

# Сучасні підходи до обстеження андрологічних та сексологічних пацієнтів під час ковід-пандемії

I.I. Горпинченко, В.В. Спиридоненко

Український інститут сексології та андрології, м. Київ

Стрімке зростання рівня загальної захворюваності, патологій репродуктивної та сечостатевої систем в умовах ковід-епідемії є передбачуваним і потребує певних медико-соціальних кроків (формування профілактичного напрямку лікування, відновлення диспансерного спостереження, впровадження соціальних оздоровчих програм, спроможність громадян отримати кваліфіковану і вчасну спеціалізовану медичну допомогу тощо).

Світове поширення коронавірусу SARS-CoV-2 призвело до обмеження надання спеціалізованої урологічної допомоги під час локдауну, що також негативно вплинуло на динамічне обстеження хворих через зменшення планових очних оглядів. Дистанційно надані лікарські рекомендації не завжди є коректними через відсутність можливості безпосереднього огляду хворого лікарем.

Суттєву допомогу у структуруванні скарг пацієнта за вказаними основними клінічними групами симптомів надає анкетування з використанням загальноновизнаних опитувальників, які необхідно одночасно використовувати при анкетуванні кожного пацієнта, оскільки кожний з них виявляє лише окрему групу симптомів (клінічних синдромів), а скласти загальне уявлення про стан здоров'я чоловіка можливо лише за допомогою комплексного аналізу даних усіх анкет. Діагноз лікарем встановлюється за даними анамнезу в 50% випадків, на підставі клінічного спостереження – у 30% та за лабораторними даними – приблизно у 20%.

Перший дистанційний контакт таких хворих із лікарем повинен містити в собі детальне розпитування скарг, аналіз історії хвороби, огляд його власних медичних, інколи аутофотографічних, матеріалів. Таким пацієнтам необхідно проводити огляд під час другого візиту.

В умовах дистанційного огляду під час локдауну усі наведені вище обстеження пацієнтів з андрогенним дефіцитом провести дуже складно, тому можна застосувати менш короткій діагностичний протокол, який буде включати: 1) УЗД щитоподібної залози, органів черевної порожнини, заочеревинного простору, малого таза, калитки; 2) дані клініко-лабораторних тестів, що є аналогічними протоколу обстеження при ЕД. Обов'язковим є надання медичної інформації про соматичний та психічний (психологічний) стан пацієнта.

Андрологічні пацієнти зазвичай не мають невідкладних станів, але проведення діагностики і призначення лікування є досить кропітким та індивідуально спрямованим процесом, тому дистанційні медичні процедури не є кращим варіантом і потребують безпосереднього контакту лікаря з пацієнтом.

*Ключові слова:* андрологічний огляд, дистанційна консультація, ковід, обстеження.

## Modern approaches to examination of andrological and sexological patients during covid-pandemia

I.I. Gorynchenko, V.V. Spirydonenko

Rapid increase in the overall incidence of pathologies of the reproductive and genitourinary systems in the conditions of a covid epidemic is predictable and requires certain medical and social steps (the formation of a preventive direction of treatment, the restoration of dispensary observation measures, the introduction of social health programs, the ability of citizens to receive qualified and timely specialized medical care etc.).

The global spread of the SARS-CoV-2 coronavirus has led to a restriction in the provision of specialized urological care at the time of lockdown, which also negatively affected the dynamic examination of patients, due to a decrease in scheduled examinations. Remotely provided medical recommendations are not always correct due to the lack of the possibility of direct examination of the patient by a doctor.

Significant assistance in the classification of patient complaints with the indicated clinical groups of symptoms is provided by questionnaires using generally recognized questionnaires, which must be used when interviewing each patient to establish a clinical syndrome, and it is possible to get a general idea of the state of human health only through a comprehensive analysis of the questionnaire data. The diagnosis by a doctor is established according to the anamnesis in 50% of cases, on the basis of clinical observation – in 30% and according to laboratory data – in 20%.

The first remote contact of such patients with a doctor should include a detailed questioning of complaints, a review of the medical history, a review of his own medical, sometimes auto-photographic, materials. Such men should always be examined on a second visit. In conditions of remote examination with lockdown, all the above examinations of patients with androgen deficiency are difficult to carry out, therefore, a less short diagnostic protocol can be applied, which will include the data: 1) ultrasound scan of the thyroid gland, abdominal organs, retroperitoneal space, small pelvis, scrotum; 2) data from clinical and laboratory tests. It is mandatory to provide medical information about the somatic and mental (psychological) state of the patient.

Andrological patients usually do not have emergency conditions, but diagnostics, especially prescribing treatment, is a painstaking and individually directed process, therefore remote medical procedures are not the best option and require direct contact between the doctor and the patient.

*Keywords:* andrological examination, remote consultation, covid, examination.

## Современные подходы к обследованию андрологических и сексологических пациентов во время ковид-пандемии

**И.И. Горпинченко, В.В. Спиридоненко**

Стремительное повышение уровня общей заболеваемости, патологий репродуктивной и мочеполовой систем в условиях ковид-эпидемии является предсказуемым и требует определенных медико-социальных шагов (формирование профилактического направления лечения, возобновление диспансерного наблюдения, внедрение социальных оздоровительных программ, способность граждан получить квалифицированную и своевременную специализированную медицинскую помощь и т.д.).

Мировое распространение коронавируса SARS-CoV-2 привело к ограничению предоставления специализированной урологической помощи в период локдауна, что также негативно повлияло на динамическое обследование больных из-за уменьшения плановых осмотров. Дистанционно представленные врачебные рекомендации не всегда являются корректными из-за отсутствия возможности непосредственного осмотра больного врачом.

Существенную помощь в классификации жалоб пациента по основным клиническим группам симптомов оказывает анкетирование с использованием общепризнанных опросников, которые необходимо применять при опросе каждого пациента, поскольку каждый из них выявляет лишь отдельную группу симптомов (клинических синдромов), а составить общее представление о состоянии здоровья человека возможно только при помощи комплексного анализа данных анкет. Диагноз врачом устанавливается по данным анамнеза в 50% случаев, на основе клинического наблюдения – в 30% и по лабораторным данным – в 20%.

Первый дистанционный контакт таких больных с врачом должен включать в себя детальный опрос жалоб, рассмотрение истории болезни, обзор его собственных медицинских, иногда аутофотографических, материалов. Таким пациентам необходим осмотр во время второго визита.

В условиях дистанционного осмотра в период локдауна все вышеуказанные обследования больных с андрогенным дефицитом провести сложно, поэтому можно применить менее короткий диагностический протокол, включающий: 1) УЗД щитовидной железы, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, мошонки; 2) данные клинических и лабораторных тестов. Обязательным является предоставление медицинской информации о соматическом и психическом (психологическом) состоянии пациента.

Андрологические пациенты обычно не имеют неотложных состояний, но проведение диагностики, особенно назначение лечения, является кропотливым и индивидуально направленным процессом, поэтому дистанционные медицинские процедуры не являются лучшим вариантом и требуют непосредственного контакта врача с пациентом.

**Ключевые слова:** андрологический осмотр, дистанционная консультация, ковид, обследование.

На сьогодні актуальним залишається питання покращення здоров'я чоловіків. Вчені усього світу визначають стрімке зростання рівнів захворюваності органів сечостатевої системи у чоловіків, з яких домінують онкологічні та запальні патології, а також порушення еректильної функції та чоловіче непліддя. У регіонах нашої держави, які зазнали радіаційного забруднення після аварії на Чорнобильській АЕС, відзначається зниження нормальних показників чоловічого репродуктивного здоров'я та підвищення реєстрації відповідних патологій [1]. Формування підвищеного рівня хронічних запальних захворювань простатовезикулярного комплексу та патологій андрогенної функції також є наслідками екопатологічних впливів на чоловічу репродуктивну систему, здатних або не здатних до модифікації. Зростання загальної захворюваності на патологію репродуктивної та сечостатевої систем у таких умовах є передбачуваним і потребує певних медико-соціальних кроків (формування профілактичного напрямку лікування, відновлення диспансерних заходів спостереження, впровадження соціальних оздоровчих програм, спроможність громадян отримати кваліфіковану і вчасну спеціалізовану медичну допомогу тощо).

Світове поширення висококонтагіозного коронавірусу SARS-CoV-2 у вигляді пандемії спричинило порушення стану здоров'я в осіб переважно середнього та похилого віку з обтяженим клінічним анамнезом. Останнє зі свого боку призвело до обмеження надання спеціалізованої урологічної допомоги під час локдауна, що також негативно вплинуло на динамічне обстеження хворих через зменшення планових очних оглядів. Дистанційно надані лікарські рекомендації не завжди є коректними через відсутність можливості безпосереднього огляду хворого лікарем.

Існують наукові дослідження, які вказують на роль стійкого підвищення рівнів місцевих та системних прозапальних цитокинів у формуванні вікової патології та процесів старіння загалом. Вважається, що активізація рівнів прозапальної активності в системах організму людини може бути пов'язаною з підвищеним ризиком виникнення цитокинового шторму у деяких пацієнтів похилого віку з важкою інфекцією COVID-19 [2]. Більша частка поширених урологічних патологій є типовою для чоловіків середнього та похилого віку, тому характеризується тісною клінічною асоціацією з так званими вік-асоційованими захворюваннями (метаболічний синдром, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, депресія, еректильна дисфункція та інші). Не можна виключати і той факт, що індивідуальна оцінка причин зазначених захворювань з аналізом потенційних ризиків та користі консервативної терапії може виступати профілактикою онкоурологічних захворювань. Наукове співтовариство усього світу вказує на існування постковідного синдрому, який негативно впливає на андрологічний стан пацієнтів [3].

Обмежена безпосереднього контакту лікаря з хворим під час локдауна потребує від уролога знань діагностично-лікувальних алгоритмів. Збір скарг – це найбільш важливий етап обстеження, який нерідко є досить складним процесом, оскільки лікарю при формуванні діагнозу слід не тільки враховувати наявні скарги пацієнта, а й можливі приховані скарги, які можуть бути недооцінені самим хворим через сприйняття їх як характерного природного процесу старіння.

Найбільш поширеною зі скарг у сексологічного пацієнта є наявність порушення еректильної функції – *еректильна дисфункція* (ЕД), актуальність якої, 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 в більшості випадків залишається зі своєю проблемою наодинці. Чоловіки, що мають ознаки ЕД, часто уникають лікарської допомоги, сподіваючись на ефекти самолікування, хоча останнє лише посилює наявні проблеми. Часто такого пацієнта приводить жінка, яка може детально розповісти про скарги, додати важливих деталей, а також за допомогою анкети надати об'єктивну інформацію.

В умовах локдауну, або обмеження спеціалізованої допомоги, побудова системи збору скарг, анамнезу та обстеження може бути модифікованою, з урахуванням попередньо отриманих клінічних та діагностичних даних. Лікар-консультант повинен оглянути медичну документацію хворого, сформулювати за даними зазначеного вище попередній діагноз, провести опитування за стандартом (характеристика сили, тривалості, вираженості й частоти виникнення ерекції; емоційне забарвлення статевих актів, стан лібідо; можливість проводити статевий акт; попереднє лікування, його тривалість та ефективність тощо). Однією із сучасних практик є аналіз аутофотографій хворого, наданих у месенджерах самим хворим, але лише за згодою пацієнта. У наданням результатів у месенджерах або телефоном. У план такого обстеження потрібно включити:

- клініко-біохімічні тести (загальний аналіз крові й сечі, печінкові, ниркові проби, ліпідограма, визначення вмісту сечової кислоти, індекс НОМА та ін.);
- гормональні профілі плазми крові (індекс вільного тестостерону, тиреотропний гормон, пролактин, ЛГ, ФСГ, естрадіол, ПСА);
- результати УЗ-досліджень (сонографія передміхурової залози, яєчок, щитоподібної залози; загальне УЗД);
- мікробіологічні та цитологічні дані середовищ сечостатевої системи (еякулят, аналіз сечі та виділень).

Усі наведені вище обстеження не є обов'язковими до виконання, а призначаються за індивідуальними показаннями.

План лікування ЕД складається з певних етапів:

- а) лікування основного захворювання з додаванням стимуляторів еректильної функції (наприклад: інсулінотерапія при ЦД у сполученні із ситуаційним призначенням добової дози тадалафілу);
- б) призначення стимуляторів еректильної функції у комплексі з іншими препаратами (екстракт перемішаних залоз волів у свічках при хронічному простатиті, а також екстракт якірців сланких та препаратів L-аргініну).

Дистанційно призначене лікування є априорі найменш ефективним, тому таких хворих потрібно спостерігати з метою визначення небажаних побічних ефектів.

Актуальною проблемою є розлади еякуляції у вигляді її прискорення (передчасна еякуляція). 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, сексуальної незадоволеності партнерки і міжособистісними конфліктами в парі.

При опитуванні пацієнта треба знати, що існує первинне передчасне сім'явиверження, яке дебютує з початком статевих актів. При формуванні стійкої передчасної еякуляції (ПЕ) декількох років нормального статевих актів патологія набуває вторинного характеру. Досить часто вторинна ПЕ є наслідком хронічного запального процесу у простатовезикулярному комплексі, тому вчасно призначене лікування може знизити її прояв до мінімуму або повного зникнення.

Первинна ПЕ характеризується сукупністю наступних симптомів:

- ПЕ настає занадто рано практично при кожному статевому акті;
- ПЕ практично з будь-якою жінкою;
- ПЕ відбувається з першого сексуального досвіду;
- близько 80% коїтусів завершуються за 30–60 с і 20% тривають не більше 1–2 хв;
- час настання еякуляції зберігається постійним протягом життя (70%) або навіть скорочується з віком (30%) [4, 5].

У деяких чоловіків еякуляція відбувається вже під час прелюдії, до введення статевих членів у піхву. Перспективи медикаментозної терапії у таких випадках невисокі, але також потребують діагностико-лікувальних заходів.

Придбана (вторинна) ПЕ має різний генез і залежить від соматичного та психологічного стану пацієнта. У таких осіб дебют статевих актів був звичайним, як і тривалість статевих актів, але в певний момент раптово або поступово виникла ПЕ. Причиною такої форми ПЕ часто виступають урологічні захворювання (ЕД, запальні захворювання простатовезикулярного комплексу, патологія периферичної нервової системи, травми спинного мозку, оперативні втручання на органах малого таза), гормональні дисфункції (тиреоїдна дисфункція, гіперпролактинемія), психогенні стани (стреси, депресивні стани). Це вимагає проведення комплексного клініко-лабораторного обстеження.

Вторинна ПЕ може характеризуватися важким перебігом, проявлятися еякуляцією під час прелюдії або в момент інтродукції, що може потребувати детального опитування хворого та його статевих партнерів. Обидві форми ПЕ потребують кваліфікованого психіатричного та психологічного обстеження з оцінкою ефективності лікування.

Діагностика таких випадків у період локдауну потребує проведення заходів класичного урологічного обстеження з метою визначення відсотка запального або інфекційно-запального компоненту у генезі ПЕ. Подальшим етапом може бути спеціалізоване неврологічне обстеження із застосуванням методик визначення неврологічних порушень різного рівня (електронейроміографія урологічна).

Лікування таких випадків можна проводити у різних модифікаціях, за трьома принциповими сценаріями:

- а) призначення дапоксетину в монотерапії у формі пробного курсу, з подальшою оцінкою перспектив такого лікування;

б) призначення лікування основного захворювання, якщо воно встановлено (наприклад хронічного простатиту), з оцінкою впливу його ефектів на зменшення проявів ПЕ; призначення класичних антидепресантів з ефектом пригнічення ПЕ.

За багатьма скаргами чоловіків приховується дефіцит тестостерону (частковий андрогенний дефіцит у чоловіків), що опосередковано можна запідозрити вже на первинному огляді хворого, оцінивши:

- статеву функцію, зокрема порушення лібідо, ерекції, еякуляції, оргазму (опитувальник AMS – Aging Males Symptoms Scale з нормою за сумою балів < 26; Опитувальник МІЕФ із сумою балів > 22);
- характер сечовипускання (СНМШ – симптоми нижніх сечових шляхів) та наявність або відсутність нічних підйомів в туалет, опитувальник IPSS, урофлоурометрія);
- наявність або відсутність ожиріння і зовнішніх ознак андрогенного дефіциту (вимірювання талії, яка потрібна бути меншою за 95 см, та росту, що не повинен зменшуватися).

Суттєву допомогу у структуруванні скарг пацієнта за вказаними основними клінічними групами симптомів надає анкетування з використанням загально-визнаних опитувальників, які необхідно одночасно використовувати при анкетуванні кожного пацієнта, оскільки кожний з них виявляє лише окрему групу симптомів (клінічних синдромів), а скласти загальне уявлення про стан здоров'я чоловіка можливо лише за допомогою комплексного аналізу даних усіх анкет.

Лікар встановлює діагноз за даними анамнезу у 50% випадків, на підставі клінічного спостереження – у 30% та за лабораторними даними – приблизно у 20%. Збір анамнезу – важлива частина лікарського мистецтва, визначається насамперед особистістю лікаря, що потребує такту, здатності відчувати разом із пацієнтом його хвилювання. Завжди потрібно пам'ятати, що стан статевої і репродуктивної функції у чоловіків перебуває у тісному зв'язку з великою кількістю факторів, кожен з яких врахувати досить складно або практично неможливо. Це потребує оцінки впливу найбільш суттєвих з них, а саме:

1. Спадковий фактор: наявність генетично детермінованих захворювань з певними фенотипом (цукровий діабет, метаболічний синдром, серцево-судинні, онкологічні, гормональні патології); наявність онкопатологій у членів родини.
2. Специфічний урологічний фактор: анамнез різних видів уротатії – травматичних, аномальних, запальних, інфекційних та інших; оцінювання результатів перенесених оперативних втручань на органах сечостатевої системи.
3. Соматичний фактор: наявність супутніх патологій (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 з'ясувати наявність будь-яких травм голови, що навіть у віддаленому періоді здатні

призводити до розвитку вторинного гіпогонадо-тропного гіпогонадизму, а також факт частих спонтанних переломів, як результат остеопору. 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 фактор: оцінює наявність лібідо та його характер із визначенням його коливань, стан ерекції (наявність ерекції зранку, індукованої ерекції, нічної ерекції; її стабільність та якість); наявність та якість еякуляції, навіть та якість оргазму.
5. Ендокринологічний фактор: важливим вважається виявлення часу почату статевої зрілості, наявність епізодів ожиріння, психологічний стан та соматичний статус у цей час.
6. Репродуктивний фактор: необхідно з'ясувати наявність або відсутність дітей.
7. Аліментарний фактор: необхідно з'ясувати характер та режим харчування пацієнта, дієтарні вподобання (особливо у разі дефіциту маси тіла або ожиріння), епізодів перебування на дієті. Згідно з практичними спостереженнями раціональне харчування та правильне вживання питної рідини відіграє суттєву роль у лакуванні практично всіх захворювань, що відбуваються на тлі ожиріння. Цей факт є недооціненим не тільки урологами та 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.
8. Алергологічний фактор: є потреби у з'ясуванні історії вживання лікарських засобів пацієнтом, оскільки більшість з існуючих препаратів можуть негативно впливати на статево та гермінативну функції чоловіка. Важливо проаналізувати можливість та безпеку поєднання препаратів, які вживає 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 статево та репродуктивну систему чоловіків.

Перший, дистанційний, контакт таких хворих із лікарем повинен включати детальне розпитування щодо скарг, аналіз історії хвороби, можливо огляд аутофотографічних матеріалів. Таких чоловіків завжди потрібно оглянути на другому візиті. В осіб із порушенням андрогенного статусу огляд часто ускладнюється негативною психічною реакцією хворого або нейросудинною реакцією (потемніння в очах, різке запаморочення або короткочасне синкопе). Тактильний контакт лікаря зі статевими органами пацієнта є вкрай делікатною процедурою, що потребує навичок та звісного такту.

На першому етапі обстеження хворому потрібно провести: огляд шкіри та слизових оболонок, пальпа-

цію лімфовузлів, вимірювання талії, оцінювання розвитку первинних та вторинних статевих ознак. Огляд хворого потрібно проводити без одягу, що дозволяє визначити порушення пропорцій будови тіла чоловіка (євнухoidизм). Особливо потрібно описати стан хворого у разі ожиріння згідно з настановами Міжнародної федерації Діабету – IDF (2006), яка розглядає показники за расовими та етнічними критеріями [6].

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

Оцінка стану шкірних покривів є також важливою, бо у низці випадків може визначити клінічні маркери певних захворювань (сухість шкіри ліктів – гіпотиреоз, чорний акантоз і гіперпігментація – 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 вітиліго, гіпогонадізмі, порушеннях функції залоз внутрішньої секреції, мікроелементозах та авітамінозах. Гіперкератоз стоп із сухістю шкіри, потоншення волос можуть свідчити про наявність патології щитоподібної залози. Важливою умовою оцінки стану шкіри є огляд пахових складок, які часто мають ознаки ураження різноманітною грибовою інфекцією або папіломатозом. Наявність акне у чоловіків молодого віку є маркером гіперактивності 5 $\alpha$ -дигідротестостерону та гіперсекреції сальних залоз.

Необхідно професійно оцінити м'язовий апарат хворого, 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 збільшення тривалості активної фази життя залишалися 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 старше 65 років. Згідно з даними Вікіпедії, саркопенія у вересні 2016 року вперше в історії увійшла в міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10), але у МКХ-11 (2018) цей термін був виключений. Було розроблено так званий саркопенічний індекс, що дає можливість орієнтуватися при роботі з новими пацієнтами, коли вихідна м'язова маса у віці 30–40 років і динаміка її змін з віком є невідомою. Індекс використовують для оцінки 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 і стадію саркопенії, що разом з іншими даними пацієнта надає максимальну кількість інформації [7, 8].

Найбільш важливою процедурою є оцінювання стану яєчок пацієнта, що включає візуальний огляд, аналіз симетричності, форми й розміру, а також пальпаторні характеристики – еластичність, болісність, зміцуність. Особливо потрібно оцінювати додатки 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 їх топичне розташування. Розмір яєчок можна встановлювати за допомогою орхіометра, але найбільш детальну інформацію дає ультразвукова діагностика.

Огляд статевого члена полягає у визначенні його розміру у різних станах за допомогою лінійки або рулетки; оцінки форми, стану при ерекції, наявності викривлення, додаткових утворень, стану крайньої плоти та вуздечки, розташування й вигляд вічка сечівника. Проведення пальпації теж необхідно з метою визначення виділень із сечівника або наявності патологічних утворень (рубці, хвороба Пейроні, сторонні тіла, запальні патології лімфатичної та судинної системи, пухлиноподібні утворення). Класичним станом часто може виступати запалення крайньої плоти (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.

Оцінювання загального стану чоловічого здоров'я в умовах сексологічної консультації проводиться за допомогою визначення [9]:

- окружності талії;
- вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень;
- характеру лобкового оволосіння;
- стану грудних залоз;
- результатів анкетування AMS (клінічні симптоми андрогенного дефіциту);
- опитувальника МІЕФ-5 (наявність ЕД та ступеня її вираженості);
- опитувальника IPSS-QoL;
- стану шкірних покривів;
- росту волосся на голові, тулубі та інших місцях;
- стану м'язової системи.

Оцінювання андрологічного статусу чоловіка, крім зазначеного вище, потребує проведення [10]:

- ректального огляду передміхурової залози, якому передує 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). Проведення ректального огляду чоловіка має на меті вивчення стану як з приводу наявності захворювання, так і з метою профілактичного скринінгу стану ампули прямої кишки та передміхурової залози у здорових чоловіків віком понад 40 років.
- визначення розмірів яєчок (у нормі  $\geq 15$  см<sup>3</sup>);
- пальпації статевого члена;
- ТРУЗД або УЗД передміхурової залози, яєчок, судинної системи та інших структур статевого члена, пахових лімфовузлів);

- оцінки еректильної функції за допомогою шкали твердості ерекції;
- уродинамічних досліджень: визначення швидкості сечовипускання методом самостійного визначення (непряма урофлоурометрія), методом прямої урофлоурометрії, цистометрії;
- сухої уретроскопії або цистоскопії.

До спеціальних методів обстеження андрологічних хворих також належать:

- радіоізотопні дослідження яєчок, передміхурової залози;
- МРТ із контрастуванням (яєчок, передміхурової залози, сім'яних пухирців, статевого члена, тканин промежини, структур лімфатичної системи). Формування 3D-моделі сечівника за допомогою введення контрастної речовини під час комп'ютерної томографії;
- доплерографічні дослідження судин статевого члена з фармакологічним навантаженням;
- еректильний тест із локальним негативним тиском;
- ангіографія судин статевого члена (кавернозографія);
- біопсія яєчка (TESA, MESA, TESE), передміхурової залози, структур статевого члена, лімфовузлів;
- електронейроміографія стимуляційна;
- біотензіометрія статевого члена.

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

периферичних нервів, м'язів і нервово-м'язового забезпечення функціонування верхніх та нижніх кінцівок. Стимуляційна електронейроміографія – неінвазивний метод дослідження, у процесі якого проводиться стимуляція периферичних нервів струмом слабкої інтенсивності з метою реєстрації проведення імпульсу по нерву. Ця діагностична процедура дає можливість оцінити стан периферичного контролю процесів ерекції.

В умовах дистанційного огляду під час локдауну усі зазначені вище обстеження хворих з андрогенним дефіцитом провести дуже складно, тому можна застосувати менш короткий діагностичний протокол, який буде включати в собі дані:

- 1) УЗД щитоподібної залози, органів черевної порожнини, заочеревинного простору, малого таза, калитки;
- 2) дані клініко-лабораторних тестів, що є аналогічними протоколу обстеження при ЕД. Обов'язковим є надання медичної інформації про соматичний та психічний (психологічний) стан пацієнта.

Андрологічні пацієнти зазвичай не мають невідкладних станів, але проведення діагностики і призначення лікування є досить кропітким та індивідуально спрямованим процесом, тому дистанційні медичні процедури не є кращим варіантом і потребують безпосереднього контакту лікаря з пацієнтом.

### Відомості про авторів

**Горпинченко Ігор Іванович** – Український інститут сексології та андрології, 04053, м. Київ, вул. В. Винниченка, 9а  
**Спирidonенко Володимир Володимирович** – Український інститут сексології та андрології, 04053, м. Київ, вул. В. Винниченка, 9а. *E-mail: vspiridonenko@gmail.com*

### Information about the authors

**Gorpinchenko Igor I.** – Ukrainian Institute of Sexology and Andrology, 04053, Kyiv, 9a V. Vynnychenko Str.  
**Spiridonenko Volodymyr V.** – Ukrainian Institute of Sexology and Andrology, 04053, Kyiv, 9a V. Vynnychenko Str. *E-mail: vspiridonenko@gmail.com*

### Сведения об авторах

**Горпинченко Игорь Иванович** – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а  
**Спирidonенко Владимир Владимирович** – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. *E-mail: vspiridonenko@gmail.com*

### ПОСИЛАННЯ

1. Horpynchenko I.I., Hurzhenko Yu.N., Spyridonenko V.V., Lytvynets Ye.A. Porivnialna kharakterystyka pokaznykh spermohramy pry idiopatychnykh formakh bezpliddia u cholovikiv iz radiatsiino zabrudnykh ta umovno chystykh rehioniv Ukrainy. Problemy radiatsiinoi medytsyny ta radiobiologii. 2009;24:356-68.
2. Meftahi GH, Jangravi Z, Sahraei H, Bahari Z. The possible pathophysiology mechanism of cytokine storm in elderly adults with COVID-19 infection: the contribution of «inflamm-aging». Inflamm Res. Sep. 2020;69(9):825-39.
3. Horpynchenko I.I., Hurzhenko Yu.N., Spyridonenko V.V. Postkovidnyy syndrom v andrologii. Zdorovia Ukrainy. Tematychny nomer «Urolohiia. Nefrolohiia. Androlohiia» 2011;2(23). URL: <https://health-ua.com/article/66521-postkovidnij-sindrom-vandrolog>.
4. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. J Sex Medicine. 2005;2:498-507.
5. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M.A. Multinational population survey of Intravaginal Ejaculation Latency Time. J Sex Medicine. 2005;2:492-7.
6. Kalinchenko S.IU., Tiuzikov I.A., Tishova I.U.A., Vorslov L.O. Obsledovaniye muzhchiny. M.: Prakticheskaya meditsina. 2014. 111 p.
7. Undritsov V.M., Undritsov I.M., Serova L.D. Vozrastnyye izmeneniya myshechnoy sistemy v kn. «Rukovodstvo po gerontologii» pod reaktivnyy akad. Shabalina V. N. izd-vo «Tsitadel Treyd» Moskva, 2005. 486-99 p.
8. Undritsov V. M., Undritsov I. M., Serova L. D. Sarkopeniya – novaya meditsinskaya nozologiya v nauchno-prakticheskome zhurnale «Fizkultura v profilaktike. lechenii i reabilitatsii» pod redaktsiyye S.V. Khrushcheva. 2009;4(31):7-16.
9. Aschaka C., Himmel W., Ittner E. et al. Sexual problems of male patients in family practice. J. Fam. Pract. 2001;50:773-8.
10. Masters WM and Jonson VE: Human Sexual Inadequacy. Boston, Littl, Brown, 1970.

*Стаття надійшла до редакції 02.08.2021. – Дата першого рішення 04.08.2021. – Стаття подана до друку 13.09.2021*

## ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(одна або декілька правильних відповідей)

1. Чи є коректним дистанційне консультування пацієнтів з андрологічною патологією?

- Не є коректним
- Є коректним
- Є коректним лише за умов локдауну
- Це є визнаною практикою у пацієнтів молодого віку
- Це є визнаною практикою у пацієнтів похилого віку.

2. Найбільш важливим критерієм у дистанційній діагностиці еректильної дисфункції є:

- Індекс вільного тестостерону
- Індекс НОМА
- Дані реофаллографії
- Визначення анамнезу захворювання та ефективності попереднього лікування.

3. Які лікарські засоби є золотим стандартом при дистанційному призначенні лікування хворим із еректильною дисфункцією?

- Тамсулозин
- Силденафіл
- Інгібітори 5-фосфодіестерази за вибором лікаря
- Екстракт якріців сланких
- Продукти аргініну і карнітину
- Препарати для лікування основного захворювання.

4. Провідною причиною виникнення вторинної прискореної еякуляції є:

- Депресія
- Метаболічний синдром
- Хронічне захворювання передміхурової залози
- Хронічний уретрит
- Остеохондроз та його наслідки.

5. Провідним препаратом для лікування передчасної еякуляції є:

- Дапоксетин
- Флуоксетин
- Сертралін
- Варденафіл
- Варфарин.

6. Які статеві розлади імовірніше сполучаються з передчасною еякуляцією:

- Порушення лібідо
- Еректильна дисфункція

- Анеякуляторний синдром
- Гіполібідемія
- Статеві збочення.

7. Який синдром в андрології полягає у віковому зменшенні рівнів тестостерону сироватки крові?

- Диспареунія
- Психосоматичний
- Дизурічний
- Больовий
- Клімактерічний.

8. Провідним діагностичним методом при віковому андрогенному дефіциті у чоловікові є:

- Визначення індексу вільного тестостерону
- Визначення вмісту загального тестостерону
- Визначення естрадіолу та вільного тестостерону
- Усі відповіді правильні
- Нічого з наведеного вище.

9. Терапія клімактерію у чоловіків полягає у:

- Парентеральній або транскутантній замісній терапії екзогенним тестостероном
- Призначення таблетованого тестостерону
- Призначення екстракту якріців сланких
- Призначення простатиліну протягом 1 року
- ЛОД-терапія.

10. Провідним патологічним станом при ЕД вважається:

- Кардіоміопатія
- Порушення гормональних профілів статевих гормонів
- Тиреотоксикоз
- Симптоми нижніх сечових шляхів
- Метаболічний синдром
- Нічого з вказаного вище.

11. Анамнез виникнення ЕД частіше має в собі:

- Цукровий діабет
- Гіпоталамічний синдром
- Депресивний розлад, цукровий діабет, метаболічний синдром
- Тиреотоксикоз
- Гіпотиреоз, метаболічний синдром.

**Відповіді на запитання слід надсилати до редакції поштою або на електронну адресу.**

*E-mail: alexandra@professional-event.com*

*Поштова адреса: 03039, м. Київ, а/с 4.*

**Лікарям, які надіслали 86% і більше правильних відповідей, будуть вислані сертифікати Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика**