



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ENDOCRINE DISEASES

Редакционна колегия

Проф. д-р М. Боянов, дмн, гл. редактор
Проф. д-р Цв. Танкова, дмн, Доц. д-р И. Цинликов, дм
Доц. д-р К. Тодорова, дм

Оригинални статии, литературни обзори и реферати
на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА

Списанието се обработва в БД

БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Ендокр. забол.

Endokr. zabol.

Год. XLVII

2018

Брой 2

**ЗАМЕСТИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ С ТЕСТОСТЕРОН ПРИ МЪЖЕ
С ХИПОГОНАДИЗЪМ – ПРЕПОРЪКИ НА ЕНДОКРИННОТО
ДРУЖЕСТВО ОТ 2018 Г. (РЕЗЮМЕ)**

Bhasin, Sh. et al. Testosterone therapy in men with hypogonadism:
An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*,
2018, 103(5):1-30.

Ендокринното дружество препоръчва диагнозата хипогонадизъм да се поставя само при мъже със симптоми и признаци на тестостеронов дефицит и трайно и категорично понижено серумно ниво на тестостерона. Измерването на общия тестостерон трябва да става сутрин на гладно. Изследването трябва да се повтори, за да се потвърди резултатът. При долнограничен резултат или при съмнение за фактори, променящи нивото на свързващия половите хормони глобулин (SHBG), се препоръчва измерването на свободния тестостерон или изчисляването му по формула. При доказан андрогенен дефицит се препоръчва да се изясни подлежащата причина за него. Разграничаването между първичен (тестикуларен) и вторичен (хипоталамо-хипофизен) хипогонадизъм става чрез измерване на нивата на ЛХ и ФСХ. След уточняване на нивото на нарушението, следва се изясни и неговата етиология. Лечение с тестостеронови препарати се препоръчва при мъже със симптоматичен хипогонадизъм за предизвикване на поява на вторични полови белези и за поддържането им. Пациентът трябва да бъде информиран за възможните ползи и рискове, свързани с терапията. Не се препоръчва започването на тестостеронова терапия при мъже, които желаят да имат деца в близко време, както и при мъже с едно от следните: рак на гърдата или рак на простатата; палпируем простатен възел или уплътнение; ниво на простата-специфичния антиген (PSA) > 4 ng/mL или > 3 ng/mL, ако пациентът има по-висок риск от простатен карцином (африкански американци и мъже с роднина от първа линия с доказан простатен карцином) и не е прегледан от уролог; повишен хематокрит; нелекувана тежка обструктивна сънна апнея; тежки симптоми от долните пичополови пътища; неконтролирана сърдечна недостатъчност;

преживян миокарден инфаркт или инсулт през последните 6 месеца; тромбофилия. При мъже със симптоматичен хипогонадизъм на възраст между 55 и 69 год. с очаквана над 10-годишна продължителност на живота и без повишен риск от простатен карцином субституцията с тестостерон може да не е съпроводена с непрекъснато мониториране на състоянието на простатата. Ако обаче рискът от простатен карцином е висок (при роднини от първа линия с такъв), се налага да се проследи простатната жлеза и това важи за мъже от по-широк възрастов диапазон – между 40 и 69 год. Предлага се при започване на заместително лечение с тестостерон да се цели ниво на тестостерона около средата на нормата. Може да се използва всеки един от наличните на пазара препарати. Това зависи от предпочитанията на пациента, страничните реакции, описани в листовката, и фармакокинетиката на медикамента. Мониторирането на терапията става по стандартизиран план, който включва: проследяване на симптоматиката, наличие на странични реакции от лечението, придържане към терапията; измерване на серумния тестостерон и нивото на хематокрита; оценка на риска от простатен карцином през първата година от лечението.

Не се препоръчва провеждането на рутинен скрининг за хипогонадизъм сред мъжете в общата популация. Не се препоръчва и масовото лечение с тестостерон при всяка ниска стойност на тестостерона, намирана при мъж над 65 години. При оплаквания от страна на такъв пациент, насочващи към хипогонадизъм или състояния, които могат да се обяснят с такъв (намалено либидо, необяснима анемия), в съчетание с многократно установена ниска сутрешна концентрация на тестостерона, може да се обсъди заместителна терапия. При всички случаи е добре пациентът да се следи и от уролог, но това е задължително, ако през първите 12 месеца от тестостероновата субституция се намери едно от следните: повишение на простатспецифичния антиген (PSA) с $> 1,4$ ng/ml от изходната стойност; ако PSA е > 4 ng/ml; при ректалното туширане се напипва съмнително уплътнение. След като е изминала една година от лечението, мониторирането за простатен карцином се извършва

по общия ред, валиден за общата популация, съгласно расата и възрастта на пациента. Ендокринното дружество има и една специална препоръка относно пациентите със захарен диабет тип 2, при които се установи нисък тестостерон – да не се прилага лечение с тестостерон с цел подобряване на гликемичния контрол.

М. Боянова

ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХИРЗУТИЗМА ПРИ ПРЕМЕНОПАУЗАЛНИ ЖЕНИ: ПРЕПОРЪКИ НА ЕНДОКРИННОТО ДРУЖЕСТВО ОТ 2018 Г.

Martin, K. et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2018, 103(4):1-25.

Препоръките на Ендокринното дружество относно хирзутизма представят темата така, че да провокират у лекаря поконсервативен начин на мислене и да загатнат, че нормата и патологията могат да стоят в двата края на един широк спектър от съчетания между външни белези (вид, разположение и степен на окосменост) и лабораторни отклонения (общ тестостерон) или анатомични находки (яйчникова поликистоза). Понякога привидно патологичното окосмяване се оказва вариант на нормата. Друг път леки прояви на повишено окосмяване се оказват патологични, ако се съчетаят с друго отклонение. Повечето препоръки са по-скоро предложения, тъй като не са налични достатъчно проучвания, съответно доказателства по темата, за да се дадат категорични насоки за поведение.

Модифицираната оценъчна система на Ferriman-Gallwey е златен стандарт за оценка на хирзутизма. Тази система оценява степента на окосменост (от 1 до 4) на 9 андроген-зависими зони по тялото на жената – над устните, по брадичката, около ареолите на гърдите и по протежение на гръдната кост, по линия алба, над пубисната кост, по мишниците, по вътрешната страна на бедрата, по гърба и кръста. Несъвършенство на тази система е, че не включва всички андроген-чувствителни зони, които имат