

Від редактора

Журнал *The Lancet Diabetes and Endocrinology* (2018, vol. 6, p. 361-369) опублікував результати дослідження науковців (керівник проф. Л. Гроп) з Лундського університету (Швеція), присвяченого розробці сучасної класифікації цукрового діабету (ЦД), у якій виділяється п'ять типів захворювання.

Добре відомо, що за винятком гестаційного діабету, який розвивається під час вагітності, існує два основні типи цукрового діабету: перший і другий. При ЦД 1-го типу бета-клітини підшлункової залози помилково зазнають «нападу» і руйнуються власною імунною системою. При ЦД 2-го типу (85–90 % усіх випадків захворювання) розвивається інсулінорезистентність, а в подальшому бета-клітини підшлункової залози не в змозі продукувати достатню кількість інсуліну. При обох типах ЦД виникає гіперглікемія з можливим розвитком низки тяжких ускладнень із боку серцево-судинної системи, нирок, нервової системи. Діагноз ЦД зазвичай встановлюють після визначення рівня глюкози в плазмі крові натще або глікованого гемоглобіну. Для встановлення типу ЦД визначають певні автоантитіла в

крові (білки імунної системи, що можуть атакувати власні клітини організму). Наявність таких автоантитіл є показником ЦД 1-го типу.

Шведські дослідники зазначають, що принципи класифікації ЦД не оновлювалися впродовж 20 років, незважаючи на наявні докази високої гетерогенності захворювання. Підвищення рівня глюкози в крові також може бути спричинене генетичними й набутими чинниками, які знижують вміст інсуліну або його ефективність, що підтверджує гетерогенність клінічних проявів і прогресування захворювання. На думку дослідників, уточнена класифікація ЦД, що ґрунтується на його неоднорідності, може допомогти точніше передбачити, які пацієнти найбільш схильні до розвитку ускладнень, і сприятиме персоналізованому підходу до лікування.

Проаналізувавши дані про 14 775 пацієнтів із ЦД зі Швеції і Фінляндії, дослідники дійшли висновку, що ЦД слід класифікувати на 5 типів. При цьому в кожній із п'яти категорій хворих були як особи, яким лише нещодавно діагностували ЦД, так і ті, які вже давно живуть із таким діагнозом. У процесі



дослідження вчені вивчали показники, що характеризують різні особливості ЦД: індекс маси тіла, вік, у якому був встановлений діагноз ЦД, рівень глікованого гемоглобіну, функціональний стан бета-клітин підшлункової залози, рівень резистентності до інсуліну і наявність пов'язаних з ЦД автоантитіл. Також проведений аналіз генетичних особливостей учасників дослідження, наявності й прогресування ускладнень, результатів лікування ЦД.

У дослідженні було виявлено 5 типів ЦД із різними профілями: один автоімунний тип і чотири набуті (усього три тяжкі хвороби й дві — помірної тяжкості). Фактично нова класифікація відрізняється від загальноприйнятої тим, що вона розподіляє ЦД 2-го типу на декілька підтипів. Отже, автори пропонують таку класифікацію ЦД.

Перший тип: тяжкий автоімунний ЦД (нині відомий як ЦД 1-го типу), що характеризується дефіцитом інсуліну й наявністю автоантитіл, виявлений у 6–15 % учасників дослідження.

Другий тип: тяжкий інсулінодефіцитний ЦД, що характеризується більш молодим віком постановки діагнозу, дефіцитом інсуліну й незадовільним метаболічним контролем, але без наявності автоантитіл. Виявлений у 9–20 % учасників. Слід відзначити, що саме в цій групі спостерігалася найбільша частота діабетичної ретинопатії. Більша частина пацієнтів, яких віднесли до цієї підгрупи, лікувалася метформіном. Дослідники вважають, що таке лікування не можна назвати оптимальним для цього типу ЦД. Хворі явно потребували інсулінотерапії у відповідних дозах.

Третій тип: тяжкий інсулінорезистентний ЦД, що характеризується вираженою резистентністю до інсуліну і значно більш високим ризиком захворювання нирок. Виявлений у 11–17 % хворих.

Четвертий тип: помірно виражений ЦД, пов'язаний з ожирінням (найбільш поширений серед людей з ожирінням). Виявлений у 18–23 % учасників.

П'ятий тип: помірно виражений віковий ЦД (найбільш поширений в осіб похилого віку), виявлений у 39–47 % учасників дослідження.

Четвертий і п'ятий типи захворювання можна контролювати за допомогою метформіну й корекції способу життя.

Вчені відзначають, що кожен із цих п'яти типів генетично відрізнявся один від одного. Генетичних мутацій, які б дозволяли відносити захворювання до будь-якого з п'яти типів, виявлено не було. При цьому не слід об'єднувати різні захворювання в одну категорію ЦД 2-го типу, адже в такого ЦД існують підтипи, що потребують іншого підходу до лікування.

Дослідники оцінили результативність призначеного лікування у пацієнтів із ЦД усіх п'яти типів. У багатьох випадках терапія проводилася неправильно. При цьому лише 42 % пацієнтів із ЦД 1-го типу і 29 % пацієнтів із ЦД 2-го типу отримували інсулінотерапію від моменту початку захворювання. На їх думку, це вказує на те, що існуюча класифікація ЦД не спрямована на основні ознаки захворювання. Тому, зважаючи на цей факт, більш прийнятною була б запропонована авторами класифікація ЦД із

виділенням п'яти типів. Для уточнення цих типів потрібні додаткові дослідження з використанням біомаркерів і показників генетичного ризику. Безумовно, проведене дослідження є великим кроком вперед до індивідуалізації методів менеджменту ЦД.

На думку фахівців, завдяки цьому дослідженню стає зрозумілим, чому деякі люди з ЦД по-різному реагують на лікування. Крім того, виникає можливість визначати пацієнтів, які перебувають в групі високого ризику виникнення ускладнень.

Автори роботи підкреслюють, що йдеться саме про різні профілі захворювання, а не про п'ять стадій розвитку однієї хвороби. Безумовно, потрібні подальші дослідження в цьому напрямку. Наприклад, вони могли б допомогти встановити, чи можуть пацієнти з часом змінювати типи діабету. Крім того, поки невідомо, чи мають певні типи хвороби різні причини виникнення.

European Journal of Endocrinology (2018, vol. 178, p. 1-24) опублікував настанови Європейського товариства з ендокринології стосовно менеджменту агресивних пухлин і карцином гіпофіза. Відомо, що інциденталом гіпофіза трапляються майже в кожній п'ятій людині, однак частота клінічно значущих аденом гіпофіза становить 100 на 100 тис. населення, захворюваність — 4 на 100 тис. за рік. Агресивні пухлини або раки належать до казуїстичних випадків.

Нейроендокринні пухлини — гетерогенна група новоутворень, що походять з нейроендокринних клітин ембріональної кишки, з біологічно активними властивостями. Нейроендокринні клітини мають певні секреторні характеристики, які обумовлюють розвиток синдромів гіперпродукції регуляторних пептидів, що, у свою чергу, може призводити до розвитку відповідних клінічних синдромів. Нейроендокринні пухлини трапляються в усіх органах, які мають нейроендокринні клітини. У деяких хворих наявність нейроендокринних пухлин пов'язана із спадковими синдромами множинних нейроендокринних неоплазій (МЕН 1, МЕН 2a і МЕН 2b), в інших виникнення нейроендокринних пухлин має спорадичний характер.

Спостерігається значний ріст захворюваності на нейроендокринні пухлини в усьому світі. Невідомо, чи стали причиною такі чинники, як зміни раціону, умов довкілля або використання сучасних лікарських препаратів (наприклад, інгібіторів протонної помпи). В Україні відсутні статистичні дані щодо захворюваності на нейроендокринні пухлини. За даними реєстру SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results), у США захворюваність на нейроендокринні пухлини становить 5,25 випадку на 100 000 населення. При цьому відзначається значне збільшення захворюваності на нейроендокринні пухлини всіх локалізацій за останні 30 років. Отже, з урахуванням чисельності населення США, у нашій країні щорічно мало б реєструватися 2200 хворих на нейроендокринні пухлини. Найчастіше (66 %) ці пухлини локалізуються в шлунково-кишковому тракті, близько 30 % пухлин трапляються в бронхопультмональній системі.

Агресивна аденома гіпофіза належить до пухлин зі швидким ростом, незважаючи на оперативне, променеве й консервативне лікування. У настановах основна увага приділяється лікуванню темозоломідом — типовим хімотерапевтичним препаратом, призначення якого входить у компетенцію хіміотерапевта.

Ріка життя... Чомусь не гора, не озеро, не рівнина і не небо. Недарма древні створили щодо людського життя метафору, пов'язану саме з рікою. Феномен води і руху — найближчий людській природі, адже тут тобі і початок, і швидкість, і глибина, і неочікувані небезпечні пороги й повороти, і кінець.

Злиття двох рік — це, безумовно, місце сили, воістину неймовірне й мальовниче природне явище! Зустріч двох великих річок завжди вважалася місцем особливим, а тут ще й навколишній пейзаж додає величі загальній картині. Часто забарвлення води двох рік відрізняється, і тоді в місці їх зустрічі відбувається поєднання контрастних відтінків.

Вітання читачам журналу з трьох таких місць — у Грузії, Росії й Сербії.

З монастиря Джварі в Грузії, побудованого ще в VII столітті, звідси можна бачити, як Арагві впадає в ріку Кура. Саме це місце описував Михайло Лермонтов: «Немного лет тому назад, Там, где, сливаясь, шумят, Обнявшись, будто две сестры, Струи Арагвы и Куры, Был монастырь».

Пропоную старовинну нижньгородську краєзнавчу загадку: Волга впадає в Оку чи Ока впадає в Волгу? Ока чи Волга впадає в Каспійське море? Справді, згідно з природничо-науковими критеріями Волга впадає в Оку, але за історичною традицією саме Ока впадає у Волгу в Нижньому Новгороді.

З точки зору науки, яка вивчає режим річок, правильніше було б вважати, що ріка повинна називатися іменем тієї притоки, яка має найбільшу довжину й басейн і несе з собою найбільшу кількість води. Басейни у Волги й Оки до Нижнього Новгорода од-



накові, але Ока доша за Волгу на 187 км. Тому формально саме Волга впадає в Оку, однак історично склалося зворотне розуміння питання.

У столиці Сербії найпопулярнішим місцем є парк і фортеця Калемегдан. Белградська фортеця розташована на пагорбі, біля підніжжя якого зливаються Дунай і Сава.

Недаремно багато художників і фотографів увічнюють місця злиття рік у своїх роботах. Здається, що ці місця ніколи не змінюються, але час також пливе, змінюються пори року, погода. Усе це створює неповторний образ місць злиття великих рік і особливий настрій для кожної картини, для кожної фотографії.

Для досягнення гармонії кожна людина має потребу в хвилині єднання, примирення із собою. Бажаю читачам знаходити такі можливості для себе. Щоденно 10–15 хвилин, проведених у тиші й спокої, без поспіху й суєти, можуть вивести наше життя на новий рівень, зробити його більш усвідомленим і гармонійним.

**Головний редактор,
професор Володимир Іванович Паньків** ■

