

Проблемные вопросы эндокринной патологии. Диагностика, инновационные подходы к лечению

Как уже писало наше издание (<http://www.umj.com.ua/article/7270/aktualnye-voprosy-sovremennoj-endokrinologii>), 28–29 октября 2010 г. в Харькове состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Эндокринная патология в возрастном аспекте. Проблемные вопросы», организованная ГП «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского» НАМН Украины. Данное мероприятие вызвало огромный интерес со стороны практикующих эндокринологов Украины и стран ближнего и дальнего зарубежья.



Открывая работу конференции, **Юрий Караченцев**, доктор медицинских наук, профессор, директор ГП «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского» НАМН Украины (Харь-

ков), отметил, что проведение подобных мероприятий для Института эндокринологии стало своеобразной традицией. Организаторы конференции приложили все усилия для того, чтобы ее участники смогли получить полезную информацию, обменяться опытом внедрения инновационных подходов к диагностике и лечению эндокринной патологии.



Виктория Полторак, доктор медицинских наук, профессор, руководителем экспериментального отдела ГП «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского» НАМН

Украины (Харьков), в своем выступлении акцентировала внимание присутствующих на том, что во всем мире неуклонно продолжает увеличиваться количество больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Это заболевание, которое приобрело характер пандемии, как правило, сопровождается развитием сердечно-сосудистой патологии.

По данным Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation — IDF) заболевания сердечно-сосудистой системы являются причиной смертности больных СД в более чем 50% случаев. К сожалению, ученые до сих пор не пришли к единому мнению о том, в какой степени гипергликемия влияет на преждевременное развитие атеросклероза и сердечно-сосудистую смертность.

Исследования показали, что несвоевременно начатое интенсивное снижение уровня гликозилированного гемоглобина не оказывает выраженного влияния на развитие атеросклероза. Если же терапевтическое вмешательство начато вовремя (в момент установления диагноза или до развития осложнений), то оно оказывает эффективное действие и снижает риск развития сердечно-сосудистых событий в дальнейшем.

Докладчик подчеркнула, что эффективность проводимого лечения должна определяться не только сахароснижающим эффектом препаратов, важно, чтобы лекарственные средства обладали перспективным действием, предупреждающим развитие сердечно-сосудистой патологии.

В продолжение выступления В. Полторак представила результаты международного исследования CREDIT по Украине. В данном исследовании, продолжающемся и в настоящее время, принимают участие 3031 пациент из многих стран мира (в том числе 149 пациентов из Украины). Задачей исследования CREDIT является наблюдение больных СД 2-го типа, получающих инсулинотерапию, для определения связи между частотой развития сердечно-сосудистых событий и уровнем контроля гликемии.

Докладчик подчеркнула, что подобные исследования необходимо проводить, поскольку они помогут снизить смертность больных СД. К сожалению, на сегодняшний день в Украине, несмотря на наличие национальных программ, смертность, связанная с СД, в 5,23 раза выше, чем в Великобритании, и такая же, как в России. При этом финансовые затраты в нашей стране в 25 раз меньше, чем в Великобритании.



Нонна Кравчун, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГП «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского» НАМН Украины (Харь-

ков), отметила, что несмотря на большое количество лекарственных средств, представленных на фармацевтическом рынке Украины, проблема лечения и профилактики осложнений СД до сих пор остается нерешенной. На сегодняшний день нет препарата, который бы не влиял на массу тела, не вызывал гипогликемических состояний, и при этом оказывал бы положительное действие на сердце, печень, почки. Поэтому ученые всего мира работают над созданием новых препаратов для лечения СД.

Говоря об успешности сахароснижающей терапии, необходимо учитывать адекватный контроль гликемии, сохранение функции β -клеток, а также контроль массы тела больного.

К сожалению, большинство пациентов с СД не подозревают о наличии у них данного заболевания, поэтому зачастую на момент установления диагноза функция β -клеток снижена на более чем 50%. Только 25% больных, получающих монотерапию сахароснижающими препаратами в максимальных дозах, сохраняют достаточно удовлетворительный контроль гликемии (функция β -клеток поджелудочной железы в этом случае снижается примерно на 4% в год).

В регуляции уровня глюкозы в организме принимают участие гормоны поджелудочной железы и гормоны инкретины, синтезируемые в кишечнике в ответ на прием пищи. У здоровых людей эффектом инкретинов обусловлено до 70% постпрандиальной секреции инсулина, у пациентов с СД 2-го типа этот эффект значительно снижен. К инкретинам относятся глюкозозависимый инсулинотропный полипептид (ГИП) и глюкагоноподобный пептид (ГПП)-1. Оба эти гормона угнетаются ферментом дипептидилпептидазой (ДПП)-4. Новым классом препаратов, повышающих уровень и пролонгирующих эффекты инкретинов за счет блокады ДПП-4, являются глиптины. В настоящее время в мире ингибиторы ДПП-4 находят все более широкое применение при лечении СД 2-го типа.

Внимание участников конференции Н. Кравчун представила материалы 46 Конгресса Европейской ассоциации по исследованию сахарного диабета (European

Association for the Study of Diabetes — EASD), который проходил в 2010 г. в Стокгольме. Согласно данным, представленным на конгрессе, комбинированная терапия с применением ингибиторов ДПП-4 и метформина продемонстрировала хорошую эффективность и переносимость. Сочетанное применение одного из представителей группы глиптинов и метформина усиливает снижение уровня глюкозы, повышает уровень активного ГПП-1, кроме того, может обеспечить уникальные преимущества в лечении пациентов с СД 2-го типа.

Докладчик отметила, что комбинация глиптинов и метформина позволяет воздействовать на три основных патогенетических механизма развития СД 2-го типа: глиптины повышают секрецию инсулина, снижают гиперпродукцию глюкозы печенкой и подавляют секрецию глюкагона α -клетками поджелудочной железы. Метформин повышает чувствительность периферических рецепторов к инсулину, подавляя глюконеогенез и гликогенолиз, снижает уровень глюкозы.

Согласно данным американских ученых, комбинированная терапия глиптинами и пиоглитазоном приводит к клинически значимому улучшению контроля гликемии. Но вместе с тем, комбинированная терапия глиптинами и метформином показывает значительно большее улучшение контроля гликемии, уменьшение массы тела и минимум побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта по сравнению с пиоглитазоном.

В продолжение выступления Н. Кравчун рассказала о классических и инновационных подходах в терапии СД 2-го типа.



Продолжила работу конференции **Лариса Журавлева**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой внутренней медицины № 3 Харьковского национального медицинского университета.

В своем докладе она подробно остановилась на аспектах лечения неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП).

Этапы НЖБП состоят из стеатогепатоза, стеатогепатита, фиброза и цирроза печени. Эти состояния неразрывно связаны с СД 2-го типа, ожирением, гипергликемией и атеросклерозом.

НЖБП является самостоятельной нозологической формой, которая, к сожалению, на сегодняшний день не входит в медицинские стандарты и протоколы. Несмотря на увеличивающееся количество больных, официально в Украине такого заболевания не существует, соответственно нет и утвержденных схем лечения.

Что касается больных СД, то согласно Приказу Минздрава Украины от 05.08.2009 г. № 574 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболева-

ниями» лечение диабетического гепатоза предусматривает применение гепатопротекторов.

Л. Журавлева отметила, что при данном заболевании, наряду с назначением сбалансированного питания, инсулинотерапии или применения метформина, назначаются препараты α -липовой кислоты. Неалкогольный стеатогепатоз и стеатогепатит отличаются субклиническим течением, как правило, пациенты не предъявляют никаких жалоб, и заболевание у них диагностируется совершенно случайно. Эта патология негативно влияет на течение СД 2-го типа и сопровождается как декомпенсацией углеводного обмена, так и наличием астенического синдрома, болью в животе, диспепсией и увеличением печени.

По словам докладчика, в данном случае лечебный эффект оказывает применение терапевтического комплекса «кислота тиоктовая — тиотриазолин», который восстанавливает метаболические процессы, тормозит прогрессирование неалкогольного стеатогепатоза и стеатогепатита, устраняет появление цитолитического, холестатического мезонхимально-воспалительного гиперкоагуляционного синдромов и синдрома синтетической недостаточности, улучшает показатели углеводного, липидного обмена, а также повышает качество жизни у пациентов.



Он необходимости создания региональных программ профилактики йодного дефицита шла речь в выступлении **Оксаны Хижняк**, доктора медицинских наук, заведующей клиническим отделением ГП «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского» НАМН Украины (Харьков).

Йододефицитные заболевания являются самыми распространенными в мире. По данным ВОЗ, более 1,5 млрд людей проживают в регионах с йодным дефицитом.

До недавнего времени считалось, что эндемичными йододефицитными районами в Украине являются Западные регионы. Однако исследования, проведенные в 2003 г. группой ученых Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко НАМН Украины, показали, что умеренный йодный дефицит выявлен также и в Восточных регионах страны.

О. Хижняк обратила внимание участников конференции на то, что до сих пор в Украине не принята новая программа профилактики йододефицитных заболеваний (действие старой закончилось еще в 2005 г.). За последние 5 лет постоянно обсуждаются новые проекты, но проблема до сих пор остается нерешенной.

Наиболее реальным эффективным ее решением, по словам докладчика, является создание и разработка программы

профилактики йододефицитных заболеваний на региональном уровне.

Региональные программы должны включать в себя такие направления:

- информирование населения о йододефицитных заболеваниях;
- проведение скрининга по оценке тяжести степени йодного дефицита в данном регионе;
- проведение массовой йодной профилактики (с использованием йодированной соли);
- групповая и индивидуальная профилактика (применение йодосодержащих препаратов);
- создание постоянно действующих семинаров для терапевтов, семейных врачей, акушеров-гинекологов;
- повышение квалификации педиатров и эндокринологов в вопросах лечения йододефицитных заболеваний.

Управление здравоохранения Харьковского городского совета совместно с сотрудниками Института эндокринологии разработали проект программы, который был передан на утверждение в органы местной власти. Докладчик выразила надежду, что программа профилактики йодных заболеваний в Харьковской области будет одобрена в ближайшее время.



Огромный интерес участников конференции вызвал доклад **Владимира Панькива**, доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением профилактики эндокринных заболеваний

Украинского центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей Минздрава Украины (Київ). В своем выступлении он отметил, что основным залогом успешного лечения СД 2-го типа является индивидуальный подход к каждому пациенту.

Также важна ранняя диагностика заболевания. Поэтому, прежде чем назначать сахароснижающие препараты, необходимо точно диагностировать СД, а уже потом выбрать определенные подходы к лечению этого заболевания.

Ранняя фармакотерапия важна, однако в первую очередь следует модифицировать образ жизни больного СД 2-го типа, учитывая все его особенности. В. Панькив подчеркнул, что врачи должны дифференцированно подходить к каждому пациенту. Цель гликемического контроля у каждого больного должна быть своя.

При диагностировании СД важно установить длительность заболевания (то есть реальный стаж СД у конкретного пациента), причину диабета, сопутствующие заболевания, контролировать уровень гликозилированного гемоглобина.

Что касается рекомендаций по лечению СД 2-го типа, то на сегодняшний день утверждены клинические протоколы, которые, по словам докладчика, будут пере-

смотрены в ближайшее время, поскольку эндокринология (и диабетология в частности) является стремительно развивающейся отраслью современной медицины.

Согласно рекомендациям IDF, лечение СД 2-го типа включает в себя следующие этапы: изменение образа жизни, назначение метформина, препаратов сульфонилмочевины и уже затем — инсулина.

В. Паныкв подчеркнул, что пациентам необходимо назначать только тот препарат, в эффективности и безопасности которого врач не сомневается. Только при комбинированной терапии можно достичь снижения уровня гликозилированного гемоглобина.



Борис Маньковский, доктор медицинских наук, профессор Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации органов и тканей М и н з д р а в а України (Киев),

представил участникам конференции результаты крупного Всеукраинского исследования DIAGONAL. Цель данного исследования — анализ возможности внедрения в ежедневную клиническую практику оптимальных стратегий интенсивной сахароснижающей терапии, аналогичной той, которая была проведена в крупнейшем в области диабетологии исследовании ADVANCE. В данном случае применялась сахароснижающая терапия на основе препарата сульфонилмочевины с добавлением при необходимости метформина для достижения компенсации диабета у лиц, у которых ранняя компенсация не была достигнута.

В исследовании DIAGONAL приняли участие 681 больной СД 2-го типа, у которого отмечался повышенный уровень

гликозилированного гемоглобина. Все участники исследования принимали препараты сульфонилмочевины или метформина, но не достигали компенсации диабета.

К сожалению, несмотря на то что в основном длительность течения СД была незначительной, у 10% больных выявлена нефропатия, у 40% — нейропатия, а 1,5% — уже имели язвенные поражения стоп. Б. Маньковский отметил, что это еще раз подтверждает тот факт, что СД 2-го типа диагностируется поздно, иначе не было бы развития этих осложнений.

Всех участников исследования распределили на 3 группы, в которые входили лица:

- 1) принимавшие препараты сульфонилмочевины;
- 2) принимавшие препараты метформина;
- 3) соблюдавшие диету.

Во всех группах при переводе больных на препарат гликлазид наблюдалось снижение уровня гликозилированного гемоглобина, в некоторых случаях был достигнут целевой уровень гликемии натощак.

Б. Маньковский обратил внимание коллег на то, что не стоит бояться назначать лекарственные средства в эффективных дозах, будь то гликлазид, инсулин или др. Все они будут работать только в том случае, если назначаются в адекватных эффективных дозах.

Кроме того, согласно рекомендациям IDF, в ряде ситуаций, а именно при отсутствии у больного ожирения, имеются противопоказания к метформину, следует назначать производные сульфонилмочевины в качестве препаратов первой линии. В настоящее время необходимо применять только два препарата однократного приема: либо гликлазид, либо препараты глимегирида.

В продолжение выступления Б. Маньковский представил слушателям доклад на тему: «Новые возможности в терапии СД 2-го типа и его осложнений».



Любовь Соколова, старший научный сотрудник отделения клинической диабетологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко» НАМН Украины (Киев),

подробно остановилась на аспектах безопасного выбора инсулина у пациентов с СД и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Одной из важнейших задач современной диабетологии является разработка методов эффективной профилактики СД и предупреждение осложнений болезни. Хроническая гипергликемия — основное проявление СД — представляет собой самостоятельный и независимый фактор развития и прогрессирования сосудистых осложнений диабета. Имеется множество доказательств того, что достижение гликемии, близкой к норме, является благоприятным фактором с точки зрения снижения риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД.

Л. Соколова отметила, что достижение целевых показателей гликемии возможно при индивидуальном подборе терапии с учетом риска развития гипогликемии и других побочных эффектов медикаментозного лечения.

Кроме того, в ходе работы конференции докладчиками был рассмотрен ряд вопросов, касающихся современных подходов и применения инновационных препаратов в терапии сердечно-сосудистых осложнений, тиреоидита, диабетической полинейропатии, диабетической нефропатии, остеопороза и др.

Отдельный блок вопросов был посвящен путям достижения компенсации СД у детей.

Марина Колесник, фото автора

Реферативна інформація

Аортокоронарное шунтирование при участии робота проведено в России



Операция выполнена в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова совместно с бельгийскими кардиохирургами в ходе семинара «Робот-ассистированная кардиохирургия: внедрение, достижения, перспективы». Шунтирование прошло успешно, жизнь пациента ничему не угрожает.

Осуществить такой вид оперативного вмешательства оказалось возможным благодаря системе Da Vinci, которая появи-

лась в России в 2007 г. и произвела настоящую сенсацию. Хирург, осуществляющий операцию, не имеет непосредственного контакта с пациентом, а управляет роботом, снабженным четырьмя «руками» с искусственными запястьями, каждое из которых имеет семь степеней свободы, что значительно превышает возможности человеческой кисти. Поэтому становятся возможными манипуляции, технически невыполнимые другими способами, особенно в труднодоступных участках. В настоящее время более 90% радикальных простатэктомий в мире выполняются с использованием именно роботизированных технологий, уже ставших «золотым стандартом» в урологии.

Роботизированные вмешательства миниинвазивны, почти бескровны. Уменьшаются продолжительность вмешательства, период послеоперационного восстановления, снижается риск инфицирования раны, следовательно — сокращаются сроки госпитализации.

По материалам <http://www.minzdravsoc.ru>
© Kaleva/Dreamstime.com/Dreamstock.ru