

# ОТЧЕТ

по результатам клинических  
исследований

## ПЕПТИД ГОНАДОРЕЛИНА АЦЕТАТ («ВИВАМЕН»)

у пациентов с дефицитом  
тестостерона с целью повышения  
восстановления синтеза половых  
гормонов

Аттестат аккредитации: № RA.RU.7100

Номер свидетельства: RU.77.99.11.003.R.002561.08.20

Произведено в Российской Федерации по заказу фирмы «ВИВАТОН»

МОСКВА 2019

Клинические исследования выполнены на базе клиники Первого МГМУ  
им.И.М Сеченова. Клиника «Long Life»

### СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель программы клинических испытаний –

Главный врач Клиники «Long Life»,  
к. м. н., профессор РАЕН

С.А Виноградов

Исполнители клинических исследований-  
Заведующий терапевтическим  
отделением Клиники «Long Life»

А.Н Костыкин

врач-уролог, к. м. н., высшей категории

А.В Громов

Центр обработки информации:

Руководитель центра-

Академик международной академии информатизации

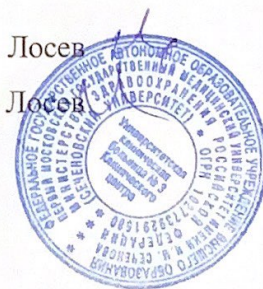
Член-корреспондент РАМТН

канд. техн. наук, доц.

Врач, системный аналитик

И. Р. Лосев

Р. И. Лосев





## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАД	– биологически активная добавка
ОА	- остеоартроз
НПВП	- нестероидные противовоспалительные препараты



В работе изложены результаты клинического исследования биологически активной добавки (БАД) «ВиваМен» - произведено в России по заказу фирмы «Виватон»

Работа выполнялась в Клинике Long Life натуральной медицины «Доктор» (г. Ижевск), сотрудниками Ижевской государственной медицинской академии, в ряде ведущих клиник УР и на кафедре госпитальной терапии ИГМА под руководством доктора медицинских наук, профессора кафедры терапии Л. А. Лещинского.

Отчет по материалам исследования изложен на \_ страницах машинописного текста, содержит 2 таблицы.

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии и эндокринологии. Предложен новый способ лечения гипогонадотропного гипогонадизма гонадорелином. Способ позволяет диагностировать и лечить гипогонадотропный гипогонадизм оригинальным введением гонадорелина.

Гипогонадизм у мужчин — это клинический и биохимический синдром, связанный с низким уровнем тестостерона. Низкий уровень тестостерона может вызывать нарушение полового развития мужского организма, что приводит к снижению фертильности, сексуальной дисфункции, снижению интенсивности формирования мышечной массы и костной минерализации, нарушению метаболизма жиров и когнитивной дисфункции. Большинство форм гипогонадизма, диагностируемых у взрослых, являются приобретенными и наиболее часто развиваются вследствие ожирения, тяжелых системных заболеваний, приема стероидов и наркотиков. Причиной вторичного гипогонадизма могут быть эпидемиологические факторы (курение, прием алкоголя), возрастные изменения в гипоталамусе и гипофизе. [1—2]

С возрастом у мужчин отмечается снижение уровня тестостерона (зафиксировано ежегодное снижение уровня циркулирующего тестостерона на 0,4—2,0% начиная с 30-летнего возраста) [3, 4]. У мужчин среднего возраста без сопутствующей патологии распространенность гипогонадизма составляет 6% [5]. Распространенность гипогонадизма при ожирении и некомпенсированном сахарном диабете может превышать 50% [6]. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости расширения возможностей лечения мужчин с гипогонадизмом. Известный способ лечения пациентов с клинической картиной и лабораторно подтвержденным гипогонадотропным гипогонадизмом заключается в проведении гормонзаместительной терапии препаратами тестостерона и гонадотропинами (ЛГ и ФСГ). [7,8]

Недостатком гормонзаместительной терапии является подавление сперматогенеза путем отрицательной обратной связи в системе гипоталамус-гипофиз-гонады. Информации о терапевтических и неблагоприятных эффектах долгосрочной терапии гонадотропинами или антиэстрогенами в настоящее время недостаточно, и этот вид лечения не может быть рекомендован для пожизненного использования. [9,10,11] Врачи часто необходимо предлагают терапию тестостероном, особенно мужчинам пожилого возраста, в связи





с потенциальным риском данного вида лечения. Чаще всего сомнения связаны с возможными последствиями для тканей предстательной и грудной железы, сердечно-сосудистой системы, а также с ночным апноэ. [12,13] Таким образом, долгосрочное лечение мужского гипогонадизма препаратами гонадотропинов или антиэстрогенов не рекомендуется, за исключением пациентов, для которых важен вопрос нормализации фертильности. В условиях стационара для восстановления секреции гонадотропинов, гонадорелин вводят в/в с помощью специального инфузионного насоса в импульсном режиме, имитирующем физиологическую секрецию, 2,5 мкг каждые 60—90 мин. Вводимая за один импульс доза может быть постепенно увеличена до 20 мкг. Однако из-за технической сложности этот метод лечения применяют только в специализированных клиниках. [14] Вдобавок этот метод относительно дорог и требует постоянного ношения инфузионного насоса. Непрерывный курс приводит к обратному эффекту. Это происходит за счет быстрого развития толерантности (снижается чувствительность рецепторов гипофиза). По этому данная схема используется даже в принудительном лечении педофилов, с целью подавления половой функции и либидо. Фактически, это способ химической кастрации, приводит (в среднем через 12-14 дней) к полной блокаде гонадотропной функции гипофиза, ингибируя, таким образом, выделение ЛГ и ФСГ. В результате наблюдается подавление синтеза половых гормонов.

Мои исследованиями доказано что использование гонадорелина в низких концентрациях, можно использовать, как способ восстановить синтез половых гормонов у больных гипоталамическим гипогонадизмом. Основное предназначение препарата на основе гонадорелина — это простимулировать гипофиз в естественной форме увеличить выброс ЛГ и ФСГ, а следовательно и тестостерона. Восстановив физиологический ритм секреции гонадотропинов, можно отказаться от прохождения курса гормонзаместительной терапии. При проведении патентного поиска применение гонадорелина в виде спрея в дозировке от 1 до 20 мкг однократно, в пульсирующем режиме для лечения гипогонадотропного гипогонадизма у мужчин не было найдено. Задачей изобретения является расширить возможности лечения гипогонадотропного гипогонадизма у мужчин за счет применения гонадорелина в виде спрея, обеспечивающего поступление активного вещества в рамках физиологической секреции. Указанная задача достигается оригинальным способом введением гонадорелина в виде назального спрея для лечения гипогонадотропного гипогонадизма у мужчин/Препарат. Интраназальный спрей Гонадорелин, дозированный 1-20 мкг/1 доза. Действующее вещество: 1 доза- гонадорелин 5 мкг. Вспомогательные вещества: бензалкония хлорид - 0.1 мг, вода д/и - до 1 мл.

Эффективность применения гонадорелина для лечения гипогонадотропного гипогонадизма у мужчин показана на следующих примерах:  
Пациент К. (39 лет) Находился на плановом обследовании и лечении в отделении урологии клиники Лонг Лайф (РусЗдравпроект) с 05.09.18 по 19.09.18 г., амбулаторное лечение до 8 недель. Обратился к урологу с жалобами на нарушение половой функции (снижение полового влечения, нарушение эрекции), общую слабость, повышенную утомляемость, одышку при физических нагрузках, эпизоды повышения артериального давления (максимально до 165/100 мм рт. ст.), избыточный вес, неэффективность физических нагрузок и диет. Сообщил, что соблюдает принципы рационального питания, регулярно посещает тренажерный зал. Вышеописанные жалобы беспокоят в течение последнего года. Самостоятельно не лечился, не обследовался. В течении последних 5 лет применял анаболические стероиды

Объективно при осмотре:  
рост — 183 см; вес — 117 кг; ИМТ — 37,9 кг/м<sup>2</sup>; окружность талии (ОТ) — 128 см;  
окружность бедер (ОБ) — 135 см; ОТ/ОБ — 0,91; АД — 145/90 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд/мин.





Оволосение в подмышечных впадинах, на груди, передней брюшной стенке, в паховой области без особенностей. Двусторонняя ложная гинекомастия. Наружные половые органы сформированы правильно, без особенностей.

При использовании опросника ADAM положительные ответы на 8 из 10 вопросов, что свидетельствует о выраженности симптомов андрогенного дефицита у данного пациента.

Лабораторные показатели:

общий холестерин — 6,4 ммоль/л (норма 3,1–5,2); ЛПНП — 3,8 ммоль/л (норма 0–3,3); триглицериды — 2,6 ммоль/л (норма — менее 2,3); общий тестостерон — 7,2 нмоль/л (норма 12,0–41,0);

СССГ — 28,9 пмоль/л (норма 12,9–61,7); ЛГ — 1,7 МЕ/л (норма 2,5–11,0);

ФСГ — 1,5 МЕ/л (норма 1,5–12,4); ТТГ — 1,8 мЕд/л (норма 0,25–4,0);

пролактин — 243 мЕд/л (норма 50–610); эстрадиол — 164 пмоль/л (норма 20–240);

общий ПСА — 0,6 нг/мл (норма 0–4).

По данным УЗИ предстательной железы, эхографических признаков патологии не выявлено.

Пациенту выставлен диагноз «гипогонадотропный гипогонадизм». Метаболический синдром: Абдоминальное ожирение (2-й степени). Артериальная гипертензия. Дислипидемия.

Цель лечения:

Восстановление секреции гонадотропинов. Нормализация уровня тестостерона. Назначена терапия: гонадорелин в дозировке от 5 мкг на один впрыск интраназально через каждый час в течение трех дней с последующим на контролем ЛГ, ФСГ, тестостерона в крови. У пациента зафиксировано повышение уровня ЛГ и ФСГ более чем на 50% от исходного. После этого пациенту назначен курс терапии гонадорелином от 2,5 мкг на один впрыск интраназально через каждый час на 2 месяца. Ежемесячно осуществлялся контроль уровня ЛГ, ФСГ и тестостерона. Рекомендовано соблюдение принципов рационального питания с ограничением потребления жиров и легкоусваиваемых углеводов, поваренной соли, а также дополнительные аэробные нагрузки (активная ходьба в течение 1 часа в день). При оценке результатов терапии спустя 2 месяца пациент отмечал значительную положительную динамику общего самочувствия — улучшение эректильной функции (усиление полового влечения, увеличение частоты спонтанных эрекций), исчезновение жалоб на быструю утомляемость, подавленное настроение; стабилизацию уровня АД до 130/80 мм рт. ст. Объективно при осмотре снижение всех антропометрических показателей: вес — 99 кг, ИМТ — 29,5 кг/м<sup>2</sup>, ОТ — 88 см, ОБ — 109 см, ОТ/ОБ — 0,81. На фоне лечения также произошла нормализация всех гормональных и биохимических показателей.

Лабораторные показатели:

общий холестерин — 3,4 ммоль/л (норма 3,1–5,2); ЛПНП — 3,1 ммоль/л (норма 0–3,3); триглицериды — 2,1 ммоль/л (норма — менее 2,3); общий тестостерон — 22,2 нмоль/л (норма 12,0–41,0);

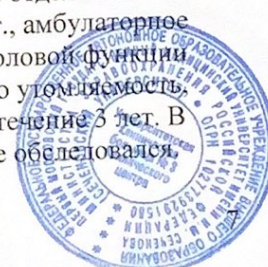
СССГ — 28,9 пмоль/л (норма 12,9–61,7); ЛГ — 3,8 МЕ/л (норма 2,5–11,0);

ФСГ — 3,7 МЕ/л (норма 1,5–12,4); ТТГ — 1,6 мЕд/л (норма 0,25–4,0);

пролактин — 271 мЕд/л (норма 50–610); эстрадиол — 252 пмоль/л (норма 20–240);

В дальнейшем пациент оставлен под наблюдение урологом с контролем лабораторных показателей один раз в шесть месяцев.

Больной А., 29 года. Находился на плановом обследовании и лечении в отделении урологии клиники Лонг Лайф (Русздравпроект) с 12.09.18 по 21.09.18 г., амбулаторное лечение до 8 недель. Обратился к урологу с жалобами на нарушение половой функции (снижение либидо, нарушение эрекции), общую слабость, повышенную утомляемость, одышку при физических нагрузках, на наличие бесплодия в браке, в течение 3 лет. В анамнезе прием наркотических средств. Самостоятельно не лечился, не обследовался.





Объективно при осмотре:

рост — 178 см; вес — 83 кг; ИМТ — 24,3 кг/м<sup>2</sup>; окружность талии (ОТ) — 78 см;  
окружность бедер (ОБ) — 109 см; АД — 128/90 мм рт. ст., ЧСС — 82 удара в мин.  
Оволосение в подмышечных впадинах, на груди, передней брюшной стенке, в паховой области снижено. Наружные половые органы сформированы правильно, без особенностей, яички в мошонке уменьшены в размерах.

При использовании опросника ADAM положительные ответы на 7 из 10 вопросов, что свидетельствует о выраженности симптомов андрогенного дефицита у данного пациента.

Лабораторные показатели:

общий холестерин — 6,1 ммоль/л (норма 3,1–5,2); ЛПНП — 3,4 ммоль/л (норма 0–3,3);  
триглицериды — 2,4 ммоль/л (норма — менее 2,3); общий тестостерон — 3,5 нмоль/л  
(норма 12,0–41,0); СССГ — 17,9 пмоль/л (норма 12,9–61,7); ЛГ — 0,9 МЕ/л (норма 2,5–11,0); ФСГ — 1,1 МЕ/л (норма 1,5–12,4); ТТГ — 1,9 мЕд/л (норма 0,25–4,0);  
пролактин — 151 мЕд/л (норма 50–610); эстрадиол — 51 пмоль/л (норма 20–240);  
общий ПСА — 1,4 нг/мл (норма 0–4).

По данным УЗИ предстательной железы, эхографических признаков патологии не выявлено. Яички уменьшены в размерах (гипоплазия).

В спермограмме: олигоастенотератозооспермия.

Пациенту выставлен диагноз «гипогонадотропный гипогонадизм».

Олигоастенотератозооспермия.

Цель лечения:

Восстановление секреции гонадотропинов, улучшение сперматогенеза. Нормализация уровня тестостерона. Назначена терапия: гонадорелин в дозировке от 5 мкг на один впрыск интраназально через каждый час на 2 месяца. Ежемесячно осуществлялся контроль уровня ЛГ, ФСГ и тестостерона. На фоне указанной терапии у больного отмечается значительное улучшение общего самочувствия, увеличение концентрации тестостерона, увеличение концентрации лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормона и как следствие выше указанных изменений нормализация показателей сперматогенеза, в частности увеличение концентрации активноподвижных сперматозоидов, участвующих в оплодотворении. При оценке результатов терапии спустя 2 месяца пациент отмечал значительную положительную динамику общего самочувствия — улучшение эректильной функции, исчезновение жалоб на быструю утомляемость, подавленное настроение; На фоне лечения также произошла нормализация всех гормональных и биохимических показателей.

Разработанная мною методика, которая заключается в интраназальном введении в организм препарата гонадолиберина в пульсирующем, близком к физиологическому режиму, показала стабильные результаты восстановления выработки гипофизом ЛГ и ФСГ, у 23 пациентов. При бесплодии у мужчин, ассоциированном со снижением синтеза гонадотропинов в результате употребления стероидов и наркотических средств, с помощью гонадорелина можно добиться роста яичек, нормальной секреции половых гормонов и сперматогенеза. Отсутствие ароматизации также является большим преимуществом употребления препарата. Именно это побочное действие является самым распространенным при прохождении курса гормонзаместительной терапии тестостероном.

Предлагаемый способ комплексного лечения гипогонадотропного бесплодия у мужчин (введение гонадорелина в низкой дозировке, интраназально в пульсирующем режиме) восстанавливает синтез ЛГ и ФСГ, стимулирует рост семявыносящих каналов, увеличивает уровень тестостерона в крови, тем самым обеспечивая процесс созревания сперматозоидов, сокращает сроки проводимого лечения, не является обязательным для





нахождения в стационаре, удобен в бытовом применении и не оказывает вредных побочных действий на организм, не имеет существенных противопоказаний к применению. Формула изобретения Способ лечения гипогонадотропного гипогонадизма у мужчин, отличающийся тем, что гонадотропин вводится интраназально в дозировке от 1-20 мкг в импульсном режиме, имитирующем физиологическую секрецию.

1. "Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы". Под общ. ред. Нишлага Э., Бере Г.М. М. 2005;554.
2. Роживанов Р.В. "Синдром гипогонадизма у мужчин". // *Ожирение и метаболизм*. 2014;11:2:24-31. . doi: 10.14341/omet2014230-34.
3. Дедов И.И., Калинин С.Ю. "Возрастной андрогенный дефицит у мужчин". М.: Практическая медицина. 2006. .
4. Роживанов Р.В. "Эффективная терапия и ошибки в лечении эндокринных нарушений в андрологии". В кн.: Эндокринология. Фармакотерапия без ошибок. Под ред. акад. РАН и РАМН Дедова И.И., акад. РАМН Мельниченко Г.А. М. 2013;615-625. .
5. Роживанов Р.В. "Эндокринные нарушения половой функции у мужчин". В кн.: Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Под ред. ака. РАН и РАМН Дедова И.И., акад. РАМН Мельниченко Г.А. Второе издание, исправленное и дополненное. М. 2013;754-775. .
6. Trinick TR, Feneley MR, Welford H, Carruthers M. International web survey shows high prevalence of symptomatic testosterone deficiency in men. *The aging male*. 2015;14(1):10-15. doi: 10.3109/13685538.2010.511325.
7. Kaufman JM, Vermeulen A. The decline of androgen levels in elderly men and its clinical and therapeutic implications. *Endocr rev*. 2005;26(6):833-876. doi: 10.1210/er.2004-0013.
8. Wu FCW, Tajar A, Pye SR, et al. Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European Male Aging Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(7):2737-2745. doi: 10.1210/jc.2007-1972.
9. Hall SA, Esche GR, Araujo AB, et al. Correlates of low testosterone and symptomatic androgen deficiency in a population-based sample. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(10):3870-3877. doi: 10.1210/jc.2008-0021.
10. Савельева Л.В., Роживанов Р.В., Шурдумова Б.О., Фадеев В.В. "Нормогонадотропный гипогонадизм у мужчин с ожирением". // *Ожирение и метаболизм*. 2009;6:3:39-42. . doi: 10.14341/2071-8713-5243.
11. Behre HM, Nieschlag E, Partsch C-J, et al. *Diseases of the hypothalamus and the pituitary gland*. 2010;169-192. doi: 10.1007/978-3-540-78355-8\_12.
12. Pitteloud N, Durrani S, Raivio T, Sykietis GP. Complex genetics in idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *Front Horm Res*. 2010;39:142-153. doi: 10.1159/000312700.
13. Tuttleman F, Gromoll J. Novel genetic aspects of Klinefelter's syndrome. *Mol Hum Reprod*. 2010;16(6):386-395. doi: 10.1093/molehr/gaq019.
14. Pühse G, Secker A, Kemper S, et al. Testosterone deficiency in testicular germ-cell cancer patients is not influenced by oncological treatment. *Int J Androl*. 2011;34(5pt2):e351-e357. doi: 10.1111/j.1365-2605.2010.01123.x.







## ЕВРАЗИЙСКИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СОЮЗ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека  
заместитель Главного государственного санитарного врача Российской Федерации  
Российская Федерация

(уполномоченный орган государства - члена Евразийского экономического союза)

# ЕАС

### СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации продукции

№ RU.77.99.11.003.R.002561.08.20 ОТ 19.08.2020 г.

#### ПРОДУКЦИЯ

биологически активная добавка к пище "ВиваМен" ("VivaMen") (жидкость во флаконах от 10 до 150 мл с механическим дозатором или капельницей). Область применения: для реализации населению в качестве биологически активной добавки к пище - дополнительного источника витаминов В12, РР (ниацина). (далее согласно приложению). Изготовлена в соответствии с документами: ТУ 10.89.19-001-0125851464-2020.

#### ИЗГОТОВИТЕЛЬ

ООО "АВЕН", 121351, г. Москва, ул. Боженко, д. 8, кор. 4 (адрес места осуществления деятельности по изготовлению продукции: 143362, Московская область, Наро-Фоминский район, г. Апрелевка, ул. Апрелевская, д. 16), Российская Федерация.

#### ЗАЯВИТЕЛЬ

Индивидуальный предприниматель Левин Игорь Георгиевич, 108811, г. Москва г. Московский г., ул. Лаптева, д. 6, корп. 1 кв. 70, Российская Федерация. ОГРНИП: 318774600079564

#### СООТВЕТСТВУЕТ

Техническим регламентам Таможенного союза ТР ТС 021/2011, ТР ТС 022/2011

#### СВИДЕТЕЛЬСТВО ВЫДАНО НА ОСНОВАНИИ

экспертного заключения ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора №10 ФЦ/ 2498 от 13.08.2020 г. (аттестат аккредитации № RA.RU.710003)

#### СРОК ДЕЙСТВИЯ

не ограничен

Заместитель руководителя

(должность руководителя (уполномоченного лица) уполномоченного органа государственной власти члена Евразийского экономического союза)



И.В. Брагина

(Ф. И. О.)

№ 0419024



# ЕВРАЗИЙСКИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СОЮЗ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека  
заместитель Главного государственного санитарного врача Российской Федерации  
Российская Федерация

(исполнительный орган государственной власти Евразийского экономического союза)

## ПРИЛОЖЕНИЕ

к свидетельству о государственной регистрации продукции

№ RU.77.99.11.003.R.002561.08.20 ОТ 19.08.2020 г.

Область применения (продолжение, начало на бланке свидетельства):

Места реализации определяются национальным законодательством государств-членов Евразийского экономического союза. Рекомендации по применению: мужчинам по 1,5мл (10 нажатий при использовании флакона с механическим дозатором или 10 капель при использовании флакона с капельницей) в день во время еды. Перед употреблением взболтать. Продолжительность приема: 2-3 недели. При необходимости прием можно повторить через месяц. Возможны повторные приемы в течение года. Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов, тяжелые заболевания печени и почек, сердечно-сосудистые заболевания, при лечении адреномimetиками, повышенное артериальное давление, нарушение ритма сердечной деятельности, выраженный атеросклероз, бессонница, прием в вечернее время, повышенная нервная возбудимость. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом. Срок годности - 2 года. Хранить в защищенном от прямого попадания солнечных лучей, сухом, недоступном для детей месте, при температуре не выше +25°C. После вскрытия флакон хранить в холодильнике, не более 1 месяца.

Заместитель руководителя

(должность руководителя (уполномоченного лица) уполномоченного органа государственного органа Евразийского экономического союза)



И.В. Брагина

(Ф.И.О.)

Страница 1 из 1

№0015417



## Для чего и для кого

**Тестостерон** основной мужской половой гормон, который отвечает за силу, память, либидо и потенцию.

В любом возрасте у мужчины можно поинтересоваться насколько он доволен качеством своей жизни. Как правило, мужчины не любят жаловаться и говорят, что они всем довольны. В связи с этим следует поинтересоваться, какие они видят изменения в себе, своей физической форме по сравнению с самим собой в 25-27 лет. С возрастом мужчины начинают толстеть, становятся менее активными, их начинает устраивать половая жизнь - « 1 раз в неделю».

Связаны эти изменения со снижением тестостерона в организме мужчины. Снижение тестостерона с возрастом по 1 % в 1 год. Прибавь к этому алкоголь, анаболические стероиды, которые многие принимают, занимаясь спортом, мы получаем дефицит тестостерона к 35-45 годам. Поскольку снижение тестостерона происходит плавно, мужчины не всегда могут дать объективную оценку своему здоровью. Они лишь начинают отмечать, что физические упражнения даются с большим трудом, в плане отпуска их начинает привлекать более спокойный и размеренный отдых.

Половая жизнь мужчин с дефицитом мужских половых гормонов становится все более однообразной, приходится прибегать к стимуляторам эрекции, таким как Виагра.

Начинают копиться болячки и хронические заболевания. Продвижение по карьерной лестнице становится менее «замороженным». Жизнь приобретает более тусклый вид, без положительных эмоций. Прибавляется депрессия.

Порой таких мужчин можно отличить от остальных по внешнему виду, с повышенной массой тела, в большинстве своем склонные к лени.

Всему этому есть медицинское объяснение под названием **дефицит тестостерона** или приобретенный гипогонадизм, говоря медицинским языком. В настоящее время всемирной ассоциацией здравоохранения созданы протоколы помощи этим мужчинам.

Препараты, которые могут восстановить качество жизни мужчин, делятся на две группы. Это сам тестостерон. При этом надо понимать, что начав использовать сам гормон, организм перестает вырабатывать свой.

И препараты второй группы, которые способны простимулировать свой организм, вырабатывать свои же половые гормоны. Это направление наибольшим образом подходит для человека, поскольку реализует потенциал собственного организма. Наибольших успехов среди препаратов показал **пептид гонадорелин**. При употреблении, которого, происходит восстановление собственного тестостерона, даже после самых критических случаев. Наш спрей комфортен в бытовом применении, поскольку его удобно хранить и использовать (через нос). Одного флакона хватает на минимальный курс использования, через каждые 1,5- 2 часа в один носовой ход, в течение 10 дней. Соблюдая эту методику, организм получает необходимые сигналы к выработке собственных половых гормонов. Абсолютная безопасность приема препарата, подтвержденная многочисленными международными медицинскими исследованиями, делает пептид гонадорелин лидером в гормонвосстановительном лечении у мужчин. Эта методика позволяет провести ПКТ в режиме максимально близком к физиологическому процессу. Отсутствие побочных действий также благоприятно сказывается на восстановлении организма.



Основные вещи, на которые следует обратить внимание при разговоре с покупателем

Качество жизни. Сравнить при необходимости себя с молодым возрастом. При этом отметить, что только сам мужчина вправе принимать решение, какое качество жизни он заслуживает.

Спросить про анализы на половые гормоны и их изменения с возрастом

Что сам мужчина думает о том, хочет ли он вернуть время, когда небо было голубее, трава зеленее, а девушки красивее. Объяснить, что большинство проблем со здоровьем у мужчин связано со снижением половых гормонов. Старость и снижение уровня половых гормонов это по сути одно и то же.

Рассказать каким образом, можно вернуть молодость или, по крайней мере, защитить себя от преждевременной старости.

Спросить, готов ли мужчина всю оставшуюся жизнь колоть себе чужой тестостерон или использовать официальную методику по его восстановлению.