

ანდროლოგია

პირველადი ჰიპოგონადიზმის ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპია

გ.გალდავა, გ. დურგლიშვილი

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის, მედიცინის ფაკულტეტის, დერმატო-ვენეროლოგიის დეპარტამენტი, კანისა და ვენ-სნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ანდროლოგიური განყოფილება

ტესტოსტერონი – მამაკაცის სასქესო ჰორმონებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანი და აქტიური ანდროგენია, რომელიც გამომუშავდება სათესლე ჯირკვლებში. ტესტოსტერონი ასტიმულირებს ზრდის პროცესებს, ცილის სინთეზს, მუსკულატურის განვითარებასა და ძვლებში კალციუმის ჩალაგებას. გარდა ამისა, ის მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სექსუალური ქცევის სტიმულაციასა და სექსუალური ლტოლვის აღმოცენებაში (1,2,3).

პირველადი ჰიპოგონადიზმი არის ჰეტეროგენული პათოლოგია, გამოვლენილი, როგორც ტესტიკულური უკმარისობა და საჭიროებს ხანგრძლივ, ადეკვატურ ჩანაცვლებით თერაპიას (1,2,3,4). ანდროლოგიური პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ მამაკაცები, რომლებიც დაავადებული არიან პირველადი ჰიპოგონადიზმით ხშირად უჩივიან უშვილობას და სხვადასხვა სახის სექსუალურ დარღვევას (4,5,6), რაც ვლინდება არასრულფასოვანი ერექციით, პროლონგირებული სქესობრივი აქტით, სუსტი ლიბიდოთი და ორგაზმით.

ლაბორატორიულად ჰიპოგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი ხასიათდება ტესტოსტერონის კონცენტრაციის დაქვეითებით სისხლის შრატში (არაუმეტეს 3 ნგ/მლ) და მალუთენიზებული ჰორმონის გაზრდით. მკურნალობა მოიცავს ტესტოსტერონის პრეპარატების შეყვანას ორალურად, ინიექციის სახით და ტრანსდერმალურად, სისხლში ტესტოსტერონის ფიზიოლოგიურ ნორმაზე მისაღწევად (1,2,4).

ინიექციურ პრეპარატებს შორის ინტერესს იწვევს პროლონგირებული ჯგუფის პრეპარატების მოქმედება, რომელიც საშუალებას გვაძლევს შევამციროთ მიღების რაოდენობა ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპიის ადეკვატური ეფექტის შენარჩუნებასთან ერთად.

კვლევის მიზანი იყო, ომნადრენ 250 –ის კლინიკური ეფექტურობისა და ამტანიანობის შეფასება პირველადი ჰიპოგონადიზმით დაავადებული მამაკაცების მკურნალობის დროს.

მასალა და მეთოდები: დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა პირველადი ჰიპოგონადიზმით დაავადებული 34 ავადმყოფი, რომელთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $32.3 \pm 3,5$ წელს.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმი იყო 18 დან 45 წლამდე ასაკის მამრობითი სქესის პაციენტები, რომელთა სისხლის შრატში საერთო ტესტოსტერონის კონცენტრაციის დონე იყო $3,0$ ნგ/მლ-ზე ნაკლები, ტესტოსტერონის დონის დადგენა ხდებოდა კომპანია Human (Germany)- ის მიერ წარმოებული სადიაგნოსტიკო კრებულის, ორჯერადი იმუნოფერმენტული ანალიზის მეშვეობით, აპარატ Stat-fax-ზე, 2 კვირის ინტერვალით. მასალის აღება ხდებოდა დილის საათებში, გამონაკლისს წარმოადგენდნენ პაციენტები სისხლძარღვოვანი და ნეიროგენული გენეზის ერექციული დისფუნქციით.

ყველა მამაკაცს უტარდებოდა სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (საერთო და თავისუფალი ბილირუბინი, ალანინამინოტრანსფერაზა, ასპარტამინოტრანსფერაზა, ქოლესტერინი), შარდ-სასქესო სისტემის ულტრაბგერითი გამოკვლევა (თირკმლი, მცირე მენჯის ღრუს ორგანოები, სათესლე ჯირკვლები, სასქესო ასო) ეაკულატის ანალიზი (ფრუქტოზისა და ფოსფატაზის კონცენტრაციის განსაზღვრით).

ავადმყოფებს ჩაუტარდათ ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია ომნადრენ 250 –ით (“jelfa”, პოლონეთი) შემდეგი სქემის მიხედვით - ერთი ამპულა i/m 4 კვირაში ერთხელ. აღსანიშნავია, რომ 34 ავადმყოფიდან 12-ს ადრე ჩატარებული ჰქონდა მკურნალობა ტესტოსტერონის ტაბლეტებით, ხოლო 7-ს სხვადასხვა მეთოდით (ჩინური მედიცინა, ჰომეოპათია და სხვა).

პრეპარატის ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმად მიღებული გვექონდა სისხლის შრატში საერთო ტესტოსტერონის ზრდა ფიზიოლოგიურ ნორმამდე. საშუალო შედეგად მიჩნეული იყო ტესტოსტერონის კონცენტრაციის გაზრდა საწყისი დონის შესაბამისად, არანაკლებ $3,0$ ნგ/მლ. ნაკლებად ეფექტური იყო ტესტოსტერონის დონე სისხლში, არანაკლებ $0,3$ ნგ/მლ.

კვლევის დროს ავადმყოფები არ ღებულობდნენ სხვა ჰორმონულ პრეპარატებს.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა: მკურნალობა სრულყოფილად ჩაიტარა ყველა ავადმყოფმა და მონაცემები მათი მდგომარეობის შესახებ შეფასებულ იქნა საკონტროლო ანალიზების ჩაბარების შემდეგ. ავადმყოფები გამოკვლეული იყვნენ როგორც მკურნალობის დაწყებამდე, ისე ბოლო ინიექციიდან 2-3 კვირის შემდეგ.

ანამნეზური მონაცემებისა და კლინიკურ-ლაბორატორული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტების ჩივილებს შორის ყველაზე ხშირი იყო : ერექციის სისუსტე – 62% (21 ავადმყოფი); უნაყოფობა – 50% (17 ავადმყოფი); მწვეთავი ეაკულაცია – 44% (15 ავადმყოფი); დაქვეითებული ლიბიდო – 41% (14 ავადმყოფი); წაშლილი ორგაზმი – 38% (13 ავადმყოფი); გაიშვიათებული სახის გათმოდანება – 15% (5 ავადმყოფი).

მკურნალობის შემდეგ 8 ავადმყოფს (24%) აღენიშნებოდა სახეზე თმის გაუმჯობესება, ხოლო 2 ავადმყოფში გათმოდანების გაუმჯობესება არ მომხდარა. ერექცია გაუმჯობესდა 29 შემთხვევაში (85%), 5 ავადმყოფს (15%) არ აღენიშნა დადებითი კლინიკური ეფექტი, ანუ შეუნარჩუნდა ერექციული დისფუნქცია. მწვეთავი ეაკულაცია და წაშლილი ორგაზმი შეუნარჩუნდა 6 ავადმყოფს (18%). ლიბიდოს გაზრდა მოხდა 27 შემთხვევაში (79%), ხოლო 6 ავადმყოფს (18%) შეუნარჩუნდა დაქვეითებული ლიბიდო.

საკონტროლო ლაბორატორულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ პაციენტებმა, რომლებმაც ჩაიტარეს მკურნალობა ომნადრენ 250-ით დაუდგინდათ მაღლეთენიზებელი ჰორმონის დაქვეითება, სისხლის შრატში ტესტოსტერონის მომატება, წინამდებარე ჯირკვლის მასაში მომატება და ასევე ფრუქტოზის, ფოსფატაზისა და პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის (PSA) კონცენტრაციის მომატება. ეს უკანასკნელი არ აღემატება 4,0 ნგ/მლ. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილებები სპერმაში არ აღმოჩენილა. მკურნალობის დაწყებამდე აზოოსპერმია აღენიშნებოდა 28 (82%) ავადმყოფს, 6-ს (18%) – ოლოგოსპერმია (5 მლ – ზე ნაკლები სპერმატოზოიდები ერთ მილიონში). საკონტროლო გამოკვლევამ გვაჩვენა, რომ ეაკულატი ცვლილებების გარეშე გამოვლინდა - 30 (88%) პაციენტში, ერთეული სპერმატოზოიდების დაფიქსირდა ერთ (3%) მამაკაცში, აზოოსპერმია - 3 (9%) ავადმყოფში.

სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზის და ასევე სისხლის ბიოქიმიური ანალიზის დროს მნიშვნელოვანი დარღვევები არ აღნიშნულა. ასევე არ

გამოვლინდა გინეკომასტია. სუბიექტურად ავადმყოფებს პრეპერატის მიმართ კარგი ამტანობა ჰქონდათ. ერთ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ძილის დარღვევა რაც დაკავშირებული იყო ღამის გახანგრძლივებულ ერექციასთან, მაგრამ ამავე დროს ერექცია იყო უმტკივნეულო. აღსანიშნავია, რომ პაციენტებში გამოიკვეთა წინამდებარე ჯირკვლის ზომაში ზრდის ტენდენცია, არაუმეტეს 25 სმ³. სათესლე ჯირკვლების მოცულობის მხრივ ცვლილებები არ ყოფილა.

დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ პრეპარატ ომნადრენ 250 აღადგენს ჰორმონულ ბალანსს და აუმჯობესებს როგორც წინამდებარე, ასევე სათესლე ჯირკვლების ფუნქციას.

მკურნალობის შემდეგ დადებითი (მაღალი) კლინიკური შედეგი დაფიქსირდა - 25 შემთხვევაში (74%), საშუალო - 6 შემთხვევაში (17%) და დაბალი - 3 შემთხვევაში (9%). პრეპარატის მიღების დროს გვერდითი ეფექტები არ დაფიქსირებულა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მკურნალობა ომნადრენ 250-ით ფარმაკოეკონომიურია, ის არის ყველაზე ხელმისაწვდომი პრეპარატი სხვა ანალოგებთან შედარებით.

დასკვნები: პირველადი ჰიპოგონადიზმის მკურნალობა პრეპარატ ომნადრენ 250-ით იძლევა დადებით თერაპიულ ეფექტს - იგი აღადგენს ჰორმონულ ბალანსს და აუმჯობესებს როგორც წინამდებარე, ასევე სათესლე ჯირკვლების ფუნქციას.

მკურნალობა ომნადრენ 250-ით ფარმაკოეკონომიურია, ის არის ყველაზე ხელმისაწვდომი პრეპარატი სხვა ანალოგებთან შედარებით და არ ხასიათდება მკვეთრად გამოხატული გვერდითი ეფექტით.

Заместительная гормональная терапия первичного гипогонадизма

Г. Галдава, Г. Дурглишвили

Дермато-венерологический департамент факультета медицины Тбилисского государственного университета им. Ив. Джавахишвили, Отдел андрологии НИИ дерматологии и венерологии, Тбилиси

Первичный гипогонадизм является гетерогенной патологией, проявляющейся в виде как тестикулярной недостаточности, которая требует длительной адекватной терапии.

Цель исследования - дать оценку клинической эффективности и переносимости препарата омнадрен 250 при лечении мужчин, с первичным гипогонадизмом. Обследован 34 пациента, с первичным гипогонадизмом, средний возраст которых составлял 32,3-3,5 лет. Больным проведена заместительной гормонотерапия омнадреном 250 ("jelfa", Польша) по схеме - одна ампула внутримышечных, один раз в четыре недели.

Выявлено снижение содержания лютеинизирующего гормона и повышение тестостерона в сыворотке крови, увеличение массы предстательной железы, а также повышение концентрации фруктозы, фосфатазы и простатоспецифического антигена (PSA), показатель последнего не превышал 4,0 нг/мл.

Лечение омнадреном 250 фармакоэкономично. В сравнении с другими препаратами, это наиболее доступный препарат, и не имеющий резко выраженных побочных эффектов.

Hormone replacement therapy in primary hypogonadism

G. Galdava, G. Durglishvili

Primary hypogonadism is a heterogeneous pathology, which is manifested by testicular failure and requires long-term adequate replacement therapy.

The goal of our study was to evaluate the tolerance to Omnadren 250 and its clinical efficacy in treatment of male patients with primary hypogonadism. 34 males with primary hypogonadism with the average age of 35.2 ± 3.5 were involved in the study. The patients underwent substitutional hormonal therapy with Omnadren 250 ("jelfa", Poland), according to the schedule of 1 ampoule i.m. per 4 weeks.

After treatment the following changes were observed: reduction in luteinizing hormone and increase in serum testosterone levels ensued, the weight of prostate gland increased, additionally, increment in fructose, phosphatase and Prostate-Specific Antigen (PSA) concentrations were achieved. The latter does not surpass the level of 4.0 ng/ml.

It's also noteworthy, that treatment with Omnadren 250 is considerably pharmacoeconomical, furthermore, it is actually the most available drug compared with its other analogues and is not characterized by severe side effects.

ლიტერატურა: Литература:

- 1.Александров В.П., Михайличенко В.В.** Урология и андрология. Справочник для врачей. Москва Санкт-Петербург.: СОВА, 2005 – 574 с.
- 2. Билич Г.Л., Божедомов В.А.** Репродуктивная функция и сексуальность человека. Санкт-Петербург.: СОВА-1999- 368 с.
- 3.Возианова А.Ф., Горпинченко И.И.** Сексология и андрология. Киев: Абрис-1997– 873 с.
- 4. Мавров И. И** Половые Болезни. Москва:-АСТ-Пресс Книга-2002-752 с.
- 5.Keel B.A., Quinn P., Schmidt C.F. Jr, Serafy N.T. Jr, Serafy N.T. Sr, Schalue T.K.** Results of the American Association of Bioanalysts national proficiency testing programme in andrology.// Hum. Reprod.- 2000.-V.15, №3.- P.680-686.
- 6.Ludwig M., Dimitrakov J., Diemer T., Huwe P., Weidner W.** Urologische Klinik, Justus-Liebig-Universitat Giessen. Prostatitis syndrome. Changes in the ejaculate and effects on fertility. [Review] [47 refs] [German]. Urologe - Ausgabe A. 40(1): P 18-23, 2001 Jan.