [57]. Также возможно и использование удаленных лабораторных помещений для минимизации воздействия в условиях больницы (ЕС). Методики, позволяющие избежать ИМП, которые не требуют очных консультаций, заключаются в назначении влагалищных форм эстрогена или использование D-маннозы по 1000 мг два раза в день (ЕС) [58];
- Пациенткам с рецидивирующими ИМП может быть предложено лечение на основании результатов предшествующих посевов мочи. Кроме того, рекомендуется конт-

роль посева мочи при каждом эпизоде рецидива, но это может быть невозможно во время пандемии COVID-19, когда возможный риск заражения превышает необходимость в посеве мочи [59].

Лечение пациенток, использующих влагалищные пессарии

Эта особая категория пациенток, как правило, пожилого или старческого возраста, с обширным спектром сопутствующей терапевтической патологии, находящиеся в группе риска по заболеванию новой коронавирусной инфекции COVID-19. В условиях введенных противоэпидемических мероприятий необходимо существенно ограничить визиты данной категории больных в медицинские организации. Специалист, оказывающий консультации, должен уметь оценить возможные риски при постоянном использовании маточного кольца или пессария (без интервальной дезинфекционной обработки или осмотра). В доступной литературе мы смогли найти следующие рекомендации:

- пациентки могут безопасно продлить временной интервал между проведением дезинфекционной обработки до 6 месяцев (а в некоторых случаях – до 24 месяцев) с минимальным риском нежелательных явлений [60-66];
- пациенток, способных к удалению и повторной установке маточного кольца, следует обучить самостоятельной дезинфекционной обработке [67-72];
- возможно эмпирическое назначение интравагинального введения эстрогенсодержащих препаратов с целью минимизирования побочных эффектов для пациенток, ранее не получавших подобного лечения [73-77];
- пациенткам, у которых имеются обильные выделения из влагалища, или при возникновении кровотечения целесообразно рекомендовать удаление пессария в домашних условиях с последующим наблюдением до тех пор, пока пациенты не смогут безопасно обследоваться в стационаре.

Лечение пациенток с недержанием мочи

Проблема недержания мочи, будь это ургентная или стрессовая форма в нынешних условиях, когда большинство специалистов мобилизовано на борьбу с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), не принято обсуждать. Значит ли это что данная категория больных обречена на дальнейшие страдания? Условия самоизоляции, вынужденное длительное нахождение в одном помещении с другими людьми могут привести к еще большему нарушению качества жизни больных с недержанием мочи. Наша общая задача не дать им почувствовать себя брошенными, забытыми людьми, помощь которым отложена на неопределенное время. Анализ литературы, сфокусированный на последних исследованиях различных форм недержания мочи женщин, позволил сформулировать следующие рекомендации для этой группы больных [78-84]:

- поведенческая терапия (тренировка мочевого пузыря, физиотерапия тазового дна, упражнения кегеля, снижение массы тела, йога практика) продемонстрировала значительное улучшение и/или полное разрешение симп-

томов недержания мочи стрессовой формы и гиперактивного мочевого пузыря [85];

- учитывая, что недержанием мочи страдают женщины среднего возраста, именно в этой группе пациенток возможно применение телемедицинских технологий – например, консультации по тренировкам мочевого пузыря, по средствам гигиены, рекомендации по питанию и т.д.;

- молодым пациенткам можно рекомендовать широко использовать приложения для смартфонов с целью обучения и контроля правильности выполнения упражнений кегеля [83]. Бесплатное приложение kegel trainer или платное kegel trainer pro® были высоко оценены в недавнем обзоре литературы [83];

- пациентки могут применять поведенческую терапию, не выходя из дома.

- возможно использование абсорбирующего белья или специальных пессариев [79,84].

Пациентки, получающие лечение ургентной формы недержания мочи третьей линии (интрадетрузорное введение ботулинического токсина типа А или чрескожная стимуляция большеберцового нерва), на время соблюдения карантина могут вернуться к поведенческой терапии и медикаментозному лечению (антихолинергические или селективные агонисты β_3 -адренорецепторов) до тех пор, пока не смогут обратиться в дневной стационар.

Необходимо принимать во внимание баланс риска инфицирования COVID-19 с риском развития деменции от применения антихолинергических препаратов [80]. Маловероятно, что краткосрочное использование приведет к долгосрочным эффектам деменции.

Немаловажной является оценка риска развития гипертонии на фоне применения селективных агонистов β_3 -адренорецепторов. В двух системных обзорах не было выявлено различий в риске развития гипертонии между мирабегроном и плацебо [81,82].

Лечение при пролапсе тазовых органов

Пролапс тазовых органов – одно из урогинекологических заболеваний, диагностика и лечение которого невозможна без проведения физикального осмотра. Тем не менее, это не повод оставить этих больных без ответов на их вопросы, а также информирования о потенциальных вариантах лечения и методах предотвращения прогрессирования процесса. Существующие рекомендации Американского общества урогинекологов (AUGS), а также рекомендации Американской коллегии акушеров-гинекологов (ACOG) по лечению пролапса тазовых органов были адаптированы для онлайн-консультаций в период пандемии [86–89]. По аналогии с предыдущей патологией анализ литературы позволил выработать следующие принципы лечения данной категории больных:

- только у 10–20% женщин возникнет увеличение стадии пролапса в течение 2-х лет, поэтому большинство пациентов могут быть уверены, что экстренное оперативное лечение им не показано и возможно использование пессария [89-91];

- снижение веса, уменьшение физической активности, усиливающей воздействие на тазовое дно, отказ от курения и предотвращение запоров – меры, позволяющие замедлить прогрессирование пролапса и облегчить симптомы [92];

- тренировка мышц тазового дна и упражнения также могут замедлить развитие пролапса у некоторых пациенток [92,93];

- для укрепления мышц тазового дна врачи могут предложить интерактивные инструкции (https://www.yourpelvicfloor.org/media/Pelvic_Floor_Exercises_RV2-1.pdf) [14] (https://www.voicesforpfd.org/assets/2/6/Bladder_Training.pdf) [15]. Можно использовать различные индивидуальные устройства биологической обратной связи, приложения для смартфонов, вагинальные конусы;

- в некоторых случаях можно рекомендовать пациенткам использовать большой влажный тампон, который может помочь облегчить симптомы в случаях пролапса, вызывающего неполное опорожнение мочевого пузыря.

Лечение пациенток с экстренными урогинекологическими ситуациями

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 представляет собой проблему как для пациентов, так и для специалистов, т.к. меры предосторожности ограничивают возможность очной консультации, необходимой для назначения соответствующего лечения, требующего более тщательной оценки, углубленного, в том числе и лабораторного обследования. Если врач рассматривает необходимость посещения клиники больным, он должен взвесить риски возможной вирусной контаминации COVID-19 с учетом текущей эпидемической ситуации в конкретном регионе, характер жалоб больной, а также возраст и сопутствующие заболевания, т.к. пожилой возраст, диабет и иммуносупрессия увеличивают риск заболеваемости и смертности, связанных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 [94]. Поскольку не существует руководств по посещению клиники во время пандемии больными урогинекологического про-

филя, на основании изученных литературных источников был составлен примерный список причин, по которым может потребоваться личное посещение медицинской организации (табл. 1). Специалисты также должны рассмотреть возможность посещения клиники, если существует реальная вероятность, что физическое обследование или осмотр в гинекологическом кресле могут изменить курс лечения при экстренных жалобах. Следует также учитывать, что течение пандемии COVID-19 со временем изменится, что может повлиять на эти рекомендации.

Лечение пациенток с задержкой мочеиспускания

Одной из экстренных ситуаций является острая задержка мочеиспускания. Данное состояние оказывает крайне негативное воздействие на пациентку. Возрастающее количество COVID-19 инфицированных больных, отсутствие возможности получения специализированной помощи способствуют формированию повышенного уровня тревожности. В этой связи особое значение приобретает выработка алгоритма лечения задержки мочеиспускания у женщин. В настоящее время необходимо принимать во внимания следующие положения при назначении лечения:

1. Хроническая задержка мочи ($V > 300$ мл в течение > 6 месяцев) рассматривается как фактор риска повреждения верхних мочевых путей. Следует использовать различные лучевые методы визуализации в сочетании с лабораторной диагностикой на фоне катетеризации [95].

2. Факторы, свидетельствующие, что у пациентки низкий риск задержки мочеиспускания после операции (после операции на органах таза), включают:

- мочеиспускание > 200 мл после ретроградного наполнения 300 мл;
- мочеиспускание $> 50\%$ после ретроградного наполнения мочевого пузыря;
- пациентки, которые субъективно ощущают, что поток мочеиспускания после операции составляет не менее 50% от силы потока до оперативного вмешательства [96-98].

3. Местная анестезия не влияет на риск послеопера-

Таблица 1. Потенциальные причины неотложного посещения стационара урогинекологических больных во время пандемии
Tab. 1. Potential reasons for an emergency visit to the hospital of urogynecological patients during a pandemic

Причина	Лечение
Острая или усиливающаяся боль в области таза	Необходимость проведения обследования и выполнения инъекций
Острый интерстициальный цистит	Необходимость в инстилляции мочевого пузыря
Хронические или рецидивирующие ИМП. Неудачная эмпирическая терапия антибиотиками или осложняющие симптомы, такие как лихорадка или пиелонефрите	Необходимость проведения инфузионной терапии и парентерального введения антибактериальных препаратов
Послеоперационные проблемы или осложнения: постоянная тошнота/рвота, беспокойство о задержке мочи, влагалищное кровотечение, сильная боль в животе, беспокойство по поводу инфекции	Необходимость проведения физикального осмотра, использования методов лабораторной и инструментальной диагностики (УЗИ, КТ, цистоскопия и т.п.) с целью диагностики возможных послеоперационных осложнений
Острая задержка мочеиспускания	См. раздел «Задержка мочеиспускания»
Осложнения использования пессария. Пациентка с постоянным или значительным вагинальным кровотечением или болью	Необходимость проведения физикального осмотра для установления причины болевых ощущений и источника кровотечения
Формирование мочеполовых или ректовагинальных свищей	Необходимость изменения ранее назначенного лечения при проведении очной консультации (например, использования уретрального катетера или применения антибиотиков).
Парауретральные образования и дивертикулы уретры (кроме пролапса)	В случаях острой задержки мочи или беспокойства по поводу затрудненного мочеиспускания обследование может облегчить направление к специалисту (например, гинекологу-онкологу)

ционной задержки мочи и может быть использована во влагалищной хирургии с целью снижения потенциального риска воздушного распространения COVID-19 при использовании интубационной анестезии [99].

4. Интермиттирующая самокатетеризация предпочтительнее постоянного катетера при задержке мочеиспускания [97,100,101]. Факторы риска, которые могут осложнить самокатетеризацию, включают: ожирение, слабые мануальные навыки, когнитивные нарушения и боль при самокатетеризации [101-103].

5. Пациенткам, обращающимся с симптомами возможной задержки мочи, вначале необходимо предложить поведенческую терапию, прежде чем рекомендовать самокатетеризацию. Поведенческая терапия может заключаться в создании пациенткой соответствующих условий, при которых есть достаточное время для мочеиспускания при медленных глубоких вдохах и расслаблении мышц тазового дна. Также можно использовать прием Креде [104]. При отсутствии эффекта от поведенческой терапии пациенткам должна быть рекомендована интермиттирующая самокатетеризация. Катетер можно приобрести в аптеке без рецепта. В настоящее время существуют различные интернет-ресурсы для дистанционного обучения методике самокатетеризации, также доступны интерактивные обучающие видео в том числе на русском языке (<https://medicaland.ru/upload/iblock/c1d/c1ded734dc7246faffd05135cd25b684.pdf>, <https://vimeo.com/261183016>) [105,106], а также онлайн материалы для пациентов (https://www.yourpelvicfloor.org/media/Intermittent_Self_Catheterization.pdf), (<https://www.voicesforpfd.org/assets/2/6/ISC.pdf>) [14,15].

6. Пациентки с послеоперационной задержкой мочи, которым необходима постоянная катетеризация, могут быть проинструктированы о безопасном удалении катетера на 7-й день после операции в домашних условиях без посещения медицинского учреждения. Важно учитывать, что пациентка должна удалить катетер в начале дня, чтобы при необходимости иметь возможность лично обратиться к врачу в медицинский стационар в тот же день [107].

7. Антибиотикотерапия может привести к снижению частоты возникновения бессимптомной бактериурии во время кратковременного использования катетера, однако нет убедительных доказательств в пользу профилактического использования антибактериальных препаратов после выписки из стационара женщин с послеоперационной задержкой мочи при наличии уретрального катетера [108,109].

8. Антибиотикопрофилактика не должна использоваться у пациенток с длительной катетеризацией на регулярной основе, также нет достаточных доказательств, что пациенткам, находящимся на постоянной катетеризации, необходимо рекомендовать рутинную замену катетера (например, каждые 2-4 недели) [110].

9. Нет убедительных доказательств, подтверждающих необходимость использования пероральных препаратов (например, альфа-адренергических антагонистов) при лечении задержки мочи у женщин [111-113].

Предложенный алгоритм оказания помощи пациенткам с острой задержкой мочеиспускания поможет практическому врачу принять правильное решение избежать ненужных назначений и не допустить развития осложнений.

Плановые хирургические вмешательства у больных урогинекологического профиля в условиях пандемии COVID-19

У многих пациенток, обращающихся за консультацией по поводу урогинекологических заболеваний, существуют факторы риска, увеличивающие вероятность развития осложнений при коронавирусной инфекции. Исключительно важно, чтобы специалисты были осведомлены о симптомах новой коронавирусной инфекции COVID-19, которые должны быть правильным образом интерпретированы. Например, пациентке со стрессовой формой недержания мочи, отмечающей усиление жалоб из-за появления сухого кашля или диареи, должен быть проведен тщательный скрининг на предмет возможной коронавирусной инфекции на основе методических рекомендаций.

Американской хирургической коллегией (ACS) опубликовано руководство о поэтапной отсрочке плановых оперативных вмешательств до стабилизации ситуации с пандемией COVID-19 [114,115]. Был составлен краткий обзор рекомендаций по поводу различных случаев, включая COVID-19-положительных пациентов (табл. 2) [116,117]. В беседе о предстоящем хирургическом вмешательстве с пациентками с отрицательным тестом на COVID-19 должен быть обсужден риск внутрибольничной инфекции COVID-19 во время лечения, несмотря на меры предосторожности, предпринятые для защиты пациента. Также следует обратить внимание на послеоперационный уход и выписку, по возможности, в тот же день для уменьшения риска инфицирования.

Выводы

1. Лечение больных урогинекологического профиля в условиях пандемии COVID-19 имеет ряд специфических особенностей. Нет никаких сомнений, что необходимо шире использовать возможности телемедицины для проведения дистанционных онлайн-консультаций. Пациентки, перенесшие плановые вмешательства, такие как слинговые операции или коррекцию пролапса влагалищным доступом, при отсутствии каких-либо симптомов, свидетельствующих о возможных осложнениях, могут быть также проконсультированы по телефону. Послеоперационные онлайн-консультации в подавляющем большинстве случаев хорошо воспринимаются пациентками и оправдывают их ожидания, помогая выстраивать отношения с больными с помощью обучения, обсуждения и совместного принятия решения. Не было отмечено увеличения случаев осложнений, а также необходимости оказания неотложной помощи или проведения очной консультации.

2. Лечение неосложненной рецидивирующей мочевого инфекции возможно без визита в стационар. Эта рекомендация распространяется и на больных с симптомами гиперактивного мочевого пузыря. Пациенткам, претендующим

на интрадетрузорное введение ботулинического токсина типа А или электростимуляцию большеберцового нерва, может быть предложено медикаментозное лечение. Во всех случаях необходима оценка существующих рисков развития побочных эффектов и рисков инфицирования новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

3. Большинство плановых хирургических вмешательств не требуют выполнения в короткие сроки и вполне могут быть отложены на несколько месяцев. С другой стороны, пациенткам с различными послеоперационными осложнениями или другими заболеваниями, требующими оперативного лечения в ближайшие сроки, операции могут быть выполнены при условии соблюдения всех мер ранней диагностики и профилактики возможного инфицирования коронавирусной инфекцией во время проведения операции и пребывания в стационаре.

4. В настоящее время повышаются требования к специалисту, оказывающему помощь пациенткам урогинекологического профиля. Необходимо постоянное изучение публикуемых нормативных актов и клинических рекомендаций, посвященных диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19. Также необходима тщательная оценка рисков для больной при проведении очной консультации или хирургического лечения.

5. Последующее снятие ограничительных мер может привести к существенному изменению характера оказываемой

помощи пациенткам, страдающим различными урогинекологическими заболеваниями. В этой связи нам, как специалистам, необходимо быть готовыми к обращению большого количества больных и тщательному планированию хирургических вмешательств.

6. Еще одним важным направлением в работе специалистов становится привлечение внимания к пациенткам урогинекологического профиля с целью недопущения ситуации, когда больным с заболеваниями, оказывающими существенное влияние на качество жизни, в настоящее время не уделяется должного внимания в сложившихся условиях. Трудно говорить о подобных проблемах, когда все ресурсы здравоохранения направлены на борьбу с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Однако игнорирование интересов этой группы больных может привести к возникновению различных осложнений и тяжелых форм заболеваний, требующих в будущем значительных материальных затрат на лечение, а в ряде случаев и инвалидизации больных, большинство из которых — это молодые и трудоспособные женщины. В этой связи можно и нужно говорить об антинаучной и тупиковой позиции отказа от программы помощи больным урогинекологического профиля. Поэтому после возобновления плановой госпитализации необходим скорейший возврат к утраченным за время пандемии позициям с последующим увеличением количества выполняемых операций. ■

Таблица 2. Рекомендации по проведению плановых хирургических вмешательств в условиях пандемии COVID-19

Tab. 2. Recommendations for planned surgical interventions in the context of the COVID-19 pandemic

Периоды лечения	Рекомендации
Предоперационный	<ul style="list-style-type: none"> • Скрининг всех пациентов на наличие симптомов по прибытии в учреждение здравоохранения; сортировка для тестирования на основе симптомов; • Проведение универсального тестирования, как только увеличится доступность подобных наборов для диагностики COVID-19; • Использование КТ грудной клетки как скринингового исследования, поскольку результаты возможно получить быстрее, чем результаты существующих тестов.
Интраоперационный	<p>Для COVID-19-положительных случаев:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Персонал операционной должен иметь все средства индивидуальной защиты, и должен присутствовать только необходимый персонал; • Ограничить перемещение персонала в операционную и из нее, особенно во время управления воздушными путями, учитывая повышенный риск перемещения вирусных частиц; • Ограничение использования электрокоагуляции, за исключением случаев, когда это абсолютно необходимо для безопасности пациента. Энергия должна быть на самом низком уровне в сочетании с активной аспирацией дыма через систему фильтрации; • Инсуффляция во время лапароскопических вмешательств должна быть сведена к минимуму и строго использования системы фильтрации до троакара.
Послеоперационный	<ul style="list-style-type: none"> • Следует проводить выписку в тот же день, чтобы избежать длительной госпитализации и снизить нагрузку на больницу; • Для COVID-19-положительных случаев: <ul style="list-style-type: none"> - Необходимо использование профилактических или лечебных доз антикоагулянтов, так как коронавирусная инфекция COVID-19 вызывает гиперкоагуляцию.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, Caffery LJ (2020) Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare* 2020; 26(5):309-313. doi: 10.1177/1357633X20916567.
2. Rogers RG, Swift S. The world is upside down; how coronavirus changes the way we care for our patients. *Int Urogynecol J* 2020 May;31(5):853-854. doi: 10.1007/s00192-020-04292-7.
3. Schlittenhardt M, Smith SC, Ward-Smith P. Tele-continent care: A novel approach for providers. *Urol Nurs* 2016;36:217-23.
4. Balzarro M, Rubilotta E, Trabacchin N, Mancini V, Costantini E, Artibani W, et al. A prospective comparative study of the feasibility and reliability of telephone follow-up in female urology: the patient Home Office novel evaluation (PHONE) study. *Urology* 2020;136:82-7. doi:10.1016/j.urology.2019.10.021.
5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract* 2001;50:589-94.
6. Gordon AS, Adamson WC, DeVries AR. Virtual visits for acute, nonurgent care: A claims analysis of episode-level utilization. *J Med Internet Res* 2017;19:e35. doi:10.2196/jmir.6783
7. Jones G, Brennan V, Jacques R, Wood H, Dixon S, Radley S. Evaluating the impact of a «virtual clinic» on patient experience, personal and provider costs of care in urinary incontinence: A randomized controlled trial. *PLoS One* 2018;13:e0189174. doi:10.1371/journal.pone.0189174.
8. Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. *JAMA Intern Med* 2013;173:72-4. doi:10.1001/2013.jamainternmed.305.
9. Tates K, Antheunis ML, Kanters S, Nieboer TE, Gerritse MB. The effect of screen-to-screen versus face-to-face consultation on doctor-patient communication: an experimental study with simulated patients. *J Med Internet Res* 2017; 20:19(12):e421. doi: 10.2196/jmir.8033.
10. Thompson JC, Cichowski SB, Rogers RG, Qeadan F, Zambrano J, Wenzl C, et al. Outpatient visits versus telephone interviews for postoperative care: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1639-46. doi:10.1007/s00192-019-03895-z.
11. Akbar N, Dobson EL, Keefer M, Munsiff S, Domyati G. 1082. Hold the phone: antibiotic prescribing practices associated with nonvisit encounters for urinary tract infections (UTIs) in urology clinics. *Open Forum Infect Dis*. 2019;6:S384. doi:10.1093/ofid/ofz360.946.
12. Agency for Healthcare Research and Quality Evidence-based Practice Center Program Rapid Review

- Guidance Document. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/funding/contracts/epc-vi/22-rapid_evidence_products_guidance.pdf. Accessed 4 Apr 2020.
13. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Medicare Telemedicine Healthcare Provider Fact Sheet. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-telemedicine-health-care-provider-fact-sheet>. Accessed 3 Apr 2020.
 14. International Urogynecologic Association (IUGA) Your Pelvic Floor Leaflets. <https://www.yourpelvicfloor.org/leaflets/>. Accessed 5 Apr 2020.
 15. American Urogynecologic Association (AUGS) Voices for Pelvic Floor Disorders Fact Sheets and Downloads. <https://www.voicesforpfd.org/resources/fact-sheets-and-downloads/>. Accessed 5 Apr 2020.
 16. National Association for Continence (NAFC) Urinary incontinence Education Learning Library. <https://www.nafc.org/learning-library>. Accessed 5 Apr 2020.
 17. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011;52:e103–20. doi:10.1093/cid/ciq257.
 18. Bent S, Saint S. The optimal use of diagnostic testing in women with acute uncomplicated cystitis. *Am J Med*. 2002;113(Suppl 1A):20S–8S. doi:10.1016/s0002-9343(02)01056-2.
 19. DeAlleume L, Tweed EM, Bonacci R. Clinical inquiries. When are empiric antibiotics appropriate for urinary tract infection symptoms? *J Fam Pract*. 2006;55(338):341–2.
 20. Ross AM. UTI antimicrobial resistance: tricky decisions ahead? *Br J Gen Pract*. 2000;50:612–3.
 21. Dixon T. Urinary tract infections. Management mayhem? *Can Fam Physician*. 1993;39:474–9.
 22. McQuiston Haslund J, Rosborg Dinesen M, Sternhagen Nielsen AB, Llor C, Bjerrum L. Different recommendations for empiric first-choice antibiotic treatment of uncomplicated urinary tract infections in Europe. *Scand J Prim Health Care*. 2013;31:235–40. doi:10.3109/02813432.2013.844410.
 23. Mishra B, Srivastava S, Singh K, Pandey A, Agarwal J. Symptom- based diagnosis of urinary tract infection in women: are we over-prescribing antibiotics? *Int J Clin Pract*. 2012;66:493–8. doi:10.1111/j.1742-1241.2012.02906.x.
 24. Giesen LGM, Cousins G, Dimitrov BD, van de Laar FA, Fahey T. Predicting acute uncomplicated urinary tract infection in women: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs. *BMC Fam Pract*. 2010;11:78. doi:10.1186/1471-2296-11-78.
 25. Linsenmeyer K, Strymish J, Gupta K. Two simple rules for improving the accuracy of empiric treatment of multidrug-resistant urinary tract infections. *Antimicrob Agents Chemother*. 2015;59: 7593–6. doi:10.1128/AAC.01638-15
 26. MacFadden DR, Ridgway JP, Robicsek A, Elligsen M, Daneman N. Predictive utility of prior positive urine cultures. *Clin Infect Dis*. 2014;59:1265–71. doi:10.1093/cid/ciu588
 27. Clark R, Welk B. The ability of prior urinary cultures results to predict future culture results in neurogenic bladder patients. *NeuroUrol Urodyn*. 2018;37:2645–50. doi:10.1002/nau.23713
 28. Vellinga A, Cormican M, Hanahoe B, Murphy AW. Predictive value of antimicrobial susceptibility from previous urinary tract infection in the treatment of re-infection. *Br J Gen Pract*. 2010;60: 511–3. doi:10.3399/bjgp10X514765.
 29. Tchesnokova V, Riddell K, Scholes D, Johnson JR, Sokurenko EV. The uropathogenic *Escherichia coli* subclone sequence type 131-H30 is responsible for most antibiotic prescription errors at an urgent care clinic. *Clin Infect Dis*. 2019;68:781–7. doi:10.1093/cid/ciy523
 30. McGregor JC, Elman MR, Bearden DT, Smith DH. Sex- and age- specific trends in antibiotic resistance patterns of *Escherichia coli* urinary isolates from outpatients. *BMC Fam Pract*. 2013;14:25. doi:10.1186/1471-2296-14-25.
 31. Chiu C-C, Lin T-C, Wu R-X, Yang Y-S, Hsiao P-J, Lee Y, et al. Etiologies of community-onset urinary tract infections requiring hospitalization and antimicrobial susceptibilities of causative microorganisms. *J Microbiol Immunol Infect*. 2017;50:879–85. doi:10.1016/j.jmii.2016.08.008.
 32. Dokter J, Tennyson LE, Nguyen L, Han E, Sirls LT. The clinical rate of antibiotic change following empiric treatment for suspected urinary tract infections. *Int Urol Nephrol*. 2020;52:431–6. doi:10.1007/s11255-019-02327-7
 33. George CE, Norman G, Ramana GV, Mukherjee D, Rao T. Treatment of uncomplicated symptomatic urinary tract infections: resistance patterns and misuse of antibiotics. *J Family Med Prim Care*. 2015;4:416–21. doi:10.4103/2249-4863.161342.
 34. Leibovici L, Greenshtain S, Cohen O, Wysenbeek AJ. Toward improved empiric management of moderate to severe urinary tract infections. *Arch Intern Med*. 1992;152:2481–6.
 35. Andriole VT. When to do culture in urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents*. 1999;11:253–5; discussion 261. [https://doi.org/10.1016/s0924-8579\(99\)00025-4](https://doi.org/10.1016/s0924-8579(99)00025-4).
 36. Lutters M, Vogt-Ferrier NB (2008) Antibiotic duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women. *Cochrane Database Syst Rev* CD001535. doi:10.1002/14651858.CD001535.pub2
 37. Faro S, Fenner DE. Urinary tract infections. *Clin Obstet Gynecol*. 1998;41:744–54. doi:10.1097/00003081-199809000-00030
 38. Guneyssel O, Onur O, Erdede M, Denizbasi A. Trimethoprim/ sulfamethoxazole resistance in urinary tract infections. *J Emerg Med*. 2009;36:338–41. doi:10.1016/j.jemermed.2007.08.068
 39. Johnson L, Sabel A, Burman WJ, Everhart RM, Rome M, MacKenzie TD, et al. Emergence of fluoroquinolone resistance in outpatient urinary *Escherichia coli* isolates. *Am J Med*. 2008;121:876–84. doi:10.1016/j.amjmed.2008.04.039
 40. Le TP, Miller LG. Empirical therapy for uncomplicated urinary tract infections in an era of increasing antimicrobial resistance: a decision and cost analysis. *Clin Infect Dis*. 2001;33:615–21. doi:10.1086/322603
 41. Knottnerus BJ, Grigoryan L, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Verheij TJM, Kessels AGH, et al. Comparative effectiveness of antibiotics for uncomplicated urinary tract infections: network meta-analysis of randomized trials. *Fam Pract*. 2012;29:659–70. doi:10.1093/fampra/cms029
 42. Gupta K. Addressing antibiotic resistance. *Dis Mon*. 2003;49:99–110. doi:10.1067/mda.2003.10
 43. Nicolle L, Anderson PAM, Conly J, Mainprize TC, Meuser J, Nickel JC, et al. Uncomplicated urinary tract infection in women. Current practice and the effect of antibiotic resistance on empiric treatment. *Can Fam Physician*. 2006;52:612–8.
 44. Cohn EB, Schaeffer AJ. Urinary tract infections in adults. *Scientific World Journal*. 2004;4 (Suppl 1):76–88. doi:10.1100/tsw.2004.50
 45. Nicolle LE. Update in adult urinary tract infection. *Curr Infect Dis Rep*. 2011;13:552–60. doi:10.1007/s11908-011-0212-x
 46. Bischoff S, Walter T, Gerigk M, Ebert M, Vogelmann R. Empiric antibiotic therapy in urinary tract infection in patients with risk factors for antibiotic resistance in a German emergency department. *BMC Infect Dis*. 2018;18:56. doi:10.1186/s12879-018-2960-9
 47. Bader MS, Hawboldt J, Brooks A. Management of complicated urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. *Postgrad Med*. 2010;122:7–15. doi:10.3810/pgm.2010.11.2217
 48. Hsueh P-R, Hoban DJ, Carmeli Y, Chen S-Y, Desikan S, Alejandria M, et al. Consensus review of the epidemiology and appropriate antimicrobial therapy of complicated urinary tract infections in Asia-Pacific region. *J Inf Secur*. 2011;63:114–23. doi:10.1016/j.jinf.2011.05.015
 49. Naber KG. Which fluoroquinolones are suitable for the treatment of urinary tract infections? *Int J Antimicrob Agents*. 2001;17:331–4.
 50. Datta R, Advani S, Rink A, Bianco L, Van Ness PH, Quagliariello V, et al. Increased fluoroquinolone-susceptibility and preserved nitrofurantoin-susceptibility among *Escherichia coli* urine isolates from women long-term care residents: A brief report. *Open Access J Gerontol Geriatr Med*. 2018. doi:10.19080/OAJGGM.2018.04.555636.
 51. Hanlon JT, Perera S, Drinka PJ, Crnich CJ, Schweon SJ, Klein-Fedyshin M, et al. The IOU consensus recommendations for empirical therapy of cystitis in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:539–45. doi:10.1111/jgs.15726.
 52. McCue JD. Rationale for the use of oral fluoroquinolones as empiric treatment of nursing home infections. *Arch Fam Med*. 1994;3:157–64.
 53. Naber KG, Wullt B, Wagenlehner FME. Antibiotic treatment of uncomplicated urinary tract infection in premenopausal women. *Int J Antimicrob Agents*. 2011;38(Suppl):21–35. doi:10.1016/j.ijantimicag.2011.09.003
 54. Stapleton A. Urinary tract infections in patients with diabetes. *Am J Med*. 2002;113 (Suppl 1A):80S–4S. doi:10.1016/s0002-9343(02)01062-8.
 55. File TM, Tan JS. Urinary tract infections in the elderly. *Geriatrics*. 1989;44(Suppl A):15–9.
 56. Das R, Perrelli E, Towle V, Van Ness PH, Juthani-Mehta M. Antimicrobial susceptibility of bacteria isolated from urine samples obtained from nursing home residents. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009;30:1116–9. doi:10.1086/647981.
 57. Wojno KJ, Baunoch D, Luke N, Opel M, Korman H, Kelly C, et al. Multiplex PCR based urinary tract infection (UTI) analysis compared to traditional urine culture in identifying significant pathogens in symptomatic patients. *Urology*. 2020;136:119–26. doi:10.1016/j.urology.2019.10.018.
 58. Kranjčec B, Papčič D, Altarac S. D-mannose powder for prophylaxis of recurrent urinary tract infections in women: a randomized clinical trial. *World J Urol*. 2014;32:79–84. doi:10.1007/s00345-013-1091-6.
 59. Anger J, Lee U, Ackerman AL, Chou R, Chughtai B, Clemens JQ, et al. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women: AUA/CUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2019;202:282–9. doi:10.1097/JU.0000000000000296
 60. Miceli A, Fernández-Sánchez M, Polo-Padillo J, Dueñas-Díez J-L. Is it safe and effective to maintain the vaginal pessary without removing it for 2 consecutive years? *Int Urogynecol J*. 2020. doi:10.1007/s00192-020-04240-5.
 61. Propst K, Mellen C, O'Sullivan DM, Tulikangas PK. Timing of office-based pessary care: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2020;135:100–5. doi:10.1097/AOG.00000000000003580.
 62. Tam M-S, Lee VYT, Yu ELM, Wan RSE, Tang JSM, He JMY, et al. The effect of time interval of vaginal ring pessary replacement for pelvic organ prolapse on complications and patient satisfaction: A randomized controlled trial. *Maturitas*. 2019;128:29–35. doi:10.1016/j.maturitas.2019.07.002.
 63. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. Vaginal pessary in women with symptomatic pelvic organ prolapse: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128:73–80. doi:10.1097/AOG.00000000000001489.
 64. Thys SD, Hakvoort RA, Asseler J, Milani AL, Vollebregt A, Roovers JP. Effect of pessary cleaning and optimal time interval for follow-up: a prospective cohort study. *Int Urogynecol J*. 2020. doi:10.1007/s00192-019-04200-8.
 65. Chien C-W, Lo T-S, Tseng L-H, Lin Y-H, Hsieh W-C, Lee S-J. Long-term outcomes of self-management Gellhorn pessary for symptomatic pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019. doi:10.1097/SPV.0000000000000770.
 66. Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;114:56–9. doi:10.1016/j.ijgo.2011.02.006.
 67. Ramsay S, Tu LM, Tannenbaum C. Natural history of pessary use in women aged 65–74 versus 75 years and older with pelvic organ prolapse: a 12-year study. *Int Urogynecol J*. 2016;27:1201–7. doi:10.1007/s00192-016-2970-3.
 68. Manchana T. Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284:391–5. doi:10.1007/s00404-010-1675-y.
 69. Dessie SG, Armstrong K, Modest AM, Hacker MR, Hota LS. Effect of vaginal estrogen on pessary use. *Int Urogynecol J*. 2016;27:1423–9. doi:10.1007/s00192-016-3000-1.
 70. Deng M, Ding J, Ai F, Zhu L. Successful use of the Gellhorn pessary as a second-line pessary in women with advanced pelvic organ prolapse. *Menopause*. 2017;24:1277–81. doi:10.1097/GME.0000000000000909.
 71. Sasaki T, Agari T, Date I. Devices and practices for improving the accuracy of deep brain stimulation. *No Shinkei Geka*. 2018;46: 751–62. doi:10.11477/mf.1436203809.
 72. Kasper S. Editorial issue 4/2019. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019;23:237. doi:10.1080/13651501.2019.1688484.
 73. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol*. 1997;90:990–4. doi:10.1016/s0029-7844(97)00481-x.
 74. Yang J, Han J, Zhu F, Wang Y. Ring and Gellhorn pessaries used in patients with pelvic organ prolapse: a retrospective study of 8 years. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298:623–9. doi:10.1007/s00404-018-4844-z
 75. Collins S, Beigi R, Mellen C, O'Sullivan D, Tulikangas P. The effect of pessaries on the vaginal microenvironment. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:60.e1–6. doi:10.1016/j.ajog.2014.07.024.
 76. de A Coelho SC, Giraldo PC, Florentino JO, de Castro EB, LGO B, CRT J. Can the pessary use modify the vaginal microbiological flora? A cross-sectional study. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39:169–74. doi:10.1055/s-0037-1601437.
 77. Deng M, Ding J, Ai F, Zhu L. Clinical use of ring with support pessary for advanced pelvic organ prolapse

- and predictors of its short-term successful use. *Menopause*. 2017;24:954–8. doi:10.1097/GME.0000000000000859
78. Balk EM, Rofeberg VN, Adam GP, Kimmel HJ, Trikalinos TA, Jeppson PC. Pharmacologic and nonpharmacologic treatments for urinary incontinence in women: A systematic review and network meta-analysis of clinical outcomes. *Ann Intern Med*. 2019;170: 465–79. doi:10.7326/M18-3227.
79. Simpson AN, Garbens A, Dossa F, Coyte PC, Baxter NN, McDermott CD. A cost-utility analysis of nonsurgical treatments for stress urinary incontinence in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25:49–55. doi:10.1097/SPV.0000000000000502.
80. Richardson K, Fox C, Maidment I, Steel N, Loke YK, Arthur A, et al. Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study. *BMJ*. 2018;361:k1315. doi:10.1136/bmj.k1315.
81. Kelleher C, Hakimi Z, Zur R, Siddiqui E, Maman K, Aballea S, et al. Efficacy and tolerability of Mirabegron compared with Antimuscarinic monotherapy or combination therapies for overactive bladder: A systematic review and network meta-analysis. *Eur Urol*. 2018;74:324–33. doi:10.1016/j.eururo.2018.03.020.
82. Chen H-L, Chen T-C, Chang H-M, Juan Y-S, Huang W-H, Pan H-F, et al. Mirabegron is alternative to antimuscarinic agents for overactive bladder without higher risk in hypertension: a systematic review and meta-analysis. *World J Urol*. 2018;36:1285–97. doi:10.1007/s00345-018-2268-9.
83. Barnes KL, Dunivan G, Jaramillo-Huff A, Krantz T, Thompson J, Jeppson P. Evaluation of smartphone pelvic floor exercise applications using standardized scoring system. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25:328–35. doi:10.1097/SPV.0000000000000563.
84. Nekkanti S, Wu JM, Hudson CO, Pandya LK, Dieter AA. A randomized trial comparing continence pessary to a disposable intravaginal device [poise impressa] for the non-surgical management of stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;26:S95–6.
85. Ethan M, Balk, Valerie N, Rofeberg, Gaelen P, Adam, Hannah J, Kimmel, Thomas A, Trikalinos, Peter C, Jeppson. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Clinical Outcomes. *Ann Intern Med*. 2019 2;170(7):465–479. doi:10.7326/M18-3227.
86. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2014;109:1141–57; (Quiz) 1058. doi:10.1038/ajg.2014.190
87. Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, Steele SR, Rafferty JE. The american society of colon and rectal surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2015;58:623–36. doi:10.1097/DCR.0000000000000397.
88. Ridgeway BM, Weinstein MM, Tunitsky-Biton E. American Urogynecologic Society (AUGS) best-practice statement on evaluation of obstructed defecation. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018;24:383–91. doi:10.1097/SPV.0000000000000635.
89. American Urogynecologic Society (AUGS) Guidelines and Statements Committee, Carberry CL, Tulikangas PK, Ridgeway BM, Collins SA, Adam RA. American Urogynecologic Society (AUGS) best practice statement: evaluation and counseling of patients with pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017;23:281–7. doi:10.1097/SPV.0000000000000424.
90. Bradley CS, Zimmerman MB, Qi Y, Nygaard IE. Natural history of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2007;109:848–54. doi:10.1097/01.AOG.0000255977.91296.5d.
91. Gilchrist AS, Campbell W, Steele H, Brazell H, Foote J, Swift S. Outcomes of observation as therapy for pelvic organ prolapse: a study in the natural history of pelvic organ prolapse. *NeuroUrol Urodyn*. 2013;32:383–6. doi:10.1002/nau.22298.
92. Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: summary of the 5th international consultation on incontinence. *NeuroUrol Urodyn*. 2016;35:15–20. doi:10.1002/nau.22677.
93. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:170.e1–7. doi:10.1016/j.ajog.2010.02.037.
94. American College of Surgeons COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-surgery> Accessed 2 Apr 2020.
95. Stoffel JT, Peterson AC, Sandhu JS, Sunkind AM, Wei JT, Lightner DJ. AUA white paper on nonneurogenic chronic urinary retention: consensus definition, treatment algorithm, and outcome end points. *J Urol*. 2017;198:153–60. doi:10.1016/j.juro.2017.01.075.
96. Tunitsky-Biton E, Murphy A, Barber MD, Goldman HB, Vasavada S, Jelovsek JE. Assessment of voiding after sling: a randomized trial of 2 methods of postoperative catheter management after midurethral sling surgery for stress urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:597.e1–9. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.033.
97. Meekins AR, Siddiqui NY, Amundsen CL, Kuchibhatla M, Dieter AA. Improving postoperative efficiency: an algorithm for expedited void trials after urogynecologic surgery. *South Med J*. 2017;110:785–90. doi:10.14423/SMJ.0000000000000733.
98. Willis-Gray MG, Wu JM, Field C, Pulliam S, Husk KE, Brueseke TJ, et al. Is a postvoid residual necessary? A randomized trial of two postoperative voiding protocols. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019. doi:10.1097/SPV.0000000000000743.
99. Alas A, Hidalgo R, Espallat L, Devakumar H, Davila GW, Hurtado E. Does spinal anesthesia lead to postoperative urinary retention in same-day urogynecology surgery? A retrospective review. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1283–9. doi:10.1007/s00192-019-03893-1.
100. Hakvoort RA, Nieuwerkerk PT, Burger MP, Emanuel MH, Roovers JP. Patient preferences for clean intermittent catheterization and transurethral indwelling catheterization for treatment of abnormal post-void residual bladder volume after vaginal prolapse surgery. *BJOG*. 2011;118:1324–8. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03056.x.
101. Kessler TM, Ryu G, Burkhard FC. Clean intermittent self-catheterization: a burden for the patient? *NeuroUrol Urodyn*. 2009;28: 18–21. doi:10.1002/nau.20610.
102. Hentzen C, Haddad R, Ismael SS, Peyronnet B, Gamé X, Denys P, et al. Intermittent self-catheterization in older adults: predictors of success for technique learning. *Int NeuroUrol J*. 2018;22:65–71. doi:10.5213/inj.1835008.504.
103. Hentzen C, Haddad R, Ismael SS, Peyronnet B, Gamé X, Denys P, et al. Predictive factors of adherence to urinary self-catheterization in older adults. *NeuroUrol Urodyn*. 2019;38:770–8. doi:10.1002/nau.23915.
104. Burgio KL. Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2009;36:475–91. doi:10.1016/j.ogc.2009.08.005.
105. Dörflinger A, Monga A. Voiding dysfunction. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001;13:507–12. doi:10.1097/00001703-200110000-00010.
106. Society of Gynecologic Surgeons A Guide to Female Clean Intermittent Self Catheterization. <https://vimeo.com/261183016>. Accessed 4 Apr 2020.
107. Shatkin-Margolis A, Yook E, Hill AM, Crisp CC, Yeung J, Kleeman S, et al. Self-removal of a urinary catheter after Urogynecologic surgery: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2019;134:1027–36. doi:10.1097/AOG.0000000000003531.
108. Lavelle ES, Alam P, Meister M, Florian-Rodriguez M, Elmer-Lyon C, Kowalski J, et al. Antibiotic prophylaxis during catheter-managed postoperative urinary retention after pelvic reconstructive surgery: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2019;134:727–35. doi:10.1097/AOG.0000000000003462.
109. Lusardi G, Lipp A, Shaw C (2013) Antibiotic prophylaxis for short-term catheter bladder drainage in adults. *Cochrane Database Syst Rev* CD005428. doi:10.1002/14651858.CD005428.pub2.
110. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50:625–63. doi:10.1086/650482.
111. Buckley BS, Lapitan MCM (2010) Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* CD008023. doi:10.1002/14651858.CD008023.pub2.
112. Ramsey S, Palmer M. The management of female urinary retention. *Int Urol Nephrol*. 2006;38:533–5. doi:10.1007/s11255-005-5790-9.
113. Shokrpour M, Shakiba E, Sirous A, Kamali A. Evaluation of the efficacy of prophylactic tamsulosin in preventing acute urinary retention and other obstructive urinary symptoms following colporrhaphy surgery. *J Family Med Prim Care*. 2019;8:722–7. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_18_19.
114. Weber Lebrun EE, Moawad NS, Rosenberg EI, Morey TE, Davies L, Collins WO, et al. COVID-19 pandemic: staged Management of Surgical Services for gynecology and obstetrics. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(1):85.e1–85.e19. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.038.
115. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons SAGES and EAES Recommendations Regarding Surgical Response to COVID-19 Crisis. <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/> Accessed 2 Apr 2020.
116. Chen X, Liu Y, Gong X, Guo X, Zuo M, Li J, et al. Perioperative Management of Patients Infected with the novel coronavirus: recommendation from the joint task force of the Chinese Society of Anesthesiology and the Chinese Association of Anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2020. doi:10.1097/ALN.0000000000003301.
117. Bacheller CD, Bernstein JM. Urinary tract infections. *Med Clin North Am* 1997;81:719–30. doi:10.1016/s0025-7125(05)70542-3

Сведения об авторах:

Гвоздев М.Ю. – д.м.н., профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации, dr-gvozdev@mail.ru, AuthorID 828063

Gvozdev M.Yu. – Dr. Sc., Professor of the Department of Urology, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova of the Ministry of Health of the Russian Federation, dr-gvozdev@mail.ru

Шадеркина В.А. – научный редактор урологического информационного портала UroWeb.ru, viktoriashade@uroweb.ru, Author ID 880571.

Shaderkina V.A. – Scientific editor of the urological information portal UroWeb.ru, viktoriashade@uroweb.ru, ORCID 0000-0002-8940-4129

Шадеркин И.А. – к.м.н., заведующий лабораторией электронного здравоохранения Института цифровой медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; info@uroweb.ru, Author ID 695560.

Shaderkin I.A. – PhD, Head of the Laboratory of Electronic Health, Institute of Digital Medicine, Sechenov University, info@uroweb.ru, ORCID 0000-0001-8669-2674

Джурова М.Д. – аспирантка кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия, dr.dzhuravaeva@gmail.com, Author ID 1072344

Dzhuravaeva M.D. – Postgraduate Student, Department of Urology, Moscow State Medical and Dental University. A.I. Evdokimova, Moscow, Russia, dr.dzhuravaeva@gmail.com.

Арефьева О.А. – сотрудник кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия, Author ID 1072358

Arefyeva O.A. – nurse of the Department of Urology, Moscow State Medical and Dental University. A. I. Evdokimova, Moscow, Russia

Вклад авторов:

Гвоздев М.Ю. – разработка дизайна клинической лекции, определение аспектов, представляющих наибольший научный и практический интерес, 30%

Шадеркина В.А. – определение аспектов, представляющих наибольший научный и практический интерес, 15%

Шадеркин И.А. – анализ релевантных научных публикаций по теме, 15%

Джурова М.Д. – написание текста рукописи, 20%

Арефьева О.А. – поиск и обзор публикаций по теме исследования, 20%

Authors' contributions:

Gvozdev M.Yu. – developing the research design clinical lecture, identification of aspects of the highest scientific and practical interest, 30%

Shaderkina V.A. – identification of aspects of the highest scientific and practical interest, 15%

Shaderkin I.A. – analysis of relevant literature, 15%

Dzhuravaeva M.D. – article writing, 20%

Arefyeva O.A. – search and analysis of publications on the topic of the article, 20%

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Статья поступила: 15.05.20

Received: 15.05.20

Принята к публикации: 03.06.20

Accepted for publication: 03.06.20