



**ТЕМА НОМЕРА:**

## РОССИЙСКАЯ УРОЛОГИЯ 2021: ЭЛИТА МЕДИЦИНЫ И ПАССИОНАРНОСТЬ УРОЛОГОВ



## Цистит? Не пугает! ЦИСТАЛИС помогает

«ЦИСТАЛИС» («CYSTALIS») представляет собой натуральный комплекс активных компонентов, которые благоприятно воздействуют на различные механизмы, позволяющие облегчить состояние при цистите и предотвратить его обострение.

Эффективная уникальная комбинация активных веществ против цистита в одном препарате - не имеет аналогов на рынке!

- Олигомерные проантоцианидины
- Арбутин
- D-манноза

**ЦИСТАЛИС - новое слово при цистите!**



[www.shpharma.ru](http://www.shpharma.ru)

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.001615.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



- »» Тема номера:
  - »» Российская урология – 2021:  
элита медицины и пассионарность урологов..... 2
- »» «Лапароскопическая и роботизированная хирургия в урологии» –  
мастер-класс на Кубанской земле..... 26
- »» Психосоматические аспекты синдрома невоспалительной  
хронической тазовой боли и хронического абактериального  
простатита..... 34
- »» Скорость камнеобразования при оксалатном уролитиазе  
зависит от рН и концентрации ионов магния и остеопонтина..... 48
- »» Связь между употреблением каннабиса и функцией яичек  
у мужчин..... 49
- »» Каким образом тяжелые металлы связаны с исходами ЭКО?..... 52
- »» Болезнь Пейрони. Хирургические осложнения..... 53
- »» Болезнь Пейрони связана с уровнем IgG4?..... 58
- »» Повреждение эндотелия, связанное с использованием  
электронных сигарет..... 60
- »» Лечение эректильной дисфункции, коррелирующей  
с тяжестью ИБС..... 62
- »» Скрытая туберкулезная инфекция у пациентов с ЭД..... 63
- »» Влияет ли езда на велосипеде на эректильную функцию?..... 64
- »» «Союз теории и практики» – девиз урологов ФМБА..... 65

## Российская урология – 2021: элита медицины и пассионарность урологов



В.А. Шадркина  
Уролог, научный редактор Uroweb.ru, Москва

*По данным ВЦИОМ главными победами 2021 г., которые назвали россияне, стали: победы российских спортсменов на Олимпийских играх, Паралимпийских играх (7%), борьба с пандемией коронавируса (5%), по 3% назвали победы российских фигуристов и теннисистов, выигрши российских спортсменов и завершение строительства Северного потока — 2.*



Для российских урологов 2021 г. стал очередной возможностью проявить свои профессиональные и личные качества. Адаптировавшись к новым условиям работы и жизни, урологи проявляют чудеса оптимизма и работоспособности, являясь примером для врачей других специальностей.



## Пандемия продолжается

В начале сентября 2021 г. главный внештатный профпатолог Минздрава России, директор НИИ медицины труда им. Н.Ф. Измерова Игорь Бухтияров сообщил, что в России в 2021 г. после заражения COVID-19 на рабочем месте умерли 700 медиков. В неофициальном «Списке памяти», куда вносятся имена умерших медработников, по состоянию на 26 ноября 2021 г. числятся 1459 человек. Профсоюз работников здравоохранения РФ опубликовал актуальную информацию о количестве медиков, заразившихся COVID-19 на рабочем месте и умерших от этого заболевания, а также о сумме выплат их семьям. Из данных, предоставленных профсоюзу Фондом Кастро социального страхования (ФСС) РФ, следует, что за все время пандемии на работе коронавирусной инфекцией заразились 419 тыс. медиков, умерли 1126 человек.

Такая ситуация не может не отражаться на урологической специальности, приведя за последнее время, казалось бы, к некоторому спаду активности в деятельности урологов. Но на самом деле 2021 г. стал периодом адаптации к новой реальности и восстановлению специальности на принципиально новом уровне. Постепенно урологи учатся жить и работать в условиях противоэпидемических ограничений.

## Запомнившиеся мероприятия 2021 г.

Всего в 2021 г., согласно календарю Уровеб, было проведено 258 мероприятий — большинство из них все же состоялось в онлайн-формате, так как это зависело от эпидемиологической ситуации в конкретном регионе и по стране в целом. ■

Яркое незабываемое мероприятие ожидало поклонников хирургического лечения МКБ в марте — камнеборцы организовали «**RIRS в стиле Кунг-ФУ**» и продемонстрировали плюсы и минусы китайского одноразового уретерореноскопа. Как всегда каждый эксперт-камнеборец сделал это в своем стиле, а чат разрывался от вопросов и дискуссий по теме эндоскопического лечения МКБ.



КАМНЕБОРЦЫ  
STONE BOARD

31 марта в 19:00

ВЕБИНАР

# RIRS В СТИЛЕ КУНГ-ФУ

ВЕБИНАР ПРЕДСТАВЛЯЮТ  
МАСТЕРА КУНГ-ФУ «КАМНЕБОРЦЫ»

СПОНСОР:



Фееричным можно назвать состоявшийся **XVII Конгресс «Мужское здоровье»** под руководством академика Армаиса Альбертовича Камалова — первое за год очное мероприятие, объединившее 132 докладчика из 18 регионов РФ, 780



очных участников в зале — и все это под шум теплого майского Черного моря в гостеприимном Краснодарском крае. Только увидевшись лично, урологи почувствовали, как они соскучились друг по другу, живому общению, жарким спорам, вечерним дискуссиям за пределами научных секций. Благодаря мудрости руководства общества «Мужское здоровье» к празднику, правда в дистанционном формате на УроТВ, смогли присоединиться еще 1023 специалиста.

Сентябрьский *XXI Конгресс РОУ* прошел в онлайн-формате, хотя большинство урологов надеялись на его очное проведение. За 3 дня работы Конгресса к онлайн-трансляции, которая проводилась в 8 виртуальных залах, подключились 3332 уникальных слушателей из 78 регионов России и 16 стран. Более 300 российских и иностранных лекторов представили 367 докладов, кроме того, были организованы 3 практических мастер-класса, где эксперты продемонстрировали различные современные техники, применяемые в хирургическом лечении мочекаменной болезни.



**XXI** 23-25  
сентября 2021  
**КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО  
ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

CONGRESS-ROU.RU

Завершился 2021 г. дружеской встречей урологов на Кубанской земле. Профессор Владимир Леонидович Медведев принимал гостей мастер-класса «*Лапароскопическая и роботизированная урология*», которые показали ■



истинное мастерство, граничащее с виртуозностью, при выполнении хирургических вмешательств при злокачественных новообразованиях мочевой системы, мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, реконструктивных вмешательствах на органах МПС. 23 операции, 21 хирургуролог параллельно в 4-х операционных, 235 урологов в зале и 381 участник онлайн на УроТВ — это был ни с чем не сравнимый практический

опыт от мэтров лапароскопии и роботических операций.



## Новые урологические интернет-проекты

**Урокоины (UroCoin)** — собственная премиальная единица для активных пользователей УроВеб, инструмент, дающий ряд преимуществ в профессиональной среде, отражающий профессиональную онлайн-активность и Social impact factor урологов. В конце октября 2022 г. будут подведены итоги и выбраны победители — первые 50 человек, возможно, эта цифра будет увеличена.

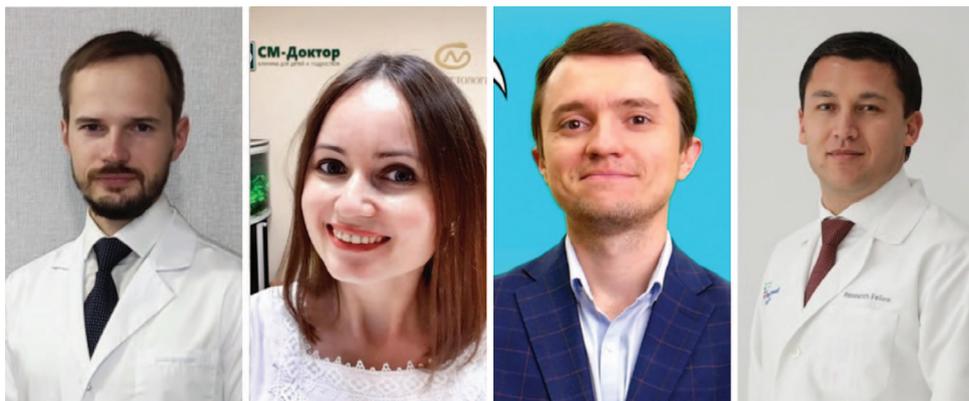


Пожалуй, самым ярким диджитал-проектом в 2021 г. стал **BRIDGE** — международный урологический проект, созданный при поддержке команды Uroweb.ru (Россия), **Russian Urology Today** и **Talkabouturology.com (International)** для объединения всех урологов мира, повышения престижа российской урологии.

Вместе с зарубежными друзьями-урологами проведены 7 круглых столов. Участниками были урологи разных стран — Италии, Индии, Вьетнама, Таиланда, Турции, США, Объединенных Арабских Эмиратов и, конечно, России. Темы каждого выпуска охватывали одну область по урологии, онкоурологии, андрологии, детской урологии, урогинекологии, нейроурологии, роботической урологии. ■

Нужно отметить, что в BRIDGE приняли участие такие ведущие урологи, как основатель эндоурологии Arthur D. Smith MD, главный уролог РФ Д.Ю. Пушкарь, президент Общества урологов Индии Janak Desai.

Команду организаторов BRIDGE представляют урологи России — Александр Майхир (Нижний Новгород, РФ), Анастасия Поликарпова (Москва, РФ), Степан Красняк (Москва, РФ), Виктория Шадеркина (Москва, РФ) и Азимжон Турсункулов (Ташкент, Узбекистан).



*Белые пятна, серые зоны (черные дыры)* — проект о нерешенных вопросах нашей специальности, о тех проблемах, по которым до сих пор не удалось до-

### ПРОЕКТ БЕЛЫЕ ПЯТНА И СЕРЫЕ ЗОНЫ УРОЛОГИИ

Ведущий и модератор  
Шадеркин Игорь Аркадьевич



стичь единого мнения среди профессионального сообщества — цистит: территория вопросов; остается ли простатит «мусорной корзиной» врачебного невежества; эстетическая урология; эректильная дисфункция: все ли ясно? в проекте рассматриваются не только вопросы по заболеваниям, но и вопросы, касающиеся организации специальности в целом — УЗИ в жизни уролога: искусство легких касаний; урология: хирургия против терапии; уролог-блогер: свой среди чужих, чужой среди своих. Более 10 тыс. просмотров и прослушиваний аудиоверсии программы говорят о правильно выбранных темах, которые интересуют урологов.



*Академия РОУ «Инновации и лидеры»* — новый образовательный проект Российского общества урологов, который соберет в онлайн-пространстве признанных специалистов в области урологии и андрологии. Как известно, словом «академия» именовалась философская школа, основанная Платоном в 367 г. до н. э. Академия РОУ сегодня — это проект, направленный на повышение квалификации урологов России в системе непрерывного медицинского образования. С этой целью для участия в проекте вовлечены ведущие специалисты-урологи, являющиеся экспертами в различных областях нашей многогранной специальности. Научная программа составлена с учетом интересов урологов, отдающих предпочтение в своей практической деятельности таким основным направлениям нашей специальности, как онкоурология, лапароскопическая и роботическая хирургия, эндоурология, реконструктивная пластическая урология, андрология и урогинекология.

## Авторские проекты

Постепенно классический академический подход сменяется новым форматом передачи профессиональной информации. У экспертов появляются новые каналы взаимодействия с врачами и новые возможности представления научного и практического опыта своим коллегам. Контент, созданный руками высокопассионарных специалистов не под эгидой академических учреждений, отличается быстротой реагирования, креативной формой, динамикой изложения. Примером такого неординарного формата, неизменно привлекающего внимание ■

урологов, является индивидуальная активность урологов на YouTube и социальных сетях.



**Профессор Котов С.В.** и его ютьюб-канал UROKOTOV — 4500 подписчиков и 120 видео.



**Уролог Станислав Али** и ютьюб-канал Эндоурология — 711 подписчиков.



**Д.м.н. Гаджиев Нариман Казихинурович** и ютьюб-канал Urologyman — 2000 подписчиков и 25 видео.

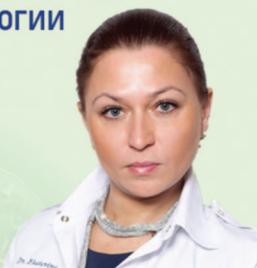


**К.м.н. Греков Евгений Александрович** и ютьюб-канал Евгений Греков 4960 подписчиков и 28 видео.

Немногие из урологов способны уделять время для индивидуальных проектов, особенно рассчитанных на продолжительное время. Нужно регулярно выделять из жизни время для планирования даты, поиска спикеров и обсуждения с ними деталей мероприятия, подготовки уникальных презентаций, поиска нового теоретического материала и представления клинических случаев — и это на всю страну, на все профессиональное сообщество.

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В НЕЙРОУРОЛОГИИ

Авторский проект  
Коршуновой Е.С.



### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В АНДРОЛОГИИ

Авторский проект  
Коршунова М.Н.



Наиболее востребованными в 2021 г. стали авторские проекты *«Клинические случаи в нейроурологии»* Коршуновой Екатерины Сергеевны, к.м.н., доцента кафедры урологии ЦГМА, нейроуролога Научного центра неврологии, Клинического медицинского центра МГМСУ им. А.И. Евдокимова (г. Москва); *«Клинические случаи в андрологии»* Коршунова Максима Николаевича, к.м.н., доцента кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управление делами Президента РФ; *«Мужское бесплодие на основе доказательной медицины»* к.м.н., врач-уролога высшей категории, доцента ■

### МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Авторский проект  
Рогозина Д.С.



кафедры общей хирургии ЮУГМУ Рогозина Дмитрия Сергеевича.

Такие проекты можно назвать педагогическими — это передача бесценного собственного опыта всем урологам страны, обучение клиническому мышлению и теоретическим основам урологии.

## Журналы и статьи

В 2021 г. не зарегистрировано новых регулярных изданий по урологии, а все существующие журналы продолжают публиковать статьи с результатами литературных и аналитических обзоров, собственных уникальных клинических исследований, клинических случаев и экспериментальных данных.

Подборка		УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЖУРНАЛЫ		
Сортировка	по числу цитирований	Порядок	по убыванию	Поиск
Всего журналов в подборке: <b>7</b> . Показано на данной странице: с <b>1</b> по <b>7</b> .				
	Журнал	Выпусков	Статей	Цитир.
<input type="checkbox"/>	<b>1 Урология</b> <i>Бионика Медиа</i>	142	2737	20298
<input type="checkbox"/>	<b>2 Экспериментальная и клиническая урология</b> <i>МегаЛит Медика</i>	48	1053	4364
<input type="checkbox"/>	<b>3 Андрология и генитальная хирургия</b> <i>Профессиональная Ассоциация Андрологов</i>	81	1326	4214
<input type="checkbox"/>	<b>4 Онкоурология</b> <i>Издательский дом "АБВ-пресс"</i>	75	1135	3532
<input type="checkbox"/>	<b>5 Урологические ведомости</b> <i>ООО "Эко-Вектор"</i>	40	733	866
<input type="checkbox"/>	<b>6 Вестник урологии</b> <i>Ростовский государственный медицинский университет</i>	34	333	663
<input type="checkbox"/>	<b>7 Вопросы урологии и андрологии</b> <i>ООО "Издательство "Династия"</i>	25	231	114

Рис. 1. Журналы расположены по общему числу цитирований в убывающем порядке

В настоящее время в урологии имеется 7 журналов, входящих в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

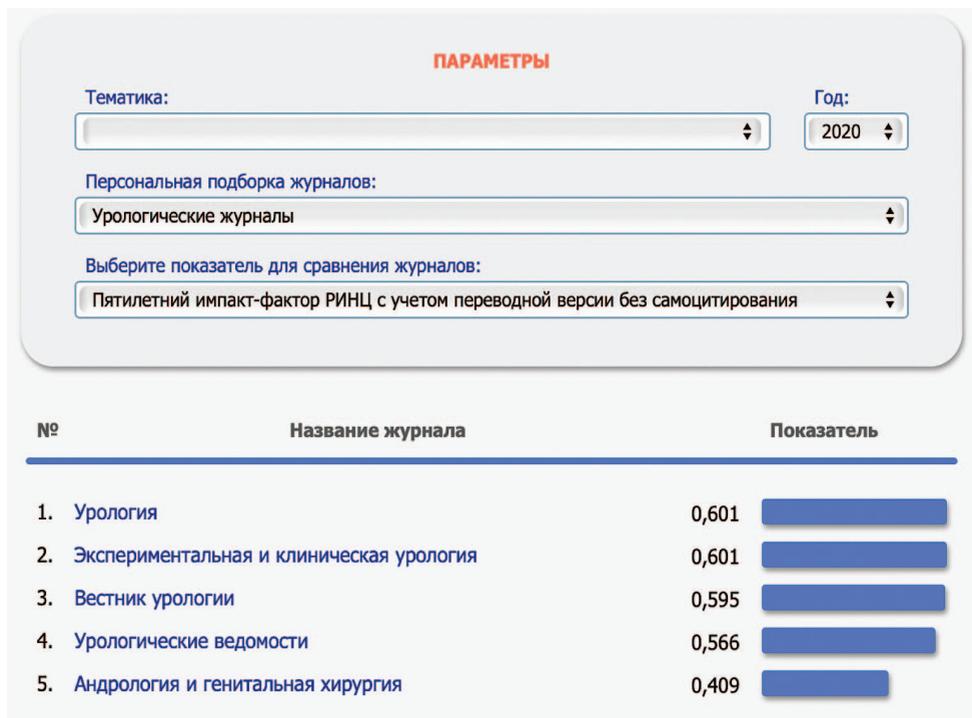


Рис. 2. Журналы по 5-летнему импакт-фактору без самоцитирования

У урологов есть не только ВАКовские журналы, но и другие периодические издания — газеты, которые продолжают в более привычном «бумажном» формате нести научную информацию. Нельзя не согласиться с общемировым трендом — в настоящее время бумажные газеты — это уже «винтаж», большинство изданий давно перешло в онлайн-формат, что, с одной стороны, снизило затраты на их выпуск, а с другой — сделало газеты более доступными для всех людей, пользующихся интернетом. ■

# Урология сегодня

специализированное издание для урологов

www.urotoday.ru  
№ 5-6 (07) 2021  
Издается с 2009 года

Урогенитальные инфекции: лечим по-новому

4

Московская урологическая школа: подводим итоги

9

Кривая обучения энуклеации предстательной железы

10

Клиническая задача

12

## От редактора



**Николай Александрович ГРИГОРЬЕВ**

Доктор, профессор, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Эта модификация позволяет посмотреть в интернете. Но для повторения операции реальному пациенту нужны не только теоретические знания. Научить этому по книге или видеофильму практически невозможно. Это осваивается только путем живого общения с пациентом под контролем наставника, в новых условиях.

В завершение номера 10–15 лет назад появились термин «энуклеация» (иссекание навалею).

## Интервью с экспертом

### Мочеиспускание у мужчин: взять под контроль

*Электрофизиологические методы лечения и диагностики урологических заболеваний, в том числе недержания мочи (НМ), применяются сравнительно нечасто по причине*

→ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ: ПЕРВЫЕ ИТОГИ И БУДУЩИЕ ВЫЗОВЫ

3

→ АБЛЯЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

6

# ВЕСТНИК

2021 г. №4

## РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

### Новая кафедра урологии



Усилилась научная составляющая нашей специальности созданием **еще одной кафедры** урологии на базе Санкт-Петербургского медико-социального института. Заведующим кафедрой стал д.м.н., профессор Старцев Владимир Юрьевич.

Можно пожелать вновь созданной кафедре сплоченного коллектива, творческой целеустремленности и научных открытий!

## Юбилей

В 2021 г. исполнилось 10 лет Первому урологическому телевидению — **Uro.TV!** В 2011 г. никто, кроме создателей проекта, и представить не мог, что через 10 лет не найдется уролога, не знающего и не пользующегося УроТВ. Командная работа сотрудников Уровеб, спикеров — и уже известных, и только начинающих, фармацевтических компаний, поддерживающих начинания, — все это сделало УроТВ незаменимым помощником уролога в профессиональном информировании. За все время существования на УроТВ опубликовано **7893 видео**.



*Профессиональные модераторы УроТВ — к.м.н., андролог Кастрикин Юрий Васильевич и детский уролог Крамарева Ксения Ильинична*

20 лет исполнилось **Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР)**, что было отмечено 18 сентября проведением Юбилейного Конгресса ПААР. В этот день поздравления принимал Щеплев Петр Андреевич, д.м.н., профессор, президент Профессиональной ассоциации андрологов России, главный уролог Московской области. ■

### Награждения

Рады сообщить о присуждении гуру отечественной эндоурологии Алексею Георгиевичу Мартову крупной международной награды Международного общества урологов (Society International Urology, SIU) — Distinguished Career Award.

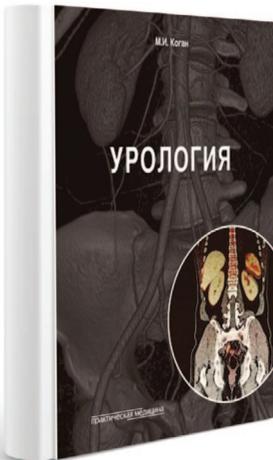
Приз присуждается ежегодно с 2004 г., им награждают выдающихся урологов, каждый из которых — легенда в своей области урологии не только у себя в стране, но и в мире.

Среди всех обладателей почетной награды профессор А.Г. Мартов — первый среди отечественных урологов. Еще раз поздравляем профессора с заслуженной наградой и ждем фотографии из г. Дубай, где состоялось награждение!



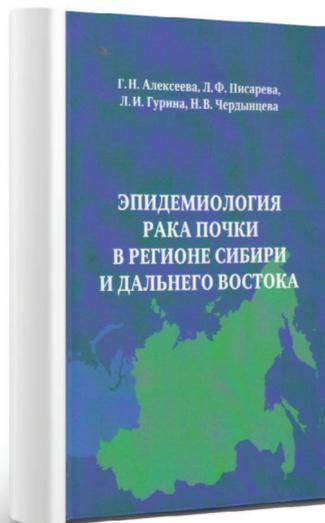


## Урологические книги



В издательстве «Практическая медицина» вышел в свет учебник для студентов медицинских вузов всех факультетов «УРОЛОГИЯ», подготовленный к печати в 2021 г. доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки Российской Федерации, заведующим кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС РостГМУ, президентом Ассоциации урологов Дона Михаилом Иосифовичем Коганом. Особенностью учебника является авторский взгляд ■

на урологические заболевания, около 300 иллюстраций, новая структура представления учебного материала.



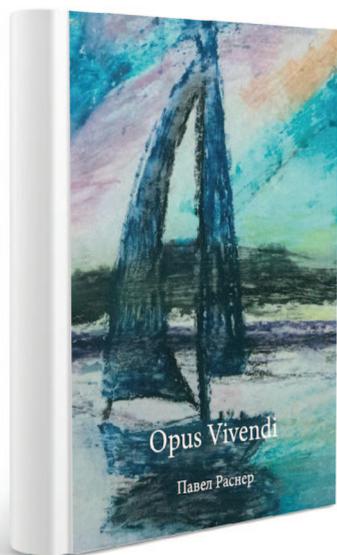
Г.Н. Алексеева, Л.Ф. Писарева, Л.И. Гурина, Н.В. Чердынцева «Эпидемиология рака почки в регионе Сибири и Дальнего Востока». В книге представлены результаты комплексного исследования пространственных и временных закономерностей распространения рака почки на территории Сибири и Дальнего Востока за 15-летний период (2001–2015 гг.), выявлены особенности заболеваемости среди мужского и женского, городского и сельского населения. На модели Приморского края продемонстрированы специфичность заболеваемости, смертности и прогнозы этих процессов на ближайшую перспективу, установлены ассоциации уровня заболеваемости раком почки с биоклиматическими и экологическими зонами Приморского края.

Разработана и валидирована на практике программа по совершенствованию онкологической помощи больным раком почки в Приморском крае на базе оптимизации ранней диагностики, научно обоснованного алгоритма определения тактики и объема хирургического лечения локализованного рака почки и лекарственного лечения распространенного рака почки, анализа качества жизни и выживаемости пациентов, получивших различное лечение.

Д.Н. Щедров, И.С. Шорманов, С.В. Котов, Е.В. Морозов «Заболевания урахуса у детей и взрослых».

В руководстве рассматриваются вопросы патологии, обусловленной нарушениями облитерации урахуса в детском возрасте. Освещены вопросы ее этиологии и патогенеза. Приведены данные о хирургической анатомии соответствующей области. Подробно описаны современные методики диагностики и лечения заболеваний урахуса. Издание рассчитано на оперирующих хирургов и урологов.





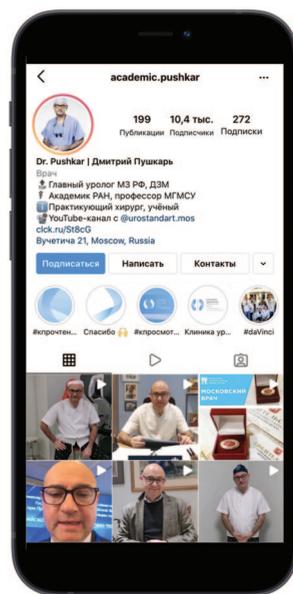
Талантливый человек талантлив во всем: наш коллега Павел Ильич Раснер представил свою художественную книгу под названием «Opus Vivendi». Мы безмерно уважаем Павла Ильича не только как высококлассного специалиста своего дела, но и как безмерно интересного человека, к чьим мыслям и мнению мы с коллегами всегда готовы и рады прислушаться. Надеемся, что вы по достоинству оцените труд Павла Ильича, поэтому призываем вас скачивать книгу и делиться ею с друзьями и коллегами!

Книга представляет собой некий винегрет из правил хорошего поведения, исторических анекдотов, любопытных фактов и вздохов автора о «временах и нравах». Рассчитано на самый широкий круг читателей. Приобрести книгу в электронном виде можно на портале ЛитРес по ссылке: <https://www.litres.ru/pavel-rasner/opus-vivendi/>

## Тенденции в урологии

За 2 года жизни в пандемийных условиях все вынуждены приспособляться и продолжать жить здесь и сейчас. За последний год выкристаллизовались способы коммуникации, которые ранее, до пандемии, вызывали неоднозначные чувства и реакцию неприятия.

Блоггерство — активная позиция в социальных сетях, инстаграме, ТикТоке. Это метод взаимодействия не столько с коллегами урологами, сколько с пациентами с целью привлечения их внимания, с последующей их лидогенерацией на очный прием. Это занимает огромное количество времени, особенно если специалист снимает видео и пишет тексты сам, не прибегая к помощи администраторов инстаграма. Но и обратная связь получается быстрая, живая и активная. ■



Даже главный уролог РФ и Москвы академик Дмитрий Юрьевич Пушкарь открыл свой инстаграм, в котором объединились и врачи, и пациенты.

Однако, учитывая особенности нашей специальности, в любых соцсетях есть ограничения — запрещено демонстрировать полностью или частично обнаженное тело, видео не должно содержать сцены, тяжелые для восприятия, нельзя нарушать авторские права (музыка, фото, видео), передавать персональные данные третьим лицам и т. д. — за это профиль может быть заблокирован на длительный промежуток времени.

Онлайн-формат стал привычным практически для всех, значительно сократив временные и финансовые затраты на проезд, проживание, участие в мероприятиях и т. д. Значительно расширились возможности спикеров, делая возможным одновременное участие в нескольких мероприятиях, зачастую проводимых параллельно. При резком увеличении количества мероприятий докладчики стали отказываться от поездок, предпочитая выступать дистанционно. В пользу очного мероприятия можно привлечь только большим количеством очных участников и интересной социальной программой.



Заседание дискуссионного клуба «Аспект»

Обилие онлайн-событий сказалась и на избирательности урологов в выборе мероприятий для просмотра — редкие вебинары могут похвастать большим числом участников. Невозможно смотреть все подряд, сложно выделить важное, поэтому в будущем урологи будут обращать внимание не только на саму информацию, но и на необычный формат ее представления. ■



*Операция в прямом эфире. Меньщиков Константин Анатольевич. Первичная неосложненная имплантация трехкомпонентного протеза полового члена*

### Элита медицины

Урология, как относительно молодая наука, привлекает специалистов, которые могут и хотят двигаться вперед, обладают неумным нравом, волевым характером и стальными нервами. В сочетании с разносторонними интересами, образованностью и интеллигентностью смешение положительных свойств ее представителей делает *урологию элитной специальностью с высокой степенью пассионарности*.

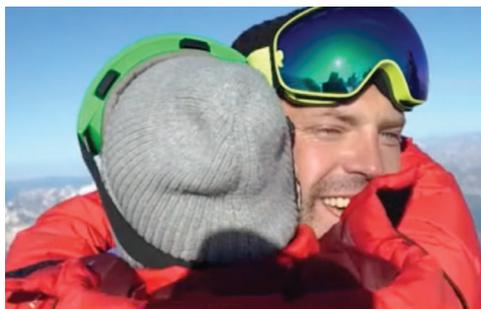
Пассионарность — термин, введенный советским историком Львом Николаевичем Гумилевым (сын поэта Николая Гумилева и поэтессы Анны Ахматовой) в его пассионарной теории этногенеза, означает непреодолимое внутреннее стремление деятельности, стремление к обновлению и развитию.



Лев Николаевич Гумилев. (Поэт Николай Гумилев и поэтесса Анна Ахматова с сыном)

*Пассионарность выше нормы двигает урологов не только на ежедневные подвиги — в операционной, на приеме или на нескольких работах, но и в обычной жизни. Чем еще можно объяснить неумную тягу к деятельности, даже связанную с перенапряжением и опасностью?*

Так, например, 2 группы урологов в мае и июне совершили восхождение на самую знаменитую гору в Европе — Эльбрус, включенную в список высочайших вершин частей света «Семь вершин». Сказать, что это сложно — не сказать ничего. Подготовка снаряжения, физические тренировки, начатые за год до восхождения, поиск единомышленников, сложности и проблемы в пути — обо всем наши коллеги рассказали без утайки в программе «*Здесь вам не равнина или Урологи на Эльбрусе*». ■



Урологи на вершине Эльбруса



*На фото: Королев П.В., Семенов М.К., Котов С.В., Зинухов А.Ф. В восхождении еще участвовали: Сафиуллин Р.И. Глухов В.П., Беджанян С.К.*

Но все тяготы и лишения, которые урологи испытали на себе, не идут ни в какое сравнение с восторгом и слезами радости на вершине Эльбруса!

Испытание они прошли очень достойно, покорив вершину 5642 м. Мы можем гордиться коллегами!

В заключение ежегодного отчета позвольте выразить вам, дорогие друзья и коллеги, благодарность и бесконечное уважение за ваш труд, неравнодушие, терпение и настойчивость, которые проявляются в ваших письмах, комментариях, звонках, сообщениях и личном общении.

Каким будет Новый 2022 г. — решать нам с вами, только мы со своей высокой пассионарностью можем сделать будущий год успешным, продуктивным и радостным. Главное — не останавливаться на достигнутом и продолжать работать, стремиться к покорению новых вершин и всегда ставить высокие цели. Только так наша специальность «урология» будет и дальше оставаться элитной. ■

Для специалистов

# КАМЕНЬ КАМНЮ РОЗНЬ

Согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2020 г.):

- Состав камня является основой для дальнейших диагностических и лечебных решений
- Анализ камня должен быть выполнен при всех случаях мочекаменной болезни
- Необходимо принимать во внимание состав камня перед тем, как принять решение о методе удаления
- Пациенты с МКБ высокого риска нуждаются в специальных мерах профилактики рецидивов, которые обычно представляет собой консервативное лечение, основанное на анализе камня

## ОКСАЛТНЫЕ КАМНИ? **ОКСАЛИТ**



**ОКСАЛИТ** – первое средство с клинически подтвержденным комплексным действием на метаболизм оксалатов при кальций-оксалатной форме мочекаменной болезни: значительно уменьшает уровень оксалатов, снижает скорость роста конкрементов и частоту повторного камнеобразования после оперативного лечения<sup>1</sup>.

- Клинически апробирован
- Снижает уровень содержания оксалатов в 2,4 раза!
- Без побочных эффектов

**УРАЛИКС** – новое натуральное средство, специально созданное для стабильного снижения уровня мочевой кислоты при всех формах нарушений пуринового обмена: уратных формах МКБ и нефропатии, подагре и бессимптомной гиперурикемии.

- Ингибирует фермент ксантиноксидазу
- Новинка 2020 года

## УРАТНЫЕ КАМНИ? **УРАЛИКС**



ОКСАЛИТ свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04.18 от 10.04.2018  
УРАЛИКС свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.R.003359.09.19 от 16.09.2019

<sup>1</sup> М.Ю. Прясенников, Д.А. Мазуренко, О.В. Константинова, И.А. Шадеркин, С.А. Голованов, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко. НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Кафедра урологии и андрологии ФМБЦ им. Буруназяна ФМБА РФ, Институт цифровой медицины ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Результаты оценки влияния растительного препарата с комплексом биологически активных компонентов на биохимические показатели мочи у больных мочекаменной болезнью. Экспериментальная и клиническая урология 2019; (4): 40–46

**SHPHARMA**  
source of healing  
www.shpharma.ru



# «Лапароскопическая и роботизированная хирургия в урологии» — мастер-класс на Кубанской земле



**К.Е. Чернов**

К.м.н., врач уролог-онколог отделения онкоурологии НИИ — ККБ1, ассистент кафедры урологии КубГМУ (г. Краснодар)

*С 9 по 10 декабря в Краснодаре на базе ГБУЗ «НИИ — Краевая клиническая больница им. профессора С.В. Очаповского» прошел очередной масштабный мастер-класс на тему «Лапароскопическая и роботизированная хирургия в урологии». На уникальный образовательный форум собрались 235 врачей-урологов со всей России. С учетом эпидемиологической обстановки 380 специалистов в области урологии смогли присутствовать на мастер-классе в режиме онлайн, благодаря поддержке UroWeb.ru и Uro.Tv.*

**В** течение двух дней за сложнейшие клинические случаи взялись лучшие хирурги-урологи передовых медицинских центров Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Уфы, Краснодара, Ростова-на-Дону, Ставрополя и других городов, выполнив два десятка высокотехнологичных операций. Использовалось самое современное лапароскопическое оборудование и 2 роботизированные системы DaVinci — Si и новейший Xi.

Все оперативные вмешательства прошли в традиционном формате «живой» хирургии. Мастерство специалистов — а оно демонстрировалось в четырех операционных — в режиме реального времени транслировалось на четырех больших экранах конференц-зала с профессиональным модерированием ведущими специалистами в области лапароскопической и роботизированной хирургии в урологии. Благодаря этому, гости мероприятия могли не только наблюдать все профессиональные тонкости детально, но и задавать оперирующим хирургам любые интересующие вопросы прямо во время проведения хирургических вмешательств.

Решение практических вопросов шло параллельно с освоением теоретических основ. Лекции и презентации охватили множество важнейших проблем совре-



менной урологии, а каждый рабочий день завершался конструктивными дискуссиями.

Мероприятие организовано при поддержке Министерства здравоохранения Краснодарского края, Российского общества урологов, Кубанского государственного медицинского университета (КубГМУ), Ассоциации урологов Кубани. В числе председателей конференции — главный уролог МЗ РФ, д.м.н., профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь, заместитель главного врача по урологии НИИ-ККБ № 1, главный уролог и трансплантолог края, заведующий кафедрой урологии КубГМУ, д.м.н., профессор Владимир Леонидович Медведев.

Сопредседатели форума были министр здравоохранения Краснодарского края, д.м.н. Евгений Федорович Филиппов, главный врач НИИ-ККБ № 1, академик Владимир Алексеевич Порханов, ректор ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н. Сергей Николаевич Алексеенко. ■



Первый операционный день открыли хирурги из Санкт-Петербурга — заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская больница № 40», главный уролог Курортного района Санкт-Петербурга, д.м.н. профессор С.А. Ракул и руководитель центра РХ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», д.м.н. профессор М.С. Мосоян — они параллельно выполняли роботассистированные резекции почек больным по поводу сложных опухолей 11 баллов по шкале RENAL, используя обе хирургические установки DaVinci, интраоперационные УЗИ датчики и контрастирование с использованием Индигоциана зеленого (ICG) и системы FireFly, встроенную в консоль роботической системы, позволяющие оценить локализацию опухоли и особенности кровоснабжения почки и опухоли. Хирурги продемонстрировали возможность выполнения органосохраняющего лечения опухолей почек при интрапаренхиматозно расположенных новообразованиях. Обе операции прошли успешно со временем тепловой ишемии до 20 мин без кровопотери. По завершению операций за роботическими консолями их сменили руководитель отдела онкоурологии НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова» д.м.н., профессор Е.В.

Шпоть и руководитель Университетской клиники РНИМУ им. Н.И. Пирогова д.м.н., профессор С.В. Котов. Команда Евгения Валерьевича выполнила достаточно редкую в исполнении ретроперитонеоскопическую резекцию почки с использованием системы DaVinci Xi. Операции этим доступом с использованием традиционной лапароскопии или робота имеют свои преимущества, однако они показаны ограниченному контингенту пациентов при особенностях локализации новообразований. Профессор С.В. Котов продемонстрировал преимущества использования робота при выполнении прецизионной техники операции радикальной простатэктомии по нервосберегающей методике.

В этот же день были осуществлены еще целый ряд лапароскопических и роботассистированных хирургических вмешательств в сложных клинических ситуациях, которые мастерски разрешили команды опытейших урологов: А.Д. Кочкин, А.А. Грицкевич, И.В. Михайлов, Е.Н. Болгов, А.Н. Шевченко, П.В. Трусов, Г.Д. Дмитренко. Специалистами было отмечено, что применение именно робототехники при урологических операциях сложного уровня в сравнении с классической лапароскопией является более предпочтительным при ее наличии в стационаре. ■





Заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «МГМС им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Главный уролог МЗ РФ, академик РАН, д.м.н., профессор Д.Ю. Пушкарь с трансляцией из клиники Москвы открыл второй день мастер-класса, продемонстрировав академичную технику выполнения радикальной простатэктомии с нервосбережением с использованием роботизированной системы DaVinci Xi. Необходимо отметить, что помимо близкой к «идеалу» операции в исполнении Дмитрия Юрьевича, крайне интересными и важными были отмечены его комментарии всех этапов вмешательства. Ректор ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, заведующий кафедрой урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор В.Н. Павлов и его ассистент с использованием роботической системы DaVinci Si выполнили радикальную цистпростатэктомию, расширенную тазовую лимфаденэктомию с интракорпоральным формированием

гетеротопического мочевого резервуара по Брикеру. Применение робототехники, очевидно, предоставляет хирургам возможность проведения операции с минимальной кровопотерей, прецизионной техникой наложения аппаратных и «ручных» анастомозов. Время операции составило около 4 ч при кровопотере всего 50 мл. Необходимо отметить, что в центре Валентина Николаевича, имеющего, пожалуй, самый большой опыт проведения таких операций, подобные вмешательства выполняются практически каждый день.

Определенным «сюрпризом», не входящим в планы мероприятия, было выполнение заместителем главного врача по урологии ГБУЗ «НИИ — Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского», заведующим кафедрой урологии ФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ РФ, главным урологом и трансплантологом МЗ Краснодарского края, профессором Медведевым В.Л. и его командой ■



первой в России гетеротопической трансплантации трупной почки с использованием хирургического комплекса DaVinci Xi реципиенту с ожирением 2 степени. Владимир Леонидович отметил, что при накоплении достаточного опыта работы на роботизированной системе, наложение анастомозов становится более легким по сравнению с лапароскопической техникой, сопоставимой открытой хирургии. С каждым годом это сопровождается все большей частотой выполнения подобных операций в мире при наличии технической возможности. Несмотря на довольно продолжительное время операции (чуть более 5 ч), аудитория воспринимала экран как завораживающий художественный фильм, тем более, как подчеркнул модератор — заведующий кафедрой урологии и нефрологии ФГБОУ ВО ВолГМУ МЗ РФ, главный врач ГБУЗ «ВОУЦ», д.м.н. профессор Д.В. Перлин, сама трансплантация почки является «экстренной» операцией и в рамках мастер-классов «живой» хирургии была выполнена впервые в России.

В рамках мастер-класса мэтр отечественной эндоурологии президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, зав. кафедрой урологии ФУВ ФМБА, д.м.н. профессор А.Г. Мартов подряд выполнил 2 операции дробления конкрементов почек с использованием гибкой уретеропиелоскопии и лазерного оборудования в сочетании с миниперкутанном доступом к чашечно-лоханочной системе почки. Операции прошли по методу stone free. Продолжил серии хирургических вмешательств заведующий урологическим отделением в Многопрофильном медицинском центре Банка России А.Б. Новиков (г. Москва), выполнив лапароскопическую аденомэктомию при объеме железы 120 см<sup>3</sup> за 2 ч. Была продемонстрирована классическая прецизионная техника операции. Несмотря на большие размеры железы, выполнение аденомэктомии с герметичным уретеро-уретероанастомозом при слаженности команды опытных хирургов становится вполне выполнимой операцией.

Прекрасную модерацию, дискуссию проводили: заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного развития человека ФГБОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Леонид Михайлович Рапопорт, руководитель хирургической клиники «Швейцарская университетская клиника», директор АНО «ЦКЭХ», д.м.н., профессор К.В. Пучков и другие преподаватели мастер-класса.

Не менее интересной параллельно с сессией живой хирургии была представлена обширная научная программа. Обсуждались вопросы гемостаза и отдален-

ных результатов органосохраняющего лечения рака почки, проблемы нарушения мочеиспускания у больных, перенесших ТУР, особенности антибактериальной терапии у урологических больных и др.

Мастер-класс по лапароскопической и роботизированной хирургии в урологии в 2021 г. в очередной раз стал уникальным событием для российских урологов. С учетом возможности онлайн-трансляции продемонстрировано, что применение в хирургии и урологии, в частности, всего комплекса передовых технологических разработок опытными специалистами в условиях многопрофильных специализированных стационаров предоставляет возможность оказания высококачественной медицинской помощи больным урологического профиля с оптимальными интра- и послеоперационными результатами. ■



*Материал подготовила В.А. Шадеркина  
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV*

# Психосоматические аспекты синдрома невоспалительной хронической тазовой боли и хронического абактериального простатита



**А.И. Мелехин**

К.п.н., доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, психоаналитик, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт (г. Москва)

*Причина хронического идиопатического простатита часто многофакторна и до конца не известна, лечение оказывается частично эффективным, с повышенными рисками развития рецидива, что требует рассмотрения дополнительных факторов, участвующих в патогенезе данного расстройства.*

**Н**ебактериальный или идиопатический простатит — это распространенное, часто хроническое заболевание с болезненными симптомами, присутствующими без признаков инфекции. Подсчитано, что на приеме врачей-урологов пациенты с идиопатическим простатитом, простатодинией составляют в среднем от 10 до 25%. Пациенты часто страдают от симптомов изменений в мочеиспускании (например, частота, срочность или затруднения при мочеиспускании), жгучей, дергающей, тянущей боли в промежности («как будто внутри спица», «шар»), во внутренней части бедра, надлобковой боли, боли в пояснице, наличие хронической усталости и ощущения безнадежности своего положения [1].

Качество жизни пациентов с хроническим простатитом приравнивается к пациентам с недавним перенесенным инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией или болезнью Крона [1]. Но поскольку причина хронического идиопатического простатита часто многофакторна и до конца не известна, лечение временно оказывается успешным, потом наступают рецидивы. В виду того, что результаты антибактериальной терапии, иммунотерапии хронического идиопатического простатита по сей день далеко не убедительны при данном расстройстве, а применение психофармакотерапии, физиотерапии оказывает временное улучшение, считается, что вклад психологических факторов играет важную роль в развитии хронического идиопатического простатита [2].

Учитывая физиологический аспект, простата имеет автономные концевые пластины, которые можно воспринимать как индикатор дистресса, режима гипербдительности у пациента [3]. Вегетативные сосуды были обнаружены в предстательной железе, в соответствующих местах, что говорит об участии нервной системы и психического функционирования пациента в данном расстройстве. Когда вегетативная нервная система стимулируется стрессом, она реагирует каскадным эффектом, при котором, по-видимому, поражаются все органы, хотя некоторые больше, чем другие, что говорит о органе-мишени специфическом для конкретного пациента. Напомним, что простата — это «второе сердце» для мужчины. Стимуляция простаты как мышечный ответ в режиме гипербдительности приводит к секреции простатической жидкости, сокращению мышц предстательной железы, увеличению висцерального тонуса [3]. Известно, что пациенты с хронической болью в спине, которая часто бывает при идиопатическом простатите, избирательно гиперактивируют мышцы поясницы в ответ на сообщения или воображаемые болезненные и стрессовые жизненные события [4]. Вспомним синдром миозита напряжения, который идентифицируется как психофизиологическое состояние боли в спине, включающее тревогу, защитную гипервентиляцию и застревающую структуру характера.

Из повседневной практики мы видим, что пациенты с простатодинией часто страдают эмоциональными расстройствами, имеют специфический аффективный стиль восприятия событий и у них наблюдается тонус брюшной стенки [5]. Простатодинию рассматривают как соматический ответ, связанный со стрессом [6]. Обнаружено, что пациенты с простатодинией часто встревожены, имеют повышенное давление в уретре и среднее напряжение ЭМГ передней мышцы лица, что говорит о наличии у них болевого, тонического поведения [7]. От 50 до 70% с простатодинией избавлялись от боли и симптомов мочеиспускания при назначении мышечных миорелаксантов (блокаторы альфа-адренорецепторов) [1]. Таким образом, стереотипы мышечной реакции играют важную роль в развитии и поддержании состояний хронической скелетно-мышечной боли, в том числе и простатодинии.

По опросам 40% врачей общей практики и 65% урологов выявляют психосоматический аспект у пациентов с хроническим простатитом, а также специфические привычки реагировать на стрессовые события болью [2]. Эти наблюдения врачей были подтверждены данными, что у пациентов с хроническим простатитом по данным психологической шкалы MMPI наблюдается ■

хронический соматизирующий стиль, то есть они реагируют на стресс первично — соматически, а вторично — депрессией и/или тревогой [3]. Показано, что депрессия и соматизация были ключевыми переменными, отличающими пациентов с хроническим простатитом от тех, кто обращается за вазэктомией [8]. По сравнению с пациентами с большим количеством физических признаков воспаления со стороны мочевыделительной системы, пациенты с идиопатическим простатитом более сильно отягощены «средней» и «тяжелой» степенью выраженности симптомов тревожного спектра расстройств и расстройств настроения. Включая нарушения сексуальной идентификации, паранойю, психотические состояния, обсессивно-компульсивное расстройство [1].

У 50–65% пациентов с идиопатическим простатитом наблюдается спектр симптомов депрессии (например, эссенциальная форма), повышенные баллы по ипохондрии (соматосенсорной амплификации) и генерализованного тревожного расстройства. 5–10% пациентов признаются в мыслях о самоубийстве из-за урологических симптомов, ограничивающих их жизнь. 52% сообщают о периодических сексуальных дисфункциях и избегающем поведении с партнерами, то есть прибегают к аутоэротизму [2;9].

Интересно отметить, что у 59–78% пациентов наблюдаются проблемы с мужской идентичностью — маскулинностью [2, 10]. Показано, что мужчины с хроническим простатитом испытывают более выраженные изменения в мужской идентичности, по сравнению с теми, у кого наблюдаются боли в спине [10]. Keltikangas-Jarvinen L., Ruokolainen J., применяя тематический апперцептивный тест (ТАТ), показали, что у пациентов с хроническим простатитом наблюдается диффузная мужская идентичность в 85% случаев [7]. Мужчины с урологическими проблемами испытывают чувство стыда, которое связано с чувством несоответствия как мужчины и потеря мужской идентичности [11]. Изменения в мужском здоровье, телесные болевые сенсации, ограничения оказывают существенное влияние на мужскую идентичность, маскулинность и приводят к рискам социальной изоляции, изменениям в эмоциональной стойкости, физической силе, сексуальной потенции с развитием стыда и наклеиванием на себя негативных ярлыков.

Культурные представления о маскулинности включают физическую силу, эмоциональную стойкость, уверенность в себе, конкурентоспособность, риск, агрессию и власть. В отличие от этого изменения в мужском здоровье часто ассоциируются с уязвимостью, слабостью, зависимостью и беспомощностью.



Этот конфликт между маскулинностью и изменениями в здоровье может привести к дилемме маскулинности с ограниченными возможностями. Маскулинность становится еще более актуальной, учитывая высокую распространенность мужского самоубийства среди населения в целом, а также конкретные доказательства, что изменения в мужском здоровье являются предиктором самоубийства, даже если психиатрическая коморбидность учитывается. Отсюда следует, что мужчины с хроническим простатитом имеют особенно высокий риск самоубийства и это делает его еще более опасным заболеванием, влияющим на психическое благополучие и качество жизни [11].

В связи с этим цель данной статьи — рассмотреть взаимодействие между маскулинностью и урологическими нарушениями, как они влияют на психическое благополучие мужчин. Мы считаем, существуют психологические факторы, которые наблюдаются в сочетании с урологическими симптомами, что указывает на необходимость тщательной оценки и внимания к психологическим симптомам у пациентов с хроническим идиопатическим простатитом. Однако в ряде зарубежных и российских урологических исследованиях психологическая терминология не определена объективно. Кроме того, тот факт, что эти пациенты испытывают тревогу, депрессию или другие психологические расстройства, ставит вопрос о том, приводит ли хроническая проблема к аффективному расстройству или само расстройство является причиной проблемы. Кроме того, имеется мало исследований обследования популяции молодых мужчин с симптомами, похожими на хронический простатит (*chronic prostatitis-like symptoms* [2]). На основе обзора имеющихся исследований нами были рассмотрены следующие гипотезы. Первая гипотеза: у пациентов с хроническим простатитом наблюдаются изменения в психическом благополучии в форме смешанных проявлений депрессии и тревоги. Вторая гипотеза: пациенты с хроническим простатитом имеют изменения в гендерной идентичности в форме высоких баллов по феминизации, андрогинности, чем маскулинности. В рамках каждой гипотезы были исследованы взаимосвязи между физическими и психологическими симптомами.

## Материалы и методы

Участники исследования. Обследовано 50 мужчин, обратившихся к клиническому психологу по рекомендации врачей-урологов, нейроурологов с ■

диагнозом рубрики N41.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра для прохождения психологического обследования и психотерапии. У пациентов преобладали синдром невоспалительной хронической тазовой боли (простатодиния) и хронический абактериальный простатит. Пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт, боли в промежности, нижней части живота или при семяизвержении, изменения со стороны мочеиспускания. Средний возраст мужчин составил  $31,1 \pm 10,2$  года, годы образования —  $12,1 \pm 3,2$  года. Проживающих в Москве и Санкт-Петербурге. Большинство участников исследования работали и находились в отношениях. Продолжительность сохранения болезни колеблется от 2 до 5,5 лет. Критерии отбора для мужчин включали возраст 20–45 лет, хроническую боль в области половых органов, отсутствие в анамнезе рака области половых органов или облучения, отсутствие четких признаков инфекции предстательной железы (отсутствие локализации патогенов в простате по культуре мочи) и отсутствие применения антибиотиков в течение 4 недель.

Методики исследования: шкала оценки симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIH-CPSI); опросник наличия и степени выраженности депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9); шкала наличия и степени выраженности тревоги Спилбергера (STAI); опросник гендерной идентичности С. Бем (Bem Sex-Role Inventory).

Анализ полученных результатов проводился с использованием SPSS v. 26 for Mac OS X. Статистически значимость данных считалась при  $p < 0,05$ . Применялся критерий Крускала — Уоллеса. Оценка тенденции между наличием и степенью выраженностью депрессии и хроническим простатитом проводилась с помощью трендового теста Кохрана — Армитажа.

### Результаты исследования

У пациентов средние баллы по болевым (жжение, дерганье, «печет», ощущение инородного тела, «распирание») симптомам и изменениями в мочеиспускании по шкале NIH-CPSI составили 2,6 и 1,6 балла, что говорит о присутствии дискомфорта, который влияет на качество жизни, сопровождается перестраховочным (самомассаж, ощупывание, надавливание, запись к врачу перед поездками, прогрев сиденья в машине, прием противовоспалительных препаратов, иммуностимуляторов, БАДов, постоянное сканирование ощущений), избегающим (сокращение сексуальных отношений, поездок, посещение

спортивного зала, сидеть на мягком, прием острой пищи, алкоголя, вождение автомобиля и др.) поведением и различными ритуалами самоуспокоения (например, много ходить, нагружать себя работой, чрезмерное упорядочивание в форме списков).

Средние баллы по выраженности депрессии, тревоги, маскулинности-феминности составили — 15,4, 44,2, 46,8, 4,1 и 4,4 балла, что указывает на изменения в психическом благополучии, гендерной идентичности с чувством уязвленности, неполноценности, неуверенности в собственных силах, ожидание упрека и неудач, страха потери контроля над ситуациями у мужчин с урологическими симптомами. Присутствуют негативизм, пессимизм, сосредоточенность на проблемах, неудачах, тенденция обесценивания хорошего в настоящем, застревание на вопросе «А все ли у меня в порядке?». Страх за напрасную трату времени со стремлением к самосаботажу. При увеличении баллов по депрессии наблюдался рост тяжести урологических болевых проявлений, симптомов со стороны мочевыводящих путей, что говорит о развитии соматизации. Также следует отметить наличие у пациентов повышенной фобической настроенности («чувство неловкости в толпе», «чувство страха перед поездками в автобусах, метро или поездах»), которые часто связаны с болью и симптомами мочеиспускания (срочностью, частотой), что побуждает пациентов испытывать чрезмерную катастрофизацию, особенно когда им нелегко найти туалет или спонтанно возникает болевое ощущение (табл. 1). ■

**Таблица 1. Урологический, психический статус и особенности гендерной идентичности участников исследования**

Параметры	M	SD
<b>Шкала оценки симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIH-CPSI)</b>		
Болевые проявления (0–21)	2,6	4,1
Симптомы со стороны мочевыводящих путей (0–10)	1,6	2,1
Опросник наличия и степени выраженности депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9)	15,4	6,2
<b>Шкала наличия и степени выраженности тревоги Спилбергера (STAI)</b>		
Состояние тревоги (20–80) Личностная тревожность (20–80)	44,2	7,0
Личностная тревожность (20–80)	46,8	7,2
<b>Опросник гендерной идентичности С. Бем (BSRI)</b>		
Маскулинность	4,1	0,8
Феминность	4,8	0,6

**Таблица 2. Сравнение средних баллов по наличию и степени выраженности депрессии по группам болевых симптомов и со стороны мочевыводящих путей**

Группы	Наличие и степень выраженности депрессии (PHQ-9)			
	M	SD	95% доверительного интервала	p
<b>Болевые проявления (NIH-CPSI)</b>				
Группа 1	10,2	7,1	8,2–12,1	0,001
Группа 2	16,4	9,7	10,7–22,0	
Группа 3	17,2	8,9	11,1–23,8	
Группа 4	26,1	14,0	8,7–43,7	
<b>Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI)</b>				
Группа 1	10,7	8,4	7,7–13,7	0,029
Группа 2	12,1	7,2	9,8–14,2	
Группа 3	17,5	9,1	11,3–24,1	
Группа 4	23,6	16,3	2,8–43,2	

*Примечание: стратификация каждой области по выраженности производилась путем суммирования баллов; группа с болевыми проявлениями — 1 (0), группа 2 (3–6) и группа 4 (11–21); группа с симптомами в мочеиспускания — 1 (0), группа 2 (1–3), группа 3 (4–6) и группа 4 (7–10)*

Средние баллы по выраженности депрессии у пациентов составили 10,2, 16,4, 17,2 и 26,1 для групп 1–4, у которых были болевые проявления. Показатели депрессии составили 10,7, 12,2, 17,5 и 23,6 для групп 1–4, у которых были симптомы со стороны мочевыводящих путей. Наблюдались значительные различия между группами пациентов с болевыми и мочевыми симптомами ( $p = 0,001$ ;  $p = 0,028$ ). По мере того, как увеличивались баллы по выраженности боли и симптомам со стороны мочеиспускания, увеличивались баллы и по выраженности симптомов депрессии в форме ощущения безнадежности, чувства неудовлетворенности собой, подавленности, проблем со сном (трудности засыпания, ночные пробуждения), наличия тревожных сновидений («конец света», «убивают», «умираю», «кто-то преследует», «падает самолет», «красное, кровавое небо») ощущения усталости, ничего не доставляет удовольствия (табл. 2).

Пациенты, у которых наблюдались значительные урологические симптомы, по данным шкалы NIH-CPSI имели выраженную депрессию и тревогу. Применение статистического теста Кохрана — Армитажа показало, что эти тенденции были значимыми ( $p < 0,001$ ). Однако средние показатели по наличию и степени выраженности тревоги по состоянию и признакам не отличались для групп болевых и мочевых симптомов, и там и там наблюдалось присутствие тревожного аффекта. Средние баллы по тревожности состояния были 47,3, 44,5, 46,3 и 45,6 для групп 1–4 у которых присутствовала боль, и 47,7, 45,6, 47,0 и 45,8 для групп 1–4 у которых преобладали симптомы со стороны мочеиспускания (табл. 3).

Симптомы тревожности выражались в неспособности расслабиться, беспокойстве (катастрофизации) о разных вещах, тревога о здоровье («вдруг рак», «станет плохо», «а если будет простатит, то...», «если посижу на твердом и холодном, то будет...»), раздражительность, трудно спокойно сидеть на ■

**Таблица 3. Результаты теста на тенденцию между группами депрессии и группами боли и мочеиспускания симптомы**

Группы	Наличие и степень выраженности депрессии (в %)			
	Нет (0–4)	Легкая степень (5–9)	Средняя степень (10–15)	Тяжелая степень (20–27)
<b>Болевые проявления (NIH-CPSI) <math>p &lt; 0,001</math> (тест Кохрана- — Армитажа)</b>				
Группа 1	30 (52)	16 (28)	10 (17)	2 (3)
Группа 2	4 (29)	4 (29)	2 (13)	4 (29)
Группа 3	2 (20)	2 (20)	3 (30)	3 (30)
Группа 4	0 (0)	1 (20)	2 (40)	4 (40)
<b>Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI) <math>p &lt; 0,001</math> (тест Кохрана — Армитажа)</b>				
Группа 1	19 (54)	7 (20)	6 (17)	3 (9)
Группа 2	15 (40)	11 (30)	7 (19)	4 (11)
Группа 3	1 (10)	4 (40)	3 (30)	2 (20)
Группа 4	0 (0)	1 (20)	1 (20)	2 (40)

месте, чувство страха от того, что может что-то плохое случиться, недовольство собой. Показано, что степень симптомов мочеиспускания, но не боли, была в значительной степени связана со степенью изменения в маскулинности пациентов. Неустойчивость маскулинности у урологических пациентов связана с отношениями к отцовской фигуре («реальный» и «идеальный» отец), конфликтом между собственной внутренней картиной мужественности и навязанным шаблонам, ощущением уязвимости как собственной телесности, так и окружающих вещей. Наблюдаются изменения в уверенности в себе, чувство зависимости, пассивность. Отмечают, что с момента начала болезни не понимают, что с ними происходит, тело их предает и ничем не могут заниматься. Полученные баллы по шкале гендерной идентичности С. Бен не показывают, что пациенты становятся более женственными, наоборот, у них наблюдается сомнения по всем сферам, определяющим мужскую идентичность. Например, «внутреннее ощущение не соответствует внешнему», «не мужественный».

**Таблица 4. Сравнение средних значений маскулинности по группам болевых и мочевого симптомов**

Группы	Наличие и степень выраженности маскулинности			
	M	SD	95% доверительного интервала для M	p
<b>Болевые проявления (NIH-CPSI)</b>				
Группа 1	4,2	0,8	4,1–4,5	0,154
Группа 2	3,9	0,8	3,5–4,4	
Группа 3	3,8	0,8	3,4–4,5	
Группа 4	3,5	1,1	2,0–4,9	
<b>Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI)</b>				
Группа 1	4,4	0,8	4,2–4,7	0,040
Группа 2	4,1	0,7	3,9–4,3	
Группа 3	3,8	0,8	3,2–4,4	
Группа 4	3,4	1,0	2,1–4,6	

Средние баллы по маскулинности составили 4,3, 3,9, 3,9 и 3,5 для групп 1–4 у которых преобладал болевой синдром в урологической картине, и 4,5, 4,1, 3,8 и 3,3 для групп 1–4 с преобладанием симптомов со стороны мочеиспускания (табл. 4).

Средние показатели маскулинности не различались для групп с болевым синдромом, но были значительно различны для групп пациентов с симптомами мочеиспускания ( $p = 0,042$ , по критерию Крускала — Уоллиса). Однако не было продемонстрировано никакой существенной взаимосвязи между степенью урологических симптомов и степенью феминности у мужчин. Средние значения по субтесту на оценку феминности составили 4,5, 4,3, 4,4 и 4,2 для групп 1–4 боли и 4,4, 4,5, 4,1 и 4,5 для групп 1–4 симптомов мочеиспускания. Средние баллы по женственности не различались для групп болевых и мочевого симптомов и представлены в таблице 5. ■

**Таблица 5. Сравнение средних значений феминности по группам болевых и мочевого симптомов**

Группы	Наличие и степень выраженности маскулинности			
	M	SD	95% доверительного интервала для M	p
<b>Болевые проявления (NIH-CPSI)</b>				
Группа 1	4,2	0,8	4,1–4,5	0,154
Группа 2	3,9	0,8	3,5–4,4	
Группа 3	3,8	0,8	3,4–4,5	
Группа 4	3,5	1,1	2,0–4,9	
<b>Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI)</b>				
Группа 1	4,4	0,8	4,2–4,7	0,040
Группа 2	4,1	0,7	3,9–4,3	
Группа 3	3,8	0,8	3,2–4,4	
Группа 4	3,4	1,0	2,1–4,6	

### Обсуждение и практические рекомендации

Полученные нами данные согласуются с зарубежными исследованиями [2–5, 7, 8] показывающими, что наличие изменений в психическом благополучии связаны с наличием урологических идиопатических симптомов, а также развитием простатодинии. Симптомы со стороны мочеиспускания, а также болевой синдром сопровождались симптомами депрессии. Этот результат несколько отличается от данных наших зарубежных коллег, который больше связывает усиление урологических симптомов только с тревожным спектром расстройств. Обнаружено, что пациенты, жалующиеся на болевые симптомы, а не на изменения в мочеиспускании, получили значительно более высокие баллы по шкалам оценки психического здоровья, что согласуется с данными К. Egan и J. Krieger [10]. Все те, кто жаловался на боль, имеют выраженную степень депрессии. В отличие от предыдущих зарубежных исследований, мы не обнаружили, что симптомы хронического идиопатического простатита были связаны только с тревожностью у молодых мужчин. Некоторые наши коллеги показали, что, наблюдая пациентов с хроническим идиопатическим простатитом на протяжении двух лет, наблюдается увеличение рисков развития тревожного спектра расстройства [3, 4, 7]. Нами показано, что тревога перекликается с депрессией, образуя аффективный стиль реагирования на стресс. Депрессия во много определяется тем, что пациенты с хроническим простатитом имеют относительно высокий средний балл по шкале изменений в мужественности-женственности по шкале С. Бем. Это отражает трудности в сексуальном функционировании, гендерной идентификации («полноценный мужчина ли я»), пассивность и предполагаемая уязвимость. Степень мочевыделительных симптомов, а не боль в психической организации мужчины связаны с мужественностью. В целом наши результаты показывают, что мужчины с хроническим идиопатическим простатитом имеют спектр психологических проблем. Кроме того, симптомы депрессии и диффузная мужская идентичность могут быть связаны с развитием рефрактерного течения состояния, с развитием болевого и избегающего поведения. Мы считаем, что связь между психологическими проблемами и урологическими симптомами, подобными хроническому простатиту, должны указывать на необходимость психологического обследования состояния пациентов и применение соответствующих протоколов психофармакотерапии и психотерапии. Восприятие ситуаций как стрессовых (катастро-



физация) является мощным фактором в развитии, продлении и сохранении симптомов идиопатического простатита. Управление особенностью восприятия в форме катастрофизации с помощью психотерапии принесет наибольшую пользу мужчинам, страдающими симптомами хронического простатита. Учитывая наличие гендерных барьеров и стигматизации в отношении мужчин, ищущих поддержки в связи с урологическими и психологическими проблемами, существует большой риск того, что они обратятся к дисфункциональным стратегиям преодоления, которые способствуют бегству и избеганию. Учитывая стыд, который испытывается в связи с потерей ролей и изменениями в мужской идентичности, мужчинам может быть трудно представить беспокоящий их опыт в психотерапевтическом обсуждении, и это может потребовать высокой квалификации от специалиста в области психического здоровья.

В рамках психотерапии следует делать акцент на специфику мужской идентичности пациента, так как она выполняет ресурсные функции для психического функционирования, такие как способность поддерживать социальные отношения и роли и способствовать новым профессиональным, социальным, поведенческим проявлениям идентичности. Поэтому подходы, которые фокусируются на личных ценностях пациента и идентичности, могут быть особенно актуальны для поддержки маскулинности у мужчин с хроническим простатитом. Например, можно применять терапию принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy), которая способствует развитию психологической гибкости с учетом личных ценностей пациента. Также применяется когнитивно-поведенческая терапия с усилением нарративов (Narrative Enhanced Cognitive Therapy), которая направлена на снижение негативного влияния самостигматизации, самоограничения, которые оказывают негативное влияние на идентичность, самооценку и социальные отношения мужчины (Yanos et al. 2012). В рамках этого подхода делается акцент на переосмыслении темы телесности, свободы воли, силы, желаний, которые могут способствовать лучшему согласованию с мужскими идеалами. Кроме того, концепция сострадательного ума (compassionate mind) по отношению к симптомам, включающая усиление психологической стойкости и ответственности, добавляют положительную ценность психотерапии, способствуя здоровой гибкости и усилению чувства мужской идентичности. Идеи позитивной психотерапии (positive psychotherapy) делают акцент на росте, силе и устойчивости, а не на ■

симптомах и недостатках, что, в частности, предлагает более гендерно-ориентированный подход к адаптации мужчин с хроническим идиопатическим простатитом [11].

### Выводы

У пациентов с хроническим идиопатическим простатитом наблюдается преобладание спектра болевых симптомов и изменений со стороны мочеиспускания, которые сопровождаются спектром перестраховочного, избегающего поведения и ритуалами самоуспокоения, выступающих поддерживающими факторами данного расстройства.

Наблюдается преобладание симптомов тревоги, депрессии, изменений в маскулинности-феминности, что указывает на наличие психологических проблем, изменении в психическом благополучии в форме чувства уязвленности, неполноценности, неуверенности, ожидание неудач, упрека, страха потери контроля над ситуацией и собственным телом. Присутствует повышенная фобическая настороженность как по отношению к собственному телу, так и внешним факторам.

При увеличении баллов по депрессии у пациентов с хроническим идиопатическим простатитом наблюдался рост тяжести урологических болевых проявлений, симптомов со стороны мочевыводящих путей, что говорит о склонности к соматизации, развитию болевого аффективного стиля реагирования на стресс.

По мере увеличения баллов по симптомам боли и со стороны мочеиспускания с формированием спектра перестраховочного, избегающего поведения увеличивались баллы и по депрессии. Однако средние показатели тревожности по состоянию и признакам не отличались в зависимости от показателей боли и симптомов мочеиспускания, что говорит о наличии стойкой тревоги ожидания.

Степень симптомов мочеиспускания, но не боли, была в значительной степени связана со степенью изменения в маскулинности пациентов, диффузной (неустойчивой) мужской идентичности в форме неуверенности в себе, чувстве зависимости, пассивности, тревожной настороженности по отношению к собственному телу.

Не было продемонстрировано никакой существенной взаимосвязи между



степенью урологических симптомов и степенью феминности у мужчин с идиопатическим простатитом. ■

### Литература

1. Šutulović N, Grubač Ž, Šuvakov S, Jerotić D, Puškaš N, Macut D, Rašić-Marković A, Simić T, Stanoljović O, Hrnčić D. *Experimental Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Increases Anxiety-Like Behavior: The Role of Brain Oxidative Stress, Serum Corticosterone, and Hippocampal Parvalbumin-Positive Interneurons*. *Oxid Med Cell Longev*. 2021 Mar 2;2021:6687493. <https://doi.org/10.1155/2021/6687493>.
2. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, Lee NK, Park YH. *Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms*. *Scand J Urol Nephrol* 2002;36(4):296-301. <https://doi.org/10.1080/003655902320248272>.
3. Keltikangas-Jarvinen L, Mueller K, Lehtonen T. *Illness behavior and personality changes in patients with chronic prostatitis during a two-year follow-up period*. *Eur Urol* 1989;16:181-4.
4. Keltikangas-Jarvinen L, Jarvinen H, Lehtonen T. *Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis*. *Ann Clin Res* 1981;3:45-9.
5. Berghuis JP, Heiman JR, Rothman I, Berger RE. *Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis*. *J Psychosom Res* 1996;41:313-25.
6. Miller HC. *Stress prostatitis*. *Urology* 1988;32:507-10.
7. Keltikangas-Jarvinen L, Ruokolainen J, Lehtonen T. *Personality pathology underlying chronic prostatitis*. *Psychother Psychosom* 1982;37:87-95.
8. de la Rosette JJ, Ruijgrok MC, Jeuken JM, Karthaus HF, Debruyne FM. *Personality variables involved in chronic prostatitis*. *Urology* 1993;42:65462.
9. Lewin KK. *Psychosomatic aspects of chronic prostatitis*. *Penns Med J* 1960;63:1793-1796.
10. Egan KJ, Krieger JN. *Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain*. *Clin J Pain* 1994;10:218-26.
11. *The Palgrave Handbook of Male Psychology and Mental Health*. Edited by John A. Barry, Roger Kingeree. Springer Nature. 2019., 734 p.

## Скорость камнеобразования при оксалатном уролитиазе зависит от рН и концентрации ионов магния и остеопонтина

*Белок остеопонтин, как известно, оказывает влияние на течение мочекаменной болезни. Остеопонтин является белком внеклеточного матрикса, который продуцируется разными типами клеток и играет важную функциональную роль в биологических процессах. Основная его функция заключается в связывании с кальцием, входящим в состав различных биоминералов, например с кальций-фосфатом в костях и зубах и с оксалатом кальция в почечных камнях.*

**В** новом исследовании ученые определили зависимость кинетики нуклеации моногидрата оксалата кальция (наиболее распространенного компонента почечных камней) от рН и концентрации магния и остеопонтина. Для этого использовалась капельная микрофлюидная платформа. Скорость преципитации моногидрата оксалата кальция изучалась в зависимости от перенасыщения и рН, а также в присутствии ингибиторов камнеобразования: ионов магния и остеопонтина. Исследователи изучили тенденции в измеренных скоростях нуклеации. В эквимольных концентрациях кальция и иона оксалата в различных буферных растворах отмечалось значительное замедление нуклеации при рН 6,0 по сравнению с рН 3,6 и 8,6. Добавление в раствор как магния, так и остеопонтина приводило к существенному замедлению процесса. Ученые отметили, что полное ингибирование нуклеации наблюдалось при значительно более низких концентрациях остеопонтина ( $3,2 \cdot 10^{-8}$  М), чем ионов магния ( $0,875 \cdot 10^{-4}$  М).

Наблюдаемый ингибирующий эффект остеопонтина подчеркивает часто недооцененную роль макромолекул в нуклеации оксалата кальция вследствие их низкой концентрации в моче. Более того, ученые выяснили, что ингибирование в присутствии ионов магния не может быть объяснено только изменением степени насыщения. Настоящее исследование подчеркивает важность микрогидродинамики в преодолении основной проблемы в исследовании нефролитиаза — огромной физико-химической сложности мочи. ■

Источник: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34853626/>.

## Связь между употреблением каннабиса и функцией яичек у мужчин

*Несмотря на неочевидную взаимосвязь между курением марихуаны и функцией яичек, нельзя исключать его негативное влияние. Ученые полагают, что требуются дополнительные исследования.*

Д оказано, что употребление каннабиса связано с нарушением фертильности. Однако его влияние на параметры спермы и профили репродуктивных гормонов остается неопределенным.

Каннабис — это один из наиболее часто употребляемых наркотиков, который в последнее время становится все более легальным не только в Соединенных Штатах, но и во всем мире. Его активным компонентом является D9-тетрагидроканнабинол (ТНС), который связывает каннабиноидные рецепторы, присутствующие в головном мозге, нервной системе и, среди прочего, в репродуктивных органах. Существуют противоречивые литературные данные о влиянии каннабиса на репродуктивную систему, однако недавние обзоры и исследования показали, что каннабис ухудшает мужскую фертильность, качество спермы и уровни гормонов.

Чтобы оценить связь между употреблением каннабиса и функцией яичек, ученые провели систематический обзор и метаанализ популяционных ретроспективных когортных исследований. Данные были объединены с использованием модели фиксированных или случайных эффектов в зависимости от неоднородности включенных исследований. Объединенный коэффициент риска (ОР) наличия каких-либо аномалий сперматозоидов и стандартизованных средних различий тестостерона, фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего гормонов (ЛГ) среди мужчин, употребляющих и не употребляющих каннабис, а также метарегрессионный анализ в зависимости от возраста и года публикации.

Были оценены девять исследований, в которых участвовали 4014 мужчин с данными о сперме и 4787 — с данными по гормональному фону. В целом среди 1158 потребителей каннабиса у 44,9% были нарушены параметры спермы, ■

по сравнению с 24,5% из 2856 людей, не употребляющих марихуану. Относительный риск любого аномального параметра спермы среди потребителей каннабиса составлял 1,159. Стандартизированная средняя разница между уровнями тестостерона у исследуемых групп пациентов составила -0,139. Для ФСГ стандартизированная средняя разница составляла -0,142, в то время как для ЛГ оценка стандартизированной средней разницы составляла -0,318.

Результаты данного исследования предполагают незначительный клинический эффект употребления каннабиса на функцию яичек. Однако не стоит исключать его потенциальное отсроченное негативное влияние на репродуктивную систему. Для дальнейшего изучения связи каннабиса и мужского репродуктивного здоровья необходимы исследования различных групп населения с подробной информацией об употреблении. ■

*Источник: F. Belladelli et al. The association between cannabis use and testicular function in men: A systematic review and meta-analysis. Andrology, 2021;9(2):503-510. <https://doi.org/10.1111/andr.12953>*





**МИРАКСАНТ® – современный комплекс с уникальным составом необходимых натуральных компонентов, курсовой прием которого, эффективно и безопасно помогает решить проблему мужского (идиопатического) бесплодия.**

**✓ ЕДИНСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, СОДЕРЖАЩИЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ИСТОЧНИК АСТАКСАНТИНА - САМОГО МОЩНОГО ПРИРОДНОГО АНТИОКСИДАНТА!**

На фоне приема «МИРАКСАНТА», к третьему месяцу лечения происходит:

- увеличение подвижности сперматозоидов на 22,8%
- увеличение жизнеспособности сперматозоидов на 11,9%
- увеличение средней концентрации сперматозоидов на 9,7%
- положительная динамика к улучшению морфологии сперматозоидов

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

***«Результаты проведенного исследования, позволяют рекомендовать биологически активный комплекс «МИРАКСАНТ»® в комплексной терапии пациентов с идиопатическим бесплодием, особенно с олигоастенозооспермией»***

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.

Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «МИРАКСАНТ» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики.

**SHPHARMA**  
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.001614.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

## Каким образом тяжелые металлы связаны с исходами ЭКО?

*Ученые из Китая показали влияние различных тяжелых металлов на результаты экстракорпорального оплодотворения.*

**Х**отя общий вклад воздействия окружающей среды на развитие бесплодия неизвестен, доступные литературные данные предполагают, что воздействие различных факторов окружающей среды как внутриутробно, так и неонатально может резко повлиять на фертильность взрослых. Исследования различных популяций диких животных, подвергшихся воздействию загрязнителей, показывают, что множественные механизмы способствуют изменениям в развитии гонад, созревании половых клеток, оплодотворении и беременности, в частности эндокринным процессам, поддерживающим эти события. Воздействие тяжелых металлов было определено как фактор, влияющий на фертильность человека. Они могут вызывать гормональные нарушения, предотвращая овуляцию и беременность, а также нарушать выработку спермы.

Чтобы оценить влияние тяжелых химических элементов на исходы ЭКО, ученые провели исследование среди 195 пар, перенесших ЭКО. В образцах сыворотки, а также фолликулярной жидкости женщин и спермы мужчин были измерены следующие элементы: V, Cr, Mn, Ni, Cu, Zn, As, Mo, Cd, Ba, Hg, Tl, Pb.

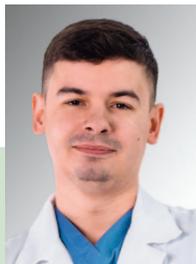
Статистические результаты показали, что Cr имел значительную отрицательную корреляцию с общей концентрацией сперматозоидов (TSC) и общим количеством подвижных сперматозоидов (TMC). В то же время Ba значимо коррелировал с этими параметрами. Cr, Ba и Pb в фолликулярной жидкости имели значительную положительную корреляцию с количеством ооцитов на их зрелой метафазной стадии (MII). Уровень Tl в фолликулярной жидкости был значительно связан с высокой вероятностью образования бластоцист и высококачественных бластоцист. Уровни Hg и Ba в сыворотке значимо коррелировали с высококачественными бластоцистами. Уровни Ni, Cu, Mo в семенной плазме мужчин достоверно коррелировали с образованием бластоцист и высококачественных бластоцист. Кроме того, уровень Ba достоверно коррелировал с высокой вероятностью образования бластоцист.

Полученные результаты показывают, что Cr, Ba и Pb могут влиять на ооциты TSC, TMC и MII. Более того, Ba, Cr, As, Hg и Tl в сыворотке и Mo в семенной плазме были связаны с результатами оплодотворения, хорошими эмбрионами, образованием бластоцист, высококачественными эмбрионами, а также уровнем беременности и живорождений. Tl в фолликулярной жидкости может быть связан с качеством эмбрионального развития, а Ba был важным фактором риска, тесно связанный с исходами ЭКО как у мужчин, так и у женщин. Благодаря данному исследованию и статистическому анализу клинических образцов показано, что, хотя не все элементы будут влиять на результат ЭКО, избранные ключевые химические элементы должны привлечь внимание для улучшения проведения диагностики и профилактики клинического бесплодия. ■

*Источник: Zhou L. et al. Metal elements associate with in vitro fertilization (IVF) outcomes in 195 couples. J Trace Elem Med Biol, 2021;68:126-810.*



## Болезнь Пейрони. Хирургические осложнения



**Т.В. Шатылко**

К.м.н., сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ (г. Москва)

*О возможных осложнениях хирургического лечения болезни Пейрони в ходе интернет-конференции «Болезнь Пейрони: возможности современных андрологов»*

*рассказал Тарас Валерьевич Шатылко, к.м.н., сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ.*

**К**ак напомнил Тарас Валерьевич, в число основных осложнений болезни Пейрони входят неполное выпрямление, рецидив искривления полового члена, укорочение ствола, снижение чувствительности и эректильная дисфункция [Levine and Larson]. В число прочих осложнений входят некроз головки, лимфогенный отек, гематомы, пальпаторные изменения, грыжевидные выпячивания и осевая нестабильность.

В частности, самая частая причина жалобы на неполное выпрямление — неадекватное представление пациента о результате операции. Следует информировать больного о цели выполнения операции (функциональное выпрямление). Необходима также гидроэрекция на операционном столе для оценки финального результата. При проксимальном расположении бляшки турникет может скрывать истинную степень деформации.

Как пример Тарас Валерьевич привел результаты из собственной практики, где количество пациентов с остаточным искривлением 15–20° составило 6 человек, с 10–15° — 8 и с <10° — 18. Из 32 пациентов с остаточным искривлением полового члена 23 имели до корпоропластики угол искривления более 90°. Несмотря на вышеперечисленные недостатки, 98,2% пациентов были удовлетворены результатом хирургического лечения в плане выпрямления полового члена.

Существует ряд причин рецидива деформации полового члена. В частности, при пликациях белочной оболочки — использование рассасывающегося ■

шовного материала (кроме классической операции Несбита), ослабление или прорезывание шва. При заместительной корпоропластике — контрактура графта. Также возможно несвоевременное выполнение операции до стабилизации процесса или неверная оценка этиологии (хорда, hypospadias sine hypospadias, синдром Келами, иные случаи спогниофиброза).

Таким образом, можно рассматривать ряд мер профилактики рецидива деформации полового члена:

- сбор анамнеза и учет фаз естественного течения болезни Пейрони;
- при пликации без резекции белочной оболочки — применение нерассасывающегося полифиламентного шовного материала, например этилена терефталата;
- при заместительной корпоропластике — использование графта на 5 мм или на 20% больше дефекта по размеру [Rice et al., 2019].

Причиной укорочения ствола полового члена после операции является прежде всего применение пликационных методик. Факторами риска выступают повторная пликация при рецидиве заболевания или неэффективность первичного лечения, прогрессирование заболевания, присоединение после операционной инфекции и гематомы [Andrews et al., 2001]. В 4,7% подобных случаев наблюдается укорочение на 2 см и более, а в 14% — на 1,5 см и более [Ralph et al., 1995; Syed et al., 2003]. Укорочение ствола полового члена более чем на 2 см рассматривается как осложнение, хотя даже оно редко делает половой акт невозможным.

Выделяют ряд мер профилактики укорочения ствола полового члена:

- адекватный отбор пациентов и консультирование;
- недопущение гиперкоррекции при пликации белочной оболочки (1 мм  $\approx$  10°);
- тракционная терапия: по 8–12 ч в сутки на протяжении 4 месяцев [Moncada et al., 2007] или по 3 ч в сутки не меньше 5 дней в неделю на протяжении 3–4 месяцев [Rybak et al., 2012];
- вакуумная терапия после графтинга аутологичной веной: по 30 мин в день [Lue and El-Sakka, 1999] или по 20 мин 2 раза в день на протяжении 3 месяцев [Colombo et al., 2000].

Гипоэстезия головки полового члена встречается у 6% пациентов после 16-dot пликации [Dean and Lue], а после графтинга — у 19% [Knoll]. По собственным данным, которые привел Тарас Валерьевич, снижение чувствительности полового члена наблюдалось у 54 пациентов (частота — 14,3%). У 42 из них чувствительность головки полового члена самостоятельно восстановилась в течение





30–90 дней. У 12 пациентов сохранялось частичное снижение чувствительности после этого периода.

Циркулярное рассечение кожи приводит к снижению чувствительности головки, которая постепенно восстанавливается за две недели. Если при скальпировании пениса повреждаются нервные стволы, на восстановление уходят месяцы, и оно может быть неравномерным и неполным [Yachia]. Чаще встречается при пликации по поводу вентрального искривления и при графтинге по поводу дорсального искривления, что связано с необходимостью мобилизации дорсального сосудисто-нервного пучка [Tomehl and Carson, 2004]. С помощью биотензиометрии продемонстрировано, что при отсутствии повреждения нервных стволов чувствительность восстанавливается полностью [Knoll]. Это явление может приводить к задержанной эякуляции, обычно купируется самостоятельно в пределах 6 месяцев [Levine].

Выделяется ряд причин, по которым возможно развитие эректильной дисфункции как осложнения [Gefen et al., 2002]:

- развитие *de novo* при длительном наблюдении за пациентом с факторами риска эректильной дисфункции;
- нарушении кровотока в кавернозных телах при массивной бляшке;
- потеря веноокклюзивной функции нативной белочной оболочки после экцизии и графтинга;
- слишком эластичный графт — ослабление окклюзии;
- слишком грубый графт может иметь на внутренней поверхности неровности, где запирающий механизм не работает.

Для профилактики развития эректильной дисфункции необходим строгий отбор пациентов для графтинга: пациенты с минимальными признаками ЭД должны подвергаться пликационной корпоропластике или фаллопротезированию. Рекомендуется использование материалов, близких к белочной оболочке по биомеханическим свойствам. Выполнение корпоропластики рекомендовано с инцизией бляшки, а не с эксцизией.

Причинами некроза головки полового члена могут быть грубая травматичная аттракция дорсального сосудисто-нервного пучка, избыточное напряжение сосудисто-нервного пучка (при установке панельных имплантов при применении удлиняющих методик), а также слишком тугая циркулярная повязка [Zucchi A., Silvani M., Pecoraro S., 2013].

Для профилактики некроза необходимо бережное обращение с сосудисто-нервным пучком, при одномоментном фаллопротезировании — подбор адекватной ■

длины цилиндров. Важен контроль внешнего вида, температуры и чувствительности головки полового члена, а также натяжения самофиксирующегося бинта.

Зачастую скальпирование полового члена приводит к лимфогенному отеку крайней плоти с риском парафимоза. Для профилактики этого явления при субкоронарном доступе обязательна циркумцизия. Альтернативный доступ, не требующий циркумцизии, — вентрально по средней линии [Gelbard].

По словам Тараса Валерьевича, в его собственной практике было зарегистрировано 11 случаев выраженной подкожной гематомы как осложнения лечения болезни Пейрони. Из этих пациентов семь до и после операции получали антикоагулянты по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, а оставшиеся четыре самостоятельно снимали компрессионную повязку в первые сутки после операции из-за дискомфорта. У восьми пациентов успешно применялись консервативные методы лечения, а у трех — дренирование гематомы.

По данным литературы, гематома как осложнение случается в 4% случаев. Для профилактики применяются [Dean and Lue]:

- отмена антиагрегантов и антикоагулянтов;
- компрессионная повязка на 48 ч;
- проверка герметичности наложенных швов при гидроэрекции;
- при использовании толстой иглы-бабочки — дополнительный 8-образный шов на место пункции;
- использование венозного графта: эндотелиальный слой является источником оксида азота.

Также может наблюдаться ряд пальпаторных изменений. В частности, после пликация возможны узлы из нерассасывающегося шовного материала. Чтобы это предупредить, возможно сделать выбор в пользу классической операции Несбита, провести укрытие зоны пликации спонгиозным телом или сосудисто-нервным пучком или же применить инвертированные швы, в том числе с частичным рассечением белочной оболочки и погружением в дефект (так называемые «кильские узлы») [Osmonov and Jünemann]. После графтинга может наблюдаться грубый, частично склерозированный графт. Для профилактики важен выбор материала с подходящими биомеханическими свойствами (например, вена или трупный перикард), а также своевременная противовоспалительная или антифибротическая терапия.

По собственным данным, которые озвучил Тарас Валерьевич, в большинстве случаев множественные грубые очаги развивались у пациентов, которые перенесли корпоропластику с использованием графта из свиного дермального колла-

гена (4 пациента). Также у 5 пациентов с единичными грубыми очагами ранее была выполнена корпоропластика с использованием буккального графта. Очаги уплотнения не вызывали дискомфорта у пациентов во время полового акта и не приводили к деформации полового члена.

Как следствие, сохраняет свою актуальность вопрос о том, может ли коллагеновый графт из дермы свиньи применяться для корпоропластики при болезни Пейрони. С точки зрения докладчика, его использование не обладает достаточной доказательной базой.

Своего рода «забытым», часто игнорируемым осложнением являются грыжевидные выпячивания. Их причинами могут быть слишком эластичный графт, слишком большая площадь графта и гематома под графтом. По собственным данным, у 8 пациентов (из них у 2 с использованием трупного перикарда и у 6 с использованием буккальной слизистой) в первые месяцы после операции отмечено аневризматическое расширение белочной оболочки в области установки графта при эрекции. При динамическом наблюдении через 3 месяца подобные изменения сохранялись только у 3 пациентов после буккальной корпоропластики. Только у одного из них это вызывало дискомфорт и эстетическую неудовлетворенность внешним видом полового члена. Для профилактики этого явления возможен подбор материала с оптимальными биомеханическими свойствами, выбор в пользу нескольких графтов меньшего размера, если есть такая возможность, а также профилактика геморрагических осложнений.

Еще одно осложнение, не получающее достаточного внимания, — потеря аксиальной ригидности. Показатели частоты его встречаемости в литературе отсутствуют. Основной причиной можно считать потерю диаметра полового члена на пораженном участке [Gelbard, 1993]. Для профилактики необходим учет противопоказаний к пликационной корпоропластике (сложная деформация или большой угол искривления) вместе с оценкой аксиальной ригидности перед корпоропластикой.

В целом для профилактики осложнений после корпоропластики без фаллопротезирования применяется регулярный прием ингибиторов ФДЭ-5 (3–5 суток после операции), вакуум-эрекционная терапия (через 2 недели после операции), тракционная терапия (через 2–3 недели после операции) и начало половой жизни не раньше, чем через 6 недель после операции при отсутствии осложнений. ■

*Материал подготовила Болдырева Ю.Г.  
Видео можно посмотреть на Uro.TV*

## Болезнь Пейрони связана с уровнем IgG4?

*В одном из исследований у пациентов с болезнью Пейрони было обнаружено значительное увеличение уровня IgG4. Это означает, что IgG4 может играть роль в патогенезе заболевания.*

Хотя точная этиология БП остается неизвестной, считается, что трансформирующий фактор роста бета 1 играет роль в индукции выработки коллагена, тем самым приводя к доминантной экспрессии коллагена типа III, который часто обнаруживается при воспалительной патологии белочной оболочки.

Повышенные концентрации IgG4 в сыворотке и лимфоплазмоцитарный инфильтрат с IgG4-положительными плазматическими клетками являются отличительными признаками заболеваний, связанных с IgG4 (IgG4-RD). Эти заболевания проявляются плотными лимфоплазмоцитарными инфильтратами в пораженной ткани, обычно сопровождающихся некоторой степенью фиброза и часто облитерирующим флебитом, повышенным количеством эозинофилов. Считается, что экспрессия IgG4 индуцируется различными видами патогенов, тем самым угнетая врожденный иммунитет и в конечном итоге приводя к стойкому воспалению. Более того, когда воспаление становится хроническим, это может привести к фиброзу.

Чтобы изучить взаимосвязь между БП и IgG4, ученые провели исследование, включающее 3 группы пациентов: 1) пациенты с БП (n = 61); 2) контрольная группа (n = 48); 3) группа пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) (n = 30). Измерение IgG4 выполняли с использованием иммуноферментного анализа. В группе БП оценивались размер бляшки, искривление полового члена и наличие сопутствующей эректильной дисфункции. Эректильная функция оценивалась на основании шкалы МИЭФ.

Результаты показали существенную разницу между группами БП и контрольной группой, а также между группами БП и ДГПЖ в отношении уровней IgG4, в то время как между группами ДГПЖ и контрольной группой не было обнаружено значительных различий. Уровни IgG4 были значительно выше в группе БП по сравнению с остальными. Средний размер бляшки составлял  $2,0 \pm 1,01$  см, и была обнаружена значимая взаимосвязь между размером бляшки и концентрацией IgG4. Среднее искривление полового члена составляло  $35,6 \pm 25,1^\circ$ , и была обнаружена значимая взаимосвязь между искривлением полового члена более  $60^\circ$  и концентрацией IgG4. Средний балл по МИЭФ составил 19 (диапазон составил 7-25). Более того, не было обнаружено значимой связи между эректильной дисфункцией и концентрацией IgG4. Боль в половом члене присутствовала у 24 (39,3%) пациентов с БП.

Таким образом, IgG4 может играть роль в патогенезе БП и это знание может быть особенно полезным для разработки новых стратегий лечения пациентов с БП. ■

Источники: Solakhan M. and Kisacik B. «Is Peyronie's an IgG4-related disease?», *Eur J Rheumatol* 2021;8(1):27-30, <https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2020.20101>

# ПЕЙРОНИ



АКТУАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ!

УНИКАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ  
АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

## ПЕЙРОФЛЕКС



Активные компоненты комплекса ПЕЙРОФЛЕКС при курсовом приеме способствуют:

- Уменьшению размера фиброзной бляшки<sup>1,2,3</sup>
- Замедлению прогрессирования искривления полового члена<sup>4,5</sup>
- Уменьшению боли в активную фазу болезни Пейрони<sup>6,7,8</sup>
- Профилактике искривления полового члена после травмы

**SHPHARMA®**  
source of healing  
[www.shpharma.ru](http://www.shpharma.ru)

1. Carson C.C. Tech. Urol. 1997. Vol. 3, № 3. P. 135–139 2. Hasche-Kinder R. Urologe. A. 1978. Vol. 17, № 4. P. 224–227 3. Weidner W. et al. Eur. Urol. 2005. Vol. 47, № 4. P. 530–536 4. ZARAFONETIS C.J., HORRAX T.M. J. Urol. 1959. Vol. 81, № 6. P. 770–772.  
5. Scardino P.L., Scott W.W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52, № 3. P. 390–396 6. Chesney J. Br. J. Urol. 1975. Vol. 47. P. 209–218.  
7. Peyron J., Fenell C. Prog. Reprod. Biol. Med. 1963. Vol. 9. P. 41–45 8. Devine C.J., Horton C. Semin. Urol. 1987. Vol. 5. P. 251–261.

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.88.003.R.003360.09.19 от 16.09.2019.

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Для специалистов

## Повреждение эндотелия, связанное с использованием электронных сигарет

*Электронные сигареты способны вызывать ЭД у мужчин.*

Электронные сигареты (e-Cig) — это устройства, которые могут испарять раствор никотина вместо сжигания листьев табака. Электронные сигареты стали популярными как потенциально менее вредная альтернатива курению табака. Однако в литературе предполагается, что «вейпинг» может вызвать повреждение эндотелия. Это в свою очередь отрицательно повлияет на эректильную функцию. Хотя существует известная связь между курением сигарет и эректильной дисфункцией (ЭД), влияние электронных сигарет на эректильную функцию пока изучено недостаточно.

Чтобы проанализировать доказательства того, что использование электронных сигарет вызывает эндотелиальную дисфункцию, ученые изучили эндотелиальную дисфункцию как потенциальный механизм ЭД и определили литературу, подтверждающую, что электронные сигареты являются причиной ЭД. Был проведен обзор литературы для выявления публикаций, касающихся потребления электронных сигарет и ЭД. Также были включены публикации о потреблении электронных сигарет и повреждении сосудов или эндотелия. Поиск проводился через PubMed, базу данных MEDLINE, центральный поиск Кокрановской библиотеки, Web of Science и Google Scholar. В исследование было отобрано более 40 публикаций для обзора, включая 6 клинических испытаний и 3 фундаментальных научных исследования.

Литература предполагает, что использование электронных сигарет вызывает окислительный стресс, включая прямое образование активных форм кислорода и гидроксильных радикалов, что приводит к повреждению эндотелия. Эндотелиальная дисфункция является потенциальным механизмом ЭД, но исследований, оценивающих взаимосвязь между употреблением электронных сигарет и ЭД, очень мало.

Таким образом, использование электронных сигарет может вызывать ЭД у мужчин, но необходимы дополнительные исследования, в частности клинические испытания, чтобы установить связь между электронными сигаретами и ЭД. Эндотелиальная дисфункция, вызванная E-cig, является потенциальным механизмом ЭД, который стоит изучить дополнительно. ■

*Источник: Pincus J. et al. E-Cigarette-Associated Endothelial Damage: A Potential Mechanism for Erectile Dysfunction. Sex. Med. Rev., Apr. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.01.003>*



## ТЫ, КАК ВСЕГДА, НА ВЫСОТЕ!

- Средство патогенетической терапии эректильной дисфункции
- Натуральный состав без побочных эффектов
- Аналогов нет

Безопасное средство метаболической терапии эректильной дисфункции, направленное как на устранение основных причин развития ЭД (высокий уровень холестерина, глюкозы, АД), так и на защиту эндотелиальных клеток кавернозных тел.

**SHPHARMA®**  
source of healing

СГР № RU.77.99.88.003.R.000014.01.20 от 14.01.2020

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

## Лечение эректильной дисфункции, коррелирующей с тяжестью ИБС

*Низкоинтенсивная экстракорпоральная ударно-волновая терапия оказалась эффективна в лечении пациентов с легкой ЭД и без ИБС. К такому выводу пришли итальянские ученые.*

Эректильная дисфункция (ЭД) — это важная проблема для здоровья, которая определяется как повторяющаяся неспособность достичь и поддерживать эрекцию, удовлетворительную для полового акта. Этиология ЭД многофакторна, но во многих случаях причина васкулогенная и связана с нарушением артериального притока во время возбуждения, релаксации гладких мышц кавернозных тел или венозной утечкой.

Особый интерес для специалистов по сердечно-сосудистым заболеваниям вызывают общие факторы риска для ЭД и ишемической болезни сердца (ИБС), такие как пожилой возраст, диабет, гипертония, дислипидемия и курение. Было показано, что до 70% мужчин с впервые возникшей стенокардией и ангиографически задокументированной ИБС имеют в анамнезе предшествующую ЭД.

Эффективным методом лечения ЭД является экстракорпоральная ударно-волновая терапия низкой интенсивности. Именно поэтому ученые из Италии проанализировали эффективность низкоинтенсивной экстракорпоральной ударно-волновой терапии полового члена для лечения эректильной дисфункции в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС). ЭД оценивалась по Международному индексу эректильной функции, разделяя пациентов на легкую и среднюю / тяжелую формы. ИБС выявлялась с помощью цветной доплерографии полового члена.

В исследовании участвовали 111 пациентов с положительным исходом после лечения на основании минимальной клинически значимой разницы Международного индекса эректильной функции (ИЭФ-5). Все они наблюдались в течение 3 и 6 месяцев. Было обнаружено значительное увеличение оценки по ИЭФ-5 с общим улучшением гемодинамических параметров кавернозных артерий. В частности, 93,9% пациентов с легкой ЭД без ИБС поддавались лечению, а у 72,7% возобновилась нормальная эректильная функция. Однако 31,2% пациентов со средней / тяжелой ЭД и ИБС реагировали на лечение, и ни у одного из них не восстановилась нормальная эректильная функция. У всех пациентов с легкой ЭД и без ИБС эффекты терапии сохранялись через 3 месяца, в то время как ни у одного пациента с ЭД средней / тяжелой степени и ИБС преимущества лечения через этот же срок не сохранялись.

Таким образом, пациенты с легкой ЭД и без ИБС лучше поддаются лечению с более высокой вероятностью восстановления нормальной эректильной функции, чем пациенты со средней / тяжелой степенью ЭД и ИБС. ■

*Источник: Caretta N. et al. Efficacy of penile low-intensity shockwave treatment for erectile dysfunction: correlation with the severity of cavernous artery disease. Asian J Androl, 2021;0(0):0. [https://doi.org/10.4103/aja.aja\\_15\\_21](https://doi.org/10.4103/aja.aja_15_21)*

## Скрытая туберкулезная инфекция у пациентов с ЭД

*Распространенность скрытой формы туберкулеза среди пациентов с ЭД высокой степени выше, чем среди пациентов с ЭД низкой степени. К такому выводу пришли ученые, проведя кросс-секционное исследование.*

Эректильная дисфункция (ЭД) является распространенным заболеванием, поражающим мужчин в основном старше 40 лет. Васкулогенный фактор — это одна из основных причин ЭД и связана с атеросклерозом. Сообщалось, что значительно более низкие баллы по МИЭФ были обнаружены среди пациентов с туберкулезом легких со значительным улучшением после получения противотуберкулезной терапии.

Инфекция *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) поражает примерно 32% населения мира. При этом у большинства инфицированных людей имеется латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ), которая представляет собой состояние бессимптомного стойкого иммунного ответа на антигены Mtb.

Согласно гипотезе ученых, туберкулез активизирует клеточные иммунные реакции, которые способствуют атерогенезу. Так как ранее не была изучена распространенность ЛТИ среди пациентов с ЭД или ее вклад в тяжесть ЭД, то ученые решили провести исследование с целью определения частоты ЛТИ среди пациентов с ЭД и изучения связи между ЛТИ и степенью тяжести ЭД.

Для всех исследуемых образцов от 100 мужчин были представлены клиническая оценка, визуальные и лабораторные исследования. Оценка включала ультразвуковое исследование мошонки, туберкулиновую кожную пробу и квантифероновый тест на Mtb.

Среднее значение возраста пациентов составило 47,9 лет. Результаты показали, что примерно 30% мужчин имели ЛТИ и 43% имели ЭД высокой степени. После многомерного анализа было обнаружено, что с эректильной дисфункцией высокой степени были независимо связаны возраст более 40 лет, метаболический синдром и ЛТИ в отличие от ЭД низкой степени.

Таким образом, распространенность ЛТИ среди пациентов с ЭД высокой степени выше, чем среди пациентов с ЭД низкой степени. Помимо ЛТИ, с ЭД высокой степени были связаны пожилой возраст и метаболический синдром. Для изучения роли ЛТИ в развитии эректильной дисфункции необходимы дальнейшие исследования с участием здоровых мужчин без ЭД. ■

*Источник: Hasanain AFA et al. Latent tuberculosis infection among patients with erectile dysfunction. Int J Impot Res. Nature Publishing Group, 2018;30(1):36-42.*

### Влияет ли езда на велосипеде на эректильную функцию?

*Высокоинтенсивная езда на велосипеде может негативно повлиять на функции тазового дна у мужчин. К такому выводу пришли испанские ученые.*

**Н**арушение работы группы мышц, составляющих тазовое дно, может вызывать различные нарушения, которые представляют собой проблему для здоровья миллионов людей, влияя на качество их жизни. Общей чертой различных упражнений является то, что сгибание бедра при лазании, приседании, езде на велосипеде вызывает или усиливает боль в области уrogenитального тракта. Хотя езда на велосипеде дает широко известные преимущества для здоровья, в некоторых исследованиях сообщается, что, помимо обычных травм запястий, колен или ягодиц, езда на велосипеде, по-видимому, оказывает негативное влияние на сексуальную функцию и мочеиспускание у мужчин.

Существуют различия в классификации езды на велосипеде в зависимости от времени или интенсивности. Кроме того, имеются расхожие данные о последствиях езды на велосипеде на мочеполовую систему у мужчин. Чтобы проанализировать взаимосвязь между интенсивностью езды на велосипеде и симптомами мочевыводящих путей, эректильной дисфункцией и недержанием мочи, ученые из Испании провели обзорное исследование. Были включены 58 мужчин в возрасте от 25 до 70 лет, которые ездили на велосипеде более одного года.

Результаты показали, что существует корреляция между числом лет регулярной езды на велосипеде и наличием симптомов со стороны предстательной железы, а также между возрастом и эректильной дисфункцией.

Таким образом, это исследование дополняет имеющуюся информацию о том, что практика высокоинтенсивной езды на велосипеде, по-видимому, отрицательно влияет на функции тазового дна у некоторых мужчин. Необходимы дальнейшие исследования для разработки некоторых стратегий предотвращения этого профиля велосипедиста с учетом механических факторов, таких как положение велосипедиста или тип используемого седла. ■

*Источник: Molina-Torres G. et al. Is cycling practice related to men's pelvic floor dysfunctions? A hypothesis-generating observational study. Int J Environ Res Public Health. MDPI AG, 2021;18(4):1-9.*



## «Союз теории и практики» — девиз урологов ФМБА



**В.А. Шадеркина**  
Уролог, научный редактор Uroweb.ru, Москва

*11–12 октября 2021 г. состоялся очередной Конгресс урологов ФМБА «Союз теории и практики».*

**Ц**елью Конгресса было обсуждение наиболее социально значимых проблем в урологии, обмен опытом в применении современных инновационных технологий в диагностике и лечении урологических заболеваний, поиск новых направлений координации работы урологов ФМБА России, повышение профессионального уровня врачей.

Организаторами выступили Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России и ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Научный комитет возглавили **Сергей Владимирович Романов**, директор Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России, д.м.н.; **Павел Сергеевич Кызлазов** — главный внештатный уролог ФМБА России, ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, руководитель центра урологии и андрологии, заведующий отделением, д.м.н., профессор и **Вагиф Ахмедович Атдуев** — профессор кафедры ■



факультетской хирургии и трансплантологии ПИМУ, главный внештатный уролог МЗ Нижегородской области, главный уролог Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России, д.м.н., профессор.



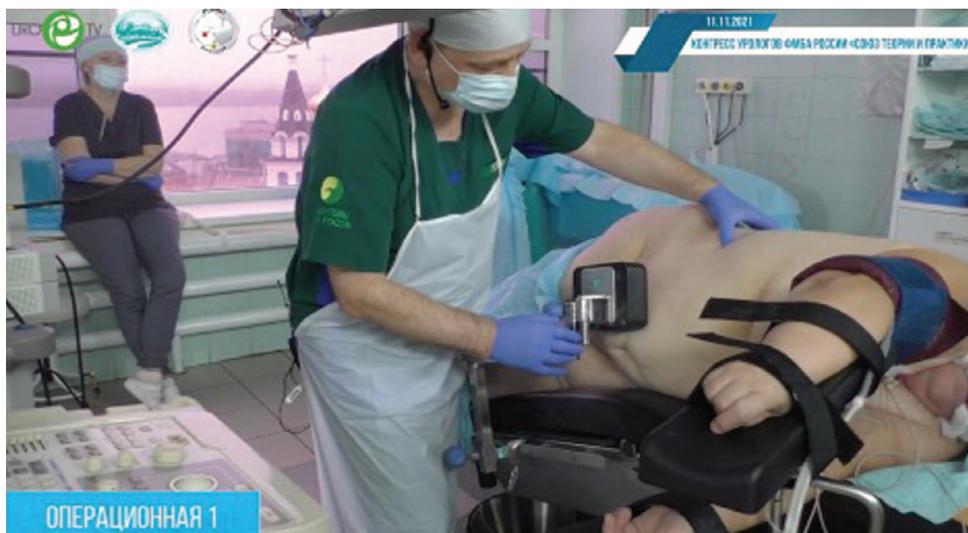
Информационная поддержка силами Uroweb.ru сделала возможным осуществление самых смелых планов организаторов. Всего в зале присутствовали 75 человек, онлайн-участников — 509, таким образом общее число участников составило 584 уролога.



На Конгрессе были рассмотрены темы:

1. Организация урологической помощи
2. Онкоурология
3. Реконструктивно-восстановительная урология
4. Эндоурология
5. Андрология
6. Функциональная урология

Во время Конгресса были выполнены 7 операций в 2-х операционных, которые с интересом наблюдали не только участники, присутствующие в зале, но и онлайн-участники



, просмотревшие трансляцию на Ugo.TV. Необходимо отметить, что несмотря на ограничения, связанные с пандемией, организаторами были соблюдены все противоэпидемические меры, и очное пребывание участников было не только комфортным, но и безопасным.

Теоретическая часть Конгресса проводилась во второй день и вызвала не меньший интерес у урологов, чем хирургическая часть мероприятия. Более того, многие доклады не завершались по окончании выступления спикера, а продолжались в виде дискуссий и споров.

Наиболее пристальное внимание в секции «Онкоурология» вызвали доклады по раку предстательной железы, потому что хирургическое лечение при данном заболевании безотрывно связано с дальнейшим медикаментозным сопровождением пациентов. Доклады С.Н. Дмитриади «Современные подходы к лечению больных раком предстательной железы высокого риска и местно-распространенной формой», В.А. Атдуева «Пациент-ориентированный подход в лечении метастатического гормоно-чувствительного рака ПЖ», А.В. Семенова «*Эрлеада* в лечении неметастатического КРРПЖ с высоким риском метастазов» стали своеобразной школой мастерства









среди онкоурологов. Докладчики терпеливо и подробно ответили на все вопросы, которые задавала аудитория из зала, причем без внимания не остались и вопросы, которые задавали онлайн-участники из чата на Uro.TV. Докладчики согласились с общими выводами о том, что *Эрлеада* (апалутамид) компании Janssen — оптимальный препарат для ведения пациентов с мГЧРПЖ, причем его раннее назначение вместе с АДТ может значительно улучшить общую выживаемость и отдалить прогрессию РПЖ.

Другие доклады раскрывали вопросы эластометрии в диагностике РПЖ (*П.И. Рыхтик*, к.м.н., заведующий отделением лучевой диагностики ПОМЦ ФМБА России, Нижний Новгород), варианты деривации мочи у пациентов с урологическими заболеваниями с акцентом на рак мочевого пузыря. Были разобраны различные варианты отведения мочи, профилактика ранних и поздних осложнений после определенных видов уродериваций (профессора *В.А. Перенечай*, Ростов-на-Дону). Интерес вызвала лекция по осложнениям радикальной цистэктомии, тоже представленная ростовскими коллегами.

Секция «Малоинвазивные технологии в урологии» была отмечена докладами по мочекаменной болезни (*Д.В. Абрамов*), кистам почек (*Е.А. Пронкин*), методам коррекции переднего тазового пролапса (*С.А. Костромеев*), лапароскопической коррекции различных мочевого свищей (*А.Е. Санжаров*). ■



Традиционно сильная сторона урологии ФМБА — реконструктивная урология — была в очередной раз подтверждена выступлениями главного уролога ФМБА профессора **П.С. Кызласова** по болезни Пейрони, возможностям консервативного ведения пациентов в остром периоде (препарат **Пейрофлекс**, компания SHPHARMA), новым препаратам патогенетического лечения эректильной дисфункции — **Эделим** (компания SHPHARMA).

Все участники — как очные, так и заочные — могли посетить лично или виртуально — выставку компаний спонсоров, представивших самые прогрессивные продукты для консервативного и хирургического лечения урологических пациентов. ■

**В 2022 г. Конгресс урологов ФМБА «Союз теории и практики» пройдет 18–19 ноября в Санкт-Петербурге.**

### НАШИ ПАРТНЕРЫ:



## Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор: Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Зам. главного редактора: Сивков Андрей Владимирович
- »» Шеф-редактор: Шадеркин Игорь Аркадьевич

### Специальные корреспонденты:

- »» Красняк Степан Сергеевич
  - »» Зеленская Мария Петровна
  - »» Коршунов Максим Николаевич
  - »» Болдырева Юлия Георгиевна
  - »» Асланова Юлия Георгиевна
- 
- »» Дизайн и верстка: Белова Оксана Анатольевна
  - »» Корректор: Ниофитова Наталья Валентиновна

Тираж 3000 экземпляров

Распространение бесплатное — Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория — урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105094, г. Москва, Золотая улица, 11. БЦ «Золото»,  
офис 2Б12

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ  
№ ФС77-54663 от 09.07.2013

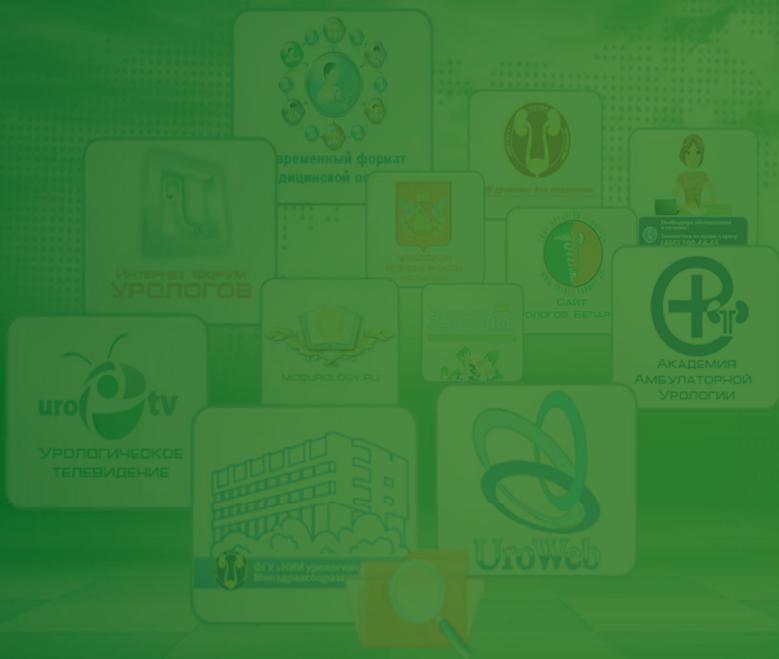
E-mail: [info@uromedia.ru](mailto:info@uromedia.ru)

[www.urodigest.ru](http://www.urodigest.ru)

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест  
обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать  
с мнением редакции.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.



**Издательский дом «УроМедиа»**