

УДК 616.6

<https://doi.org/10.21886/2308-6424-2026-14-2-11-18>

## Векторы развития урологии по итогам 41-го конгресса Европейской ассоциации урологов: взгляд эксперта

© Павел И. Раснер

Российский университет медицины [Москва, Россия]

### Аннотация

В статье представлен авторский обзор 41-го конгресса Европейской ассоциации урологов (EAU) — взгляд изнутри от участника мероприятия. По просьбе редакции журнала «Вестник урологии» обзор подготовил главный врач университетской клиники научно-образовательного института клинической медицины имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор Павел Ильич Раснер, который на основе личных впечатлений и анализа ключевых докладов выделил главные достижения и тренды мировой урологии. По убеждению автора, конгресс не просто подвёл итоги последних достижений, но и обозначил чёткий вектор развития на ближайшие годы: от цифровизации и риск-адаптированных программ скрининга до персонализированной медицины и комплексного подхода к репродуктивному здоровью мужчин. Представленные инновации уже сегодня меняют клиническую практику, а их масштабное внедрение обещает качественно новый уровень урологической помощи во всём мире.

**Ключевые слова:** конгресс EAU 2026; цифровая трансформация здравоохранения; скрининг рака предстательной железы; гиперплазия предстательной железы; мужская фертильность; персонализированная медицина

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки. **Раскрытие интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

✉ **Корреспондирующий автор:** Павел Ильич Раснер; [dr.rasner@gmail.com](mailto:dr.rasner@gmail.com)

**Поступила в редакцию:** 01.04.2026. **Принята к публикации:** 14.04.2026. **Опубликована:** 26.04.2026.

**Для цитирования:** Раснер П.И. Векторы развития урологии по итогам 41-го конгресса Европейской ассоциации урологов: взгляд эксперта. *Вестник урологии.* 2026;14(2):11-18. DOI: 10.21886/2308-6424-2026-14-2-11-18.

## Future directions in urology following the 41st European Association of Urology congress: an expert perspective

© Pavel I. Rasner

Russian University of Medicine (RosUniMed) [Moscow, Russia]

### Abstract

This article presents an insider's overview of the 41st Congress of the European Association of Urology (EAU), written from the perspective of a participant. At the request of the Editorial Board of "Urology Herald", the review was prepared by Prof. Pavel I. Rasner, MD, Dr.Sc.(Med), Chief Physician of the University Clinic of the Semashko Institute of Clinical Medicine. Drawing on his personal impressions and analysis of the key reports, the author highlights the major advances and emerging trends in contemporary urology. In his view, the congress not only summarized recent achievements but also delineated a clear trajectory for development in the coming years: from digital transformation and risk-adapted screening programmes to personalized medicine and an integrated approach to male reproductive health. The innovations presented are already reshaping clinical practice, and their wide-scale implementation promises to bring urological care worldwide to a qualitatively new level.

**Keywords:** EAU Congress 2026; digital transformation of healthcare; prostate cancer screening; benign prostatic hyperplasia; male fertility; personalized medicine.

**Funding.** This study received no external funding. **Conflict of interests.** The author declares no conflicts of interest.

✉ **Corresponding author:** Pavel I. Rasner; [dr.rasner@gmail.com](mailto:dr.rasner@gmail.com)

**Received:** 01.04.2026. **Accepted:** 14.04.2026. **Published:** 26.04.2026.

**For citation:** Rasner P.I. Future directions in urology following the 41st European Association of Urology congress: an expert perspective. *Urology Herald.* 2026;14(2):11-18. (In Russ.) DOI: 10.21886/2308-6424-2026-14-2-11-18.

## Введение

С 13 по 16 марта 2026 года мировое урологическое сообщество собралось в Лондоне на очередной 41-й конгресс Европейской ассоциации урологов [1]. В работе конгресса приняли участие более 10 тысяч участников. Помимо своей роли ежегодного конгресса Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), встреча знаменовала важный шаг в реализации цифровой стратегии организации. Центральное место занимает запуск инструмента поддержки клинических решений (ПКР) и развитие чат-бота на основе рекомендаций ЕАУ. Традиционный интерес вызвал вопрос целесообразности и оптимальной организации скрининга рака предстательной железы. Несколько панельных дискуссий и постерных сессий были посвящены широкой популяризации минимально инвазивных хирургических методов лечения у пациентов с СНМП / ГПЖ. В этом обзоре, конечно, невозможно изложить всё многообразие обсуждавшихся на конгрессе вопросов, поэтому я попытался сконцентрироваться на некоторых, показавшихся мне наиболее значимыми...

## «Цифровая урология» — руководство ЕАУ дополнено новым инструментом поддержки принятия клинических решений и чат-ботом

Данные нововведения продолжают развитие ранее начатой работы по внедрению мобильного приложения с клиническими рекомендациями. Это обеспечивает доступ к рекомендациям с мобильных устройств и позволяет врачу применять их непосредственно в клинической практике.

Инструмент поддержки клинического решения сосредоточен на урологических инфекциях и помогает врачам различных специальностей — урологам, инфекционистам, терапевтам и врачам общей практики. Он преобразует сложные алгоритмы в понятные пошаговые схемы, позволяя принимать обоснованные решения по диагностике, лечению, наблюдению и профилактике.

Чат-бот «ЕАУ Рекомендации» является важным цифровым помощником. Пользователи могут задавать вопросы и получать быстрые ответы на основе доказательных рекомендаций. Приложение превращает клинические алгоритмы в удобный диалог и служит не только инструментом экономии

времени, но и образовательным ресурсом.

Итак, мобильное приложение, чат-бот и инструмент поддержки клинического решения формируют единую цифровую экосистему, направленную на повышение качества медицинской помощи и внедрение доказательной медицины в повседневную практику.

## PRAISE-U — программа скрининга рака предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) был и остаётся одной из наиболее обсуждаемых на конгрессе проблем. Большинство спикеров согласно с тем утверждением, что именно совершенствованию системы ранней диагностики РПЖ следует уделять наибольшее внимание. Работами последних лет убедительно доказано, что скрининг РПЖ способствует снижению специфической смертности от данного заболевания. Тем не менее программы скрининга по-прежнему не получили повсеместного распространения. С другой стороны, тестирование уровня простатспецифического антигена (ПСА) широко используется во многих странах. Следует признать, что один этот инструмент не позволяет заменить систему ранней диагностики и демонстрирует ограниченное влияние на снижение смертности от РПЖ, становясь частой причиной гипердиагностики. Учитывая, что практика ПСА-тестирования уже прочно укоренилась и вряд ли будет прекращена, наиболее рациональной стратегией является трансформация этой деятельности в популяционные программы скрининга, включающие риск-ориентированные стратегии, калькуляторы риска, биомаркеры и современные методы визуализации. Это может привести к повышению выявляемости клинически значимого РПЖ при одновременном снижении числа необоснованных МРТ-исследований и биопсий.

В рамках инициативы EU4Health, направленной на изучение возможностей внедрения пилотных программ скрининга РПЖ, в 2023 году был инициирован проект «Европейская инициатива по повышению осведомлённости и организации скрининга рака предстательной железы» (PRAISE-U). Цель проекта заключается в формировании доказательной базы и разработке рекомендаций по внедрению риск-ориентированных популяционных моделей

скрининга РПЖ в практику систем здравоохранения европейских стран.

Проект PRAISE-U рассчитан на три года и в настоящее время вступил в завершающую фазу. В течение первых двух лет была сформирована комплексная база знаний, отражающая текущие практики ПСА-скрининга во всех государствах — членах Европейского союза (подробнее см. <https://uroweb.org/praise-u/>). Кроме того, уже в первый год реализации проекта были запущены пилотные внедрения, которые в настоящее время реализуются в пяти регионах: Польше (POL), Ирландии (IRE), Галисии (GAL, Испания), Альтее (ALT, Испания) и Литве (LIT). Эти пилотные внедрения отражают разнообразие систем здравоохранения и подходов к скринингу — от специализированных клиник скрининга РПЖ до моделей, основанных на участии врачей общей практики, а в ряде случаев с исключением их из маршрутизации пациента при сохранении информирования. Проект PRAISE-U является первым, в рамках которого реализуется алгоритм скрининга с двойной риск-стратификацией (до и после проведения МРТ). Алгоритм предусматривает проведение ПСА-скрининга у мужчин в возрасте 50 – 69 лет. Первый этап риск-стратификации применяется при уровне ПСА > 3 нг/мл и определяет необходимость направления пациента на МРТ. После выполнения МРТ повторная стратификация риска позволяет определить тактику ведения: пациенты с очагами PI-RADS 3 направляются на биопсию при наличии дополнительных факторов риска, тогда как пациенты с PI-RADS 4 – 5 подлежат прямому направлению на биопсию под контролем МРТ.

Несмотря на использование единого алгоритма, отдельные его этапы могут варьироваться в зависимости от особенностей национальных систем здравоохранения с целью обеспечения оптимальной реализации. Так, в ирландском пилотном проекте оценивается возможность проведения ПСА-тестирования в домашних условиях как альтернатива лабораторному забору крови. Методы оценки объема предстательной железы также различаются и включают пальцевое ректальное исследование, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование. Подходы к первичной риск-стратификации (до МРТ)

варьируются от использования плотности ПСА (пороговое значение 0,10 нг/мл<sup>2</sup>) до применения калькулятора риска РПЖ Rotterdam Prostate Cancer Risk Calculator (RPCRC). Все полученные данные будут интегрированы в платформу UroEvidenceHub, формируя централизованный ресурс для мониторинга, оценки и научных исследований в области популяционного скрининга РПЖ.

Аналитическая часть проекта включает три основных направления: психосоциальный анализ, оценка экономической эффективности и клинические исследования. Психосоциальный компонент предусматривает сбор данных от участников, неучастников и других заинтересованных сторон с использованием анкетирования на различных этапах алгоритма, а также проведение фокус-групп с участием пациентов, медицинских работников, административного персонала и представителей региональных органов здравоохранения. Анализ экономической эффективности основывается на объединении данных участников с локальными экономическими показателями, включая затраты на персонал, проведение МРТ и биопсий. Клинические данные собираются на каждом этапе диагностического алгоритма. Мониторинг реализации проекта осуществляется с использованием ключевых показателей эффективности, разработанных в первый год реализации проекта.

На текущий момент разослано более 80 000 приглашений к участию (Польша — 52 995, Ирландия — 7 950, Галисия — 14 000, Литва — 10 291). Уровень участия существенно варьируется между регионами: 6,5% в Польше, 10% в Ирландии, 40% в Галисии, 42% в Альтее и 23% в Литве. Большинство участников указывали, что приняли участие в скрининге, поскольку считают это необходимым при наличии такой возможности. Среди участников 45 – 60% составляют мужчины старше 60 лет; подавляющее большинство идентифицировало себя как представители европеоидной расы (> 85%) и более 70% состоят в браке.

Первичный этап риск-стратификации позволил снизить количество направлений на МРТ на 25 – 60%. Наибольшее сокращение отмечено в Галисии (до 60%), где для оценки объема предстательной железы используется трансректальное ультразвуку-

ковое исследование (ТРУЗИ), тогда как наименьшее — в Ирландии, где применяется пальцевое ректальное исследование. Доля пациентов с патологическими результатами МРТ (PI-RADS  $\geq 3$ ) варьировалась между центрами в пределах 40 – 80%. В Альтее, где в качестве критерия первичной риск-стратификации используется исключительно плотность ПСА (PSA-D) в качестве инструмента риск-стратификации (а не риск-калькулятора), доля мужчин с результатами PI-RADS 1 – 2 была выше по сравнению с другими центрами (60% против 25 – 30%).

После второго этапа риск-стратификации число направлений на биопсию снизилось на 35 – 70%. Среди мужчин, которым была выполнена биопсия, общая частота выявления РПЖ варьировалась от 55 до 85%, при этом 40 – 80% выявленных случаев были классифицированы как клинически значимые. Снижение числа направлений на МРТ и биопсию имеет особое значение для общей реализуемости проекта, поскольку внедрение алгоритма с использованием данных диагностических методов может создавать существенную нагрузку на локальные ресурсы. Несмотря на то что алгоритм обеспечивает приемлемую частоту выявления рака у пациентов, подвергшихся биопсии, диапазон выявления клинически значимого РПЖ значительно варьируется. Вероятно, это отражает различия в исходных характеристиках риска между участвующими популяциями, что частично объясняется наличием сохраняющегося оппортунистического тестирования.

Показатели участия в проекте PRAISE-U (7 – 43%) в целом сопоставимы с результатами других исследований скрининга РПЖ (BARCODE — 16%, OPT — 35%, ProScreen — 51%, Gothenburg — 2 – 47%). Каждое исследование сталкивается с собственными специфическими трудностями. В ряде случаев основные проблемы связаны со сбором данных, в других — с получением этического одобрения или организационно-логистическими аспектами внедрения. В отдельных центрах отмечаются политические барьеры. Причины более низкого, чем ожидалось, уровня участия различаются и включают значительную удалённость медицинских центров и сложности, связанные с использованием ПСА-тестирования. В ближайшие годы всё

больше государств — членом ЕС будет инициировать пилотные исследования риск-ориентированного скрининга РПЖ. Одной из уже реализуемых инициатив является EUCanScreen — европейское совместное действие по скринингу онкологических заболеваний. Дополнительная информация доступна на сайте: <https://eucanscreen.eu/>.

### Проблемы нарушения мужской фертильности

Снижение рождаемости является глобальной проблемой, оказывающей значительное влияние на общественное здоровье, социальные структуры и экономическую стабильность. Фертильность у мужчин и женщин определяется сложным взаимодействием социальных, экономических, экологических и генетических факторов. Особенно выражено снижение мужской фертильности, наблюдаемое во многих регионах, что связано с изменением образа жизни, воздействием факторов окружающей среды, метаболическими нарушениями, а также с поздним родительством и социально-экономическим давлением. На конгрессе активно обсуждались проблемы снижения рождаемости, анализировались биологические и социальные механизмы, лежащие в основе уменьшения мужской фертильности, влияние экологических и генетических факторов, а также последствия для будущего здоровья населения.

Темпы снижения рождаемости беспрецедентны. По данным Организации Объединённых Наций, среднемировой индекс фертильности снизился с 4,7 в 1950 году до 2,4 в 2025 году, при этом в большинстве стран с высоким и средним уровнем дохода прогнозируется дальнейшее сокращение рождаемости. Эта демографическая трансформация влечёт за собой серьёзные последствия, включая старение населения, сокращение численности рабочей силы, рост коэффициента зависимости и потенциальную экономическую стагнацию. Хотя традиционно основное внимание уделялось женскому репродуктивному здоровью, мужская фертильность является критически важным фактором демографических тенденций и индивидуальных репродуктивных исходов. Недавние метаанализы показывают, что у мужчин в западных странах количество сперматозоидов снизилось

более чем на 50% за последние 50 лет, и эта тенденция, вероятно, наблюдается и в других регионах. Среди факторов, влияющих на снижение фертильности, выделяют метаболические нарушения (ожирение, диабет), воздействие эндокринных разрушителей, поведенческие факторы образа жизни и социальные детерминанты, такие как позднее родительство и экономическое давление. Понимание этих факторов имеет решающее значение для решения глобального кризиса рождаемости, разработки превентивных стратегий и внедрения мероприятий, направленных на улучшение репродуктивных исходов у мужчин.

Среди социальных факторов особенно выделяется позднее родительство. Всё больше людей откладывает рождение детей из-за более высокого уровня образования, карьерных требований, экономической нестабильности и социальных ожиданий, связанных с браком и формированием семьи. Позднее родительство имеет важные биологические последствия: мужская фертильность постепенно снижается с возрастом из-за ухудшения качества спермы. С течением времени ухудшаются концентрация, подвижность и морфология сперматозоидов, а увеличение фрагментации ДНК сперматозоидов ассоциируется с более низкой частотой оплодотворения, нарушением развития эмбриона и повышенным риском выкидышей. Генетические факторы, включая полиморфизмы генов андрогенового рецептора, рецептора ФСГ и сперматозоид-специфических генов, дополнительно влияют на репродуктивный потенциал.

Кроме того, эпигенетические изменения, индуцированные воздействием факторов окружающей среды, включая эндокринно-разрушающие соединения, могут нарушать целостность ДНК сперматозоидов и потенциально передаваться потомству, оказывая влияние на здоровье последующих поколений.

Повышенный возраст отца связан с ростом риска нарушений развития — аутистическими изменениями, шизофренией и врождёнными анатомическими аномалиями.

Урбанизация, ориентация на малодетные модели семьи и трансформация гендерных норм влияют на репродуктивные решения, зачастую приводя к числу детей,

меньшему по сравнению с изначально желаемым. Рост участия женщин в производственном процессе нередко ассоциируется с отсрочкой рождения первого ребёнка, тогда как культурные ожидания и социальное давление формируют репродуктивное поведение, иногда создавая разрыв между планируемым и фактическим размером семьи.

Экономическая нестабильность и неустойчивость занятости являются ключевыми барьерами для формирования семьи. Рост стоимости жизни, жилищная нестабильность и волатильность рынков труда снижают готовность пар к рождению детей, тогда как социально-экономический стресс ассоциируется с ухудшением мужского репродуктивного здоровья, включая гормональную дисрегуляцию, снижение либидо и изменения качества эякулята. Лечение бесплодия, в частности экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), является дорогостоящим и во многих странах с низким и средним уровнем дохода остаётся малодоступным, что приводит к отсрочке диагностики и лечения. Баланс между работой и личной жизнью представляет собой ещё один значимый социоэкономический фактор. Продолжительный рабочий день и ограниченная продолжительность отцовского отпуска способствуют откладыванию репродуктивных решений и могут косвенно влиять на мужское репродуктивное здоровье через профессиональный стресс, малоподвижный образ жизни и неблагоприятные поведенческие привычки.

Ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания также негативно влияют на уровень тестостерона, качество сперматозоидов и репродуктивные исходы. Метаболический гипогонадизм — состояние, характеризующееся снижением выработки тестостерона на фоне метаболической дисфункции, представляет собой ключевое звено, связывающее метаболическое здоровье и снижение мужской фертильности.

Проблемы экологии дополнительно усложняют и без того непростую картину. Эндокринно-разрушающие соединения, включая фталаты, бисфенол А и различные пестициды, без которых невозможна современная агротехника, ассоциированы со снижением концентрации сперматозоидов, нарушением уровня тестостерона и угнетением сперматогенеза.

Мужское репродуктивное здоровье остаётся критически важным, но часто недооцениваемым компонентом стратегий общественного здравоохранения, направленных на поддержание демографической устойчивости и социально-экономической стабильности общества.

### **Операция пациенту с СНМП / ГПЖ. Когда делать и какую методику использовать?**

Минимально инвазивные хирургические методы лечения (МИХЛ) гиперплазии предстательной железы (ГПЖ) за последнее десятилетие значительно расширились, предлагая пациентам более быстрое восстановление и сохранение сексуальной функции по сравнению с традиционной трансуретральной резекцией простаты (ТУРП).

В ходе панельной дискуссии живое обсуждение вызвал вопрос о доказанной эффективности МИХЛ, долгосрочности результатов, функциональных исходах операции и уровне удовлетворённости пациентов. Являются ли МИХЛ лишь промежуточным этапом перед неизбежной «радикальной» операцией или представляют собой полноценное долгосрочное решение? ТУРП на протяжении десятилетий остаётся «золотым стандартом» лечения ГПЖ, обеспечивая выраженное улучшение симптомов и стойкие результаты, однако сопровождается ретроградной эякуляцией в 60 – 80% случаев, эректильной дисфункцией — в 5 – 9% случаев, а также операционными осложнениями, включая кровотечения и ТУР-синдром. Ранее указанные недостатки легли в основу разработки менее инвазивных альтернатив, таких как гольмиевая лазерная энуклеация простаты (HoLEP) и прочих МИХЛ.

С 2010 года уретральный лифтинг простаты (PUL / UroLift), термотерапия водяным паром (Rezum), аквабляция (Aquablation), эмболизация простатических артерий (PAE), а также более новые устройства, такие как iTIND (временно имплантируемое нитиновое устройство), существенно изменили подход к хирургическому лечению ГПЖ. Эти методы обеспечивают сокращение сроков катетеризации, возможность выполнения в амбулаторных условиях, менее выраженную болевую симптоматику в послеоперационном периоде и сохранение сексуальной функции. Однако долго-

срочные данные показывают, что некоторые МИХЛ характеризуются значительно более высокими показателями повторных вмешательств и менее выраженным улучшением симптомов по сравнению с ТУРП, что вызывает сомнения в том, заменяют ли они традиционное хирургическое лечение или лишь откладывают его. Необходимость повторного вмешательства после МИХЛ возникает в 4 – 25% случаев в течение 5 лет. Систематический обзор и метаанализ частоты повторных вмешательств через 5 лет (2024) показал следующие результаты:

- аквабляция — 4 – 6%;
- Rezum — 4 – 5%;
- PUL (UroLift) — 20 – 25%;
- ТУРП — 6 – 10%;
- HoLEP — 6 – 7%.

С механистической точки зрения большинство МИХЛ оставляет значительный объём гиперплазированной ткани (процедуры компрессионного, а не эксцизионного типа), что предрасполагает к повторному росту ткани и рецидиву симптомов. В противоположность этому HoLEP и аквабляция обеспечивают удаление или абляцию всей аденоматозной ткани, более точно воспроизводя «анатомический» эффект открытой простатэктомии или полной энуклеации.

Рандомизированные исследования и проспективные серии показывают, что большинство МИХЛ обеспечивает клинически значимое улучшение по шкале симптомов простаты (IPSS) и максимальной скорости потока мочи (Qmax) через 12 месяцев. Наибольшее снижение IPSS (обычно на 15 – 17 баллов) наблюдается при аквабляции и ТУРП, за ними следует HoLEP (часто превосходящая другие методы при больших объёмах простаты), тогда как Rezum и PUL обеспечивают более умеренное, но тоже значимое улучшение (примерно на 10 – 12 и 8 – 10 баллов соответственно). Улучшение Qmax демонстрирует аналогичную тенденцию: ТУРП и HoLEP обеспечивают наибольший прирост данного показателя, несколько меньший при аквабляции, тогда как PUL и Rezum обеспечивают более умеренные улучшения.

Наиболее значимым преимуществом ряда МИХЛ является сохранение эякуляции. Традиционная ТУРП сопровождается ретроградной эякуляцией примерно у 60 – 80% пациентов, тогда как PUL, Rezum, PAE, аквабляция и некоторые модификации ТУРП

с сохранением эякуляции демонстрируют значительно более высокую частоту сохранения антеградной эякуляции. Согласно обобщающему обзору:

- PUL (UroLift) — сохранение эффективной эякуляции в 80 – 90% случаев; в исследовании ВРН6 — 100% через 2 года;
- PAE — 70 – 90%, в одном исследовании — 88,5% через 12 месяцев;
- Rezum — 70 – 90%, при этом у одной трети пациентов отмечаются незначительные изменения;
- аквабляция — 60 – 80% в клинических исследованиях и более 95% при использовании техник сохранения эякуляции;
- модификации ТУРП с сохранением эякуляции — 50 – 80% (в зависимости от техники);
- стандартная ТУРП — обычно 10 – 20% сохранения;
- HoLEP — нарушение эякуляции примерно у 60 – 70% пациентов, сохранение — у 30 – 40%.

Эти данные подтверждают целесообразность применения PUL, Rezum, PAE и аквабляции у пациентов, для которых принципиально важно сохранение эякуляторной функции, особенно у молодых и сексуально активных мужчин.

Профиль безопасности — важный показатель эффективности хирургической методики. Аквабляция ассоциирована с более высокой частотой серьёзных осложнений — около 14%, особенно у пациентов с объёмом простаты менее 70 мл. PUL показал более высокую частоту острой задержки мочи в раннем послеоперационном периоде (10,9%, IQR 9,2 – 12,3%), тогда как у 1,4% пациентов, получавших лечение методом iTIND, отмечались серьёзные периоперационные осложнения. Инфекции мочевых путей преимущественно регистрировались в исследованиях, оценивающих Rezum. PUL, как правило, не ассоциируется со значимым увеличением частоты эректильной дисфункции, однако характеризуется более высоким уровнем повторных вмешательств.

ТУРП, напротив, сопровождается более высокой частотой нарушений эякуляции и периоперационных рисков, но меньшей частотой повторных операций; Rezum занимает промежуточное положение по большинству параметров. В то же время HoLEP обеспечивает низкую частоту гемотранс-

фузий, минимальный риск ТУР-синдрома и высокий объём удалённой аденоматозной ткани, однако требует выраженной кривой обучения и может приводить к недержанию мочи или нарушениям эякуляции у части пациентов. Эти нюансы имеют критическое значение для индивидуализированного консультирования.

Опросы и исследования дискретного выбора показывают, что урологи нередко переоценивают значение минимальной инвазивности и недооценивают важность долговечности эффекта. Это становится очевидным из ответов самих пациентов. В исследовании мужчин, рассматривающих Rezum, 97% оценило «избежание повторного лечения ГПЖ» как очень важный фактор, 88% — быстрое возвращение к обычной активности, 79% — короткий период восстановления, 57% — минимальное время ожидания лечения, и 51% — желание избежать анестезии. Побочные сексуальные эффекты имели значение, но в общей выборке занимали более низкий приоритет, чем долговечность и скорость восстановления.

Более молодые, сексуально активные мужчины значительно чаще предпочитают сохранение эякуляции и эректильной функции, тогда как пожилые пациенты склонны больше ценить долговременный контроль симптомов и снижение риска повторных вмешательств. Тем не менее для большинства пациентов, независимо от возраста, вероятность повторного хирургического вмешательства в течение нескольких лет является значимым фактором неудовлетворённости.

У мужчин с крупной предстательной железой (> 80 мл), выраженной средней долей, тяжёлой обструкцией или острой/хронической задержкой мочи и высоким исходным уровнем симптомов, МИХЛ с большей вероятностью выступает лишь промежуточным этапом перед последующим HoLEP или ТУРП. В таких случаях первичное радикальное удаление аденомы (например, HoLEP) может больше соответствовать интересам пациентов. В то же время у ослабленных пациентов, больных с высоким анестезиологическим риском или мужчин, для которых сохранение эякуляции является приоритетом над максимальным улучшением потока мочи, МИХЛ может быть оптимальным хирургическим вариантом. В таких случа-

ях долговечность результата может быть вторичной по отношению к безопасности, скорости восстановления и сохранению функции.

Будущее лечения ГПЖ смещается в сторону персонализированной медицины, при этом основная проблема связана не с технологией, а, скорее, с правильной коммуникацией с пациентом. Пациент-ориентированный подход должен включать следующее:

- необходимость индивидуального обсуждения риска повторного вмешательства и вероятного временного положительного эффекта после перенесённого хирургического лечения;
- чёткое объяснение компромиссов в отношении сексуальной функции (эякуляция,

эрекция) и континенции в зависимости от объёма хирургического вмешательства, с учётом возраста пациента и его сексуальных приоритетов.

### Заключение

Итоги 41-го конгресса ЕАУ (Лондон, 2026) показали, что цифровая трансформация и индивидуализация лечения становятся основой современной урологии. Проект PRAISE-U доказал потенциал рискориентированного скрининга РПЖ, снизив число необоснованных биопсий на 35 – 70%. Одновременно внимание специалистов сфокусировано на сохранении репродуктивного здоровья мужчин и совершенствовании минимально инвазивных методик при ГПЖ.

### Список литературы | References

1. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress London 2026. ISBN 978-94-92671-19-6.

### Сведения об авторе | Information about the author

Павел Ильич Раснер — д-р мед. наук, профессор | Pavel I. Rasner — Dr.Sc.(Med), Full Prof.  
<https://orcid.org/0000-0001-8383-3507>; [dr.rasner@gmail.com](mailto:dr.rasner@gmail.com)