



Профессор С.Ю. КАЛИНЧЕНКО: «Мы возродили традиции классической медицины и придерживаемся принципа – работать командой»



Улучшение здоровья и качества жизни мужчин в нашей стране является важнейшей социальной задачей.

О необходимости междисциплинарного подхода в решении проблем мужского здоровья, о роли половых гормонов в развитии возраст-ассоциированных заболеваний, об инновационных методах терапии андрогенодефицита – в беседе с известным практикующим врачом, заведующей кафедрой эндокринологии РУДН, руководителем «Клиники мужского здоровья и долголетия семейной пары», д.м.н., профессором Светланой Юрьевной КАЛИНЧЕНКО.

– Андрология на сегодняшний день имеет статус субспециальности. Насколько это оправдано?

– Андрология занимается многими междисциплинарными проблемами мужского здоровья, включая урологические, эндокринологические, кардиологические, неврологические, дерматологические, сексологические и другие аспекты, а потому, я считаю, это самостоятельная специальность. Существует мнение, что андролог – это «узкий» врач, что в корне неправильно. Вообще в медицине не должно быть «специалистов по правой и левой ноздре». Так, в нашей клинике мы возродили традиции классической медицины и придерживаемся принципа работы командой: каждый клинический случай обсуждаем на консилиуме с участием уролога, гинеколога, эндокринолога, кардиолога. Такой междисциплинарный подход позволяет нам лечить человека, а не симптомы, находить первопричину болезни, правильно ставить диагноз и добиваться практически 100%-ного результата как в диагностике, так и в лечении.

– С какими нарушениями мужчины чаще всего обращаются в вашу клинику?

– Средний возраст наших пациентов – 45–55 лет, они приходят к нам с жалобами на снижение полового влечения, нарушения эрекции, ожирение, нарушения мочеиспускания, снижение работоспособности и др. Первостепенная задача – определить причину недуга, поскольку за любым из вышеперечисленных симптомов могут скрываться серьезные заболевания; за ожирением – сахарный диабет и многие другие эндокринные нарушения, за эректильной дисфункцией – ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертония, за снижением желаяния – андрогенный дефицит и т.д. И ожирение, и метаболический синдром, и эректильная дисфункция, и артериальная гипертония – это возраст-ассоциированные заболевания, в возникновении и течении которых важную роль играет дефицит половых гормонов. Абсолютно все физиологические процессы в мужском организме регулируются тестостероном. Время наступления мужского климакса, или андрогенного дефицита, индивидуально и зависит от уровня тестостерона на пике его секреции – в 30 лет. Если у мужчины сильная половая конституция и уровень



Актуальное интервью

тестостерона в этом возрасте находится на верхней границе нормы, то клинически значимое снижение гормона у него произойдет в 80 лет. У мужчин со слабой половой конституцией и с уровнем тестостерона на пике секреции на нижней границе нормы дефицит андрогенов может наступить и в 35 лет.

Как правило, по достижении мужчиной 35-летнего возраста уровень тестостерона начинает последовательно уменьшаться на 1–2% в год. Таким образом, снижение выработки половых гормонов, отвечающих за качество и продолжительность жизни, у мужчин начинается на 10–15 лет раньше, чем у женщин. Именно поэтому на фоне общего увеличения продолжительности жизни мужчины по-прежнему живут меньше.

– Одним из первых клинических симптомов снижения тестостерона являются сексуальные нарушения...

– Дефицит тестостерона проявляется ослаблением либидо или его полным отсутствием у мужчины, что может также сопровождаться ухудшением качества эрекции, нарушением эякуляции и другими симптомами. Кстати, от уровня тестостерона зависит половое влечение не только у мужчин, но и у женщин. По данным статистики, около 40% мужчин старше 45 лет имеют пониженный уровень тестостерона, но лишь единицы из них обращаются к врачу. Между тем полноценная сексуальная жизнь – очень важная составляющая эмоционального и физического здоровья человека. Сегодня у нас есть все для того, чтобы обеспечить мужчине в любом возрасте сексуальное желание и возможность проведения полового акта.

– Существуют ли характерные признаки, свидетельствующие о снижении выработки главного «мужского» гормона?

– Одним из главных признаков развития андрогенного дефицита у мужчин является ожирение. Снижение тестостерона и накопление жира – это два взаимосвязанных процесса. Известно, что в жировой ткани вырабатывается лептин, ведущий к снижению тестостерона. Дефицит тестостерона сопровождается замедлением метаболических процессов в организме, подавленностью настроения, снижением физической активности и накоплением жира. Круг замкнулся.

К замедлению выработки тестостерона может привести и сниженный уровень витамина D – важного стероидного гормона. Этой проблеме в научном сообществе в последнее время уделяется все больше внимания. Люди стали реже бывать на солнце и чаще использовать солнцезащитные кремы, которые препятствуют проникновению ультрафиолетовых лучей и выработке витамина D. Между тем дефицит этого витамина приводит не только к потере кальция в костной ткани, развитию мочекаменной болезни, остеопорозу, но и мышечным болям и болям в спине, депрессии, а также ожирению.

Кроме того, недостаток тестостерона может быть обусловлен приемом некоторых лекарственных препаратов, стрессами, перегрузками. Таким образом, можно сказать, что в группу риска по развитию андрогенного дефицита входят мужчины с ожирением, которые много работают, не бывают на солнце и в результате недополучают витамин D, а также те, кто принимает много лекарственных препаратов, то есть практически большая часть мужского населения страны.

– Какие рекомендации вы даете своим пациентам?

– Мужчинам с избыточным отложением жировой ткани в области талии мы советуем нормализовать питание и увеличить физические нагрузки. При дефиците витамина D показана терапия препаратами витамина D. При сосудистых заболеваниях и эректильной дисфункции необходим прием ингибиторов ФДЭ-5 на постоянной основе. Но обязательным условием – залогом эффективной терапии – является восстановление гормонального статуса, в частности уровня тестостерона.

Существуют два основных метода андрогенотерапии: заместительная терапия с введением тестостерона извне и стимулирующая терапия. В каждом конкретном случае врач определяет метод индивидуально. Заместительная терапия показана тем пациентам, организм которых не может самостоятельно вырабатывать тестостерон. Однако у большинства мужчин с относительным андрогенным дефицитом сохраняется способность секретировать собственный тестостерон. Учитывая этот факт, мы разработали и запатентовали авторскую методику возмещения андрогенного дефицита, которая на сегодняшний день внедряется в клиническую практику по всему миру.

– На что следует ориентировать пациентов, определяя стратегию терапии?

– Врачи нашей клиники сформулировали определение здорового мужчины. У него нет жировых отложений на животе, окружность его талии не превышает 94 см, он сохраняет сексуальное влечение и возможность совершать половой акт в той мере, как это было у него в 30 лет. Кроме того, здоровый мужчина не имеет проблем с мочеиспусканием и не встает ночью в туалет, и, наконец, у здорового мужчины нет проблем со сном.

Однако мы пришли также к тому, что нельзя лечить отдельно мужчину: рядом со здоровым мужчиной обязательно должна быть здоровая женщина, которая также не страдает ожирением, сохраняет сексуальное желание независимо от возраста, крепко и спокойно спит и не встает в туалет ночью. Теперь мы занимаемся парой, и у нас есть все терапевтические возможности, чтобы обратившиеся к нам люди обретали здоровье и сохраняли его на долгие годы. ☺

Беседовала С. Евстафьева

Урология