

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст респондентов составил 17–25 лет (мин = 17, макс = 50). По итогам проведенного исследования установлено, что большинство респондентов 51,8 % (n = 81) имеют представление о таком заболевании, как рак предстательной железы. При этом большинство анкетированных мужчин 65,1 % (n = 102) не посещают врача-уролога больше года. На вопрос: «Были ли у Вас заболевания, передающиеся половым путем?», 79,6 % (n = 124) опрошенных ответили: «не было». Из 7,4 % (n = 11) респондентов, которые имели ЗППП, было выявлено, что в основном они болели гонореей (1,85 %, n = 3). У 10,7 % (n = 17) респондентов имелось заболевание предстательной железы в анамнезе.

Однако 30,4 % (n = 47) опрошенных респондентов не знают о методах диагностики рака предстательной железы. Симптомы, при которых респонденты в обязательном порядке обратились бы к врачу оказались следующими: при наличии тянущих или режущих болей внизу живота, в мошонке или в промежности — 45,3 % (n = 71); повышенная утомляемость и раздражительность — 28,3 % (n = 44); учащенное мочеиспускание, жжение в уретре — 20,8 % (n = 32); ухудшение длительности и качества эрекции — 15,1 % (n = 24); чувство «не до конца опорожненного мочевого пузыря», трудности с мочеиспусканием (слабая струя) — 18,8 % (n = 29); преждевременная эякуляция или проблемы с ее достижением — 3,8 % (n = 6).

### **Выводы**

Таким образом, по результатам проведенного исследования выяснилось, что большая часть респондентов не знают о возможных методах диагностики рака предстательной железы в г. Гомеле. Но при этом значительная часть опрошенных респондентов осведомлены о необходимости посещения врача профильной специализации при наличии специфических симптомов. Исходя из вышеизложенного, необходимо улучшить информирование мужского населения о возможностях ранней и превентивной диагностики рака предстательной железы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. 25 лет против рака. Успехи и проблемы противораковой борьбы в Беларуси за 1990–2014 годы / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Сукошко / РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова. — Минск: ГУ РНМБ, 2016. — 294 с.

УДК [616.432:577.175.3]:[616.69+618.17]

### **ГИПОПИТУИТАРИЗМ — «НЕСПОСОБНОСТЬ ЛЮБИТЬ»**

*Ничипоренко М. Р.*

**Научный руководитель: м.м.н., старший преподаватель А. В. Провалянский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипопитуитаризм) — клинический синдром, развивающийся в результате деструкции аденогипофиза с последующим снижением продукции тропных гормонов и нарушением деятельности периферических эндокринных желез. Врожденный гипопитуитаризм, в большей степени, выражается недостаточностью соматотропного гормона, что может негативно влиять на развитие ребенка. Однако, гипопитуитаризм, не является однородным по этиологии и патогенезу состоянием: у большинства больных возникает патология регуляции и секреции других

гипофизарных гормонов, как правило, имеются нарушения секреции ФСГ, ЛГ, ТТГ, что сопровождается различными сочетаниями эндокринных и обменных нарушений [1].

***Цель***

Обзор актуальных данных о клинических проявлениях болезни, механизмах развития и способах лечения у детей и взрослых.

***Материал и методы исследования***

Изучение актуальных данных о клинических проявлениях болезни, механизмах развития и способах лечения у детей и взрослых.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Главной причиной неспособности гипофизом вырабатывать нужное количество гормонов — это его недостаточность. К недостаточности функции гипофиза могут привести аномалии развития гипофиза. Известны случаи, когда в послеродовом периоде при патологических родах передняя доля гипофиза у новорожденного могла подвергаться некрозу. Так же к развитию недостаточности гипофиза могут приводить: гормонально-активные и неактивные аденомы гипофиза; последствия хирургических или лучевых вмешательств в области гипофиза; роды, осложнённые сепсисом; повторные и частые беременности и роды, приводящие к напряжению гипофиза; аборт.

Клинические проявления гипопитуитаризма возникают, когда функционирующих клеток остается менее 10 %. Обычно болезнь развивается постепенно в течение многих лет.

Первыми в большинстве случаев снижаются соматотропная и гонадотропная функции гипофиза, а затем включается тиреотропная и адренокортикотропная недостаточность. В некоторых случаях одним из первых симптомов гипопитуитаризма является прогрессирующая потеря массы тела, которая в тяжелых случаях может достигать 30 кг. Один из ранних признаков гипопитуитаризма — нарушение обоняния. Если гипопитуитаризм возник в детстве или имеет наследственную природу, нарушается развитие в период полового созревания [2]. Половое созревание задерживается, формируются евнухоидные пропорции тела, задерживается костный рост скелета. У взрослых формируется так же очень интересная клиническая картина: снижается либидо и потенция, вторичные половые признаки постепенно стираются. У мужчин замедляется рост бороды и усов, уменьшаются в размерах яички и предстательная железа, мышечная ткань атрофируется и заменяется на жировую, потоотделение и секреция сальных желез ослабевают.

У женщин так же снижается половое влечение, нарушается менструальный цикл, что может привести к аменорее. В редких случаях стертого и затяжного течения болезни менструальный цикл нарушается, но сохраняется. В таких случаях возможно наступление беременности. Уменьшение внутренних органов, половых и молочных желез обусловлено нарушением соматотропина и снижением выработки соматотропного гормона гипофизом. По той причине, что из-за данного заболевания снижается либидо и половое влечение, этот недуг многие люди называют как болезнь, при которой человек не способен испытывать любовь.

Диагностика довольно проста и включает в себя: анализ крови на определение уровня различных гормонов, рентгенография костей, УЗИ щитовидной железы, а так же компьютерная и магнитно-резонансная томография.

По причине того, что гипопитуитаризм является эндокринологическим нарушением, главным способом лечения при данной патологии является гормонозаместительная терапия и, если это возможно, устранение первопричин гормональной недостаточности [3].

Больным показана пожизненная заместительная гормональная терапия: прием гормонов щитовидной железы, половых гормонов, гормонов надпочечников.

***Выводы***

Таким образом, несмотря на то, что заболевание считается довольно серьезным в типичных случаях постановка диагноза гипоталамо-гипофизарной недостаточности не

вызывает затруднений. Появление гипопитуитаризма с развитием недостаточности щитовидной железы и половых желез, а также надпочечников после осложненных родов или в связи с другими причинами, указанными выше, может свидетельствовать о данном синдроме. При тяжелых же формах гипоталамо-гипофизарной недостаточности доминирует атрофия мышц, кожи, подкожной клетчатки, потеря массы тела, выпадение волос, остеопороз, гипотензия, гипотермия, апатия, психический маразм. На сегодняшний день главным и эффективным способом лечения является гормонозависимая терапия, которой пациент должен придерживаться всю жизнь.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Скворцов, В. В.* Клиническая эндокринология. Диагностика и лечение / В. В. Скворцов, А. В. Турмаренко. — М.: Феникс, 2017. — 128 с.
2. Вопросы эндокринологии. — М.: Научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, 2016. — 224 с.
3. *Каменский, А. А.* Гормоны правят миром. Популярная эндокринология / А.А. Каменский. — М.: АСТ-Пресс, 2016. — 132 с.

УДК 616 - 006.03:616.8

### **ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ В ПОВЕРХНОСТНЫХ СЛОЯХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ**

*Новикова Т. С.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. В. Халепо*

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Смоленск, Российская Федерация

#### **Введение**

Гемангиома — это сосудистая аномалия, характеризующаяся интенсивной пролиферацией эндотелиальных клеток. Сосудистая стенка гемангиомы имеет мало или вообще не имеет перicyтов или гладкомышечных клеток. В связи с этим состояние микрогемодинамики в новообразовании имеет свои специфические особенности, что оказывает влияние на дальнейшее развитие опухоли. Известно, что на состояние микроциркуляторного русла оказывают влияние как местные факторы, выделяемые клетками сосудистого эндотелия, так и центральные нейрогуморальные механизмы регуляции [1]. В таких условиях особый интерес представляет вопрос о том, каким образом отвечает измененная ткань сосудистой опухоли на вегетативные контролирующие влияния, и возможно ли, сбалансировав состояние вегетативного статуса, оказать модулирующее влияние на тканевой гомеостаз за счет оптимизации периферического кровообращения.

#### **Цель**

Сопоставительный анализ вегетативных влияний на состояние микрогемодинамики в поверхностных слоях доброкачественных новообразований кожи и близлежащих здоровых тканей.

#### **Материал и методы исследования**

У пациентов с доброкачественными новообразованиями кожных покровов (гемангиомами, подтвержденными гистологически), было изучено состояние вегетативной регуляции методом вариабельности сердечного ритма (ВСР) в покое и при использова-