

Анализ первичной обращаемости мальчиков с андрологической патологией и результаты профосмотров

И.И. Горпинченко, Л.П. Имшинецкая, Ю.Н. Гурженко, К.Р. Нуриманов

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Проблема репродуктивного и сексуального здоровья современного мужчины является достаточно острой, учитывая его снижение за последние десятилетия [1–3].

Этиология и патогенез этих нарушений обусловлены многими известными факторами [11–14]. И нередко они начинаются в детстве [5, 7–10, 16]. Заболевания, травмы, врожденные аномалии половых органов, и в первую очередь яичек, ведут к нарушению в системе гонадостата, обуславливают патологическую, функциональную задержку пубертата и другие нарушения [4, 5].

Гонадостат – изолированная саморегулирующаяся система, обеспечивающая у ребенка до 12–13 лет развитие семяродного эпителия, реагирующего дегенерацией на тератогенные влияния, что вызывает необратимые изменения в яичках в эмбриогенезе и в допубертате. Гормональная функция яичек страдает позже и, как правило, вторично. После 12–13 лет с возникновением гематотестикулярного барьера семяродный эпителий изолирован от внешних влияний (в том числе медикаментозных). Этим во многом объясняются трудности и неудачи в терапии мужского бесплодия. Именно этим объясняется роль санитарного просвещения молодых родителей, заботы о беременной, социально-медицинская роль профилактической работы, своевременного и эффективного лечения андрологической патологии. Возможные нарушения половой системы в детском возрасте обуславливают тот факт, что профилактика репродуктивных и сексуальных расстройств взрослого мужчины является первоочередной задачей андрологической службы.

С целью изучения возможных причин мужского бесплодия и сексуальной несостоятельности взрослого мужчины проведен ретроспективный анализ первичной обращаемости мальчиков с андрологической патологией в клинику сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» за период 2000–2008 гг.

Проанализировано 1059 амбулаторных карт мальчиков, из которых 646 (61%) детей в возрасте от 6 мес до 11 лет, 413 (39%) – от 11 до 18 лет.

Большинство пациентов обращались с гипогонадизмом (902 – 85,2%), остальные 157 (14,8%) – с другой андрологической патологией без выраженной гипоплазии яичек (табл. 1, 2).

Анализ структуры гипогонадизма показал, что наиболее частой его формой является первичный гипогонадизм (83,03%), который, в свою очередь, чаще встречается как врожденная форма (74,7%). Реже встречается приобретенная форма первичного гипогонадизма (8,33%).

Среди приобретенных форм наиболее часто диагностируют постпаротитный гипогонадизм (3,43%) и варикоцеле (1,44%).

Из 50 пациентов с варикоцеле без гипогонадизма (см. табл. 2) у большинства (74%) не наблюдалось клинических признаков гипоплазии яичек.

Таблица 1
Формы гипогонадизма у мальчиков в возрасте 6 мес – 11 лет

Форма гипогонадизма	Количество больных, абс. число (%)
1. Первичный гипогонадизм	749 (83,03)
Врожденный:	674 (74,7)
крипторхизм	629 (69,7)
анорхизм	10 (0,1)
синдром Клайнфельтера	32 (3,54)
монорхизм	2 (0,22)
синдром дисгенезии тестикул	1 (0,11)
Приобретенный:	75 (8,3)
постпаротитный	31 (3,43)
посттравматический	2 (0,22)
после перекрута яичка	2 (0,22)
при варикоцеле	13 (1,44)
при водянке яичка	7 (0,77)
ложный синдром Клайнфельтера	7 (0,77)
анорхизм (кастрация)	6 (0,67)
монорхизм (орхидектомия)	7 (0,77)
2. Вторичный гипогонадизм (врожденный)	63 (6,98)
3. Перинатально детерминированный	90 (9,97)
Всего	902 (100)

Таблица 2
Структура андрологической патологии (первичное обращение), не сопровождавшейся гипогонадизмом

Нозологическая форма	Количество больных, абс. число (%)
Варикоцеле	50 (32,5)
Водянка яичка	43 (27,4)
Киста придатка яичка	4 (2,7)
Фимоз	23 (14,8)
Короткая уздечка полового члена	19 (11,2)
Гипоспадия	18 (11,4)
Всего	157 (100)

Вторичный гипогонадизм (врожденный) зарегистрирован у 63 (6,98%) пациентов, перинатально детерминированный – у 90 (9,97%) больных.

В структуре первичного врожденного гипогонадизма первенство принадлежит аномалиям опущения яичек (69,7%) (табл. 3). Частота врожденного истинного и ложного крипторхизма также высока – 42,6% и 52,1% соответственно.

Из 403 мальчиков пубертатного возраста 353 (85,1%) обратились в связи с задержкой пубертатного развития – ЗПР (табл. 4).

Среди всех функциональных форм ЗПР конституционально-соматогенная форма составляет 22,4%, ложная адипозогенитальная дистрофия – 27,2%, синдром неправильного пубертата – 3,4%, идиопатический микропенис 5,1% (Классификация Л.М. Скородок, О.Н. Савченко [15]).

Из группы патологических форм ЗПР в общей структуре ЗПР 25,8% занимает первичный гипогонадизм, 9,4% – вторичный, 6,7% – перинатально детерминированный (ПДГ).

Причины патологической задержки пубертатогенеза у мальчиков на почве первичного гипогонадизма следующие: у 46,6% – орхидопексия в раннем возрасте, у 12,9% – недостаточная эффективность консервативного лечения крипторхизма, у 13,6% – варикоцеле 2-й степени, в 8,7% случаев – перенесенный эпидемический паротит, в 5,6% – хроматин-позитивный синдром Клайнфельтера (СК), в 7 (7,4%) – синдром анорхизма, в 3,8% – евнухоидизм в связи с кастрацией по поводу злокачественной опухоли яичка, в 1,1% – синдром дисгенезии тестикул.

В структуре патологической задержки пубертата на почве вторичного гипогонадизма из 33 пациентов у 23 – выявлен сопутствующий нелеченный псевдокрипторхизм, у 6 – субанизм.

У пациентов с ЗПР вследствие ПДГ в анамнезе течения беременности и родов у матери выявлены: токсикоз первой половины беременности, стимуляция родовой деятельности, асфиксия плода в родах, сочетание этих факторов. Эта патология рассматривалась нами как возможный фактор первично детерминированного гипогонадизма. Ранее нами были предоставлены клиничко-лабораторные данные при диспубертатогенезе у мальчиков с гипогонадизмом и функциональными формами ЗПР [4, 7].

Проведенный ретроспективный анализ первичной обращаемости с андрологической патологией свидетельствует о необходимости профилактических осмотров детей на всех этапах их развития. С этой целью нами проведен профосмотр состояния половых органов в рамках медицинских осмотров в школах и военных комиссариатах г. Киева за период 2008–2011 гг.

Таблица 3

Структура аномалий опущения яичек

Форма крипторхизма	Количество больных, абс. число (%)
Паховый крипторхизм (истинный):	218 (34,65)
односторонний	153 (24,32)
двусторонний	65 (10,33)
Брюшной крипторхизм (истинный):	48 (7,6)
односторонний	38 (6,9)
двусторонний	10 (1,6)
Сочетание пахового и брюшного крипторхизма	3 (0,5)
Псевдокрипторхизм	328 (52,1)
Сочетание истинного и ложного крипторхизма	16 (2,5)
Приобретенный крипторхизм	9 (1,45)
Паховая эктопия	7 (1,1)
Всего	629 (100)

Таблица 4

Задержка пубертатного развития (ЗПР) мальчиков

Форма ЗПР	Количество больных, абс. число (%)
Функциональная форма:	205 (58,1)
конституционально-соматогенная	79 (22,4)
ложный адипозогенитальный синдром	96 (27,2)
синдром неправильного пубертата	12 (3,4)
идиопатический микропенис	18 (5,1)
Патологическая форма:	148 (41,9)
первичный гипогонадизм	92 (25,8)
вторичный гипогонадизм	33 (9,4)
перинатально детерминированный гипогонадизм	23 (6,7)
Всего	353 (100)

Таблица 5

Структура андрологической патологии у детей и подростков 11–18 лет

Нозологическая форма	Количество больных, абс. число (%)			
	11-13 лет, n=65	14-16 лет, n=78	17-18 лет, n=185	Всего, n=328
Гипогонадизм	0	0	1 (0,5)	1 (0,3)
Варикоцеле	2 (3,1)	3 (3,8)	5 (2,7)	10 (3,0)
Водянка яичка	2 (3,1)	1 (1,3)	3 (1,6)	6 (1,8)
Киста придатка яичка	0	0	1 (0,5)	1 (0,3)
Фимоз	6 (9,2)	8 (10,2)	13 (7,0)	27 (8,2)
Короткая уздечка полового члена	2 (3,1)	2 (2,6)	4 (2,2)	8 (2,4)
Гипоспадия	2 (3,1)	0	1 (0,5)	3 (0,9)
Крипторхизм паховый односторонний	2 (3,1)	0	0	2 (3,1)
Псевдокрипторхизм	0	3 (3,8)	0	3 (3,8)
Функциональная задержка пубертата	0	5 (6,4)	4 (2,2)	9 (2,7)
Всего	16 (24,6)	20 (25,5)	28 (15,1)	74 (22,5)

Обследованы 498 подростков, среди которых 105 (21,1%) – дети в возрасте от 11 до 13 лет, 123 (24,7%) – в возрасте от 14 до 16 лет и 270 (54,2%) – в возрасте от 17 до 18 лет.

Оценка состояния андрологического здоровья представлена в табл. 5.

Наиболее часто среди андрологической патологии у подростков встречается фимоз – 8,2% мальчиков и варикоцеле – 3,0%.

У 6 пациентов левостороннее варикоцеле 1-й степени не сопровождалось гипоплазией яичка, у 2 обследованных 17–18 лет отмечено уменьшение консистенции яичек, атония мошонки.

У 2,6% подростков установлена функциональная задержка пубертата, при этом у 84,6% из них – конституционально-соматогенная форма, у 15,4% – ложная адипозогенитальная дистрофия, у одного – синдром неправильного пубертата.

В анамнезе подростков с диспубертатом отмечены: частые простудные заболевания у 61,7%, хронический холецистит, диспепсия – у 15,4%, вирусная патология (корь, краснуха, ветряная оспа) – у 61,7%, вегетососудистая дистония – у 30,8%, фимоз – у 7,6%. У всех пациентов с функциональной формой *pubertas tarda* наблюдалась умеренная степень ее выраженности.

Среди профилактически обследованных 498 подростков у 1 (0,2%) установлена патологическая, у 13 (3%) функциональная ЗПР, что в дальнейшем при отсутствии адекватной терапии повышает риск развития осложнений сексуальной и репродуктивной функции.

Проведенные исследования показали значительное количество (83%) пациентов, обращающихся в специализированную клинику по поводу первичного гипогонадизма. Среди обследованных «здоровых» детей гипогонадизм диагностирован у 15–25% детей и подростков, что подтверждает наше предположение о возможных причинах сексуальных и репродуктивных расстройств, которые возникают в детском и подростковом возрасте. Своевременная и эффективная коррекция проявлений гипогонадизма в детском и подростковом возрасте может рассматриваться в качестве профилактики сексуальных и репродуктивных расстройств у взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов О.Ф., Горпинченко И.И., Малишкін І.Н. Етіологія та патогенез чоловічої неплідності // Сексологія та андрологія. – К.: ГППП, ГКНТ. – 1998. – С. 3–5.
2. Горпинченко И.И. Бесплодие, обусловленное нарушением фертильности у мужчин / В кн.: Сексологія та андрологія. – К.: Абрис. – 1997. – С. 743–754.
3. Горпинченко И.И., Имшинецкая Л.П. Гормонотерапия половых расстройств и другие методы медикаментозного лечения. – К.: Космополис. – 2001. – 48 с.
4. Горпинченко И.И., Имшинецкая Л.П., Нуриманов К.Р. Ретроспективный анализ результатов лечения функциональной формы диспубертатогенеза у мальчиков // Здоровье мужчины. – 2010. – № 1 (32). – С. 114–118.
5. Дедов И.И., Калиниченко С.Ю. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. – М.: Практическая медицина, 2006. – 239 с.
6. Демченко А.Н., Черкасов И.А. Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата (Методические рекомендации). Харьков. – 1978. – 24 с.
7. Имшинецкая Л.П. Опыт консервативного лечения гипогонадизма у детей и подростков мужского пола // Здоровье мужчины. – 2006. – № 2 (17). – С. 225–229.
8. Имшинецкая Л.П. Некоторые аспекты детской андрологии // Здоровье мужчины. – 2001. – № 1. – С. 53–56.
9. Имшинецкая Л.П. Аномалии развития половых органов / Сексологія та андрологія. – К.: Абрис. – 1998. – С. 406–456.
10. Луцицкий В.Е. Крипторхизм и бесплодие (обзор литературы) // Здоровье мужчины. – К., 2003. – № 5. – С. 105–106.
11. Москаленко В.З. и соавт. Отдаленные результаты оперативного лечения крипторхизма у мальчиков // Здоровье мужчины. – К., 2004. – № 2 (9). – С. 81–83.
12. Нуриманов К.Р. Аналіз ефективності та безпеченості методик діагностики чоловічої безплідності при азооспермії // Здоровье мужчины, № 3, 2006. – С. 105–112.
13. Петербургский В.П. обоснование рациональных сроков оперативной коррекции крипторхизма и профилактика его осложнений у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – К., 1987. – 16 с.
14. Сапсай В.И., Имшинецкая Л.П., Сапсай В.В. Мужское бесплодие. – К.: Аврора плюс. – 2005. – 84 с.
15. Скородок Л.М., Савченко О.Н. Нарушения полового развития у мальчиков. – М.: Медицина, 1984. – 239 с.
16. Цветкова П. Бесплодно в семейного ролята мъжа. Психосоциални аспекти. – София. – 2011. – 104 с.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МАЛЬЧИКОВ БУДУТ ПРИВИВАТЬ ОТ ПАПИЛЛОМАВИРУСА

Планируется проведение вакцинации мальчиков и подростков от папилломавируса человека (HPV) в США, так как этот вирус передается половым путем и приводит к возникновению рака шейки матки, сообщили ученые.

Согласно данным исследований, около 50% взрослых мужчин в США инфицированы HPV. Это приводит к заражению ими

своих партнерш и значительно повышает риск возникновения у партнерш рака шейки матки. В связи с этим ожидается, что вскоре консультативный комитет при организации по контролю и профилактике заболеваний США примет решение о массовой вакцинации мальчиков и молодых мужчин.

Эксперты сообщили, что уже на протяжении нескольких лет в

США проводится вакцинация от папилломавируса человека среди девочек 12-13-летнего возраста. Медики считают, что эта процедура должна уберечь их в будущем от риска возникновения рака шейки матки, который имеет высокую смертность, так как длительное время протекает бессимптомно.

<http://www.medicinform.net>