

**14-15 марта**  
**в г. Харькове**  
**состоялась научно-**  
**практическая конференция**  
**«XII Данилевские чтения»,**  
**которую традиционно**  
**проводит Институт проблем**  
**эндокринной патологии (ИПЭП)**  
**им. В.Я. Данилевского НАМН**  
**Украины. Участниками**  
**мероприятия стали более**  
**500 врачей-эндокринологов**  
**и ученых из Украины и России,**  
**а также представители**  
**отечественных и зарубежных**  
**фармацевтических компаний.**

Директор ИПЭП им. В.Я. Данилевского, доктор медицинских наук, профессор Ю.И. Караченцев акцентировал внимание собравшихся на проблеме диагностики и выбора тактики лечения узлового зоба в Украине. В частности, он отметил, что после аварии на Чернобыльской АЭС по сравнению с показателями 1989 г. в среднем по различным областям заболеваемость узловым зобом возросла в 4,2-39 раз, а раком щитовидной железы (ЩЖ) — в 8 раз. Узловые поражения ЩЖ являются предраковыми заболеваниями, и в клинике их часто весьма тяжело дифференцировать с собственно раком ЩЖ; поэтому от выбора тактики лечения — консервативной (супрессивной терапии L-тироксином) или хирургической — зависит выживаемость пациентов. Кроме того, метод тонкоигольной биопсии узлов ЩЖ в 15-30% случаев не дает возможности однозначно дифференцировать доброкачественные и злокачественные новообразования. В связи с этим хирургическое лечение подобных узловых поражений ЩЖ в большинстве случаев является предпочтительным, ведь даже при размерах менее 1 см возможна их малигнизация. Подобный подход позволяет предупредить осложнения и сохранить жизнь пациентам.

Хирург-эндокринолог, кандидат медицинских наук Р. Аристархов (Рязанский медицинский государственный университет им. И.П. Павлова, РФ) представил опыт успешного использования физиотерапии с помощью инфракрасного лазера в комплексном лечении 350 пациентов с подострым тиреоидитом де Кервена.

Руководитель отдела фармакотерапии эндокринных заболеваний ИПЭП им. В.Я. Данилевского, доктор медицинских наук, профессор Н.А. Кравчун подробно остановилась на значении гипогликемических состояний в клинической практике и их предупреждении. Нижние пределы уровня глюкозы в плазме крови у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа должны составлять 4,0-4,2 ммоль/л. Если по каким-то причинам больной не может принять пищу, то сначала развивается нарушение, затем — потеря сознания, неадекватное поведение, судороги. У пациентов с СД 2 типа гипогликемия возникает в связи с применением инсулина и препаратов сульфонилмочевины.

У пациентов с уровнями гликозилированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>) 6,5-7,5% предпочтительным является использование ингибиторов дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4; ситаглиптина, саксаглиптина и др.) и агонистов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) в комбинации с метформинном, что основано на данных по эффективности и безопасности.

Заведующий отделом клинической эндокринологии Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор М.Л. Кирилук

## Эндокринная патология: как помочь и не навредить?

также отметил преимущества и безопасность ингибиторов ДПП-4, в частности саксаглиптина, в терапии СД 2 типа.

Заведующая отделом патофизиологии ИПЭП им. В.Я. Данилевского, доктор медицинских наук, профессор В.В. Полторак обратилась к проблеме дисгликемии при СД 2 типа. В частности, она отметила, что выбор специфических противодиабетических препаратов определяется их эффективностью в отношении снижения уровня глюкозы крови, экстрагликемическими эффектами, которые могут снизить риск возникновения отдаленных осложнений, хорошей переносимостью, удобством применения и экономической доступностью. Приведенным критериям соответствует глимегирид — единственный из препаратов сульфонилмочевины, одобренный Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (FDA) для применения в комбинированной терапии с инсулином. В повседневной практике лечение глимегиридом ассоциируется со значительно меньшим количеством эпизодов тяжелых гипогликемий по сравнению с соответствующим показателем на фоне терапии глибенкламидом.

Заведующий отделом нефрологии ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор И.И. Топчий напомнил, что почки — орган-мишень при СД. В патогенезе диабетической нефропатии большую роль играют не только артериальная гипертензия, дислипидемия, гликемия, атеросклероз, но и оксидативный стресс. Основываясь на собственных исследованиях и мировом опыте, докладчик рекомендовал включать в терапию таких пациентов препараты, содержащие витамин Е, полиненасыщенные жирные кислоты, которые не синтезируются в организме, и L-аргинин.

По данным, приведенным доктором медицинских наук П. Камчатным (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва, РФ), диабетическая нейропатия (ДН) и сопровождающий ее болевой синдром наносят серьезный ущерб здоровью населения и экономике развитых стран. Одной из форм ДН, вносящих негативный вклад в смертность больных СД, является кардиальная автономная нейропатия (КАН). Смертность больных СД с КАН составляет 24,2%, тогда как в отсутствие последней — 4,1%, т. е. в 6 раз меньше; 50% больных с КАН погибают в течение 2,5 лет после ее диагностики. В купировании болевого синдрома наиболее эффективны препараты габапентина, а для патогенетической терапии рекомендуются курсовые схемы α-липовой (тиоктовой) кислоты (α-ЛК) и препараты витаминов группы В.

Фундаментальные проблемы поражения мозга при СД осветила профессор В.В. Полторак. Так, в ряде международных исследований показано, что на фоне СД и предиабета имеет место ускорение прогрессирования легких когнитивных нарушений в деменцию (более чем на 3,18 года). В мире ежегодно диагностируют 4,6 млн новых случаев деменции, прогнозируется удвоение числа больных каждые 20 лет — до 81,1 млн к 2040 г.

Оксидативный стресс эндотелия сосудов и нервной ткани играет одну из ключевых ролей в патогенезе диабетической

энцефалопатии. В результате у больных СД с ДН диагностируется выраженная атрофия периферического серого вещества по сравнению с соответствующим показателем у пациентов без ДН и здоровых лиц. α-ЛК, введенная внутривенно, является патогенетическим лечением периферической ДН, ее эффективность подтверждена в ряде рандомизированных контролируемых исследований и мета-анализе (уровень доказательств А).

Заведующая кафедрой внутренней медицины № 3 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Л.В. Журавлева поддержала мнение предыдущих докладчиков об универсальности α-ЛК как антиоксиданта, а также о ее высокой эффективности при ДН.

Доктор медицинских наук, профессор В.И. Паньків (Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев) охарактеризовал место глибенкламида в терапии СД 2 типа. В частности, он отметил, что в среднем скорость снижения секреции инсулина составляет примерно 6% в год, к моменту выявления СД нормально функционируют только около 50% β-клеток поджелудочной железы. Очень важно сохранить эту остаточную функцию, в связи с этим в соответствии с отечественными и международными рекомендациями лечение СД 2 типа начинают с модификации образа жизни и назначения терапии метформинном независимо от массы тела пациента. Также докладчик отметил, что относительно недавно были получены данные о том, что глибенкламид обладает специфическими механизмами нейропротекции в условиях острого нарушения мозгового кровообращения (K.N. Sheth et al., 2013).

Заведующая отделом клинической эндокринологии ИПЭП им. В.Я. Данилевского, доктор медицинских наук О.О. Хижняк подчеркнула, что ДН — самое частое из клинически значимых осложнений СД. Пациенты жалуются на боль, которая субъективно описывается как жгучая, глубинная тупая; болезненность нижних конечностей преимущественно в ночное время. Оптимальными направлениями терапии являются контроль гликемии, применение стимуляторов миелинизации, витаминов группы В и α-ЛК.

О важности коррекции питания у пациентов с СД рассказал главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Диетология», кандидат медицинских наук О.В. Шве́ц. Он отметил, что оптимальная диета позволяет обеспечить качество жизни, сопоставимое с таковым у лиц без СД. Докладчик критически проанализировал стол № 9 (диету Певзнера), охарактеризовав ее как устаревшую и имеющую слишком много ограничений, что снижает комплаенс пациентов. Ключевым критерием эффективности питания является способность поддерживать следующие показатели на уровне: HbA<sub>1c</sub> 4-6%; артериальное давление <130/80 мм рт. ст.; индекс массы тела (ИМТ) 18,5-25 кг/м<sup>2</sup>.

Увеличение ИМТ даже в пределах нормальных значений (от 21 до 24,9) связано с повышением риска СД 2 типа, артериальной гипертензии, ишемической



Ю.И. Караченцев



В.И. Паньків



Н.А. Кравчун



И.И. Топчий



В.В. Полторак



П. Камчатный



О.О. Хижняк



О.В. Шве́ц

болезни сердца и холелитиаза. При высоком риске СД 2 типа необходимы индивидуальные программы по коррекции образа жизни, включая постепенное стабильное уменьшение массы тела, регулярную физическую активность (более 150 мин/нед), гипокалорийную диету с содержанием насыщенных жиров менее 10% энергетической ценности. При высоком риске СД 2 типа следует употреблять достаточное количество пищевых волокон (14 г / 1000 ккал) и цельнозерновые продукты. Лицам с минимальной физической активностью, а также пациентам старше 55 лет рекомендуется потреблять не более 29 ккал/кг/сут.

Подготовил Руслан Редькин

