



Школа амбулаторной андрологии

Проблема сохранения мужского здоровья считается одной из важнейших задач современного отечественного здравоохранения в силу роста распространенности мужских болезней в популяции. Особенности диагностики и лечения эректильной дисфункции, болезни Пейрони, ургентных состояний, приапизма, мужского гипогонадизма и бесплодия была посвящена сессия «Школа амбулаторной андрологии», состоявшаяся в рамках 19-й Московской урологической школы (Москва, 15 ноября 2024 г.).

Немедикаментозное консервативное лечение эректильной дисфункции

Выступление Ираклия Джембуловича ЧЕЛИДЗЕ, врача-уролога ООО «Медицина АльфаСтрахования», было посвящено немедикаментозному консервативному лечению эректильной дисфункции (ЭД). Консервативное лечение ЭД включает пероральные лекарственные средства, интракавернозные инъекции, вакуумные помпы, ударно-волновую терапию (УВТ), PRP-терапию и экспериментальные методы лечения (мезенхимальными клетками, ботулотоксином). В рекомендациях Российского общества урологов (2019) указано два метода немедикаментозной консервативной терапии: рекомендовано использовать вакуумные эректоры в качестве альтернативной терапии первой линии (C5) либо применять низкоэнергетическую УВТ у пациентов с легкой степенью ЭД при неэффективности ингибиторов ФДЭ-5 (A1).

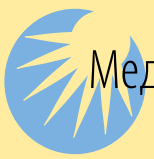
И.Д. Челидзе сделал акцент на применение немедикаментозного консервативного лечения ЭД в качестве второй линии терапии, кратко охарактеризовав преимущества и недостатки каждого метода. Так, например, преимуществом интракавернозных инъекций считается высокая эффективность, однако терапия

интракавернозными инъекциями требует большой осознанности не только со стороны врача, но и со стороны пациента. Пациент также должен быть проинформирован о возможных рисках развития гематомы, приапизма, фиброза кавернозной ткани. Вакуумные помпы можно применять пациентам по требованию – за 5–15 минут до начала полового акта, а также с лечебной целью, например, для профилактики кавернозного фиброза, лечения болезни Пейрони или перед планируемым протезированием полового члена. Докладчик привел данные исследования, продемонстрировавшие эффективность использования вакуумных устройств в комбинации с ингибитором ФДЭ-5 у пациентов с болезнью Пейрони, перенесших УВТ, способствовавших уменьшению деформации полового члена и болевого синдрома, улучшению эректильной функции.

В итальянском исследовании была показана эффективность и безопасность применения низкоинтенсивной УВТ при лечении пациентов с васкулогенной ЭД, не ответивших на пероральную терапию ингибиторами ФДЭ-5. PRP-терапия также может применяться во второй линии консервативного лечения ЭД. Терапевтический

эффект PRP обусловлен высокой концентрацией факторов роста, присутствующих в тромбоцитах. В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании была продемонстрирована эффективность использования инъекций PRP у пациентов с легкой и умеренной ЭД по сравнению с плацебо.

Особый интерес представляют экспериментальные методы консервативного лечения. Они считаются перспективными, но недостаточно изученными. В гайдлайнах Американской урологической ассоциации указано, что для мужчин с ЭД интракавернозная терапия стволовыми клетками имеет исследовательский характер. С этим солидарны и эксперты Европейской ассоциации урологов, которые настаивают на том, что применение стволовых клеток в качестве регенеративной терапии при ЭД является перспективным методом, но требующим дальнейших исследований. Сегодня предметом исследований также становится ботулинический токсин типа А в терапии ЭД. По данным исследования, интракавернозное введение 100 Ед ботулотоксина А мужчинам с ЭД, рефрактерным к ингибиторам ФДЭ-5, улучшало эректильную функцию за счет расслабления сосудов и улучшения сосудистых показателей полового члена.



Мультимодальная терапия болезни Пейрони

Дмитрий Андреевич ЧЕСНОВ, врач-уролог Клинической больницы № 1 Управления делами Президента РФ, сфокусировал свое выступление на мультимодальной терапии болезни Пейрони. Болезнь Пейрони – это фибропролиферативное заболевание, которое заключается в образовании неэластичных бляшек в белочной оболочке полового члена. По оценкам специалистов, болезнь Пейрони затрагивает 0,3–13% мужчин во всем мире. Это генетически детерминированное заболевание. Спонтанное улучшение может иметь место только в 3–13% случаев, прогрессирование – в 30–50%, стабилизация – в 47–67% случаев. Лечение болезни Пейрони может быть

консервативным и оперативным. Консервативное лечение может применяться как в активную фазу болезни, так и в стабильную в случае невозможности выполнения оперативного лечения. Оперативное лечение показано только в стабильную фазу. Мультимодальное лечение сочетает в себе различные терапевтические средства и различные формы ведения и не исключает одновременного использования таких физиотерапевтических вариантов, как ионофорез, экстендеры полового члена, вакуумные устройства и ударно-волновая терапия. Эффективность мультимодального лечения болезни Пейрони подтверждена в целом ряде исследований, в том числе и результатами исследования, проведенно-

го на базе ГКБ им. С.П. Боткина и ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. Благодаря полученным данным можно сделать вывод, что применение мультимодального подхода позволяет уменьшить время до наступления стабильной фазы, а также достигнуть положительных результатов в отношении купирования боли, искривления и потери длины полового члена. Мультимодальное лечение пациентов со стабильной фазой демонстрирует благоприятные результаты в уменьшении искривления, улучшении размера бляшки и размера полового члена. «Мультимодальная терапия – это эффективное и безопасное лечение для пациентов, которым хирургическое лечение противопоказано, или при отказе пациентов от инвазивных вмешательств», – подчеркнул Д.А. Чеснов в заключение.

Ургентные состояния в амбулаторной андрологической практике

В настоящее время под ургентными подразумевают такие состояния, которые при отсутствии своевременной медицинской помощи могут привести либо к летальному исходу, либо к существенным нарушениям в анатомии и функции мужских половых органов. Об ургентных состояниях в амбулаторной андрологической практике рассказал в своем выступлении Тарас Валерьевич ШАТЫЛКО, врач-уролог отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н. Одним из основных андрологических состояний, которые могут иметь ургентный характер, является парафимоз. Факторами риска парафимоза выступают детский или старческий возраст, отсутствие регулярной половой жизни, а также циркумцизии в анамнезе. Основными причинами парафимоза считаются форсированная попытка открытия головки полового члена при фимозе, нару-

шение техники катетеризации мочевого пузыря, лигирование поверхностных вен полового члена, лимфостаз. Отек и эритема головки, напряженный отек крайней плоти может стать причиной истинной ургентной ситуации, поскольку сжимающее кольцо крайней плоти может привести к компрессии дорсальных артерий полового члена, риску ишемии головки полового члена и дистальной уретры. Тактика заключается в компрессии головки полового члена и смещении кольца крайней плоти в дистальном направлении. При невозможности смещения из-за отека можно с помощью иглы от шприца осуществить множественные пункции кожи и компрессию. Существуют осмотические методы, которые основаны на применении гранулированного сахара, марли с мантиолом, инъекций гиалуроновой кислоты, чтобы межклеточная жидкость вышла за счет обратного осмоса и отек уменьшился.

Также применяется дорсальное рассечение крайней плоти.

Странгуляция полового члена может часто возникать у детей из-за обернувшихся вокруг полового члена младенца волос материи, а также из-за некоторых игрушек или предметов быта. У взрослых это состояние является результатом нестандартных сексуальных практик. Существует классификация странгуляций полового члена по степени выраженности. Самые тяжелые степени выраженности, четвертая и пятая, сопровождаются повреждением спонгиозного тела с формированием уретрального свища, развитием гангрены, некроза, что является показанием к маршрутизации пациента в урологический/андрологический стационар. На амбулаторном этапе следует быстро удалить объект, вызывающий констрикцию, или сделать отведение мочи (чаще – надлобковое дренирование). Выбор инструмента для снятия инородного тела с полового члена зависит от размера предмета и материала, из которого он изготовлен. Поскольку в 13–30%



19-я Московская урологическая школа

случаев после успешного устранения странгуляции возможны отсроченные последствия, пациенту необходимо обследоваться с помощью уретрографии или урофлоуметрии через один-три месяца после инцидента.

При тупой травме полового члена возможности консервативного лечения зависят от того, в какой ситуации возникла травма – в состоянии эрекции или вне эрекции. Как правило, травмы вне эрекции можно успешно лечить в условиях амбулаторной практики, поскольку консервативное лечение заключается в наложении компрессионной повязки, локальной гипотермии и применении противовоспалительных препаратов. Следует помнить о риске формирования артериолакунарной фистулы с развитием артериального приапизма. В такой ситуации пациенту будет показано хирургическое лечение. Травма полового члена во время эрекции может привести к его перелому. В данном случае консервативное лечение возможно лишь при отсутствии уретроррагии или макрогематурии, однако оно часто осложняется развитием вторичного искривления, эректильной дисфункцией.

Большинство открытых травм полового члена требуют хирур-

гического лечения и наблюдения в стационаре. Исключением считается повреждение полового члена застеежкой-молнией. Первым этапом оказания помощи является лубрикация и медленная попытка расстегнуть молнию, а при наличии выраженных болевых ощущений – рассечение тканевой застеежки с боков и сжатие бегунка с помощью пассатижей, чтобы освободить кожу полового члена. Кроме того, для размыкания поверхности бегунка можно использовать мелкую отвертку, либо кусачки, чтобы разрушить срединную часть бегунка.

Большинство тупых травм мошонки подходит для консервативного ведения. При этом следует учитывать риск развития травматического эпидидимита, подкожной гематомы, гематоцеле и довольно редкое возникновение изолированной гематомы яичек. Если же одно яичко увеличено в три раза и больше контралатерального, необходима хирургическая ревизия. Отсроченная хирургическая ревизия показана при признаках инфицирования гематомы, или гематоцеле, или персистирующей боли.

Перекрыт яичка может быть представлен вращением семенного канатика с окклюзией кровотока по артериальному руслу, интравагинальным перекрытом и экс-

травагинальным перекрытом. Перекрыт яичка опасен риском развития ишемии и некрозом яичка. Тактика лечения предусматривает проведение хирургической ревизии, деторсии яичка или орхиэктомии. Задача уролога на амбулаторном приеме заключается в быстрой дифференциальной диагностике между различными причинами синдрома «острой мошонки». В рамках амбулаторного приема врач может попытаться выполнить пациенту ручную деторсию яичка. В этом помогает мнемоническое правило «книги», т. е. деторсия левого яичка проводится по часовой стрелке, деторсия правого яичка – против часовой стрелки. После манипуляции следует оценить ее эффективность с помощью доплерографического контроля. Однако даже успешная ручная деторсия не исключает хирургической ревизии яичка.

Гангрена Фурье не относится к андрологическим состояниям, но на раннем этапе заболевания клинические проявления связаны с наружными половыми органами, поэтому высока вероятность обращения пациента за помощью к урологу. Задача врача на амбулаторном приеме – распознать ранние признаки гангрены Фурье и отправить пациента в гнойно-хирургическое отделение стационара.

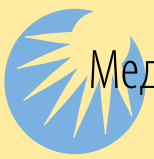
Диагностика приапизма

Выделяют несколько разновидностей приапизма, однако истинным ургентным состоянием в андрологии считается ишемический приапизм. Артериогенный приапизм, как правило, не является ургентным состоянием и может быть ликвидирован в плановом порядке. Интермиттирующий приапизм представляет собой хроническое (не ургентное) состояние. Безусловно, важно профилактировать развитие приапизма после интракавернозной инъекции в рамках диагностики ЭД.

Бадри Роинович ГВАСАЛИЯ, профессор кафедры урологии Российского университета медицины Минздрава России, д.м.н., в своем выступлении подробно рассказал о диагностике приапизма и алгоритме лечебных мероприятий. Согласно Европейской ассоциации урологов, приапизм определяется как продолжительная эрекция, не связанная с сексуальной стимуляцией, которая не проходит самостоятельно. Клиническими симптомами ишемического приапизма являются боль в половом члене и жесткая

эрекция, неишемического приапизма – отсутствие боли, наличие травмы в анамнезе и эрекция без полной жесткости, перемежающегося приапизма – симптомы, аналогичные ишемическому, множественные повторяющиеся эпизоды.

Краеугольным камнем в диагностике приапизма считается тщательный сбор анамнеза. Сексуальный анамнез включает полное описание длительности эрекции, наличие и выраженность боли, прием препаратов, наличие приапизма в анамнезе, состояние эректильной функции до последнего эпизода приапизма. Аспирация крови из каверноз-



19-я Московская урологическая школа

ных тел является обязательным этапом первичной лабораторной диагностики. При обследовании пациентов с приапизмом в качестве альтернативы или дополнения к анализу газового состава крови рекомендуется проводить УЗИ полового члена и промежности в режиме цветного Допплера, поскольку оно позволяет дифференцировать артериальный и ишемический приапизм.

Мужское бесплодие

Алина Юрьевна ПОПОВА, с.н.с. отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н., акцентировала внимание коллег на первичной диагностике мужского бесплодия. По оценкам исследователей, мужчина является причиной бесплодия в паре как минимум в 20% случаев. Патогенез мужского бесплодия многофакторный и возникает на различных

При длительности ишемического приапизма более четырех часов настоятельно рекомендуется использовать консервативные методы лечения первой линии до перехода к хирургическому лечению. В первую очередь осуществляется обезболивание полового члена. Далее проводится аспирация и/или промывание физиологическим раствором, возможно в комбинации с интракавернозным введени-

ем фармакологических препаратов (фенилэфрин). Методы второй линии обычно представлены хирургическими вмешательствами в виде создания шунтов или установки пенильных протезов при рефрактерном или ишемическом приапизме. Варианты оперативного лечения включают дистальные шунты, проксимальные шунты, сосудистые операции, фаллопротезирование.

этапах, начиная от эмбриогенеза и заканчивая планированием беременности. С помощью диагностики прежде всего определяют, каким фактором обусловлено бесплодие – мужским, женским или смешанным. Далее изучают характер нарушений, лежащих в основе патогенеза патозооспермии, оценивают выраженность имеющихся нарушений сперматогенеза, что позволяет уточнить перспекти-

вы пациента и прогнозировать эффективность планируемой терапии. Безусловно, диагностика мужского бесплодия должна проводиться в рамках принятых стандартов и алгоритмов и не затягиваться на длительный период времени. Диагностику лучше начинать с доступных и менее инвазивных методов, к которым относится спермограмма и МАР-тест. Дальнейший алгоритм диагностики зависит от характера патозооспермии (легкая, средняя, тяжелая и др.).

Гипогонадизм

Особенностям диагностики и лечения пациентов с гипогонадизмом в амбулаторной практике было посвящено выступление Георгия Жиулиевича МСХАЛАЯ, врача-андролога, эксперта по превентивной и антиэйдж-медицине Европейского медицинского центра, ученого секретаря Международного общества по изучению вопросов старения (ISSAM). Как известно, уровень тестостерона у мужчин начинает постепенно снижаться в 35–40 лет, а уже к 60 годам распространенность низкого уровня тестостерона (гипогонадизма) достигает 50%. Выделяют три основных вида гипогонадизма – гипергонадотропный, гипогонадотропный и эугонадотропный гипогонадизм. При гипергонадотропном гипогонадизме отмечается достаточ-

но высокий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) и низкий или низконормальный уровень тестостерона, при гипогонадотропном гипогонадизме – низкий уровень ЛГ и тестостерона, при эугонадотропном гипогонадизме – нормальный уровень ЛГ и низкий уровень тестостерона. Диагноз выставляется на основании клинических признаков гипогонадизма и лабораторных показателей. Основными клиническими признаками гипогонадизма считаются нарушение эякуляции, расстройство оргазма, ЭД, снижение либидо. Учитываются и такие соматические проявления, как абдоминальное ожирение, нарушение мочеиспускания, снижение мышечной силы и мышечной массы, снижение плотности костной ткани. Клиническими признаками гипогонадизма могут выступать и психологические нарушения – снижение работо-

способности, упадок жизненных сил, раздражительность, нервозность, депрессия, снижение памяти и внимания. Основные лабораторные показатели представлены уровнем общего тестостерона и секс-стероидсвязывающего глобулина (СССГ). Среди методов измерения тестостерона золотым стандартом является хромато-масс-спектрометрия. Лабораторная диагностика перед назначением терапии помимо определения общего тестостерона и СССР предусматривает оценку уровней ЛГ, пролактина и простатспецифического антигена, а также общий анализ крови. Пациенту, планиующему стать отцом, показана терапия препаратами хорионического гонадотропина человека. В остальных случаях применяются препараты тестостерона (гель тестостерона, смесь эфиров тестостерона, тестостерона ундеканат). При возрастном гипогонадизме назначается пожизненная терапия. 🌐