

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,
№ 3, 2018
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року
Періодичність — 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро
2018



РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор

С.О. Возіанов

Заступник головного редактора

В.П. Стусь

Відповідальний секретар

М.Ю. Поліон

Члени редколегії:

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,
В.Ф. Петербургський,
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,
Н.О. Сайдакова**

Редакційна рада:

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)
В.І. Бачурін (Запоріжжя)
Анджей Боровка (Варшава, Польща)
О.В. Говоров (Москва, Росія)
В.М. Григоренко (Київ)
Ю.М. Гурженко (Київ)
В.С. Дзюрак (Київ)
В.І. Зайцев (Чернівці)
М.О. Колесник (Київ)
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)
О.Г. Резніков (Київ)
В.С. Сакало (Київ)
Л.П. Саричев (Полтава)
Е.О. Стаховський (Київ)
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)
М.І. Ухаль (Одеса)
Петр Хлоста (Краків, Польща)
В.В. Черненко (Київ)
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:
вул. Вернадського, 9, к. 52
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:
+38 (0562) 46-30-93
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua
e-mail: urologyjournal@yahoo.com
polion@bigmir.net**

Засновники:
ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво:
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»
включено до переліку видань,
в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних базах даних:
РІНЦ (Russian Science Citation Index),
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.
Затверджено на засіданні Вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
20.09.2018 р. (протокол № 1)
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

Передплатний індекс 48350

*Передруковувати матеріали
із журналу «Урологія»
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081
тел. (056) 794-61-04(05)
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



8 6 >

9

772307 527009

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ОРГАНОВ МОШОНКИ И ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, Н.Ю. Полион¹,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, Е.П. Украинец⁶, В.Н. Краснов⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Диагностика гипогонадизма при выраженной симптоматике заболевания не представляет трудностей, особенно на поздних этапах полового созревания или в постпубертате. Гипогонадизм у взрослых, приводящий к прекращению или снижению половой функции, бесплодию, различного рода соматических и нервно-психических заболеваний, нередко начинается на самых ранних этапах онтогенеза.

Препубертатные формы вторичного гипогонадизма (врожденные или приобретенные) характеризуются выраженным недоразвитием половых органов и вторичных половых признаков. Однако при этом определенные трудности представляет дифференциальная диагностика первичных и вторичных форм тестикулярной недостаточности. Это необходимо для решения основного вопроса, а именно тактики лечения данного контингента пациентов. Для этой цели в настоящее время кроме анамнеза и оценки физических параметров полового развития, проводится определение содержания в сыворотке крови половых и гонадотропных гормонов: тестостерона (Т), эстрадиола (Э2), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ). Одним из самых важных тестов диагностики гипогонадизма является исследование у пациентов уровней гонадотропинов в крови. По их уровню можно судить о генезе заболевания. Для установления степени андрогенной недостаточности необходимо определение содержания в крови общего и свободного Т.

При выявлении первичного гипогонадизма отмечается повышение уровня ФСГ и ЛГ в крови. При вторичном гипогонадизме и задержке полового развития уровни ФСГ и ЛГ снижены, а иногда находятся в пределах нормы.

Следует отметить, что в настоящее время отсутствуют четкие возрастные нормативы половых и гонадотропных гормонов у мальчиков и подростков. Поэтому приходится ориентироваться на нормы, установленные для взрослых мужчин.

Вторичному препубертатному гипогонадизму свойственно геноидно-евнухоидное телосложение с уменьшением размеров кистей, стоп, нижней части лица, с выраженной феминизацией, гипотрофией полового члена, мошонки, наличием фимоза. Яички имеют дрябловатую консистенцию, уменьшены в объеме. У больных гипогонадизмом пубертатного возраста окружность яичек не превышает 5 см (норма — 9–13 см).

С целью выявления гипогонадного гипогонадизма (ГГ) и других андрологических заболеваний у мальчиков, подростков и юношей мы проводим андрологические осмотры мальчиков от рождения и до окончания средней школы или средних специальных учебных заведений, при прохождении медосмотров, при оформлении на работу в районе обслуживания нашего КУ «Днепропетровской городской больницы № 12» ДГС».

При выявлении нарушения полового развития — динамическое наблюдение за этими мальчиками до 11–13 лет с устранением урологической патологии органов мошонки, полового члена и паховых областей. У пациентов в 13–14-летнем возрасте в зависимости от степени андрогенной недостаточности выполняется комплексное лабораторное обследование и иммуноферментное исследование гормонов гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и половых гормонов.

В последние годы в связи с реформированием системы здравоохранения отмечены существенные затруднения в диагностике данной

патологии. Это во многом связано с малой осведомленностью семейных врачей с проблемой гипогонадных состояний у мальчиков и подростков и нарушением налаженной системы ежегодных медицинских школьных осмотров.

Лечение препубертатных форм вторичного ГГ начинаем с 14 лет. Применяем андрогено-стимулирующую терапию для инициации развития и поддержания вторичных половых признаков. Однако терапия препаратами тестостерона не приводит к увеличению размеров яичек и восстановлению фертильности. Альтернативный метод лечения ГГ предусматривает назначение стимулирующей гормональной терапии препаратами гонадотропных гормонов.

С 14-летнего возраста при явлениях вторичного гипогонадизма проводим комплексную медикаментозную терапию препаратами хорионического гонадотропина (ХГ) в 3–4 цикла по 12 недель каждый.

Целью терапии ГГ является формирование вторичных половых признаков, половых органов, мужского строения тела, а в дальнейшем, по показаниям, назначение поддерживающей гормональной терапии андрогенами для обеспечения должной половой функции и сексуального поведения у подростков и молодых мужчин.

С 1985 года мы занимаемся лечением вторичного ГГ подростков и молодых мужчин. В своей практике мы применяли препараты ХГ Профази (фирма Serono), Прегнил (фирма Organon), ХГ (Россия). Последние 12 лет применяем препараты Хорагон и Менопур (Ferring).

В результате лечения Хорагоном и Менопуром у большинства подростков наблюдается увеличение яичек, мошонки и полового члена, развитие вторичных половых признаков, увеличение концентрации тестостерона в крови.

Согласно исследованиям ряда авторов и нашими данными монотерапия Хорагоном у пациентов с ГГ приводит к нормализации параметров спермограммы у 16,7–20% пациентов, которые начинали лечение в возрасте 14–15 лет. При этом уровни гонадотропинов в их крови достоверно повышались, наблюдалось существенное увеличение размеров яичек.

В то же время необходимо помнить, что применение Хорагона у больных с вторичным ГГ нормализует уровень тестостерона в крови большинства пациентов, но далеко не у всех иницирует сперматогенез.

Вводим Хорагон по 1500 МЕд 3 раза в неделю в течение 3 месяцев с перерывом 1 мес. Лечение длится в течение 1–2 лет.

С целью усиления действия гонадотропинов в комплекс лечения включаем АТФ, Ретаболил, глютаминовую кислоту, Гепадиф, Метандростенолон, Тиосульфат Натрия, Аевит.

В перерывах между курсами стимулирующей терапии ХГ, уровень тестостерона может снижаться. В этот период необходимо назначать препараты тестостерона.

Препубертатные гипогонадные состояния с выраженной недостаточностью полового развития нуждаются в применении на первых этапах лечения ударных доз андрогенов. Они должны обеспечить соответствующее развитие половых органов и вторичных признаков мужского пола. При этом используем пролонгированные препараты тестостерона (Сустанон-250, Омнадрен-250, Тестостерон энантат). Рекомендуются начинать лечение у подростков при достижении костного возраста — 13–15 лет. Препараты вводим внутримышечно с интервалом 3–4 недели. В дальнейшем переходим на поддерживающий курс андрогенотерапии. В качестве поддерживающей терапии также назначаем таблетированные формы андрогенов (Андриол, Провирон).

С 2007 года пациентам с 15-летнего возраста назначаем Небидо по 1000 мг 1 раз в 3 месяца. Применяем комбинацию Небидо и Провирона.

С целью улучшения сперматогенеза и поддержания концентрации тестостерона на должном уровне последние годы этим пациентам в комплекс лечения включаем Трибекс (Базкид Фарм Групп, Украина). Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (Трибекс) при олигозооспермии улучшает подвижность, количество сперматозоидов, улучшает их морфологию, увеличивает уровень тестостерона крови и ЛГ при уменьшении ФСГ.

В комплексном лечении вторичного гипогонадизма у подростков важную роль играет гормоноредуцированная терапия:

- регулярное и полноценное питание;
- продукты пчеловодства;
- адаптогены растительного и животного происхождения;
- витамины и витаминные комплексы;
- вещества, влияющие на микроциркуляцию и сосудистый тонус половых органов;
- метаболиты и ферменты, регулирующие обмен веществ;
- системная энзимотерапия.

Гипогонадотропный гипогонадизм нуждается в своевременной диагностике и комплексном лечении. Самым благоприятным периодом для лечения является поздний препубертатный

и ранний пубертатный периоды. Наши наблюдения показывают, что эффективность терапии ХГ

существенно снижается, если начинать проводить лечение пациентов в 17–18-летнем возрасте.

К ВОПРОСУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗОВ У МАЛЬЧИКОВ

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, Е.П. Украинец², Е.А. Квятковский³,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, В.Н. Краснов²*

¹ КУ «Днепропетровская ГБ №12»

² КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП №4»

Частым пороком развития полового члена является фимоз — сужение крайней плоти, препятствующее освобождению головки полового члена из препуциального мешка. Это состояние часто наблюдается у новорожденных мальчиков. При фимозе внутри препуциального мешка скапливается беловатое сальное вещество (сmegма), продуцируемое железами, расположенными на головке полового члена. Smegма может сгущаться, инкрустироваться солями, а при присоединении инфекции — разлагаться, вызывая воспаление головки и крайней плоти полового члена (баланопостит), что в дальнейшем может привести к развитию рака полового члена. Выраженный фимоз может вызывать затруднения мочеиспускания у детей, задержку мочи и даже стать причиной уретерогидронефроза. Эти дети становятся капризными, у них появляется зуд в области крайней плоти, болезненные мочеиспускания, ночное недержание мочи. Очень часто при врожденной узости крайней плоти внутренний листок ее срастается с головкой полового члена. Частые воспаления, трещины крайней плоти способствуют развитию в ней рубцового процесса. В таких случаях говорят о рубцовом фимозе. Распознавание врожденного фимоза не представляет трудностей. Для установления правильного диагноза достаточно осмотра крайней плоти и попытки обнажить головку полового члена. К сожалению, мы располагаем наблюдениями, когда при фимозе была ложная пиурия, по поводу которой дети длительно и безуспешно лечились. При отсутствии атрофии и склероза крайней плоти показан терапевтический подход, особенно, если принять во внимание физиологические стадии головки члена (А.В. Бухмин, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова). Доказано, что крайняя плоть является эрогенной зоной, связанной с осяза-

тельными центрами головного мозга, и играет важную роль в механическом возбуждении полового члена. Скудность чувствительности головки хорошо дополняется высокой чувствительностью эрогенной ткани крайней плоти. Обрезание неизбежно приводит к потере чувствительности полового члена, что приводит к снижению живого отклика на половое возбуждение. Постоянное раздражение неприкрытой головки вызывает кератинизацию эпителия. В связи с этим обрезание является наименее желательным выбором при лечении фимоза, особенно в детском возрасте.

Как свидетельствует статистика, в возрасте до 1 года головка полового члена открывается не более чем у 10–20% мальчиков. Некоторые авторы считают фимоз в возрасте до года физиологическим. При недосмотре физиологический фимоз трансформируется в патологический. В первый год жизни крайнюю плоть нужно бережно и правильно растягивать, лучше после принятия ребенком ванны, когда кожа становится мягкой и эластичной.

С сожалением констатируем, что в последние годы резко увеличилось количество фимозов у мальчиков. Видимо, это связано с неблагоприятной экологической ситуацией, а также повальным использованием одноразовых подгузников.

Физиологический детский фимоз всегда врожденный. Кожа крайней плоти новорожденных скреплена с головкой особыми спайками, не позволяющими головке высвобождаться. Это защитный механизм, оберегающий внутреннее препуциальное пространство от проникновения болезнетворных бактерий и последующего воспаления (баланопостита). Патологический фимоз — следствие врожденного или приобретенного