

В.Е. Мирский

## **ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО АНДРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ИНСТИТУТА АНДРОЛОГИИ г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

г. Санкт-Петербург

Среди медико-организационных факторов, влияющих на уровень андрологической патологии, особое место занимает своевременное выявление и лечение андрологических заболеваний. Наиболее актуальна эта проблема для жителей сельской местности и областных городов, где показатель патологической пораженности намного выше, а оказание специализированной помощи ниже, чем в Санкт-Петербурге, где сконцентрирована высококвалифицированная андрологическая служба.

Первый опыт создания специализированной андрологической службы накоплен в Санкт-Петербурге, детским андрологическим диспансером, на базе научно-исследовательского учреждения Северо-западный институт андрологии. Скрининговые осмотры школьников с 1 по 11 классы проводились под контролем института в некоторых районах Санкт-Петербурга, в общеобразовательных учреждениях Великого Новгорода, Новгородской области и андрологическом центре г. Барнаула. В настоящее время общее число осмотренных детей превысило 100 тыс. человек.

При выявлении андрологической патологии, родителям выдавалась памятка о необходимости явки в детский андрологический диспансер или андрологический кабинет, который был создан на базе детских поликлиник по месту проводимых осмотров. В структуре диспансера и андрологических кабинетов вели прием следующие специалисты: врач-андролог, хирург, уролог, эндокринолог, психолог. Такой набор специалистов позволяет осуществлять комплексную терапию детей с использованием всего набора методов консервативного и оперативного (возможного в амбулаторных условиях) лечения. Работа включала активное выявление андрологической патологии у мальчиков, подлежащих диспансерному наблюдению, ведение документации, изучение быта диспансеризуемых, всестороннее обследование детей, лечение, проведение оздоровительных и реабилитационных мероприятий, учет и изучение эффективности диспансеризации.

К числу заболеваний мужских половых органов, при которых рекомендовалось диспансерное наблюдение были отнесены: гипоспадия, эписпадия, гермафродитизм, крипторхизм, варикоцеле, гидроцеле, а также доброкачественные опухоли мужских половых органов.

На всех диспансерных пациентов составлялся план оздоровительных, консервативных и хирургических мероприятий, контрольных амбулаторных и стационарных исследований, при необходимости назначалось санаторно-курортное лечение. Имеющиеся в штате поликлиник детские урологи-андрологи, осуществляли постоянный контроль выполнения этого плана.

Целью диспансеризации детей с заболеваниями и пороками развития мужских половых органов являлось своевременное лечение, а также предупреждение ряда осложнений: психических расстройств, мужского бесплодия, импотенции, нарушения акта мочеиспускания, возникновения семиномы яичка при крипторхизме и др.

Следует учитывать, что большинство поражений мужской половой системы у детей, требуют постоянного медицинского наблюдения и помощи, от рождения до окончания репродуктивного периода.

Нами выделяются следующее группы диспансерного наблюдения:

1-я группа - пациенты, впервые взятые на учет, нуждающиеся в хирургическом или консервативном лечении, а также с рецидивами или ухудшением течения заболе-

вания. Больных, у которых в течение года после проведенного лечения нет рецидива заболевания или послеоперационного осложнения, переводят во 2-ю диспансерную группу.

2-я группа - пациенты, у которых на протяжении года отсутствуют рецидивы, прогрессирование патологического процесса, послеоперационные осложнения. Если в течение года наблюдения состояние здоровья ребенка не ухудшается, его переводят в 3-ю группу учета.

3-я группа - пациенты с отсутствием рецидивов, прогрессирования заболевания в течение двух лет. Затем, если на протяжении еще одного года состояние ребенка остается стабильным, его переводят в 4-ю группу.

4-я группа - пациенты, у которых прогрессирование заболевания, рецидивы отсутствуют на протяжении трех лет. Таких больных осматривают 2 раза в год до передачи их во взрослую сеть.

Одной из важнейших задач педиатрической андрологии является современная диагностика патологии органов мужской половой системы у мальчиков.

Учитывая тот факт, что врачи-педиатры часто не имеют специальной подготовки в области детской урологии и андрологии, следует признать целесообразным участие уролога - андролога в массовых целевых профилактических осмотрах мальчиков.

Для унификации и получения однородных данных о частоте и характере приобретенной и врожденной патологии наружных половых органов у мальчиков, осмотры проводились по специальной схеме, с заполнением карты обследования. Нами были проанализированы результаты трехлетнего функционирования детского андрологического диспансера Северо-западного института андрологии.

Изучение каналов обращения в ДАД в Санкт-Петербурге показало, что детской территориальной поликлиникой были направлены 8,5% респондентов, обратились после проведенного в школе осмотра – 59,6%; пришли самостоятельно (узнав о диспансере из рекламных объявлений) 21,3%; по совету знакомых – 8,5%; прочие варианты присутствовали в 2,1% случаев (таблица 1). Изменялись каналы обращения в зависимости от возраста детей. Так, дети до 7 лет и в 14-16 лет попадали в диспансер преимущественно в результате рекламного объявления; дети 10-13 лет – после осмотров в школе; дети 7-9 лет – после осмотра и по совету знакомых их родителей.

Из общего числа посещений максимальная часть (75,3%) была сделана к врачу-андрологу, 16% - к урологу, 8,1% - к хирургу, 0,6% - к эндокринологу. С возрастом структура посещений несколько меняется (таблица 2.). Так, в старшей возрастной группе существенно нарастает доля посещений к хирургу и эндокринологу; удельный вес посещений уролога максимален среди детей 10-13 лет. Большинство (75,4%) обратились в диспансер впервые. Повторные обращения были отмечены только среди тех, кто был направлен в ДАД после проведенного в школе осмотра (10,7%). При изучении посещаемости детского андрологического диспансера было установлено, что почти треть посещений пришлась на детей 10-13 лет (31,6%), а также 7-9 лет (29,7%), меньше (23,2%) – на детей до 7 лет и минимальная доля (15,5%) – на детей 14-16 лет.

Из общего числа детей большинство (76,8%) были поставлены на диспансерный учет. Этот показатель был выше среди пациентов младшей (до 7 лет) – 83,5% и старше (14-16 лет) – 82,5% возрастных групп и ниже в возрасте 7-9 (72,5%) и 10-13 (73,3%) лет.

Следует отметить, что в большинстве (80,6%) случаев посещения были однократными; доля двукратных посещений составила 15,3%; трехкратных – 3,3%; 4-5 – кратных – 0,8%. Среднее число посещений составило  $1,2 \pm 0,3$ . С возрастом доля однократных посещений увеличивается, составляя у детей до 7 лет 70,6%; в 7-9 лет – 80,5%, в 10-13 лет – 83,3%, в 14 – 16 лет – 91,9%.

Развитие и совершенствование андрологической службы позволяет использовать медико-организационные факторы в выявлении и предотвращении развития андрологической патологии, приблизить специализированную помощь к жителям различных регионов России. Однако, знания врачей в области андрологии, в том числе педиатрической, ещё недостаточны. Этот раздел отсутствует в учебных программах медицинских вузов и редко присутствует в программах последипломного обучения. Пациенты получают разноречивые сведения о сути заболевания, его лечении, прогнозе, о характере и объеме оперативной коррекции, сроках её проведения о возможностях гормональной терапии. При этом для многих из них не отработана система диспансеризации, не разрешены многие организационные и юридические вопросы.

Для успешной организации андрологической помощи необходимо соблюдение следующих принципов:

- активное выявление андрологической патологии;
- непосредственное участие в этом урологов-андрологов;
- обязательное использование современных информационных методов исследования для диагностики заболеваний;
- высококвалифицированное осуществление диспансеризации, проведение реабилитации пациентов;
- обеспечение высокого уровня диагностики и лечения; постоянное ведение специализированными (урологическими) андрологическими отделениями организационно-методической работы.

По данным нашего института, в анамнезе у пятой части бесплодных мужчин, имеются указания на перенесенный в детском или юношеском возрасте эпидемический паротит. Таким образом, эпидемический паротит (независимо от наличия или отсутствия эпидидимита, выявляемого клинически) может стать причиной бесплодия.

В связи с этим:

1) Все мальчики, перенесшие эпидемический паротит, подлежали диспансерному наблюдению.

2) В периоде полового созревания им проводятся лабораторные исследования для определения антиспермальных антител, с целью ранней диагностики аутоиммунного нарушения сперматогенеза.

3) Подростки с повышенным уровнем антиспермальных антител составляют группу повышенного риска. Им проводится санация очагов инфекции и рекомендуется исключить курение, спиртные напитки, перегревание и другие факторы, губительно действующие на сперматогенез. Состояние здоровья также должно учитываться при выборе профессии (исключение контакта с ионизирующим излучением, СВЧ и др.).

При патологии органов репродуктивной системы, как правило, имеют место тяжкие моральные страдания и сложности социальной адаптации. Реабилитация таких пациентов должна быть не только медицинской, но и социальной. Вместе с тем, результаты лечения мальчиков с поражениями органов репродуктивной системы неудовлетворительны. Раннее выявление заболевания, своевременное обращение к врачу-специалисту, начало лечения в более ранние сроки, тщательное соблюдение врачебных предписаний являются залогом предупреждения в будущем бесплодия у мужчин. Несвоевременное и недостаточно квалифицированное лечение больных детей, может привести к серьезным осложнениям: нарушению функции половых желез, импотенции, бесплодию, нарушению акта мочеиспускания. В ряде случаев, при длительно неоперированном крипторхизме, может возникнуть злокачественное перерождение неопущенного яичка. Упомянутая патология нередко наносит мальчику и его родственникам тяжелую психическую травму. Травматизация психики может усиливаться при появлении у ребенка чувства собственной неполноценности. Это чувство знакомо больным

детям уже с раннего школьного возраста. Оно оставляет неизгладимый след в сознании ребенка, оказывая влияние на формирование его характера. Поэтому ранняя диагностика и своевременная коррекция заболеваний и врожденных пороков мужских половых органов представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Разработка и внедрение в практику модели организации андрологической помощи детям, позволит более успешно осуществлять выявление и лечение патологии органов мужской репродуктивной системы у детей. В свою очередь эти мероприятия послужат залогом предупреждения мужского бесплодия, будут способствовать решению проблемы воспроизводства здоровых поколений.

Таблица 1

Каналы обращения в детский андрологический диспансер у детей разного возраста (в %)

Возраст ребенка	Каналы обращения					Всего
	детская поликлиника	после осмотра в школе	самостоятельно	по совету знакомых	прочие	
до 7	-	-	80,0	-	20,0	100,0
7-9	12,5	50,0	-	37,5	-	100,0
10-13	11,1	88,9	-	-	-	100,0
14-16	-	33,3	66,7	-	-	100,0
В целом	8,5	59,6	21,3	8,5	2,1	100,0

Таблица 2

Структура посещений врачей специалистов среди детей разного возраста.  
(в %)

Возраст ребенка	Специалист				Всего
	андролог	хирург	уролог	эндокринолог	
до 7	77,1	6,9	15,4	0,6	100,0
7-9	75,5	9,0	15,1	0,4	100,0
10-13	77,6	4,2	17,8	0,4	100,0
14-16	64,2	19,8	14,8	1,2	100,0
В целом	75,3	16,0	8,1	0,6	100,0