

10. Не сотвори себе кумира и не служи ему, твоим кумиром должна быть твоя совесть и никогда не торгуйся с ней.
 11. Имей мужество выставлять за дверь.
 12. Найди в себе гражданское мужество и скажи хотя бы себе: «Я невежда».
- Эти правила должны быть у каждого доктора на рабочем месте.

В заключение необходимо сказать о том, что вопросы из правового регулирования в здравоохранении регулярно обсуждаются в юридической и медицинской литературе. Однако сколько бы ни было написано научных статей на эту тему, окончательное решение по любому вопросу медицинского права выносится судебной системой Украины, хотя таких наработок весьма мало. Районный суд общей юрисдикции вправе перечеркнуть любые научные воззрения самых авторитетных ученых в этой сфере, применяя нормы действующего законодательства, крайне не разработанного, для разрешения конкретного дела.

Необходимо собрать нестандартных, неординарных практикующих врачей, научных работников, работников юридической сферы для разработки конкретных действий в сфере медицины. В этой проблеме есть и обратная сторона медали. Если в случае в медицине есть неудачи, всю ответственность возлагать на медработников, тогда некому будет лечить, а и без этого, уже через 1,5–2 года вообще некому будет лечить. Мало ли кто рискнет взять в руки скальпель, если будет знать, что за его спиной стоит прокурор или судья, готовый удовлетворить иск против медработника на крупную сумму.

В любом случае, сколько бы мы не рассуждали обо всем этом, решение и основополагающее значение во всей медицинской деятельности имеет сам врач со своими внутренним отношением к выбранной профессии, профессионализмом и осознанием всей лежащей на нем ответственности, как морально-этической, так и юридической.

Список литературы

1. Добров Г.К. Подлежат ли гласности врачебные ошибки // Здоровье мужчины. – 2005. – № 4. – С. 27.
2. Ахметшин Л.Л. Уголовный кодекс в медицине. – Донецк, 2007.
3. Добров Г.К. Врачебная ошибка – это ошибка или врачебное невежество // НМиФ. – 2007. – № 21. – С. 19–21.
4. Уголовный кодекс Украины. – Харьков: Фактор, 2007.

Адреса для листування

Куцарев Иван Петрович
49033, г. Днепропетровск
ул. 152-й дивизии, 2А кв. 27
моб. тел. 097 8797 135

ВІКОВИЙ ГІПОГОНАДИЗМ У ЧОЛОВІКІВ – КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Є.В. Лучицький, В.Є. Лучицький

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Віковий або пізній гіпогонадизм (late onset hypogonadism) – це біохімічний синдром, зв’язаний за віком, який характеризується дефіцитом продукції андрогенів з (або без) зменшення чутливості рецепторів до андрогенів, що супроводжується суттєвими змінами якості життя і несприятливим впливом на функцію багатьох органів та систем організму.

Чоловічий гіпогонадизм визначається як 2,5 стандартних відхилення рівнів загального тестостерону в крові у молодих дорослих чоловіків, тобто нижче за 11,0 нмоль/л (319,0 нг/дл). Клінічні критерії є більш двозначними, і більшість клініцистів вважають, що рівні Т нижче 300,0 нг/дл є асоційовані як з симптомами, так і клінічними наслідками гіпогонадизму – порушення статевої функції, пониження життє-

вої енергії, пригнічений настрій, знижене почуття благополуччя, підвищена дратівливість, труднощі при спробі зосередитися, приливи жару, слабість, втомлюваність, зниження худої маси тіла і підвищення вісцеральної, анемія, пониження щільноти кісток. Спостерігаються широкі коливання рівнів Т у здорових осіб, відмінності у трактуванні нижніх границь нормальних коливань, використання у лабораторіях рівнів Т у молодих чоловіків, як нормальних для всієї популяції чоловіків незалежно від віку.

Частота андрогендефіцитних станів у чоловіків за різними даними складає від 7 до 30%. У США чоловічий гіпогонадизм спостерігається у 4–5 млн. чоловіків, причому віковий гіпогонадизм (ВГ) є превалуючою формою. Детальні дослідження частоти дефіциту тестостерону (Т) (менше 12,0 нмоль/л) у чоловіків 20–89 років подекадно засвідчили віковозалежне зростання відсотка чоловіків з андрогенодефіцитом у всіх вікових групах. Асоційоване з віком падіння концентрації загального Т в крові є нерівномірне – перше вірогідне зниження концентрації гормону спостерігається у чоловіків 55–59-річного віку, друге – після 70 років.

Встановлено, що дефіцит Т є споріднений з такими захворюваннями, як цукровий діабет 2-го типу, вісцерально-абдомінальне ожиріння, метаболічний синдром (МС), серцево-судинні захворювання. Низький рівень Т може бути предиктором розвитку МС і ЦД 2-го типу, раннім маркером порушень метаболізму інсуліну та глюкози. Однак вважають, що наявність супутніх захворювань у чоловіків старших вікових груп є більш важливим чинником падіння рівня андрогенів у літніх чоловіків, ніж зниження, асоційоване з віком. Встановлено зростання ризику смертності у чоловіків з рівнем Т в крові менше 8,0 нмоль/л на 68% при порівнянні з групою чоловіків з нормальним рівнем гормону. Ризик розвитку у чоловіків смертності, інфаркту міокарда та інсульту підвищується градуально з пониженням рівнів Т в крові. Недостатність Т асоційована зі зростанням частоти складових МС, особливо з накопиченням вісцеральної жирової тканини та інсулінорезистентністю. Порушення обміну і чинники (гормони), секretовані вісцеральною жировою тканиною, посилює гіпогонадний стан.

ВГ є недодіагностованим станом і необхідні дослідження для розширення знань стосовно цієї патології та чіткої діагностики. Це зумовлено декількома обставинами: 1) пацієнти відчувають стриманість і збентеженість з приводу симп-

томів ВГ через свій характер і вірять, що їхній стан є наслідком старіння організму; 2) симптоми гіпогонадизму є неспецифічні і можуть спостерігатися при інших захворюваннях; 3) відсутність чітких біохімічних критеріїв – якщо рівні Т не є значно нижчі нормальних, то це затруднює інтерпретацію; 4) інтенсивність симптомів не завжди корелює з рівнем андрогенів в крові; 5) має місце загальна відсутність клінічної усвідомленості ВГ.

Основна мета терапії ВГ – усунення прогресуючої з віком андрогенної недостатності, покращення метаболічних порушень, покращення якості життя чоловіків, підтримання активного, творчого життя, фізичного, інтелектуального та сексуального здоров'я. Цілями лікування є також відновлення статової функції (підвищення лібідо, почуття статевого задоволення), попередження або зменшення остеопорозу, вісцерального ожиріння, вегето-судинних і психологічних розладів, відновлення м'язової сили, фізичної активності.

Превалюючий метод лікування ВГ – замісна терапія препаратами тестостерону. При виборі препарату для проведення андрогензамісної терапії у чоловіків із клімактеричним синдромом необхідно, щоб вони відповідали таким вимогам:

- бути ефективними і здатними до відновлення рівня Т до його фізіологічних значень;
- не створювати супрафізіологічних рівнів тестостерону в крові та не подавляти продукцію гормонів яєчками;
- не чинити гепатотоксичний та гепатоканцерогенний вплив на організм;
- мати повний спектр андрогенної активності;
- бути зручними для введення в організм.

В останній час деякі автори рекомендують використовувати препарати хоріонічного гонадотропіну. Однак застосування цих препаратів можливе тільки після проведення функціональної проби для визначення резервних можливостей яєчок. Зважаючи на зміни порогової чутливості, залишається серйозною проблемою доза препарату, тривалість терапії та досягнуті рівні Т в крові, оскільки супрафізіологічні рівні гормону спричиняють несприятливі ефекти на метаболічні показники та серцево-судинну систему.

Перспективним методом лікування може бути комбінована терапія препаратами тестостерону та хоріонічного гонадотропіну.