

# Урология сегодня

специализированное издание для урологов

Новосибирск | № 1 | 83 | 2026

Издается  
с 2009 года



Подписка  
на издания  
ИД «АВВ-пресс»

## ОТ РЕДАКТОРА



Дмитрий  
Юрьевич  
ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

### Дорогие коллеги!

Обращаясь к очередному выпуску газеты «Урология Сегодня», понимаешь, что за считанные месяцы между выходом двух ближайших номеров наша специальность успевает претерпеть значительные изменения. Они связаны не только с появлением нового оборудования и новых методик, но и, что особенно радует, с новыми образовательными проектами. Московская урологическая школа (МУШ) здесь не исключение. Одна из традиционных и наиболее успешных образовательных инициатив позволяет каждый раз по-новому взглянуть на успехи нашей специальности и российской урологии в целом. Очередная МУШ пройдет 22–23 мая в Конгресс-центре Сеченовского университета, на современной площадке, ставшей уже привычным местом заседаний школы, и соберет спикеров и слушателей не только из числа урологов, но и представителей смежных специальностей. Доклады, с которыми ознакомятся участники МУШ, затронут все аспекты нашей профессии, в том числе вопросы репродукции и сексуального поведения человека. Урологи традиционно занимаются сексуальными дисфункциями у женщин и мужчин, а также репродукцией в масштабах нашей страны. Отрадно, что данные программы активно поддерживаются государством. Необходимо подчеркнуть, что все докладчики МУШ — это приглашенные профессора с большим опытом в соответствующей области, которые зачастую являются не только российскими, но и международными лидерами мнений в своем научном направлении. В заключение хотелось бы напомнить, что в этом году в Казани с 10 по 13 сентября пройдет XXVI Конгресс Российского общества урологов, который дорог сердцу каждого представителя нашей специальности. Это ключевое профессиональное событие для обсуждения направлений

развития урологической науки и практики, актуальных сегодня и в будущем. В рамках конгресса состоится заседание профильной комиссии по урологии Минздрава России, а также другие важные события.



## ВЕСТИ ИЗ РЕГИОНОВ

# О сибирском характере и ускорителе частиц СКИФ, который поможет совершить прорыв в лечении мочекаменной болезни

*Продолжая начатую в 2024 году и ставшую уже традиционной рубрику об организации урологической службы в разных регионах страны, мы попросили поделиться достижениями и трудностями в работе профессора Игоря Викторовича Феофилова, доктора медицинских наук, главного внештатного уролога Новосибирской области (НСО), заведующего кафедрой урологии Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ), заслуженного врача России, председателя новосибирского отделения Российского общества урологов.*

— Существуют ли в вашем регионе какие-то эндемичные болезни мочеполовой системы?

— Чисто эндемичных урологических заболеваний, то есть характерных только для нашего региона, в НСО нет. У нас повышена заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ), мужским бесплодием, раком почки и мочевого пузыря. Но отличия наших показателей от среднероссийских не настолько серьезны, чтобы требовались какие-то срочные специальные меры. Среди урологических заболеваний в НСО

наиболее распространены аденома простаты и МКБ, на которую уходит больше всего трудозатрат урологов и ресурсов системы ОМС.

— Сколько специалистов занято сегодня в амбулаторном и госпитальном звене вашей урологической службы?

— В 25 кабинетах нашего амбулаторного звена имеется 80 штатных должностей урологов, но работают лишь 67 врачей. В 9 отделениях стационарной службы, где

Продолжение на с. 2 →

МУЦ:  
итоги первых лет 4

255 лет  
И.Ф. Бушу —  
первому урологу России 10

Откуда эмфизема  
в почке? 14

АВВ-пресс  
в Telegram



## НОВОСТИ

### 22-я МУШ: снова в школу!

22–23 мая 2026 года в Конгресс-центре Сеченовского университета под руководством главного внештатного специалиста-уролога ДЗМ, академика РАН Дмитрия Юрьевича Пушкаря состоится 22-я Московская урологическая школа (МУШ).

«Один за всех и все за одного!» — таков девиз современных МУШкетеров. Активное участие в работе МУШ по традиции примут ведущие эксперты российской урологии, а также специалисты организационно-методического отдела по данному профилю Департамента здравоохранения Москвы под руководством заведующей отделом, доктора медицинских наук Любови Алексеевны Ходыревой. МУШ — это образовательный проект, основанный на клинических рекомендациях, который использует европейские методы преподавания и решает задачу стандартизации знаний московских урологов. Основные задачи обучения — повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению, стандартизация методов лечения и профилактики урологических заболеваний, внедрение единых подходов, основанных на успешной медицинской практике и современных технических и научных достижениях. В рамках МУШ ведется модульное преподавание в интерактивном мультидисциплинарном формате. Каждый участник оформляет карту московского уролога, на которую зачисляются баллы НМО. Школа направлена на повышение компетенций профильных специалистов, ознакомление их с новейшими мировыми тенденциями, что оптимизирует оказание медицинской помощи урологическим пациентам. Участников МУШ ждут два дня интенсивной работы, профессионального общения и получения новых знаний в следующих областях: андрология и генитальная хирургия; мужское здоровье; мочекаменная болезнь; мочевиная инфекция; СНМП/ДГПЖ; ПСА и биопсия простаты; женская урология; живая хирургия; хирургические мастер-классы на стендах компаний; урология для терапевтов.

До встречи на МУШ, коллеги!

## О сибирском характере и ускорителе частиц СКИФ, который поможет совершить прорыв в лечении мочекаменной болезни

← Продолжение, начало на с. 1

развернуто 349 коек, есть 85 должностей, но работают только 53 уролога. В то же время формально, за счет внутреннего со- вмещения, почти все штатные должности заняты. Сегодня подобная ситуация часто возникает в отечественных ЛПУ из-за хронического кадрового дефицита. Эта проблема достаточно серьезна. Особенно остро она стоит в стационарах. Главные врачи нередко сообщают мне, что, набравшись опыта после ординатуры, еще один молодой оперирующий уролог ушел в коммерческую медицину.

Сегодня в нашей службе задействованы разные способы решения кадровой проблемы. Пусть понемногу, но еще работает всероссийская программа «Земский доктор» по привлечению молодых врачей в поликлиники и больницы поселков и малых городов. Также в клиническую ординатуру по направлению «урология» к нам поступают врачи из ближнего зарубежья, в основном из Таджикистана, реже из Узбекистана и Киргизии. Часть из них остается работать в нашей службе, обычно эти люди получают российское гражданство. Мне приятно, что коллеги разделяют мое отношение к этим новым сотрудникам. Никакого предубеждения, никакого негатива — такова наша общая позиция. Для нас главное, чтобы поступивший к нам на работу зарубежный врач был хорошим специалистом и порядочным человеком. Все остальное, включая национальность, не имеет значения.

Я надеюсь, что ситуацию постепенно улучшит и новый закон, согласно которому начиная с 2026 года выпускников, обучившихся в медвузах на общих основаниях, будут на 3 года направлять на работу в медицинские организации, участвующие в системе ОМС. А получивших образование по договору о целевом обучении будут трудоустраивать в те ЛПУ, которые указаны в их целевых договорах.

— **Что именно вы делаете для решения этой проблемы?**

— На лекциях, которые я и мои коллеги по кафедре урологии НГМУ читаем студентам, мы стараемся убедить их, что в современной медицине нет другой специальности, кроме урологии, где применялось бы столько высокотехнологичных инструментальных методов лечения, которые к тому же обновляются не по дням, а по часам. А потому стать урологом, который сумеет освоить все эти передовые методы и технологии, очень интересно, престижно и к тому же выгодно. Словом, как можем, убеждаем студентов избрать урологическую специальность.

Кроме того, уже несколько лет на различных совещаниях призываю главных врачей поликлиник и больниц заказывать для своих учреждений целевых ординаторов в клиническую ординатуру. Ежегодно в нескольких стационарах Новосибирска обучаются ординаторы-урологи по целевой программе. Но их число обычно невелико, и нам очень хотелось бы, чтобы их стало больше.

Хотя обеспеченность урологами населения НСО еще далека от достаточной, но провала здесь у нас нет. Могут только гордиться коллективом урологов, который сложился в нашем регионе. Сибирский ха-

рактер — это стойкость не только к морозам, но и к любым трудностям. Коллеги работают самоотверженно, профессионально, и поэтому кадровый дефицит — далеко не самая острая наша проблема.



Главный внештатный уролог Новосибирской области, зав. кафедрой урологии НГМУ, заслуженный врач России Игорь Викторович Феофилов

— **Кажется, уже догадываюсь, к какой проблеме вы сейчас перейдете...**

— Угадать нетрудно: у нас не хватает оборудования. Расскажу о ситуации в якорном ЛПУ нашей области — государственной новосибирской областной клинической больнице (ГНОКБ), а также во второй крупнейшей в регионе городской клинической больнице (ГКБ) № 1, где, по идее, должно быть сконцентрировано самое сложное и современное обо-

рудование. Сразу скажу: мы пишем письма во все инстанции, выступаем на всевозможных совещаниях, встречаемся с руководством разных уровней. Нас принимают, выслушивают, но обещанной помощи пока остается только ждать.

В ГНОКБ давно вышел из строя дистанционный литотриптер, который был единственным функционирующим в бюджетных организациях НСО. А ведь такое лечение показано каждому пятому пациенту с МКБ! У нас нет устройств для роботизированных хирургических операций и лазеров для ретроградной интратанальной хирургии. Последнее особенно обидно, ведь отечественные компании наладили выпуск от-

личных и относительно недорогих лазеров для урологических вмешательств.

Немного лучше обстоят дела с перкутанной нефролитотрипсией. В двух государственных ЛПУ нашего города есть оборудование для таких операций, пациенты с МКБ получают лечение. Но во всей НСО обеспеченность этим видом высокотехнологичной медицинской помощи остается недостаточной. Зато в коммерческих клиниках Новосибирска все названное мной

Хирургическое лечение онкоурологические пациенты получают в двух онкоурологических отделениях: в ГКБ № 1 и ГНОКБ (всего 65 коек). А химио- и лучевая терапия выполняются на базе Новосибирского областного клинического онкодиспансера (НОКД)



Игорь Викторович Феофилов в операционной

оборудование, включая медицинских роботов, имеется и работает исправно. Лишь бы больной оплатил операцию!

— **Есть ли возможность помочь пациентам, чьи доходы не позволяют заплатить за операцию в частной клинике с необходимым оборудованием?**

— Благодаря решениям специальной комиссии минздрава НСО по согласованию с главным специалистом ежегодно выделяются квоты госзаданий коммерческим учреждениям для выполнения высокотехнологичных урологических операций за счет ТФОМС, за исключением роботизированных. Высокотарифные операции они берут с удовольствием, однако от низкодоходных, например дистанционной ударно-волновой литотрипсии, практически всегда отказываются. Эта работа отнимает у меня много времени и сил, но другой возможности помочь нашим пациентам пока нет.

— **Насколько трудно жителю НСО получить квоту на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) в связи с урологическим заболеванием? Велика ли очередь на получение таких квот?**

— На некоторые операции очередь не так уж велика. Однако, например, на выполнение перкутанной нефролитотрипсии записываем пациентов за 4 месяца. Чтобы хоть как-то разгрузить очередь, мы стремимся раздать госзадания в коммерческие структуры. Но это, как я уже сказал, получается не всегда. То есть проблема ВМП опять-таки упирается в ситуацию с нехваткой оборудования.

— **Часто ли приходится отправлять пациентов со сложными урологическими заболеваниями на лечение в другие города-миллионники?**

— Несмотря на все трудности в работе нашей службы, мы направляем в Москву лишь единичных пациентов, чаще всего для роботизированных операций на простате или сложных реконструктивно-пластических вмешательств.

— **Какая служба в НСО ведет онкоурологических больных — онкологическая или урологическая? Как урологи и онкологи в вашем регионе распределяют обязанности по работе с такими пациентами?**

— Хирургическое лечение наши пациенты с новообразованиями получают в двух онкоурологических отделениях: в ГКБ № 1 и ГНОКБ. Всего в них развернуто 65 коек. А химио- и лучевая терапия выполняются на базе Новосибирского областного клинического онкодиспансера (НОКД).

При подозрении на опухоль, особенно если речь идет о злокачественном новообразовании (ЗНО) предстательной железы, уролог нашей службы может выполнить трансректальную биопсию простаты. При верификации диагноза он отправляет пациента в Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). В одном только Новосибирске уже действует несколько таких организаций. Здесь пациента дообследуют, уточняют диагноз, могут начать химиотерапию (ХТ) и затем направляют в НОКД, где специалисты проводят консилиумы, чтобы финализировать тактику борьбы с болезнью, и затем либо лечат сами, если нужна консервативная терапия, либо передают больного хирургам.

— **Вам такая маршрутизация кажется приемлемой?**

— Конечно, нет! Ведь период от постановки диагноза ЗНО до начала лечения для некоторых пациентов у нас затягивается (особенно с учетом очереди на госпитализацию в два вышеупомянутых онкоурологических отделения) до полутора месяцев. А это недопустимо! Чтобы улучшить лечение онкоурологических больных, вот уже много лет мы координируем работу наших служб с моим уважаемым коллегой — профессором Сергеем Александровичем Фурсовым, главным внештатным специалистом-онкологом НСО, руководителем НООД. Насколько это позволяют нормативные документы и сложившаяся ситуация с оказанием медицинской помощи таким пациентам в нашем регионе, мы стремимся упростить и ускорить схему маршрутизации, а для самых сложных больных решаем проблемы в ручном режиме.

— **Подготовка урологов осуществляется только на базе НГМУ? Этого достаточно для постоянного пополнения службы новыми кадрами?**

— Думаю, этого могло бы быть достаточно, так как в последнее время наш меди-

динский университет ежегодно выпускает из ординатуры 12–13 урологов. Подавляющее большинство из них оплачивают обучение самостоятельно. К сожалению, среди ординаторов первого и второго года у нас есть только по одному человеку для целевого обучения, а бюджетников нет вообще. После выпуска из ординатуры примерно 3–4 молодых уролога уезжают в другие регионы России или возвращаются к себе на родину в ближнее зарубежье. Среди оставшихся в НСО многие уходят в коммерческие структуры. Так что из числа выпускников ординатуры в нашей службе остается недостаточно специалистов. Еще раз подчеркну, что самый действенный способ исправить подобную ситуацию — существенно увеличить число целевых мест в ординатуре, чтобы мы готовили каждого специалиста прицельно для своей больницы, поликлиники, онкоурологического отделения.

— **Чем руководимая вами служба может гордиться из того, что было сделано за последние годы?**

— Несмотря на определенный кадровый дефицит и нехватку современного оборудования, несмотря на то, что мои ученики разъезжаются по России и поднимают урологическую службу в других городах, да и в других странах тоже, чему я, честно говоря, не могу не радоваться, мы не только продолжаем заниматься разработкой новых направлений в урологии, в том числе усовершенствованием лапароскопических операций, но и внедряем эти инновации в практику работы нашей службы. Так, в 2023 году мы с коллегами по кафедре и ГНОКБ получили патент на новый способ нефрэксии проленовой сеткой лапароскопическим доступом.

Сегодня известно более 350 способов фиксации патологически подвижной почки. Их общим недостатком является сохранение риска травматизации фиброзной капсулы и паренхимы блуждающего органа. Мы же нашли прием, исключающий повреждение этих тканей при сохранении надежности нефрэксии и физиологической подвижности почки. Если упрощенно представить наше изобретение, мы предложили выкраивать из стерильной проленовой сетки Т-образную фигуру, достаточную для обораживания с боков и снизу нижнего сегмента почки и создания для нее поддерживающей конструкции типа гамака. Далее с помощью полосок той же проленовой сетки «гамак» фиксируется рассасывающимся шовным материалом к передней поверхности большой поясничной мышцы позади нижнего сегмента почки, нисколько не задевая ее ткани. Операция выполняется лапароскопически.

— **Продолжаете ли вы заниматься урологической наукой?**

— Да, и для меня это очень важно, я просто не представляю жизнь врача без медицинской науки. Из 32 лет врачебного стажа не было практически ни одного года без такой работы. Только что вместе с соавторами (а это мой аспирант И.А. Арбузов из Севастопольской городской больницы — СГБ № 9 — и кандидат технических наук В.С. Чернега, доцент кафедры информационных технологий Севастопольского государственного университета) мы опубликовали работу, в которой с помощью искусственного интеллекта (ИИ) оценили вклад сразу нескольких факторов в интегральный показатель эффективности лечения МКБ методом литотрипсии.

— **А зачем это понадобилось, когда уже есть золотой стандарт оценки эффективности хирургического лечения**

**МКБ — коэффициент полного освобождения от камней (Stone Free Rate — SFR)?**

— Сегодня бесспорно доказано, что существуют и другие факторы кроме SFR, существенно влияющие на качество лечения МКБ. Это длительность литотрипсии, степень интра- и постоперационных осложнений (коэффициент осложнений), продолжительность нахождения больного в стационаре после вмешательства.

С помощью ИИ и современных математических методов мы получили графические зависимости интегрального показателя эффективности лечения МКБ от этих трех факторов, а также и коэффициента SFR. В итоге мы разработали программу

В кабинетах нашего амбулаторного звена имеется 80 штатных должностей урологов, но работают лишь 67 врачей. В 9 отделениях стационарной службы, где развернуто 349 коек, есть 85 должностей, но работают только 53 уролога. В то же время формально, за счет внутреннего совмещения, почти все штатные должности заняты. Сегодня подобная ситуация часто возникает в отечественных ЛПУ из-за хронического кадрового дефицита



для определения этого комплексного показателя. Любой практикующий уролог может установить ее на свой ноутбук и использовать для уточнения тактики дальнейшего ведения пациента после литотрипсии и прогноза в случае его заболевания.

Что же касается руководителя лечебного учреждения, то он с помощью нашей программы может учитывать и сравнивать не только качество работы хирургов, но и всего медперсонала урологического отделения, а также планировать мероприятия по повышению эффективности деятельности стационара. Сейчас заканчивается апробация этой программы в ГНОКБ и СГБ № 9. После этого ссылка для ее скачивания будет доступна. Но на этом разработка программы не закончится. Уже скоро мы приступим к исследованиям, цель которых — добавить в интегральный показатель эффективности литотрипсии новые факторы. Это, в частности, квалификация хирургов и показатели предоперационного обследования, в том числе локализация камня и его физико-химические свойства. И раз уж мы заговорили о них, расскажу еще об одном направлении исследований, совершенно необычных и уникальных по своей сложности и важности ожидаемого результата, к которым мы приступили в 2025 году.

Речь идет об общей работе моих коллег по кафедре урологии НГМУ и ученых из Института ядерной физики им. Г.И. Будкера Сибирского отделения РАН (НСО, Академгородок). Вся эта работа связана с сибирским кольцевым источником фотонов (СКИФ). Это один из самых масштабных и современных научных проектов в России, который осуществляется в наукограде Кольцово НСО. СКИФ — синхротрон нового поколения, гигантский ускоритель частиц, внутри которого электроны разгоняются до околосветовых скоростей и генерируют мощное синхротронное излучение — особый свет в широком диапазоне от инфракрасного до рентгеновского. Так вот, это излучение, в том числе и рентгеновского диапазона, помогает изучать структуру и свойства веществ на атомном и молекулярном уровнях. Установка позволит проводить исследования с интенсивными пучками рентгеновского излучения во множестве областей: химии, физике, материаловедении, биологии, геологии и, что для нас особенно важно, в медицине.

СКИФ представляет собой комплекс из 34 зданий и сооружений, а также инженерного и технологического оборудования. Запуск установки планируется в 2026 году. В рамках первой очереди будут запущены семь экспе-

риментальных станций, постепенно их число увеличится до 30. Но некоторые устройства в составе СКИФ уже запущены. Благодаря этому начались исследования, в ходе которых мы погружаем извлеченные у пациентов с МКБ конкременты в различные биологические ткани, имитирующие человеческое тело, и подвергаем такие камни рентгеновскому облучению, полученному с помощью СКИФ.

Цель нашей совместной работы — определение безопасным и неинвазивным методом химического состава конкрементов в организме пациента с использованием пучков рентгеновского излучения. Сегодня существуют только косвенные признаки, по которым можно судить о химическом составе камня в мочевыделительной системе, — до тех пор, пока его не извлекут из организма пациента и не проведут необходимые анализы. Мы же надеемся, что СКИФ поможет нам выполнить анализ камня на очень высоком уровне еще до операции. В зависимости от его химического состава могут быть выбраны разные методы операции, да и вообще ведения больного с МКБ. Если у нас получится то, что мы задумали, это будет настоящий прорыв в борьбе с уролитиазом. ☺

Александр Рылов, к. м. н.

# Московский урологический центр в ММНКЦ имени С.П. Боткина: итоги первых лет работы

Два с половиной года назад в Московском многопрофильном научно-клиническом центре им. С.П. Боткина открылся Московский урологический центр (МУЦ). Задумывавшийся как флагман российской урологической службы, за прошедшее время МУЦ прочно утвердился в этом качестве. Об итогах первых лет работы рассказывает заместитель руководителя центра, профессор Константин Борисович Колонтарев.



Константин Борисович КОЛОНТАРЕВ

МУЦ образовался путем объединения двух урологических клиник: кафедры урологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО), возглавляемой академиком РАН Олегом Борисовичем Лораном, и кафедры урологии Российского университета медицины (РОСУНИМЕД, ранее — МГМСУ имени А.И. Евдокимова), которой руководит академик Дмитрий Юрьевич Пушкарь. Он же и стал руководителем МУЦ. Так в 2023 году произошло слияние двух старейших отечественных урологических школ с богатой историей и замечательными традициями.

Еще в 1932 году профессор Я.Г. Готлиб основал кафедру урологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне РМАНПО). Ее первой базой было урологическое отделение Московского областного клинического института. А в 1946 году, когда кафедру возглавил профессор А.П. Фрумкин, руководивший в то время урологическим отделением Боткинской больницы, именно оно стало новой базой кафедры. В дальнейшем кафедрой и отделением заведовали профессора И.П. Погорелко, В.Т. Карпунин, В.С. Рябинский. В этот период была значительно расширена и усовершенствована лечебная, педагогическая и научная работа. С 2001 года кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАНПО заведует академик РАН О.Б. Лоран. При нем лучшие традиции клиники и школы урологии не только бережно сохранялись, но и ознаменовались новыми научно-практическими достижениями.

— С чего началась история кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова?

— Она была организована еще в далеком 1971 году на лечебном факультете ММСИ имени Н.А. Семашко. Кафедру возглавил профессор Дмитрий Вавильевич Кан (ученик выдающегося уролога, заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора А.П. Фрумкина), ставший, как и его учитель, признанным лидером советской урологии, основателем собственной научной и клинической школы. Кафедра обосновалась в ГКБ № 50 (впоследствии ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого). На этой

клинической базе Д.В. Кан организовал единственное в то время в СССР профильное отделение урогинекологии. Ближайшим соратником и продолжателем его дела стал О.Б. Лоран. Располагая 180 койками в трех отделениях, урологическая клиника на базе ГКБ № 50 превратилась в одну из крупнейших в России.

После смерти Д.В. Кана в 1989 году и вплоть до 2001 года кафедрой и клиникой заведовал О.Б. Лоран. А в 2011 году его сменил на этом посту Д.Ю. Пушкарь, тогда еще профессор. Рост и становление Дмитрия Юрьевича как выдающегося уролога прошли именно в этой клинике под влиянием Д.В. Кана и О.Б. Лорана. В 2023 году клиника урологии РОСУНИМЕДа покинула стены ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и обосновалась в новом Московском урологическом центре на базе ГКБ им. С.П. Боткина.

— Сколько сотрудников работает в МУЦ? Есть ли у вас проблемы с кадрами?

— Наш коллектив — это 40 дипломированных специалистов, около 60 человек сред-

няя, относящаяся сегодня ко всей российской урологии.

Практически никто из пришедших к нам выпускников после двухгодичного обучения в ординатуре не обладает квалификацией, необходимой для самостоятельной работы, а потому некоторое время должен вести пациентов под руководством наставника. Однако молодые специалисты в этом не виноваты. Причина в слишком коротком, а потому недостаточном обучении в ординатуре. Дмитрий Юрьевич неоднократно обращался в Минздрав с предложением увеличить продолжительность обучения ординаторов с двух до трех лет, изменив при этом образовательную программу, что позволило бы нашим специалистам получать более глубокое и серьезное последипломное образование, приобретая квалификацию более высокого качества и выходя на работу уже готовыми к самостоятельной профессиональной деятельности.

Кстати, и в вашей газете, в интервью с главными внештатными урологами разных регионов страны, я встречал ту же серьезную

роль. А на первом этаже действуют амбулаторное звено, консультативно-диагностическое отделение (КДО) и еще одна операционная.

Второе здание МУЦ — это корпус № 16. Раньше его занимала урологическая клиника Боткинской больницы, а теперь — отделение экстренной или неотложной помощи урологическим больным на 40 коек и оперблок из семи залов для хирургических вмешательств. Этот флагманский центр оказания неотложной помощи появился благодаря усилиям Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) по созданию в нашем городе уникальных скорпомощных корпусов.

Корпус № 16 рассчитан на круглосуточный прием исключительно экстренных больных, причем любого профиля и любой нозологии, в том числе урологической. В зоне сортировки пациентов распределяют на три потока: красный (требуется реанимация или экстренная операция), желтый (нуждаются в приоритетном осмотре), зеленый (все остальные).

Пациентов красной категории незамедлительно направляют в противошоковый зал, на экстренную диагностику или в операционную. Помощь больным желтой и зеленой категорий организована по принципу «врач — к пациенту». В распоряжении сотрудников есть девять операционных (гибридная, ангиографическая, пять общего профиля и две малые). В этом же флагманском корпусе имеются диагностические койки. Если диагноз неясен, пациент может находиться там около суток на дообследовании. Ежедневно урологи принимают здесь около 35–40 больных. Например, при наличии камня в мочеточнике, перекрывшего выход мочи, пациенту могут оказать экстренную хирургическую помощь первого этапа. Если камень убирать еще рано, потому что это может повредить больному, будет установлен стент, чтобы облегчить отток мочи из почки. Затем пациента выписывают, после чего он возвращается в МУЦ через 3–4 недели уже на плановую операцию.



Московский урологический центр, 20-й корпус Боткинской больницы

“Фронт научной активности сотрудников МУЦ обширен — это проекты молодых ученых с грантовой поддержкой, фундаментальные научно-исследовательские и диссертационные работы, локальные исследования в прикладной урологии и реконструктивной хирургии

него медицинского и еще 40 — иного персонала, более 40 клинических ординаторов и 10 аспирантов, обучающихся на кафедрах урологии РМАНПО и РОСУНИМЕДа, а также в рамках недавно созданной программы ординатуры и аспирантуры по урологии в ММНКЦ им С.П. Боткина. Так что, с одной стороны, у нас действительно нет кадровых проблем. Наши вакансии всегда востребованы, все врачебные ставки постоянно заняты. Это позволяет нам тщательно отбирать лучших среди многих претендентов. А с другой стороны, кадровая проблема есть, и очень

озабоченность данным вопросом и те же предложения. Хочется верить, что Минздрав согласится с консолидированным мнением руководства российской урологической службы и примет соответствующее решение.

— Сколько корпусов занимает МУЦ?

— Наш центр расположен в двух корпусах. В семизэтажном здании № 20 Боткинского центра есть по два урологических и онкоурологических отделения. Седьмой этаж занимает оперблок с шестью операционными, названными в честь великих композито-

Всего в МУЦ ежедневно работают 4 дежурных специалиста, отвечающих за приемный покой, за 16-й или 20-й корпус, а также выполняющих экстренные вмешательства в соответствующем отделении. И еще один доктор все дни, кроме выходных, работает в диагностическом кабинете этого отделения. Такая логистика позволяет обеспечивать всю экстренную и неотложную помощь нашим пациентам.

— В КДО консультируют самых сложных больных, которым не может помочь поликлинический уролог?

— Работа МУЦ построена прежде всего на принципах оперативного лечения урологической патологии. Поэтому уже изначально урологи московских поликлиник направляют нам больных, которым необходимо хирургическое лечение. Пять наших специалистов ежедневно консультируют в КДО около ста пациентов в рамках специальной программы «Умная госпитализация». Это цифровой портал, на котором столичные поликлиники и другие ЛПУ, прикрепленные к нашему центру, размещают клинические случаи своих больных. Коллеги из КДО оперативно оценивают эти ситуации, приглашая пациента на консультацию или же сразу на госпитализацию. Однако могут и отказать ему в лечении в МУЦ, но с обязательным обоснованием.

**— Как организовано оперативное лечение пациентов с онкологическими и другими заболеваниями мочевой системы?**

— У нас нет разделения операционных на онкологические и урологические. МУЦ располагает тремя залами для выполнения робот-ассистированных вмешательств, по одному — для эндоскопических, а также реконструктивных операций плюс еще две операционные для любых вмешательств, в том числе для открытой и (или) лапароскопической хирургии. Наконец, у нас есть одна операционная в стационаре кратковременного пребывания. Таким образом, мы выполняем в среднем 95–100 операций в день.

В МУЦ имеются онкоурологические отделения. И, конечно же, существуют особенности ведения таких пациентов. Маршрутизация онкоурологического больного в Москве четко регламентирована. Пациент с подозрением на злокачественное новообразование (ЗНО) любого органа мочеполовой системы направляется урологом поликлиники по месту жительства в один из пяти столичных Центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Они расположены в крупнейших многопрофильных стационарах, включая Боткинскую больницу. Каждый онкоурологический пациент проходит четко регламентированный путь от первого приема в ЦАОП до госпитализации в онкоурологическое отделение МУЦ с последующей выпиской и наблюдением в центре амбулаторной помощи нашего же учреждения.

Меня очень радует тот факт, что каждый больной с постоянной регистрацией в нашем городе получает в ЦАОП все необходимые противоопухолевые препараты, в том числе таргетные и иммуноонкологические, в рамках государственных гарантий и дополнительного финансирования правительством Москвы.

**— Хирурги МУЦ выполняют уникальные операции, не имеющие аналогов в России, а в ряде случаев и в мире...**

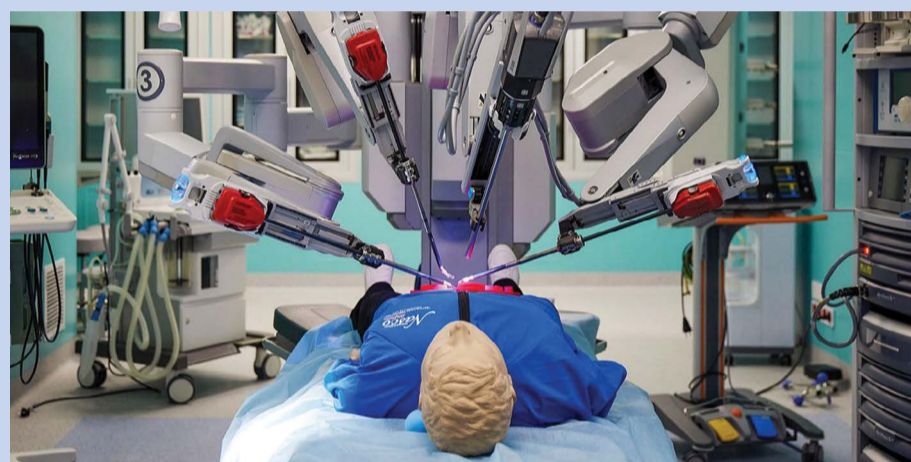
— Самые сложные — это, конечно, реконструктивно-восстановительные вмешательства. В прошлом году из одного региона России к нам поступил больной после нескольких неудачных попыток оперативного лечения камней в мочеточниках с двух сторон. Точнее, уже с практически полным отсутствием мочеточников и двусторонними нефростомами. Мы выполнили двухэтапную операцию реконструкции мочеточников и пластики мочевого пузыря. Применялась многокомпонентная техника с использованием собственных тканей кишечника и слизистой щęki. В итоге пациент выписан не просто избавленным от трубок, но и с удовлетворительным состоянием всех мочевыводящих путей и приемлемым качеством жизни.

**— МУЦ оснащен по последнему слову медицинской техники?**

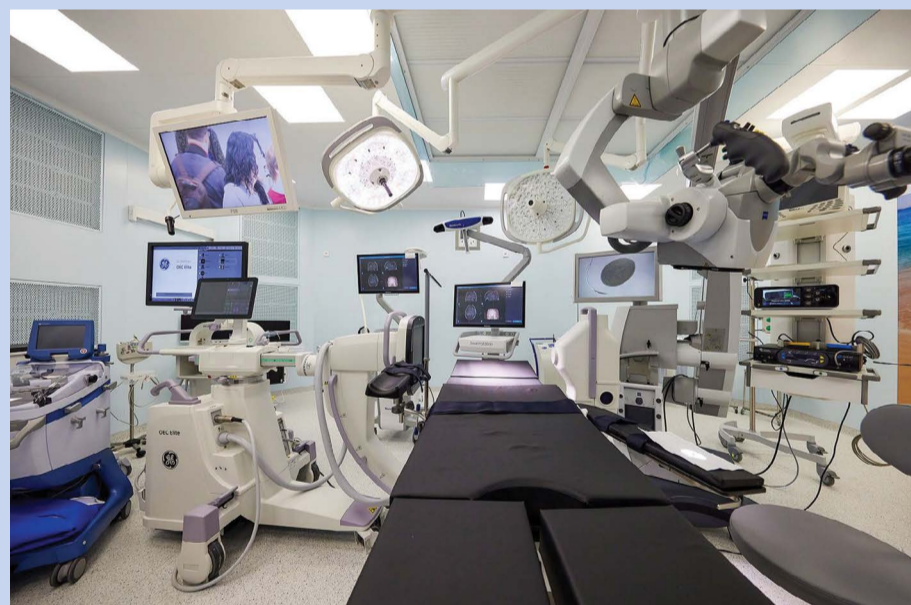
— Да, это так. При необходимости мы по-прежнему можем получать все нужное нам



Робот-симулятор высшего класса реалистичности для обучения специалистов



На таком манекене можно отрабатывать навыки роботических операций



В операционной есть все необходимое современное оборудование для выполнения экстренных и плановых хирургических вмешательств

инновационное оборудование, в том числе западное. Из-за санкционного давления случаются трудности с закупкой некоторых расходных материалов и запчастей, но это проблемы периодические и разрешимые. Пожалуй, главная трудность состоит в не настолько быстром появлении отечественных разработок, насколько хотелось бы. Но это общая проблема, к решению которой прикладывает коллективные усилия руководство страны и ее медучреждений. В целом же МУЦ располагает самым современным уникальным оборудованием. Раньше я обязательно начал бы с робот-ассистированных систем, но сейчас они есть не только в большинстве крупнейших медицинских учреждений Москвы, но и во многих регионах России. Поэтому приведу два других примера самого сложного и современного оборудования, которым располагает МУЦ.

Во-первых, это устройство для малоинвазивного лечения рака предстательной железы (РПЖ) с помощью высокоинтенсивного фо-

кусированного ультразвука. Здесь используется технология HIFU (High Intensity Focused Ultrasound), позволяющая фокусировать ультразвуковые волны с локальным нагревом и разрушением клеток ЗНО. При этом окружающие ткани остаются невредимыми. Для такой терапии мы используем роботизированные системы Focal One и Sonablate. Они дают возможность проводить неинвазивную трансректальную термоабляцию локализованного РПЖ стадий T1 и T2 с совмещением результатов МРТ и УЗИ, что делает лечение более точным. Процедура HIFU проводится без разрезов или проколов тканей.

При этом сначала вводится специальный зонд с двумя УЗ-датчиками (стандартным в простату и терапевтическим для динамической фокусировки — в прямую кишку). Затем уролог совмещает МРТ-изображения с ультразвуковой картиной, отмечает пораженные очаги, на которые будет направлено воздействие. Используя оба датчика, роботизиро-

ванная система проводит ультразвуковую термоабляцию тканей, после чего устанавливается уретральный катетер, который можно удалить через 4–7 дней. HIFU-терапия подходит не только для локализованной опухоли, не распространившейся за пределы предстательной железы (ПЖ), но и в случае местного рецидива после неудачно проведенных радикальных методов лечения и как альтернатива динамическому наблюдению при клинически не значимом раке.

Во-вторых, МУЦ располагает системой для минимально инвазивного лечения онкологических заболеваний мочевой системы, таких как РПЖ и рак почки, при помощи криоабляции (заморозки). В России такой метод применяем не только мы. Наибольший опыт криоабляции ПЖ с использованием группы малоинвазивных криозондов накопила кафедра урологии РОСУНИМЕДа, который с недавнего времени стал также опытом МУЦ. За время реализации программы криоабляции РПЖ, стартовавшей еще в самом начале 2010-х, мы вместе со специалистами МГТУ им. Н.В. Баумана провели более 180 операций при локализованном и местно-распространенном РПЖ. В арсенале нашего центра есть американский аппарат Visual-ICE для криоабляции ПЖ — криосистема четвертого, самого современного поколения.

Во время процедуры заостренный кончик ультратонкой иглы толщиной от 1,5 мм, помещенный внутрь опухоли, с помощью сжатого газа охлаждается до крайне низкой температуры. На кончике иглы формируется ледяной шарик. Он охватывает опухоль, уничтожая пораженную ткань. После этого включается режим активного оттаивания, обеспечивающийся специальной технологией нагрева кончика иглы электрическим током без расхода гелия.

**— Как МУЦ взаимодействует с остальными подразделениями Боткинского центра?**

— Я бы сказал, это счастье и огромная удача, что МУЦ родился и продолжает свое развитие в стенах уникального многопрофильного медучреждения, самого крупного не только в России, но и в Европе. Построил его на Ходынском поле «для всех бедных граждан, без различий званий, сословий, религий» текстильный фабрикант Козьма Терентьевич Солдатёнков. Это в нашей больнице, открытой в 1910 году и тогда называвшейся «имени Солдатёнкова», в 1918-м из тела Ленина извлекли пулю Каплан. С 1920 года больница носит имя Боткина. Масштабы многопрофильного центра впечатляют: кроме нашего здесь действуют еще 12 столь же крупных и высокотехнологичных медицинских центров по разным направлениям медицины, в том числе онкологии, гематологии и офтальмологии. Когда нам требуется взаимодействие с остальными подразделениями, мы незамедлительно получаем не просто помощь, а помощь экспертного уровня в диагностике и лечении коморбидного расстройства пациента.

**— Какая образовательная работа ведется в МУЦ?**

— Обучение на базе МУЦ в рамках различных циклов повышения квалификации проходят дипломированные специалисты с сертификатом и аккредитацией. Это не только урологи, но и онкологи, хирурги, гинекологи, желающие приобрести вторую специальность по урологии. Необычная и очень полезная особенность образовательного направления в МУЦ состоит в том, что молодые врачи одновременно с обучением в ординатуре по специальности «урология» также получают вторую специальность онколога, чтобы в результате стать онкоурологами.

Окончание на с. 20 →

# Рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей вирусной этиологии

Еще четверть века назад вирусный цистит считался редким заболеванием пациентов с иммунодефицитом, но широкое использование цитостатической и иммуносупрессивной терапии, длительное и не всегда грамотное применение глюкокортикоидов и антибиотиков, нарушающих микробиом мочевых путей, привели к бурному росту вирусных инфекций нижних мочевых путей (НМП). Об этом наш корреспондент побеседовал с доктором медицинских наук Халидом Сулеймановичем Ибишевым, профессором кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.



Халид Сулейманович  
ИБИШЕВ

## — Чем обусловлена актуальность данной проблемы?

— Крайне высокой распространенностью хронического рецидивирующего цистита (ХРЦ) вирусной этиологии, его нередко тяжелым и мучительным течением со множеством осложнений и серьезными трудностями в диагностике и лечении. ХРЦ — одно из основных заболеваний в практике амбулаторного уролога. Чаще всего оно выявляется у женщин репродуктивного возраста, ведущих активную половую жизнь. Поскольку уже доказано, что моча здорового человека не стерильна, парадигма восходящего инфицирования смещается в сторону эндогенной этиологии. Патогенез заболевания многогранен, а его ведущими звеньями считаются дисфункция иммунной системы и дисбиотические нарушения. Рецидивирующему характеру течения ХРЦ способствует цикличность менструаций. При этом чаще всего поражается треугольник Льево в области дна мочевого пузыря (МП), имеющий гистологическое сходство с эндотелием влагалища.

К другим факторам, способствующим развитию инфекционно-воспалительного процесса в МП, относят:

- раннее начало половой жизни (возраст младше 15 лет ассоциирован с максимальным риском ХРЦ) и частую смену половых партнеров;
- сопутствующие гинекологические заболевания;
- климактерический период (в особенности постменопауза);
- сопутствующие заболевания (диабет, гипотериоз, хроническая почечная недостаточность);
- любые причины, вызывающие стаз мочи;
- необоснованная и нерациональная антибактериальная терапия (АБТ).

Следует отметить, что с развитием фундаментальной урологической науки и современных методов диагностики за два последних десятилетия существенно изменилось понимание этиопатогенетических механизмов возникновения инфекции мочевых путей и поражения стенки МП.

## — Чему способствовало появление гипотезы о вирусной природе ХРЦ?

— Сегодня это уже не гипотеза, а доказанный факт. При этом авторы многих работ подтвердили не только бактериальную природу инфекционного процесса в МП. Возможно вирусное, грибковое или иное воспаление. Соответственно, необходима коррекция диагностики и лечения таких больных с учетом выявленного возбудителя.

Ранее считавшееся бесспорным утверждение о стерильности мочи ныне опровергнуто многочисленными исследованиями. Это сыграло роль в изменении представлений о природе ХРЦ: сегодня важное значение придается дисбиозу мочевыводящих путей, репродуктивных органов, а также кишечника.

Наконец, получено много доказательств того, что хронизация инфекционно-воспалительного процесса в уретели связана с дисфункцией местного иммунитета. Оказалось, что в состав мукозоассоциированной лимфоидной ткани мочевыводящих путей входит множество видов различных клеток врожденного и адаптивного иммунитета. Это эпителиоциты, лимфоциты, макрофаги, дендритные и тучные клетки, натуральные киллеры и другие. Их поражение служит одним из ведущих патогенетических механизмов развития цистита.

## — На чем строится доказательная база причастности вирусов к развитию ХРЦ?

— Одним из доказательств вирусной этиологии ХРЦ являлся высокий процент рецидива инфекции несмотря на соблюдение общепринятых клинических рекомендаций по АБТ. В течение жизни острый цистит переносят 20–25 % женщин. У каждой третьей из них в течение года возникает рецидив. У 10 % цистит переходит в хроническую рецидивирующую форму. Столь частое рецидивирование обусловлено нерациональной АБТ, дисбиотическими изменениями близлежащих биотопов (влагалище и кишечник), а также активацией вирусов. К сожалению, в большинстве случаев с учетом клинической картины рецидива цистита, даже при отсутствии лейкоцитурии и бактериурии, урологи назначают АБТ. Однако при наличии вирусного поражения МП она не только не приводит к улучшению состояния пациентки, но зачастую только усугубляет клиническую симптоматику.

## — Но разве доказательная база вирусной этиологии многих случаев ХРЦ не основана на современных методах верификации не только бактериальных, но и вирусных патогенов в органах мочевой системы?

— Тут не все так просто. Проблему представляет не обнаружение вирусов, а нередкое отсутствие выделенной бактериальной аэробной или анаэробной флоры при выполнении микробиологического исследования мочи, несмотря на наличие признаков

инфекционно-воспалительного процесса в ее общеклиническом анализе. Большинство отечественных бактериологических лабораторий работает в рутинном режиме, нацеленном на выявление определенного спектра легко культивируемых бактерий. Поэтому нам неизвестно, какая доля от всех обращений к урологу больных с циститом приходится на трудно культивируемые таксоны и вирусные патогены. При этом число рецидивов после АБТ с каждым годом только растет.

## — Но ведь и в практическом здравоохранении, и в научных центрах есть лаборатории, где вирусы обнаруживают и идентифицируют. Тогда какие из них чаще всего вызывают ХРЦ?

— По данным литературы, а также наших с коллегами исследований, это вирусы папилломы человека (ВПЧ) и герпесвирусы (ГВ).

## — Какие анализы оптимальны для выявления ВПЧ как возбудителя хронического цистита и как часто у женщин с ХРЦ обнаруживается эта инфекция?

— К основным методам верификации микроорганизмов в моче относятся бактериологическое исследование и полимеразная цепная реакция (ПЦР). При этом цитологическое исследование мочи, очень важное для дифференциальной диагностики бактериальной и вирусной природы заболевания, используется крайне редко. Так, в работе, выполненной нами с коллегами в 2023 году на базе Ростовского ГМУ с применением трех вышеперечисленных методов, участвовала 151 женщина с ХРЦ. Лишь у 70 был выявлен бактериальный агент, еще у 70 больных — папилломавирусная инфекция (ПВИ) и у 11 — грибковое поражение МП.

## — Отличалась ли цитологическая картина у этих групп больных?

— Да, и очень серьезно. Для бактериального ХРЦ было характерно наличие в моче лейкоцитов с плазматическими и эпителиальными клетками, а также бактериями в сочетании с активно фагоцитирующими макрофагами. При вирусном же поражении МП отмечалась дистрофия уротелиальных клеток с койлоцитозной трансформацией. При этом койлоциты (клетки плоского эпителия), пораженные ВПЧ, в большинстве случаев располагались в эпителии беспорядочно и характеризовались аномальными, резко увеличенными ядрами неправильной формы со складчатым контуром и перинуклеарной зоной. В большинстве койлоцитов мы обнаружили выраженные дистрофические изменения ядер. Для кандидозной инфекции характерно большое число нейтрофилов, эпителиоцитов и микелий кандид.

## — Заметны ли различия между разными формами ХРЦ при цистоскопии?

— Бесспорно! Более того, сегодня это ключевой метод дифференциальной диагностики поражений МП различного генеза. В работе 2021 года мы сравнили эндоскопическую картину поражения МП папилломавирусом и инфекцией, вызванной *Escherichia coli*. Для бактериального воспаления были характерны гиперемия слизистой МП, полнокровие и инъекция сосудов с участками кровоизлияний, но без пролиферативных изменений. В то же время эндоскопическая картина при ХРЦ папилломавирусной этиологии была представлена очаговыми или диффузными, слегка возвышающимися экзофитными, часто полиповидными образованиями белесоватого цвета, локализующимися преимущественно в треугольнике Льево.

## — Помогают ли гистологические исследования в дифференциальной диагностике?

— Морфологически биопсийная ткань МП пациенток с бактериальным циститом характеризуется утолщением уротелия, отеком подслизистого слоя, полнокровием капилляров, воспалительной инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками и лейкоцитами с преобладанием нейтрофилов и макрофагов. При гистологическом анализе слизистой МП у всех пациенток с признаками поражения ВПЧ отмечались плоскоклеточная метаплазия уротелия с койлоцитарной трансформацией его клеток, обусловленной цитопатогенным эффектом вируса, а также хроническое воспаление, микроциркуляторная сосудистая реакция и отек.

## — Каковы клинические симптомы хронического цистита вирусной этиологии?

— Основными проявлениями папилломавирусного цистита у наших пациенток были болевой синдром (100 %), нейровегетативные нарушения (100 %), императивные позывы к мочеиспусканию (90 %). Поллакиурия регистрировалась только в 16 % случаев. При лабораторном исследовании у всех больных выявлялась лейкоцитурия и у 90 % — микрогематурия.

## — Какие выявили типы ВПЧ? Ведь его высокоонкогенные варианты могут вызывать рак не только шейки матки, но и МП.

— В нашей работе 2017 года при участии 31 женщины с вирусным ХРЦ, подтвержденным ПРЦ-анализом биопсийного материала, среди 10 различных подтипов ВПЧ доминировали высокоонкогенные типы 16 и 18. Они были выявлены у 70 % и 61 % женщин соответственно. Но третье и четвертое место в этом рейтинге занимали низкоонкогенные типы 6 (54 %) и 11 (48 %).

Так что, действительно, при папилломавирусном ХРЦ риск развития рака МП может быть достаточно высоким, что под-

тверждают и литературные данные. А потому очень важна противовирусная терапия таких пациенток. Но было бы неверно утверждать, что вирусный цистит вызывается только высокоонкогенными штаммами ВПЧ.

— Если уролог в результате обследования обнаружил признаки вирусного цистита, должен ли он в обязательном порядке прибегнуть к противовирусной терапии?

— Я бы выразился осторожнее. Если такие признаки присутствуют, есть веские основания для включения противовирусно-

фактором гликозаминогликанового слоя уротелия, нарушающим его проницаемость и вызывающим дисфункцию иммунокомпетентных клеток. При этом даже представители нормальной микрофлоры мочи могут активировать свой патогенный потенциал и в сочетании с ВПЧ-инфекцией вызывать воспалительный процесс.

— Какие противовирусные средства применяют при лечении ХРЦ?

— Такое лечение сопряжено со многими проблемами. Хотя фармацевтическая промышленность выпускает немало лекарств с заявленной противовирусной активно-

Е, повышается активность эндогенной системы интерферона.

Этот комбинированный препарат обладает мембраностабилизирующими и регенерирующими свойствами, улучшает тканевое дыхание, тем самым снижая процессы воспаления в стенке МП при нарушенной проницаемости его мукополисахаридной субстанции. А это очень важно, учитывая патогенез ХРЦ, основным звеном развития которого является нарушение проницаемости гликозаминогликанового слоя слизистой оболочки МП, препятствующего проникновению патогенных бактерий в его стенку.

Как уже было сказано, проводимая АБТ

В исследовании Н.С. Кюо с соавт. (2024), посвященном значению JC-вируса в развитии ХРЦ, выяснилось, что у 64 % женщин с ХРЦ был выявлен полиомавирус, лишь у 7 % — папилломавирус, а в остальных случаях имело место инфицирование другими агентами.

В работе S.H. Shen с соавт. (2024) при лечении ХРЦ, вызванного полиомавирусами, применили внутрипузырное введение интерферонов. Пациенткам контрольной группы проводили внутрипузырные инстилляции гиалуроновой кислоты. Уменьшение симптоматики, увеличение безрецидивного периода, улучшение качества жизни отметили 85 % женщин основной группы и только 77 % больных в группе сравнения. Тем самым была продемонстрирована эффективность внутрипузырной интерферонотерапии в лечении ХРЦ вирусной этиологии.

В другом исследовании больных с JC-вирусным ХРЦ пролечили валацикловиром со статистически значимым снижением в моче уровней интерлейкинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ИЛ-10) и фактора некроза опухоли- $\alpha$ . Так было доказано этиопатогенетическое значение вируса Джона Каннингема в развитии рецидивирующего цистита, а также эффективность терапии валацикловиром. Напомню еще об одной работе 2024 года, также выполненной командой под руководством Ханн-Чорнг Кюо (Н.С. Кюо), профессора кафедры урологии медицинского факультета Университета Цзыцзи (Тайвань). Была отмечена высокая эффективность валацикловира в лечении синдрома болезненного мочевого пузыря, который развился на фоне ХРЦ, обусловленного вирусами герпеса.


— Применялись ли альтернативные методы лечения ХРЦ вирусной этиологии помимо традиционных противовирусных препаратов?

— Таких работ немного. Так, по данным A. Jandial с соавт. (2021), предиктором развития геморрагического цистита на фоне JC-вируса может быть высокий уровень вирусной нагрузки расценили как ключевой момент затяжного и тяжелого течения заболевания. Для коррекции данного состояния использовались стратегии ускорения восстановления уротелия:

- гипербарическая оксигенотерапия;
- внутрипузырное введение фибринового клея;
- внутридетрузорное введение плазмы, обогащенной тромбоцитами (platelet rich plasma, PRP).

Данные методики показали высокую эффективность в лечении геморрагического цистита на фоне инфицирования JC-вирусом.

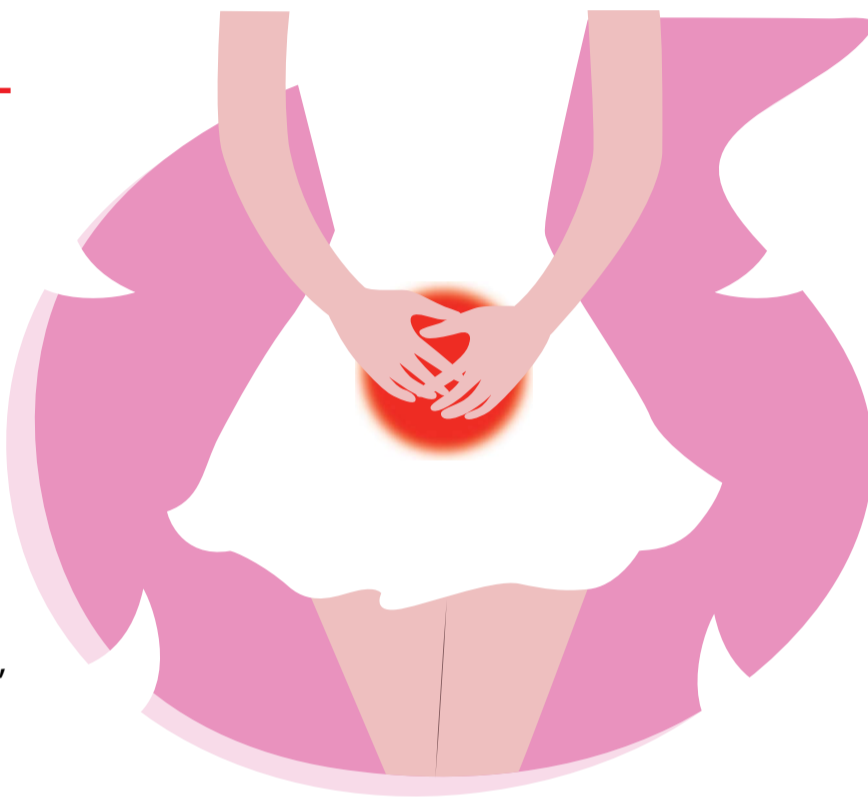
— Смотрите, какой всплеск публикаций по этой теме в последние 5 лет! Думаю, Халид Сулейманович, вам это очень приятно. Вы столько времени посвятили теме вирусных инфекций мочевой системы и сегодня видите, как активно в мире продолжают исследования в этом направлении.

— Да, конечно, меня это радует. Очень надеюсь, что благодаря этой международной работе, в которой продолжаем участвовать и мы, российские урологи, уже в обозримом будущем роль вирусных инфекций в развитии рецидивирующего цистита окажется настолько изученной, что наконец появится то, чего нам больше всего не хватает сегодня. Это четкие клинические, диагностические и лечебные алгоритмы ведения данной категории больных. 

Вадим Кириллов, к. м. н.

**20–25 %**  
женщин  
в течение жизни  
переносят  
острый цистит

У каждой третьей  
пациентки,  
переболевшей  
острым циститом,  
в течение года  
возникает  
рецидив



Хронический  
рецидивирующий  
цистит чаще всего  
вызывают вирусы  
папилломы  
человека  
и герпесвирусы

**10 %**  
таков риск  
перехода цистита  
в хроническую  
рецидивирующую  
форму

го лечения в комплексную терапию ХРЦ. Потому что только клинические рекомендации (КР), разработанные коллективом ведущих экспертов, могут обязать врача применить тот или иной метод борьбы с болезнью.

Но, к сожалению, в КР ни Российского общества урологов, ни Европейской ассоциации урологов еще не отражены персонализированные подходы к обследованию и лечению больных вирусным или вирусно-бактериальным циститом. Согласно действующим КР им показана только АБТ, причем в большинстве случаев многократными курсами. Отсюда и неизбежное последствие — рецидивы из-за активации вирусной составляющей цистита. Конечным же результатом такого подхода к лечению становится появление уропатогенов, мульти- или полирезистентных к антибактериальным препаратам, и развитие вторичного иммунодефицита как благоприятной почвы для активации вирусной инфекции.

— Необходимы ли пациенткам с вирусным циститом препараты, подавляющие такую инфекцию?

— Безусловно, при условии что их используют не в монорежиме, а в составе комбинированной терапии. Зачастую таким больным параллельно нужна и АБТ (при наличии бактериально-вирусной микст-инфекции). Им также необходима антиаггезивная, противовоспалительная и иммулотропная терапия (последняя назначается иммунологом), направленная на профилактику активации бактериального компонента микрофлоры НМП. Сложность данной проблемы обусловлена многогранностью патогенеза и трудностью лечения цистита папилломавирусной этиологии. К тому же ВПЧ, как правило, служит первоначальным повреждающим

фактором гликозаминогликанового слоя уротелия, нарушающим его проницаемость и вызывающим дисфункцию иммунокомпетентных клеток. Кроме того, показанием к применению значительной их части остаются лишь вирусные инфекции вне урогенитального тракта. Лишь немногие препараты показаны для лечения ХРЦ.

Одно из таких лекарств — азоксимера бромид, являющийся N-оксидированным производным полиэтиленпиперазина. Препарат оказывает иммуномодулирующее, детоксицирующее, антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие. Иммуномодулирующий эффект азоксимера бромида связан с его способностью воздействовать на факторы естественной резистентности: моноциты, макрофаги, нейтрофилы и естественные киллеры, а также факторы приобретенного иммунитета. После комбинированного лечения пациенток с ХРЦ с включением азоксимера бромида наблюдалась выраженная положительная клиническая динамика основных симптомов заболевания, ликвидация лабораторных признаков воспаления, значительный процент элиминации возбудителей, нормализация иммунного статуса. Однако корректные исследования по применению азоксимера бромида при лечении именно вирусного ХРЦ еще предстоит провести.

— А как насчет интерферонов?

— Они широко используются для лечения ХРЦ как бактериальной, так и вирусной этиологии. Например, в присутствии рекомбинантного интерферона  $\alpha$ -2b в комбинации с антиоксидантами (аскорбиновой кислотой и  $\alpha$ -токоферолом ацетатом) возрастает противовирусная активность интерферона, усиливается его иммуномодулирующее действие на Т- и В-лимфоциты, нормализуется уровень иммуноглобулина

не всегда эффективна. Порой ее необоснованность и нерациональность ведет к хронизации воспаления МП и дисфункции иммунокомпетентных клеток. Это позволяет использовать интерферон  $\alpha$ -2b как при нарушении проницаемости гликозаминогликанового слоя, так и при расстройствах иммунорегуляторных механизмов защиты МП. Комплексное противовирусное, иммуномодулирующее и антипролиферативное действие позволяет использовать интерферон  $\alpha$ -2b при ХРЦ, особенно при микст-инфекции. Поэтому интерферонотерапия в последние годы часто применяется в составе комбинированного лечения ХРЦ, способствуя снижению рецидивов заболевания.

Так, через 12 месяцев после завершения курса клинико-лабораторная эффективность в группе комплексной терапии, сочетавшей АБТ с интерфероном  $\alpha$ -2b, составила 91 %, а у пациенток с ХРЦ, получавших только АБТ, — лишь 60 %. Кроме того, при использовании данного интерферона частота рецидивов цистита снизилась в полтора раза.

— А есть ли доказательства эффективности противовирусных препаратов при ХРЦ именно вирусной этиологии?

— Помимо ВПЧ в развитии циститов активно изучается роль полиомавирусов, в частности вируса Джона Каннингема (JC-вирус), повреждающего стенку МП с возникновением гематурии. Эндоскопическая картина представлена петехиальными кровоизлияниями на воспаленном участке уротелия со сгустками крови в МП вплоть до его тампонады. Таким образом, на фоне полиомавирусной инфекции течение инфекционно-воспалительного процесса становится атипичным и особенно тяжелым.

# Алфузозин в терапии симптомов нижних мочевых путей у мужчин: клинико-фармакологические особенности и данные российской реальной практики

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) широко распространены у мужчин старше 40 лет, причем их частота увеличивается с возрастом. Так, например, в европейском и корейском исследовании *UrErik* было показано, что распространенность СНМП среди мужчин возросла на 10 % за каждое десятилетие от 40 до 79 лет. Поговорим о том, насколько успешно современные препараты помогают бороться с этой негативной тенденцией.



Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России



Александр Николаевич БЕРНИКОВ

К.м.н., доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

## Клинический фенотип

СНМП представляют собой клинический фенотип, формирующийся благодаря сочетанию нескольких патофизиологических механизмов:

- инфравезикальной обструкции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ);
- динамического компонента, обусловленного тонусом гладкой мускулатуры простаты и шейки мочевого пузыря, регулируемым  $\alpha 1$ -адренорецепторами;
- возможных нарушений функции детрузора и ишемических изменений тканей нижних мочевых путей [1].

В реальной клинической практике СНМП редко бывают проявлением единственного патологического процесса — чаще всего речь идет о спектре состояний, при которых одинаковые клинические симптомы (ослабление струи мочи, учащение мочеиспускания, ноктурия или императивные позывы) формируются под влиянием различных факторов, включая анатомические изменения, особенности нейрогуморальной регуляции, воспалительный фон, коморбидность и лекарственные воздействия. Вот почему терапевтическая стратегия при СНМП ориентирована не только на уменьшение выраженности симптомов, но и на обеспечение устойчивости клинического ответа в гетерогенных группах пациентов.

## Базовый инструмент

Альфа1-адреноблокаторы на протяжении многих лет остаются базовым инструментом симптоматической терапии СНМП при ДГПЖ. Их клинический эффект обусловлен уменьшением динамического компонента инфравезикальной обструкции за счет релаксации гладкой мускулатуры простаты, шейки мочевого пузыря и проксимального отдела уретры. Это приводит к снижению выраженности симптомов и улучшению объективных параметров мочеиспускания.

В отличие от препаратов, воздействующих на объем предстательной железы и прогрессирование ДГПЖ, альфа1-адреноблокаторы рассматриваются прежде всего как средства контроля симптомов и улучшения качества жизни. При этом значимым фактором выбора конкретного препарата остается профиль безопасности. Для пожилых пациентов, часто имеющих кардиометаболическую коморбидность и получающих сопутствующую медикаментозную терапию, важны такие характеристики, как стабильность фармакокинетики, особенности лекарственной формы, лекарственные взаимодействия и переносимость.

На этом фоне алфузозин занимает особое место среди представителей класса  $\alpha 1$ -адреноблокаторов. Эта молекула имеет длительную историю клинического применения и обширную доказательную базу, накопленную в международной практике. В многочисленных исследованиях показано, что применение алфузозина сопровождается уменьшением выраженности симптомов по шкалам оценки СНМП и увеличением максимальной скорости потока мочи ( $Q_{max}$ ) при сохранении приемлемого профиля переносимости [2].

## Клиническая уроселективность

Одной из ключевых характеристик алфузозина считается клиническая уроселективность. Под этим термином понимают преимущественное проявление терапевтического эффекта на уровне нижних мочевых путей при относительно благоприятной системной переносимости. В отличие от концепции субтиповой селективности  $\alpha 1$ -адренорецепторов, клиническая уроселективность алфузозина объясняется совокупностью фармакокинетических и фармакодинамических свойств молекулы, включая распределение в тканях и особенности лекарственной формы [3]. Алфузозин становится уроселективным за счет простатотропности молекулы — способности быстро выходить из сосудов и накапливаться в тканях простаты. Связывание с подтипами  $\alpha 1\beta$ -адренорецепторов, провоцирующими возможные нежелательные реакции,

становится минимальным за счет высокого объема распределения алфузозина, обуславливающего его быстрое вымывание из плазмы. Объем распределения алфузозина в ткани простаты в 12 раз выше, чем у тамсулозина. Низкий объем распределения тамсулозина свидетельствует, образно говоря, о его нежелании выходить из сосудистого русла в ткани. Оставаясь в плазме, молекула тамсулозина образует комплексы с подтипом  $\alpha 1\beta$ -адренорецепторов, провоцируя возникновение нежелательных ортостатических эффектов.

В европейских и американских рекомендациях  $\alpha 1$ -адреноблокаторы рассматриваются как эффективная фармакологическая опция для лечения СНМП, ассоциированных с ДГПЖ. Руководства ев-

ропейской и американской урологических ассоциаций (European Association of Urology и American Urological Association) указывают на способность препаратов данного класса уменьшать выраженность симптомов и улучшать показатели урофлоуметрии, включая  $Q_{max}$ . Вместе с тем в метааналитических оценках отмечается возможность сосудистых нежелательных явлений (НЯ), что свидетельствует о важном значении дозирования, фармацевтической технологии и отбора пациентов при выборе конкретного препарата.

Интерес для российской урологической практики представляет регуляторная ситуация последних лет. По состоянию на 2026 год алфузозин в России представлен единственным действующим препаратом в форме таблеток с пролонгированным высвобождением — это Алфупрост® МР, хорошо известный и урологам, и их пациентам

ропейской и американской урологических ассоциаций (European Association of Urology и American Urological Association) указывают на способность препаратов данного класса уменьшать выраженность симптомов и улучшать показатели урофлоуметрии, включая  $Q_{max}$ . Вместе с тем в метааналитических оценках отмечается возможность сосудистых нежелательных явлений (НЯ), что свидетельствует о важном значении дозирования, фармацевтической технологии и отбора пациентов при выборе конкретного препарата.

Интерес для российской урологической практики представляет регуляторная ситуация последних лет. По состоянию на 2026 год алфузозин в России представлен единственным действующим препаратом в форме таблеток с пролонгированным высвобождением — это Алфупрост® МР, хорошо известный и урологам, и их пациентам

ропейской и американской урологических ассоциаций (European Association of Urology и American Urological Association) указывают на способность препаратов данного класса уменьшать выраженность симптомов и улучшать показатели урофлоуметрии, включая  $Q_{max}$ . Вместе с тем в метааналитических оценках отмечается возможность сосудистых нежелательных явлений (НЯ), что свидетельствует о важном значении дозирования, фармацевтической технологии и отбора пациентов при выборе конкретного препарата.

## Регуляторная ситуация

Дополнительный интерес для российской урологической практики представляет регуляторная ситуация последних лет. По состоянию на 2026 год алфузозин в нашей стране фактически представлен единственным действующим препаратом в форме таблеток с пролонгированным высвобождением — это Алфупрост® МР. По данным Государственного реестра лекарственных средств, после гармонизации нормативных документов согласно правилам Евразийского экономического союза (ЕАЭС) адаптированное регистрационное удостоверение препарата от 29 мая 2023 года действует бесспорно, а его держателем является компания «Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд». Алфупрост® МР включен в перечень жиз-

ываемой матричной таблетки в препарате Алфупрост® МР сделала возможным достижение пиковых концентраций алфузозина через 9 часов — в отличие от 6 часов достижения этого параметра у тамсулозина в форме Окас. Такой фармацевтический дизайн позволяет поддерживать стабильный уровень действующего вещества, что потенциально связано с улучшением переносимости при длительной терапии.

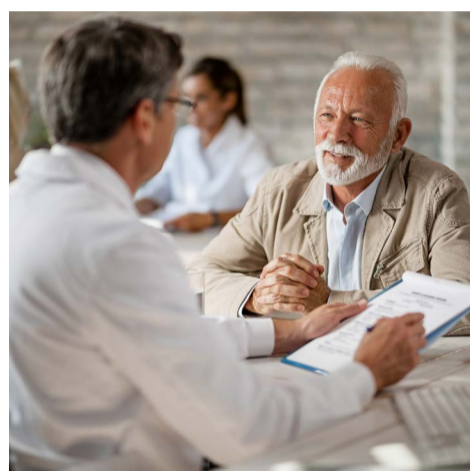
Важным регуляторным аспектом является тот факт, что в настоящее время в РФ только у алфузозина есть официально зарегистрированное показание, позволяющее применять его при острой задержке мочеиспускания «в качестве вспомогательного средства при использовании катетера при острой задержке мочи, связанной с доброкачественной гиперплазией предстательной железы».

## Российские исследования

Помимо международных данных значительную ценность представляют результаты российских исследований реальной клинической практики, выполненных в последние годы.

В 2022 году был опубликован анализ результатов российского мультицентрового проспективного — неинтервенционного исследования эффективности алфузозина (Алфупрост® МР) в купировании нарушений мочеиспускания

и его безопасности у пациентов с ДГПЖ [4]. В исследовании приняло участие 21 амбулаторно-поликлиническое лечебно-профилактическое учреждение России с включением 537 мужчин с нарушениями мочеиспускания при ДГПЖ. Была продемонстрирована высокая эффективность проведенной терапии: за 3 месяца лечения зафиксировано уменьшение суммарного балла по шкале IPSS на 55 %, увеличение  $Q_{max}$  на 53 % и снижение среднего объема остаточной мочи (ОМ) до нормальных значений. Это позволило улучшить качество жизни пациентов в среднем на 2,46 балла (по результатам заполнения опросника QoL). Исследователи пришли к выводу, что полученные в реальной клинической практике данные свидетельствуют о более высоких показателях эффективности монотерапии препаратом Алфупрост® МР



в купировании нарушений мочеиспускания у пациентов с ДГПЖ, чем те, которые до сих пор имелись в научной литературе.

Отдельное направление клинических исследований связано с комбинированной терапией. В проспективной многоцентровой наблюдательной программе «АВИАТОР» [5], в которой участвовали 208 пациентов, впервые исследована комбинация препаратов Алфупрост® МР и Везигамп (солифенацин) у мужчин с ДГПЖ, симптомами гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) и urgenностью. Через один и три месяца терапии отмечено статистически значимое снижение показателя IPSS (на 45,5 % и 72,3 % соответственно), уменьшение выраженности симптомов накопления и опорожнения, снижение частоты ноктурии, а также улучшение показателя качества жизни. Одновременно наблюдалось уменьшение показателей гиперактивности мочевого пузыря по шкале оценки симптомов ГМП (OABSS) и опроснику оценки urgenности (PPIUS). Комбинированная терапия привела к быстрому и достоверному улучшению объективных показателей мочеиспускания через один и три месяца:  $Q_{max}$  увеличился на 32,2 % и 52,2 %, средняя скорость потока мочи — на 24,2 % и 37,9 %, объем остаточной мочи снизился на 49,5 %

#### Список литературы

1. European Association of Urology. EAU Guidelines on Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) [Электронный ресурс]. 2023. URL: <https://d56bochluxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2023.pdf> (дата обращения: 09.02.2026).
2. Mari A., Antonelli A., Cindolo L., Fusco F., Minervini A., De Nunzio C. Alfuzosin for the medical treatment of benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms: a systematic review of the literature and narrative synthesis // Therapeutic Advances in Urology. 2021. Vol. 13. Art. 1756287221993283. DOI: 10.1177/1756287221993283.
3. Мартов А.Г., Духанин А.С., Берников А.Н. Актуальные вопросы терапии альфа1-адреноблокаторами: интеграция фармакологического подхода и клинического опыта. Урология 2022;3:00–00. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2022.3.00-00>.
4. Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Берников А.Н. Результаты реальной клинической практики влияния монотерапии алфузозином на сексуальную функцию пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (итоги российского многоцентрового исследования) // Урология. 2022. № 6. С. 21–29. DOI: 10.18565/urology.2022.6.21-29.
5. Сивков А.В., Ромих В.В. и группа исследования «АВИАТОР». Эффективность и безопасность комбинированной терапии препаратами алфузозин (Алфупрост® МР) и солифенацин (Везигамп) у больных ДГПЖ и гиперактивным мочевым пузырем: первые результаты наблюдательного многоцентрового исследования «АВИАТОР» // Экспериментальная и клиническая урология. 2023. Т. 16, № 4. С. 44–56. DOI: 10.29188/2222-8543-2023-16-4-44-56.
6. Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Применение алфузозина в терапии пациентов с острой задержкой мочеиспускания // Урология. 2020. № 6. С. 58–63. DOI: 10.18565/urology.2020.6.58-63.
7. Hart A. et al. Association of Terazosin, Doxazosin, or Alfuzosin Use and Risk of Dementia With Lewy Bodies in Men // Neurology. — 2024. — Т. 103. — № 2. — С. e209570.
8. Пушкарь Д.Ю., Берников А.Н. Предикторы эффективности терапии СНМП: важные нюансы для клинической практики // Урология сегодня. 2024. № 4(79). С. 6–7.

и 75,6 % соответственно. НЯ были зарегистрированы у 2,5 % пациентов.

В другом исследовании изучали влияние препарата Алфупрост® МР на уродинамические показатели у пациентов с острой задержкой мочеиспускания на фоне ДГПЖ [6]. Под наблюдением находились 118 пациентов. Кумулятивная эффективность препарата в отношении восстановления самостоятельного мочеиспускания составила 63,6 %.

#### Терапия ДГПЖ «с умом»

В 2024 году в научных базах были опубликованы данные ретроспективного анализа медицинских карт 643 тысяч мужчин с нормальными когнитивными способностями, которые начали принимать препараты для лечения ДГПЖ [7]. Среди альфа-адреноблокаторов алфузозин, теразозин и доксазозин продемонстрировали способность усиливать производство энергии в клетках мозга благодаря связыванию с ключевым ферментом, вырабатывающим аденозинтрифосфат (АТФ). В свою очередь, увеличение доступности энергии в клетках головного мозга может замедлить или предотвратить нейродегенерацию потенциально за счет снижения накопления  $\alpha$ -синуклеина. У мужчин, принимающих алфузозин, вероятность развития деменции с тельцами Леви оказалась на 40 % ниже, чем у тех, кто принимал тамсулозин.

#### Клиническая роль

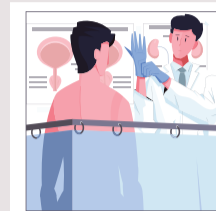
Таким образом, современная клиническая роль алфузозина определяется сочетанием нескольких факторов. К ним относятся высокая степень изученности молекулы, признание эффективности  $\alpha$ 1-адреноблокаторов в международных клинических рекомендациях, фармакокинетические особенности, обеспечивающие клиническую уроселективность, а также технологические характеристики лекарственной формы с пролонгированным высвобождением.

Российские данные реальной клинической практики дополняют международную доказательную базу и демонстрируют устойчивую клиническую эффективность препарата Алфупрост® МР, подтвержденную уменьшением симптомов, улучшением показателей урофлоуметрии и качества жизни пациентов при низкой частоте нежелательных явлений. Совокупность этих данных позволяет рассматривать Алфупрост® МР как препарат с подтвержденной эффективностью и благоприятным профилем переносимости в различных клинических сценариях — от амбулаторной терапии СНМП до лечения пациентов после эпизодов острой задержки мочеиспускания и применения в комбинированных режимах терапии [8].

## ДГПЖ

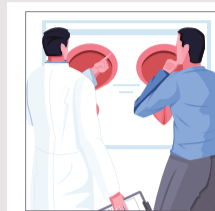
Одно из самых распространенных неонкологических заболеваний у мужчин и основная причина развития СНМП

### Распространенность ДГПЖ зависит от возраста



#### 30–40 лет

Около 10 %: можно обнаружить первые гистологические признаки заболевания



#### 60 лет

К этому возрасту распространенность ДГПЖ достигает 50–60 %.



#### 85–90 лет

Гистологическая ДГПЖ присутствует у 80–90 % мужчин

По данным крупных популяционных исследований (например, Olmsted County Study), распространенность умеренных и тяжелых СНМП составляет:



около 25 %  
у мужчин 50–59 лет



до 40–50 %  
у мужчин 70–79 лет

Данные клинических исследований позволяют рассматривать Алфупрост® МР как препарат с подтвержденной эффективностью и благоприятным профилем переносимости в различных клинических сценариях — от амбулаторной терапии СНМП до лечения пациентов после эпизодов острой задержки мочеиспускания и применения в комбинированных режимах терапии [4].

**АБВ  
ПРЕСС**

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

Издательский дом «АБВ-пресс» — специализированное медицинское издательство

Основан в 2006 году

### Научная, справочная и методическая литература

в сотрудничестве с ведущими врачами РФ и экспертами в медицинской тематике

### Печатные издания:

15

научно-практических рецензируемых журналов (ВАК и Scopus)

9

газет для врачей различных специальностей

- книги и монографии
- справочники
- клинические рекомендации
- методические указания

### Цифровые медиа:

- <https://abvpress.ru/>
- <https://www.medvedomosti.media/>
- <https://netoncology.ru/>
- Мобильное приложение



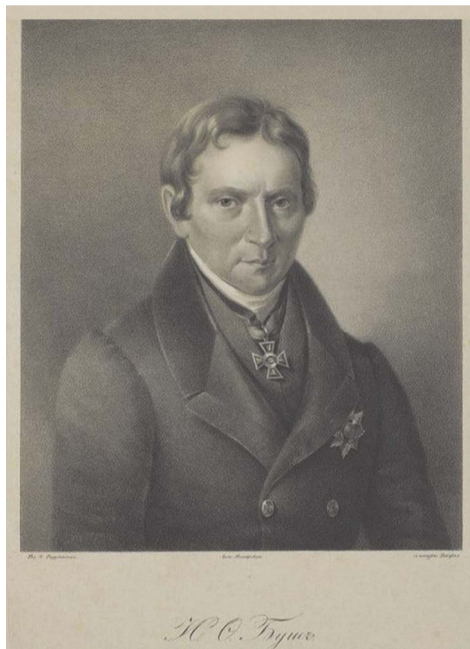
<https://abvpress.ru>



[abv@abvpress.ru](mailto:abv@abvpress.ru)

# К 255-летию Ивана Федоровича Буша — первого уролога России

*В эпоху компьютерной диагностики и роботических операций невозможно представить себе работу хирурга, в чьем распоряжении были лишь корцанг да скальпель. Эфирного наркоза — и того еще не существовало! Но времена не выбирают, а действуют соответственно имеющимся обстоятельствам, в которых Иван Федорович Буш (1771–1843) заложил основы первой русской хирургической школы и выделения урологии в самостоятельную специальность.*



## Вундеркинд из Нарвы

И.Ф. Буш (Johann-Peter Friedrich Busch) — одна из самых ярких звезд на медицинском небосклоне конца XVIII и первой половины XIX века, свет которой не угас и спустя четверть тысячелетия. Тот, кому было суждено стать основоположником отечественной хирургии, родился 20 февраля (3 марта) 1771 года в Нарве. Мать мальчика, Маргарета Хелена Микифер (Mickifer), была дочерью кузнеца. Отец, Карл Фридрих Буш, работал трактирщиком в Ивангороде, что напротив Нарвы. Поселился он здесь в 1740 году, пройдя солдатскую службу в ганноверской армии. Говорили в семье по-немецки, но Иоганн с детства знал и русский. Жили бедно, к тому же у отца был тяжелый характер, и воспитывал он сына в строгости. А тот, с ранних лет проявлявший незаурядные способности, привлекал к себе внимание ректора Нарвской общественной немецкой школы. Фамилия ректора была Рюдингер. В немецкую школу, чье здание до сих пор стоит в Нарве, мальчика отдали в шесть лет. Ректор Рюдингер освободил Иоганна от платы за обучение и взял в свой дом вместо прислуги, но при этом заботился о его образовании.

В 1785 году четырнадцатилетнего Иоганна отправили с рекомендательным письмом от нарвского пастора в Петербург к лейб-хирургу Ивану Захаровичу Кельхену (Johann Henrich von Kelchen, 1722–1810), начальнику Санкт-Петербургского немецкого медико-хирургического института. Буша приняли сюда казеннокоштным воспитанником. Разместился институт на территории Калининской больницы, в здании петровских времен на левом берегу Фонтанки. В этом учебном заведении тридцати штатным студентам и вольнослушателям преподавали теорию и практику повивального искусства, общую хирургию, лечение глазных болезней, анатомию, физиологию,

химию, ботанику и физику. При институте находилась больница на 20 родильниц и 20 больных.

Студент из Нарвы настолько выделялся своими успехами, что его собирались отправить на стажировку в Европу. В Европу-то он в итоге попал, вот только не в качестве стажера, а как военнопленный. Когда Буш учился на третьем курсе института, разразилась война с Турцией, а затем со Швецией. В войсках возникла чрезвычайная потребность в лекарях, поэтому курс Медико-хирургического института выпустили досрочно. 26 мая 1788 г. И.Ф. Буш был определен на военно-морскую службу, напрямую на театр сражений русско-шведской войны 1788–1790 гг.

## Балтийский флот

Оказавшись единственным врачом на 64-пушечном корабле «Мечеслав», семнадцатилетний юноша попал в трудное положение. 6 июля судно сильно пострадало в бою со шведами, и на руках у молодого доктора оказалось более 200 раненых! Лето 1789 года Иван Федорович прослужил на линейном корабле «Святой равноапостольный князь Владимир», а к зиме поступил в Ораниенбаумский морской госпиталь, откуда был переведен в гребную флотилию на шебеку «Минерва».

28 июня 1790 года разыгралось одно из самых жестоких сражений в истории Балтийского флота. Многие суда были сильно повреждены: изуродованы неприятельскими ядрами, без мачт, с поломанным рангоутом и изорванным такелажем. Во второй половине дня «Минерва» затонула — спасся лишь 21 человек, в том числе Иван Буш. Люди с тонущих судов добрались вплавь до ближайших островов, где их взяли в плен и отправили в Стокгольм. Участь Буша разделил и другой выпускник немецкого медико-хирургического института — Карл-Вениамин Зоммер (1769–1815), впоследствии известный врач и ученый. Русских пленных (более 700 человек) держали в здании бывшей фарфоровой фабрики за чертой города. К счастью, оставались они там недолго. 3 (14) августа 1790 г. в Вереле между Россией и Швецией был подписан мирный договор, и по этому случаю в Российской империи даже отлили памятную медаль.

## Семь лет в Кронштадте

Вернувшись в Кронштадт, Буш поступил на работу в Ораниенбаумский морской госпиталь. Именно здесь девятнадцатилетний доктор начал активно заниматься наукой. Так появилось его первое сочинение «Об абсцессе печени» (De abscessu hepatis; 1790), которое привлекло к молодому коллеге внимание профессоров кронштадтского медико-хирургического училища. В 1791 году он был принят сюда на долж-

ность репетитора, в чьи обязанности входило повторение профессорских лекций со студентами.

3 сентября 1793 года Иван Федорович успешно сдал публичный экзамен, прочитав в медицинской коллегии пробную лекцию «О глазе и слезном свище». Казалось бы — где слезный свищ, а где урологическая патология! Но во времена Буша каждый отдельно взятый врач был сам себе многопрофильный центр и мультидисциплинарная команда, потому и брался лечить все. В результате на заре туманной юности Буш три года преподавал офтальмологию на русском языке, в то время как остальные профессора читали лекции по-немецки. Стремление к непрерывному самообразованию в самых разных областях медицины Иван Федорович сохранил на всю жизнь.

“ И.Ф. Буш написал «Руководство к преподаванию хирургии» (1807) — первый русский учебник, где много внимания уделено диагностике и лечению урологических заболеваний, заложив основы последующего выделения урологии в самостоятельную специальность

По рекомендации сотрудников медико-хирургического института медицинская коллегия назначила Буша прозектором кронштадтского госпиталя. А полгода спустя он возглавил кафедру анатомии, физиологии и хирургии, которую занимал до 1797 года, заслужив глубокое уважение студентов и коллег. Они отмечали его доброжелательное отношение, глубокие знания и активный интерес к новостям медицины, интеллигентность, простоту и демократичность в общении со студентами. Иван Федорович был небольшого роста, плотного сложения, обладал ясной и простой речью, умело владел вниманием аудитории, был великолепным оратором.

## Петербургский период

17 сентября 1797 года Буш переехал из Кронштадта в Петербург, преподавать анатомию и физиологию в Императорском медико-хирургическом институте — том самом, который окончил девятью годами ранее. Выдержав публичное испытание 3 сентября 1798 г., Иван Федорович получил звание профессора, читал лекции на немецком языке. Поскольку помощников у него не было, Буш сам готовил все анатомические препараты для лекций и делал многочисленные вскрытия. А через три года, день в день, 17 сентября, 29-летний профессор возглавил кафедру хирургии

в Медико-хирургической академии (МХА), с большим успехом прочитав свою первую вступительную и испытательную лекцию. С тех самых пор дату 17.09.1800 года считают днем открытия старейшей кафедры хирургии в нашей стране.

Именно здесь Иван Федорович впервые заговорил на лекции по-русски, что было крайне необычно для того времени! Не только немцы, но и профессора отечественного разлива пребывали в заблуждении, что их родной язык не приспособлен для преподавания медицины. Буш вообще был нарасхват до такой степени, что отказался от предложенной тогда же кафедры в Дерптском университете. Однако продолжил совмещать работу в МХА с преподаванием в alma mater — Императорском медико-хирургическом институте.

Одним из основных учебников по хирургии второй половины XVIII века, которым пользовались все европейские хирурги и к которому обращался Буш в своей преподавательской работе, была монография геттингенского профессора Августа Готлиба Рихтера (August Gottlib Richter, 1742–1812) «Начальные основы искусства лечения ран», вышедшая на русском языке под витиеватым названием «Начальные основания рукодельных врачебных наук...» (1791–1795). Подспорьем в лекционной деятельности служили Бушу и его собственные «Физиологические записки», благодаря которым возросла его известность.

Кроме того, И.Ф. Буш написал «Руководство к преподаванию хирургии» (1807), первый русский учебник по специальности, в котором значительное место занимают методы диагностики и лечения урологиче-

ских заболеваний. Вошедший в историю как создатель первой русской хирургической школы, Иван Федорович, как уже говорилось выше, заложил основы последующего выделения урологии в самостоятельную специальность. Ученики продолжили его дело. Пожалуй, самым известным из них стал И.В. Буяльский (1789–1866), автор «Анатомо-хирургических таблиц, объясняющих производство операций вырезывания и разбиивания мочевого камня» (1852). Эта книга представляет интерес для урологов и по сей день.

## Врачебное и рукодельное

Буш едва ли не первым заговорил о необходимости органосохраняющих операций для максимального сбережения органа или части тела ради обеспечения функциональной целостности организма. Бесценен и опыт его преподавательской деятельности. С первых шагов в качестве руководителя кафедры МХА Иван Федорович приступил к налаживанию процесса обучения студентов. Хотя при кафедре формально имелись клинические хирургические палаты, практическое обучение в них проводили врачи госпиталя, а не преподаватели кафедры.

Получалось, что последние излагают теорию, оторванную от практики. Чтобы спустить коллег с небес на землю, Иван

**66** 6 июля 1788 г. И.Ф. Буш, единственный врач на 64-пушечном корабле «Мечеслав», в бою со шведами спас более 200 раненых! Летом 1789 г. он служил на линейном корабле «Святой Равноапостольный князь Владимир», а затем на гребной шеебеке «Минерва»

Федорович озадачился созданием собственной хирургической клиники в составе кафедры. В эту клинику по выбору профессоров переводили пациентов из городских больниц. Располагалась она в ветхом деревянном здании и состояла из общей больничной палаты на 30 коек, маленькой отдельной комнаты на 6 кроватей для ординаторов, кабинета и помещения для прислуги.

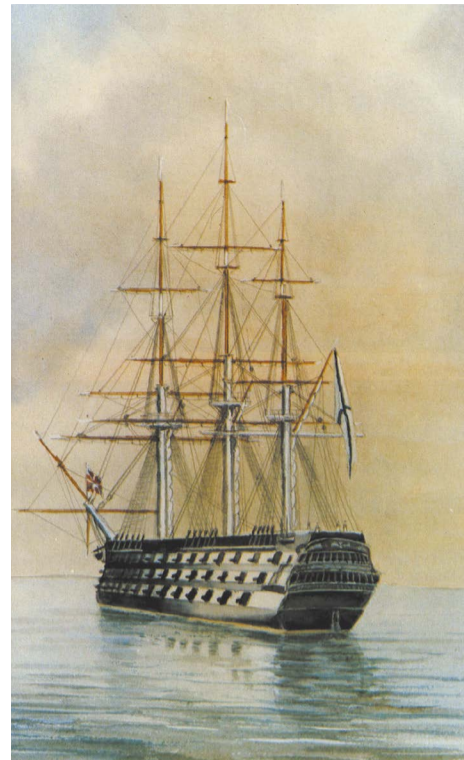
После того как в военно-сухопутном госпитале была открыта эта самая первая в России хирургическая клиника, возглавляемая Бушем кафедра стала именоваться кафедрой теоретической и практической хирургии.

Буш принимал экзамен по хирургии у иностранных врачей, поступавших на русскую службу, и выпускников университетов, в том числе у кандидатов на продолжение образования в Профессорском институте в Дерпте. Одним из них был 17-летний Николай Иванович Пирогов (1810–1881). Вот как основоположник российских школ военно-полевой хирургии и анестезии вспоминал об этом: «Буш спросил у меня что-то о грыжах, довольно слегка... А я, признаться, трусил. Где, думаю, мне выдержать порядочный экзамен по хирургии, которой я в Москве вовсе

не занимался! Радость после выдержания экзамена была, конечно, большая».

Интересно, что Иван Федорович разделил преподавание хирургии на две части — «врачебную» и «рукодельную», причем в первой выделял «общую» и «подробную» (частную), а вторая включала технику операций, учение о переломах и вывихах, а также главных повязках и машинах, применяемых при лечении. Об этом можно прочитать в составленном им трехтомном руководстве к преподаванию хирургии: оно выдержало пять изданий и было единственным в свое время учебником по хирургии на русском языке, которым широко пользовались преподаватели и студенты в первой половине XIX века. В начале 1825 г. Буш обратился в конференцию МХА с предложением развести преподавание теоретической (общей) и практической (частной) хирургии.

Окончательное разделение кафедры произошло в 1833 году, когда Иван Федорович вышел в отставку по состоянию здоровья, оставшись почетным членом МХА. Из созданной им кафедры хирургии были образованы кафедра теоретической хирургии под руководством его ученика, профессора П.Н. Савенко, и кафедра с клиникой преподавания оперативной и частной хирургии, возглавленная профессором Х.Х. Соломоном.



118-пушечный корабль "Император Александр I"

Пятидесятилетие врачебной и преподавательской деятельности знаменитого хирурга торжественно отмечалось в Петербурге 26 мая 1838 г. В честь юбилея была выбиты медали с изображением академика И.Ф. Буша и учреждены две премии его имени («За сочинение по хирургии» и «Лучшему студенту Медико-хирургической академии»), а также стипендия для получения медицинского образования сыну врача. Премии И.Ф. Буша присуждались вплоть до 1918 г.

И.Ф. Буш был председателем Немецкого врачебного общества Санкт-Петербурга

и до последних лет жизни продолжал руководить его работой, посещал заседания. Лишь в 1842 г., когда здоровье Ивана Федоровича резко ухудшилось и он стал плохо видеть, по его рекомендации председателем общества был избран доктор медицины и хирургии Егор Иванович Раух (1789–1864). В этом же году в общество вступил Н.И. Пирогов, ставший самым активным его членом.

Умер И.Ф. Буш 24 октября (5 ноября) 1843 года. Он имел звание академика и ученую степень доктора медицины, а также чин действительного статского советника (генерал-майора). Но итог его жизни заключался не в этом. Иван Федорович заложил основы системы хирургической подготовки врачей и создал первую крупнейшую русскую хирургическую школу, из которой вышло 15 профессоров и более 2000 хирургов. Благодарные ученики воздвигли памятник на могиле И.Ф. Буша на Смоленском лютеранском кладбище в Санкт-Петербурге. Здесь же похоронена и его жена Анна Винтербергер.

Созданная И.Ф. Бушем система хирургического образования оказалась весьма перспективной и послужила основой для последующего совершенствования подготовки врачей. Бушем были воплощены основные принципы, определяющие понятие «научная школа». Разработана и внедрена в практику система преподавания, выработан стиль учебной деятельности, создано научное направление, в котором были воспитаны руководящие научные и практические кадры (профессора, адъюнкты, репетиторы-ассистенты); обобщен в руководствах, монографиях и диссертациях научный и практический опыт; создан стиль хирургической лечебной и организационной работы. <sup>5</sup>





## ЛОНГИДАЗА®

**фермент направленного действия для лечения простатита любого генеза**

Начинает работать с 1 дня, удлиняет безрецидивный период до 1 года, т.к. действует комплексно:

- ◆ останавливает воспалительный процесс,
- ◆ разрушает биопленки,
- ◆ предотвращает фиброз<sup>1-5</sup>.



3000 ME

**ЛОНГИДАЗА®**  
Бовгиалуронидаза азоксимер

Суппозитории вагинальные и ректальные  
10 суппозиториев

ООО «НПО Петровакс Фарм», 142143, Московская область, г. Подольск, с. Покров, Сосновая ул., д. 1  
Телефон/факс: +7 (495) 730-75-45  
e-mail: info@petrovax.ru | www.petrovax.ru  
Для сообщений о нежелательных явлениях: pv@petrovax.ru | ADR@petrovax.ru | +7 (800) 234-44-80

3 лет

Петровакс

<sup>1</sup> Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Лонгидаза® ЛП-№(009588)-(PI-RU)-040425.  
<sup>2</sup> Спивак Л.Г. Биопленки в эндометрии — одна из причин нарушений фертильности // Hi+med. Высокие технологии в медицине. 2024. — № 5 (85). — № 20–24.  
<sup>3</sup> Козлов Р.С., Тапальский Д.В., Карпова Е.В., Петровская Т.А., Куркова А.А. Микробиологическая активность бовгиалуронидазы азоксимера в отношении микробных биопленок // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2024. — № 26 (4). — С. 487–495. DOI: 10.36488/стас.2024.4.487-495.  
<sup>4</sup> В. П. Авдошин, Т. Г. Михайликов, М. И. Андрюхин, Е. В. Ольшеванская, С. А. Пульбере // Оценка эффективности лечения больших хронических простатитом препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ  
<sup>5</sup> Авдошин В.П., Андрюхин М.И., Михайликов Т.Г. // Магнитолазерная и антисклеротическая терапия в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом

LG.A.010.009 07052026

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# Терапия психогенной эректильной дисфункции: ОПЫТ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

О современных методах лечения психогенной эректильной дисфункции (ЭД) рассказывает Мария Георгиевна Киселева, доктор психологических наук, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, директор Института психолого-социальной работы.



Мария Георгиевна  
КИСЕЛЕВА

## — С чего начинается ваша работа с пациентом, страдающим ЭД?

— У меня есть два варианта ее начала. Первый — это когда уролог направляет ко мне на консультацию как к медицинскому психологу мужчину с уже исключенным или, напротив, установленным диагнозом органической эректильной дисфункции (ОЭД), поскольку коллега подозревает, что в этом случае имеется также психогенная история. Со вторым вариантом я сталкиваюсь гораздо чаще. Например, ко мне обращается мужчина с размытыми проблемами в отношениях с противоположным полом: сложно познакомиться, а если вдруг получилось — невозможно удержать отношения. И лишь постепенно в ходе наших бесед всплывает деликатная проблема ЭД, о которой пациент долго не решается рассказать в ходе наших встреч. В таком случае уже я направляю мужчину к урологу, чтобы исключить органическую патологию.

При этом важно понимать, что практически во всех случаях, даже при подтвержденной органической причине ЭД, сама органическая эректильная дисфункция неизбежно приводит и к нелегкому душевному испытанию для мужчины. Ведь затронута важная сфера его психики. Сексуальность — это существенная часть идентичности мужчины, его восприятия себя либо обаятельным, сильным, мужественным, способным сделать женщину счастливой, либо никчемным и слабым. Поэтому, повторю, если причина дисфункции изначально не психологическая, то вторичным слоем психогенный компонент прослеживается всегда. Сталкиваясь с проблемой ЭД, мужчина начинает испытывать комплексы, избегать половых отношений. И очень часто, надеясь, что расстройство как-то пройдет само собой, надолго затягивает обращение к урологу, а тем более к психологу или психотерапевту. А если и обратится, то из-за деликатности и завуалированности проблемы крайне редко сразу заявит о ней и попросит начать лечение.

## — Но почему? Ведь сегодня с темы секса снято табу, существовавшее веками?

— Все верно, но, стоит только этой интимной теме коснуться лично каждого из нас, вдруг оказывается, что она еще как табуирована! И что здесь масса секретов, недосказанности, поводов для стеснения, да и попросту неумения и неготовности говорить о проблеме с врачом. Поэтому задачи медицинского психолога на первом этапе — разговорить человека, освободить его от скованности, внушить надежду, что в результате психотерапии его мужское здоровье получится восстановить. Причем при работе с такими пациентами мы обычно решаем сразу две тесно переплетенные проблемы. Первая — это ЭД, а вторая — коррекция взаимоотношений с женщинами.

Причиной психогенной ЭД (ПЭД) во многих случаях оказывается негативный психологический опыт общения — например, с супругой, другой близкой женщиной или той, с которой мужчина хотел бы стать близок. Данные психологической науки говорят о том, что нельзя выделить сексуальную функцию как изолированную сферу жизни человека. Она тесно вплетена и во многие другие психические процессы. Вспомним, что секс начинается задолго до самого полового акта. Как заговорить с женщиной, как с ней общаться, как пригласить выпить вместе чашечку кофе или куда-то еще — это и коммуникация, и уже секс одновременно. И если у мужчины с таким общением не ладится настолько серьезно, что однажды это приведет к ПЭД, то медицинский психолог должен помочь выстроить такие коммуникации, иначе вылечить ЭД не получится.

Но есть и другой вариант развития событий. У мужчины с первыми же сбоями эректильной функции отношения с близкой ему женщиной или той, с которой он хотел бы наладить контакт, окрашиваются тревогой, навязчивым страхом, что «опять не получится». Тогда мужчина начинает обвинять себя в том, что он во всем виноват себя неправильно, что из-за этого его негативно воспринимают, и так далее. В результате серьезно страдают не только сексуальные отношения, но и межполовые коммуникации, а нередко и контакты с друзьями и коллегами, поскольку мужчине с ЭД не хватает уверенности в себе в самых разных сферах его деятельности. И все эти поврежденные коммуникации психологу тоже приходится чинить вместе с ПЭД.

Кстати, нередко ко мне приходят мужчины, у которых нет явной ЭД, но есть неудовлетворенность сексуальной жизнью, и проблемы таких пациентов — это также направление работы медицинского психолога.

## — Отличается ли подход к психотерапии пациентов со смешанной и чисто психогенной дисфункцией?

— Безусловно! Если речь идет о чисто психогенной истории, моя работа слож-

нее. Ведь в таком случае в основе ЭД лежит какое-то событие либо убеждение, которое становится блоком, не позволяющим мужчине насладиться половым актом. Очень важно найти этот момент, погрузиться в неприятное прошлое вместе с пациентом, пережить и переработать негативные эмоции и мысли, выстроив новое, адаптивное, отношение к произошедшему. Мы не можем изменить прошлое, но можем попробовать воспринимать его по-другому. По сути, мы перепрошиваем память, смягчая боль прошлых потерь, давая человеку надежду на успешное будущее.

При смешанной же ЭД мы знаем причину болезни — органическое расстройство, которое может вылечить врач. Если не работает фармакотерапия, будут применены хирургические методы, а психогенная составляющая в данном случае вторична. Больной это тоже понимает, и у него есть надежда, что мужское здоровье вернется к нему. Основное лечение в таких случаях проводит уролог, а медицинский психолог его работа в данном случае проще, а результата можно добиться быстрее. Однако труд медицинского психолога при смешанной ЭД нисколько не меньше по своей значимости. Большой клинический опыт доказывает, что при лечении такого пациента мультидисциплинарной бригадой борьба с ЭД становится более эффективной.

## — Типичный портрет вашего пациента в последнее время как-то меняется?

— Да, меняется, и очень заметно. Еще в 2010-х ко мне чаще всего обращались мужчины 40–50 лет, у которых начиналось хотя и преждевременное, но в принципе естественное возрастное снижение половой функции. И на это часто наслаивались проблемы с постоянной партнершей. Например, близость с ней уже не возбуждала мужчину, хотелось чего-то новенького. Все это вместе и приводило к дисфункции. Сегодня же я вижу, что проблема ПЭД быстро молодеет. На прием приходят пациенты тридцати и даже двадцати лет. Считается, что в этом возрасте сфера половых отношений в жизни мужчины наиболее привлекательна, а у кого-то и вовсе может доминировать. А тут мы наблюдаем полное фиаско, что выглядит странно и неестественно.

Мой типичный пациент сегодня — мужчина молодого или среднего возраста, с высшим образованием, неженатый, уже достаточно обеспеченный, успешный на своей работе, которого можно назвать карьеристом, ведущий здоровый образ жизни. То есть это социально и в медицинском плане (за исключением ПЭД) вполне благополучный человек. В то же время такие люди обычно обладают нарциссическим и перфекционистским складом личности. Нарциссизм — это свойство характера, заключающееся в чрезмерной концентрации на своих успехах, большой уязвимости

Один из важных элементов психоаналитической психотерапии — это эмпатия. Психотерапевт демонстрирует понимание чувств, мыслей и установок пациента, сопереживает ему, сохраняя при этом объективность. Эмпатия подразумевает способность занимать позицию другого, разделять его внутренний опыт, но не отождествляться с ним. Слово и эмпатия — вот главные инструменты нашей работы

к любой критике, в проблемах с самооценкой. Такие люди хотят во всем соответствовать высоким стандартам, быть повсюду успешными, отлично выглядеть, нравиться окружающим, доминировать в социальных группах. Но эти стандарты часто слишком высоки, что может сыграть злую шутку.

И вот как это происходит в половой сфере. Мужчина находит для себя стандарт супермена и суперлюбовника в порнографических роликах. Долгое время такие фильмы вполне заменяют ему секс и никаких проблем с эрекцией не возникает. И вот однажды он встречает женщину, неотразимую и самую лучшую (для нарциссов характерен поиск всего наилучшего), с которой у него завязываются отношения. Она отвечает взаимностью, наступает время половой близости. И вдруг все идет не так! У мужчины ничего не получается, он не может соответствовать стандартам, в которые загнал себя. Рассогласование желаемого и реального может оказаться настолько серьезным, что развивается ПЭД. Или еще более простая ситуация. Даже небольшая критика со стороны женщины может оказать серьезное негативное влияние на психику мужчины нарциссического склада и надолго отбить у него охоту заниматься сексом.

Стоит отметить, что чрезмерное увлечение просмотром порнографического контента способно весьма негативно сказаться на сексуальной сфере в реальной жизни. Мужчина привыкает получать быстрое удовольствие, не тратит силы на ухаживание за партнершей, не боится отказа и критики. Он привыкает получать быстрый дофамин и уже не готов вкладываться в отношения с реальной женщиной. Слишком хлопотно! И вроде бы эректильная функция не нарушена, но реальных сексуальных отношений нет.

Иногда же мужчина пресыщается порнографическим контентом. Он все уже видел, его ничем не удивить, и это одна из причин асексуальности, то есть отсутствия или низкого уровня полового влечения. Традиционно считалось, что это не болезнь, не отклонение и не проблема, если человеку так комфортно. Это одна из вариаций нормы, которая встречается примерно у 1 % людей на планете. Но в по-

следние десятилетия число таких людей растет, что негативно отражается на демографии.

— **Используете ли вы какие-то опросники для постановки диагноза ПЭД?**

— Да, используем, чаще всего это самый простой и доступный МИЭФ-5 (Международный индекс эректильной функции) — стандартизированная анкета из пяти вопросов, позволяющая оценить состояние эректильной функции за последние четыре недели. Такие анкеты обычно применяем для скрининговых исследований, чтобы понять, все ли в порядке с этой функцией у наших пациентов как с показателем их общего качества жизни. Мне лично в практике ведения больного вполне хватает информации, почерпнутой из бесед с ним и, конечно же, из результатов обследования урологом для выявления органических причин дисфункции.

— **В чем состоит наибольшая сложность при постановке диагноза ПЭД?**

— Для мужчины с ЭД часто бывает очень непросто создать доверительную атмосферу, чтобы он понял, что не вызовет насмешку и презрение. Лишь когда эта атмосфера установится и мужчина поверит, что его проблема решаема, потому что накоплен большой и успешный опыт лечения ПЭД, что есть специалисты, обладающие

Проблема копилась не один год, шла из негативного детского опыта, оказалась глубоко зарыта и укоренена в его внутреннем мире. Мы вытащили на поверхность этот травматический опыт, обнажили все сложные чувства и мысли о нем, создали пространство, в котором пациент наконец смог открыто выразить свою злобу, горечь, печаль, отчаяние и другие мучительные эмоции. Стало не так больно, и появилась возможность выстроить здоровое отношение к себе, своему телу и желаниям. Работа с этим пациентом длилась почти год. Он больше не собирается никому причинять вреда и недавно написал мне, что у него появилась подруга, они планируют создать семью.

Особенно трудно добраться до ключевой проблемы ПЭД (без чего невозможно уточнить диагноз) бывает при негативном опыте, полученном очень давно — например, при каком-то унижении в детстве. К сожалению, наш травматический детский опыт нередко вытесняется в подсознательную сферу, подвергается амнезии. Оказать помощь таким пациентам, начиная с постановки диагноза, бывает достаточно сложно.

— **Часто ли у пациентов с ПЭД выявляются коморбидные нервно-психические нарушения?**

— Да, нередко. Чаще всего это эмоциональное выгорание у перфекционистов и трудоголиков, а также посттравматическое

Один из важных элементов психоаналитической психотерапии — это эмпатия. Психотерапевт демонстрирует понимание чувств, мыслей и установок пациента, сопереживает ему, сохраняя при этом объективность. Эмпатия подразумевает способность занимать позицию другого, разделять его внутренний опыт, но не отождествляться с ним. Слово и эмпатия — вот главные инструменты моей работы.

— **Какую разновидность ПЭД (дебютную, психотравматическую, селективную) диагностируете чаще всего?**

— Чаще всего мне встречается психотравматическая ПЭД, при которой негативный психологический опыт человека зрелого возраста, будь то единичное травмирующее событие или длительное воздействие стресса, нарушает способность достигать и поддерживать эрекцию. Это могут быть конфликты в семье или на работе, тяжелая болезнь или смерть близкого человека, негативный сексуальный опыт и т.д. При психотравматической ПЭД особенно важно быстро поставить диагноз и начать психотерапию. Чем раньше это будет сделано, тем лучше результат.

Дебютную ПЭД я бы сравнила с отдаленным эхом детской или юношеской психологической травмы. Тут может быть множество всяких историй помимо самой известной ситуации — сексуального

успешной. Но селективная ПЭД может развиваться и у мужчины с вполне приемлемыми сексуальными отношениями с женой, который вдруг встречает «потрясающую» женщину, начинает обожествлять ее, вовлекается в бурный роман. Но в сексе такая заряженность может сыграть злую шутку. Эрекция не случится от слишком бурных чувств по отношению к новой партнерше.

В моей практике психотерапия селективной дисфункции чаще оказывается сравнительно менее сложной, чем при других типах ПЭД. Ведь причина ПЭД при этом лежит на поверхности, клубок распутывать не надо. В таких случаях важно провести семейную психотерапию, пригласить к участию в сеансах супругу или другую постоянную партнершу. Иногда достаточно применить определенные тактики психосексуального консультирования, использовать релаксационные методики, чтобы достаточно быстро вылечить селективную ПЭД.

— **Какая разновидность ПЭД наиболее трудна для диагностики и лечения?**

— Тут важна не разновидность ПЭД, а психологические особенности пациента. Мне сложно работать, когда мужчина с любым типом ПЭД отвергает помощь психотерапевта. Часто это пациент с нарциссическим типом личности, которому трудно признавать свои проблемы и не хочется в них разбираться. Такие мужчины стремятся к быстрым решениям, а когда понимают, что все сложнее, чем им кажется, впадают в раздражение, проявляют агрессию и уходят из терапии. Кстати, это вообще самые сложные пациенты в работе по любому направлению в психологии.

— **Самые известные способы психотерапии ПЭД — психосексуальное консультирование, психотерапия обоих партнеров, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Применяете для каждого вида дисфункции свой метод или действуете как-то иначе?**

— Мой выбор определяется прежде всего глубиной проблемы и особенностями пациента. Иногда достаточно нескольких сеансов консультирования, а в других случаях нужен длительный курс с комбинацией нескольких методик психотерапии. Хотя семейная психотерапия хорошо помогает при селективной ПЭД, я нередко применяю ее и при психотравматической дисфункции. КПТ — это первая линия в работе с иррациональными убеждениями типа «у меня уже никогда не получится», «я больше не мужчина», «если я не супергерой из порнофильма, то я никто». Но эта методика может быть полезна и при других вариантах ПЭД.

Также обучаю пациентов методам снижения тревоги, техникам подготовки к сексуальному контакту, когда можно использовать дыхательные техники, приемы переключения внимания — с тем чтобы сфокусироваться на процессе половой близости, насладиться моментом и отключить все эмоции, которые могут помешать.

— **Пациенты приезжают к вам на прием или вы чаще работаете онлайн?**

— Предпочитаю личный прием, особенно на первых сеансах. Все-таки полноценный визуальный контакт незаменим при общении, так можно лучше увидеть и прочувствовать тревогу и другие эмоции пациента. Но после установления доверительных отношений можно продолжить работу и в удаленном режиме. Сеанс длится 50 минут, встречаемся с больным 1–2 раза в неделю. В среднем курс длится около двух месяцев.

Окончание на с. 20 →

### ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ПАЦИЕНТ ОБ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (ЭД)

-  ЭД — частое явление: в активном трудовом возрасте встречается примерно у каждого третьего мужчины
-  В 95 % случаев ЭД поддается лечению
-  Единичные или редкие проблемы с эрекцией — это еще не ЭД
-  Признак органической ЭД — отсутствие утренней эрекции
-  Нарушения эрекции чаще всего не связаны с проблемами предстательной железы
-  ЭД нередко становится первым симптомом патологии внутренних органов, особенно сердца и сосудов
-  У мужчин старше 40 лет ЭД возникает за 5–7 лет до инфаркта или инсульта
-  Каждому мужчине с ЭД необходимо пройти обследование у уролога, кардиолога, эндокринолога, невролога и медицинского психолога

этим опытом, я начинаю работать с пациентом. Но это еще не значит, что я добралась до сути его нарушенных мыслей и убеждений, ставших причиной ПЭД, и начала распутывать этот клубок.

Вот один из клинических случаев. Ко мне обратился на вид вполне приличный молодой человек по поводу того, что он боится своих агрессивных импульсов, точнее говоря, навязчивых желаний причинить вред женщинам. Сеанс за сеансом он, как говорится, ходил вокруг да около, а я пыталась найти причины его агрессивных установок. Выясняла, кто мог обидеть его, был ли какой-то негативный опыт, и так далее. В конце концов оказалось, что причина — в ЭД, которая породила чувство собственной неполноценности и страха, что женщины его презирают и осмеивают.

стрессовое расстройство, субклиническая депрессия, высокий уровень тревожности.

— **Можете ли вы назначать психотропные препараты для лечения этих нарушений?**

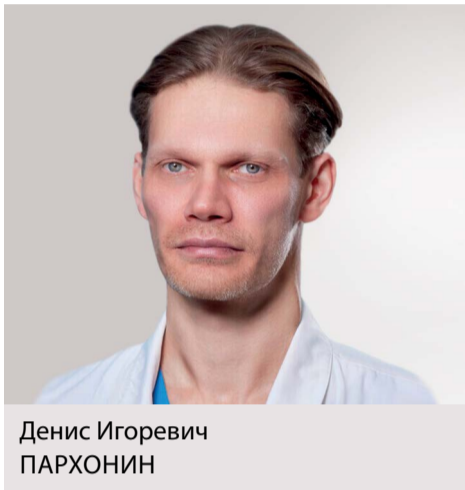
— Нет, если пациенту с ПЭД поставлен и психиатрический диагноз, мы добавляем в нашу мультидисциплинарную команду еще и такого специалиста. Что же касается меня, то я лечу больного словом не только как медицинский психолог, но и как психоаналитический психотерапевт. Так называется направление, основанное на идеях психоанализа. Цель — исследовать глубинные причины трудностей, помочь пациенту понять, как бессознательные мысли, чувства и опыт из прошлого влияют на его настоящую жизнь, отношения и выбор.

насилия над ребенком. Например, психологические травмы от «кастрирующего» взрослого, в том числе родителя, который постоянно унижал достоинство мальчика, обвиняя его в трусости и малодушии. Или слишком раннее включение в сексуальную жизнь, когда мальчик подглядел за родителями, занимающимися сексом, или случайно зашел на порносайт. Увидев в возрасте примерно до 8–10 лет половой акт, ребенок воспринимает его как агрессию мужчины по отношению к женщине, и это может оставить тяжелый след в психике мальчика.

Что же касается селективной ПЭД, то своих пациентов с таким расстройством я бы разделила на две группы. Прежде всего это ситуация потери интереса к жене как к постоянной партнерше, хотя близость с новой женщиной оказывается вполне

# Эмфизематозный пиелонефрит: как не упустить момент?

Эмфизематозный пиелонефрит (ЭП) — тяжелое инфекционное заболевание с высоким риском неблагоприятного исхода, при котором ранняя диагностика и индивидуальный выбор лечения служат ключевыми факторами снижения летальности. Об уникальном опыте борьбы с ЭП, накопленном в ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева» Департамента здравоохранения Москвы, рассказал заведующий урологическим отделением, кандидат медицинских наук Денис Игоревич Пархонин.



Денис Игоревич  
ПАРХОНИН

Впервые газообразующее инфекционное поражение почки было описано Н.А. Kelly и W.G. MacCullum в 1898 году. С тех пор в публикациях встречались различные названия этой болезни: эмфизема почки, пневмонифрит и др. И только в 1962 году E.H. Schultz и E.H. Klorfein предложили обозначать диагнозом ЭП ряд патологических процессов, приводящих к деструкции почечной паренхимы с образованием газа.

— Почему пиелонефрит называется эмфизематозным?

— Потому что речь идет об агрессивном течении воспалительного процесса в почечной паренхиме с развитием газообразующей флоры, крайне стремительном и тяжелом, с высокой летальностью. Своевременная лучевая диагностика, адекватная антибактериальная терапия (АБТ) и малоинвазивные методы дренирования позволяют в ряде случаев избежать нефрэктомии и сохранить функцию почки.

Сам термин «эмфизематозный» уже подразумевает образование при этой болезни газа в паренхиме, собирательной системе почки или в окружающих тканях, и это действительно важная особенность ЭП. Но встречаются и неэмфизематозные пиелонефриты, однако тоже с крайне агрессивным течением, гнойные и деструктивные. Наличие газа как такового не является критическим фактором, повреждающим почку, вызывающим общую интоксикацию и подавление жизненно важных функций организма.

— То есть это совершенно разные вещи: газ в почках при ЭП и горчичный газ (иприт), который немцы впервые применили в битве у бельгийского города Ипр в 1917 году?

— Вот именно! Газообразование при ЭП — скорее побочный продукт воспаления и показатель того, что в данном случае обычная для гнойных пиелонефритов флора размножается и проявляет свою активность более агрессивно. Возбудители ЭП — факультативные анаэробные грамотрицательные ферментирующие бактерии — перерабатывают глюкозу и лактат с образованием углекислого газа и водо-

рода, накапливающихся в зоне воспаления. Никаких токсичных добавок в этой простейшей газовой смеси нет.

В качестве наиболее частых возбудителей ЭП вызывают *Escherichia coli* (60 % случаев), *Klebsiella pneumoniae* (26 %), а также бактерии рода *Proteus* и *Pseudomonas*. Микробные ассоциации встречаются в 10 % случаев. Образование газа — обычное проявление метаболизма данных бактерий, отнюдь не специфическое для ЭП, но имеющее место, например, еще и при газовой гангрене. Кстати, в самых тяжелых случаях ЭП газ появляется не только в почках и окружающих их тканях, но и в венозной системе.

— Но если не газ, то что же тогда делает эту болезнь столь опасной?

— Во-первых, очень большое количество эндотоксинов, выделяемых бактериями. Во-вторых, выброс эндотоксинов происходит стремительно, с очень быстрым приростом скорости. Организм оказывается беззащитным против столь мощного наступления инфекции, поскольку ни иммунная, ни эндогенная детоксикационная система, локализованная в тех же почках, печени и некоторых других органах, просто не успевают справиться с силами для сопротивления болезни.

— Но кишечные палочки, протей и клебсиеллы — это условно-патогенная микрофлора. Что же заставляет этих микробов при ЭП превращаться в злейших врагов человеческого тела?

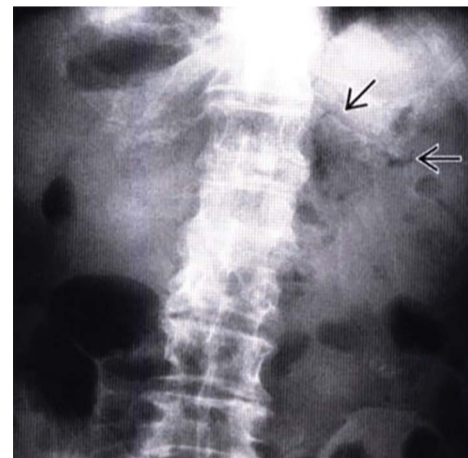
— Свыше 90 % больных с ЭП страдают сахарным диабетом (СД), причем обычно с плохим гликемическим контролем — плохим настолько, что у пациента есть признаки кетоацидоза. Столь серьезные нарушения углеводного обмена становятся ключевым фактором риска и этиопатогенетической причиной ЭП. При хронической и высокой гипергликемии создается отличная питательная среда для размножения бактерий. К тому же СД — это мощнейший разрушитель иммунитета, который в ситуации превращения условно-патогенных бактерий в болезнетворные должен был бы активно уничтожить эти микроорганизмы.

Напомню, что СД поражает все звенья иммунного ответа (ИО). Гуморальный иммунитет страдает потому, что в ситуации гипергликемии глюкоза начинает активно связываться с иммуноглобулинами крови, участвующими в ИО, после чего эти молекулы гликозилируются и больше не могут полноценно выполнять свою функцию.

Страдают и сосуды микроциркуляторного русла, питающие все органы и ткани. В том числе нарушается кровоснабжение красного костного мозга, где появляются и созревают клетки неспецифического иммунитета. Свою негативную роль играет и недостаток инсулина, что особенно характерно для СД 1-го типа. Инсулин же необходим для функционирования Т-лимфоцитов,

отвечающих за распознавание и уничтожение бактерий и вирусов. При недостатке указанного гормона Т-лимфоциты реагируют на чужеродные агенты гораздо медленнее, чем в норме. Отсюда и два весьма распространенных и опасных диабетических осложнения: более частые и тяжелые инфекционно-воспалительные заболевания и медленное заживление ран с риском их превращения в язвы.

В итоге, если в организме пациента без СД превращение условно-патогенной микрофлоры в патогенную чаще всего вызывает пиелонефрит легкой или средней степени тяжести, контролируемый АБТ и не требующий операции, то при ЭП



Визуализация эмфизематозного пиелонефрита

на фоне запущенного диабета мы сталкиваемся со скоротечной, тяжелой и плохо поддающейся консервативному лечению патологией.

— К основным факторам риска ЭП относится нарушение оттока мочи из почки. Это согласуется с вашим опытом ведения таких больных?

— Диабетом страдает подавляющее большинство больных, которые лечатся в нашем отделении по поводу ЭП. Безусловно, мой опыт подтверждает, что диабет — это фактор риска № 1 эмфизематозного пиелонефрита. А вот обструкцию я бы назвал существенным, но дополнительным фактором риска, усугубляющим вероятность развития ЭП у пациентов со сниженным иммунитетом и многолетним стажем СД.

— СД, особенно 2-го типа в составе метаболического синдрома (МС), — это ведь классическая болезнь стареющего человечества. То же самое относится и к ЭП?

— Как правило, наши пациенты с ЭП — пожилые люди, что согласуется со статистикой по данной патологии. Чаще всего с таким диагнозом к нам поступают женщины, что также соответствует данным литературы. То, что ЭП — это обычно женская болезнь, подтверждает мое мнение о том, что сама по себе обструкция мочевых путей не является ключевым фактором риска ЭП. Ведь у женщин необструктивные пиелонефриты, в том числе и тяжелого течения, встречаются гораздо чаще, чем обструктивные. И как раз у женщин кишечная палочка очень часто вызывает сначала инфекцию нижних мочевых путей, а затем и восходящий пиелонефрит.

— В мире описано лишь несколько сотен эпизодов ЭП, в крупных мировых ЛПУ за год регистрируются лишь единицы таких случаев. А сколько пациентов прошло за 5 лет через ваше отделение?

— За этот период у нас находились на лечении 38 пациентов, каждый год госпитализировались примерно по 8 человек. Наша больница принимает жителей Северо-восточного административного округа Москвы с населением примерно 1,4 млн человек. Если экстраполировать эти цифры на все население столицы, то статистика нашего города будет приблизительно соответствовать мировым данным по распространенности ЭП.

У ГКБ имени А.К. Ерамишанцева, одной из крупнейших многопрофильных клиник Москвы, где находятся 67 различных отделений, трудятся свыше 600 врачей и развернуто более 1 тыс. коек, есть важная особенность. Мы в значительной степени являемся скорпомощной службой, поэтому в нашей больнице концентрируется много поступающих по линии скорой медицинской помощи (СМП) пожилых пациентов, социально запущенных одиноких людей, не получающих достаточного ухода и медицинского наблюдения зачастую не по вине врачей, а потому что эти больные не следят за своим здоровьем. Особенно сильно в таких случаях прогрессирует течение СД, поскольку эта болезнь может оставаться немой годами, а у кого-то и десятилетиями, пока не грянет гром.

По той же причине многие наши пациенты подолгу терпят боль в пояснице, лихорадку, признаки интоксикации и другие первые симптомы острого пиелонефрита, надеясь, что все само пройдет. К нам они попадают уже по СМП и в таком состоянии, что сразу направляются в реанимацию. Таким образом, притом что ЭП — и так очень сложная болезнь, к нам госпитализируются еще и наиболее трудные и неблагоприятные коморбидные пациенты.

— Выходит, у вас не только очень большой, но и уникальный опыт борьбы с этой болезнью.

— Согласен, но только это не мой личный опыт, а опыт всех коллег по отделению, точнее — опыт мультидисциплинарной бригады, которая с годами сложилась в нашей больнице для борьбы с ЭП.

— Как классифицируют разные формы ЭП?

— Есть две классификации, по-разному отражающие патофизиологические аспекты болезни. Одна из них подразделяет ЭП на первый и второй типы.

Для ЭП первого типа характерно более тяжелое течение, когда поражено более трети почечной паренхимы, а также диффузное распространение газа в паренхиме или за ее пределами, мощная деструкция паренхиматозной ткани, стремительное течение и высокая летальность.

При ЭП второго типа (а это более благоприятная форма болезни с лучшим прогнозом) поражено менее трети почечной паренхимы. Различные лучшие методы диагностики позволяют визуализировать здесь более локальные скопления газа.

Другая классификация позволяет выделить четыре класса ЭП:

- I — наличие газа изолированно в собирательной системе почки;
- II — газ присутствует в паренхиме почки;
- IIIА — наличие газа в паранефрии;
- IIIВ — выход газа за пределы фасции Героты, которая окружает жировое тело почки и отделяет его от лежащих рядом структур;
- IV — двусторонний процесс или ЭП единственной почки.

— Когда врачу, оценившему первые доступные показатели состояния больного и изначально подозревавшему острый гнойный пиелонефрит (ОГП), надо предположить, что здесь скрывается редкая и более опасная болезнь, а именно ЭП?

— Если поликлинический уролог видит, что состояние пациента стремительно ухудшается с яркой картиной интоксикации, болью в пояснице, сильной лихорадкой, общим недомоганием, и к тому же у человека есть диабет с признаками декомпенсации, следует заподозрить ЭП и безотлагательно выполнить УЗИ. При выявлении по его результатам газа в почке можно с высокой вероятностью установить диагноз ЭП. Однако оптимальный вариант — не оттягивать начало стационарного лечения, а прямо из своего кабинета по линии СМП направить больного в урологическое отделение крупной многопрофильной больницы. Самая серьезная ошибка уролога в такой ситуации, причем в отношении не только ЭП, но и любой формы острого пиелонефрита с быстрым и тяжелым прогрессированием, — это начать лечить пациента амбулаторно, а не в стационаре, где есть возможности всесторонней диагностики и терапии острого пиелонефрита, а также проведения реанимационных мероприятий.

— Какие лучевые методы наиболее информативны при ЭП?

— Первоочередное исследование при подозрении на данную патологию — это УЗИ. Если у тяжелого больного в шоковом состоянии при УЗИ мы видим серьезное повреждение почки и скопление газа, можно не тратить время на КТ. Следует сразу же направить пациента в операционную, а интенсионную терапию проводить уже на операционном столе. У пациента,

не требующего экстренной операции, КТ является самым информативным методом исследования, с помощью которого можно выбрать оптимальное оперативное вмешательство или консервативную тактику.

— Можно ли отличить ЭП от ОГП по результатам анализов крови и мочи?

— Лабораторная диагностика необходима для полноценного обследования пациента перед окончательной постановкой диагноза ЭП. Но, в отличие от других тяжелых форм пиелонефрита, мы не увидим здесь каких-то специфических лабораторных признаков ЭП вроде присутствия газа в почках. В обоих случаях, скорее всего, будут выявлены такие признаки выраженного воспаления, как лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (в сторону увеличения палочкоядерных нейтрофилов), в самых тяжелых случаях — лейкопения, тромбоцитопения, анемия, сдвиг кислотно-щелочного равновесия, серьезные нарушения водно-электролитного баланса, кетоацидоз, кетонурия и гипергликемия.

— ЭП уже нашел отражение в российских и международных клинических рекомендациях (КР)? Может ли клиницист обратиться к ним при выборе схемы диагностики и лечения болезни?

— Общий подход к ведению таких больных уже отражен в КР, и мы его учитываем, но конкретного пошагового алгоритма не существует, как не описаны и четкие результаты при выборе вариантов лечебной тактики. Причины очевидны: заболевание пока недостаточно изучено ввиду небольшого количества наблюдений. Индивидуальный же подход к лечению строится главным образом на опыте соответствующего лечебного учреждения, которое принимает пациентов с ЭП. Мы руководствуемся как общим концептом, так и решением, принимаемым индивидуально для каждого пациента на основании нашего опыта.

Пациента с ЭП можно лечить консервативно. Оперируем же мы только при выраженном усугублении заболевания и высоком риске развития тяжелого сепсиса и септического шока. Вариантов хирургического вмешательства при ЭП заметно меньше, чем возможностей консервативной терапии. Если при другой форме пиелонефрита можно выполнить различные дренирующие манипуляции, чрескожную пункционную нефростомию, ревизию почки со вскрытием абсцессов или, наконец, декапсуляцию (ранее популярную операцию, которую сейчас мы выполняем редко), то при ЭП среди хирургических методов в практике нашего отделения обычно остается только нефрэктомия. Когда при ЭП начинается мощное размножение газообразующей флоры с ее быстрым диффузным проникновением в окружающие ткани, остановить этот пожар какими-то дренирующими операциями и декапсуляциями уже не получится.

— Какую схему антибиотикотерапии при ЭП применяете чаще всего?

— Еще до идентификации возбудителя безотлагательно начинаем эмпирическую внутривенную массивную комплексную АБТ. Сразу же используем препараты резерва, пропуская базовую терапию. Основная точка приложения таких антибиотиков — грамотрицательная флора. При ЭП у нас нет времени пробовать стандартные схемы АБТ с оценкой их эффективности в течение 72 часов, дожидаться результатов посева и только после этого скорректировать схему лечения.

— Группа резерва в антибиотикотерапии — это препараты, назначаемые только в сложных случаях, когда все остальные антимикробные средства уже бессильны. Недаром их называют антибиотиками последней надежды. Существуют препараты резерва антиграмположительные и антиграмотрицательные. Вы выбираете препараты второй группы?

— Мы применяем препараты широкого спектра действия, направленные как на грамположительную, так и на грамотрицательную флору. Наиболее часто используемыми группами антибиотиков при ЭП у нас в клинике являются карбапенемы и цефалоспорины 4-го поколения. Иногда добавляем к терапии ванкомицин. АБТ для пациента с ЭП — это лишь часть сложной комбинированной терапии, куда входят также средства для коррекции гликемии, кислотно-щелочного равновесия, электролитного баланса и т.д.

— Расскажите об опыте ведения больных с ЭП за последний год.

— В 2025 году в нашем отделении наблюдались 10 пациентов (4 мужчины, 6 женщин) от 47 до 83 лет с отягощенным в 90 % случаев анамнезом (СД 2-го типа). С учетом клинко-лабораторных и инструментальных показателей мы выполнили 10 операций (восемь радикальных

антибиотиков группы резерва, действенной стабилизации органов и систем можно получить хороший результат при органосохраняющей операции. Также очень важно поддерживать на высоком современном уровне работу реанимационных отделений, обеспечить эффективную маршрутизацию пациента внутри стационара, качественный мониторинг показателей основных функций организма. Все это позволяет избежать радикальной операции, а у части больных — и любой операции с предпочтением консервативных методов.

Итак, мы активно поддерживаем все эти тенденции. Но если мы видим, что инфекция стремительно развивается и пациент уже находится в критическом состоянии или близок к нему, то принимаем решение об операции. Если пропустить этот момент, летальность окажется очень высокой. Возвращаюсь теперь к вашему вопросу: почему мы так часто выбираем наиболее агрессивную хирургическую тактику — радикальные операции?

Во-первых, алгоритм лечения ЭП достаточно простой, вариантов немного: либо консервативная тактика, либо (в большинстве случаев) нефрэктомия. С учетом нашего опыта мы руководствуемся именно этим алгоритмом. Возможно, именно поэтому выживаемость наших пациентов выше по сравнению с той, что приводится

Первая удачная попытка чрескожного пункционного дренирования под рентгенологическим контролем трех очагов деструкции у пациента с ЭП и СД была выполнена еще в 1986 году. С тех пор органосохраняющая тактика получает все большее распространение при ЭП, хотя остаются и сторонники немедленной нефрэктомии после стабилизации состояния пациента. По данным крупнейшего для ЭП метаанализа 10 ретроспективных исследований (n = 210), выполненного в 2008 году, смертность при выполнении чрескожного пункционного дренирования на фоне консервативного лечения была значительно ниже (13 %), чем после нефрэктомии (25 %), а тем более — после только консервативного лечения (50 %)

нефрэктомией и две органосохраняющие). Среднее количество койко-дней составило 13. Из 10 пациентов у 8 наступило клиническое улучшение. К сожалению, одного больного самого старшего возраста мы потеряли. И в одном случае продолжается наблюдение в условиях ОРИТ.

— Итак, из 10 пациентов вы потянули только одного (10 %). Отличный результат! Ведь при грамотном лечении смертность от ЭП составляет около 20–40 %. Но вы в 4 раза чаще использовали радикальные нефрэктомии, чем органосохраняющие вмешательства, хотя последние считаются более оптимальными в случае ЭП.

— Поверьте, я и мои коллеги по отделению отлично понимаем главное преимущество органосохраняющего лечения для дальнейшей судьбы пациента с ЭП, а именно — снижение риска почечной недостаточности. Согласен, что у таких пациентов при оптимальном выборе комплексного лечения, назначении сразу при госпитализации

в литературе. Но мы всегда готовы, в зависимости от состояния больного, рассмотреть и возможность других вмешательств. Это прежде всего относится к пациентам с ЭП без сопутствующего диабета, что часто служит предиктором менее тяжелого общего состояния и менее серьезного разрушительного процесса в почках. Так, мы предпочли нефрэктомии дренирование верхних мочевыводящих путей как раз для той единственной пациентки из группы больных ЭП, лечившихся в нашем отделении, которая не страдала диабетом.

Коллеги могут поспорить со мной, заметив, что органосохраняющим операциям следовало бы отдавать предпочтение. Такое мнение представлено и в публикациях по ЭП. Это может быть верно в других лечебных учреждениях, но в условиях нашего урологического отделения в составе скорпомощной больницы, где концентрируются самые тяжелые пациенты с ЭП, выбор нефрэктомии для большинства наших больных я считаю оправданным. ☺

Александр Рылов, к. м. н.

# Тихая эпидемия: как мы будем бороться с раком мочевого пузыря в ближайшие десятилетия

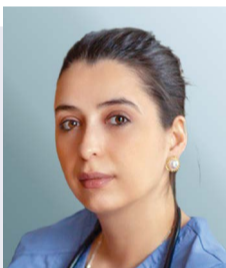
Когда речь заходит об онкологии, в медийном пространстве вспоминают обычно о раке легких, молочной железы или меланоме. Но есть злокачественное новообразование (ЗНО), о котором говорят меньше, хотя оно ежегодно уносит десятки тысяч жизней. Речь идет о раке мочевого пузыря (РМП), заболеваемость которым объявлена экспертами ASCO тихой эпидемией ближайших двадцати лет.

Когда речь заходит о HER2-положительных опухолях, многие сразу вспоминают о раке молочной железы. Однако тот же самый рецептор есть и в мочевом пузыре, что делает рак этого органа особенно агрессивным



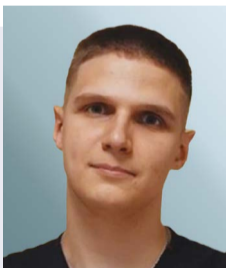
Александр Константинович НОСОВ

Д.м.н., профессор кафедры урологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник, заведующий отделением онкоурологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург



Мария Владимировна БЕРКУТ

К.м.н., онколог и уролог отделения онкоурологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург



Павел Михайлович ГОРЛИН

Врач-стажер отделения онкоурологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

с метастатическим РМП и минимизации калечащих хирургических вмешательств, которые могут значительно ухудшить качество жизни пациентов. Данные проблемы были в центре внимания участников 61-го ежегодного конгресса Американского общества клинической онкологии (ASCO — 2025), прошедшего с 30 мая по 3 июня 2025 года в Чикаго.

## Роль иммунотерапии

Лечение мышечно-инвазивного РМП (МИРМП), образно говоря, напоминает стрельбу из пушки по воробьям. Агрессивная ХТ, тяжелые операции, а затем мучительное ожидание: вернется ли болезнь? Поэтому в исследовании NIAGARA была предпринята попытка оценить, как повлияет на ситуацию добавление периоперационной терапии дурвалумабом в сочетании с ХТ и иммунной терапией (ХИТ) по сравнению со стандартной ХТ при МИРМП. На конгрессе ASCO — 2025 представили результаты этой работы. Ее основными конечными точками стали бессобытийная выживаемость (БСВ) и патоморфологический полный ответ (pCR), причем оба показателя оказались значительно выше в группе, получавшей ХИТ. Известно, что достижение pCR напрямую связано с улучшением долгосрочных результатов у пациентов с МИРМП. В исследовании NIAGARA полный патоморфологический ответ был зафиксирован у 37,3 % пациентов в группе ХИТ и у 27,5 % — в группе ХТ ( $p = 0,0005$ ). Возможно, разница около 10 % не столь велика, но за ней стоят судьбы пациентов, у которых после ХИТ в удаленном мочевом пузыре не находили ни одной злокачественной клетки и которые вместо прогнозируемого рецидива через два года живут без РМП уже пятый год.

В подгруппе пациентов с pCR медиана времени до рецидива не достигнута ни в одной из групп, тогда как у пациентов без pCR медиана времени до прогрессирования составила 34,7 месяца в группе ХИТ и 22,8 месяца — в группе ХТ (ОШ 0,77; 95 % ДИ 0,631–0,948). Медиана общей выживаемости (ОВ) пока не достигнута ни в одной из подгрупп (рис. 1). Поскольку исследование еще продолжается и медиана времени наблюдения невелика, окончательные выводы о влиянии периоперационного дурвалумаба на ОВ делать пока рано (рис. 2). Интересно сравнение этих данных с рандомизированным исследованием VESPER, в котором частота pCR составила 36 % при использовании GC и 42 % — при ddMVAC, а в исследовании NIAGARA в группе ХИТ этот показатель достиг 37 %. Возникает вопрос: насколько важна иммунотерапия

на предоперационном этапе? Возможно, ее стоит использовать только у пациентов без pCR? Обсуждение этого вопроса продолжится на ASCO — 2026, а пока он остается открытым.

## Таргетная терапия

Когда речь заходит о HER2-положительных опухолях, многие сразу вспоминают о раке молочной железы. Однако тот же рецептор есть и в мочевом пузыре, что делает РМП особенно агрессивным. Долгие годы такие пациенты не получали специального лечения — стандартная ХТ работала плохо, а попытки использовать трастузумаб проваливались. Казалось, HER2-положительный РМП — тупиковая ветвь противоопухолевой терапии. Однако на ASCO GU — 2025 были представлены данные, которые могут изменить подход к лечению таких пациентов. Речь идет о комбинации двух препаратов: диситамаба ведотина (таргетного препарата нового поколения) и торипалимаба.

Как работает эта схема? Диситамаб ведотин доставляет химиопрепарат в злокачественные клетки с рецептором HER2 на поверхности, а торипалимаб способ-

ствует активации Т-лимфоцитов, целенаправленно воздействующих на оставшиеся клетки опухоли. Подобная двойная атака оказалась куда эффективнее, чем все предыдущие подходы к терапии РМП: у 63,6 % пациентов после такого лечения достигался полный патоморфологический ответ. Для сравнения: стандартная ХТ дает подобный результат лишь в 30–40 % случаев. Особенно хорошо отвечали пациенты с ранними стадиями РМП, у которых полное исчезновение опухоли наблюдалось в 85,7 % случаев. Хотя исследование еще продолжается и окончательные выводы делать рано, уже сейчас ясно: у 92,5 % пациентов, прооперированных по поводу РМП, через год после лечения не обнаруживается признаков болезни. Это серьезный прорыв, учитывая, что HER2-положительные опухоли традиционно считаются наиболее сложными в лечении.

Конечно, у авторов работы все еще остаются вопросы. Выборка исследования пока небольшая — всего 47 пациентов. Неизвестно, как будет вести себя болезнь через 3–5 лет. Но уже сейчас понятно, что обнаружено слабое место HER2/нео-положительного РМП, и это можно считать удачей.

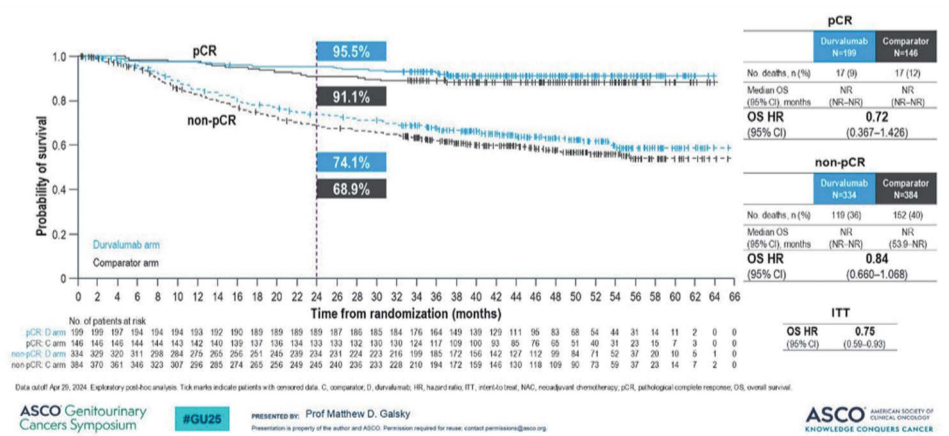


Рисунок 1. Общая выживаемость в зависимости от достигнутого патоморфоза в исследовании NIAGARA (ASCO — 2025)

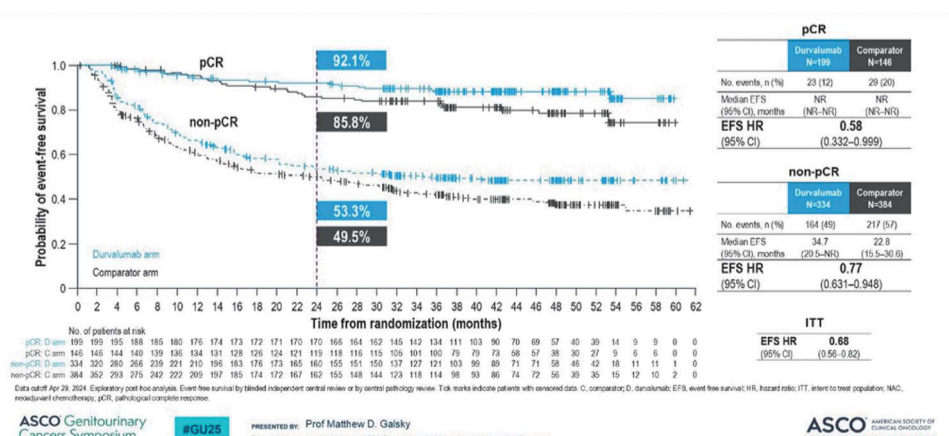


Рисунок 2. Бессобытийная выживаемость в зависимости от достигнутого патоморфоза в исследовании NIAGARA (ASCO — 2025)

### Удачная комбинация

Когда в 2023 году на ESMO впервые заговорили о комбинации энфортумаба ведотина (EV) и пембролизумаба (P) при метастатическом РМП, многие онкологи отнеслись к этой информации с осторожным оптимизмом. Сейчас, спустя почти два с половиной года наблюдений, можно утверждать, что это не очередной экспериментальный режим, а новый стандарт лечения. Последние данные исследования EV-302 обнадеживают:

- 12 % пациентов продолжают получать терапию спустя 29 месяцев — весома цифра для этого заболевания;
- каждый третий больной достигает полного ответа;
- среди пациентов с полным ответом 95,4 % остаются живы через два года. Особенно радует, что комбинация сохраняет эффективность при разных локализациях:
- 28,6 % полных ответов получены при опухолях верхних мочевых путей;
- 31 % — при поражении нижних отделов;
- 50 % (!) — у пациентов с метастазами в лимфоузлах.

Дополнительно проведен эксплораторный анализ данных пациентов, ответивших на терапию EV + P. Как известно, достижение полного клинического ответа часто критикуется как суррогат общей выживаемости, которому придается слишком большое значение. Анализ EV-302 показывает, что комбинированная терапия EV + P удваивает частоту достижения клинического полного ответа (сCR), повышая ее с 14,5 % до 30,4 %. Более того, наличие полного ответа коррелирует со значительным увеличением ОВ (ОШ 0,37; 95 % ДИ 0,17–0,80), а на двухлетней отметке живы 95,4 % таких пациентов.

Также анализировалось влияние снижения дозы препаратов на исходы. Скорректированный регрессионный анализ продемонстрировал статистически значимое улучшение показателей выживаемости без прогрессирования (ВБП) заболевания и ОВ пациентов, получавших уменьшенную дозу EV. В частности, снижение дозы ассоциировалось с уменьшением риска прогрессирования (HR 0,48;  $p = 0,019$ ) и смерти (HR 0,53;  $p = 0,038$ ). Интересно отметить, что результаты оказались даже лучше по сравнению с таковыми при использовании полной дозы.

Таким образом, комбинация EV + P продолжает закрепляться как новый стандарт первой линии терапии у этого контингента пациентов. В реальной практике начали появляться работы по оценке токсичности терапии и ее влияния на выживаемость пациентов. Так, исследование КП продемонстрировало частоту кожных реакций любой степени у 60 %, нейропатии — у 47 %, офтальмологических нарушений — у 28 %, гипергликемии — у 14 %, пневмонита — у 2 % участников. Лечение было прекращено из-за токсичности примерно у 20 % пациентов с нейропатией и у меньшего числа — при кожных или офтальмологических реакциях. Гипергликемия и пневмонит не приводили к отмене терапии. У пациентов, наблюдавшихся  $\geq 3$  месяцев, наличие кожных реакций было связано со статистически значимым улучшением ОВ (HR около 0,40), что говорит о необходимости мониторинга и коррекции дозы препаратов, особенно у пожилых и ослабленных больных.

Также актуален вопрос о дальнейшем лечении после прогрессирования на этой комбинации: изучена эффективность цитотоксической терапии у 62 пациентов после прогрессирования на комбинации

EV + P в реальной практике. В целом около половины из них отвечали на лечение (~50 %), причем полные ответы были редки — менее 6 %. Не выявлено существенных различий между режимами цисплатина и карбоплатина по ответам или выживаемости; медиана ВБП составила около 4,6 мес. В целом результаты подтверждают роль EV + P как перспективного варианта терапии первой линии для таких пациентов.

### С точки зрения ИИ

Мы не смогли пройти мимо анализа искусственным интеллектом (ИИ) основных исследований, представленных на ASCO — 2025. Киберсистема по-своему оценивает основные направления лечения МИРМП.

#### Прогресс в терапии данного ЗНО

- ХИТ с дурвалумабом: исследование NIAGARA показывает значительное улучшение бессобытийной выживаемости (БСВ) и патоморфологического полного ответа (pCR) при использовании дурвалумаба в сочетании с ХТ. Это свидетельствует о том, что иммунотерапия может значительно улучшить результаты лечения МИРМП.
- Таргетная терапия HER2-позитивного РМП: комбинация диситамаба ведотина и торипалимаба демонстрирует высокий уровень полного патоморфологического ответа (63,6 %) у пациентов с HER2-позитивным РМП, что открывает новые перспективы для лечения больных с этим агрессивным ЗНО.
- Комбинация энфортумаба ведотина и пембролизумаба: исследование EV-302 подтверждает, что комбинация EV + P является новым стандартом первой линии терапии метастатического РМП, демонстрирующим высокую частоту полных ответов и значительное увеличение общей выживаемости.

#### Важность патоморфологического полного ответа (pCR)

- Достижение pCR напрямую связано с улучшением долгосрочных результатов у пациентов с МИРМП. Анализ исследования NIAGARA показывает, что у больных с pCR медиана времени до рецидива не достигнута.
- В исследовании EV-302 наличие полного ответа коррелирует со значительным увеличением ОВ: на двухлетней отметке живы 95,4 % таких пациентов.

#### Индивидуализация лечения и факторы прогноза

- Анализ EV-302 показывает, что снижение дозы препаратов EV + P может улучшить исходы лечения, что свидетельствует о важности мониторинга и коррекции дозы, особенно у пожилых пациентов.
- Эффективность EV + P сохраняется при различных локализациях опухоли, что позволяет адаптировать лечение к конкретным потребностям пациента.
- Наличие кожных реакций на терапию EV + P связано со статистически значимым улучшением ОВ, что говорит о необходимости мониторинга побочных эффектов.

#### Потенциал для дальнейших исследований и оптимизации лечения

- Необходимы дальнейшие исследования для определения оптимальной роли иммунотерапии на предоперационном этапе (например, только для пациентов без pCR).
- Следует изучить механизмы устойчивости к терапии и разработать новые стратегии для пациентов с прогрессированием после лечения EV + P.
- Требуются более масштабные исследования для подтверждения эффективности и безопасности новых комбинаций,

таких как диситазамаб ведотин и торипалимаб.

#### Для решения проблемы РМП искусственный интеллект может быть использован:

- при анализе больших массивов данных, полученных в клинических исследованиях, для выявления факторов, влияющих на прогноз заболевания, и предсказания ответа на терапию;
- в разработке новых препаратов и их комбинаций, а также в оптимизации режимов дозирования для минимизации токсичности и повышения эффективности;
- для мониторинга состояния пациентов и раннего выявления признаков прогрессирования заболевания, что позволит своевременно корректировать лечение и улучшать его результаты.

Задав ИИ вопросы о том, как будут выглядеть через 10 лет диагностика и лечение МИРМП, мы усреднили и систематизировали ответы:

- Генетическое и молекулярное профилирование опухолей станет стандартом. Лечение будет подбираться индивидуально, на основе мутаций, экспрессии белков, характеристик микроРНК и других биомаркеров конкретной опухоли. Это повысит эффективность терапии и снизит побочные эффекты.
- Сейчас уже используются ингибиторы контрольных точек (например, анти-PD-1, анти-PD-L1). В будущем появятся более специфические иммунопрепараты, вакцины против опухолей, варианты Т-клеточной терапии (например, CAR-T), адаптированные для солидных опухолей, включая РМП.
- Технологии CRISPR и другие методы будут применяться для коррекции мутаций

в клетках мочевого пузыря или усиления иммунного ответа против опухоли.

- Наночастицы будут точно доставлять химиопрепараты или генные агенты непосредственно в опухолевые клетки, минимизируя воздействие на здоровые ткани.
- Вместо цистоскопии и инвазивных биопсий будут использоваться анализы крови и мочи для выявления циркулирующей ДНК опухоли и мониторинга ответа на лечение.
- Расширятся возможности по избежанию радикальной цистэктомии — например, за счет комбинации локальной терапии, иммунотерапии и высокоточной радиотерапии.
- ИИ будет активно использоваться для диагностики, прогнозирования течения заболевания, подбора схем лечения и мониторинга эффективности.

На первый взгляд кажется, что ответы ИИ достаточно обтекаемы и не внесут большого вклада в борьбу с РМП. Однако кибераналитика позволяет выиграть время, чтобы уделить больше внимания пациенту, учитывая, какой объем информации, данных исследований по контролю всех рисков и методов лечения будет стратифицирован за какие-то двадцать лет.

Несмотря на сложные эпидемиологические прогнозы, оптимизм в отношении эффективности будущего лечения РМП вполне обоснован. Прогресс в иммунологии и молекулярной биологии, а также активное внедрение персонализированных подходов к терапии позволяют надеяться на существенное улучшение результатов лечения РМП и уменьшение риска инвалидизации пациентов, которым показана радикальная цистэктомия. <sup>1</sup>

# АФАЛАЗА®

## НЕ ДАЙ ПОПАСТЬСЯ НА КРЮЧОК ВРЕМЕННЫХ РЕШЕНИЙ!

Комбинация<sup>4</sup> препарата Афалаза® с  $\alpha$ -адреноблокаторами – это патогенетический подход к лечению ДГПЖ и дизурических расстройств<sup>3</sup>



100 таблеток



• снижение воспаления



• входит в КР<sup>2</sup>



• контроль симптомов



• снижение риска прогрессии



• улучшение эректильной функции



• уменьшение объема ПЖ

для специалистов здравоохранения

1. Pushkar D, et al. Cent European J Urol. 2018; 7(1): 427–435. doi: 10.5173/cej.2018.1803

2. Клинические рекомендации. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

3. ОХЛП препарат Афалаза®. Регистрационный номер ЛП-№(000021)-РГ-РУ

4. Калинин С.Н. и др. Диагностика и лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Актуальные вопросы урологии: Сборник научных работ, посвященных 100-летию со дня основания Санкт-Петербургского общества урологов имени С.П.Федорова. – СПб.: Изд-во СПбГМУ. – 2007. – С.125-130



# Аденопросин облегчает жизнь мужчин

Хронический простатит (ХП) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одни из наиболее распространенных урологических заболеваний у мужчин среднего и пожилого возраста. Сопровождаясь симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП), хронической тазовой болью, нарушением мочеиспускания и эректильной функции, ХП и ДГПЖ доставляют пациентам много неприятных минут, существенно снижая качество их жизни. Поговорим о новых, альтернативных методах лечения этих двух заболеваний, стандартная терапия которых далеко не всегда бывает эффективной.



Александр Николаевич БЕРНИКОВ

К.м.н., доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Симптомы ХП обнаруживаются у 10–15 % мужчин трудоспособного возраста, а признаки ДГПЖ — более чем у 40 % тех, кто старше 50 лет. Это множество больных, которым предстоит долгий путь к восстановлению, ведь для ХП и ДГПЖ характерны длительное течение и склонность к рецидивам. В патогенезе ХП важную роль

играют хроническое воспаление, нарушение микроциркуляции, ишемия тканей и застой секрета предстательной железы (ПЖ). К ключевым механизмам развития ДГПЖ относятся пролиферация стромальных и эпителиальных клеток, повышение тонуса гладкой мускулатуры простаты и ишемические изменения ее ткани [1]. Общность патогенетических механизмов требует комплексного терапевтического воздействия при ХП и ДГПЖ.

## Вопрос неэффективности

Несмотря на использование врачами стандартной терапии (антибиотики, альфа-адреноблокаторы и противовоспалительные препараты), значительная часть пациентов с ХП и ДГПЖ не достигает стойкого клинического эффекта [1]. Это связано с многофакторным патогенезом данных заболеваний, включающим воспаление, оксидативный стресс, нарушение микроциркуляции, веноз-

динамику, а противовоспалительные препараты — выраженность воспалительной реакции. Однако при этом сохраняются нарушение микроциркуляции, венозный застой, лимфостаз и фиброзные изменения ткани ПЖ, что приводит к хронизации процесса и рецидиву симптомов после окончания лечения [2]. Кроме того, длительное применение антибактериальных препаратов не всегда оправданно и может сопровождаться развитием побочных эффектов и антибиотикорезистентности.

## Альтернативные методы

Современные альтернативные методы лечения ХП и ДГПЖ предполагают использование препаратов с органотроп-

Аденопросин® способствует уменьшению симптомов ХП и ДГПЖ, улучшению качества жизни пациентов, снижению риска рецидивов и повышению эффективности стандартной терапии

ный застой, лимфостаз и гиперпластические процессы [2]. По этой причине на повестку дня выходит применение препаратов с мультимодальным механизмом действия, способных воздействовать на несколько звеньев патогенеза одновременно.

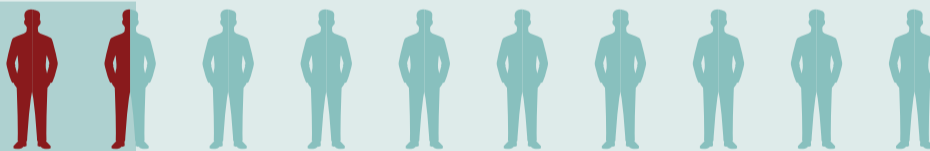
Стандартная терапия ХП и ДГПЖ направлена главным образом на устранение отдельных симптомов. Антибактериальная терапия эффективна только при бактериальном воспалении, альфа-адреноблокаторы уменьшают динамическую обструкцию и улучшают уро-

ным и мультимодальным механизмом действия. Они уменьшают воспаление, улучшают микроциркуляцию, снижают оксидативный стресс и подавляют пролиферацию ткани ПЖ. Это биорегуляторные и ферментные препараты, антиоксиданты, а также средства энтомологического происхождения. С их помощью можно воздействовать на основные патогенетические механизмы хронического воспаления и гиперплазии ПЖ, повышая эффективность стандартной терапии и снижая риск рецидивов заболевания [3].

## Проблема по статистике

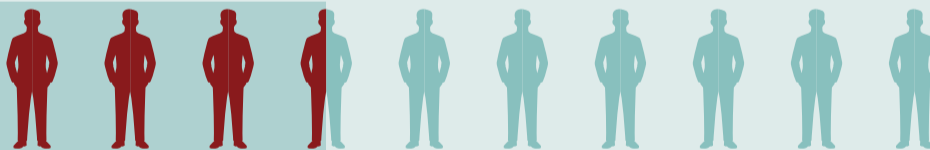
10–15%

мужчин трудоспособного возраста имеют симптомы хронического простатита (ХП)



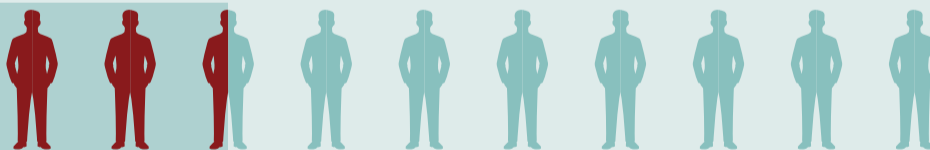
У 35%

мужчин на приеме у уролога обнаруживается ХП



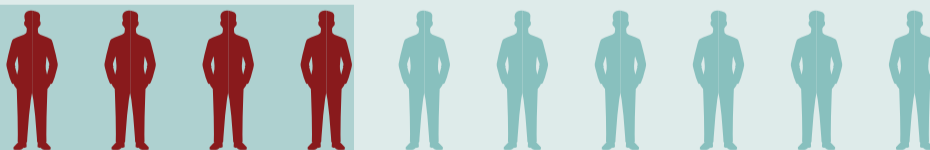
~25%

мужчин от 20 до 35 лет страдают простатитом — в последние годы наблюдается тенденция к его омоложению



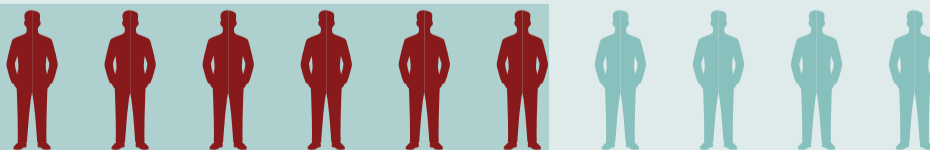
40%

мужчин старше 50 лет имеют признаки доброкачественной гиперплазии простаты



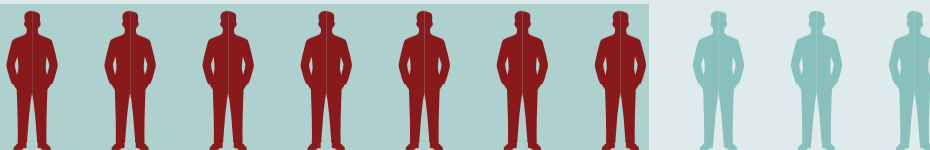
50–60%

мужчин приобретают ДГПЖ к 60 годам



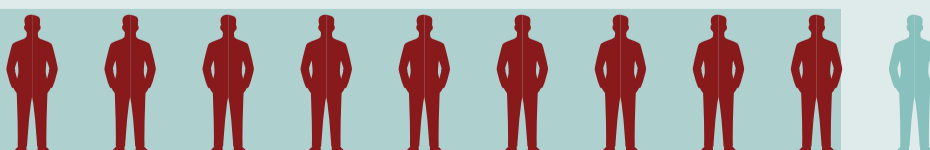
~70%

мужчин 70 лет, обратившихся к урологу с жалобами на затрудненное мочеиспускание, выходят от него с диагнозом ДГПЖ

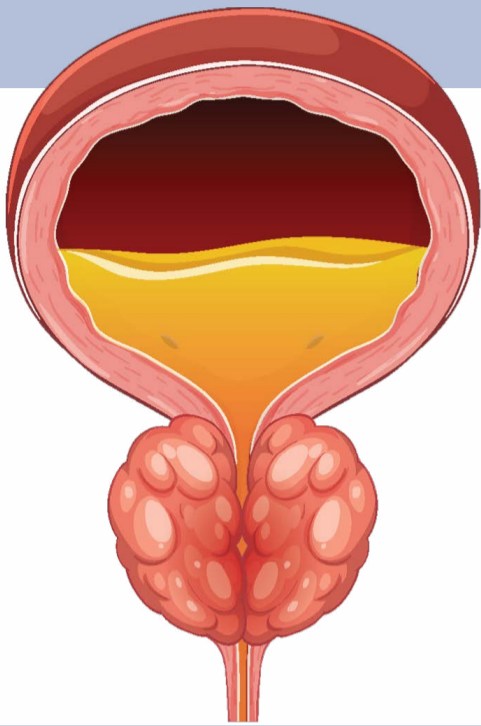


80–90%

мужской популяции к 80 годам имеют ДГПЖ в анамнезе



## Признаки неблагополучия



### Симптомы хронического простатита

- ▶ Боль при мочеиспускании
- ▶ Учащенные позывы к нему
- ▶ Боль внизу живота и в области половых органов
- ▶ Эректильная дисфункция
- ▶ Проблемы с эякуляцией и качеством спермы

### Симптомы доброкачественной гиперплазии простаты

- ▶ Слабый напор струи мочи
- ▶ Частые позывы к мочеиспусканию, особенно ночью (ноктурия): необходимость вставать в туалет два раза за ночь и чаще
- ▶ Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
- ▶ Необходимость напрягать мышцы живота для начала мочеиспускания

С учетом многофакторного патогенеза хронического простатита и доброкачественной гиперплазии простаты наиболее эффективен комбинированный подход к лечению этих двух заболеваний

Аденопросин® представляет собой биологически активный препарат с противовоспалительным, антиоксидантным и антипролиферативным действием. Противовоспалительный эффект проявляется снижением уровня лейкоцитов в секрете простаты, уменьшением воспалительной инфильтрации и отека ее ткани. Антиоксидантное действие связано с ингибированием процессов перекисного окисления липидов и уменьшением оксидативного стресса, который играет важную роль в патогенезе хронического воспаления и гиперплазии ПЖ. Антипролиферативное действие направлено на замедление гиперплазии ткани простаты и снижение активности пролиферативных процессов.

Препарат также активизирует микроциркуляцию и лимфодренаж в органах малого таза, способствуя уменьшению застойных явлений, улучшению трофики ткани ПЖ и восстановлению ее функционального состояния. Регуляция тонуса нижних мочевыводящих путей способствует нормализации уродинамики, уменьшению выраженности дизурии и улучшению качества жизни пациентов [4–6].

### Клиническая эффективность

В клинических исследованиях показано, что включение Аденопросина в состав комплексной терапии при ХП и ДГПЖ приводит к следующим результатам [1, 5, 6]:

- более выраженному улучшению симптомов по сравнению со стандартной терапией по шкалам IPSS и NIH-CPSI;
- увеличению максимальной скорости мочеиспускания (Qmax);
- уменьшению объема ПЖ и количества остаточной мочи;
- облегчению болевого синдрома;
- снижению частоты ночного мочеиспускания;
- улучшению показателей качества жизни пациентов.

В ряде исследований применение препарата способствовало снижению количе-

ства лейкоцитов в секрете ПЖ, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном эффекте. Активизация микроциркуляции и уменьшение отека ткани простаты приводят к снижению инфравезикальной обструкции и улучшению уродинамических показателей. Важен и эффект последствий, при котором клинический эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после окончания курса терапии.

### Главные преимущества

К ключевым преимуществам препарата Аденопросин® относятся:

- выраженное противовоспалительное действие;
- антиоксидантная и антипролиферативная активность;
- улучшение микроциркуляции и лимфодренажа;
- нормализация тонуса нижних мочевыводящих путей;
- возможность применения в составе комбинированной терапии.

Благоприятный профиль безопасности позволяет применять Аденопросин® длительными курсами, комбинируя его с антибактериальными препаратами, альфа-адреноблокаторами, нестероидными противовоспалительными средствами и фитотерапией. Комбинированная терапия дает возможность воздействовать на различные звенья патогенеза ХП и ДГПЖ (что немаловажно с учетом многофакторного патогенеза обоих заболеваний) и повышает эффективность лечения.

Включение препарата Аденопросин® в схему терапии позволяет усилить противовоспалительный эффект, улучшить микроциркуляцию и уменьшить выраженность гиперпластических процессов. Это приводит к скорейшему уменьшению симптомов, улучшению мочеиспускания и повышению качества жизни пациентов. Препарат может применяться у мужчин с ХП, ДГПЖ, а также при сочетании этих заболеваний.

Диагнозы ХП и ДГПЖ требуют комплексного и индивидуализированного подхода к лечению пациентов. Применение препаратов с мультимодальным механизмом действия относится к перспективным направлениям современной урологии, за которыми будущее нашей специальности. Благодаря противовоспалительному, антиоксидантному и антипролиферативному действию, способности улучшать микроциркуляцию и нормализовывать уродинамику Аденопросин® может рассматриваться как важный компонент

комплексной терапии ХП и ДГПЖ. Применение препарата способствует уменьшению симптомов, улучшению качества жизни пациентов, снижению риска рецидивов и повышению эффективности стандартной терапии.

Список литературы по QR-коду



# АДЕНОПРОСИН®

ОБЛЕГЧАЕТ ЖИЗНЬ МУЖЧИН

Снижает симптомы хронического простатита

Уменьшает симптомы нарушения мочеиспускания у пациентов с ХП и ДГПЖ

Улучшает уродинамические показатели

### Курс лечения

1-3 месяца при необходимости можно повторить

По 1 суппозиторию 1 раз в день

**БИОТЕХНОС** Телефон горячей линии: 8 800 333 24 71

Ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата на сайте [grfs.rosminzdrav.ru](http://grfs.rosminzdrav.ru). Информация для работников здравоохранения. Материал не предназначен для распространения пациентам.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Аденопросин® РУ: ЛП-№(011764) (РФ-РЦ) от 19.09.2025г. 2. Морозов А.Д., Тимофеева Е.Ю., Суворов А.Ю., Алленов С.Н., Спивак Л.Г. Эффективность и безопасность препарата Аденопросин® у пациентов с заболеваниями предстательной железы. Систематический обзор и мета-анализ. Урология. 2023;5:107-112.

Реклама

## Терапия психогенной эректильной дисфункции: ОПЫТ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

← Окончание, начало на с. 12

Если ПЭД вызвало острое психотравмирующее событие, травма неглубокая и я успеваю быстро начать сеансы после того, как пациент ее получил, бывает достаточно 5–8 занятий. Но если это застарелое и тяжелое расстройство, мужчина долго не идет на контакт и необходима также коррекция межличностных отношений, то мы можем заниматься и до двух лет.

— В медицинских СМИ пишут, что ПЭД — это сложное, трудноизлечимое заболевание, поэтому даже опытному психологу не удается помочь всем...

— Да, это так, но подобные случаи в моей практике достаточно редки. Сегодня мы представляем, о каком типе пациента здесь идет речь. Это мужчины, которые стремятся получить от ЭД так называемую вторичную выгоду. Они лечатся только формально, для виду, чтобы в конце концов обвинить в неудаче врачей. На самом же деле такой мужчина вовсе не стремится избавиться от болезни, потому что прячется за нее, оправдывая ею свои жизненные неудачи, причем не только в половых и межличностных отношениях. Преодолеть такое сопротивление лечению иногда бывает невозможно.

— Обращаются ли к вам пациенты с другими урологическими заболеваниями кроме ПЭД?

— Самый частый после ПЭД урологический больной на моем приеме — пациент с метастатическим раком простаты. Эта проблематика тоже относится к зоне ответственности медицинского психолога, который помогает в адаптации к болезни, принятии решения о начале лечения, а потом и в процессе реабилитации.

Причем здесь я работаю не только с канцерофобией, но и со страхом лишиться после хирургической операции сексуальных функций. Особую трудность представляют больные, которые боятся потерять свою сексуальность больше, нежели жизнь, и потому соглашаются только на лекарственное лечение, но не на операцию. В таких случаях мне очень важно пригласить на наши сеансы родственников пациента, прежде всего его супругу. С ее помощью быстрее удается убедить мужчину в необходимости операции.

— Вы заведуете кафедрой педагогики и медицинской психологии Сеченовского университета. Если выпускник вашей кафедры решит специализиро-

ваться в лечении ПЭД, будет ему нужна дополнительная подготовка и сертификация или он сможет сразу приступить к работе?

— Формально никакой подготовки не требуется. Но мы рекомендуем такому выпускнику, особенно на первом этапе его работы, не пожалеть времени и сил и повысить свою квалификацию не только в психотерапии сексуальной сферы, но и в области органических заболеваний мочеполовой системы. Также мы предоставляем этому молодому специалисту возможность начать работать под наблюдением наставника.

Сегодня на наших выпускников большой спрос и в крупных больницах, где могут действовать целые отделения медицинской психологии (как, например, в Московском многопрофильном научно-клиническом центре им. С.П. Боткина), и в некоторых поликлиниках, где сегодня также ведут прием мои коллеги.

Из года в год мне очень приятно узнавать, что большинство наших выпускников остались работать в государственных учреждениях. Обычно через 2–3 года они начинают совмещать такую практику с работой в коммерческих клиниках, но из государственной медицины не уходят. Ведь она дает отличную возможность повысить квалификацию, заниматься наукой, быть включенным в профессиональное медицинское сообщество.

— Кафедра педагогики и медицинской психологии располагается в уютном особняке на улице Достоевского в цен-

тре Москвы. В этом здании 11 ноября 1821 года и родился Федор Михайлович. Думается, он был не только писатель, но и замечательный психолог. В вашей практике его опыт тоже полезен?

— Мы с коллегами гордимся тем, что трудимся в этом историческом здании! И хотя Достоевский — прежде всего великий писатель, я считаю его также одним из родоначальников отечественной школы психологии. Точнее, психологии русской души, которую отличают глубокая рефлексия, проработка внутренних мотивов, широта мировосприятия, нравственный максимализм, общительность и гостеприимство. И все это нашло отражение в его произведениях.

Вспомним, как поразительно точно описана в романе «Преступление и наказание» суть деструктивного нарциссизма на примере Родиона Раскольникова, который ощущает себя одновременно «тварью дрожащей» и сверхчеловеком. Чтобы компенсировать собственную несостоятельность, он готов проверить свои силы и пойти на преступление. А сколько замечательных описаний и психологических анализов нарушений межполового поведения со стороны мужчин и женщин мы находим в произведениях Федора Михайловича! С позиции науки XXI века нам понятно, что такие нарушения чреваты в том числе и развитием ПЭД. Вот почему, разбирая реальные клинические случаи, мы нередко обращаемся к образам героев Достоевского. ☺

Александр Рылов, к. м. н.

## ФЛАГМАН УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

### Московский урологический центр в ММНКЦ имени С.П. Боткина: итоги первых лет работы

← Окончание, начало на с. 4

В 2015 году по инициативе ДЗМ на базе Боткинской больницы был создан учебно-аккредитационный центр (УЧЦ), решающий множество задач. Это переподготовка и повышение квалификации специалистов практического здравоохранения, разработка образовательных программ, проведение аккредитации и оценочных процедур для врачей и кандидатов на вакансии в лечебные учреждения Москвы. Сразу же в рамках УЧЦ заработал медицинский симуляционный центр (МСЦ), где занимаются наши курсанты и ординаторы. Симуляционное обучение врачей применяется в мире уже много десятилетий, но особенности МСЦ делают его уникальным в России, помогая решать сложнейшие задачи обучения наших урологов.

Симуляционное оборудование имеет несколько уровней реалистичности, и каждый из них представлен в МСЦ, а именно:

- муляжи отдельных органов, например мочевого пузыря, жесткие или имитирующие сопротивление в ответ на приложенные усилия;
- манекены человеческого тела, дополненные электронными контроллерами, кото-

рые обеспечивают простейшую обратную связь в ответ на типовые действия;

- манекены со сложными компьютерными программами, предполагающими широкий спектр ответных реакций;
- роботы-симуляторы пациента высшего класса реалистичности и виртуальные тренажеры-симуляторы с обратной тактильной связью с высокопроизводительными цифровыми технологиями в основе. Математическая модель физиологии человека позволяет роботу-симулятору давать автоматический индивидуальный ответ на действия обучающихся. Такие роботизированные симуляторы помогают обучать уролога, например, выполнению лапароскопических операций.

Однако самое важное и ценное в обучении — это усвоение врачами неповторимого духа и атмосферы МУЦ с профессиональными и моральными ценностями, заложенными нашими учителями Готлибом, Каном, Фрумкинским и другими выдающимися урологами. Мы делаем все возможное, чтобы донести до обучающихся у нас врачей этот дух и по-

грузить их в эту атмосферу. В противном случае полученные знания приведут лишь к номинальному повышению квалификации, но не дадут качественного сдвига в становлении настоящего уролога.

— Сотрудники МУЦ активно занимаются научной работой...

— Ее фронт обширен — это научные проекты молодых ученых с грантовой поддержкой, фундаментальные научно-исследовательские и диссертационные работы, а также локальные исследования в прикладной урологии и реконструктивной хирургии. Совершенствуются подходы к консервативному лечению, разрабатываются новые приборы. Так, например, в 2023 году мы получили патент на изобретение, которое может быть использовано для робот-ассистированной биопсии простаты с предварительным ультразвуковым сканированием у пациентов с подозрением на РПЖ. Ультразвуковое изображение получают при помощи трансректального ультразвукового датчика, закрепленного на роботическом манипуляторе. Обработка изображений производится с помощью программного обеспечения этого же манипулятора. По результатам осмотра тканей простаты программа способна выделить патологически измененные участки объемом 0,5 см<sup>3</sup> и более, подвести к ним в полуавтоматическом режиме биопсийную иглу и произвести забор биоптата. Мы предложи-

ли идею и создали прототип, эффективность которого была подтверждена в исследовании с участием группы пациентов. Конечно, это только начало, до серийного производства устройства и внедрения в практику предстоит немалый путь. Сейчас исследования продолжаются уже в рамках кандидатской диссертационной работы.

В 2024 году ГКБ им. С.П. Боткина сменила юридический статус и стала называться Московским многопрофильным научно-клиническим центром (ММНКЦ) им. С.П. Боткина, что отражает и существенное изменение в работе нашего учреждения. В различных клинических подразделениях ММНКЦ создается все больше научных разработок, которые здесь же, без апробаций в сторонних организациях и какой-либо бюрократической волокиты, проходят все испытания и внедряются в практику. Руководитель МУЦ академик Д.Ю. Пушкарь ставит перед нами задачи по созданию готовых высокотехнологичных продуктов. Что касается перспектив развития нашего центра, убежден, что МУЦ останется ведущей организацией российской урологической службы, где самые современные медицинские технологии не только применяются на месте, но и разрабатывают методики их внедрения в практику в масштабах страны, чтобы коллеги из всех регионов России могли успешнее лечить своих пациентов. ☺

Вадим Кириллов, к. м. н.

#### Урология сегодня № 1 (83) 2026

**УЧРЕДИТЕЛЬ**  
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»  
Генеральный директор:  
Баходур Шарифович Камолов

**РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА**  
Главный редактор: Дмитрий Юрьевич Пушкарь  
Шеф-редактор: А.Н. Берников  
Выпускающий редактор: И.В. Ковалева  
Руководитель проекта: О.А. Строковская

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**  
К.м.н. Б.Ш. Камолов  
Д.м.н., проф. А.З. Винаров  
Д.м.н. А.В. Говоров  
К.м.н. А.А. Серегин  
К.м.н. Е.Н. Голубцова  
О.А. Плеханова

**ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ:**  
К.Ю. Петренко  
retrenko@abvpress.ru

**ВЕРСТКА**  
Дизайнер-верстальщик:  
С.С. Крашенинникова  
Корректор: И.Г. Бурд

**ПЕЧАТЬ**  
ООО «Типография».  
Юридический адрес: 115088, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный Округ Южнопортовый, ул Шарикоподшипниковская, д. 13, стр. 3  
Заказ № 26-221.  
Общий тираж 5 000 экз.  
**АДРЕС РЕДАКЦИИ**  
115478, Москва, Каширское шоссе, 24, стр. 15.  
Тел. +7 (499) 929-96-19 E-mail: abv@abvpress.ru

**РАСПРОСТРАНЕНИЕ**  
По подписке. Бесплатно.  
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009.  
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.