



Мужские проблемы у подростков

А.В. Аникиев¹, П.А. Щеплев²

¹ ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ. 117292, Россия, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, 11;

² ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2

Контакты: Аникиев Александр Вячеславович, anikieal70@gmail.com

Men's problems in teenagers

Anikiev A.V.¹, Shcheplev P.A.²

¹ Endocrinology research center. 11 Dmitry Ulyanov str., Moscow, 117292, Russia;

² Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI). 61/2 Shchepkina str., Moscow, 129110, Russia

Contacts: Anikiev Aleksander Vyacheslavovich, anikieal70@gmail.com

Пубертат эндокринологи определяют как транзитный период между детством и половой зрелостью, контролируемый комплексом нейроэндокринных факторов, обеспечивающих ряд физических и психических изменений, приводящих к физической, психической и репродуктивной зрелости организма. Возраст начала пубертата индивидуален. По данным исследований, проводившихся в США и Европе, у 95% мальчиков пубертат начинается в возрасте от 9 до 14 лет. Средняя продолжительность его до полной половой зрелости составляет 3,5 года (от 2 до 4,5 лет). Формально определить этот период сложно, поэтому определений много. В Оксфордском словаре английского языка он описывается как «между детством и зрелостью» (от 14 до 25 лет). Министерство здравоохранения Соединенного Королевства неточно указывает его начало, но постановляет, что его окончанием является 19-й день рождения. Согласно классификации ВОЗ, это период жизни от 10 до 18 лет, когда завершается созревание организма [1]. В России подростковый возраст (13–16 лет) и юношеский возраст (17–21 год) официально установлены на заседании Академии педагогических наук РСФСР в 1965 г. При этом период детства в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 124-ФЗ ограничен 18 годами [2]. Как видно, часть детей становятся половозрелыми задолго до окончания периода детства, и медицинская помощь по поводу возникающих у них мужских проблем приказом Минздрава № 404 от 2003 г. возложена на плечи именно детских врачей — урологов-

андрологов [3], что в ряде случаев вызывает конфликт.

Подростковый возраст имеет много особенностей, связанных с изменениями различных органов и систем, но если говорить о нервно-психическом развитии, то оно характеризуется выраженной эмоциональной неустойчивостью. Пик ее у мальчиков приходится на 11–13 лет. В старшем подростковом возрасте настроение становится более устойчивым, эмоциональные реакции — более дифференцированными, хотя могут сохраняться их непредсказуемость и неадекватность. Подростки, по сравнению с детьми, более целеустремленны, настойчивы. Однако проявление этих качеств часто бывает односторонним. Для них характерно попеременное проявление полярных свойств психики: целеустремленность и настойчивость могут сочетаться с импульсивностью и неустойчивостью; повышенная самоуверенность и безапелляционность в суждениях может сменяться легкой ранимостью и неуверенностью в себе; возвышенность чувств может уживаться с сухим рационализмом, циничностью, враждебностью и даже жестокостью. Становление характера, переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности — все это обнажает и заостряет слабые стороны личности подростка, делает его особенно уязвимым и чувствительным к неблагоприятным влияниям среды. Усложняются механизмы субъективных эмоциональных переживаний, возрастает роль таких явлений, как страх и повышенная возбудимость.



Различные нарушения в этот период без должного компенсирующего воздействия могут привести к серьезным проблемам у взрослого человека [4].

Посещение врача — стрессовая ситуация для подростка (страх, стыд, боязнь боли). Подросток может быть скованным, неохотно отвечать на вопросы, сопротивляться осмотру, быть грубым и вызывающим. Несмотря на это, отношение врача к нему должно быть вежливым, доброжелательным, внимательным для завоевания доверия и уверенности в сохранении медицинской тайны. Недопустимо раздражение, осуждение, равнодушие, императивный тон, причинение боли, так как все это травмирует психику, формирует негативное отношение к осмотру специалистом и усугубляет болезненное состояние. Особое значение имеет правило соблюдения конфиденциальности. Сбор анамнеза, осмотр и информирование родителей в их присутствии или без производится с разрешения пациента [5].

Учитывая поведенческие особенности подростков, раннее начало половой жизни, в этом возрасте ожидаемы состояния, характерные для взрослых мужчин, а именно манифестация сексуальных расстройств. Они могут быть обусловлены как врожденной патологией, так и приобретенными состояниями.

Врожденная эректильная деформация полового члена наблюдается у 4–10% мальчиков, родившихся без гипоспадии. Искривление полового члена — это целый спектр заболеваний. Этиология включает в себя кожные рубцы (32%), фиброз белочной или мясистой оболочки (33%), искривление кавернозного тела (28%) и короткую уретру (7%) [7]. Коррекция искривления должна проводиться в раннем возрасте. Однако диагностика эректильной деформации зачастую происходит поздно, в подростковом возрасте, когда сам подросток обращает внимание на искривление полового члена.

Скрытый половой член диагностируют у новорожденных мальчиков с частотой 1:1800–1:4300, или 2–6 на 10 000 населения. Долгое время считалось, что у маленьких детей порок может саморазрешиться по достижении пубертатного периода. В настоящее время известно, что изменение гормонального фона при половом созревании не приводит к улучшению ситуации, поэтому откладывать операцию нецелесообразно. У детей пенис может «скрыться» и после рождения [7]. Основной причиной скрытого полового члена считают недоразвитие и врожденные изменения связочного аппарата полового члена. Нарушение фиксации кожи ствола полового члена приводит к смещению ее в сторону головки, увеличивая размеры крайней плоти и создавая предпосылки для

развития фимоза. Скрытый половой член необходимо отличать от других нарушений полового развития у мальчиков, когда визуально половой член также уменьшен, таких как микрофаллос, ожирение и гигантские грыжи, водянка оболочек яичка.

О микропенисе можно говорить в том случае, если половой член ребенка имеет размер меньше возрастного на 2,5 сигмальных отклонения. К примеру, размер полового члена 1,65 см у новорожденного считается микрофаллосом, а у взрослого — не более 2,0 см. Причин развития микропениса много, они включают изолированные дефекты гонадотропина и генерализованные эндокринопатии, которые могут быть связаны с дефектами центральной нервной системы. Наиболее распространенной причиной микропениса является гипогонадотропный, гипергонадотропный и идиопатический гипогонадизм. Основой консервативного лечения микропениса считают назначение тестостерона. Бин-Аббас и его коллеги в 1999 г. описали восемь мальчиков с микропенисом, получавших андрогены как при рождении, так и в период полового созревания. В результате длина полового члена составляла в среднем 10,3 см и находилась в нормальном диапазоне во всех случаях [8]. При отсутствии эффективности терапии тестостероном одним из вариантов лечения микропениса может быть смена пола. Однако такая точка зрения неоднократно подвергалась критике из-за того, что биологические факторы в течение пренатального периода могут влиять на гендерную идентичность. Одним из таких факторов является индуцированный тестостероном мужской импринтинг мозга. Husmann (2004) описал 20 взрослых мужчин, родившихся с микропенисом, которые имели неоптимальный ответ на терапию тестостероном и воспитывались в мужском поле. Во взрослом возрасте 90% имели микропенис, и у всех была мужская гендерная идентичность; пятеро проходили психиатрическое консультирование из-за страха изгнания; восемь мужчин не были сексуально активными [9]. Несмотря на мужскую гендерную идентичность, в целом пациенты с микропенисом недовольны своим генитальным внешним видом и функцией и требуют оказания помощи андролога.

Хирургическое лечение врожденных заболеваний половых органов проводится по мере их диагностики, как правило, оно заканчивается успешно, но, к сожалению, бывают и осложненные результаты, которые также могут оказывать негативное влияние на подростка и создавать условия для развития эректильной дисфункции [10]. Хирургическое лечение фимоза может быть осложнено меатальным стенозом, травмой полового члена при обрезании. Разведение синехий крайней плоти без обезболивания приводит к



стрессу и психологической травме. Результат лечения гипоспадии может сопровождаться стриктурами, свищами, ростом волос в уретре; эписпадии — половым членом малого размера. Заболевания простатозекулярного комплекса у подростков встречаются крайне редко. Причины их могут быть как врожденными, так и приобретенными. Среди приобретенных ведущее место занимают инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Причины врожденного характера являются одним из проявлений нарушения формирования пола (НФП). Это гетерогенная группа врожденных заболеваний, обусловленных несоответствием между генетическим, гонадным и фенотипическим полом. НФП занимает одно из лидирующих мест среди заболеваний, вызванных хромосомными или генетическими аномалиями.

Мне посчастливилось работать в отделе детской хирургии РМАНПО под руководством профессора А.Б. Окулова, который имеет наибольший опыт наблюдений за такими пациентами в отечественной медицине. Приведенные данные получены в результате длительной работы, начиная с 70-х годов прошлого столетия, с участием профессора Е.А. Володько и описаны в диссертационных трудах отдела детской хирургии [11]. Среди врожденных заболеваний простатозекулярного комплекса наблюдали кисты и аплазию предстательной железы. Аплазия предстательной железы (АПЖ) — состояние, при котором во внутриутробном периоде имела закладка, но по причине низкой секреции тестостерона либо неадекватной чувствительности тканей к нему развитие и дифференцировка ее не были завершены. Среди вариантов НФП, при которых диагностируют АПЖ, на первом месте парциальная и смешанная дисгенезия гонад. Наблюдали также синдром парциальной нечувствительности к андрогенам, синдром де ля Шапеля, или мужчины с женским кариотипом, синдром Смита — Лемли — Опица.

В ряде случаев результат хирургического лечения этих пациентов можно признать приемлемым с косметической точки зрения: ровные кавернозные тела, меатус на головке, сохраненное дисгенетичное яичко. Но функционально этот результат сложно назвать удовлетворительным, поскольку у пациента наряду с сохраненной эректильной функцией отсутствует копулятивная функция, так как имеется влагалищный отросток урогенитального синуса и аплазия предстательной железы. Репродуктивный потенциал у такого пациента может быть развит благодаря современным возможностям вспомогательных репродуктивных технологий. Учитывая особенности подросткового периода, у таких пациентов высока вероятность развития эректильной дисфункции, поскольку имеется сухой половой акт.

Манифестация сексуальных расстройств также может быть обусловлена приобретенными состояниями. По данным ВОЗ, 1 из 20 подростков болеет ИППП и средний возраст молодеет в связи с более молодым возрастом дебюта половой жизни (7% подростков от 13 до 14 лет) и увеличением количества половых партнеров. 20 млн больных с ИППП регистрируются ежегодно в США, половина из них — в возрасте от 15 до 24 лет с диагнозом гонорея и хламидиоз [12]. Приведены поведенческие факторы, значительно увеличивающие риск ИППП в подростковом возрасте: все более молодой возраст начала половой жизни; промискуитет; множество половых партнеров; злоупотребление наркотиками и алкоголем; отказ использовать любые формы защиты; ограниченный доступ к медицинской помощи и/или ее негативное восприятие [13]. Подтверждением этому служат результаты исследования в одной из областей Центрального федерального округа. Половина подростков (48,5%) консультируются по проблемам сексуальных отношений со своими друзьями и сокурсниками. Пятая часть подростков (18,9%) не могут обсудить вопросы сексуальных отношений, проблемы и методы защиты от ИППП ни с кем из социального окружения. Степень доверия к врачам и учителям как источникам достоверной информации находится на крайне низком уровне (5%). Большая половина подростков (62%) указывают средства массовой информации и интернет-ресурсы как основные источники информации об ИППП [14].

Подростки с перечисленными мужскими проблемами требуют длительного наблюдения. При этом детский возраст ограничен 18 годами. Вопрос преемственности продуман и воплощен в тех лечебных учреждениях, где совместно работают детские и взрослые специалисты. Пациенты остаются пожизненно с теми, кто их оперировал, то есть с детскими хирургами. Только помощь оказывают с поддержкой взрослых специалистов. Однако спрос в виде количества переходящих во взрослую сеть подростков несоизмеримо превышает предложение медицинских центров. Принципы перевода и вся нормативная база для этого существуют еще с 1999 г., когда появился приказ Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 о совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста [15]. Однако в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.07.2018 г. № 476 [16] вышеупомянутый приказ № 154 был признан утратившим силу. Таким образом, в настоящее время необходима разработка обновленного нормативного обеспечения.

К сожалению, подавляющее большинство детских урологов-андрологов не курирует, а проще говоря,



не видит у подростков такие мужские болезни, как эректильная дисфункция, простатит, ИППП. Но это не значит, что они не существуют. Пациенты находят своих андрологов среди взрослых специалистов, которые если и могут оказать помощь подростку, то только советом, а хирургическое вмешательство вынуждены откладывать до совершеннолетия. Простым языком, лечение мужских заболеваний не входит в компетенцию детского врача — уролога-андролога, а взрослый уролог-андролог не имеет юридических

полномочий заниматься лечением подростков в силу перечисленных нормативных документов. Поэтому подростки оказались в «серой зоне» по возможности оказания андрологической помощи, а врачи в патовой ситуации. Логическим выходом из создавшейся ситуации может быть дополнительное обучение детских урологов-андрологов либо получение взрослыми специалистами сертификатов детского уролога-андролога.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Christopher R.J. Woodhouse. Adolescent and transitional urology In: Campbell-Walsh Urology 11th Edition edited by Alan Wein, Louis Kavoussi, Alan Partin [et al.] // Elsevier. 2015. P. 4168. ISBN: 9780323263740.
2. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [принят Государственной думой 03.07.1998, одобрен Советом Федерации 09.07.1998]. Москва. 1998. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/12706>.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 августа 2003 г. № 404 «О врачах — детском урологе-андрологе» <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=64039>.
4. Астахова Л.Г., Буслаева Е.Н. Особенности развития личности современных подростков. European research. 2015. № 10 (11).
5. Маркланте, Карен. Основы педиатрии по Нельсону [перевод с английского Е.В. Кокаревой]. 8-е издание. Москва: Эксмо, 2021. 848 с.
6. Montag S, Palmer LS. Abnormalities of penile curvature: chordee and penile torsion. Scientific World J 2011(11); 1470-8. <https://doi.org/10.1100/tsw.2011.136>.
7. Sebastian Calderón J, Zarante I. Anomalías congénitas urológicas: descripción epidemiológica y factores de riesgo asociados en colombia 2001-2004. rch Esp Urol 2006;59(1):7-14.. <https://doi.org/10.4321/s0004-06142006000100002>.
8. Bin-Abbas B, Conte FA, Grumbach MM, et al. Congenital hypogonadotropic hypogonadism and micropenis: effect of testosterone treatment on adult penile size — why sex reversal is not indicated. J Pediatr. 1999; (134): 579–83.
9. Husmann DA. The androgen insensitive micropenis: long-term follow-up into adulthood. J Pediatr Endocrinol Metab 2004;17:1037–41.
10. Fahmy M. Congenital Anomalies of the Penis. Switzerland: Springer, 2017. 267 p.
11. Окулов А.Б., Володько Е.А. Нарушение половой дифференцировки у детей с гипоспадией. (Пособие для врачей.) Утв. МЗ РФ. М., 2001 С. 31.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2017. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2018. <https://www.cdc.gov/std/stats17/natoverview.htm>.
13. Загртдинова Р.М., Димакова Е.В., Боголюбовская А.Л. Репродуктивное здоровье подростков и факторы, способствующие распространению сексуально-трансмиссивных инфекций среди несовершеннолетних в Удмуртской Республике // Клиническая дерматология и венерология. 2014;12(6):87–90.
14. Торшина И.Е., Воробьева П.И. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), у детей и подростков как угроза репродуктивному здоровью населения Смоленской области. В сборнике: Инфекционные болезни как междисциплинарная проблема. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией Л.В. Силиной, В.М. Коломиец, В.Я. Провоторова. 2016. С. 247–252.
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 154 от 5 мая 1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» <https://docs.cntd.ru/document/901735875/titles/64U0IK>.
16. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 476 от 27 июля 2018 г. «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации». <https://docs.cntd.ru/document/550788421?marker>.