

## Влияние гормональной терапии гипогонадизма на углеводный обмен у пожилых пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа

Ташенева Б.М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

С возрастом репродуктивная система мужчины претерпевает определенные изменения, с которыми связывают не только снижение качества жизни, но и ее продолжительность. При сахарном диабете типа 2 (СД2), даже при легком его течении у пожилых и особенно у тучных пациентов нередко наблюдается пониженное содержание свободного и общего тестостерона. Дефицит андрогенов в свою очередь может непосредственно влиять на метаболизм глюкозы и развитие резистентности к инсулину, что влечет за собой формирование поздних осложнений.

### Цель исследования

Путем коррекции нарушений функции гонад у мужчин повысить эффективность лечения больных сахарным диабетом 2 типа.

### Объекты и методы исследования

Обследовано 45 пациентов, страдающих СД2 и первичным гипогонадизмом 10 из которых были пожилого возраста. 30 человек получали заместительную терапию 1% гелем тестостерона для наружного применения и традиционную сахароснижающую терапию. Контрольную группу составили 15 пациентов, получавших только традиционную сахароснижающую терапию. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев. Нами изучались следующие лабораторные признаки: С-пептид, уровень гликозилированного гемоглобина, гликемический профиль.

### Результаты и их обсуждение

Исследование показателей гликемии в течение дня выявило их существенное снижение под влиянием лечения с включением 1 % геля тестостерона для наружного применения, статистически значимо нарастающее в процессе лечения ( $p < 0,0001$ ). Сдвиги такого же направления отмечались и в контрольной группе, однако они были менее значительными ( $p < 0,001$ ). Показатели  $HbA_{1c}$ , также как и уровень гликемии прогрессивно снижались в процессе лечения с включением 1 % геля тестостерона для наружного при-

менения ( $p < 0,0001$ ). В контрольной группе показатели были хуже ( $p < 0,0001$ ). При изучении концентрации С-пептида натощак было отмечено лишь незначительное снижение через 3 и 6 месяцев. Постпрандиальный уровень С-пептида значительно снижался через 3 и особенно через 6 месяцев (на 41,4%). В контрольной группе уровень С-пептида после еды также значимо снижался, причем через 6 месяцев в заметной степени по сравнению с основной группой (**U-критерий Манна-Уитни подтвердил статистическую значимость этой разницы** ( $p < 0,005$ )). Учитывая, что секреция С-пептида отражает способность  $\beta$ -клеток поджелудочной железы секретировать инсулин, есть все основания утверждать, что уровень последнего в крови у больных СД 2 типа в процессе комплексного лечения с использованием 1 % геля тестостерона для наружного применения также снижается. Следовательно, отчетливое улучшение контроля гликемии, наблюдавшееся у этих больных, обусловлено не гиперинсулинемией, а снижением резистентности к инсулину, улучшающим утилизацию глюкозы тканями. Учитывая, что должный контроль гликемии у большинства больных контрольной группы, не достигался, можно думать, что резкое снижение концентрации С-пептида через 6 месяцев лечения в контрольной группе указывает на проявление прогрессирующей функциональной недостаточности  $\beta$ -клеток инсулярных островков. В базальных условиях эта тенденция почти не проявляется, но ярко манифестирует при нарастающей потребности в инсулине в постпрандиальный период. Существенных различий в реакции на гель тестостерона для наружного применения у пожилых и молодых больных СД2 с гипогонадизмом не отмечено.

### Выводы

Применение тестостерон, геля для наружного применения 1% улучшает углеводный обмен, как у молодых, так и у пожилых пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Положительное влияние гормональной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с гипогонадизмом на углеводный обмен обусловлено снижением инсулинорезистентности.

## Антиоксидантная терапия в лечении вертебрально-базилярной недостаточности

Конырбаева А.А.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

Цель: изучение эффективности танакана в комплексном лечении вертебрально-базилярной недостаточности.

Материал и методы: под наблюдением находились 79 студентов в возрасте от 18-23 года. В основную группу вошли 56 студентов с ВБН в сочетании с различными видами аметропии: миопия- 36 (64,3%), гиперметропия- 5 (8,9%), эмметропия- 15 (26,8%). Контрольную группу составили 23 студента с нарушением рефракции: с миопией -16 (69,6%), гиперметропией -4 (17,4%), эмметропией -3(13%). У всех пациентов проявлялись жалобы характерные для спазма аккомодации. Пациентам обеих групп было назначено традиционное лечение спазма аккомодации. При этом в основной группе пациенты дополнительно получали танакан по 40 мг 3 раза в день в течение месяца. Контрольная группа пациентов получали выше перечисленное лечение без танакана. Всем

студентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование.

Результаты и обсуждение: в основной группе прирост остроты зрения составил  $0,3 \pm 0,07$ , в контрольной группе значительно меньше -  $0,1 \pm 0,07$ . Запас относительной аккомодации в основной группе у пациентов 18-20 лет улучшился в 2,25 раза, в другой возрастной группе – в 2,3 раза, в контрольной группе увеличение запаса относительной аккомодации составило в 1,75 и 1,7 раза соответственно.

Выводы: включение танакана в комплексное лечение спазма аккомодации у пациентов с вертебрально-базилярной недостаточностью способствует улучшению зрения в 2 раза, запаса относительной аккомодации в 2,3 раза.