



Д.И. ТАРУСИН:

«Проблемой репродуктивного здоровья мальчиков занимались все и никто»

По роду своей деятельности педиатру приходится сталкиваться с проблемами, относящимися к самым разным областям медицины, от оториноларингологии до гинекологии или андрологии. К сожалению, как показывает практика, познания вчерашних выпускников медицинских институтов (да и опытных докторов) в последней нередко оставляют желать лучшего. А уж если речь идет о болезнях маленьких мужчин, ситуация и вовсе приближается к критической: случаи гипердиагностики перемежаются с ситуациями, когда врач общей практики пропустил заболевание, требующее немедленного вмешательства узкого специалиста. Как отличить одно от другого, о чем врач должен рассказать маме мальчика и о многом другом мы решили поговорить с руководителем научно-практического центра детской андрологии, членом-корреспондентом РАЕН, профессором, д.м.н., врачом высшей категории Д.И. ТАРУСИНЫМ.

– Дмитрий Игоревич, Вы являетесь представителем молодого и динамично развивающегося направления медицины, сама специальность «детский уролог-андролог» появилась совсем недавно. Почему такая востребованная область на протяжении стольких лет оставалась в тени?

– Исторически сложилось так, что проблемой репродуктивного здоровья мальчиков занимались все и никто. Если у девочек все-таки были детские гинекологи, то мальчиков с переменным успехом пытались лечить хирурги, эндокринологи, педиатры, причем представитель каждой специальности видел лишь свою часть проблемы. Детские хирурги занимались исключительно операциями, эндокринологи были счастливы,

встречая адекватный гормональный фон, педиатры радовались, когда ребенок не болел свинкой. Но при этом вопросы репродуктивного здоровья, вопросы бесплодия вообще никогда не связывались с проблемами детского возраста. Это неудивительно, ведь ребенок покидает поле зрения врачей, работающих в детской поликлинике, в возрасте 14 лет, когда о продолжении рода речь еще не идет. То есть детские врачи просто не имеют возможности оценить результаты своего труда с этой точки зрения.

Еще одной проблемой андрологии (кстати, не только детской) является то обстоятельство, что репродуктивное здоровье всегда связывалось с организмом женщины. Это вполне объяснимо: ведь именно женщина на протяжении

9 месяцев вынашивает ребенка, и она же нуждается в специализированной медицинской помощи. Однако участие мужчины в процессе размножения, хоть и занимает по статистике от 3 до 5 минут, является, безусловно, очень значимым. А корни многих проблем, из-за которых семейные пары не могут завести ребенка, кроются именно в заболеваниях мужской репродуктивной системы, в том числе – таких болезнях, которые могли (и должны были) быть вылечены еще в детском возрасте. Кстати, мужское бесплодие является весьма распространенной проблемой, примерно в половине случаев супруги не могут завести ребенка именно из-за проблем с репродуктивным здоровьем мужа. Но если в области лечения женского бесплодия медицина сделала огромный скачок: появилось ЭКО и другие методики, то у врачей, занимающихся мужским репродуктивным здоровьем, еще есть непочатый край работы. К сожалению, урология застряла на уровне почек, мочевыводящих путей, мочевого пузыря и, если говорить о взрослых пациентах, предстательной железы. Все остальное в данной области всегда делалось походя, мужчина практически не рассматривался как объект репродуктивного поля.

– Скажите, когда же отношение медицинского сообщества к вопросам детской андрологии наконец изменилось?

– На самом деле, совсем недавно: специальность «детская урология-андрология» появилась только в 2003 году, и для того, чтобы все-таки ввести ее, нам пришлось



Детская урология-андрология

преодолеть множество препятствий. Одна из главных проблем заключалась в очень большой выраженности корпоративных интересов медицины. Эндокринологи говорили, что все так или иначе относящееся к сфере гуморальной регуляции – их вотчина. Хирурги требовали, чтобы посторонние, образно говоря, не лезли в грязных ботинках в их стерильные операционные, а такими вопросами, как детская сексология, даже в какой-то мере детская сексопатология, вообще никто не занимался, поскольку поставить рядом слова «секс» и «ребенок» – уже означает навлечь на себя праведный гнев общественности.

Сексопатологические вещи действительно довольно трудно связать с детским возрастом. Однако давайте посмотрим, когда современные подростки начинают вести половую жизнь и насколько полной информацией о вопросах контрацепции, защиты от ЗППП и тому подобных вещах они обладают. Очевидно, что детским гинекологам не пришлось бы делать столько аборт, если бы мальчикам вовремя объяснили, как именно нужно предохраняться.

– То есть Вы за половое воспитание подростков?

– В нашей стране слова «половое воспитание», как правило, принимаются не очень хорошо, поскольку первый опыт оказался очень неудачным. Это неудивительно, ведь он был основан на голландских моделях, которые, в свою очередь, разрабатывались для применения в обществе с принципиально другим уровнем свободы и толерантности. Мы же все живем в стране, где до 1986 года «секса не было».

– Давайте попробуем мыслить позитивно. Если есть проблема подростковых аборт, значит, у мальчиков, от которых эти аборт были сделаны, с репродуктивной системой все в порядке. Но ведь бывает и иначе?



Д.И. Тарусин

С какими проблемами Вам, как практикующему детскому андрологу, приходится сталкиваться чаще всего?

– Это очень сильно зависит от возрастной группы пациентов. Так, у маленьких мальчиков чаще всего встречаются пороки развития, отклонения от стандарта развития, которые могут носить критический и не критический характер. Кстати, последние сегодня встречаются все чаще и чаще. Но есть и хорошие новости: в большинстве таких случаев для достижения эффекта достаточно проведения коррекционных мероприятий, без хирургического вмешательства можно обойтись.

Из врожденных пороков развития чаще всего встречается крипторхизм. Он наблюдается примерно у 0,5% мальчиков, родившихся доношенными, и гораздо чаще – среди недоношенных детей.

– И всем им показана хирургическая операция?

– Нет, в ряде случаев вполне можно ограничиться гормональной терапией. Однако для того, чтобы подобрать оптимальную тактику ведения пациента и выбрать наилучшее время вмешательства, хирургического или терапевтического, нужно сделать ряд анализов, в частности, исследовать исходный гормональный фон. Не нужно быть специалистом-андрологом или эндокринологом (более того, вообще не обязательно быть врачом), чтобы понять, что крипторхизм, не сопровождающийся отклонениями на гормональном уровне, вызван не нарушениями гуморальной регуляции, а чем-то иным. Очевидно, что в таком случае назначение гормонов ничего не даст.

– Но можно же подойти эмпирически? Попробовать гормональную терапию, если она окажется нерезультативной, то перейти к другим методам...

– Конечно, эмпирический подход существует. И, к сожалению, при-



Детская урология-андрология

меняется. К сожалению – потому что в гипоталамусе человека имеется так называемое НАН-ядро, которое подобно кнопке в ядерном чемоданчике: оно может быть активировано только один раз. Данное ядро, ответственное за половую идентификацию, половую социализацию и ряд других функций у детей находится в инактивированном состоянии, мы же, назначая гормоны, «включаем» данное образование, заставляем его работать. В итоге на *tabula rasa*, которой на сегодняшний день является головной мозг, появляется надпись, содержание которой мы расшифровать не можем. Как преждевременная активация НАН-ядра повлияет на дальнейшую судьбу мальчика, на его половые предпочтения, мы не знаем. Получается, что одно-единственное эмпирическое назначение может необратимо и непредсказуемо изменить всю оставшуюся жизнь нашего пациента. По-моему, это слишком высокая цена за нежелание проводить полноценную диагностику.

Статистически доказано, что лица, получавшие в раннем детском возрасте терапию гормонами или их прекурсорами, будут с большей вероятностью страдать расстройствами половой самоидентификации. Я не обвиняю эндокринологов в том, что они плодят людей с проблемами, а лишь хочу подчеркнуть, что назначение таких серьезных средств, как гормональные препараты, должно проводиться только при наличии показаний. Кстати, то же самое относится и к ведению беременных женщин с гиперандрогенией. Им назначают антиандрогены, которые, разумеется, влияют на формирование плода, причем воздействие данных препаратов на зародыши мужского и женского пола существенно отличается. Фактически, мальчика, которого родит женщина, принимавшая во время беременности антиандрогенные препараты, можно сразу записывать на консультацию к психологу, поскольку вероятность развития у него тех

или иных проблем с половой самоидентификацией существенно выше, чем в среднем по популяции. Кроме того, назначение женщины, вынашивающей мальчика, антиандрогенных препаратов может привести к рождению ребенка, у которого возникнет гинекомастия, гипоспадия, задержка полового развития и другие проблемы подобного рода.

Но вернемся к теме крипторхизма. Существует широко распространенное мнение, что детей с данным пороком развития нужно оперировать еще до того, как им исполнилось 2 года. Основным доводом в пользу такого раннего проведения операции является некогда полученное наблюдение: в неопустившемся яичке резко уменьшается количество половых клеток. Долгое время считалось, что они погибают из-за неподходящего температурного режима. Однако, если мы немного отвлечемся от хирургии и вспомним про гистологию, окажется, что в возрасте 1–2 лет у мальчиков в яичках идет процесс отбора из фетальных сперматогоний наилучших. Остальные действительно погибают, и это нормальный физиологический процесс.

Да, в некоторых случаях хирургическое вмешательство действительно является единственным способом опустить яичко в мошонку. Но и тут есть свои тонкости. Например, я убежден, что брать детей на стол можно только в том случае, если операционная оснащена стационарным микроскопом. Ни резидентная оптика, ни уж тем более человеческий глаз (особенно если учесть, что многие хирурги сами страдают миопией) просто не в состоянии предоставить достаточно подробную картину происходящего в процессе операции. И, разумеется, не следует забывать о том, что одни и те же андрологические заболевания у взрослых пациентов и у маленьких требуют абсолютно разных хирургических подходов. Например, грыжесечение у взрослого человека является операцией

по решению благоприобретенной проблемы, в то время как у детей те же самые грыжи непременно сочетаются с пороком развития.

– Какие еще проблемы часто встречаются у самых маленьких ваших пациентов?

– Разумеется, проблемы с крайней плотью. Головка то открывается, то не открывается, родители (а зачастую – и врачи) не знают, что считать нормой, а что – основанием для медицинского вмешательства. В практической медицине принята очень простая градация: если головка открывается, то фимоза нет, если не открывается – он есть. А на самом деле между этими двумя состояниями располагается 18 нозологических форм. Среди них 6 дерматологических заболеваний и лишь 2 хирургических. То есть в ряде случаев проблему можно и нужно решать без скальпеля. Но в эти тонкости, к сожалению, мало кто вдается. В итоге мы получаем две одинаково дикие с точки зрения современной андрологии ситуации. Когда 14–15-летний подросток на приеме в ответ на вопрос, открывал ли он когда-нибудь головку, мыл ли ее, искренне спрашивает в ответ: «А что, надо?» И наоборот, детские хирурги, которые на первом же осмотре младенца пытаются открыть головку, чего делать категорически нельзя, потому что фаза созревания крайней плоти полового члена еще не закончилась. Существуют простые методики ухода за наружными половыми органами мальчика, которые позволяют сделать так, что к трехлетнему возрасту головка откроется сама, без каких бы то ни было действий со стороны хирурга или мамы. Если же крайнюю плоть сдвинуть насильно, возникнет травма, сформируется рубец. А рубцовая ткань, как известно, здоровой кожей заместиться не может.

– И как предотвратить данную неприятность?

– Я бы хотел, чтобы все мамы, которым только предстоит принести



Детская урология-андрология

младенца на плановый осмотр к хирургу, четко запомнили одну простую вещь: ребенок, лежащий у вас на руках, – это ваш ребенок. Не хирурга, не медсестры, не министра здравоохранения, а ваш. На любую манипуляцию, которую врач планирует провести с ребенком, необходимо получить согласие родителей. Доктор обязан предупредить маму, что манипуляция, которую он собирается осуществить, является агрессивной, что она может привести к неприятным последствиям. Если же врач этого не делает – он нарушает права пациента.

– Но что делать в случаях, если головка члена все-таки была открыта и травма уже получена?

– Как минимум – забыть слово «марганцовка». Как все сильные окислители, перманганат калия провоцирует рубцеобразование, усугубляя и без того неприятную ситуацию. Можно использовать обычный, неароматизированный чай, можно – отвар ромашки. А как только ранка немножко подживет, ребенка следует показать специалисту-андрологу, который подскажет, что делать дальше. Вообще, я бы рекомендовал показывать детей обоего пола соответствующим специалистам, андрологам и гинекологам, не реже 1 раза в год, начиная с рождения. К счастью, в последнее время урологов и андрологов (в том числе – детских) стало гораздо больше. И их консультация часто бывает незаменима, поскольку педиатры или врачи общей практики не знают всех тонкостей, без которых невозможна постановка правильного диагноза. Например, в случае с энурезом (а он является маркером эректильной дисфункции в будущем) мы видим одну и ту же клиническую картину: ребенок писает часто и помалу. Однако обусловлена эта ситуация может быть как гиперрефлекторным, так и гипорефлекторным мочевым пузырем. В первом случае для возникновения позыва к мочеиспусканию достаточно, чтобы

накопилось совсем небольшое количество мочи, во втором – наоборот, пузырь долго копит мочу, а потом начинает отдавать ее маленькими порциями. Если мы имеем дело с гиперрефлекторным мочевым пузырем, то проблему нужно решать срочно, потому что центры эрекции, эякуляции и мочеиспускания находятся в спинном мозге совсем рядом, и когда энурез приведет к развитию синдрома парацентральной дольки, мы уже не сможем ничего сделать.

– Скажите, а как обстоят дела с детьми более старшего возраста? Какие проблемы часто встречаются у них?

– В ходе обследования мы все чаще находим признаки венозного застоя или венозных расстройств в малом тазу. К сожалению, образ жизни современных подростков способствует возникновению и развитию данных проблем. Ребенок приходит из школы, ест и садится за компьютер. Он играет, бродит по интернету, общается в чате – и проводит так часов пять подряд до прихода родителей. В итоге у каждого четвертого подростка мы видим те или иные проблемы с венами, расположенными вокруг предстательной железы, что свидетельствует о дефиците физической активности. Гиподинамию вообще можно назвать болезнью цивилизации, в итоге у 30-летнего менеджера и 15-летнего подростка на УЗИ мы видим практически одну и ту же клиническую картину. Вообще, в подростковой андрологии есть две основных проблемы: гипердиагностика и, наоборот, недостаточно внимательное отношение врачей. К гипердиагностируемым расстройствам я бы отнес варикоцеле – нередко этот диагноз ставят без особых оснований. Если же говорить о расстройствах, которые часто пропускают во время осмотров, то это прежде всего грыжи и малые формы гипоспадии, не вполне правильного формирования полового члена. Кроме того, врачи не всегда

своевременно и правильно диагностируют задержки полового развития. Очень важно вовремя определить, имеет ли место задержка, тенденция к задержке или наблюдаемая во время осмотра картина может быть признана вариантом конституциональной нормы. И тут без специалиста по вопросам полового развития не обойтись. Мальчик, у которого в 14 лет костный возраст – 9, требуется серьезное вмешательство в систему гормонального гомеостаза. И наоборот, задержанному в половом развитии подростку, костный возраст которого превышает фактический, нельзя помогать гормональным прессингом. Тонкостей много.

Еще одним критерием задержки полового развития является отсутствие поллюций к четырнадцати годам. К сожалению, такие вещи врачу часто выяснить неудобно, поскольку пол врача обычно не совпадает с полом подростка. Однако своевременное выявление имеющихся проблем позволяет избежать множества сложностей в будущем, когда сегодняшний подросток обзаведется семьей и соберется заводить собственных детей. Очень важно, чтобы у врача были доверительные отношения со всеми членами семьи, только тогда он сможет своевременно направлять своих пациентов к соответствующим специалистам. И, конечно, ни в коем случае не следует забывать, что все детские врачи, так или иначе сталкивающиеся с областью андрологии, будь то педиатры, эндокринологи или собственно андрологии, работают «через поколение». Они лечат не только данного мальчика, но и мужчину, которым он станет, и даже его детей. И это очень, очень большая ответственность. Завершая разговор, скажу: будьте бдительны, берегите будущих отцов. Счастья Вам и профессиональной удачи. Ну и личной тоже. 🌸

*Беседовала
Анна Лозовская*