Рекомендации Европейской ассоциации урологии по ведению пациентов урологического профиля в период пандемии COVID-19

Группа быстрого реагирования Европейской ассоциации урологии представила клинические рекомендации по ведению пациентов урологического профиля, адаптированные к условиям пандемии COVID-19.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, Европейская ассоциация урологии, симптомы нижних мочевых путей, мочекаменная болезнь, урологические инфекции, детская урология, нарушения сексуального и репродуктивного здоровья.

Введение

Доказательной медицине до сих пор не приходилось сталкиваться с таким испытанием, как пандемия COVID-19. Состоянием на 14 апреля 2020 г. зарегистрировано 1 903 800 случаев заражения в 210 странах и более 120 434 летальных исходов. Системы здравоохранения по всему миру не выдерживают подобной нагрузки.

Происходит перепрофилирование отделений и врачей ввиду того, что вся медицинская служба ориентирована на борьбу с пандемией. Особая нагрузка ложится на плечи медперсонала отделений анестезиологии и интенсивной терапии. К этому всему следует добавить последствия социальной изоляции и постоянного напряжения.

Медработников, находящихся в группе риска, отстраняют от работы, чтобы защитить их здоровье и жизнь, но тем не менее значительное их количество заболевает, что еще больше усложняет борьбу с пандемией.

Эффективность последних рекомендаций, опубликованных всего две недели назад, уже начинает вызывать сомнения. Именно поэтому Европейская ассоциация урологии (EAU) посчитала своим долгом предоставить четкие рекомендации по ведению пациентов в этот кризисный период и тем самым поддержать каждого уролога по всему миру.

Эксперты EAU разработали рекомендации, которые позволят облегчить принятие решений и минимизировать риски для пациентов и медицинских работников, оказывающих урологическую помощь в условиях пандемии COVID-19. Конечно, нужно понимать, что в сложившихся обстоятельствах предоставить мощную доказательную базу невозможно, однако EAU надеется, что этот документ послужит важным дополнительным инструментом оптимизации ведения урологических больных в нынешней эпидемической ситуации.

Методология

19 марта 2020 г. EAU сформировала группу быстрого реагирования (ГБР) для разработки адаптированного руководства по ведению больных урологического профиля в период пандемии COVID-19. Главная цель ГБР заключалась в создании согласованного общеорганизационного консенсуса, который будет основан на рекомендациях с высокой доказательной силой. Этот консенсус описывает тактику реагирования в кризисной ситуации, такой как пандемия COVID-19, и содержит рекомендации по оказанию урологической помощи.

При создании этого адаптированного к условиям пандемии гайдлайна были рассмотрены как национальные, так и локальные протоколы по ведению пациентов в период пандемии COVID-19. Поиск доказательств проводился путем целенаправленного (несистематического) скрининга имеющихся в литературе данных, а также еще не опубликованных рекомендаций, доступ к которым предоставлен EAU на условиях строгой конфиденциальности. Результаты (в основном с уровнем

доказательности 3/4) были обсуждены и одобрены членами комиссии EAU. Что касается хирургических вмешательств, то ГБР решила предоставить общие принципы оказания помощи вместо рекомендаций по выбору конкретного хирургического подхода.

Протокол рекомендаций, адаптированный к условиям пандемии COVID-19

А. Обзор рекомендаций по четырем основным направлениям

1. Диагностика

- Визуализационная диагностика и/или тестирование
- Инвазивные процедуры

2. Хирургическое лечение и медикаментозная терапия

3. Последующее наблюдение/телемедицинское консультирование (предоставление обновленных рекомендаций по последующему наблюдению пациентов, адаптированных к условиям пандемии COVID-19, с целью ограничения затрат медицинских ресурсов без потери возможности своевременно диагностировать рецидивы/прогрессирование заболевания).

4. Оказание неотложной медицинской помощи

В. Определение уровней приоритетности оказания медицинской помощи

Группе экспертов было предложено составить таблицы с рекомендациями, основанными на уровне приоритетности оказания медицинской помощи. Данный протокол не охватывает все рекомендации, недавно опубликованные в обновленном руководстве EAU, однако содержит критически важные положения для достижения оптимального результата во время пандемии, имеющие высокую доказательную силу.

ГБР разработала инструмент стратификации риска с цветовой кодировкой для дополнения к рекомендациям (табл. 1):

- **низкий приоритет** – клинический вред (прогрессирование, метастазирование, потеря функции органов) очень маловероятен, если лечение отложено на 6 мес. Обозначается зеленым цветом;

- **средний приоритет** – в случае прогрессирования заболевания не рекомендуется откладывать лечение на более чем 3 мес. Клинический вред (прогрессирование, метастазирование, потеря функции органов) при отсрочке лечения на 3 мес маловероятен. Обозначается желтым цветом;

- **высокий приоритет** – при прогрессировании заболевания избежать отсрочки лечения на более чем 6 нед. Клинический вред (прогрессирование, метастазирование, потеря функции органов и смертельный исход) весьма вероятен, если отложить лечение на более чем 6 нед. Обозначается красным цветом;

- **неотложные состояния** – лечение не может быть отложено на более чем 24 ч. Состояние опасное для жизни пациента или может привести к полной потере функции органа. Обозначается черным цветом.

С. Критерии для определения уровня приоритетности

Критерии, установленные для определения приоритетности назначаемого лечения

1. Влияние задержки лечения на первичные исходы (общая и канцерспецифическая выживаемость в онкологии, риск метастазов, а также почечная недостаточность у пациентов после трансплантации).

2. Возможность использования альтернативных методов, имеющих более низкие операционные риски.

3. Наличие сопутствующих заболеваний или повышенный риск осложнений.

4. Существование угрозы жизни пациента, если процедура не выполняется немедленно.

5. Существование угрозы постоянной дисфункции системы органов при отсутствии лечения.

6. Наличие риска быстрого прогрессирования тяжелых симптомов, при которых показано немедленное вмешательство.

Критерии, требующие внимания в связи с пандемией COVID-19

- Текущие и прогнозируемые случаи заражения COVID-19 в медицинском учреждении и регионе. Окончательные решения должны приниматься после консилиума, в состав которого входят представители медицинского учреждения, хирург, другие специалисты в сфере общественного здравоохранения и пациент.

- Поставка средств индивидуальной защиты (СИЗ) в медицинские учреждения.

- Наличие медперсонала.
- Достаточное количество больничных коек, особенно в отделениях интенсивной терапии.

- Предоставление адъювантного лечения (химиотерапии), без которого первичное лечение менее эффективно/неэффективно.

- Наличие аппаратов искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

- Состояние здоровья и возраст пациента, особенно если существует риск инфицирования COVID-19 во время выздоровления.

- Неотложность процедуры.

- Риск кровотечения/необходимость трансфузии.

Важно учитывать недостаток доз эритроцитарной массы в связи с тем, что доноры не могут попасть в больницу для сдачи крови. Особое внимание следует уделить пациентам с сопутствующими хроническими заболеваниями, такими как хроническая обструктивная болезнь легких, а также лицам, которые принимают антикоагулянты и антиагреганты вследствие высокой вероятности переливания крови.

- Продолжительность госпитализации.

- Риск заражения пациента COVID-19 во время курса лечения.

- Риск заражения медперсонала от пациентов с бессимптомным течением COVID-19.

- Охват тестированием на COVID-19.

Д. Процесс рецензирования

Сначала ГБР провела первый этап экспертной оценки представленных адаптированных рекомендаций. Гайдлайны были упорядочены и сведены к одному формату. Также комиссия удостоверилась, что рекомендации не повторяются. Затем второй этап проверки рекомендаций осуществили семь независимых экспертов (три эксперта в сфере онкологии, три – по неонкологическим вопросам и один эксперт оценил и прокомментировал как онкологические, так и неонкологические аспекты данных рекомендаций).

Также для оценки рекомендаций были приглашены специалисты из Китая с учетом значительного опыта, который они получили, столкнувшись с COVID-19 на несколько месяцев раньше европейских стран. Они

Таблица 1. Уровни приоритетности оказания медицинской помощи

Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на более чем 6 нед	Ситуация, угрожающая жизни

Таблица 2. Рекомендации EAU по ведению пациентов с ненейрогенными симптомами нижних мочевых путей (СНМП), применимые во время пандемии COVID-19

Диагностика				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на более чем 6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
	<ul style="list-style-type: none"> Обследование новых пациентов с СНМП 		<ul style="list-style-type: none"> Подозрение на нарушение функции почек Подозрение на онкологические причины СНМП 	
Уровень доказательности	Экспертное заключение		Экспертное заключение	
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19	Отложите – можно практиковать дистанционное консультирование в зависимости от местных ресурсов и возможностей		У пациентов с подозрением на нарушение функции почек и/или онкологические причины СНМП обследование является приоритетным	
Лечение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение более чем на 6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
	<ul style="list-style-type: none"> Консервативное и фармакологическое лечение новых пациентов с СНМП Хирургическое лечение мужчин с СНМП 	<ul style="list-style-type: none"> Хирургическое лечение пациентов с задержкой мочи 		
Уровень доказательности	Экспертное заключение	Экспертное заключение		
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19	Если есть возможность, то продолжайте консервативное и фармакологическое лечение пациентов с СНМП, в т.ч. с никтурией, в обычном режиме. Продлите консервативное и фармакологическое лечение по возможности до тех пор, пока вспышка не будет под контролем. В промежуточный период могут быть назначены ингибиторы 5 α -редуктазы в качестве моно- или комбинированной терапии у мужчин со среднетяжелыми и тяжелыми СНМП и повышенным риском прогрессирования заболевания. По возможности отложите назначение десмопрессина для купирования никтурии, вызванной ночной полиурией, чтобы избежать необходимости более тщательного наблюдения. Отложите хирургическое лечение у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми СНМП в зависимости от местных ресурсов и возможностей	Приоритетным является оказание помощи лицам с задержкой мочи, поскольку у них существуют высокий риск инфицирования при катетеризации мочевого пузыря и необходимость в посещении больницы для регулярной замены катетера. В качестве альтернативы можно проинструктировать пациента относительно очищения прерывистых мочевых катетеров		
Последующее наблюдение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение более чем на 6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Последующее наблюдение	<ul style="list-style-type: none"> Пациенты, получающие лечение, которые по меньшей мере один раз предварительно были проконсультированы 	<ul style="list-style-type: none"> Пациенты, которые недавно начали медикаментозную терапию и предварительно не были проконсультированы 	<ul style="list-style-type: none"> Пациенты, принимающие десмопрессин 	<ul style="list-style-type: none"> Пациенты, которые начали принимать десмопрессин
Уровень доказательности	Экспертное заключение	Экспертное заключение	Экспертное заключение	Экспертное заключение
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19	Отложите наблюдение за пациентами, находящимися на лечении, которые по меньшей мере один раз предварительно были проконсультированы. Можно практиковать дистанционное консультирование в зависимости от местных ресурсов и возможностей	Оцените эффективность и безопасность лечения у пациентов, недавно начавших лечение и предварительно не обращавшихся за консультацией. Можно практиковать дистанционное консультирование в зависимости от местных ресурсов и возможностей	Определите уровень натрия в сыворотке крови у пациентов, принимающих десмопрессин. Это обследование следует выполнить по возможности на первичном этапе медицинской помощи	У пациентов, которые начали принимать десмопрессин, определите уровень натрия в сыворотке крови на 3-й, 7-й дни и через 1 мес терапии
Общие принципы				
<p>1) По возможности продолжить дистанционное консультирование с использованием существующих рекомендаций.</p> <p>2) Анкеты-опросники по оценке симптомов и дневники регистрации мочеиспусканий могут быть отправлены пациентам по электронной почте.</p> <p>3) Уродинамические исследования следует отложить.</p> <p>4) Если есть возможность, использовать ресурсы первичной медико-санитарной помощи.</p>				

проанализировали гайдлайн с точки зрения распространения пандемии и восстановления после нее.

После второго этапа экспертной оценки рекомендации были утверждены. С их разделами по различным нозологиям можно ознакомиться в дополнительных таблицах (табл. 2-6).

Вывод

EAU – это одна большая семья, насчитывающая более 19 тыс. членов. Поэтому в этот сложный период EAU испытывает огромное чувство ответственности перед каждым урологом во всем мире. К счастью, адаптированный к пандемии COVID-19 гайдлайн EAU в настоящее время одобрен в более чем 72 странах. Это чувство единения как никогда важно в период отчаянной глобальной борьбы с опасной инфекцией. Известно, что медицинская ответственность Италии, Испании, Франции, Великобритании и других стран-членов Европейского Союза, а также США все больше испытывает на себе влияние пандемии COVID-19, в то время как в другой части мира коллеги из Китая, Южной Кореи и Японии стремятся восстановить обычный порядок вещей. Всем сердцем и мыслями EAU находится с каждым врачом, который сражается на передовой в условиях пандемии.

Несмотря на эти трудные времена, авторитетные специалисты всего урологического сообщества собрались вместе, чтобы в максимально короткие сроки выпустить адаптированные к условиям пандемии COVID-19 рекомендации. EAU надеется, что этот гайдлайн поможет заполнить многие пробелы в урологической практике и придет на помощь урологам по всему миру.

Общие рекомендации по ведению урологических пациентов в период пандемии COVID-19*

Общие рекомендации по выполнению хирургических вмешательств

1. В зависимости от ресурсов и возможностей во время пандемии COVID-19 мы рекомендуем проводить хирургическое лечение только в высокоприоритетных и неотложных случаях.

2. Примите во внимание наличие оборудования, коек, вместимость операционных залов, а также наличие запасов крови и необходимых медикаментов, чтобы правильно определить приоритетность хирургических вмешательств.

3. Учтите, что даже при наличии ресурсов низкоприоритетные пациенты повышают риск передачи COVID-19 между больными и медперсоналом.

4. Помните, что хирургическое вмешательство представляет опасность для лиц с бессимптомным течением COVID-19, у которых впоследствии подтверждается наличие вируса.

5. Рассмотрите возможность лечения пациентов со средним приоритетом, если это позволяют ресурсы, но не во время всплеска заболеваемости COVID-19.

6. Лица старшего возраста с сопутствующей патологией, высоким риском инфицирования COVID-19 и летального исхода требуют особого внимания. Важно тщательно взвесить все плюсы и минусы хирургического вмешательства и стараться прибегать к нему в случае, если оно является единственной альтернативой.

7. При неисправности аппарата ИВЛ для пациентов с COVID-19 высокоприоритетные кандидаты на хирургическое вмешательство, нуждающиеся в ИВЛ в отделении интенсивной терапии, должны быть распределены в соответствии с местными рекомендациями или, если таковых нет, – соответственно возрасту и сопутствующей патологии.

8. При наличии ресурсов следуйте местным рекомендациям для проверки персонала и пациентов на наличие COVID-19. Они могут отличаться в зависимости

* Рекомендации EAU, адаптированные к пандемии COVID-19, направлены на поддержку систем здравоохранения, находящихся в сложных обстоятельствах во время пандемии, но их применение должно модулироваться в соответствии с местными особенностями течения пандемии. Местные медицинские директивы и руководства могут ограничивать данный гайдлайн.

Рекомендации Европейской ассоциации урологии по ведению пациентов урологического профиля в период пандемии COVID-19

Продолжение. Начало на стр. 22.

Таблица 3. Рекомендации EAU по ведению пациентов с мочекаменной болезнью, применимые во время пандемии COVID-19

Диагностика				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19				
Острая боль в боку – визуализационная диагностика			Посредством УЗИ с последующей неконтрастной КТ (НКТ) оценивается клиническая ситуация и ультразвуковые находки; как альтернатива выполняется рентгенография почек, мочеточников и мочевого пузыря (если предварительно были диагностированы рентгеноконтрастные камни)	<ul style="list-style-type: none"> УЗИ с последующей НКТ в случаях лихорадки, подозрения на уросепсис или солитарную почку, а также при сомнительном диагнозе. При неопределенной причине – КТ органов грудной клетки, брюшной и тазовой полостей (чтобы одновременно исключить пневмонию вследствие инфицирования COVID-19)
Острая боль в боку – лабораторные исследования			<ul style="list-style-type: none"> Исследование мочи с помощью тест-полосок, инфекция вероятна → бактериологическое исследование мочи. Анализ крови в зависимости от клинической ситуации и результатов визуализационной диагностики 	<ul style="list-style-type: none"> Исследование мочи с помощью тест-полосок и бактериологическое исследование. При лихорадке – базовые анализы крови, включая коагулограмму. Мазок на COVID-19 или скрининговый тест (в соответствии с местными/национальными требованиями)
Подозрение на наличие бессимптомного почечного камня (по данным УЗИ) – визуализационная диагностика	Маленький камень/нижний полюс почки: НКТ/рентгенография почек, мочеточников и мочевого пузыря и/или контрастные исследования, если планируется удаление камня	Бремя большого камня, риск обструкции или наличие дилатации на УЗИ: НКТ		
Метаболическое исследование	Выполните анализ химического состава камня у пациентов с впервые выявленным уролитиазом посредством валидизированных методик. Отложите полное метаболическое исследование			
Общие принципы				
Любые диагностические мероприятия с низкой или средней приоритетностью должны быть согласованы с потенциальными терапевтическими последствиями и риском передачи COVID-19				
Лечение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19				
Сепсис вследствие обструкции камнями, анурия				Ургентная декомпрессия собирательной системы почки (чрескожная нефростомия или стентирование*)
Почечная недостаточность (острая почечная недостаточность, двусторонняя обструкция, солитарная почка)				Ургентная декомпрессия или эндоурологическое удаление камня
Острая боль в боку				Купирование боли (см. Общие принципы ниже)
Наличие обтурирующего/симптомного камня мочеточника, не подлежащего медикаментозной экспульсивной терапии				Интервенционное лечение (in situ – ударно-волновая литотрипсия, уретерореноскопия или декомпрессия*)
Необтурирующий камень мочеточника			<ul style="list-style-type: none"> Медикаментозная экспульсивная терапия Интервенционное удаление камня или установка JJ-стента 	
Почечные камни, вызывающие интермиттирующую обструкцию			Интервенционное удаление камня или установка JJ-стента	
Почечный камень с рецидивирующей инфекцией и обструкцией, частичные или полные коралловидные камни				Сначала декомпрессия, в дальнейшем интервенционное удаление камня как можно раньше
Другие, асимптомные/олигосимптомные почечные камни	Интервенционное удаление камня			
Внутренний DJ-стент в мочеточнике при наличии камня в почке	Отсутствие/низкая заболеваемость в результате установки JJ-стента: интервенционное удаление камня, как только позволит ситуация		Боль/симптомы в результате установки JJ-стента: пациенты должны быть проконсультированы в первую очередь	
Примечания				
* Выбор способа декомпрессии должен исходить из учета возможностей для проведения внешних процедур или у кровати больного, с применением местной анестезии, позволяющих таким образом избежать необходимости госпитализации, привлечения анестезиолога и использования щадящих вентиляторов, а также из учета будущих терапевтических сроков для окончательного лечения мочекаменной болезни во время пандемии. Установка стентов может отдаваться предпочтение ввиду высокого риска случайного извлечения/смещения чрескожной нефростомы и возможного долгого ожидания, пока не может быть проведено окончательное лечение мочекаменной болезни. В краткосрочной перспективе желательно использовать стенты со струной для самостоятельного удаления в целях уменьшения количества амбулаторных визитов.				
Общие принципы				
<p>Неотложное лечение больного с почечной коликой</p> <p>1) В принципе, применяются те же положения, которые были указаны в руководстве EAU по ведению пациентов с мочекаменной болезнью, в частности немедленное купирование боли у лиц с острым эпизодом колики. Тем не менее существуют определенные доказательства ассоциации между применением нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофена) и возникновением побочных эффектов со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем в нескольких учреждениях, однако пока эта причинно-следственная связь остается неясной. Вместе с тем ВОЗ рекомендует по возможности избегать применения ибупрофена. Использование метамизола, по-видимому, является хорошей альтернативой при острой почечной колике (Little P., 2020; Sodhi M. et al., 2020).</p> <p>2) Почечная декомпрессия в случае рефрактерной к анальгетикам боли при коликах или угрожающего уросепсиса является неотложной процедурой, и ее следует выполнять, как только позволит локальная ситуация (Stensland K. et al., 2020).</p> <p>Медикаментозная экспульсивная терапия или хемолит</p> <p>3) В ситуации пандемии инфекционных заболеваний, в частности вследствие распространения коронавируса SARS-CoV-2, эти терапевтические методы становятся более важными как потенциальные способы избежать хирургических вмешательств.</p>				

от больницы и страны, а также со временем могут подвергаться изменениям по мере поступления новой информации.

9. Следуйте местным рекомендациям по использованию СИЗ. Общество американских желудочно-кишечных и эндоскопических хирургов (SAGES) советует использовать СИЗ независимо от COVID-статуса пациента.

10. Согласно рекомендациям ВОЗ, при контакте с COVID-положительными пациентами обязательно использовать СИЗ, включая двойные перчатки, халаты, защитные маски для лица и противовирусные маски.

11. Интубацию и экстубацию предпочтительно проводить в комнате с отрицательным давлением, если она имеется.

12. Весь неосновной медперсонал должен оставаться за пределами операционной во время процедуры.

13. Установите электрохирургическое оборудование на минимально необходимые для достижения эффекта настройки.

14. Избегайте или сократите использование монополярной электрохирургии, ультразвуковых диссекторов и современных биполярных устройств. Это

Таблица 4. Рекомендации ЕАУ по ведению пациентов с урологическими инфекциями, применимые во время пандемии COVID-19

Диагностика				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19				
Неосложненный цистит	Электронная/телефонная консультация на основании анамнеза заболевания			
Уретрит	Электронная/телефонная консультация на основании анамнеза заболевания			
Уровень доказательности	Экспертное заключение			
Лечение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19				
Неосложненный цистит	Антибиотикотерапия после консультации уролога			
Неосложненный пиелонефрит	Антибиотикотерапия после консультации уролога			
Осложненные ИМП			Антибиотикотерапия после консультации уролога. Стационарное лечение при необходимости	
Острый эпидидимит	Антибиотикотерапия после консультации уролога			
Уретрит	Антибиотикотерапия после консультации уролога			
Острый бактериальный уретрит	Легкое течение: антибиотикотерапия после консультации уролога		Тяжелое течение: внутривенное введение антибиотиков, надлобковая катетеризация при резидуальной обструкции	
Уросепсис				Пациента с подозрением на уросепсис следует направить в ближайшую больницу и немедленно предпринять меры в соответствии с причиной и симптомами
Гангрена Фурнье				Первичная хирургическая обработка раны, внутривенное введение антибиотиков; при необходимости – прерывистая катетеризация
Уровень доказательности	Экспертное заключение		Экспертное заключение	Экспертное заключение
Последующее наблюдение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред очень вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19				
	Телефонная и видео- консультация или с помощью электронной почты. Только пациентов, которые нуждаются в неотложной помощи, следует госпитализировать			
Уровень доказательности	Экспертное заключение			
Общие принципы				
<p>1) Поскольку многие неосложненные ИМП (например, неосложненный цистит, неосложненные или рецидивирующие ИМП и т. д.) саморазрешаются в течение короткого времени с/без соответствующего противомикробного лечения, рекомендуется, насколько это возможно, использовать телемедицину, видеоконференции или консультации по телефону. Пациенты, у которых необходимо взять пробу мочи (для анализа культуры или других исследований), или пациенты с дополнительными факторами риска должны быть в приоритете.</p> <p>2) Большинство урологических инфекций не требуют хирургического вмешательства; однако в случаях обструктивного заболевания, например связанного с инфекцией, могут потребоваться некоторые вмешательства. В этих случаях рекомендуется, чтобы все процедуры предпочтительно выполнялись опытными урологами, владеющими техникой проведения этих вмешательств. Процедуры должны выполняться минимальным количеством сотрудников.</p> <p>3) Продолжительность и частота выделения SARS-CoV-2 в моче не известна. Хотя доказательств передачи заболевания через мочу не было продемонстрировано, отбор проб мочи (для анализа мочи, в т.ч. с помощью тест-полосок), катетеризация уретры и эндоскопические процедуры (например, трансуретральная резекция простаты, трансуретральная резекция мочевого пузыря, стентирование мочеточников и т. д.) должны выполняться с осторожностью.</p>				

оборудование может провоцировать аэролизацию частиц.

15. Используйте, если возможно, портативные устройства с монополярной диатермией и подключенными дымососами.

16. Проводите отдельно очищение хирургического оборудования после работы с COVID-положительными пациентами и лицами с подозрением на инфицирование.

Тактика ведения COVID-положительных пациентов, нуждающихся в операции (эти меры частично также применимы для COVID-отрицательных пациентов)

1. Для этих случаев должна быть подготовлена специально оборудованная операционная. Что касается эндouroлогии, то в операционной комнате должна находиться мобильная рентгеновская диагностическая система типа C-дуга для радиологической визуализации, а также опытный персонал.

2. Хирурги и операционная бригада (хирурги, анестезиологи, медсестры, техники, ассистенты медсестер и другие медицинские работники) в операционной должны быть полностью защищены с помощью СИЗ от инфицирования COVID-19.

3. Все минимально инвазивные процедуры должны проводить опытные хирурги с минимальным количеством сотрудников в операционной. Кроме того, посторонние лица не допускаются в операционную. (<https://uroweb.org/wp-content/uploads/ERUS-guidelines-for-COVID-def.pdf>)

4. На сегодняшний день нет конкретных данных, демонстрирующих наличие в аэрозоле, выделяющемся во время малоинвазивной абдоминальной хирургии, вируса COVID-19.

5. При выполнении лапароскопических операций должны быть предусмотрены системы дымоудаления с активным режимом фильтрации дыма, способные отфильтровывать аэрозольные частицы от CO₂.

6. Использование инсуффляции CO₂ в закрытой системе с соответствующей фильтрацией аэрозольных частиц.

- Не вставляйте 8-миллиметровые инструменты в 12-миллиметровый троакара да Винчи без редуктора.
- Не вставляйте 5-миллиметровый инструмент в 12-миллиметровый троакара да Винчи даже с установленным редуктором.
- Перед извлечением образца необходимо отключить инсуффляцию CO₂ и удалить газ через фильтр.
- Может потребоваться консультация производителя инсуффлятора CO₂, используемого в вашей

больнице, чтобы убедиться, что для максимального эффекта фильтрации выбраны правильные настройки.

- Полные рекомендации SAGES по этой теме, а также опубликованные доказательные данные можно найти на веб-сайте SAGES.

7. При выполнении (роботизированной) лапароскопии и ретроперитонеоскопии рекомендуется работать в условиях минимально допустимого внутрибрюшного давления с использованием интеллектуальных интегрированных систем инсуффляции.

8. Рекомендуется максимально снизить мощность электрокоагуляции, чтобы уменьшить образование дыма, особенно в лапароскопической хирургии. Во время доступа электрокоагуляция должна быть снабжена автоматической системой всасывания.

9. Эвакуацию ирригационной жидкости в ходе эндouroлогических процедур (цистоскопия, трансуретральная резекция мочевого пузыря, эндоскопическая хирургия, уретероскопия, ретроградная интратенальная хирургия, чрескожная нефролитотомия) следует проводить через закрытую систему.

Продолжение на стр. 26.

Рекомендации Европейской ассоциации урологии по ведению пациентов урологического профиля в период пандемии COVID-19

Продолжение. Начало на стр. 22.

Таблица 5. Рекомендации ЕАУ/ЕОПУ по детской урологии, применимые во время пандемии COVID-19

Диагностика и амбулаторное ведение детей с урологическими заболеваниями				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред весьма вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19	Доброкачественное образование мошонки и патология полового члена, недержание мочи	Полуургентные случаи, такие как контрольное УЗИ после проведения операции на верхних мочевыводящих путях	Ургентные случаи, в которых задержка может привести к необратимому прогрессированию или повреждению органов, например ультразвуковое исследование, МЦУГ при подозрении на тяжелую обструктивную уропатию, если планируется хирургическое вмешательство	Продолжайте предпринимать все необходимые действия, задержка выполнения которых может представлять потенциальную угрожающую или угрожающую жизни ситуацию
Послеоперационное наблюдение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред очень вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19	Отложить лечение на срок до 6 мес	Начать лечение в течение 3 мес. Выполнить полуургентную операцию	Начать лечение в течение 6 нед. Выполнить операцию в экстренных случаях, в которых задержка может привести к необратимому прогрессированию болезни или повреждению органов	Начать лечение в течение 24 ч. Выполнить операцию при состояниях, угрожающих жизни
	<ul style="list-style-type: none"> Доброкачественное образование мошонки и патология полового члена (орхидопексия, гидроцеле, паховая грыжа, обрезание) Функциональная хирургия (хирургические вмешательства при недержании, меатотомия, инъекции ботулинического токсина) Реконструктивная хирургия половых органов (гипоспадия, скрытый половой член, другие генитальные отклонения) Гемии/нефрэктомия Аугментация мочевого пузыря, катетеризируемая стома, аппендикостомия 	<ul style="list-style-type: none"> Оперативные вмешательства при ПМР. Пиелопластика при сохранной функции почки Уролитиаз, если нет инфекции или обструкции Инъекции ботулинического токсина при нейрогенном мочевом пузыре в отдельных случаях 	<ul style="list-style-type: none"> Пиелопластика при обструкции ЛМС и прогрессирующем снижении функции или с тяжелыми симптомами (рассмотрите дренаж с использованием JJ-стента или нефростомы) ЗУК ПОМ Уролитиаз с рецидивирующими инфекциями 	<ul style="list-style-type: none"> Уросепсис с обструкцией (уролитиаз, уретероцеле с обструкцией или ПОМ) Травма, сопровождающаяся гемодинамической нестабильностью или формированием уриномы ЗУК при невозможности установить уретральный или надлобковый катетер Онкология (опухоль Вильмса, злокачественное образование яичек, паратестикулярная опухоль, рабдомиосаркома мочевого пузыря и простаты; резекция может быть рассмотрена в зависимости от ситуации и состояния ребенка) Острая ишемия (оперативное вмешательство при перекруте яичка у новорожденных является единственным вариантом лечения; в противном случае шансы на спасение яичка крайне невелики, а самопроизвольное расправление яичка маловероятно) Парафимоз
Общие принципы				
<p>1) Хотя большинство детей переносят COVID-19 нетяжело, эта пандемия оказывает влияние на педиатрическую урологическую помощь. Необходимо принимать взвешенное решение о том, в каких случаях медицинские вмешательства могут быть отложены, а в каких – нет.</p> <p>2) В зависимости от ресурсов и возможностей, во время пандемии COVID-19 мы рекомендуем хирургическое лечение только в экстренных ситуациях и ситуациях высокой приоритетности.</p> <p>3) Рассмотреть вопрос о лечении пациентов средней приоритетности, если имеется возможность, но не во время всплеска заболеваемости COVID-19.</p> <p>4) Важно отметить, что откладывание операции у пациентов с обструктивной уропатией (обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента, обструкция мочеточниково-пузырного соединения, ЗУК, нейрогенный мочевой пузырь) может привести к потере почечной функции, и решение об отсрочке может быть пересмотрено в зависимости от клинической ситуации, а также от степени обструкции.</p> <p>5) Несомненно, имеют место случаи врожденных аномалий, такие как гипоспадия и крипторхизм, когда не могут быть превышены оптимальные сроки хирургического вмешательства. Такие дети могут подвергаться риску ухудшения результативности лечения и/или увеличения психологического бремени из-за отсрочки в проведении операций, поэтому врожденные аномалии должны быть приоритетными в списке ожидания.</p>				
<p>Примечания: ЕОПУ – Европейское общество педиатрической урологии; МЦУГ – микционная цистоуретрография; ПМР – пузырно-мочеточниковый рефлюкс; ЛМС – лоханочно-мочеточниковое соединение; ЗУК – задний уретральный клапан; ПОМ – первичный обструктивный мегауретер.</p>				

Общее руководство по обследованию пациентов перед операцией в период пандемии COVID-19

1. Пациенты, у которых присутствуют такие клинические симптомы, как лихорадка и респираторный дистресс, и/или лица, посещавшие эндемичные регионы либо контактировавшие с инфицированными COVID-19, должны пройти предоперационный тест на COVID-19. В неотложных ситуациях следует обращаться с этими пациентами как с потенциально инфицированными COVID-19, чтобы снизить риск заражения как пациентов, так и медицинских работников.

2. Лицам без каких-либо клинических симптомов, которые не посещали эндемичные регионы и не контактировали последние 2 нед с COVID-положительными больными, рекомендуется проводить выборочное тестирование на COVID-19 за 48 ч до операции в амбулаторных условиях. Можно рассмотреть возможность начать с ПЦР-тестирования и не проводить компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки только в том случае, если ПЦР положительна в отношении инфекции COVID-19. Однако это может иметь серьезные материально-технические последствия (пациенты должны несколько раз посещать больницу). Поэтому целесообразнее одновременно осуществлять ПЦР-тестирование и КТ. Основное обоснование такого подхода:

- пациенты могут находиться в инкубационном периоде инфекции COVID-19, и заболевание у них разовьется после операции, что повысит риск неблагоприятных послеоперационных исходов;

- больные могут быть бес-/малосимптомными носителями и переносчиками SARS-CoV-2 и подвергать риску медицинских работников, особенно во время процедуры интубации и аэрозолизации;

- пациенты могут быть бес-/малосимптомными носителями и переносчиками SARS-CoV-2 и подвергать риску других госпитализированных больных, которые могут иметь сопутствующие заболевания и/или находиться в старшей возрастной группе, а значит, иметь более высокий риск тяжелого течения COVID-19.

3. В настоящее время могут применяться разные подходы к сортировке больных в зависимости от региона или страны. Даже с учетом ложноотрицательных результатов теста на COVID-19 и того факта, что СИЗ следует использовать при контакте со всеми хирургическими пациентами, информация о наличии или отсутствии у пациента COVID-19 может быть полезной в послеоперационном периоде.

4. Кроме того, мы настоятельно рекомендуем советовать пациентам соблюдать общие указания относительно социального дистанцирования, заявленные правительством, так как это, вероятно, снизит риск инфицирования COVID-19 во время операции.

Общее руководство по другим аспектам медицинской помощи, помимо хирургической

1. Телемедицинское консультирование.

2. Пациенты с COVID-19 или с подозрением на инфицирование вирусом должны получать лечение в соответствии с местными, национальными протоколами и рекомендациями ВОЗ. Это позволит добиться всеобъемлющей борьбы с инфекцией COVID-19.

3. Сеть крупных экспертных центров на региональном, национальном или даже наднациональном уровне должна надлежащим образом гарантировать непрерывность оказания онкологической помощи, обеспечивая наличие больничных коек и своевременное лечение новых пациентов.

4. Для оптимальной терапии рекомендуется проводить дистанционные консультации и работать в многопрофильных бригадах.

5. Тестирование на SARS-CoV-2 необходимо выполнять перед любой высокодозной химиотерапией.

6. Лицам с хроническими заболеваниями рекомендуются онлайн-консультации, что позволит снизить риски для самих больных и разгрузить медицинские учреждения.

7. Поощряйте пациентов в полной мере использовать цифровые устройства, чтобы избежать контактов с окружающими и снизить риск перекрестных инфекций.

Таблиця 6. Рекомендації ЕАУ по веденню пацієнтів з порушеннями сексуального і репродуктивного здоров'я, применимі в час пандемії COVID-19

Менеджмент (діагностика, лікування і наступне спостереження) порушень сексуального здоров'я / еректильної дисфункції в період COVID-19 має низький пріоритет, за виключенням наступних рекомендацій.

Діагностика				
Категорія пріоритетності	Низький пріоритет	Середній пріоритет	Високий пріоритет	Неотложні стани
Визначення категорії	Клінічний шкода дуже маловірогідна при відстрочці лікування на 6 міс	Клінічний шкода можливо, якщо лікування відложено на 3-4 міс, але маловірогідно	Клінічний шкода дуже вірогідна, якщо відложить лікування на >6 нед	Ситуація, що загрожує життю
Рекомендації в умовах пандемії COVID-19				
Оцінка гіпогонадізму з пізнім початком (ГПН)		Люба діагностика ГПН, за виключенням клінічних досліджень по терапії тестостероном, має низький пріоритет		
Еректильна дисфункція (ЕД)			<ul style="list-style-type: none"> Медицинський і психосексуальний анамнез з використанням перевірених інструментів, наприклад Міжнародного індексу еректильної функції (International Index of Erectile Function, IIEF) Зібрати детальний медичний і сексуальний анамнез у кожного пацієнта з ЕД. Розглянути особливості психосексуального розвитку, включаючи життєві стресові фактори, культурні аспекти і когнітивні особливості / стиль мислення пацієнта в відношенні його сексуальної активності 	
Оцінка чоловічого безпліддя		<ul style="list-style-type: none"> Необхідно обстежити обох партнерів одночасно, щоб класифікувати причину безпліддя. Проводити паралельну оцінку фертильності, включаючи визначення оваріального резерву, партнера-жінки в час обстеження безплідного чоловіка, оскільки це допоможе визначити оптимальну тактику: терміновість втручання і терапевтичні стратегії (наприклад, використання допоміжних репродуктивних технологій замість хірургічного втручання). Виконати аналіз сперми в відповідності з критеріями довідкового керівництва ВОЗ по дослідженню і обробці сперми людини (5-е видання). Провести УЗІ мошонки у пацієнтів з безпліддям, так як існує вищий ризик розвитку раку яєчка 		Проведення мультидисциплінарного консилиуму щодо інвазивних методів діагностики (наприклад, біопсія яєчка під контролем УЗІ з наступним гістологічним дослідженням в порівнянні з радикальною орхідектомією або спостереженням) слід розглядати у безплідних чоловіків з патологією семеника неясного походження за даними УЗІ, в особливості при наявності додаткових факторів ризику злоякісного новоутворення
Зниження сексуального бажання			Виконати діагностику і класифікацію низького ступеня сексуального бажання на основі медичного і сексуального анамнезу, з включенням перевірених опитувальників	
Лікування				
Категорія пріоритетності	Низький пріоритет	Середній пріоритет	Високий пріоритет	Неотложні стани
Визначення категорії	Клінічний шкода дуже маловірогідна при відстрочці лікування на 6 міс	Клінічний шкода можливо, якщо лікування відложено на 3-4 міс, але маловірогідно	Клінічний шкода дуже вірогідна, якщо відложить лікування на >6 нед	Ситуація, що загрожує життю
Рекомендації в умовах пандемії COVID-19				
Пізнній гіпогонадізм			<ul style="list-style-type: none"> Назначити відповідне медикаментозне лікування в разі важкої депресії і остеопорозу. Не назначати терапію тестостероном з метою покращення складового складу тіла, зниження ваги і покращення кардіометаболічного паттерну. Не використовувати лікування тестостероном для покращення життєвого тону і фізичної сили у похилої чоловіків 	
Пізнній гіпогонадізм: вибір терапії		<ul style="list-style-type: none"> Лікування органічних причин гіпогонадізму (при їх наявності), наприклад патології гіпофіза, гіперпролактинемії і т.д. Оптимізація образу життя і зниження ваги (при ожирінні); відміна (по можливості) препаратів, які можуть знижувати виробку тестостерону; лікування супутніх захворювань до початку терапії тестостероном. Вибір конкретного препарату тестостерону в процесі спільного прийняття рішення з повністю інформованим пацієнтом 		
Еректильна дисфункція		<ul style="list-style-type: none"> Оцінити пацієнтів на предмет правильного розуміння механізмів дії і шляхів прийому лікарських препаратів, так як це є основними причинами відсутності реакції на інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (іФДЭ-5). В першу чергу лікування повинно бути направлено на первопричину ЕД, якщо вона виявлена. Назначення препаратів групи іФДЭ-5 в якості терапії першої лінії. Назначення препаратів для підтримки ерекції слід починати при першій можливості після радикальної простатектомії / операції в області тазу і інших методів лікування раку передстатевої залози 	Обговорити з пацієнтами, яким призначена радикальна простатектомія (незалежно від методу проведення), ризик виникнення деяких змін в сексуальній сфері, відрізняються від ЕД, включаючи зниження лібідіо, зміни оргазму, анеякуляцію, захворювання Пейроні і зміну розміру статевого члена.	
Рецидивуюча гематоспермія		Чоловіки старші 40 років з персистуючою гематоспермією повинні бути обстежені на рак передстатевої залози		
Захворювання Пейроні		<ul style="list-style-type: none"> Пацієнтам, які не відповідають критеріям оперативного лікування або коли операція неприйнятна для пацієнта, запропонувати консервативне лікування. Обговорити з пацієнтами всі доступні варіанти лікування і очікувані результати перед початком будь-якої терапії. Нестероїдні протизапальні препарати можна використовувати для купірування болю в статево члені в гострій фазі захворювання Пейроні. іФДЭ-5 можуть бути використані для лікування супутньої ЕД або з метою зменшення проникнення при деформації статевого члена 	Не пропонувати пероральне лікування вітаміном Е, парааминобензоатом калію (потаба), тамоксифеном, пентоксифіліном, колхіцином і ацетилхолиновими ефірами карнітину для лікування захворювання Пейроні	

Продолжение на стр. 28.

Рекомендации Европейской ассоциации урологии по ведению пациентов урологического профиля в период пандемии COVID-19

Продолжение. Начало на стр. 22.

Таблица 6. Рекомендации EAU по ведению пациентов с нарушениями сексуального и репродуктивного здоровья, применимые во время пандемии COVID-19 (продолжение)				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Крипторхизм		Мужчинам с односторонним неопущенным яичком и нормальной гормональной функцией/сперматогенезом должна быть предложена орхидэктомия		
Герминогенные опухоли и микрокальцификация яичек			<ul style="list-style-type: none"> Мужчины с микрокальцификацией яичек должны уметь проводить самостоятельное обследование даже без дополнительных факторов риска, так как это поможет раннему выявлению герминогенных опухолей яичка. Криоконсервация сперматозоидов должна проводиться до плановой орхидэктомии, так как у мужчин с раком яичка могут наблюдаться значительные отклонения в качестве семенной жидкости (включая азооспермию). Пациентам с раком яичка и азооспермией или выраженными патологическими изменениями семенной жидкости может быть предложена экстракция спермы во время радикальной орхидэктомии 	При наличии у пациентов с микрокальцификацией яичек подозрительных в отношении опухоли признаков в ходе физикального или ультразвукового исследования необходимо провести хирургическое исследование паховым доступом с биопсией яичка или предложить орхидэктомию по результатам междисциплинарного консилиума и обсуждения с пациентом
Гормональная терапия		<ul style="list-style-type: none"> Гипогонадотропный гипогонадизм (вторичный гипогонадизм), включая врожденные причины, необходимо лечить комбинированно хорионическим гонадотропином человека (ХГЧ) и фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ) (рекомбинантный ФСГ; высокоочищенный ФСГ) или гонадотропин-рилизинг-гормоном (ГнРГ) в пульсирующем режиме для стимуляции сперматогенеза. У мужчин с гипогонадотропным гипогонадизмом проводить стимуляцию сперматогенеза с помощью эффективной лекарственной терапии (ХГЧ; менопаузальные гонадотропины человека; рекомбинантный ФСГ; высокоочищенный ФСГ). При наличии гиперпролактинемии назначение агонистов допамина может улучшить сперматогенез 		Не использовать терапию тестостероном для лечения мужского бесплодия
Хирургические вмешательства, касающиеся мужской фертильности	Все плановые хирургические операции по поводу фертильности, а также вмешательства по экстракции сперматозоидов должны быть отменены до дальнейшего уведомления		У женщин с ограниченным овариальным резервом или в позднем для материнства возрасте отсрочка вмешательства по поводу фертильности может привести к значительно худшим результатам. Этот момент необходимо обсудить с парой и акцентировать на нем внимание	
Криоконсервация сперматозоидов у мужчин с раком яичка, поскольку у них могут быть значительные патологические изменения спермы (включая азооспермию)	Банк спермы: низкий приоритет. У пациентов, получающих адъювантную терапию, взятие спермы должно проводиться перед любой гонадотоксической или абляционной терапией. В настоящее время нет доказательств вертикальной передачи COVID-19. Однако до криоконсервации сперматозоидов пациентам может быть предложено проведение тестирования на коронавирус в ходе плановых лабораторных обследований (например, на ВИЧ, гепатит)			Перед плановой орхидэктомией
Извлечение сперматозоидов из яичка у мужчин с раком яичка и азооспермией или с тяжелыми отклонениями параметров спермы				Во время радикальной орхидэктомии
Последующее наблюдение				
Категория приоритетности	Низкий приоритет	Средний приоритет	Высокий приоритет	Неотложные состояния
Определение категории	Клинический вред очень маловероятен при отсрочке лечения на 6 мес	Клинический вред возможен, если лечение отложено на 3-4 мес, но маловероятен	Клинический вред очень вероятен, если отложить лечение на >6 нед	Ситуация, угрожающая жизни
Рекомендации в условиях пандемии COVID-19				
Поздний гипогонадизм			<ul style="list-style-type: none"> Необходимо оценить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) перед началом терапии тестостероном. Необходимо оценить состояние здоровья мужчин с имеющимся ССЗ на наличие соответствующих симптомов перед началом терапии тестостероном. Также важно тщательно контролировать их состояние во время лечения. Лечение гипогонадизма у мужчин с ССЗ, венозной тромбоземболией в анамнезе или с хронической сердечной недостаточностью, которым необходимо назначение тестостерона, следует проводить с осторожностью, путем тщательного клинического мониторинга и регулярного измерения гематокрита (не должен превышать 54%) и уровней тестостерона. Исключить семейный анамнез венозной тромбоземболии до начала терапии тестостероном. Проводить мониторинг уровня тестостерона и гематокрита через 3, 6 и 12 мес после начала терапии, а затем ежегодно. Гематокрит >54% является показанием к отмене тестостерона и флеботомии. После нормализации гематокрита ввести более низкую дозу и рассмотреть возможность перехода на местную терапию тестостероном 	

Рекомендации EAU были созданы, чтобы защитить врачей и пациентов, а также облегчить борьбу с пандемией COVID-19. Важный посыл этого гайдлайна – это то, что предосторожность никогда не бывает излишней, ведь на первый взгляд здоровые люди могут быть носителями инфекции. В этой борьбе за выживание профессиональный вклад каждого

врача имеет очень большое значение. Поэтому минимизация распространения COVID-19 как на национальном уровне путем введения карантина, так и на локальном (минимизация контактов с пациентами, соблюдение правил безопасности в операционной, использование надлежащего оборудования) даст возможность оказывать

урологическую помощь максимально эффективно и безопасно.

Подготовили **Анастасия Романова, Артур Новоскольцев, Мария Арефьева**

По материалам: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Office-Rapid-Reaction-Group-An-organisation-wide-collaborative-effort-to-adapt-the-EAU-guidelines-recommendations-to-the-COVID-19-era.pdf>