

Сучасні підходи до обстеження андрологічних і сексологічних пацієнтів

В.В. Спиридоненко

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті наведено сучасні погляди на деякі особливості обстеження пацієнтів з андрологічною та сексологічною патологією. План обстеження хворих із зазначеною патологією регламентовано протоколами Європейської Асоціації урологів, яких потрібно суворо дотримуватися. Також практика андролога потребує залучення до обстеження лікарів інших спеціальностей – ендокринологів, хірургів, але первинні дані обстеження потрібно отримувати на етапі обстеження в умовах сімейної амбулаторії.

Ключові слова: скарги сексологічних хворих, анамнез, обстеження сексологічних хворих.

Modern approaches to the study of andrological and sexological patients

V.V. Spyridonenko

The article presents modern views on some features of the examination of patients with andrological and sexological pathology. The examination plan for patients with this pathology is regulated by the protocols of the European Association of Urology, which must be strictly observed. Also, the practice of andrologist requires the involvement of doctors of other specialties – endocrinologists, surgeons, but the initial examination data should be obtained already at the stage of the examination in a family outpatient setting.

Key words: complaints of sexological patients, history, examination of sexological patients.

Современные подходы к обследованию андрологических и сексологических пациентов

В.В. Спиридоненко

В статье приведены современные взгляды на некоторые особенности обследования пациентов с андрологической и сексологической патологией. План обследования больных с указанной патологией регламентирован протоколами Европейской Ассоциации урологов, которые нужно строго соблюдать. Также практика андролога требует привлечения к обследованию врачей других специальностей – эндокринологов, хирургов, но первичные данные обследования должны быть получены уже на этапе обследования в условиях семейной амбулатории.

Ключевые слова: жалобы сексологических больных, анамнез, обследование сексологических больных.

Історія світової медицини практично у кожному клінічному випадку є відбитком мистецтва лікування, його якості з метою домогтися одужання хворого. Понад 10 тисяч років існування цивілізації людства лише в останні 100 років класичний огляд хворого поступово втрачає свої позиції. Обстеження за допомогою інструментальних та інших допоміжних методів є світовим надбанням людства, але приділяючи мінімум уваги класичному огляду та обстеженню, ми втрачаємо цінну інформацію про стан хворого, зменшуючи таким чином можливість більш якісного лікування [7].

Збирання скарг – це найбільш важливий етап обстеження, який нерідко є досить складним процесом, оскільки лікарю при формуванні діагнозу потрібно не тільки враховувати наявні скарги пацієнта, а й можливі приховані скарги, що є недооцінені самим хворим через сприйняття їх як характерного природного процесу старіння. Наприклад, Американська асоціація ендокринологів вказує на необхідність більш широкого застосування скринінгу вторинного гіпогонадизму (часткового андрогенного дефіциту) у чоловіків віком понад 50 років [1]. Це є важливою складовою успіху вчасно призначеної патогенетичної корекції так званих вік-асоційованих захворювань чоловіка (метаболічний синдром, цукровий діабет, депресія, еректильна дисфункція та інші). Не можна виключати і той факт, що індивідуальне оцінювання причин зазначених захворювань з аналізом потенційних ризиків та користі замісної терапії тестостероном (корекція вікового андрогенного дефіциту) може виступати профілактикою онкологічних захворювань.

Найбільш поширеною зі скарг у сексологічного пацієнта є наявність порушення еректильної функції, актуальність якого, за даними світової літератури, перевершує навіть симптоми

порушення сечовипускання у чоловіків. Порушення еректильної функції вважається у суспільстві проблемою, здатною значно ускладнити якість життя чоловіка, але парадокс цього стану полягає в тому, що в суспільстві воно сприймається як щось ганебне, тому хворий у більшості випадків залишається зі своєю проблемою наодинці. Чоловіки, що мають ознаки еректильної дисфункції (ЕД), часто уникають лікарської допомоги, сподіваючись на ефекти самолікування, хоча останнє лише посилює наявні проблеми. Часто таких чоловіків приводить жінка, яка може детально розповісти про скарги, а також за допомогою анкети надати об'єктивну інформацію [6].

Другою найбільш актуальною проблемою є розлади еякуляції у вигляді її прискорення. Згідно з визначенням, сформульованим експертами ЕАУ, передчасним є сім'явиверження, що виникає постійно або періодично без належного контролю над ним до введення статевого члена в піхву (ejaculatio ante portas) або менш ніж через 3 хв після інтродукції (ejaculatio praecox), що супроводжується занепокоєнням чоловіка станом своєї еякуляторної функції, сексуальною незадоволеністю партнерки і міжособистісними конфліктами в парі.

Під час опитування пацієнта треба знати, що існує первинне передчасне сім'явиверження, яке дебютує з початком статевого життя. При формуванні стійкої передчасної еякуляції (ПЕ) протягом декількох років нормального статевого життя патологія набуває вторинного характеру. M.D. Waldinger та співавтори вважають, що первинна ПЕ характеризується сукупністю наступних симптомів [8, 9]:

- ПЕ настає занадто рано практично при кожному сполученні;
- ПЕ виникає практично з будь-якою жінкою;
- ПЕ відзначається з першого сексуального досвіду;

- близько 80% статевих актів завершуються за 30–60 с і 20% тривають не більше ніж 1–2 хв;
- час настання еякуляції зберігається постійно протягом життя (70%) або навіть скорочується з віком (30%).

У деяких чоловіків еякуляція настає вже під час прелюдії, до введення статевого члена в піхву. Перспективи медикаментозної терапії у таких випадках є невисокими.

Надбана (вторинна) ПЕ має різний генез і залежить від соматичного та психологічного стану пацієнта. У таких осіб дебют статевого життя був звичайним, як і тривалість статевого акту, але в певний момент раптово або поступово виникла ПЕ. Причиною такої форми ПЕ часто виступають урологічні захворювання (ЕД, запальні захворювання простатовезикулярного комплексу, патологія хребта), гормональні дисфункції (тиреодна дисфункція, гіперпролактинемія), психогенні стани (стреси, сімейні проблеми), що вимагає проведення комплексного клініко-лабораторного обстеження та лікування.

Надбані форми ПЕ, як і первинні, можуть бути вкрай тяжкими, проявлятися еякуляцією під час прелюдії або в момент пенетрації, що потребує детального опитування хворого та його статевого партнера.

За багатьма скаргами чоловіків приховується дефіцит тестостерону, що опосередковано можна запідозрити вже під час первинного огляду хворого. Для цього проводять оцінку:

- статевої функції, в т.ч. порушення лібідо, ерекції, еякуляції, оргазму (опитувальник AMS – Aging Males Symptoms Scale із нормою за сумою балів < 26; Опитувальник МІЕФ із сумою балів > 22);
- характер сечовипускання та наявність або відсутність нічних підйомів у туалет (опитувальник IPSS, урофлюрометрія) [3];
- наявність або відсутність ожиріння і зовнішніх ознак андрогенного дефіциту (вимірювання талії, яка потрібна бути меншою за 94 см та зросту, що не повинен зменшуватися) [2].

Суттєву допомогу в структурі скарг пацієнта за вказаними основними клінічними групами симптомів надає анкетування з використанням загальноновизнаних опитувальників. Їх необхідно одночасно використовувати при анкетуванні кожного пацієнта, оскільки кожний з них виявляє лише окрему групу симптомів чи клінічних синдромів, а скласти загальне уявлення про стан здоров'я чоловіка можливо лише за допомогою їхнього комплексного аналізу.

Діагноз лікарем встановлюється за даними анамнезу в 50% випадків, на основі клінічного спостереження – в 30%, за лабораторними даними – приблизно у 20%. Збір анамнезу складає важливу частину лікарського мистецтва і визначається, насамперед, особистістю лікаря. Це потребує такту, здатності відчувати разом із пацієнтом його хвилювання. Завжди потрібно пам'ятати, що стан статевої та репродуктивної функції у чоловіків перебуває у тісному зв'язку з великою кількістю факторів, кожен з яких врахувати досить складно або практично неможливо. Це потребує оцінювання впливу найбільш суттєвих з них, що є здатними або не здатними до модифікації, а саме:

1. Спадкового фактора: наявність генетично детермінованих захворювань з певним фенотипом (цукровий діабет, метаболічний синдром, серцево-судинні, онкологічні, гормональні хвороби); наявність онкопатології у членів родини.
2. Специфічного урологічного: анамнез різних видів урологічної патології – травматичних, аномальних, запальних, інфекційних та інших. Оцінювання результатів перенесених оперативних утручань на органах сечостатевої системи.
3. Соматичний: наявність супутньої патології (серцево-судинних, травного тракту, захворювання печінки,

нирок, легень, системи крові та інших), результати лікування та перспективи профілактичного лікування. Важливо отримати інформацію про захворювання, перенесені у дитинстві з оцінкою негативного впливу на стан репродуктивної системи (епідемічний паротит). Необхідно визначити будь-які травми, особливо травми голови, які навіть у віддаленому періоді здатні призводити до розвитку вторинного гіпогонадотропного гіпогонадизму, а також виключити наявність спонтанних переломів, як результату остеопорозу. Соматичні захворювання можуть стати індуктором розвитку часткового андрогенного дефіциту у чоловіків будь якого віку. Не діагностований вчасно андрогенний дефіцит може призводити до прогресії багатьох соматичних захворювань у чоловіків.

4. Сексологічний: оцінює наявність лібідо та його характер із визначенням його коливань; стан ерекцій (наявність ерекції зранку, індукованої ерекції, нічної ерекції; її стабільність та якість). Наявність та якість еякуляції, наявність та якість оргазму.
5. Ендокринологічний: важливим вважається виявлення часу початку статевої зрілості, наявність епізодів ожиріння, психологічний стан та соматичний статус у цей час.
6. Репродуктивний: необхідно з'ясувати наявність або відсутність дітей.
7. Аліментарний: необхідно з'ясувати характер та режим харчування пацієнта, харчові вподобання (особливо на разі дефіциту маси тіла або ожиріння), епізоди перебування на дієті. Згідно з практичними спостереженнями раціональне харчування, що має в собі правильне вживання питної рідини, відіграє суттєву роль у лікуванні практично усіх захворювань, що перебігають на тлі ожиріння. Цей факт є недооціненим не тільки урологами й андрологами, але і лікарями інших спеціальностей при складанні плану обстеження і лікування хворого. Тому особливості харчової поведінки слід обов'язково виявляти при первинному збиранні анамнезу життя.
8. Алергологічний анамнез: є потреби у з'ясуванні історії використання лікарських засобів пацієнтом, оскільки більшість з існуючих препаратів здатні до негативного впливу на чоловічу статеву та репродуктивну функцію. Важливо проаналізувати можливість та безпеку поєднання препаратів, які приймає хворий, із препаратами, що найбільш часто використовуються в андрологічній практиці. Вважається за необхідне визначати будь-яку медикаментозну непереносимість (алергічна реакція).
9. Шкідливі звички, стреси: паління, зловживання алкоголем, наркотичними засобами, хронічні стреси та інші фактори, які негативно впливають на статеву та репродуктивну систему чоловіків.

Фізикальному обстеженню хворого завжди надавали особливої уваги, але у сучасних реаліях ми стикаємося з тим, що за наявності вже призначеного лікування з приводу урологічної патології лікар не оглядав хворого, не проводив пальпацію статевих органів та передміхурової залози. Між тим ми знаємо, що сексологічні хворі є особливою когортою, яка потребує детального опитування щодо скарг, історії хвороби та вкрай делікатного огляду. Цих чоловіків інколи оглядають на другому візиті через небажання хворого давати згоду на огляд статевих органів або ректальне обстеження. Останнє часто ускладнюється негативною психічною реакцією хворого або нейросудинною реакцією, а саме: потемніння в очах, різке запаморочення або короткочасна втрата свідомості. Тактильний контакт лікаря зі статевими органами пацієнта є вкрай делікатною процедурою, що потребує такту та навичок.

На першому етапі обстеження хворому потрібно провести огляд шкіри та слизових оболонок, пальпацію лимфовузлів, вимірювання талії, оцінити розвиток первинних та вторинних статевих ознак. Огляд хворого потрібно проводити без одягу, що дозволяє визначити порушення пропорцій будови тіла чоловіка (евнухоїдизм). Окремо потрібно описати стан хворого при ожирінні згідно з настановами Міжнародної федерації Діабету – IDF (2006), яка розглядає показники за расовими та етнічними критеріями.

Досить важливим фактором, який не втратив своєї актуальності і дотепер, є аналіз оволосіння на тілі чоловіка, що надає можливість оцінити стан або ризики формування гіпогонадизму.

Оцінювання стану шкірних покривів є також важливою, бо у низці випадків можна визначити клінічні маркери певних захворювань (сухість шкіри ліктів – гіпотиреоз, чорний акантоз та гіперпигментація – інсулінорезистентність, папіломатоз – різні стани вірусного ураження) або наштовхнути на проведення диференційного діагнозу між специфічними станами (псоріаз, сифіліс). Класичні стрії у формі рубців різного кольору на шкірі стегон, спини, сідниць. Депігментації шкіри також потребують аналізу, бо зустрічаються при витіліго, гіпогонадизмі, у разі порушень функції залоз внутрішньої секреції, мікроелементах та вітамінозах. Гіперкератоз стоп із сухістю шкіри, потоншенням волосся може свідчити про наявність патології щитоподібної залози. Важливою умовою оцінювання стану шкіри є огляд пахових складок, які часто мають ознаки ураження різноманітною грибковою інфекцією або папіломатозом. Наявність акне у чоловіків молодого віку є маркером гіперактивності 5 α -дегідротестостерону та гіперсекреції сальних залоз.

Необхідно професійно оцінити м'язовий апарат хворого та встановити тенденцію до втрати м'язової маси. Сучасні дані дозволили визначити досить новий клінічний термін «саркопенія», який означає наявність у людини вікових атрофічних дегенеративних змін скелетної мускулатури, що призводять до поступової втрати м'язової маси і сили.

До недавнього часу роль стану скелетної мускулатури (її сили і маси) у збереженні здоров'я і збільшенні тривалості активної фази життя залишалася недооціненою, але в останні 15 років ставлення до феномену саркопенії стало змінюватися. За даними американських центрів контролю та профілактики захворюваності, саркопенія визнана одним із п'яти основних чинників ризику захворюваності та смертності в осіб віком понад 65 років. Згідно з даними Вікіпедії, саркопенія у вересні 2016 року вперше в історії увійшла у Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10), але з МКХ-11 (2018) цей термін було виключено. Було розроблено так званий саркопенічний індекс, що дає можливість орієнтуватися при роботі з новими пацієнтами, коли вихідна м'язова маса в осіб 30–40 років і динаміка її змін з віком є невизначеною [4]. Індекс використовують для оцінювання стадії перебігу на підставі лабораторних показників рівнів гормонів соматомедину-С (IGF-1) і кортизолу. Використання саркопенічного індексу дозволяє без складних діагностичних досліджень оцінити ефективність проведеного лікування, визначити прогностичні критерії розвитку і перебігу захворювання, стадію саркопенії, що разом з іншими даними надає максимальної кількості інформації [5].

Найбільш важливою процедурою є аналіз стану яєчок пацієнта, що включає їхню візуальне оцінювання, симетричність, форму й розмір, а також пальпаторні характеристики – еластичність, болісність, зміщуваність. Окремо потрібно оцінювати придатки яєчок, що інколи є складним завданням через труднощі пальпаторної диференціації кістозних утворень із запальними або постзапальними змінами у цих

структурах. Оцінюють також пігментацію, тургор шкіри калитки, наявність захворювань шкіри (судинних, інфекційних, пухлинних), додаткові утворення та їхнє топічне розташування. Розмір яєчок можна встановлювати за допомогою орхідометра, але найбільш детальну інформацію дає ультразвукова діагностика.

Оцінювання статевого члена також полягає у визначенні його розміру в різних станах (за допомогою лінійки або рулетки); форми, стану при ерекції, наявності викривлення, додаткових утворень, стану крайньої плоті та вуздечки, розташування й вигляд вічка сечівника. Проведення пальпації необхідно з метою визначення виділень із сечівника або наявності патологічних утворень (рубці, хвороба Пейроні, сторонні тіла, запальна патологія лімфатичної та судинної системи, пухлиноподібні утворення). Класичним станом часто може виступати запалення крайньої плоті (баланопостит) різного генезу (цукровий діабет, післяопераційні та постзапальні зміни, гіпоандрогенія). Незвичне розташування вічка сечівника може бути варіантом розвитку, гіпоспадією або епіспадією, що нескладно піддати класифікації.

Аналіз загального стану чоловіка в умовах сексологічної консультації проводиться за допомогою визначення:

- округлості талії;
- вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень;
- оцінювання лобкового оволосіння;
- стану грудних залоз;
- аналіз анкети AMS (оцінювання клінічних симптомів андрогенного дефіциту);
- оцінювання опитувальника MIEF-5 (наявність еректильної дисфункції та ступеня її вираженості);
- опитувальників IPSS та QoL;
- стану шкіряних покривів;
- росту волосся на голові, тулубі та інших місцях;
- стану м'язової системи.

Оцінювання андрологічного статусу чоловіка, крім зазначеного вище, передбачає наступні дослідження:

1. Ректальний огляд передміхурової залози, якому передують проведення тесту ПСА (норма 4–10 нг/мл, а за європейськими даними – 2–10 нг/мл), з можливістю отримання секрету залози (з метою проведення цитологічних та мікробіологічних тестів). Ректальний огляд чоловіка проводиться для вивчення стану як з приводу наявності захворювання, так і з метою профілактичного скринінгу щодо стану ампули прямої кишки та передміхурової залози у здорових чоловіків віком понад 40 років.
2. Визначення розмірів яєчок (у нормі ≥ 15 см³).
3. Пальпація статевого члена.
4. Проведення ТРУЗД або УЗД передміхурової залози, яєчок, судинної системи та інших структур статевого члена, пахових лимфовузлів.
5. Оцінювання еректильної функції за допомогою шкали твердості ерекції.
6. Проведення уродинамічних досліджень (визначення швидкості сечовипускання методом самостійного визначення (непряма урофлоурометрія), методом прямої урофлоурометрії, цистометрії).
7. Проведення сухої уретроскопії або цистоскопії.

До спеціальних методів обстеження андрологічних хворих також належать:

1. Радіоізотопні дослідження яєчок, передміхурової залози.
2. МРТ із контрастуванням (яєчок, передміхурової залози за системою PIRADS, сім'яних пухирців, статевого члена, тканин промежини, структур лімфатичної системи). Формування ЗД-моделі сечівника за допомогою

введення контрастної речовини під час проведення комп'ютерної томографії.

3. Допплерографічні дослідження судин статевого члена із фармакологічним навантаженням.
4. Еректильний тест з локальним негативним тиском.
5. Ангіографія судин статевого члена (кавернозографія).
6. Біопсія яєчка (TESA, MESA, TESE), передміхурової залози, структур статевого члена, лімфовузлів.
7. Електронейроміографія стимуляційна.
8. Біотензіометрія статевого члена.

Електроміографія/електронейроміографія (ЕМГ/ЕНМГ) – функціональний метод обстеження для об'єктивізації стану

периферичних нервів, м'язів і нерво-м'язового забезпечення функціонування верхніх та нижніх кінцівок.

Стимуляційна електронейроміографія – неінвазивний метод дослідження, в процесі якого проводиться стимуляція периферичних нервів струмом слабкої інтенсивності з метою реєстрації проведення імпульсу по нерву. Зазначена діагностична процедура дає можливість оцінити стан периферичного контролю процесів ерекції.

Отже, ретельно проведене обстеження хворих з андрологічною та сексологічною патологією є запорукою коректно проведеного діагностичного обстеження з максимально достовірними даними.

Сведения об авторе

Спирidonенко Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Калинченко С.Ю., Тюзикова И.А., Тишова Ю.А., Ворслов Л.О. (2014) Обследование мужчины. – М.: Практическая медицина. – 111 с.
2. Спирidonенко В.В. (2019) Заместительная гормонотерапия в сексологической и андрологической практике // Здоровье мужчины. – № 2 (69). – С. 6–12.
3. Гопинченко И.И., Нуриманов К.Р. (2019) Сучасні уявлення про синдром

хронічного тазового болю. – № 4 (71). – С. 7–21.

4. Ундрицов В.М., Ундрицов И.М., Серова Л.Д. (2005) Возрастные изменения мышечной системы в кн. «Руководство по геронтологии» под реакцией акад. Шабалина В.Н., изд-во «Цитадель Трейд» Москва. – С. 486–499.

5. Ундрицов В.М., Ундрицов И.М., Серова Л.Д. (2009) Саркопения – новая медицинская нозология в научно-

практическом журнале «Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации» под редакцией С. В. Хрущева, № 4 (31). – С. 7–16.

6. Aschaka C., Himmel W., Ittner E. et al. (2001) Sexual problems of male patients in family practice. J. Fam. Pract. 50: 773-778.

7. Masters W.M. and Jonson V.E. (1970) Human Sexual Jnadeanacy. Boston, Littl, Brown, 1970.

8. Waldinger M.D., Zwinderman A.H., Olivier B., Schweitzer D.H. (2005) Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. J Sex Medicine; 2: 498-507.

9. Waldinger M.D., Quinn P., Dilleen M., Mundayat R., Schweitzer D.H., Boolell M.A. (2005) Multinational population survey of Intravaginal Ejaculation Latency Time. J Sex Medicine; 2: 492-497.

Статья поступила в редакцию 11.02.2020

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (одна або декілька правильних відповідей)

1. Пріоритетне значення під час обстеження андрологічних та сексологічних хворих має:

- Дані УЗД-дослідження внутрішніх органів
- Аналіз біохімічних показників крові
- Анамнез захворювання та життя
- Пальпація передміхурової залози
- Дослідження еякуляту.

2. З метою об'єктивізації характеру сексологічних та андрологічних скарг використовують:

- Результати лабораторних обстежень
- Анкетування за спеціальними опитувальниками.

3. Сексологічний анамнез має за мету:

- Визначити, чи є сексуальний розлад або наявне сексуальне спрямування знаходиться у віковій та гендерній нормі
- Визначити належність до одного або іншого статевого темпераменту (статева конституція).

4. Оцінювання функцій яєчка можна визначити:

- Досліджуючи фізичні дані (розміри, об'єм, еластичність та ін.)
- Досліджуючи індекс вільного тестостерону
- Досліджуючи еякулят
- Досліджуючи рівні гонадотропних гормонів.

5. У разі підозри на рак передміхурової залози проводять:

- Дослідження ПСА
- Пальпацію передміхурової залози
- Дослідження ПСА, біопсію передміхурової залози
- Дослідження секрету передміхурової залози.

6. Формування показань до біопсії передміхурової залози крім профілю ПСА опирається на дані:

- МРТ із контрастним підсилюванням з оцінюванням за класифікацією PIRADS
- Індексу вільного тестостерону
- Саркопенічного індексу
- Показника вільного ПСА.

7. Оцінка розміру яєчок є найбільш коректно виконана в умовах:

- Огляду руками
- Огляду за допомогою УЗД
- Під час проведення СКТ.

8. Сучасне оцінювання гомеостазу тестостерону у чоловіків проводять за допомогою:

- Вмісту вільного тестостерону
- Вмісту загального тестостерону
- Секс-зв'язуючого глобуліну
- Індексу вільного тестостерону.

9. Найбільш інвазивним методом дослідження у пацієнтів з еректильною дисфункцією є:

- Фармакологічна доплерографія судин статевого члена
- Сканування статевого члена
- Ангіографія судин статевого члена
- Реофаллографія.

10. Згідно з Міжнародним індексом еректильної функції за норму потрібно вважати показник:

- Суми балів > 22
- Суми балів, меншої за 5
- Суми балів від 5 до 22.