



Профессор С.И. ГАМИДОВ: «Лечение пациентов с гипогонадизмом, эректильной дисфункцией и метаболическими нарушениями должно быть КОМПЛЕКСНЫМ»

Около 40% мужчин старше 45 лет имеют дефицит тестостерона. При этом недостаток данного гормона может быть связан не только с возрастом, но и с целым рядом заболеваний. О том, какие болезни могут провоцировать развитие гипогонадизма, кому из пациентов показано проведение скрининга на уровень тестостерона, как грамотно подобрать терапию пациентам с гипогонадизмом, страдающим хроническими соматическими заболеваниями, – в беседе с профессором кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующим кафедрой урологии и андрологии НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова Сафаром Исраиловичем ГАМИДОВЫМ.



– Проблема мужского гипогонадизма становится все более актуальной. Сафар Исраилович, кто в группе риска?

– По разным данным, распространенность гипогонадизма и эректильной дисфункции колеблется от 1,7 до 35%. На сегодняшний день доказано, что у мужчин ежегодно, начиная с третьей декады жизни, уровень общего тестостерона снижается на 1,6%, свободного тестостерона – на 2,8%. Помимо индивидуальных особенностей и половой конституции на наступление возрастного гипогонадизма значительное влияние оказывают соматические заболевания, которые могут ускорять срок его наступления на пять – семь лет. Прослеживается взаимосвязь гипогонадизма и эректильной дисфункции с метаболическим синдромом, сахарным диабетом, ожирением, сердечно-сосудистой патологией, поэтому мужчинам с этими забо-

леваниями обязательно следует проводить скрининг на андрогенный дефицит.

– Каков алгоритм диагностики андрогенодефицита?

– Гипогонадизм представляет собой клинко-лабораторный симптомокомплекс, поэтому установить диагноз можно только при наличии у больного и клинических, и лабораторных признаков заболевания. Гипогонадизм, как правило, сопровождается наличием неспецифических жалоб: пациенты отмечают ухудшение памяти и внимания, беспричинную усталость, которая особенно явно чувствуется во второй половине дня, увеличение массы тела. К ним присоединяются проблемы во время секса, снижается твердость полового члена, оргазмические ощущения становятся не такими острыми. К сожалению, обычно мужчины с первоначальными симптомами



Мнение эксперта

не спешат обращаться к специалисту, поэтому врачи должны сами активно выявлять гипогонадизм, оценивая клинические симптомы, например, с помощью опросника симптомов старения мужчин (Aging Males Symptoms – AMS) и определяя уровень тестостерона всем пациентам с нарушениями эрекции, сосудистыми нарушениями, ожирением, метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2 типа.

– Какова стартовая терапия эректильной дисфункции на фоне гипогонадизма?

– Если при лабораторно подтвержденном дефиците тестостерона у пациентов с эректильной дисфункцией наблюдаются и клинические признаки гипогонадизма, то, согласно мнению авторитетных обществ по лечению эректильной дисфункции, таким больным в качестве стартовой терапии рекомендуется назначать монотерапию препаратами тестостерона. При отсутствии лечебного эффекта к монотерапии тестостероном добавляются ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). Собственный клинический опыт показывает большую эффективность в качестве стартовой терапии именно комбинированного лечения. При использовании комбинации тестостерона с ингибитором ФДЭ-5 эффект от терапии достигается уже через месяц лечения.

– На сегодняшний день в арсенале врача-уролога имеется достаточно большой выбор препаратов тестостерона. Какому из них при назначении заместительной гормональной терапии следует отдать предпочтение?

– Основной целью заместительной гормональной терапии тестостероном является достижение уровня тестостерона в плазме, максимально приближенного к физиологическому, а также коррекция клинических проявлений дефицита андрогенов.

Широкое применение в современной клинической практике получили препараты тестостерона для внутримышечного введения. Однако при введении первых препаратов тестостерона обнаружился их важный недостаток: значительные колебания уровня тестостерона в крови. С целью преодоления этого недостатка, а также для достижения более удобного режима назначения был создан тестостерона ундеканоат для внутримышечного введения – препарат Небидо. Главное преимущество Небидо заключается в том, что препарат не приводит к супрафизиологическому повышению уровня тестостерона. После инъекции стабильный уровень тестостерона в пределах физиологического достигается в течение трех дней после введения и сохраняется около 12 недель. В связи с этим вводить Небидо нужно в шесть раз реже, чем короткодействующие инъекционные препараты предыдущего поколения (четыре-пять против 24 раз в год!). Все это безусловно способствует повышению приверженности пациентов лечению.

Терапия Небидо способствует усилению либидо, увеличению количества утренних эрекций и повышению удовлетворенности половой жизнью в целом. Важно и то, что Небидо обладает солидной доказательной базой в отношении эффективности у больных гипогонадизмом и такими серьезными сопутствующими заболеваниями, как метаболический синдром, ожирение, сахарный диабет 2 типа. Согласно результатам большинства международных клинических исследований, на фоне длительного применения Небидо снижается уровень гликированного гемоглобина, триглицеридов, объем талии и объем жировой ткани в целом. В одном из недавно опубликованных проспективных исследований, посвященных изучению безопасности Небидо для предстательной

Как показывают результаты международных исследований и собственный клинический опыт, среди андрогенов именно Небидо считается препаратом выбора для проведения заместительной гормональной терапии пациентам с гипогонадизмом, эректильной дисфункцией и метаболическими нарушениями

железы, максимальный срок наблюдения составил целых 17 лет! В исследовании участвовало 1023 мужчины, а медиана длительности наблюдения равнялась пяти годам. На основании полученных данных было подтверждено, что лечение тестостероном не повышает риск развития рака простаты.

– Как долго следует проводить терапию препаратом Небидо?

– Все достаточно индивидуально. Уровень эндогенного тестостерона по-разному нормализуется у пациентов, порой заместительная гормональная терапия продолжается годами. Чтобы получить хороший и быстрый эффект, мы назначаем препарат Небидо в комбинации с ингибиторами ФДЭ-5. Одновременно с этим даем рекомендации нормализовать образ жизни, по возможности избегать стрессов, заниматься спортом. Все это в итоге позволяет быстрее достичь желаемого результата.

Для того чтобы продемонстрировать оптимальный подход к ведению больных гипогонадизмом с различными метаболическими нарушениями, приведу в пример показательный клинический случай, который мы наблюдаем с 2006 г. Это пациент И., 56 лет, с метаболическим синдромом, имеющий тяжелую эректильную дисфункцию на протяжении



- ✓ Тяжелая эректильная дисфункция – 15 лет
- ✓ Снижение либидо – 5 лет
- ✓ Ожирение – 28 лет
- ✓ Артериальная гипертензия – 13 лет
- ✓ Ишемическая болезнь сердца
- ✓ Стенокардия напряжения – 9 лет
- ✓ Сахарный диабет 2 типа – 7 лет
- ✓ Дислипидемия – 13 лет

Рис. 1. Сопутствующие заболевания пациента И., 56 лет

Международный индекс эректильной функции:

- ✓ Эректильная функция – 8 баллов (тяжелая эректильная дисфункция)
- ✓ Либидо – 5 баллов (снижение либидо)

Фармакодоплерография:

- ✓ Пиковая систолическая скорость кровотока – 20 см/с
- ✓ Конечная диастолическая скорость кровотока – 6 см/с
- ✓ Индекс резистентности – 0,69

Заключение: артериовенозная эректильная дисфункция

Посткомпрессионные тесты на плечевой и кавернозных артериях:

- ✓ Выраженная эндотелиальная дисфункция на плечевой и кавернозных артериях

Рис. 2. Результаты обследований пациента И. до лечения

- ✓ Для снижения массы тела: гипополипидемическая и гипокалорийная диета, физическая нагрузка в виде ежедневной 40-минутной ходьбы
- ✓ Орлистат 120 мг три раза в день
- ✓ Симвастатин 20 мг один раз в день
- ✓ Бисопролол 5 мг один раз в день
- ✓ Фозиноприл 20 мг один раз в день
- ✓ Аспирин Кардио 100 мг в день
- ✓ Гликлазид + метформин
- ✓ Альфа-липоевая кислота 600 мг/сут
- ✓ Небидо одна инъекция в 10–12 недель
- ✓ Левитра 20 мг
- ✓ Алпростадил 10 мкг (инъекции)

Рис. 3. План лечения пациента И.

Таблица 1. Анализы пациента И. до лечения

Тест	Результат	Выше (↑) или ниже (↓) нормы
Общий холестерин	7,95 ммоль/л	↑
Триглицериды	4,82 ммоль/л	↑
Липопротеины низкой плотности	5,25 ммоль/л	↑
Липопротеины высокой плотности	0,7 ммоль/л	↓
Глюкоза крови	12,8 ммоль/л	↑
Гликированный гемоглобин	11%	↑
С-реактивный белок	9 мг/л	↑
Общий тестостерон	6,02 нмоль/л	↓
Свободный тестостерон	3,1 пг/мл	↓
ПСА крови	0,95 нг/мл	Норма

нии 15 лет. На момент обращения к врачу-урологу у больного было диагностировано ожирение: его индекс массы тела составлял 43,5 кг/м², окружность талии – 148 см. Кроме того, он страдал артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом 2 типа (рис. 1). Пациент вел малоподвижный образ жизни и ежедневно в течение 24 лет выкуривал до 30 сигарет.

Оценка по унифицированной шкале международного индекса эректильной функции (МИЭФ) подтвердила наличие у пациента тяжелых нарушений эрекции. Пациент не мог самостоятельно проводить половой акт, у него было резко снижено половое влечение. Данные фармакодоплерографии, результаты посткомпрессионных тестов на плечевой и кавернозных артериях показывали наличие артериогенной и вено-окклюзивной эректильной дисфункции, а также эндотелиальной дисфункции (рис. 2). Результаты электромиографии полового члена позволили выявить определенный дегенеративный характер нарушения иннервации полового члена, что скорее всего было обусловлено наличием сахарного диабета 2 типа.

– Какой уровень андрогенов был у пациента на момент обращения?

– Безусловно, наличие у пациента помимо эректильной дисфункции такой сопутствующей патологии, как ожирение, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет 2 типа, требует оценки уровня тестостерона. У больного, согласно результатам анализов, был выявлен очень низкий уровень тестостерона – общий тестостерон составлял 6 нмоль/л (табл. 1). Больному был поставлен диагноз: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца – стенокардия напряжения I функционального класса, сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации, дислипидемия, эндотелиальная дисфункция, гипогонадизм.

– Какие лечебные рекомендации были даны пациенту?

– Для того чтобы улучшить сексуальную функцию у таких пациентов, необходимо скорректировать все компоненты метаболического синдрома. Больному были рекомендованы дозированные физические нагрузки, диетотерапия, отказ от курения. С помощью кардиолога ему скорректировали липидный обмен, произвели замену препарата нитратов на нифедипин, который позволил нам использовать ингибиторы ФДЭ-5. С участием эндокринолога проводили пероральную сахароснижающую терапию сахарного диабета 2 типа.



Мнение эксперта

Поскольку у пациента, по результатам лабораторных исследований, был низкий уровень тестостерона и, согласно данным анкеты МИЭФ, клинические признаки гипогонадизма, мы ему назначили препарат тестостерона Небидо в стандартном режиме и ингибитор ФДЭ-5. Прием силденафила и тадалафила в максимальной дозе эффекта не дал. В данном случае наилучшую эффективность продемонстрировал варденафил (препарат Левитра), который в дальнейшем и использовался в комбинации с Небидо.

Для того чтобы в кратчайшие сроки скорректировать качество сексуальной функции, мы в первое время назначали больному интракавернозные инъекции алпростадилем в дозе 10 мкг. Для улучшения иннервации полового члена проводили 15 сеансов электростимуляции кавернозных нервов и мышц тазового дна (рис. 3).

– Какими оказались результаты лечения?

– Пациент довольно дисциплинированно следовал нашим рекомендациям, ему не удалось окончательно бросить курить, но он значительно сократил количество выкуриваемых сигарет. Через шесть месяцев лечения у больного отмечалось улучшение жирового, углеводного обмена и гормонального фона. Пациент похудел на 19 кг, окружность талии уменьшилась на 18 см, нормализовалось артериальное давление (рис. 4). Комплексное лечение с использованием препарата Небидо позволило повысить уровень тестостерона с 6 до 16 нмоль/л, улучшить сексуальную функцию (сумма баллов по шкале МИЭФ выросла с 8 до 24) (табл. 2). Соответственно результаты фармакодупплерографии подтвердили улучшение кровотока полового члена в кавернозных артериях (рис. 5). На сегодняшний день пациент уже не использует интракавернозную инъекционную терапию, применяет только ингибитор ФДЭ-5 и полностью удовлетворен сексуальной жизнью.

Таблица 2. Результаты шести месяцев лечения

Параметр	До лечения	После лечения
Вес, кг	135	116
Окружность талии, см	148	130
Индекс массы тела, кг/м ²	43,5	37
МИЭФ, сумма баллов	8 (эректильная дисфункция)	24 (норма)
Общий тестостерон, нмоль/л	6	16

МИЭФ – международный индекс эректильной функции.



Рис. 4. Результаты до и после лечения: масса тела снизилась с 135 до 116 кг, окружность талии – с 148 до 130 см

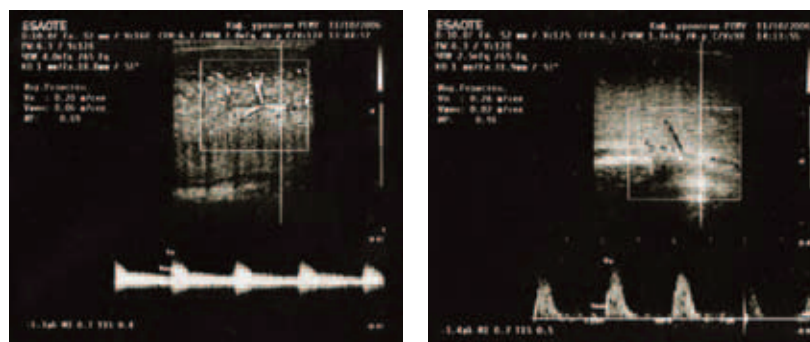


Рис. 5. Результаты лечения по данным доплерографии: пиковая систолическая скорость увеличилась с 20 до 26 см/с, конечная диастолическая скорость уменьшилась с 6 до 3 см/с; индекс резистентности вырос с 0,69 до 0,93

Данный клинический пример еще раз демонстрирует сложность лечения эректильной дисфункции и гипогонадизма у больных с метаболическим синдромом, особенно при наличии таких его поздних осложнений, как сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца. Безусловно, для того чтобы улучшить результаты лечения эректильной дисфункции и гипогонадизма, таким пациентам необходимо назначать патоген-

нетическую терапию с использованием препаратов тестостерона в комбинации с ингибиторами ФДЭ-5. Как показывают результаты международных исследований и собственный клинический опыт, среди андрогенов именно Небидо считается препаратом выбора для проведения заместительной гормональной терапии пациентам с гипогонадизмом, эректильной дисфункцией и метаболическими нарушениями. 🌐

урология