

5(9,4%) випадків вузлового зоба. Середній об'єм ЩЗ в групі вагітних, які використовували йодну профілактику становив $11,5 \pm 0,8 \text{ см}^3$, у групі, що не використовували йодну профілактику – $11,8 \pm 0,3 \text{ см}^3$, тобто більшість жінок в обох групах практично знаходилася в зоні йодного дефіциту.

Опитування жінок щодо використання фармацевтичних препаратів показало, що вагітні використовували загалом 17 різних засобів, які розділено на йодовмісні препарати – йодомарин, йодбаланс, тироксин; вітамінно-мінеральні комплекси, що містять йод – мультитабс, пренатал, витрум, витрум-пренатал; вітамінно-мінеральні комплекси, що не містять йоду – елевіт, прегнавіт, ревіт та ін., в дійсності тільки 24% жінок приймали препарати які дійсно містять йод.

Інформованість населення про недостатність йоду є важливим фактором, що впливає на ефективність профілактичних заходів. Достатня обізнаність населення щодо цієї проблеми багато в чому залежить від джерел надходження інформації. Встановлено, що серед опитаних жінок 87,2% обізнані з проблемами, пов'язаними з йодним дефіцитом та шкодою для їх організму і 12,8% – необізнані. Значна частина вагітних жінок – 70,5% поінформована про прояви ЙД у майбутньої дитини. Однак слід зазначити, що 29,3% опитаних такою інформацією не володіють. Знання про найгірші можливі наслідки йодної недостатності, такі як зниження інтелекту і розумова відсталість, недостатній фізичний розвиток і можливі внутрішньоутробні вади розвитку плода, були неповні. Джерелом надходження інформації про проблему йодного дефіциту у 39,2% опитаних є лікарі, із засобів масової інформації про йодний дефіцит знають 45% вагітних жінок, 6,25% взагалі нічого не чули про йодний дефіцит.

Отже для адекватного йодного забезпечення під час вагітності проблема потребує проведення моніторингу, кращого інформативного забезпечення та суттєвого поліпшення групової профілактики.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

В.Є. Лучицький

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка
НАМН України, м. Київ

Еректильна дисфункція (ЕД) – часте захворювання, яке супроводжує цукровий діабет або є його ускладненням. За різними даними, поширеність ЕД при ЦД 2 типу варіює від 25 до 90%. Проведеними епідеміологічними дослідженнями було встановлено, що у чоловіків з ЦД 2 типу вірогідність розвитку ЕД є в 3 рази вищою, ніж у їх ровесників без діабету. Серед основних етіопатогенетичних факторів розвитку ЕД у чоловіків з ЦД 2 типу провідне місце належить мікро- та макроангіопатіям, полінейропатіям, андрогенодефіциту. Останніми роками ЕД розглядається як предикторний фактор розвитку ЦД 2 типу у чоловіків та маркер прогресування його судинних ускладнень.

Мета дослідження – дослідити стан андрогенного забезпечення у чоловіків, які страждають на ЦД 2 типу та еректильну дисфункцію.

Обстежено 205 чоловіків (середнім віком $48 \pm 4,6$ років), хворих на ЦД 2 типу (у стані компенсації за показником HbA_{1c} , що на момент обстеження не перевищував 6,5%) зі скаргами на порушення еректильної функції. Стан еректильної функції визначався за даними анкетування пацієнтів за

шкалою міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ). Усім обстеженим чоловікам імуноферментним методом визначали рівні загально тестостерону ($T_{\text{заг}}$), естрадіолу (E_2) та лютропину (ЛГ) в сироватці крові.

Контрольну групу склали 24 практично здорових чоловіків без скарг на статево дисфункцію віком від 25 до 58 років.

У обстежених чоловіків середній показник індексу еректильної функції склав $17,23 \pm 2,08$ бали і був достовірно нижчим, ніж у контрольній групі – $26,75 \pm 0,79$ ($p < 0,01$). Показник задоволення статевим актом був знижений порівняно з контролем ($9,34 \pm 0,93$ бали vs $16,18 \pm 0,68$ бали ($p < 0,01$)). Показники оргастичних відчуттів і статевого потягу в обстежених пацієнтів були нижче, ніж в контрольній групі ($6,48 \pm 0,72$ балів vs $9,23 \pm 0,26$ балів ($p < 0,05$) і $9,44 \pm 0,95$ балів vs $13,93 \pm 0,56$ балів ($p < 0,01$) відповідно). Визначення індексу еректильної функції в обстежених пацієнтів показало, що у більшості хворих з ЦД 2 типу (62,4%) спостерігається ЕД помірного ступеня (середній індекс еректильної функції $15,1 \pm 0,68$, $n=128$) і тяжка ЕД – у 22,4% хворих (середній індекс еректильної функції $12,2 \pm 0,44$, $n=46$). Ці дані можна пояснити тим, що тривалість ЦД 2 типу у переважної більшості обстежених чоловіків (73%) складала більше 5 років, що є передумовою приєднання діабетичної нейропатії, мікро- і макроангіопатії, а також впливом андрогенодефіциту. Рівень $T_{\text{заг}}$ у обстежених нами чоловіків з ЦД 2 типу та ЕД в групі 41-50-річних пацієнтів був достовірно знижений порівняно з контрольною групою ($3,1 \pm 0,47$ нг/мл і $5,63 \pm 0,9$ нг/мл відповідно, $p < 0,01$), але перебував на нижній межі вікової норми. У старших вікових групах обстежених чоловіків відзначалося достовірне зниження середнього рівня тестостерону, концентрація якого в крові складала $2,7 \pm 0,71$ нг/мл в 51-60 річних і $2,9 \pm 0,55$ нг/мл у чоловіків старше 60 років. У більшості пацієнтів рівні $T_{\text{заг}}$ в крові були нижче 3 нг/мл, що свідчить про абсолютний гіпогонадізм. Середній рівень E_2 у обстежених пацієнтів склав $0,17 \pm 0,04$ пмоль/л і не відрізнявся від такого в контрольній групі – $0,14 \pm 0,02$ пмоль/л. Проте в групі пацієнтів з надмірною вагою відмічалася тенденція до підвищення рівня естрадіолу в крові: $0,24 \pm 0,07$ пмоль/л ($p > 0,2$). Визначення коефіцієнта T/E_2 , як маркера відносного андрогенодефіциту, показало його достовірне зниження у чоловіків з ЦД 2 типу та ожирінням ($63,00 \pm 8,20$ балів), порівняно з пацієнтами без ожиріння ($112,40 \pm 8,16$ балів) і контрольною групою ($136,40 \pm 11,30$ балів). Отримані дані свідчать про наявність у чоловіків з ЦД 2 типу та ожирінням відносного андрогенодефіциту. Середній рівень ЛГ у обстежених чоловіків склав $4,28 \pm 0,36$ МО/л і не відрізнявся від середнього показника в контрольній групі ($4,2 \pm 0,5$ МО/л).

Зниження рівня андрогенного забезпечення є вагомим патогенетичним фактором розвитку еректильної дисфункції у чоловіків з ЦД 2 типу. Доцільним вважається проведення скринінгу загального тестостерону у чоловіків з ЦД 2 типу з метою виявлення та корекції андрогенодефіциту, а за наявності надмірної ваги – визначення рівня естрадіолу для обчислення коефіцієнта тестостерон/естрадіол як показника відносного андрогенодефіциту.

СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ГІПОТАЛАМО-ГІПОФІЗАРНО-СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПІСЛЯ ТИРЕОІДЕКТОМІЇ

**В.Є. Лучицький¹, Г.А. Зубкова¹, Є.В. Лучицький¹,
В.М. Рибальченко¹, С.В. Гулеватий¹, І.І. Складанна¹,
В.О. Бондаренко²**

¹Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

²Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України, м. Харків

Вагомими чинниками росту поширеності раку щитовидної залози (РЩЗ), окрім техногенного впливу, є посилення уваги до данної проблеми з боку медичної спільноти, доступність та вдосконалення методів ранньої діагностики цієї патології. Зважаючи на той факт, що поширеність РЩЗ серед чоловічого населення України припадає на активний репродуктивний вік (старше 25 років), доцільним є вивчення впливу цього захворювання та методів його лікування на репродуктивну функцію у чоловіків.

Загально визнаним сучасним стандартом лікування РЩЗ є поєднання хірургічного, променевого методів та супресивної гормонотерапії. Ефективність та безпечність використання ¹³¹I при данній патології до теперішнього часу залишається предметом досліджень та дискусій. За ступенем радіочутливості на другому місці після органів кровотворення знаходяться яєчки. Під час радіоїодтерапії яєчки отримують опромінення з боку йодованих білків, що циркулюють в крові, а також радіоактивного йоду, що виводиться із сечею. В ряді попередніх досліджень, у таких хворих відмічались сексуальні розлади, зниження андрогенної функції тестикул, підвищення вмісту в крові пролактину, лютеїнізуючого та фолікулоstimулювального гормонів, естрогенів і зниження рівня тестостерону (Возіанов О.Ф., Горпинченко І.І., 1992, Горбань Є.М., 1996). Пацієнти, що отримали декілька сеансів радіоїодтерапії, мають вищий ризик пошкодження гонад, але дані щодо фертильності в літературі відсутні.

Виявлення ризиків несприятливих ефектів радіоїодтерапії є важливим для проведення ретельного інформування пацієнтів про коротко- та довготривалі наслідки цієї терапії, а також для запобігання, раннього виявлення та своєчасного лікування цих порушень.

Мета дослідження – вивчити стан репродуктивної функції та гіпоталамо-гіпофізарно-статевої системи у чоловіків з вперше діагностованим РЩЗ та після оперативного лікування.

Об'єкт дослідження: чоловіки, хворі на РЩЗ, до та після операції.

Обстежено 14 чоловіків віком від 21 до 40 років, хворих на РЩЗ, 49 чоловіків віком від 23 до 44 років, хворих на первинний гіпотиреоз та 46 практично здорових чоловіків (віком від 20 до 45 років). Всім хворим проводилося визначення концентрації загального тестостерону ($T_{\text{заг}}$), ЛГ, ФСГ та ПРЛ методом імуноферментного аналізу (набори фірми DRG, Німеччина). Хворим на РЩЗ гормональні дослідження проводилися до тиреоїдектомії та через 1 місяць після її проведення перед застосуванням радіоїодтерапії (в стані гіпотиреозу).

Проведеними дослідженнями встановлено, що середні концентрації гіпофізарних гормонів у чоловіків, хворих на РЩЗ до та після оперативного лікування, достовірно не відрізнялися від показників контрольної групи та знаходилися в межах нормальних коливань.

Показники середніх рівнів загального тестостерону у чоловіків, хворих на РЩЗ, мали тенденцію до зниження після тиреоїдектомії з $16,4 \pm 0,5$ нмоль/л до $15,6 \pm 0,4$ нмоль/л. Однак ці показники знаходилися в межах нормальних коливань еугонадних чоловіків і не відрізнялися вірогідно від показників контрольної групи. Водночас аналіз індивідуальних показників концентрації гормонів у чоловіків з РЩЗ до тиреоїдектомії засвідчив, що рівні загального Т були знижені у 2 хворих, знаходилися на рівні нижньої границі нормальних

коливань ще у 2 хворих, причому концентрація ЛГ у цих пацієнтів знаходилася на рівні верхньої межі нормальних показників. У чоловіків після тиреоїдектомії в 2 випадках рівень загального Т був знижений і у 1 хворого – знаходився в межах нижньої границі норми.

Функціональний стан гіпофізарно-гонадної системи у обстежених нами чоловіків з РЩЗ співставлений з результатами гормонального обстеження чоловіків з первинним гіпотиреозом. Проведене порівняння даних засвідчило, що у чоловіків з первинним гіпотиреозом спостерігається вірогідне зниження середніх рівнів загального тестостерону – $11,5 \pm 0,4$ нмоль/л порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Рівні гіпофізарних гормонів у чоловіків з первинним гіпотиреозом були вірогідно вищі порівняно з показниками контрольної групи. Можливо, при первинному гіпотиреозі, в результаті тривалого зниження функції щитовидної залози, зміни концентрації гонадотропних гормонів є більш вираженими.

Отримані дані засвідчують, що короткотривала недостатність функції щитовидної залози не має виразного негативного впливу на інкреторну функцію яєчок. Зміни статевої функції, котрі при цьому спостерігаються у чоловіків, аналогічні таким при субклінічних формах андрогенодефіциту і стосуються переважно порушень психічної складової копулятивного циклу. Середні концентрації гіпофізарних гормонів у чоловіків, хворих на РЩЗ до та після оперативного лікування, достовірно не відрізняються від показників контрольної групи та знаходяться в межах нормальних коливань.

Необхідні подальші дослідження репродуктивної функції на більш репрезентативних групах пацієнтів з проведенням функціональних тестів.

ДОСВІД РОБОТИ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ ПОЛІКЛІНІКИ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

П.М. Ляшук¹, Н.І. Станкова², Т.Д. Шородок², Н.Д. Рябой²

¹Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

²Чернівецький обласний ендокринологічний центр

Реформа охорони здоров'я передбачає серйозну реструктуризацію стаціонарної медичної допомоги. Однією з суттєвих її переваг є перенесення велими коштовної стаціонарної допомоги населенню на амбулаторно-поліклінічний етап (денний стаціонар (ДС), стаціонар на дому). В умовах ДС хворі можуть отримувати кваліфіковану медичну допомогу при захворюваннях, які не потребують цілодобового спостереження, що, в свою чергу, знижує економічні затрати і водночас дає позитивний результат від проведеної терапії.

Мета дослідження – оцінити результативність лікування пацієнтів у ДС при поліклініці Чернівецького ендокринологічного центру.

Нами проаналізована робота ДС поліклініки Чернівецького обласного ендокринологічного центру за 5 років (2009-2013 рр.). ДС розрахований на 25 ліжко-місць. За цей період знаходилося на лікуванні 5282 пацієнта, із них 3539 (67,0%) – хворих на цукровий діабет середнього ступеня тяжкості і 1743 (33,0%) – з іншими ендокринними захворюваннями. Щоденно хворих оглядають лікарі стаціонару, які слідкують за динамікою клінічної симптоматики, даними лабораторно-інструментального обстеження, ефективністю лікування. Ними робляться записи в індивідуальній карті хворого, вносяться корективи у процедурні листки.