

В.В. Спиридоненко, к. мед. н., ГУ «Інститут урології НАМН України», г. Київ;
В.В. Козлов, к. мед. н., Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця, г. Київ

Возрастной частичный андрогенный дефицит у мужчин

Продолжение. Начало на стр. 30.

диеты, оптимального режима дня, проведении психотерапии. Часто пациенты начинают лечиться сами, используя средства народной медицины. При легких расстройствах используют успокаивающие растительные продукты, понижающие артериальное давление (валериана, пустырник, боярышник) и обладающие общеукрепляющими (женьшень, кофе, продукты пчеловодства) свойствами. Иногда это имеет положительный эффект и пациент не обращается к врачу.

С целью стимуляции сексуальной активности используют растительное сырье женьшеня, родиолы розовой, аралии манчжурской, заманихи, препараты якорцев в обычных суточных дозировках. Кроме вышеуказанного эффекта пациенты получают кардиотонический, мягкий психостимулирующий, общестимулирующий и имунотропный эффекты. Повышается физическая выносливость, улучшается сон, аппетит, стрессоустойчивость. Эффекты этих средств чаще кратковременные, что требует их курсового применения, как правило, весной и осенью.

Лицам с выраженными неврастеническими расстройствами применяют седативную терапию, направленную на снижение нервозности, устранение сенестопатических расстройств, кожного зуда и бессонницы. Применяют современные комплексные препараты с валерианой, хмелем, экстрактом пиона. Известные продукты с бромидом в настоящее время практически не применяются, как и композиты растительных экстрактов с половыми гормонами (типа тестобромлечита, амбосекса).

При выраженных проявлениях климакса используют продукты тестостерона пропионата и тестостерона ундеканата [7, 8]. Пероральные препараты метилтестостерона в официальной медицине не применяются. Считается, что рациональная коррекция нарушений полового статуса при позднем частичном гипогонадизме предоставляет возможность существенного улучшения не только в сексуальной сфере мужчины,

но также способна улучшать мнестические и когнитивные функции. Назначение половых гормонов короткого действия у лиц с данным состоянием не проводится. Назначение продуктов тестостерона, действующих в течение до 4 нед, проводится только по показаниям с соблюдением принципа введения поддерживающих доз. Эпизодическое назначение вышеуказанных препаратов может наоборот ухудшить состояние пациента (ухудшение состояния после незначительного улучшения — «эффект американских горок»). Также известно, что длительная терапия как растительными фитопрепаратами, так и пролонгированными тестостеронами (типа тестостерона ундеканата) является профилактикой развития метаболического синдрома (в том числе гиперинсулинемии), при этом курс лечения может составлять несколько лет. Длительный неконтролируемый прием андрогенов также может способствовать дальнейшей атрофии половых желез, увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, способствовать хронической гиперинсулинемии, усилению симптомов сахарного диабета, декомпенсации функций печени. Гормонотерапию следует проводить строго индивидуально и при отсутствии противопоказаний (новообразования предстательной железы; сердечная, печеночная и почечная недостаточность; декомпенсация артериальной гипертензии) [5].

При наличии дисфункции вегетативной нервной системы в виде вегетососудистой дистонии назначают комбинированные вегетотропные препараты эрготамина, белладонны, якорцев стелющихся [9], корня Ашваганда, астрагала, горянки, кордицепса, а также центральные альфа-адреноблокаторы — пирроксан, бутироксан и грандаксин.

Вышеуказанные препараты применяют для улучшения эректильной функции, которая, как правило, снижается. Зачастую применяют комплексное лечение, состоящее из воздействия на сосудистое звено (силденафил, тадалафил, варденафил,

физиотерапевтические методы и т.д.), на аминокислотный обмен (карлив, аргинин), на активацию симпатического звена (тамсулозин, пирроксан), на стимуляцию тестостерона [10]. Для нормализации корковой нейродинамики применяют седативные и нейротрофические средства, а также нейротрофические средства, улучшающие нейрорегуляцию в головном и спинном мозге (фенибут, пирацетам). Для улучшения обменных процессов применяют антиатеросклеротические средства (группы фибратов, статинов и др.) длительным курсом.

Своевременная коррекция частичного возрастного гипогонадизма у мужчин является важным условием здоровья, позволяющим увеличить продолжительность не только физической, но и социальной жизни мужчины.

Література

1. http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2016/ds/kn/kn_r/kn0716_r.html
2. Горпинченко И.И., Спиридоненко В.В. Частичный возрастной андрогенный дефицит // Здоровье мужчины. — 2017. — № 1 (60). — С. 8-14.
3. Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. (2002). Prevalence of metabolic syndrom among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey // JAMA 287 (3): 356-359.
4. Kovac J.R., Pan M., Arent S., Lipshultz L.I. Dietary Adjuncts for Improving Testosterone Levels in Hypogonadal Males // Am. J. Mens Health. 2015. Aug 13.
5. Гурженко Ю.Н. Негормональные методы лечения гипогонадизма 36. «Актуальні питання терапії тестостероном». Матер. наук.-практ. конф. Ф.Ф. Шерінг, 16.04.2005, м. Київ. — С. 12-13.
6. Гурженко Ю.Н. Триада: эректильная дисфункция, гипогонадизм и метаболический синдром // «Здоровье мужчины». 2008. — № 3 (26). — С. 36-42.
7. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Поздний гипогонадизм и Небидо. Вопросы и ответы // Здоровье мужчины. — 2009. — № 1 (28). — С. 28-36.
8. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Поздний гипогонадизм и Небидо. Вопросы и ответы. Монография. Киев, 2010, 32 с.
9. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Имшинецкая Л.П. Исследование применения препарата Трибестан для негормонального лечения вторичного гипогонадизма у мужчин // «Здоровье мужчины». — 2011. — № 1 (36). — С. 80-83.
10. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. Вплив фітотерапії на чоловіків з сексуальними порушеннями. Методичні рекомендації. — Київ, 2015, 32 с.
11. Спиридоненко В.В. Хронічний калькулезний простатит: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування // «Здоровье мужчины». — 2016. — № 4 (59). — С. 6-9.
12. Спиридоненко В.В. Синдром хронической тазовой боли у пациентов с хроническим простатитом: поиск оптимального решения // «Здоровье мужчины». — 2017. — № 1 (60). — С. 74-79.



Застосування ентеросорбентів у лікуванні хронічної хвороби нирок

Протягом останніх десятиліть спостерігається невинне зростання кількості хворих на термінальній стадії хронічної хвороби нирок (ХХН), тож питання лікування ХХН стає одним із ключових у сучасній нефрології. Значний прогрес нирковозамісної терапії (НЗТ), науково-технічні досягнення у сфері гемодіалізу, широке впровадження в клінічну практику трансплантації нирок створили реальні передумови для вирішення цього питання. Проте з цим прийшло й розуміння: важливо не лише подовжити життя хворого, а й забезпечити його належну якість.

Наразі у світі понад 1,7 млн людей мають можливість продовжувати життя завдяки НЗТ (Р.Е. Якубцевич і співавт., 2009). Не менше 2/3 цих хворих перебувають на хронічному гемодіалізі. Багаторічний досвід та велика кількість хворих забезпечили значний прогрес у технічних питаннях гемодіалізу. Щороку вдосконалюються фільтри, техніка сорбції, змінюються критерії відбору хворих. Ці досягнення дали змогу дійти висновку, що виводити уремичні токсини (УТ) можна не лише шляхом діалізотерапії, а й із залученням до цього процесу шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Протягом багатьох років науковці намагалися знайти ефективний спосіб виведення УТ шляхом детоксикації через ШКТ. Так, Т. Young і співавт. (1979) описали методику кишкового діалізу шляхом гіперосмотичної штучно індукованої діареї з одночасним відновленням втрат рідини ізотонічним розчином. Автори дослідження показали високу ефективність та відносну безпеку метода, однак, звісно, знайшлися й ті, хто критикував таку процедуру. Попри полярист думок, ідея здійснення детоксикації у хворих на ХХН через ШКТ

досі актуальна. У сучасній літературі досить багато робіт присвячено застосуванню при ХХН методів ентеросорбції (Б.Г. Лукічев, І.Ю. Панина, 2001).

Механізм ентеросорбції зводиться до фіксації УТ на поверхні сорбенту в тонкій кишці, що виключає можливість подальшої реадсорбції цих токсинів у товстій кишці та їх потрапляння до системного кровообігу. Значуще місце серед ентеросорбентів наразі посідає препарат Ентеросгель® — гідрогель метилкремніевої кислоти з максимумом сорбційного спектра на середньомолекулярні токсичні метаболіти, що в 400-3000 разів ефективніші за активоване вугілля (Ю.Н. Шевченко і соавт., 2004). На відміну від інших сорбентів хімічний базис Ентеросгелю не є гідрофільним, це гідратована, гідрофобна, пориста структура. Це дає змогу максимально зосередити дію сорбенту на шкідливих речовинах із молекулярною масою 70-1000 атомних одиниць маси (сечовина, білірубін, холестерин, жовчні кислоти, середньомолекулярні пептиди тощо).

Доведено, що Ентеросгель® чинить загальний детоксикуючий вплив завдяки адсорбції з крові через ШКТ токсичних речовин та продуктів незавершеного метаболізму. При цьому препарат покращує функцію печінки, кишечника, нирок, нормалізує показники крові та сечі, сприяє виведенню інкорпорованих нуклідів, обволікає слизову оболонку шлунка та кишечника, стимулює регенераторні процеси, позитивно впливає на колонізацію ШКТ нормальною мікрофлорою (Ю.Н. Шевченко і соавт., 2004).

Ефективність Ентеросгелю при ХХН стала предметом дослідження Р.Е. Якубцевич і співавт. (2009). Автори обстежили 31 хворого віком від 28 до 63 років із ХХН V стадії, що перебували на програмному гемодіалізі (у середньому 4,7 року). Всім хворим 3 рази на тиждень проводили бікарбонатний

діаліз за артеріовенозним варіантом з використанням полісульфонових мембран. Усі пацієнти були рандомізовані на 2 групи: 1) ті, що отримували програмний діаліз (n=14); 2) ті, що додатково до програмного діалізу отримували тижневий курс Ентеросгелю (45 г/добу, розподілені на 3 прийоми). Упродовж тижня серед пацієнтів 2-ї групи спостерігалася тенденція до більш низьких рівнів сечовини, ніж у хворих 1-ї групи. Достовірне зниження рівня креатиніну в 2-й групі порівняно з 1-ю спостерігалася вже наприкінці тижня лікування Ентеросгелем (421,4 проти 363,2; p<0,05). До того ж у пацієнтів 2-ї групи було зафіксовано достовірне зменшення рівня молекул середніх мас (633,3 проти 518,3; p<0,05) та покращення інтегрального показника адекватності гемодіалізу Kt/V (1,07 проти 1,17; p<0,05). Клінічними ефектами, зафіксованими впродовж прийому Ентеросгелю у хворих на ХХН V стадії, стали зменшення свербіжів шкіри, диспепсичних проявів та парестезій, а також покращення сну та якості життя. Небажаних явищ під час отримання Ентеросгелю зафіксовано не було.

Автори дослідження також провели фармако-економічний аналіз ефективності застосування Ентеросгелю у хворих на ХХН. Виявилося, що комплексна терапія із використанням Ентеросгелю на тлі проведення програмного гемодіалізу покращує адекватність останнього за показником Kt/V в середньому на 8%. Таке підвищення ефективності терапії знижує прямі витрати на лікування одного пацієнта з ХХН.

Отже, застосування Ентеросгелю як ентеросорбенту є патогенетично обґрунтованим методом додаткового лікування хворих із ХХН, що наразі перебувають на програмному діалізі. Таке лікування дає змогу знизити рівень УТ, підвищити адекватність гемодіалізу, що, у свою чергу, сприяє покращенню якості життя хворих, не в останню чергу завдяки редукції таких симптомів, як свербіж, парестезії, розлади в роботі ШКТ, а також продовжити міждіалізі проміжки без збільшення тривалості процедури діалізу. Саме тому Ентеросгель® може бути рекомендований як додаткова терапія хворих із ХХН, що перебувають на програмному діалізі.

Підготувала **Олександра Меркулова**

