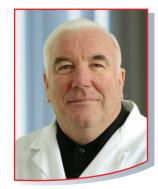
Mmozu zoga

Итоги 2011 года в области сексологии и андрологии

Развитие украинской сексологии отличается динамичностью и соответствием современным мировым тенденциям, в то время как андрология все еще незаслуженно остается в арьергарде. Об этом, подводя итоги прошедшего года, нашему корреспонденту рассказал главный сексопатолог Министерства здравоохранения Украины, президент Ассоциации сексологов и андрологов Украины, генеральный директор Украинского института сексологии и андрологии, заведующий отделом сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Игорь Иванович Горпинченко.



И.И. Горпинченко

? Какими значимыми мероприятиями, научными форумами в области сексологии и андрологии ознаменовался 2011 год?

- В целом прошедший год был достаточно результативным для сексологической службы Украины. Мы рады, что все запланированные мероприятия состоялись в предполагаемые сроки и позволили достичь ожидаемых результатов. Например, в течение 2011 г. были успешно проведены 14 межобластных научнопрактических конференций. Такие конференции, объединяющие специалистов из разных регионов нашей страны, облегчают обмен мнениями и новыми научными данными; помогают поддерживать контакт с областными сексологами, андрологами и урологами; способствуют повышению профессионального уровня отечественных специалистов и быстрому внедрению новых подходов к лечению сексуальных нарушений.

Запоминающимся событием стала состоявшаяся в г. Харькове научно-практическая конференция, посвященная памяти заслуженного деятеля науки и техники Украины, доктора медицинских наук, профессора Валентина Валентиновича Крышталя. Параллельно с работой конференции, в которой приняли участие более 300 специалистов, состоялось совещание областных сексологов, посвященное подготовке проекта приказа по развитию сексологической и андрологической службы. Следует отметить, что на сегодняшний день мы располагаем хорошо организованной сексологической службой, которая успешно функционирует во всех областях Украины из расчета 1 врачсексопатолог и 1 медицинский психолог либо психотерапевт (специализирующиеся в области сексологии) на 250 тыс. населения. Разработка нового приказа является закономерным и важным этапом дальнейшего развития сексологической службы с учетом современных реалий.

Расскажите подробнее о разработке приказа, его основных отличительных чертах. Какие аспекты предшествующего приказа особенно остро нуждались в доработке?

— Основной предпосылкой для разработки нового приказа, определяющего развитие и функционирование отечественной сексологической и андрологической службы, является тот факт, что предшествующий приказ МЗ Украины № 171 «Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України» был принят еще в 1992 г. и нуждается в обновлении с учетом существующих реалий. В связи с этим в 2011 г. была проведена большая работа по подготовке проекта нового приказа, принятие которого позволит отрасли продвинуться в дальнейшем развитии.

Интересно, что подготовка материалов для создания проекта приказа проводилась при финансовой поддержке Фонда народонаселения ООН; следуя демократическим принципам, Ассоциация сексологов и андрологов Украины организовала серию совещаний с областными сексологами. Все предложения и пожелания, прозвучавшие в рамках этих совещаний, были учтены при подготовке обновленного документа. Были разработаны новые положения, касающиеся работы Украинского организационно-методического и консультативного центра сексопатологии и андрологии, организации семейно-врачебного психологического консультирования и т. д. Ряд положений приказа № 171 оставлен практически без изменений.

В целом новый проект приказа стал итогом нашей работы в течение 20 лет. Следует отметить, что часть документа, посвященная развитию сексологической службы, была

благосклонно воспринята на всех уровнях. В то же время в отношении андрологии мы, увы, столкнулись с непониманием со стороны МЗ. Так, в приказе № 171 существует положение о враче-андрологе и андрологическом кабинете (из расчета 1 специалист на 500 тыс. населения), хотя андрология до сих пор отсутствует в перечне клинических дисциплин, как и должность врача-андролога в перечне врачебных специальностей. И это учитывая, что исторически большой вклад в развитие андрологии сделан именно украинскими учеными, в частности профессорами Б.А. Вартопетовым и И.Ф. Юндой.

В обновленном приказе мы акцентируем внимание на актуальности андрологии как дисциплины и значимости андрологических кабинетов. И это далеко не случайно: наличие врача-андролога, который занимается вопросами мужского здоровья от рождения и до старости, важно для профилактики, выявления и лечения мужского бесплодия.

Не секрет, что рождаемость в нашей стране снижается, демографическая ситуация неблагоприятна. И хотя в значительной степени это связано с особенностями социально-экономической ситуации, тем не менее в 10-15% случасокращение рождаемости обусловлено причинами сугубо медицинского характера. Зарубежные исследования показывают, что распространенность женского и мужского бесплодия в популяции приблизительно одинакова. В то же время фактическое отсутствие врачей, целенаправленно занимающихся мужским здоровьем, приводит к гиподиагностике - согласно официальным статистическим данным, мужчин, страдающих бесплодием, в нашей стране в 10 раз меньше, чем женщин с данной патологией. А ведь для каждой конкретной семьи значимость решения этой проблемы сложно переоценить!

Создание андрологической службы позволит контролировать здоровье мужчин от рождения и до глубокой старости, выявляя нарушения развития, органические формы сексуальных расстройств, бесплодие, проблемы андрогенного дефицита и другие состояния. Это крайне актуально, ведь, согласно нашим исследованиям, до 40% проблем, которые приводят к сексуальным расстройствам и нарушению репродуктивной функции у взрослых, были заложены в детском возрасте. Это нарушения, связанные с аномалиями развития, гипогонадными состояниями, задержкой пубертата либо преждевременным созреванием, инфекциями детского возраста, влияющими на развитие половой функции, перенесенными травмами и т. д.

К сожалению, инициатива введения андрологии в перечень врачебных специальностей не была одобрена в МЗ Украины. В то же время в защиту андрологии выступил президент НАМН Украины Андрей Михайлович Сердюк, предложивший мне выступить на заседании Президиума НАМН Украины в декабре 2011 года. Доклад, посвященный развитию украинской сексологической и андрологической службы, вызвал большой интерес. Поддержка со стороны НАМН Украины позволяет надеяться, что андрология продолжит развиваться в нашей стране.

Еще одна проблема, которая пока не получила должного признания на государственном уровне, — транссексуализм. Как известно, социальная и хирургическая смена пола является основным методом помощи в случае данного нарушения. Мы выступаем за то, чтобы в новой редакции соответствующего приказа снизить (с 25 до 18 лет) возраст, начиная с которого транссексуалам разрешена смена пола. Истинная транссексуальность достоверно

определяется по достижении совершеннолетия, и мы не видим необходимости заставлять человека ждать возможности проведения вмешательства 7 лет. Сегодня транссексуалы либо остаются без помощи в течение длительного времени, либо получают ее за рубежом. Таких больных в Украине немного (около 150 человек), но для каждого из них своевременная медицинская помощь имеет колоссальное значение.

Расскажите о приоритетных направлениях исследований, проводимых Украинским институтом сексологии и андрологии.

 В 2011 г. Украинским институтом сексологии и андрологии проводились исследования по нескольким ключевым направлениям. Одним из них, имеющим большое профилактическое значение, является изучение распространенности детских гипогонадных состояний. В рамках данной программы наши специалисты посещали столичные школы, где обследовали условно здоровых детей (методы обследования – беседа, осмотр). Полученные результаты, увы, впечатляют: те или иные отклонения со стороны половой системы были выявлены у 25% мальчиков. К сожалению, в процессе проведения исследования мы столкнулись с сопротивлением многих родителей, что является крайне неблагоприятной тенденцией. Не скрою, к нам в центр нередко обращаются мальчики и юноши с необратимыми нарушениями со стороны половой системы, которые могли быть успешно скорректированы в более раннем возрасте. Можно было бы избежать очень многих случаев бесплодия у взрослых, если бы всех мальчиков в школьном возрасте обследовал врач-андролог.

Уже традиционно большое внимание в работе Украинского института сексологии и андрологии уделяется вопросам женской сексуальности. В разные периоды мы изучали статистику женских сексуальных расстройств, а также влияние возраста и наличия соматической патологии (в том числе заболеваний половой сферы) на развитие сексуальных расстройств у женщин. В целом мы всегда стараемся быть в авангарде сексологической науки, наши исследования соответствуют современным тенденциям развития сексологии. Так, наш центр одним из первых в мире занялся исследованием особенностей кровотока в женских половых органах, связанных с явлением женской оргастичности. Полученные результаты были представлены на зарубежных конференциях и вызвали большой интерес.

Традиционно большое внимание уделяется развитию методов лечения эректильной дисфункции. Так, в настоящее время мы продолжаем фундаментальные исследования, посвященные изучению возможностей применения клеточной терапии при лечении нарушений эрекции. Как известно, при многих органических формах эректильной дисфункции, связанной с возрастом, развитием сахарного диабета, воздействием экологических факторов, страдают эндотелиальные клетки кавернозных тел полового члена. Использование полипотентных клеток может быть перспективным для решения этой проблемы.

Кроме того, в настоящее время мы занимаемся изучением новой экспериментальной методики лечения эректильной дисфункции с помощью экстракорпоральной ударно-волновой терапии. Данная методика была предложена израильскими учеными и в настоящее время находится на стадии активного исследования.

Вопреки всем сложностям в 2011 г. мы продолжили издание Всеукраинского научнопрактического журнала «Здоровье мужчины» (периодичность выхода — 4 раза в год). Кроме

того, в 2011 г. было подготовлено и издано учебное пособие «Чоловічі статеві розлади».

? Какое место отводится просветительской работе с населением?

- Просветительская работа с населением крайне важна, поскольку помогает развенчать распространенные мифы о сексуальности, многие из которых небезопасны. Не секрет, что именно по отношению к этой сфере как в обществе, так и во врачебной среде распространено большое количество заблуждений, которые, к сожалению, невольно поддерживаются средствами массовой информации, создающими искаженное представление о норме сексуальности и сексуальных отношений. К нам часто обращаются люди, состояние которых напрямую связано с дезинформацией, в лучшем случае приводящей к необоснованному беспокойству, в худшем - к развитию ятрогенных заболеваний. Нельзя забывать, что проявления сексуальности и сексуальные потребности имеют большие индивидуальные отличия, а желание соответствовать далеким от реальности мифическим представлениям может впоследствии привести к реальным сексуальным расстройствам. Напомню, что понятие сексуального здоровья включает три основных элемента:

 способность к наслаждению и контролю сексуального и репродуктивного поведения в соответствии с этическими нормами;

 отсутствие органических расстройств, заболеваний, недостаточностей, препятствующих осуществлению сексуальных и репродуктивных функций;

 свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения.

В данном контексте просветительская работа приобретает большое профилактическое значение. Например, информация о развитии сексуальности у детей позволит предотвратить неадекватные реакции со стороны родителей. Ведь сегодня по-прежнему остаются закрытыми некоторые темы — отсюда причины неправильного полового воспитания детей и искаженного восприятия проблемы их родителями. Информирование населения должно осуществляться только профессионалами в этой области.

? Каковы планы на ближайшее будущее?

- Ассоциация сексологов и андрологов Украины будет продолжать работать в выбранном направлении, чтобы добиться официального признания андрологии и введения специальности андролога в перечень врачебных специальностей. В этом году планируется проведение 15 межобластных конференций и традиционной конференции в г. Киеве (20-21 сентября), которая будет посвящена фармакотерапии в сексологии; также будут продолжаться научные исследования. В частности, планируем сконцентрироваться на изучении мужского бесплодия: выявлении реальной распространенности мужского бесплодия в разных регионах Украины, анализе факторов, вызывающих бесплодие, и причин зарегистрированных низких показателей мужского бесплодия по сравнению с женским. Продолжатся исследования, посвященные выявлению аномалий развития половой системы у детей.

В целом, оценивая результаты уходящего года, мы имеем основания для надежды на то, что основные запланированные проекты будут успешно реализованы.

Подготовила Катерина Котенко



50 № 6 (283) • Березень 2012 р.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Применение ингибиторов дипептидилпептидазы-4 при сахарном диабете 2 типа: результаты систематического обзора и метаанализа

Целью данной работы была оценка эффективности и безопасности ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) по сравнению с метформином при их применении в монотерапии, а также с другими широко используемыми сахароснижающими препаратами при их добавлении к метформину у взрослых пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Поиск исследований для систематического обзора и метаанализа проводили в базах данных Medline, Embase, Cochrane Library, а также в материалах конференций, реестрах исследований и на веб-сайтах производителей лекарственных средств. В обзор включали рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) с участием взрослых пациентов с СД 2 типа, в которых сравнивалась эффективность ингибиторов ДПП-4 с метформином в виде монотерапии или эффективность добавления ингибиторов ДПП-4 к метформину в качестве препаратов второй линии по сравнению с добавлением препаратов сульфонилмочевины, пиоглитазона, агонистов глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) или базального инсулина в отношении снижения уровня гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}).

В качестве первичной конечной точки было выбрано изменение уровня HbA_{1c}. Вторичные конечные точки включали частоту достижения целевых показателей HbA_{1c} (≤7%), изменение массы тела, случаев серьезных нежелательных явлений, частоту случаев отмены препарата вследствие развития побочных эффектов, уровень общей смертности, частоту гипогликемических состояний и других нежелательных явлений (назофарингита, инфекций мочевыводящих путей, инфекций верхних дыхательных путей, тошноты, рвоты и диареи).

Критериям включения соответствовали 27 публикаций по результатам 19 исследований. В них приняли участие 7136 пациентов, получавших ингибиторы ДПП-4, и 6745 больных, получавших другие сахароснижающие препараты. Риск систематической ошибки относительно первичной конечной точки был низким в 3 сообщениях, неизвестным — в 9 и высоким — в 14 сообщениях.

По сравнению с метформином прием ингибиторов ДПП-4 в монотерапии приводил к менее выраженному снижению HbA_{1c} (взвешенная разность средних (ВРС) – 0,2; 95% доверительный интервал (ДИ) – 0,08-0,32) и массы тела (ВРС 1,5; 95% ДИ 0,9-2,11). В качестве препаратов второй линии по влиянию на HbA_{1c} ингибиторы ДПП-4 уступали агонистам ГПП-1 (ВРС 0,49; 95% ДИ 0,31-0,67), но были сопоставимы с пиоглитазоном (ВРС 0,09; 95% ДИ от -0,07 до 0,24), а также не превосходили препараты сульфонилмочевины по частоте достижения целевых уровней HbA_{1c} (отношение шансов (ОШ) в пользу сульфонилмочевины — 1,06; 95% ДИ 0,98-1,14). Ингибиторы ДПП-4 продемонстрировали более благоприятный профиль относительно влияния на массу тела участников по сравнению с препаратами сульфонилмочевины (ВРС -1,92; 95% ДИ от -2,34 до -1,49) и пиоглитазоном (ВРС -2,96; 95% ДИ от -4,13 до -1,78), но уступали агонистам ГПП-1 (ВРС 1,56; 95% ДИ 0,94-2,18).

Частота гипогликемии была минимальной в группах пациентов, получавших ингибиторы ДПП-4 и метформин в монотерапии, а также при применении ингибиторов ДПП-4, пиоглитазона и агонистов ГПП-1 в качестве препаратов второй линии в добавление к метформину. В то же время в большинстве исследований, в которых ингибиторы ДПП-4 сравнивали с препаратами сульфонилмочевины при их добавлении к метформину, риск гипогликемии был выше в группе больных, получавших препараты сульфонилмочевины.

Частота серьезных нежелательных явлений была ниже в группе ингибиторов ДПП-4 по сравнению с группой пиоглитазона. Среди пациентов, получавших ингибиторы ДПП-4, частота случаев тошноты, диареи и рвоты была ниже по сравнению с таковой у лиц, получавших метформин или агонисты ГПП-1. Риск назофарингита, инфекций верхних дыхательных или мочевыводящих путей при приеме ингибиторов ДПП-4 был сопоставим с таковым при использовании препаратов сравнения.

Авторы обзора сделали вывод, что у больных СД 2 типа, которые не достигают целевых значений гликемии на фоне приема метформина, добавление ингибиторов ДПП-4 может снизить уровень HbA_{1c} , при этом эффективность последних сопоставима с таковой препаратов сульфонилмочевины или пиоглитазона при их использовании в качестве средств второй линии. Важно отметить, что ингибиторы ДПП-4 не влияют на массу тела пациентов. Однако следует учитывать более высокую стоимость терапии ингибиторами ДПП-4 по сравнению с более старыми сахароснижающими препаратами, а также недостаточное количество данных относительно их долгосрочной безопасности.

Karagiannis T. et al. BMJ. 2012 Mar 12; 344: e1369

Эффективность детской смеси на основе коровьего молока, очищенной от инсулина, в профилактике аутоиммунного повреждения β-клеток поджелудочной железы: результаты пилотного исследования FINDIA

Данное исследование было проведено с целью проверки гипотезы, что искусственное вскармливание с применением очищенной от инсулина детской смеси на основе коровьего молока уменьшает риск выявления аутоантител, ассоциированных с СД 1 типа, у детей с генетической предрасположенностью к данному заболеванию по сравнению с применением обычных молочных смесей.

Рандомизированное двойное слепое пилотное исследование FINDIA (Finnish Dietary Intervention Trial for the Prevention of Type 1 Diabetes) проводилось на базе трех детских больниц в Финляндии в период с 15 мая 2002 по 22 ноября 2005 года.

В исследовании приняли участие более 1 тыс. детей с генетической предрасположенностью к развитию СД 1 типа, определенной на основании анализа НLA, которые находились в течение первых 6 мес жизни на искусственном вскармливании в связи невозможностью грудного вскармливания, при этом 389 детей получали обычные молочные смеси, 350 — гидролизированные молочные смеси и 365 — молочную смесь, очищенную от инсулина.

В качестве первичной конечной точки было выбрано наличие признаков аутоиммунного процесса в отношении β-клеток поджелудочной железы в возрасте 3; 6 и 12 мес, а также 2 и 3 лет. При этом определяли наличие и оценивали динамику уровня аутоантител к инсулину, GAD65 (изоформе декарбоксилазы глутаминовой кислоты с молекулярным весом 65 кДа), тирозинфосфатазе IA-2, клеткам островков поджелудочной железы и транспортеру цинка 8.

ITT-анализ показал, что по крайней мере один из видов аутоантител в возрасте до 3 лет выявляется у 6,3% детей, получавших обычные молочные смеси; у 4,9% детей, в кормлении которых использовали гидролизированные смеси, и у 2,6% детей, получавших молочную смесь, очищенную от инсулина. ОШ составило 0,75 (95% ДИ 0,37-1,54) для группы приема гидролизированных смесей и 0,39 (95% ДИ 0,17-0,91) – для группы потребления молочной смеси, очищенной от инсулина, по сравнению с группой приема обычных молочных смесей. При проведении PP-анализа ОШ составило 0,81 (95% ДИ 0,37-1,76) и 0,23 (95% ДИ 0,08-0,69) соответственно.

Таким образом, исследование продемонстрировало, что по сравнению с применением обычных молочных смесей использование очищенной от инсулина смеси позволяет снизить риск выявления аутоантител к антигенам β -клеток поджелудочной железы к 3-летнему возрасту у детей с генетической предрасположенностью к СД 1 типа.

Vaarala O. et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Mar 5

Влияние низкоуглеводной диеты на массу тела и контроль гликемии у лиц с СД 2 типа: систематический обзор РКИ длительностью более 12 нед

Низкоуглеводные диеты продемонстрировали хороший результат в рамках краткосрочных программ снижения веса с участием лиц с избыточной массой тела без СД, но доказательств их долгосрочной эффективности у больных с СД 2 типа пока недостаточно. Целью данной работы была оценка эффективности низкоуглеводной диеты длительностью ≥12 нед по сравнению с диетой с низким содержанием жиров, традиционной диетой для больных СД и диетой с включением продуктов с низким гликемическим индексом относительно их влияния на массу тела и HbA_{1c} у лиц с СД 2 типа.

В систематический обзор включали РКИ, в которых длительность соблюдения низкоуглеводной диеты пациентами с СД 2 типа составляла не менее 12 нед. Поиск исследований проводили в базах данных PubMed, Cochrane и EBSCOhost в период с 1 января 2000 по 1 января 2010 года. Были проанализированы данные, касающиеся дизайна исследований, содержания углеводов в рационе, продолжительности диеты, динамики массы тела, уровня липидов крови (общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов), HbA_{1c} и/или гликемии.

В 5 исследованиях было показано более выраженное снижение массы тела при соблюдении низкоуглеводной диеты, однако в 4 из них различия не были статистически достоверными. Наиболее продолжительные исследования не продемонстрировали различий в изменении массы тела при соблюдении разных диет. Только в 2 исследованиях с использованием низкоуглеводной диеты было достигнуто более выраженное снижение уровня HbA_{1c}, включая самое длительное исследование с применением низкоуглеводной средиземноморской диеты.

Таким образом, данный обзор не продемонстрировал убедительных преимуществ низкоуглеводной диеты перед диетой с низким содержанием жиров, традиционной диетой для больных СД и диетой с применением продуктов с низким гликемическим индексом в отношении их влияния на массу тела и уровень HbA_{1c}.

Castaneda-Gonzalez L.M. et al. Nutr Hosp. 2011 Dec; 26 (6): 1270-1276

Сравнение долгосрочной эффективности двусторонней субтотальной тиреоидэктомии и тотальной тиреоидэктомии при болезни Грейвса

Объем резекции щитовидной железы при болезни Грейвса до сих пор остается предметом дискуссии. Целью данного исследования было оценить долгосрочные результаты двусторонней субтотальной тиреоидэктомии (СТ) по сравнению с тотальной тиреоидэктомией (ТТ) у пациентов с болезнью Грейвса и умеренной офтальмопатией.

Участники были рандомизированы на 2 группы (СТ или ТТ) и наблюдались в течение 5 лет после операции. Первичными конечными точками исследования были частота рецидива гипертиреоза и динамика офтальмопатии. В качестве вторичных конечных точек была выбрана частота послеоперационного транзиторного или перманентного пареза возвратного гортанного нерва, послеоперационной гипокальциемии и гипопаратиреоза.

В исследование были включены 200 пациентов, из которых завершили 5-летнее наблюдение 191 участник (СТ – 95, ТТ – 96). Рецидив гипертиреоза был отмечен у 9 больных после СТ, тогда как в группе ТТ случаев рецидива не зарегистрировано (р=0,002). Прогрессирование офтальмопатии Грейвса наблюдалось у 9 пациентов после СТ по сравнению с 7 больными после ТТ (р=0,586). Транзиторный гипопаратиреоз наблюдался у 13 и 24 пациентов из групп СТ и ТТ соответственно (р=0,047). Постоянный гипопаратиреоз не был диагностирован ни у одного больного после СТ, но был выявлен у 1 пациента после ТТ (р=0,318). Не было выявлено различий между группами по частоте случаев послеоперационного транзиторного или постоянного пареза возвратного гортанного нерва.

Исследователи пришли к выводу, что ТТ при болезни Грейвса дает возможность более эффективно предупреждать рецидив гипертиреоза, однако не уменьшает вероятность прогрессирования офтальмопатии по сравнению с СТ.

Barczynski M. et al. Br J Surg. 2012 Apr; 99 (4): 515-522

Подготовил **Вячеслав Килимчук**