

# Мужчина в XXI веке: проблемы позднего гипогонадизма

**И.И. Горпинченко, В.В. Спиридоненко**  
ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Актуальной проблемой стареющего мужского организма является инволютивное состояние – поздний частичный гипогонадизм. Это клинко-биохимический синдром, связанный с возрастом и характеризующийся дефицитом уровня андрогенов (или без) с уменьшением чувствительности к ним рецепторов, что сопровождается нарушением половой функции, существенным изменением качества жизни и неблагоприятно влияет на функцию многих органов (сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и т.п.). Проводимое комплексное обследование направлено на выявление гормональных нарушений и оценку возможностей медикаментозного лечения. Последнее заключается в проведении заместительной терапии андрогенами или стимуляции их выработки, коррекции вегетососудистых и других расстройств, применении различных природных факторов (фитотерапия, физиотерапия, бальнеология и т.д.).

**Ключевые слова:** *поздний частичный гипогонадизм, мужской климакс.*

Мировое научное сообщество установило, что наша цивилизация вступила в антропогенный период (антропоцен), то есть отрезок существования, когда последствия жизнедеятельности человеческой цивилизации являются ведущим фактором всех происходящих событий на планете.

Современная Украина характеризуется крайне сложными социально-политическими отношениями, что не может не сказываться отрицательно на ее демографической ситуации. По состоянию на 1 августа 2016 года, по данным статистики, численность населения Украины составила 42 480 549 постоянных жителей и 42 650 186 человек наличного населения [1].

В Украине установлена самая высокая смертность в Европе (15,7 умерших на 1000 человек, по оценке ЦРУ США на 2014 год). Страна занимает 2-е место в мире по уровню смертности (после ЮАР) и 1-е место в мире по уровню естественной убыли населения (-6,3% или 6,3 умерших на 1000 жителей) [1].

Коэффициенты изменения численности населения Украины, рассчитанные для 2016 года, в среднем составляют следующие цифры. Рождаемость – в среднем 1260 ребенка в день (52,49 в час); смертность – 1 785 человека в день (74,39 в час); миграционный прирост населения – 100 человек в день (4,18 в час); скорость убыли – 425 человек в день [1].

Многие научные исследования указывают на особую актуальность профилактики здоровья мужчины. Под этим подразумевается целый пласт медицинской и социальной информации, находящейся в широком доступе информационной сети Интернет. Возможность моментальной коммуникации между материками планеты значительно повлияла на жизнь современного мужчины, в том числе и на формирование современных сексуальных взглядов.

Антропоцен охарактеризовал себя острой необходимостью изучения, лечения и профилактики так называемых болезней цивилизации. Если ранее это были туберкулез и инфекционные эпидемии, то сейчас на первое место вышли другие социально-значимые нозологии, также характеризующиеся пандемическим течением, с глобальными тенденциями формирования патологий, имеющих негативные социальные последствия.

К современным болезням цивилизации относят: сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром (гиперлипидемия, гиперурикемия, гиперинсулинемия, ожирение), алиментарное ожирение, онкологические заболевания, нарушение эректильной функции у мужчин, социопатии, депрессивные состояния. Для современной жизни на планете характерны вспышки инфекционных заболеваний, причем как высококонтагиозных эндемических (лихорадка Эбола), так и эпидемических в виде половых инфекций (трихомониаз, хламидиоз).

Причиной формирования негативных факторов цивилизации является неуклонная урбанизация, которую переживает как мир, так и наша страна. Формирование огромных городских агломераций не способствует улучшению экологии, поэтому более 30-ти лет назад появилась наука «экологическая патология», рассматривающая поражения любых органов, систем и организма в целом.

Проблеме мужского здоровья, как залога здоровья нации, долгое время вообще не уделялось должного внимания, и только за последние 10–15 лет в Украине ее стали активно обсуждать. На сегодня общемировой тенденцией является факт повышения продолжительности жизни у мужчин. К сожалению, мужская популяция в нашей стране не характеризуется такими тенденциями, а наоборот, согласно статистике наблюдается ее снижение за счет высокой смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

В структуре соматической патологии выявляют большой процент мужчин старшей возрастной группы. Мужская популяция имеет сложную и разнородную картину инволютивной реакции гормональной системы в ответ на старение организма. Широко известный в науке и практике термин «климакс» редко применяется в контексте мужского организма. Считается, что патологический мужской климакс (поздний частичный гипогонадизм) обычно возникает у мужчин пожилого возраста после 60–65 лет в отличие от женщины, у которых инволютивные процессы формируются к 50–55 годам.

Поздний гипогонадизм (частичный андрогенный дефицит) – это клинко-биохимический синдром, связанный с возрастом и характеризующийся дефицитом уровня андрогенов (или без) с уменьшением чувствительности к ним рецепторов, что сопровождается нарушением половой функции, существенным изменением качества жизни и неблагоприятным влиянием на функцию многих органов.

Составляющими синдрома позднего гипогонадизма являются: психоэмоциональные расстройства, вегетососудистые нарушения, сексуальные расстройства и различная соматическая патология.

Одной из частых причин развития стойких проявлений позднего гипогонадизма у мужчин является метаболический синдром (МС), называемый в научной литературе «тихим убийцей» («Silent Killers»).

Симптомы МС: метаболический синдром X, синдром Reaven, синдром резистентности к инсулину. МС характеризуется увеличением массы, избытком висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину (гиперинсулинемия), нарушением углеводного, липидного, пу-

ринового обмена, наличием артериальной гипертензии и эректильной дисфункции.

Согласно данным ВОЗ, число больных с инсулинорезистентным синдромом, имеющих высокий риск развития сахарного диабета 2-го типа, составляет в Европе до 40–60 млн человек. В индустриальных странах распространенность МС среди пациентов старше 30 лет составляет 10–20%, в США – 34% (44% среди людей старше 50 лет) [2]. Ранее считалось, что МС – болезнь людей среднего возраста, в основном женщин. Исследование, проведенное Американской ассоциацией диабета, свидетельствует об устойчивом росте МС среди подростков и молодежи. Так, по данным ученых Вашингтонского университета в период с 1994 по 2000 годы частота его встречаемости среди подростков возросла с 4,2% до 6,4%. В общенациональных масштабах количество подростков и молодых людей с МС оценивается более чем в 2 млн человек.

Мужской климакс может начинаться в разном возрасте. Если его признаки появляются до 45 лет – это ранний патологический климакс, возникновение симптомов после 60 считается поздним. Термин «мужской климакс» связан с общим старением организма, однако существуют факторы, способствующие его раннему наступлению: влияние токсических веществ; радиоактивное облучение; нарушение кровообращения в структурах яичек; новообразования доброкачественного и злокачественного характера в яичках; воспалительные половые заболевания (орхит, орхоэпидидимит, эпидидимит); хирургическая кастрация; хронический алкоголизм, курение, несбалансированное питание [5].

Также есть и факторы, способствующие замедлению климактерических проявлений у мужчин (регулярные физические нагрузки, проживание в полноценной семье до старости, сбалансированный рацион питания, полноценный 7–8-часовой сон, соблюдение режима труда и отдыха, регулярная сексуальная жизнь, гармоничные супружеские отношения, постоянная умственная деятельность).

Старость и физиологический климакс являются идентичными понятиями. При этом мужчина переживает сбалансированное, запрограммированное природой угасание функций организма, в каждом случае имеющее свои генетические особенности.

С возрастом происходят естественные изменения в функциях одного из важнейших отделов головного мозга – гипоталамуса, регулирующего обмен гипофизарных гормонов, что приводит к их значительному дисбалансу. Указанные выше феномены вызывают снижение выработки тестостерона со снижением половой функции и развитием различных негативных эффектов на большинство систем и функций организма. Происходящая перестройка функциональных связей между отделами ЦНС, органами эндокринной системы и половыми железами вызывает нарушение гормонального равновесия.

При физиологическом позднем климаксе, признаки которого начинают формироваться у мужчин после 60 лет, наступает постепенное снижение активности различных параметров, начиная от быстроты реакции и когнитивных функций и заканчивая физической активностью. Постепенно уменьшается физическая выносливость, угасает сексуальная активность (либидо, половая предприимчивость), исчезает возможность репродуктивной функции. Однако при физиологическом климаксе все функции снижаются медленно и сбалансировано. Самым уязвимым «местом приложения» является эректильная функция и либидо, с которых начинается процесс регрессии.

О патологическом климаксе говорят в том случае, если процесс перестройки организма протекает неравномерно, а стройность регуляторных механизмов грубо нарушается. При этом происходит несбалансированное, нескоординированное снижение отдельных функций, прежде всего связанных с вегетативной нервной системой. Например, сексуальная функция может исчезнуть полностью, либидо пропадает или извращает-

ся, возникает грубый гормональный дисбаланс: одни функции могут полностью выпадать, другие патологически повышаться.

На сегодня возможности полного устранения проявлений патологического климакса ни у мужчин, ни у женщин нет, а задачей консервативной терапии является эффективное уменьшение этих патологических проявлений или сведение их до минимума.

### Симптомы мужского климакса:

1. *Психозомоциональные расстройства*: снижение способности к продуктивному мышлению, ослабление памяти и внимания, повышенная раздражительность и утомляемость, депрессивные состояния, снижение общего самочувствия и работоспособности.

2. *Вегетосудистые нарушения*: чувство жара («приливы»), колебания артериального давления, периодические головкружения, дискомфорт в половых органах и промежности, генитальный зуд.

3. *Сексуальные расстройства*: изменения либидо (снижение, усиление, извращение), эрекции (снижение, отсутствие, усиление – парциальный приапизм), увеличение длительности полового акта вплоть до аякуляторного феномена, снижение оргастических ощущений, внезапная потеря эрекции, ускоренное семяизвержение, болезненная эякуляция или постэякуляторная боль.

В качестве проявлений мужского патологического климакса ниже представлена частота встречаемости различных **симптомов сексуальных расстройств**: изменение либидо – 91% мужчин (снижение – 81%; повышение – 6%; извращение – 4%; отсутствие спонтанных эрекции – 37–100%; снижение адекватных эрекции – 63%; затрудненность эякуляции – 25%; стертость оргазма – 86%).

4. *Соматические симптомы и синдромы*. Кожный синдром (атрофия кожи локальная, сухость кожи и слизистых оболочек, в том числе половых органов; пигментации кожи рук и ног, мелкие венозные и капиллярные эктазии). Нарушения сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма и проводимости, миокардиодистрофии вторичные, стенокардия, варикозное расширение вен нижних конечностей, малого таза). Нарушение функции пищеварительного тракта (вторичная недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы, вторичная гастропатия с нарушением внешней и внутренней секреторной функции, атония желчных путей, вторичные гепатопатии, жировой гепатоз, холестероз желчного пузыря, рефлюкс-эзофагеальная болезнь, запоры и т.п.). Дисфункция щитовидной железы (с гипо- или гиперфункцией, аутоиммунные состояния). Патология опорно-двигательного аппарата (остеоартрозы мелких и крупных суставов, остеохондрозы, остеопороз, подагра). Патология нервной системы, органическая и функциональная (атеросклероз сосудов головного мозга, вертебро-базиллярного комплекса, хроническое нарушение мозгового кровообращения). Нарушения углеводного и жирового обмена (метаболический синдром, сахарный диабет, гиперлипидемия, подагра). Уронефрологическая патология (вторичные нефропатии, уролитиаз, склероз предстательной железы, доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы) патология и т.д.

У большинства мужчин, соблюдающих правильный режим труда и отдыха, регулярно занимающихся физкультурой, рационально питающихся и не имеющих вредных привычек, адаптационные резервы нервной и эндокринной систем компенсированы, что позволяет легче и быстрее приспосабливаться к наступающей возрастной перестройке.

Лица с ослабленными компенсаторно-адаптационными механизмами, имеющие признаки указанных выше патологических состояний или нарушения образа жизни, характеризуются более тяжелым течением позднего гипогонадизма.

Клиника последнего гипогонадизма достаточно многообразная. У мужчин развиваются сердечно-сосудистые нарушения, неврозы, приливы крови к голове, внезапное покраснение лица, шеи и рук, усиление потливости, приступы головокружения, эпизоды онемения рук и ног, сердцебиение, возникновение одышки. Очень часто возникают нарушения сна в виде бессонницы ночью и сонливости днем. Одни долго не могут заснуть, другие, заснув, вскоре просыпаются и остаток ночи не спят, у третьих сон становится настолько поверхностным, что они просыпаются по несколько раз от малейшего шороха. Многие становятся очень мнительными, раздражительными, легко-возбудимыми, порой неадекватно реагируют на самые обычные жизненные ситуации, часто испытывают беспричинную тревогу и необоснованный страх за свое здоровье. Нередко у них пропадает интерес к жизни, к прежним увлечениям, появляется подавленность, снижается работоспособность, быстро наступает утомление. Может периодически появляться и подолгу длиться головная боль, преимущественно в области затылка, шеи.

Согласно статистике, примерно двое из десяти мужчин переносят состояние позднего частичного гипогонадизма достаточно тяжело. Чаще всего это лица с алкогольным анамнезом, пациенты с неврологической патологией, метаболическим синдромом, сахарным диабетом, хроническими декомпенсированными заболеваниями печени.

#### Диагностика позднего гипогонадизма

Сбор анамнеза и жалобы пациента направлены на выявление признаков андрогенной недостаточности и дисгормональных изменений. Пациенты жалуются на расстройство половой функции, головную боль, приливы, покраснение лица и шеи, приступы сердцебиения, повышенную потливость, расстройство памяти и сна, снижение работоспособности. Их беспокоят болевые ощущения сенестопатического характера. Обращают на себя внимание частые депрессии и повышенная тревожность.

В клинической картине могут присутствовать признаки соматической патологии – атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др. Бледность либо гиперемия, влажность кожных покровов, акроцианоз, выраженный дермографизм, учащенный пульс указывают на вегетососудистую дистонию. Отмечается атрофия кожи и слизистых оболочек половых органов с локальной гиперемией. Яички тестоваты, складчатость мошонки отсутствует.

Ректальный осмотр чаще указывает на увеличение размеров предстательной железы, ее тонус понижен, имеется пастозность, явления конгестии (застоя). При наличии андрогенной недостаточности может быть «полудунная» форма предстательной железы. Таким же образом можно установить гипертрофию предстательной железы с повышением эластичности ее при пальпации, асимметрией, наличием втяжений или выпячиваний, нередко – с очагами каменистой плотности и нарушением смещаемости слизистой оболочки прямой кишки (признак малигнизации).

#### Лабораторная диагностика

Цитологическое исследование секрета предстательной железы выявляет повышение уровня лейкоцитов, дефицит лецитиновых зерен, наличие амилоидных телец, кристаллов Бетхера, отсутствие нормального эпителия или его воспалительную атрофию. УЗИ органов половой системы выявляет признаки инволютивной перестройки структуры яичек, семенных пузырьков и предстательной железы. Отмечают наличие очагов хронического воспаления, кальцинатов, очагов гипертрофии или гипоэхогенных очагов (участки малигнизации), гиперплазию щитовидной железы, узловую перестройку с гипертрофией тканей щитовидной железы. При исследовании гормональных профилей в плазме крови пациентов обнаруживают дефицит тестостерона общего и свободного, нормальные или повышенные уровни лютенизирующего или фолликулостимулирующего

гормонов, гиперпролактинемии, гиперэстрогемии. У некоторых пациентов выявляют нарушение показателей гормонов щитовидной железы (тиреотропный гормон, Т4, Т3), появление признаков аутоиммунной перестройки (повышение антитиреоглобулина).

Для данного состояния характерны изменения жирового обмена. В липидограмме выявляют высокий уровень липидов очень низкой плотности, триглицеридов и профилей общего холестерина; снижение липопротеидов высокой плотности. У многих пациентов кроме наличия маркеров дислипидемии имеется нарушение углеводного обмена – повышение уровней глюкозы натощак, колебания уровней глюкозы в плазме крови при сахарных нагрузках, повышение уровня гликозилированного гемоглобина и С-пептида.

Для оценки кавернозного кровотока пациентам проводят реофаллографию, ультразвуковую доплерографию, кавернозографию и т.д. Проведение ультразвуковой доплерографической оценки кровотока в сосудах полового члена выявляет нарушение его профилей в виде обеднения артериального притока, усиления венозного кровотока, снижения количества резервных сосудов в пещеристой ткани.

Поскольку в пожилом возрасте развивается целый ряд общесоматических заболеваний, пациентам рекомендуют пройти обследование у профильных специалистов (терапевта, кардиолога, невропатолога, эндокринолога, психиатра).

#### Лечение мужского климакса

Основной из рекомендаций при лечении мужского климакса является изменение образа жизни с рациональной регуляцией режима труда и отдыха, максимальным уменьшением избытка массы тела, коррекцией пищевого рациона и устранением вредных привычек для минимизации патологических проявлений заболевания. Большую роль в поддержании гормонального баланса играет регуляция половой жизни, сохранение супружеской гармонии, устранение психотравмирующих ситуаций, дозированные физические нагрузки, соблюдение диеты.

Важную роль имеет правильная организация труда и отдыха. С целью минимизации проявлений мужского патологического климакса организация труда заключается в уменьшении чрезмерных физических и психических нагрузок. При этом умеренные регулярные физнагрузки желательны (гимнастика, занятия спортом, легкой атлетикой). Наладить правильный режим исключительно важно и для тех, у кого климакс протекает физиологично, и тем более для тех, у кого он принял патологический характер. Обязательным является режим сна: нельзя ложиться позже 23.00 и поздно вставать, спать необходимо на твердой поверхности, в теплом, хорошо проветриваемом помещении. Не рекомендуется заниматься интенсивной умственной или физической работой перед сном, проводить у телевизора более 2,5–3 ч. Для улучшения сна показаны вечерние прогулки до 1 ч.

Активно рекомендуется проведение водных процедур, повышающих защитные силы и адаптационные возможности организма. Их нужно получать в виде контрастного (не горячего) душа 1–2 раза в день (утром или вечером за час до сна). Также показаны водные процедуры по Кнейпу с обтиранием прохладной водой, ванны хвойные, солевые, с успокаивающими растительными компонентами. Активно применяют санаторно-курортное лечение с умеренной бальнеологической нагрузкой, жемчужными, радоновыми, минеральными ваннами, грязевыми процедурами (при отсутствии противопоказаний). Водолечебные процедуры считаются одними из самых эффективных и популярных, их обычно проводят 1 раз в год. Они оказывают нормализующее действие на ЦНС и нейроэндокринную регуляцию обмена веществ, активируют тонус и повышают сопротивляемость организма инфекциям. При этом усиливаются окислительно-восстановительные процессы, снижается уровень холестерина, норма-

лизуется кислотно-основной и электролитный баланс организма. В санаториях проводят также лечение терренкурами, солнечными ваннами, кислородными коктейлями.

На организм стареющего мужчины большую роль оказывают различные виды физиотерапевтического воздействия. К ним относят седативные (цветотерапия, транскраниальная электростимуляция, электросонотерапия, массаж воротниковой зоны, ванны, циркулярный душ), трофостимулирующие (лазерорефлексотерапия, электростимуляция, ультразвуковая терапия, грязелечение, гальванизация трусиковой зоны, интерференцтерапия), гормонокорректирующие (трансцеребральная УВЧ-терапия, озонотерапия), сосудорасширяющие (СМТ-форез вазодилататоров, ЛОД-терапия) и другие физметоды.

На курортах активно применяются минеральные воды, которые при употреблении внутрь улучшают углеводный, липидный и водно-солевой обмен, а также обладают диуретическим эффектом. Назначаемое грязелечение улучшает общее самочувствие, стимулирует собственные адаптационные резервы мужского организма. Благодаря грязелечению оптимизируется кровообращение, нормализуется обмен веществ, окислительно-восстановительные процессы, стимулируются тканевое дыхание, процессы регенерации, иммунная система.

Важнейшая роль отводится питанию. В данный период жизни масса тела увеличивается значительно интенсивнее за счет жировой ткани, а мышечная масса уменьшается. Это происходит даже при ограничении суточного объема пищи, поэтому рекомендуется питаться не реже 4–5 раз в сутки (последний прием не позже 3 ч до сна), учитывая возможные дискоординации деятельности гипоталамуса, приводящие к нарушению углеводного и липидного обменов. Необходимо сократить в рационе количество углеводов, прежде всего мучных изделий, а от сахара и быстро усваиваемых углеводов лучше вообще отказаться. Также необходимо уменьшить потребление жиров согласно возрасту (отдается предпочтение растительным жирам – подсолнечному, кукурузному, оливковому маслу), но полностью отказываться от них нельзя. Рекомендуется увеличить в рационе количество фруктов (яблоко, цитрусовых, слив, абрикосов, сухофруктов), овощей (тыквы, сельдерея, моркови, свеклы, но не картофеля), зелени (особенно сельдерея, петрушки, кинзы), безлактозных кисломолочных продуктов. Отдельную рекомендацию составляет регуляция соли в суточном рационе. Ее советуется ограничить при полноценном употреблении продуктов, содержащих кальций (жирный творог, молоко) [3].

Давно стало аксиомой сведение до минимума употребление алкоголя и отказ от курения. Доказано их негативное влияние на центральную нервную систему, промоцию жирового перерождения половых желез и развития в них соединительной ткани, деструктивное действие на печеночные клетки, угнетение репаративных процессов организма стареющего мужчины.

В основе терапии позднего гипогонадизма у мужчин лежит комплексный подход, основанный на стимуляции собственных гормональных систем, уменьшении расстройств вегетативной нервной системы. С целью патогенетического воздействия на процесс учитываются возраст мужчины, вступившего в климактерический период, некоторые эндогенные и экзогенные факторы (химическое, травматическое, лучевое и медикаментозное воздействие, воспалительные заболевания, заболевания соединительной ткани и др.). Эффективность медикаментозного лечения повышается при соблюдении диеты, оптимального режима дня, проведении психотерапии.

Часто пациенты начинают лечиться сами, используя средства народной медицины. При легких расстройствах используют успокаивающие растительные продукты, понижающие 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 маньчжурской, заманихи, якорцев стелющихся в обычных суточных дозах. Кроме указанного выше эффекта, пациенты получают кардиотонический, мягкий психостимулирующий, общестимулирующий и иммуностимулирующий эффекты. Повышается физическая выносливость, улучшается сон, аппетит, стрессоустойчивость. Эффективность после применения этих средств чаще кратковременная, 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 тестобромлецита, амбосекса).

При выраженных проявлениях климакса используют продукты тестостерона пропионата и тестостерона ундеканата [6, 7]. Пероральные препараты метилтестостерона в официальной медицине не используют. Считается, что рациональная коррекция нарушений полового статуса при позднем частичном гипогонадизме дает возможность существенного улучшения не только в сексуальной сфере мужчины, а и способна улучшать мнестические и когнитивные функции. Назначение половых гормонов короткого действия (андриол, провирон) у мужчин с данным состоянием не проводится. Назначение продуктов тестостерона, действующих в течение до 4 нед (сустанон-250, омнадрен), проводится только по показаниям, с соблюдением принципа введения поддерживающих доз. Эпизодическое назначение указанных выше препаратов может способствовать ухудшению состояния пациента (ухудшение состояния после незначительного улучшения – «эффект американских горок»).

Известно, что длительная терапия пролонгированными тестостеронами (типа Небидо) является профилактикой развития метаболического синдрома (в том числе гиперинсулинемии), при этом курс лечения может составлять несколько лет. Длительное неконтролируемое применение андрогенов может также способствовать дальнейшей атрофии половых желез, увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, способствовать хронической гиперинсулинемии, усилению симптомов сахарного диабета, декомпенсации функций печени. Гормонотерапия следует проводить строго индивидуально и при отсутствии противопоказаний (новообразования предстательной железы; сердечная, печеночная и почечная недостаточность; декомпенсация артериальной гипертензии) [4].

При наличии дисфункции вегетативной нервной системы в виде вегетососудистой дистонии назначаются комбинированные вегетотропные препараты эрготамина, белладонны, якорцев стелющихся [8], корня Ашваганда, астрагала, горянки, кордицепса, а также центральные альфа-адреноблокаторы – пирроксан, бутироксан и грандаксин.

Приведенные выше препараты применяют для улучшения эректильной функции, которая, как правило, снижается. Зачастую применяют комплексное лечение, воздействуя на сосудистое звено (силденафил, тадалафил, варденафил, физметоды и т.д.), на активацию симпатического звена (тамсулозин, пирроксан), на стимуляцию тестостерона [9]. Для нормализации корковой нейродинамики применяют седативные и нейролептические средства, а также нейротрофики, улучшающие нейрорегуляцию в головном и спинном мозге (фенибут, пирацетам). Для улучшения обменных процессов применяют антиатеросклеротические средства (трибуспонин, группы фибратов и статинов и др.) длительным курсом.

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



**Чоловік у XXI віці:  
проблеми пізнього гіпогонадізму  
І.І. Горпинченко, В.В. Спиридоненко**

Актуальною проблемою старіння чоловічого організму є інволютивний стан – пізній частковий гіпогонадізм. Це клініко-біохімічний синдром, пов'язаний із віком, з дефіцитом рівня андрогенів (або без нього), із зменшенням чутливості до них рецепторів, що супроводжується порушенням статевої функції, суттєвими змінами якості життя та негативним впливом на функції багатьох органів (серцево-судинної, ендокринної, нервової). Призначення комплексного обстеження спрямовано на виявлення гормональних порушень та оцінювання можливостей медикаментозного лікування. Останнє полягає у проведенні замісної терапії андрогенами або стимуляції їхнього вироблення, корекції вегетосудинних та інших розладів, застосуванні різних факторів (фітотерапії, фізіотерапії, бальнеології).

**Ключові слова:** пізній частковий гіпогонадізм, чоловічий клімакс.

**Man in the XXI century:  
issues late partial hypogonadism  
I. Gorpynchenko, V. Spiridonenko**

One of the pressing problems of the aging male body is involutivnoe state – late partial hypogonadism. This clinical – biochemical syndrome associated with age and is characterized by deficient levels of androgens (or without), with a decrease in sensitivity to them receptor, which is accompanied by sexual dysfunction, a significant change in the quality of life and adversely affect the function of many organs (the cardiovascular, endocrine, nerve, etc.). It conducted a comprehensive survey aimed at identifying hormonal disorders and evaluation of drug treatment options. The latter is replacement therapy or androgen stimulation of their generation, correction of vegetative-vascular and other disorders, the use of various natural factors (herbal medicine, physiotherapy, wellness, etc.).

**Key words:** Late partial hypogonadism, male climacteric.

**Сведения об авторах**

**Горпинченко Игорь Иванович** – ГУ «Институт урологии» НАМН Украины, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [sexology@sexology.com.ua](mailto:sexology@sexology.com.ua)

**Спиридоненко Владимир Владимирович** – ГУ «Институт урологии» НАМН Украины, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [bro-vladimir@yandex.ru](mailto:bro-vladimir@yandex.ru)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2016/ds/kn/kn\\_r/kn0716\\_r.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2016/ds/kn/kn_r/kn0716_r.html)
2. Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. (2002). Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey // JAMA 287 (3): 356–359.
3. 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.
4. Гурженко Ю.Н. Негормональные методы лечения гипогонадизма 36. «Актуальні питання терапії тестостероном» Матер. наук.-практ. конф. ФФ Шерінг 16.04.05, м. Київ. – С. 12–13.
5. Гурженко Ю.Н. Триада: эректильная дисфункция, гипогонадизм и метаболический синдром // Здоровье мужчины. – 2008. – № 3 (26). – С. 36–42.
6. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Поздний гипогонадизм и Небидо. Вопросы и ответы //Здоровье мужчины. – 2009. – № 1 (28). – С. 28–36.
7. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Поздний гипогонадизм и Небидо. Вопросы и ответы. Монография. – К., 2010. – 32 с.
8. 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.
8. Горпинченко І.І., Гурженко Ю.М., Спиридоненко В.В. Вплив фітотерапії на чоловіків із сексуальними порушеннями / Методичні рекомендації. – К., 2015. – 32 с.

Статья поступила в редакцию 03.10.2016